



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## Centre hospitalier de Longué-Jumelles (Département de Maine-et-Loire)

Exercices 2011 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 30 mai 2017.



## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	4
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
<b>1 PILOTAGE ET COOPERATIONS .....</b>	<b>9</b>
1.1 La gouvernance .....	10
1.1.1 La direction commune .....	10
1.1.2 Les instances de pilotage .....	13
1.1.3 Les organes représentatifs et consultatifs .....	14
1.2 Documents stratégiques .....	15
<b>2 ACTIVITE ET POSITIONNEMENT DU CH.....</b>	<b>16</b>
2.1 Les capacités installées .....	16
2.2 Les activités d’hospitalisation et de prise en charge des personnes âgées dépendantes.....	17
2.2.1 Le volume d’activité.....	17
2.2.2 Les caractéristiques des prises en charge.....	18
<b>3 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES .....</b>	<b>20</b>
3.1 La maîtrise des charges de personnel.....	20
3.1.1 L’évolution et la répartition des personnels.....	20
3.1.2 La croissance des charges de personnel interne et externe .....	22
3.1.3 L’adéquation des moyens humains à l’activité.....	23
3.2 L’organisation du travail.....	23
3.3 L’irrégularité de la situation de certains agents .....	24
3.3.1 Les mises à disposition au sein de la direction .....	24
3.3.2 Les directeurs nommés avant 2015.....	25
3.3.3 La situation des personnels médicaux .....	27
3.3.4 La situation des agents PNM contrôlés.....	27
<b>4 QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE .....</b>	<b>28</b>
4.1 Certification de la Haute Autorité de Santé .....	29
4.1.1 Les visites de certification HAS depuis 2011 .....	29
4.1.2 L’état des lieux des effets de la certification .....	29
4.2 Qualité de la prise en charge des usagers.....	30
4.2.1 Les dysfonctionnements relevés par les instances et les évaluations.....	30
4.2.2 L’injonction de l’ARS et la réponse du CH.....	30
4.2.3 L’apport et la place de la direction commune en matière de qualité .....	31
<b>5 FIABILITE DES INFORMATIONS COMPTABLES ET FINANCIERES .....</b>	<b>32</b>
5.1 L’information financière .....	33
5.1.1 La dérive continue du calendrier budgétaire.....	33
5.1.2 Les prévisions et l’exécution budgétaires .....	34
5.1.3 La conformité des comptes financiers .....	35
5.2 La fiabilité des comptes .....	36

5.2.1	Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif .....	36
5.2.2	Le calcul des amortissements des immobilisations .....	37
5.2.3	L'exactitude des imputations comptables.....	38
5.2.4	Les remboursements de frais par les budgets annexes.....	38
5.3	Le principe d'indépendance des exercices.....	39
5.3.1	La journée complémentaire .....	39
5.3.2	Le rattachement des charges .....	40
5.3.3	Les délais de mandatement et la question des dettes fournisseurs .....	41
5.3.4	Les charges et produits constatés d'avance .....	41
5.4	Le principe de prudence et la constitution des provisions .....	42
5.4.1	Les provisions réglementées.....	42
5.4.2	Les provisions pour risques et charges .....	43
5.4.3	Les provisions pour créances irrécouvrables .....	43
6	<b>PERFORMANCE FINANCIERE ET SITUATION BILANCIELLE</b>	
	<b>RETROSPECTIVE .....</b>	<b>45</b>
6.1	L'évolution globale de l'exploitation jusqu'en 2015 .....	46
6.1.1	La nécessité d'un retraitement des soldes de gestion.....	46
6.1.2	Structure des produits et charges courants.....	48
6.2	L'analyse des soldes de gestion et la formation de l'autofinancement.....	48
6.2.1	La formation du chiffre d'affaires .....	48
6.2.2	La formation de la valeur ajoutée .....	50
6.2.3	La formation de la marge brute d'exploitation .....	50
6.2.4	La formation de la capacité d'autofinancement brute.....	51
6.3	Le financement des investissements .....	51
6.3.1	La formation de la CAF nette .....	51
6.3.2	La couverture des investissements par des financements propres .....	51
6.4	La situation patrimoniale ou bilancière.....	52
6.4.1	Les ressources stables .....	52
6.4.2	La formation du fonds de roulement.....	54
6.4.3	La formation de la trésorerie.....	54
7	<b>CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL .....</b>	<b>56</b>
7.1	Le projet de reconstruction .....	57
7.1.1	Un projet de restructuration initié au cours des années 2000 .....	57
7.1.2	Mais des démarches internes qui ne se concrétisent qu'à partir de 2010 .....	57
7.2	Une prise en charge de besoins mal évalués .....	58
7.2.1	La construction de locaux sans besoins durables à long terme ni réel financement .....	59
7.2.2	L'intégration du SSIAD au nouveau bâtiment.....	59
7.2.3	L'articulation avec le pôle de santé pluridisciplinaire et les logements seniors .....	60
7.2.4	La prise en charge d'éléments adjacents et d'urbanisme.....	60
7.3	Les difficultés de financement et l'arrêt des travaux .....	61
7.3.1	PGFP : une construction et une approbation compliquée.....	61
7.3.2	Le retard dans le recours aux emprunts .....	61
7.3.3	L'arrêt des travaux et ses conséquences .....	62
7.3.4	Des échanges avec les financeurs peu lisibles .....	63
7.3.5	L'hôpital, enjeu local de premier plan.....	64

7.4 Bilan de la reconstruction .....	65
7.4.1 Le coût et le dimensionnement du nouvel hôpital .....	65
7.4.2 L'inadéquation du bâti livrable aux besoins actuels .....	66
7.4.3 Une dérive décisionnelle que le cadre réglementaire actuel ne permet pas d'arrêter .....	67
8 CONCLUSION GLOBALE.....	68
8.1 Les performances financières de l'établissement .....	69
8.2 La viabilité à moyen terme de la structure.....	70
ANNEXES .....	72

## SYNTHÈSE

Le précédent rapport de la chambre faisait déjà état d'insuffisances nombreuses dans la gouvernance du centre hospitalier (CH), d'une gestion des ressources humaines particulièrement défectueuse, de règles de la comptabilité publique trop longtemps perdues de vue qui s'ajoutaient à une situation financière très dégradée, marquée par des déficits récurrents et une défaillance des services de gestion. Le contrôle 2016 a montré que l'ensemble des critiques reste valable et que rares ont été les améliorations.

### *Sur le pilotage*

La chambre relève la faiblesse des instances, avec un conseil de surveillance qui apparaît ne s'être jamais saisi complètement de ses prérogatives. De plus, la chambre constate que la direction commune des trois établissements était en réalité réduite à l'ordonnateur. Le CH de Longué-Jumelles a tout fait pour maintenir son indépendance face au Saumurois, ce qu'illustrent des outils de gestion distincts ou peu compatibles et l'absence de réelle coopération. Le partage des responsabilités est confus et les circuits internes opaques, au point d'avoir entraîné des irrégularités. L'inconséquence dans le processus décisionnel a fait porter la gestion par une responsable administrative isolée face à des dossiers la dépassant largement. Devant la conjonction persistante de procédures internes opaques, d'allégations contradictoires et de pièces non concluantes, la chambre constate qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer avec une assurance raisonnable sur la réalité des tâches effectuées sur la période sous revue ni sur la parfaite imputabilité et conformité de toutes les décisions prises.

### *Sur l'activité*

Le CH de Longué-Jumelles est un établissement essentiellement gériatrique : plus des deux tiers de ses lits et places concernent l'EHPAD et l'USLD et la moyenne d'âge des patients en SSR atteint 83 ans. Sous la réserve de la fiabilité des données issues de l'établissement, qui est loin d'être établie, la chambre constate que, malgré une diminution des capacités (fermeture de la médecine et perte de lits de SSR), le taux d'occupation a connu depuis 2011 des fluctuations marquées et reste nettement insatisfaisant pour les secteurs sanitaires. A cela s'ajoute la possible porosité entre les places sanitaires et celles du secteur médico-social, génératrice d'un manque à gagner pour le CH. Il importe qu'une réflexion stratégique sur le positionnement global de l'établissement aboutisse à une clarification sur la pertinence de son offre et de la part relative au secteur médico-social.

### *Sur les ressources humaines*

La chambre constate l'absence de suivi et de maîtrise des dépenses de personnel, au point de voir le CH atteindre une situation préoccupante, avec des décisions budgétaires

modificatives de dernier trimestre ayant pour objet de permettre le paiement des salaires. A quoi s'ajoute un environnement de travail dégradé, terreau de nombreux besoins en remplacement qui pèsent sur la situation financière. Enfin, la chambre a pu relever des irrégularités dans la situation administrative de plusieurs agents qui devront être corrigées.

### ***Sur la démarche qualité***

La chambre souligne l'absence de stratégie cohérente à l'échelle de la direction commune en matière de qualité alors même que ce domaine est censé être porté par une direction dédiée. Cette dernière n'a pu expliquer quelles résolutions ont été apportées aux dysfonctionnements soulevés lors de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que lors des évaluations médico-sociales. L'actualisation des différents processus et des protocoles internes relatifs à la qualité reste une démarche récente qui n'a pas encore été pleinement intégrée par les personnels.

### ***Sur la fiabilité des informations financières***

Les prévisions budgétaires et les comptes produits sont restés déficients sur toute la période et l'approbation des documents par les financeurs a toujours été obtenue très difficilement (ARS et département de Maine-et-Loire). Des incohérences persistantes entre les documents financiers et au sein de chacun d'entre eux empêchent toute fiabilisation de données comptables. Tous les résultats d'exercice ont été faussés par des erreurs diverses nées du manque toujours patent d'une comptabilité d'engagement. L'absence de respect du principe d'annualité budgétaire a probablement masqué une dérive de gestion qualifiable de cavalerie budgétaire. Ceci, alors que les réserves et alertes récurrentes des autorités de tarification étaient connues de l'établissement.

La fiabilisation des informations financières du CH n'a pu être accomplie malgré les nombreux retraitements opérés lors du contrôle par la chambre, lesquels ne permettent donc pas de dégager complètement la réalité financière du CH.

Au vu de toutes les carences relevées, la chambre souligne que si l'établissement appliquait les règles qui s'imposent à lui en matière de fiabilité des comptes, il serait d'ores et déjà dans une impasse financière.

### ***Sur la situation financière***

La chambre observe là encore la détérioration des indicateurs fondamentaux du CH (marge brute, CAF, etc.), lequel n'a jamais atteint l'équilibre financier lui permettant de porter seul son exploitation et ses investissements, et encore moins dégager une situation économique excédentaire.

Sans les soutiens financiers récurrents de tous types apportés par l'ARS, qui ont créé une forte accoutumance du CH aux aides, sa marge brute se serait effondrée. En définitive, sa solvabilité à court terme est très incertaine, un risque de rupture de trésorerie existe et, plus grave, le déséquilibre financier de fond persiste.

### ***Sur la reconstruction***

La conduite du projet de nouvel hôpital a été manifestement déficiente sur le long cours. Tant les objectifs et besoins initiaux que les coûts à moyen et long terme ont été mal anticipés, quand ils l'ont été. La direction du CH a en outre notablement failli en enclenchant les travaux avant même d'avoir l'assurance d'obtenir un financement extérieur, notamment bancaire, suffisant, pourtant indispensable dans un dossier de plusieurs dizaines de millions d'euros. Il n'est pas encore possible de déterminer précisément le coût net global de la reconstruction car il dépendra tant des indemnités pour arrêt des travaux susmentionnées que de l'éventuelle récupération de la TVA.

Le pilotage du projet apparaît affecté de difficultés locales avec un CH ayant été incité à porter des dépenses d'urbanisme pourtant de compétence communale et une communication peu lisible des informations. Les objectifs et chiffreages produits par l'établissement, ont été instables, ce qui a instauré une méfiance accrue des autorités de tarification devant ce qui ressemble à une stratégie du fait accompli.

### ***Conclusion***

*In fine*, cette reconstruction, née de la volonté d'édifier une vitrine plus que de répondre adéquatement aux besoins réels, a compromis l'avenir de l'établissement. Au-delà de l'investissement lui-même, les coûts d'exploitation devraient dépasser très largement ses capacités financières propres.

Même si l'ARS et le département de Maine-et-Loire indiquent maintenir un suivi rapproché de l'établissement et en dépit des réels efforts engagés depuis 2016 par la nouvelle direction, l'établissement ne présente aucune perspective de rétablissement durable dans sa structuration actuelle et sans aides financières de la tutelle ; à situation constante, l'impasse financière ne peut que s'aggraver.



## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1 :** renforcer la direction commune, en revoyant la convention constitutive pour en clarifier les règles.

**Recommandation n° 2 :** veiller à la réunion des instances au rythme règlementaire (article R. 6146-14 du code de la santé publique pour le CSIRMT) et s'assurer de l'exhaustivité, de la clarté et de la qualité des informations qui leur sont nécessaires à l'exercice de leur compétence décisionnelle (article L. 6143-1 du CSP pour le conseil de surveillance et article R. 6144-40 du CSP pour le CTE).

**Recommandation n° 3 :** fiabiliser l'information médicale et médico-sociale pour bien évaluer la structure de l'offre au regard des besoins réels.

**Recommandation n° 4 :** assurer le suivi détaillé des données de personnel sur la base d'un bilan social établi annuellement.

**Recommandation n° 5 :** régulariser sans délai la situation des agents PNM contrôlés et sécuriser les mises à disposition (article 48 et suivants de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 pour les MAD).

**Recommandation n° 6 :** mettre en place une filière gériatrique au sein de ses établissements et d'organiser une stratégie qualité à son échelle, applicable à tous les secteurs de prise en charge.

**Recommandation n° 7 :** construire une information financière complète, sincère et robuste dans le respect du calendrier réglementaire, notamment quant aux EPRD et comptes financiers.

**Recommandation n° 8 :** réaliser sans délai, conformément aux dispositions de l'instruction codificatrice M21, un inventaire des biens meubles et immeubles et fiabiliser l'amortissement des immobilisations et l'état de l'actif, en se rapprochant du comptable.

**Recommandation n° 9 :** fiabiliser sans délai les imputations comptables (arrêté du 19 décembre 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé), notamment celles relatives aux charges de personnel ainsi que les remboursements entre budgets, sur la base du tableau de retraitement comptable prévu au 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article R. 6145-7 du CSP.

**Recommandation n° 10 :** fiabiliser sans délai les rattachements de charge et respecter strictement la durée de la journée complémentaire prévue par les dispositions en vigueur (arrêté du 19 décembre 2014 susvisé ; instruction du 13 septembre 2012 relative aux comptes de gestion et financiers des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des établissements publics de santé).

**Recommandation n° 11** : fiabiliser sans délai les écritures et besoins de provisions au regard des dispositions de l'instruction codificatrice M21 et se rapprocher du comptable pour déterminer le quantum exact des créances devenues irrécouvrables pour, le cas échéant, leur présentation en non-valeur conformément aux dispositions en vigueur (article R. 1617-24 du code général des collectivités territoriales).

**Recommandation n° 12** : fiabiliser les informations relatives à la réception des factures, à leur liquidation et à leur mandatement pour réduire les délais de paiement des fournisseurs, mais également d'améliorer l'émission des titres et les délais de recouvrement.

## INTRODUCTION

Le contrôle du centre hospitalier (CH) « Lucien Boissin » de Longué-Jumelles a été inscrit au programme de la chambre régionale des comptes des Pays de la Loire pour l'année 2016. La notification de l'ouverture de l'examen de la gestion a été faite le 30 juin 2016 à Mme Cécile Jaglin-Grimonprez, directrice par intérim du centre hospitalier de Saumur, du centre hospitalier de Longué-Jumelles et de l'EHPAD de Montreuil-Bellay, ainsi qu'à M. Jean-Christophe Pinson, ancien ordonnateur et Mme Nicole Pehu, présidente du conseil de surveillance. Un entretien de début de contrôle a eu lieu le 24 août 2016 avec l'ordonnatrice par intérim ainsi qu'avec le nouvel ordonnateur le 8 septembre 2016. L'entretien de fin de contrôle a été organisé avec M. Jean-Paul Quillet, (dénommé ci-après ordonnateur) en fonction, ainsi qu'avec M. Pinson (ci-après ancien ordonnateur) le 8 décembre 2016 puis le 15 décembre 2016 avec Mme Jaglin (ci-après ancienne ordonnatrice par intérim).

Au regard des suites du précédent rapport, le présent contrôle a porté sur sept thèmes. Il ressort des 24 points de contrôle une détérioration globale du niveau de fiabilité et/ou de performance au point que le CH se trouve à ce jour dans une situation qualifiable de critique, sous la réserve de l'absence de fiabilité des données de l'établissement, tous secteurs confondus.

### *Présentation*

Le CH est situé sur un seul site à Longué-Jumelles pour un total de 140 lits actuellement : soit 30 lits en SSR<sup>1</sup> et 110 lits pour personnes âgées dépendantes – 35 lits en USLD<sup>2</sup> et 75 lits en EHPAD<sup>3</sup> (dont 15 lits Alzheimer). Au regard de ses capacités disponibles et des 150 ETP<sup>4</sup> moyens rémunérés déclarés au 31 décembre 2015 (dernières données définitives disponibles), 12 388 journées ont été réalisées en SSR et 38 129 en USLD/EHPAD.

## 1 PILOTAGE ET COOPERATIONS

Le précédent rapport d'observations définitives (ROD) soulevait déjà les insuffisances sérieuses de la gouvernance du CH et le contrôle 2016 a confirmé que ces déficiences n'ont pas été corrigées entre 2011 et 2015. Ainsi, la chambre ne peut que constater que la direction commune aux trois établissements de Saumur/Longué/Montreuil Bellay au-delà des interventions de quelques agents, effectuées çà et là, était en réalité réduite à l'ordonnateur et la circonstance que les agents concernés participaient aux instances obligatoires ne saurait en

---

<sup>1</sup> soins de suite et de réadaptation.

<sup>2</sup> unités de soins de longue durée.

<sup>3</sup> établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

<sup>4</sup> Equivalent temps plein

démontrer la robustesse. Cette inconsistance a été accentuée par l'autarcie persistante du CH de Longué-Jumelles face au Saumurois, qu'illustrent tant des outils distincts ou peu compatibles que des modes de coopération au mieux superficiels.

La gouvernance est restée illisible, les circuits internes opaques et marqués par des irrégularités. La réalité de l'action des directeurs adjoints ou délégués à Longué de 2011 à 2015 reste confuse. L'inconséquence dans le processus décisionnel a fait porter la gestion par la responsable administrative en place, de facto isolée face à des dossiers la dépassant très largement.

La chambre relève également la faiblesse des instances. Le conseil de surveillance n'apparaît ainsi jamais s'être saisi complètement de ses prérogatives, notamment au regard des difficultés du CH à produire en temps voulu une information financière et sociale robuste et vis-à-vis des problèmes divers malgré les alertes du poste comptable depuis 2013.

La chambre note par contre que l'intérim du chef d'établissement et la circonstance du changement d'ordonnateur en 2016, après la désignation d'une directrice déléguée pour Longué-Jumelles en 2015, s'accompagnent d'une réorganisation de la gouvernance au sein de la direction commune.

## **1.1 La gouvernance**

### **1.1.1 La direction commune**

Le précédent ROD relevait une insuffisance du pilotage de l'établissement qui tient notamment au mode de gouvernance retenu dans le cadre d'une convention de direction commune (insuffisance du contrôle sur l'exercice de la responsabilité confiée au directeur délégué et à l'attaché(e)).

Le contrôle de la chambre a montré un désordre prononcé dans les procédures internes du CH de Longué-Jumelles jusqu'en 2015, à l'exemple d'un déficit de conservation exhaustif et de lisibilité des pièces justificatives des décisions prises. Au vu des dysfonctionnements soulevés au cours du contrôle, la chambre souligne néanmoins l'opacité et le peu de consistance de la chaîne de délégations organisée par l'ancien ordonnateur.

Le partage dans les faits des responsabilités au sein de la direction, au-delà des bornes énoncées dans les actes de délégation, apparaît structurellement inintelligible, en l'absence d'une traçabilité permanente des présences et tâches de tous les protagonistes. Ce que confirme l'absence de tableau de présence pour les années 2011 à 2015 et l'incapacité de l'établissement de fournir des pièces exhaustives et validées établissant la réalité de l'exercice de la fonction à Longué-Jumelles des directeurs chargés, ne serait-ce que partiellement, des CH de Saumur et de Longué.

Ainsi, sur toute la période sous revue et au regard du CH de Longué, une incertitude forte pèse en matière de champ d'attribution sur l'étendue des champs d'intervention du

directeur chargé de la qualité, le périmètre décrit par ce dernier divergeant de celui décrit par l'ancien ordonnateur. La chambre constate d'ailleurs la difficulté à apprécier la compatibilité pour le directeur qualité de l'exercice simultané de nombreuses missions à la HAS (activité d'expert-visiteur) et de ses responsabilités de directeur. En effet, l'intéressé a effectué des visites HAS de 2011 à 2016, pour un total de 97 jours et, si ces interventions sont prévues dans un contrat de mission en accord avec le directeur du CH et donnent lieu à remboursement, elles se traduisent par de nombreuses absences de l'intéressé.

A côté de quoi, la chambre s'interroge sur la latitude d'exercice laissée à l'ancien directeur du site (chargé des affaires générales de Saumur), détenteur du logement de fonction pour nécessité absolue de service, tant l'organisation mise en place tendait à l'évincer de la gouvernance du CH et à le priver d'un quelconque pouvoir décisionnel, alors même que l'étendue des délégations de signature détenues le plaçait au second rang après l'ordonnateur. Enfin, ressort le poids privilégié de l'attachée administrative en place à Longué, laquelle s'est parfois retrouvée qualifiée de « directrice opérationnelle » du CH par ses interlocuteurs du conseil départemental.

La chambre ne peut que constater au vu des pièces et notamment des correspondances du CH avec les tiers, la part prépondérante de l'attachée dans des échanges parfois décisionnels, tant en matière financière (55 %), pour la reconstruction (60 %), que pour les ressources humaines (86 %). A l'opposé, la part du directeur chargé des affaires générales y est de moins de 2 %, et le directeur qualité/risques chargé de la reconstruction n'a participé qu'à 7 % des échanges sur ce sujet et à 4 % de ceux touchant à titre ou un autre aux questions financières.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur a précisé avoir toujours exercé un suivi rapproché sur les actes de l'attachée, sur la base de compétences financières et comptables et une maîtrise des dossiers que celle-ci aurait, selon lui, continûment démontré. A ceci, la chambre ne peut que souligner la pleine responsabilité de l'ancien ordonnateur dans les dysfonctionnements de la chaîne décisionnelle qu'il a organisée.

De surcroît, en l'absence de production d'un tableau prévisionnel et de suivi des congés pour ces mêmes directeurs, la chambre n'est pas en mesure de vérifier la réalité et la quotité de travail effective de tous ces directeurs pour chaque structure ni le nombre de jours de congés réellement pris. Seul l'ancien directeur adjoint chargé des affaires générales à Saumur et second dans l'ordre des délégations à Longué après le chef d'établissement, a produit différentes pièces et attestations tendant à établir une prise de congés conforme à la réglementation ainsi que la participation à des astreintes administratives.

En réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur a dénié l'opacité des circuits décisionnels du CH sous sa direction et contesté le fait que la direction commune n'ait concerné que sa personne, listant les agents et secteurs concernés par des mises en commun.

Si, globalement, les réponses des membres du directoire à la contradiction se rejoignent dans le caractère d'abord informel des processus décisionnels du CH, leurs descriptions ne convergent pas quant à leur positionnement respectif entre 2011 et 2015. Même un jugement d'ensemble sur la performance ou la réussite de tout un chacun est brouillé par des déclarations contradictoires d'un même acteur. Cette confusion est visible dans les difficultés d'exercice de membres du directoire que l'ancien ordonnateur a pu énoncer tant entre 2011 et 2015 et dans

sa réponse aux observations provisoires, lesquelles se trouvent être discordantes des évaluations des mêmes individus qu'il a pu réaliser parallèlement.

Le circuit de traitement interne des marchés de reconstruction du CH illustre parfaitement l'opacité organisée au sein du CH de Longué. La signature des actes a été effectuée par le directeur chargé de la qualité pendant les absences de l'ancien ordonnateur, sans que la mission de pilotage de la reconstruction n'ait été retranscrite par une décision individuelle du directeur modifiant en conséquence les délégations au sein de la direction commune.

La chambre a pu établir que le directeur qualité/risques chargé de la reconstruction a signé ainsi la notification aux attributaires des actes d'engagement le 9 décembre 2013 pour valoir ordre de service de démarrage des travaux, divers ordres de service modifiant le planning des travaux en février et mars 2014, des avenants et déclarations de sous-traitance entre juin et octobre 2014 (avec pour effet un décaissement de 0,66 M€), les avenants ultérieurs de 2015 pour l'essentiel. De même, après la suspension par la comptable le 29 octobre 2014 des paiements de 14 mandats pour une somme totale d'un peu moins de 0,74 M€, le directeur qualité/risques a décidé de procéder à la réquisition du comptable par un ordre signé en tant que « directeur du centre hospitalier de Longué ». Soit, sur toute la période des actes en cause, un montant de plus de 1 M€.

La chambre souligne que pour Longué, seul le directeur adjoint chargé des affaires générales de Saumur était détenteur d'une délégation générale de signature, le directeur qualité/risques ne pouvant agir que par subdélégation. A défaut de cette mention sur les différents documents, ces derniers pourraient, sous la réserve de l'appréciation de la juridiction administrative, avoir été entachés d'irrégularité. Or, la chambre note que le directeur détenteur de la délégation générale figurait bien au tableau des astreintes du CH de Longué en 2014, au moment de la signature de 16 des 19 actes concernés par ces problèmes et ne pouvait *ipso facto* se trouver empêché.

Dans le cadre de la contradiction, le directeur qualité/risques a répondu en affirmant qu'en l'absence de tableau de service, il n'est pas prouvé que le directeur des affaires générales était bien présent sur site le jour de la signature. L'ancien ordonnateur indique au contraire que ce dernier, bénéficiant d'un logement de fonction à Longué en proximité immédiate, y effectuait de façon hebdomadaire des astreintes de direction et qu'il a continué de réaliser la quasi-totalité des astreintes de semaine jusqu'à son départ, comme en portent mention les tableaux signés d'astreinte administrative. Pour autant, interrogé sur ce point, le directeur concerné a redit qu'indépendamment de son logement de fonction pour nécessité absolue de service, il ne disposait d'aucun pouvoir décisionnaire au sein de l'établissement et affirmé n'avoir jamais été sollicité pour des actes financiers tels qu'évoqués ici.

Par conséquent, devant la conjonction persistante de procédures internes opaques, d'allégations contradictoires et de pièces non concluantes, la chambre constate qu'elle n'est pas en mesure de se prononcer avec une assurance raisonnable sur la réalité des tâches effectuées sur la période sous revue ni sur la parfaite imputabilité et conformité de toutes les décisions prises.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement indique qu'un nouvel organigramme formalisant la direction commune a été validé et diffusé et que, après la logistique et les fonctions techniques, les RH et finances sont en cours de mutualisation avec

un schéma cible mis en place avant la fin 2017. L'établissement signale cependant le fait « *que ce renforcement - mutualisation de la direction commune génère à ce jour un risque financier pour le Centre hospitalier de Saumur* » avec un CH de Longué-Jumelles « *actuellement redevable de 850 000 € envers le CH de Saumur qu'il ne peut honorer faute de trésorerie suffisante* ».

**Recommandation n° 1 : renforcer la direction commune, en revoyant la convention constitutive pour en clarifier les règles.**

### 1.1.2 Les instances de pilotage

La chambre constate que le contenu des procès-verbaux des instances du conseil de surveillance (CS) et du directoire est globalement très descriptif, d'abord et avant tout composé de longues listes de détails (ex. budget ou bilan social).

#### A. La composition du conseil de surveillance

Sur la période sous revue, lors de l'absence du directeur général, le directeur délégué présent est celui chargé de la qualité, le directeur adjoint chargé des affaires générales à Saumur ayant toujours été absent excusé. Les procès-verbaux des conseils de surveillance ne permettent pas de savoir quelle personne est présente et à quel titre, ni de distinguer les membres qui ont voix délibérative de ceux qui ont seulement voix consultative. Par suite, la présence systématique ou non des représentants de l'ARS et du département n'est pas vérifiable.

#### B. La composition du directoire

La chambre relève que le directeur chargé de la qualité a été peu présent aux réunions du directoire, à l'exception de 2012. De même, celui chargé des affaires générales à Saumur a toujours été absent sauf le 24 mai 2011 et le 10 mai 2012. Un parallèle peut être établi avec l'attachée, qui n'est présente (dix fois) qu'à compter d'octobre 2014.

La chambre ne peut que s'étonner de l'absence du directeur adjoint disposant des délégations de signatures les plus larges lors de la quasi-totalité des réunions et du directeur adjoint chargé du projet de reconstruction lors de la grande majorité des réunions, laissant ainsi supposer une faible implication de ces derniers dans la gestion de l'établissement.

Lors de l'entretien de fin de contrôle, l'ancien ordonnateur a indiqué assumer sa gouvernance et avoir délégué et travaillé en confiance avec ses directeurs.

#### C. Le rôle effectif du CS et du directoire

La chambre relève qu'il ressort du contenu des procès-verbaux, tant du directoire que du conseil de Surveillance, l'absence de débat interne de même qu'une forte similitude, tant formelle que de fond.

D'ailleurs, la chambre constate que le conseil de surveillance ne s'est pas saisi des dossiers majeurs de l'établissement sur lesquels s'exerce sa compétence décisionnelle (article L. 6143-1 du code de la santé publique). S'il n'avait pas à valider le projet de reconstruction et son exécution, la qualité fluctuante des informations délivrées et l'absence d'emprunts n'apparaît pas avoir soulevée d'interrogation avant 2015.

Il n'a de même jamais épuisé ses compétences au regard du pilotage budgétaire du CH, alors même que des signaux d'alertes forts existaient, notamment dans les retards systématiques et importants des documents budgétaires.

Enfin, il ne s'est jamais réellement alerté des difficultés comptables portées lors des échanges internes, notamment quant à la difficulté de recouvrement des créances anciennes (par la comptable) et sur la qualité insatisfaisante des rattachements de charges, laquelle affecte pourtant l'information financière qui lui était soumise.

L'ancien ordonnateur indique, dans sa réponse aux observations provisoires, que le fait que les points de l'ordre du jour en directoire, en commission médicale d'établissement (CME) puis en CS faisaient l'objet d'une même présentation est normal et que « *le manque d'échanges approfondis, notamment quand il s'agit des questions budgétaires et financières, est une réalité de nos structures hospitalières* ». Ce à quoi la chambre ne peut que redire que cela ne justifie en rien les faiblesses relevées au cours du contrôle au regard du rôle de suivi et de surveillance que ces instances doivent exercer sur la base d'une information complète et intelligible.

### **1.1.3 Les organes représentatifs et consultatifs**

#### **A. La commission médicale d'établissement (CME) et ses émanations**

La constitution de cette instance sur la période n'appelle pas de remarque particulière.

#### **B. La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT)**

Le nombre de réunions du CSIRMT n'a respecté le minimum réglementaire (article R. 6146-14 du CSP) qu'en 2013. Son président (Directeur coordonnateur des soins de Saumur) n'a été présent à aucune réunion sur la période, toujours représenté par un cadre supérieur de santé.

#### **C. Le comité de liaison en alimentation et nutrition (CLAN)**

Le CLAN s'est réuni 14 fois depuis janvier 2011. La direction, qui en est membre, n'a participé qu'à deux réunions (22 mars 2011 et le 10 juin 2014) entre 2011 et 2015.

#### **D. Le comité technique d'établissement (CTE)**



A l'image des constats émis sur le conseil de surveillance, la chambre souligne, à la lecture des procès-verbaux du CTE, l'incertitude quant à la fidélité de leur contenu au regard du déroulement réel des séances. Ainsi, la présentation du bilan social ne donne lieu à aucune remarque de la part des membres et la présentation par le directeur des problèmes liés à la reconstruction ne laisse apparaître aucun commentaire. De même, les pièces produites n'attestent pas du respect de la production du rapport annuel sur les mises à disposition (cf. partie 3.3.1). Or, l'ensemble de ces informations sont nécessaires au CTE pour l'exercice de ses compétences décisionnelles (article R. 6144-40 du CSP).

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur précise que les instances sont désormais réunies conformément aux conditions réglementaires, confirmant que s'il apparaît que les instances ne bénéficiaient pas d'informations claires leur permettant d'exercer pleinement leur mission de contrôle budgétaire, des confusions existaient en contrepartie s'agissant de l'étendue et de la portée de la concertation.

**Recommandation n° 2 : veiller à la réunion des instances au rythme réglementaire (article R. 6146-14 du code de la santé publique pour le CSIRMT) et s'assurer de l'exhaustivité, de la clarté et de la qualité des informations qui leur sont nécessaires à l'exercice de leur compétence décisionnelle (article L. 6143-1 du CSP pour le conseil de surveillance et article R. 6144-40 du CSP pour le CTE).**

## 1.2 Documents stratégiques

Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens (CPOM) 2012-2017 a été signé par la tutelle le 7 septembre 2012. S'enchaînent différentes orientations stratégiques pour lesquelles les objectifs sont ciblés même s'ils ne paraissent pas tous appuyés d'indicateurs. Aucune valeur cible n'est renseignée ni aucune enveloppe financière prévue. En revanche, un ajustement des capacités sanitaires est prévu avec un transfert de 25 lits de SSR vers le CH de Saumur pour porter la capacité à hauteur de 30 lits à Longué-Jumelles au 1er janvier 2016.

Au regard des différents objectifs, l'ancien ordonnateur précise que l'évolution du mode de gouvernance et la contraction de la masse salariale ont été actées à l'automne 2015, soit six mois avant son départ.

## 2 ACTIVITE ET POSITIONNEMENT DU CH

Le CH de Longué est un établissement essentiellement gériatrique : plus des deux tiers de ses lits et places concernent l'EHPAD et l'USLD et la moyenne d'âge en SSR atteint 83 ans. Or, la chambre constate que l'activité demeure insatisfaisante malgré la diminution des capacités (fermeture de la médecine et perte de lits de SSR). Sous la réserve de la fiabilité des données fournies par l'établissement, le taux d'occupation a connu depuis 2011 des fluctuations marquées et la situation reste nettement sous-optimale en secteur sanitaire. A cela s'ajoute la vraisemblable porosité entre les places pour patients et celles de résidents, génératrice d'un manque à gagner pour le CH.

Il importe qu'une réflexion stratégique sur le positionnement global de l'établissement aboutisse à des décisions de long terme par les financeurs.

### 2.1 Les capacités installées

Tableau n° 1 : Evolution des capacités

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	évo*
Médecine	5	0	0	0	0	0	
SSR	55	45	45	45	45	30	-45%
USLD	35	35	35	35	35	35	0%
EHPAD	75	75	75	75	75	75	0%
<b>TOTAL lits</b>	<b>170</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>140</b>	<b>-18%</b>
Dont total s. courte durée	5	0	0	0	0	0	
<b>TOTAL lits et places</b>	<b>170</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>155</b>	<b>140</b>	<b>-18%</b>

Source : SAE, décisions ARS/CD49

Les capacités du CH sur la période contrôlée n'ont varié que pour le champ sanitaire, avec la fermeture des derniers lits de médecine en 2012 et le transfert concomitant de 10 lits de SSR à Saumur.

Le nouvel hôpital, à sa livraison, connaîtra une décréue capacitaire de 15 places en SSR, avec 30 lits ouverts. L'USLD conserve le même nombre de lits et l'EHPAD augmente sa capacité de 10 lits d'hébergement temporaire qui pourraient se transformer pour partie en lits « classiques », sous réserve de la pérennité de ces nouvelles capacités, au regard des difficultés financières du CH.

## 2.2 Les activités d'hospitalisation et de prise en charge des personnes âgées dépendantes

### 2.2.1 Le volume d'activité

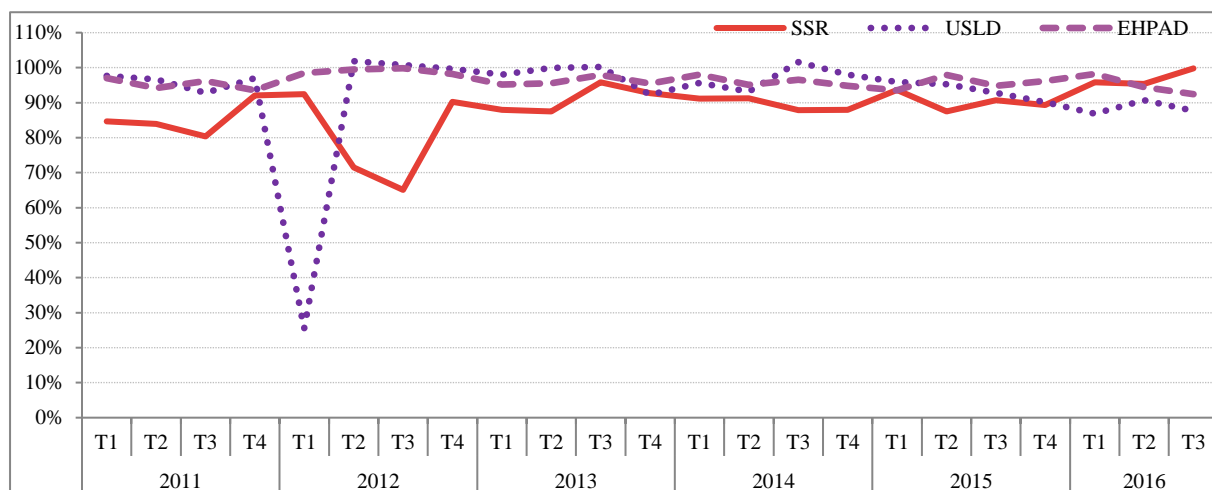
En 2011, le CH disposait encore de cinq places de médecine qui ont été transférées au CH de Saumur à compter du 1er janvier 2012, car elles ne correspondaient plus à un besoin du territoire longuéen. Leur taux d'occupation, déjà faible, était en très forte diminution depuis plusieurs années, passant de 24 % en 2009, à 9 % en 2010 et surtout 1,5 % en 2011, soit un maintien capacitaire artificiel sans activité réelle.

Tableau n° 2 : Taux d'occupation mensuel du service de médecine en 2011

	janvier	février	mars	avril	mai	juin	juillet	août	sept	oct	nov	déc
tx occupa°	0%	5,00%	5,81%	0%	0,65%	4,00%	0%	0%	2,67%	0%	0%	0%

Source : données CH

L'établissement a produit deux séries de données internes relatives à l'occupation des services et qui diffèrent ponctuellement dans le détail. L'une porte notamment le détail des taux d'occupation en SSR au vu du volume de places financées, ainsi que celui afférant au volume de lits réellement ouverts chaque mois, et le taux d'occupation moyen qui résulte.



Graphique n° 1 : Taux d'occupation trimestriel par secteur

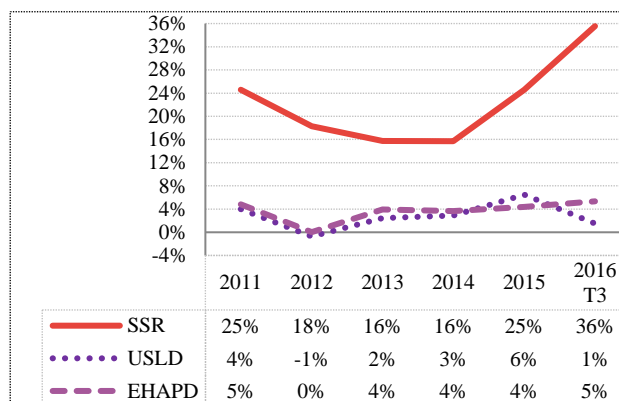
Source : données CH, calculs CRC

Il ressort en effet de l'instruction que les taux moyens d'occupation calculés le sont sur la base d'un nombre de lits mensuellement ouverts qui diffère par période du nombre financé à l'année. Le troisième étage de SSR (10 lits), non ouvert au second semestre 2011, est fermé tous les étés depuis 2012, malgré la perte de places au profit de Saumur. La fin de la période sous revue a de même connu une fermeture plus précoce en ce domaine ; soit 30 lits ouverts à compter du 4 juillet 2015.

Par suite, et sous la réserve de la parfaite fiabilité des données sources de l'établissement, le taux d'occupation du CH a connu depuis 2011 des fluctuations marquées, notamment en 2012 de même qu'une situation nettement sous-optimale des lits sanitaires.

**Graphique n° 2 : Part de journées théoriques non réalisées depuis 2011**

Source : données CH, calculs CRC



De même, au regard du volume de places disponibles, l'écart entre le nombre de journées théoriques et celles réalisées interroge la chambre, qui constate en effet :

- qu'il n'y a pas de corrélation stricte entre les fermetures de places en SSR et l'activité du même secteur, avec une évolution USLD/EHPAD parallèle entre 2011 et 2012 ;
- qu'au vu de la forte augmentation des journées théoriques non réalisées depuis 2014, la fermeture à venir de 15 places de SSR dans le nouveau site apparaît manifestement justifiée et pourrait même être sous-évaluée dans la circonstance d'un service de SSR artificiellement rempli de patients relevant normalement d'autres secteurs de prise en charge.

La chambre souligne ici que la vraisemblable porosité entre les places pour patients et celles de résidents est génératrice d'un manque à gagner pour l'établissement. En effet, la juste allocation des prises en charge détermine l'équilibre de la structure et l'occupation injustifiée d'une place de SSR par un résident prive le CH des recettes qui lui sont dues.

## 2.2.2 Les caractéristiques des prises en charge

### 2.2.2.1 SSR

En SSR, le CH détient moins du tiers des parts de marché au sein de son territoire de recrutement. Les données PMSI de moyen séjour confirment le caractère essentiellement gériatrique de l'activité, avec un âge médian des patients de 83 ans environ, stable sur la période.

Il ressort des données PMSI la forte hausse de la durée moyenne de séjour depuis 2011 (+ 40 %), laquelle apparaît inversement corrélée à la baisse des séjours complets – mesurés sur la base des SSRHA (suite semestrielle de résumés hebdomadaires anonymisés). Par suite, la chambre souligne qu'à durée de séjour constante, le nombre de journées réalisées et donc le taux d'occupation, se seraient encore plus dégradés pour le CH (cf. annexe 2).

La chambre remarque que la question de la perméabilité entre secteurs moyens et longs séjours n'est pas sans incidence sur la qualité des données du suivi de gestion du risque (GDR) SSR, lesquelles se trouveraient nécessairement faussées dans l'hypothèse d'une prise en charge de résidents relevant d'une prise en charge médico-sociale au sein de ce secteur sanitaire.

#### 2.2.2.2 USLD & EHPAD

La moyenne régionale des GIR Moyen Pondéré (GMP) est de 620,40 en 2012 et 638,23 en 2013, la moyenne départementale en Maine-et-Loire est de presque 640 en 2012 et presque 660 en 2013. Mais ces données ne prennent pas en compte « les EHPAD sanitaires, qui accueillent un public plus lourdement dépendant ». Or, l'EHPAD du CH de Longué accueille à l'inverse en 2012 et 2013 des personnes moins dépendantes que ces moyennes départementale et régionale.

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

*A l'occasion de l'entretien de fin de contrôle, l'ancien ordonnateur a reconnu que la reconstruction du CH aurait pu appeler, comme ajustement complémentaire pertinent, le transfert des lits USLD vers le CH de Saumur en contrepartie de lits d'EHPAD, ce qui, selon ses termes « demeure d'actualité eu égard aux difficultés croissantes pour remplir l'USLD avec des patients en charge SMTI<sup>5</sup> suffisante, et à la pertinence de rapprocher cette unité médicalisée du plateau technique de Saumur ».*

*La chambre ne peut que souligner la qualité insatisfaisante de l'information médicale et médico-sociale mais aussi la porosité lisible entre secteurs de prise en charge, lesquelles ne permettent pas d'établir la pertinence de la structuration actuelle du CH, notamment au vu de l'écart persistant et anormal entre places théoriques (financées), places ouvertes et places effectivement occupées.*

*En réponse aux observations provisoires, l'établissement a reconnu que pour l'activité de soins de suites, et avec une capacité de 60 lits, « il est incontestable que l'offre n'était pas alors en adéquation avec les besoins et il en a probablement résulté des pratiques de "remplissage" du service conduisant à y inclure des patients ressortissant plutôt du médico-social ». En revanche, il précise que l'ensemble de l'offre sur le nouveau site constitue un tout cohérent et désormais plus adapté aux besoins du territoire. Ce que confirme l'ARS des Pays de la Loire pour laquelle l'établissement, avec de nouveaux locaux adaptés à la prise en charge des patients fortement dépendants, devra connaître une élévation du GIR moyen.*

---

<sup>5</sup> soins médico-techniques importants : patients nécessitant un service de soins de longue durée.

*Au-delà de ces points, la chambre relève qu'il n'existe pas de réelle filière gériatrique commune à Saumur, Longué et Montreuil-Bellay, ce qui empêche toute réelle fluidité et tout parcours de prise en charge optimal pour les personnes âgées dépendantes.*

<b>Recommandation n° 3 : fiabiliser sans délai l'information médicale et médico-sociale pour bien évaluer la structure de l'offre au regard des besoins réels.</b>
--

### **3 GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

Le rapport 2008 faisait état d'une gestion des ressources humaines particulièrement défectueuse (mauvais organisation du travail, absentéisme double de celui observé dans les hôpitaux comparables, recrutements de personnels contractuels excédant les besoins réels).

La chambre ne peut que constater que cette situation ne s'est en rien améliorée sur la période sous revue et que le suivi et la maîtrise des dépenses de personnel n'ont jamais été au rendez-vous, au point de voir le CH atteindre une situation préoccupante, avec des décisions modificatives de dernier trimestre ayant pour objet de permettre le paiement des salaires. A quoi s'ajoute un environnement de travail dégradé, terreau de nombreux besoins en remplacement ; cercle vicieux qui détériore un peu plus la situation financière.

Enfin, la chambre a pu relever des irrégularités dans la situation administrative de plusieurs agents qui devront être corrigées.

#### **3.1 La maîtrise des charges de personnel**

##### **3.1.1 L'évolution et la répartition des personnels**

Il n'a pas été possible à la chambre de fiabiliser les données en équivalent temps plein (ETP). Des écarts apparaissent entre les données des années N dans les états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) N+1 et les extractions des fichiers de paie. L'année 2011 notamment n'est pas sans incidence pour l'analyse car l'absence de validité des données initiales en ETP fausse d'autant plus le suivi précis de la maîtrise des RH.

Au cas d'espèce, tout calcul en « heures de travail » est erroné car certains agents n'ont pas d'heures de travail sur leur bulletin alors qu'ils ont une quotité de travail.

**Tableau n° 3 : Calculs des ETP sur la base des EPRD et fichiers de paie**

	2011	2012	2013	2014	2015	Évo• nb	Évo• %
EPRD N+1 (pour 2011-2014)	159,19	152,42	150,06	149,28		-11,65	-7,30%
fichiers paie (version CRC-quotité)	155,94	151,47	150,84	147,79	150,05	-5,89	-3,80%
fichiers paie (version CRC-heures)	152,71	147,25	61,32	145,74	149,38	-3,33	-2,20%

Source : EPRD N+1 ; fichiers de paie CH ; calculs CRC

**Tableau n° 4 : ETP consolidés par budget**

ETP	2011	2012	2013	2014	2015	évolution	
						valeur	%
Budget H	90,24	84,92	80,58	82,57	71,34	-18,9	-21%
évol. an.		-6%	-5%	2%	-14%		
Budget B	31,22	32,25	30,58	31,42	29,8	-1,42	-5%
évol. an.		3%	-5%	3%	-5%		
Budget E	37,73	35,25	38,9	35,29	46,4	8,67	23%
évol. an.		-7%	10%	-9%	31%		
Total	159,19	152,42	150,06	149,28	147,54	-11,65	-7%
évol. an.		-4%	-2%	-1%	-1%		

Source : EPRD N+1 (2011-2014) ; fichiers de paie (2015) ; calculs CRC

Sur la base des EPRD, les ETP consolidés ont diminué de 7 % sur la période. C'est d'abord le résultat des baisses au budget principal (- 21 %), notamment en 2015 (- 14 %) et à moindre titre à l'USLD (- 5 %) qui neutralisent l'augmentation de 23 % à l'EHPAD (8,67 ETP). La chambre n'est pas en mesure d'expliquer l'évolution complètement erratique des ETP pour ce dernier et notamment l'augmentation de 31 % en 2015, du fait de l'impossibilité de fiabiliser les données correspondantes.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur indique que les variations d'effectifs relevés résultent d'un « véritable travail de reclassement réalisé par les cadres de santé sous la responsabilité du cadre supérieur de santé » et que « l'augmentation de 31 % en 2015 sur les effectifs de l'EHPAD est une donnée erronée », soulignant en outre une architecture de la structure « particulièrement inadaptée à une gestion optimale des effectifs ». A ceci, la chambre redit que l'absence patente de fiabilité des données du CH ne permettent pas de confirmer ni d'infirmer une quelconque explication en ce domaine.

De son côté, le conseil départemental de Maine-et-Loire a indiqué, dans le cadre de la contradiction, que si la convention tripartite pluriannuelle n° 2 signée le 14 mars 2017 n'a pas autorisé d'effectifs supplémentaires sur les sections hébergement et dépendance, une élévation progressive du niveau de dépendance pourrait permettre la création de personnel soignant. Il précise cependant que cette hypothèse est toujours hypothéquée à ce jour aux difficultés du CH à fournir des tableaux d'effectifs réels par budget et section tarifaire, données indispensables avant toute perspective de création.

### 3.1.2 La croissance des charges de personnel interne et externe

Sous la réserve relevée en matière de fiabilité des données RH, les charges de personnel totales consolidées ont crû de 8 % sur la période, soit une progression annuelle moyenne de 2 %. Si elles s'élevaient à 68 % du produit total en 2011, elles ont atteint 6,55 M€ en 2015 soit 71 % du produit total facial et 81 % après neutralisation de l'aide de 1,1 M€ perçue aux budgets annexes.

La part des SSR dans les charges de personnel consolidées a diminué sur la période, avec un creux en 2012, passant de 60 % en 2011 à 55 % en 2015. L'USLD est instable, oscillant entre 18 % et 21 %. En revanche, l'EHPAD augmente pour atteindre 26 % en 2015 contre 22 % en 2011 ; cette évolution est particulièrement marquée en 2013 et 2015.

Or, la chambre constate que cette décre en SSR s'explique notamment par la réaffectation d'une partie du personnel concerné à l'USLD en 2012, parallèlement à la perte de 10 lits de SSR (soit 18 % des capacités concernées), laquelle ne s'est traduite que par une baisse de 5 % des charges de personnel à ce budget pour cette même année. En revanche, en 2013, les effectifs de SSR ont diminué au profit de ceux de l'USLD et accessoirement de l'EHPAD.

Sur la base des données EPRD, ce seraient la section soins et dans une moindre mesure la section hébergement au sein de l'USLD qui auraient vu croître leurs effectifs. En revanche, toutes les sections auraient connu une progression pour l'EHPAD.

**Tableau n° 5 : Impacts des variations de personnel tous budgets sur les financeurs**

financeur	2011	2012	2013	2014	2015	moyenne	solde
AM/ARS	0,21	-0,08	0,01	0,14	0,07	0,07	0,35
CD49	0,02	0,09	0,01	0,03	0,03	0,03	0,17

Source : comptes financiers sauf 2012 et 2014 : EPRD N+1 ; calculs CRC

Devant l'impossibilité de faire correspondre les données des fichiers de paie, les fichiers de mandats et ceux issus des comptes financiers, l'équipe de contrôle a sollicité les URSSAF quant à d'éventuels retards de cotisation et à la bonne reconstitution du calcul de l'assiette. Ces derniers ont indiqué des cotisations courantes régulières de 2010 à 2014 et une demande de report en 2015. Au-delà de ces éléments, la chambre ne peut apporter aucune garantie quant aux autres cotisations.

**Tableau n° 6 : Confrontation des données internes de charges de personnel**

	2011	2012	2013	2014	2015	cumul	évo*
mandats avec libellé paie ou salaire (A)	6,03 M€	5,87 M€	6,06 M€	6,35 M€	6,04 M€	30,36 M€	0%
mandats des c/ charges personnel (B)	6,37 M€	6,41 M€	6,43 M€	6,64 M€	7,21 M€	33,07 M€	13%
écart B - A	0,34 M€	0,54 M€	0,37 M€	0,28 M€	1,17 M€	2,71 M€	
extractions données paie Xémélios (C)	6,00 M€	5,90 M€	6,07 M€	5,96 M€	6,13 M€	30,05 M€	2%
écart fichier paie-EPRD hors 621	-0,07 M€	-0,15 M€	0,03 M€	-0,21 M€	-0,03 M€	-0,42 M€	
écart C - B (hors c/621)	-0,04 M€	-0,17 M€	0,03 M€	-0,24 M€	0,24 M€	-0,17 M€	

Source : fichier de mandats, fichiers de paie Xémélios, EPRD, CF ; calculs CRC ;

Nota : hors compte 621 = charges pers. – compte 621 ; les données EPRD n+1 correspondent aux données du CF



Sur cette base, et en dépit d'écarts amoindris mais néanmoins persistants en fin de contrôle, la chambre souligne donc l'absence de fiabilité des données relatives aux charges de personnel. Ainsi, il n'est pas possible de vérifier la juste ventilation entre budgets et sections tarifaires (pour les BA), notamment du fait d'imputations comptables incertaines et en l'absence de tout retraitement comptable. Au surplus, si les fiches de paie de certains agents mentionnent la répartition par budget, cette ventilation fluctue parfois tous les mois – à l'exemple de celle du médecin coordonnateur.

### 3.1.3 L'adéquation des moyens humains à l'activité

A l'occasion de l'entretien de fin de contrôle, l'ancien ordonnateur a souligné le fait que « *l'architecture de la structure est particulièrement inadaptée à une gestion optimale des effectifs* » et que cela expliquerait selon lui « *pour partie l'absence de proportionnalité entre les fermetures de lits en Médecine-SSR et la réduction néanmoins réelle des effectifs* ». Ajoutant que, selon lui, pour cette même raison notamment, la diminution des ETP avait atteint ses limites.

Au vu des difficultés relevées précédemment, il a été impossible à la chambre de mesurer l'adéquation des moyens humains avec l'activité. Par suite, elle ne peut que rester réservée face aux explications présentées ci-dessus.

## 3.2 L'organisation du travail

Le CH ne produit pas tous les ans de bilan social ; les seuls documents disponibles étant 2011, 2012, 2013 (non validé) et 2015 (définitif mais succinct).

La chambre constate qu'il n'y a pas systématiquement de permanence de méthode et de présentation des données entre les exercices. Seul le document 2013 affichait un détail important par catégorie de personnel et par service mais n'était que provisoire. De plus, des écarts dans les calculs de nombre de jours d'absence apparaissent parfois au sein d'un même document.

**Tableau n° 7 : Données d'absentéisme au bilan social**

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<i>nb jours tous agents</i>	6133	6663	4637	4612	1426		5642	22%
<i>dont AT/MP</i>	2134	1723	917	2078			579	-37%
<i>taux d'absentéisme au bilan social</i>					9,90%	11,30%	13,50%	

Source : bilans sociaux

Face à ces constats, l'ordonnateur a reconstitué des données sur la période et indiqué que la base de calcul SOFCAH n'est pas la même que celle des tableaux de bord internes et que

tout ne lui était pas déclaré (ex. 2011 : pas de données de maladie ordinaire). En dépit de toutes ces incertitudes, l'augmentation de l'absentéisme est manifeste sur la période et la problématique des accidents de travail a notablement explosé depuis 2013.

**Tableau n° 8 : Données d'absentéisme reconstituées par l'établissement**

	2011	2012	2013	2014	2015
<i>maladie ordin</i>	?	1407	2672	2472	3133
<i>CLM CLD</i>	1271	728	665	1404	885
<i>maladie pro</i>	1871	2096	1454	814	513
<i>acc du trav</i>	/	/	2048	1224	66

Source : CH ; pour 2011 et 2012, les AT-MP ne faisaient pas l'objet d'une distinction statistique par la SOFCAH.

Par conséquent, il n'est pas possible à la chambre de vérifier la réalité de l'absentéisme pour toute la période sous revue.

Par suite, la chambre souligne qu'il paraît difficile à l'établissement de suivre de manière fiable et a posteriori ses évolutions de personnel et donc de résoudre le problème récurrent d'absentéisme, générateur de surcoûts significatifs pour le CH et qui, indépendamment de toutes les incertitudes susmentionnées, a crû sur toute la période contrôlée.

Si dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur insiste sur la qualité du climat social, la chambre ne peut que souligner l'absence d'élément réellement probant en ce domaine et la contradiction de cette affirmation avec les constats de l'instruction en matière d'absentéisme notamment.

**Recommandation n° 4 : assurer le suivi détaillé de ses données de personnel sur la base d'un bilan social établi annuellement.**

### 3.3 L'irrégularité de la situation de certains agents

#### 3.3.1 Les mises à disposition au sein de la direction

Afin de pourvoir des postes pour lesquels un recrutement s'avère difficile au CH de Longué, la direction commune a facilité, sur la période sous revue, les mises à disposition de personnel.

Or, l'examen des conventions de mise à disposition fournies par l'établissement le 10 octobre 2016 a révélé des données différentes sur toute la période.

La chambre relève que, dans ce domaine comme dans les autres, le chiffre exact ne peut être connu, car toutes les mises à dispositions n'ont manifestement pas non plus été formalisées

(cf. situations des directeurs). Elle souligne l'absence de suivi exhaustif de ces flux de personnel, lesquels ne sont pas sans conséquence pour les établissements dès lors que les personnes mises à disposition peuvent prétendre à réintégration au sein de leur structure d'origine.

La chambre rappelle que les mises à dispositions dans les établissements publics de santé sont régies par les articles 48 et suivants de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ainsi que par le décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 modifié qui rendent notamment obligatoire la conclusion de conventions en cas de mise à disposition, selon des modalités précisément fixées tant sur le plan fonctionnel que budgétaire après accord des intéressés.

La chambre rappelle en outre que, en application de l'article 49-2 de la loi du 9 janvier 1986 et de l'article 3 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 modifié, le directeur de l'établissement doit faire au comité technique d'établissement (CTE) un rapport annuel précisant le nombre de fonctionnaires mis à disposition, les organismes bénéficiaires de ces mises à disposition, ainsi que le nombre des personnels de droit privé mis à disposition ; point qu'aucune pièce produite ne permet de vérifier. L'établissement devra se conformer à cette obligation à l'avenir.

Devant l'objectif de sécurisation des procédures et d'économies, la reprise de la gestion administrative des RH par le CH de Saumur apparaît nécessaire.

### **3.3.2 Les directeurs nommés avant 2015**

#### **A. Sur la quotité de travail des directeurs et les refacturations afférentes**

Dans la circonstance de l'espèce, la répartition du temps de travail et le coût correspondant aux missions respectives des directeurs adjoints entre les CH de Longué-Jumelles et de Saumur entre 2011 et 2015 n'ont pu être vérifiés et justifiés en l'absence de toute convention de mise à disposition. De même, l'absence de remboursement pour l'exercice 2012 pour un des directeurs adjoints ne connaît pas d'explication.

Dans le cadre de la contradiction, le centre national de gestion (CNG) indique qu'une fois constituée une direction commune entre des établissements publics de santé, et le chef d'établissement et les directeurs adjoints nommés sur celle-ci, il n'y a pas nécessité d'établir une MAD d'un établissement à l'autre, précisant que le changement dans l'attribution des missions et de leur périmètre relève de la prérogative du seul directeur d'établissement. Interrogé sur l'illisibilité de la direction commune pointée par la chambre, le CNG présente un pourcentage de quotité de travail des directeurs adjoints appuyé sur les seuls chiffres portés aux évaluations de fin d'année.

La chambre souligne ici l'insécurité juridique de la situation décrite au regard des obligations réglementaires, notamment en matière de comptabilité publique. Nonobstant la position du CNG susmentionnée, elle rappelle que les EPS concernés doivent disposer, au moment du paiement, d'une base juridique suffisante permettant la parfaite liquidation des

remboursements induits par une mise à disposition de directeurs, que cette dernière soit assise initialement sur une convention de direction commune détaillant la quotité de travail des directeurs concernés et/ou sur des décisions ultérieures du chef d'établissement apportant d'éventuels changements aux missions confiées et quantifiant la mise à disposition en conséquence.

Par suite, les chiffres ici portés aux évaluations de fin d'année ne sauraient valoir justification de la quotité en cause dès lors qu'ils figurent sur des documents inaccessibles aux services financiers et relèvent d'une déclaration postérieure du chef d'établissement.

#### B. Sur l'absence de validation préalable de l'indemnité de logement de fonction

Une décision n° 2015004011 du 15 septembre 2015 du directeur porte une indemnité compensatrice de logement de 1 142 € brut mensuel allouée à l'ancien ordonnateur à compter du 1<sup>er</sup> août 2013, soit deux ans après la perception de cette indemnité qui figure sur son bulletin de paie à compter de septembre 2013. De plus, le document attestant la domiciliation au CH de Saumur (du 4 mars 2014) est lui-même postérieur au 1<sup>er</sup> août 2013.

De même, une décision n° 2015004010 du 15 septembre 2015 du directeur commun porte une indemnité compensatrice de logement de 1 142 € brut mensuel allouée au directeur adjoint chargé de la qualité à compter du 1<sup>er</sup> novembre 2013, date de sa mutation au CH de Saumur. En revanche, aucune décision d'attribution de cette indemnité n'a pu être produite pour le CH de Longué.

La chambre relève ici l'insécurité juridique dans laquelle s'est trouvé l'établissement sur la période. Elle souligne le caractère irrégulier et l'absence de toute force juridique des décisions visées et rappelle, en vertu d'un principe général du droit, que toute décision administrative qui prévoit une date d'application antérieure à sa publication ou sa notification est illégale, en tant qu'elle est rétroactive (CE Assemblée, 25 juin 1948, société du journal l'Aurore).

La chambre constate en outre que cette indemnité n'a pas fait l'objet d'une information du conseil de surveillance comme l'exige l'article 14 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010, ce qu'a confirmé l'ancien ordonnateur.

#### C. Les incohérences particulières à la situation du directeur adjoint chargé de la qualité

La chambre relève d'abord le caractère contradictoire de la domiciliation (Nantes) du directeur adjoint intéressé avec l'octroi de l'indemnité compensatrice de logement susmentionnée, celle-ci ne pouvant être versée que « *sous réserve que la localisation du logement occupé soit compatible avec la mise en œuvre de gardes de direction* » (article 3 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010).

Le directeur en cause perçoit d'ailleurs un remboursement de frais de transports en commun à hauteur de 50 % domicile (Nantes) - travail (Saumur) alors qu'il perçoit une indemnité pour un logement devant être proche de l'hôpital.

De plus, la chambre constate que, suite à l'évolution des tarifs des zonages en Ile-de-France, le décret n° 2015-1228 du 2 octobre 2015 a modifié la formule de calcul du plafonnement du montant du remboursement des frais de transport pris en charge par l'employeur, initialement prévu par le décret n° 2010-676 du 21 juin 2010. La modification textuelle ne change pas en réalité l'ordre de grandeur du plafond, de l'ordre 77 à 80 € sur la période examinée, quand l'intéressé a bénéficié de remboursements mensuels supérieurs à 124 € jusqu'en octobre 2015 (cf. attestation employeur du 8 juin 2015).

La chambre rappelle à l'établissement qu'il serait donc fondé à demander le remboursement des sommes perçues par l'intéressé sur toute la période (2 860 € environ).

De plus, ce même directeur adjoint chargé de la qualité a bénéficié, jusqu'au début de l'année 2016, d'un véhicule de service du CH de Longué en propre, assimilable de facto à un véhicule de fonction (non déclaré comme avantage en nature), lequel lui permettait d'effectuer notamment ses allers-retours vers la gare d'Angers pour son retour vers Nantes. Ceci, sans qu'il existe de document de suivi spécifique permettant de retracer l'utilisation qui a pu en être faite.

Enfin, en l'absence de pièces probantes concernant la prise de congés des directeurs délégués sur le CH de Longué, la chambre n'est pas en mesure de vérifier le *quantum* de jours de congés effectifs et donc l'exactitude du solde de jours versés sur le CET sur la période pour l'intéressé. D'ailleurs, le CH de Longué a émis un mandat au nom du CH de Saumur le 22 décembre 2015 (pour remboursement de la MAD) rejeté par la comptable puis de nouveau émis sans qu'aucune convention de MAD n'atteste du temps de travail effectué pour chaque structure.

### **3.3.3 La situation des personnels médicaux**

Au vu de leur faible nombre, seule la situation administrative d'un médecin appelle des remarques, lequel, après avoir été PH temps plein mis à disposition à Longué jusque en 2014, a été recruté comme praticien contractuel à temps partiel. Or son traitement de base médical, ramené sur 100 %, est strictement égal à celui perçu en tant que PH, ce que la réglementation ne permet pas ; les praticiens contractuels devant être rémunérés sur la base des émoluments applicables aux PH recrutés en début de carrière, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat.

Lors d'un entretien, l'ordonnateur a précisé que ce recrutement contractuel comme la seule solution trouvée par le CH dans l'attente d'un recrutement médical.

### **3.3.4 La situation des agents PNM contrôlés**

Les 15 et 16 novembre 2016, ont été vérifiés sur place les dossiers de six personnes. Il ressort des contrôles effectués plusieurs typologies de carences.

Ainsi, aucune décision individuelle d'attribution de la prime de service n'a pu être produite pour les trois agents titulaires contrôlés.

De plus, jusqu'en 2015, l'établissement percevait visiblement mal, dans ses recrutements, la distinction entre temps partiel et temps non complet. Dans un cas, il ne respecte pas le décret n° 2004-1063 du 1<sup>er</sup> octobre 2004 relatif au temps partiel dans la fonction publique hospitalière selon lequel la durée du service à temps partiel ne peut être inférieure à 50 %, au risque de s'exposer à une demande de réintégration à temps plein de l'agent, comme le prévoit l'article 3 du décret susvisé. Dans un autre cas, il n'est pas spécifié au contrat de travail ni dans aucun avenant que le poste est un poste à temps plein occupé par un agent bénéficiant d'un temps partiel, d'où il résulte une incertitude juridique sur la nature du contrat.

Enfin, la rémunération des agents contractuels n'est pas conforme aux dispositions en vigueur puisqu'elle comprend un élément « divers soumis » qui n'est pas prévu par les cadres réglementaires des corps concernés.

La chambre rappelle à l'établissement qu'il est fondé à demander le remboursement des sommes indument perçues par ces agents sur toute la période.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement indique avoir entamé le travail de suivi des mises à disposition et de mise à plat des effectifs du CH de Longué-Jumelles par la DRH mutualisée « *afin de ne pas continuer à générer d'autres situations* ».

<p><b>Recommandation n° 5 : régulariser sans délai la situation des agents en cause et de sécuriser les mises à disposition (article 48 et suivants de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 et décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 pour les MAD).</b></p>
--

## 4 QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE

La chambre ne peut que constater l'absence de toute stratégie cohérente à l'échelle de la direction commune en matière de qualité alors même que ce domaine est porté par une direction du même nom. Cette dernière n'a pu expliquer quelles résolutions ont été apportées aux dysfonctionnements soulevés lors de la certification de la Haute Autorité de Santé (HAS) ainsi que lors des évaluations médico-sociales. L'actualisation des différents processus et des protocoles internes relatifs à la qualité reste une démarche récente qui n'a pas encore été pleinement intégrée par les personnels.

## 4.1 Certification de la Haute Autorité de Santé

### 4.1.1 Les visites de certification HAS depuis 2011

Dans le cadre de la procédure de certification V10, la HAS a décidé de surseoir à la décision de certifier le CH de Longué-Jumelles le 9 octobre 2013. Suite à un recours gracieux du 27 janvier 2014, la HAS a de nouveau décidé de surseoir à la décision de certifier le CH le 9 avril 2014, en raison d'une réserve majeure (8d évaluations des risques a priori) et deux réserves (8f gestion des événements indésirables ; 21a USLD et SSR prescription d'examens de laboratoire, prélèvements, conditions de transport et transmission des résultats).

Depuis lors, le CH a été certifié avec quatre recommandations le 18 novembre 2015 : 1f politique et organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles ; 20a bis USLD et SSR prise en charge médicamenteuse du patient ; 23.a SSR et USLD éducation thérapeutique du patient ; 28a - mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

En annexe au rapport de certification d'octobre 2015 figure un plan d'actions (avec échéancier) élaboré par le CH et l'engageant pour la prochaine procédure de certification.

### 4.1.2 L'état des lieux des effets de la certification

La chambre a demandé à l'établissement d'expliquer, au regard des différentes vagues de certification HAS depuis 2010, quelles démarches avaient été entreprises et notamment quelles conséquences en avaient été tirées dans l'organisation des différentes structures de la direction commune.

L'ordonnateur a répondu que ces certifications constituaient une incitation forte pour améliorer l'organisation de la qualité et des risques et qu'un ingénieur qualité venait d'ailleurs d'être recruté en 2016 pour encadrer les équipes des différents sites et veiller à l'utilisation des mêmes outils qualité institutionnels. Il a reconnu que l'affectation à Saumur d'un adjoint des cadres au service qualité avait permis de structurer une fonction administrative « peu performante car instable jusqu'alors », notamment pour préparer les visites de certification et développer le lien avec Longué ; les réorganisations se conjuguant parfois avec une réactivation d'instances.

La chambre prend note des changements intervenus en fin de période sous revue dans le pilotage de la qualité, dans les formations cibles communes aux deux établissements Saumur-Longué et dans l'informatisation de la déclaration des événements indésirables. Concernant l'aboutissement du plan d'actions résultant des recommandations de la HAS et annexé au rapport définitif, la direction qualité a répondu que « *l'ensemble des documents concernant la certification des CH de Saumur et de Longué est disponible sur le site de la HAS* ». En l'absence d'éléments contradictoires étayés sur pièce quant aux modalités et résultats des actions engagées, la chambre n'est donc pas en mesure de se prononcer sur leur mise en œuvre, considérant que la HAS pourra vérifier le suivi de toutes ses observations lors de sa prochaine visite.

## **4.2 Qualité de la prise en charge des usagers**

### **4.2.1 Les dysfonctionnements relevés par les instances et les évaluations**

La chambre relève que certaines réclamations sont récurrentes dans les PV du conseil de la vie sociale (CVS, EHPAD) et de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC, USLD), y compris en fin de période, au regard de l'hygiène des résidents et usagers et du nettoyage des chambres. Il ne peut qu'être fait le parallèle entre ces données et celles relatives à l'absentéisme au sein de l'établissement.

Elle remarque également que l'évaluation interne du 17 juin 2013 elle-même a pointé les carences majeures dans la prise en charge des résidents (cf. annexe 4) ; soit :

- une absence de procédure de signalement de cas de maltraitance ;
- une absence de protocole de gestion des décès ;
- un manque de formation des agents aux gestes de premier secours et à la prise de la douleur (nombre significatif d'agents non formés) ;
- une absence de véhicule adapté pour les personnes à mobilité réduite, parallèlement à un véhicule d'établissement insuffisamment disponible pour les autres résidents ;
- un temps d'animation insuffisant, du fait d'une absence d'animateur, ce qui induit une prise en charge de cette activité par les aides-soignantes et les agents de service hospitalier.
- 

L'essentiel de ces manques n'a, par la suite, pas été infirmé par le rapport d'évaluation externe menée entre octobre et décembre 2014.

Si la chambre constate l'existence d'outils et/ou protocoles relatifs à la qualité et à la sécurité au sein du CH, avec une actualisation marquée depuis 2016 avec l'arrivée d'une directrice chargée de la gériatrie, elle n'est pas en mesure d'en vérifier la parfaite appropriation par les services au regard des manques susmentionnés.

### **4.2.2 L'injonction de l'ARS et la réponse du CH**

En conséquence de ces défaillances portées aux évaluations, l'établissement a fait l'objet d'une injonction des autorités de tarification, comme d'autres établissements. En effet, ne satisfaisant pas à toutes les exigences réglementaires relatives au fonctionnement d'un EHPAD, il a été tenu de déposer une demande de renouvellement d'autorisation dans un délai de six mois.



La direction commune y a répondu en indiquant : préparer un projet de service EHPAD pour chaque établissement, finalisé à fin 2016 ; confirmer la diffusion aux résidents des outils de la loi n° 2002-02 (règlement de fonctionnement, contrat de séjour ou document individuel de prise en charge, livret d'accueil, projet d'établissement) ; avoir élaboré un protocole sur le signalement de la maltraitance à diffuser aux équipes ; mettre en place, à partir de mi 2016, des groupes de travail pérennes thématiques (douleur, nutrition, chutes, éthique, escarres) avec pour objectif une remise en cause régulière des pratiques professionnelles.

#### 4.2.2.1 Sur les évaluations médico-sociales

A la question de savoir comment les résultats des évaluations internes et externes ont été pris en compte et quelles démarches ont mises en place, l'établissement a indiqué que le service qualité a été mandaté pour organiser l'évaluation interne de tous les EHPAD de la direction commune, avec pour base de travail un référentiel commun (AGEVAL). De plus, un seul prestataire a été sélectionné pour l'évaluation externe.

L'établissement a précisé qu'il n'existe pas de filière gériatrique entre les trois sites, chacun « cultivant sa propre identité malgré des efforts faits par exemple notamment pour définir des critères d'admission en EHPAD partagés par les professionnels ». Il a expliqué le caractère limité aux outils et pratiques réellement communs aux trois EHPAD par la forte hétérogénéité dans leur fonctionnement, dans le profil des résidents et dans le niveau de leur culture qualité.

A ce frein évoqué, la chambre ne peut que répondre que tel est pourtant la valeur ajoutée attendue de la direction commune et qu'au surcroît, des EPS multi-sites font face à des difficultés pratiques du même ordre sans que cela n'empêche toute convergence.

### 4.2.3 L'apport et la place de la direction commune en matière de qualité

A la question de savoir quelle stratégie qualité globale porte la direction commune, l'établissement a répondu que : « *la stratégie définie sur Saumur et Longué vise à développer une organisation Qualité Risques dans toute la mesure homogène* » entre deux CH dont la patientèle et l'histoire différent. Le CH de Longué bénéficie selon lui de personnel spécialisé mutualisé et « *dans toute la mesure du possible est recherchée une harmonisation des protocoles et des pratiques* ». Il précise d'ailleurs que les organisations mise en place sur les deux sites pour préparer les futures visites de certification ont été « *très proches* ».

Concernant la répartition des tâches, il a indiqué que la direction commune Qualité Risques, « *orientée sur le secteur sanitaire* », mise en place pour les deux CH et confiée à un directeur adjoint, n'a pas charge de l'EHPAD de Montreuil-Bellay ni du secteur EPHAD de Longué ou Saumur, la filière gériatrique et qualité de la prise en charge médico-sociale relevant d'un directeur adjoint propre.

La chambre relève pourtant que le directeur concerné a eu charge d'organiser les suites à l'injonction ARS susmentionnée pour l'EHPAD. Elle souligne au surplus que le fait qu'un

même directeur adjoint porte la responsabilité de la qualité et de la gestion des risques depuis 2011, comme en attestent les délégations de signature en ce domaine, lesquelles n'excluent pas les EHPAD, n'a permis que tardivement une convergence des pratiques, concentrées de surcroît dans les secteurs sanitaires.

En matière d'outils métiers, la direction commune s'est traduite par l'acquisition d'un progiciel unique de déclaration des événements indésirables et de gestion électronique documentaire mais il reste pour Longué à dématérialiser ses procédures dans ce dernier domaine.

Si le fonctionnement de la cellule de gestion des événements indésirables est identique sur les deux sites pour le champ sanitaire, la chambre souligne que la direction commune a tout intérêt à mettre en œuvre des dispositifs unifiés également en matière médico-sociale et assimilé. La chambre constate d'ailleurs que les secteurs USLD et EHPAD connaissent des besoins convergents en matière de qualité de la prise en charge qui rendent peu opérante cette dichotomie dans l'organisation commune.

<p><b>Recommandation n° 6 : mettre en place une filière gériatrique au sein de ses établissements et d'organiser une stratégie qualité à son échelle, applicable à tous les secteurs de prise en charge.</b></p>
--

## **5 FIABILITE DES INFORMATIONS COMPTABLES ET FINANCIERES**

Dans son rapport précédent, la chambre pointait des règles de la comptabilité publique trop longtemps perdues de vue : absence totale d'une comptabilité d'engagement (pourtant un axe majeur du projet d'établissement de 2005) ; insécurité des reports de charges, absence de rattachement, EPRD insincères ; non inscription de dotations aux amortissements et provisions ; irrespect des enveloppes budgétaires. Des propositions d'assainissement étaient émises par suite mais force est de constater que l'ensemble des critiques reste valable et rares ont été les améliorations.

La chambre remarque que les prévisions budgétaires et les comptes produits sont restés déficients sur toute la période et n'ont jamais obtenu que difficilement l'accord de l'ARS comme du département de Maine-et-Loire. Des incohérences persistantes entre les documents financiers et au sein de chacun d'entre eux empêchent toute fiabilisation de données comptables. Tous les résultats d'exercice ont été faussés par des erreurs diverses nées du manque toujours patent d'une comptabilité d'engagement, même sommaire.

Par suite, le défaut systématique d'indépendance des exercices a masqué l'absence de crédits budgétaires par rapport aux charges constatées et donc l'état réel de la trésorerie. Or, la dérive de gestion dans laquelle le CH s'est inscrit peut être qualifiée de cavalerie budgétaire,

conduite pour éviter de se trouver en défaut face à ses engagements. Ceci, alors que les réserves et alertes récurrentes des autorités de tarification étaient connues de l'établissement.

La fiabilisation des informations financières du CH n'a pu être accomplie malgré les nombreux retraitements opérés lors du contrôle par la chambre, lesquels ne permettent donc pas de dégager complètement la réalité financière du CH.

## **5.1 L'information financière**

### **5.1.1 La dérive continue du calendrier budgétaire**

La chambre relève que l'ARS avait dès 2011 manifesté des réserves quant à la dynamique budgétaire de l'établissement. L'EPRD adopté et reçu par elle après relance n'est ainsi pas conforme. De plus, l'agence a-t-elle rappelé que même s'il n'existait pas strictement de motif d'opposition au plan global de financement pluriannuel (PGFP) tels que défini au code de la santé publique, le projet de reconstruction n'était pas autorisé. La chambre note, à la lecture des procès-verbaux du directoire et du conseil de surveillance qu'aucune information relative à cette approbation difficile du PGFP n'y figure.

Pour 2012, la même remarque perdure avec un EPRD tardivement approuvé, en raison de pièces manquantes et un PGFP refusé au vu d'une situation financière globale fortement déséquilibré et de chiffrages erronés. La chambre souligne que là encore aucune information relative à ces problèmes ne figure aux procès-verbaux du directoire et du conseil de surveillance.

Pour 2013, au-delà des remarques similaires de forme et de fond de l'ARS sur les documents budgétaires, cette dernière insiste sur la difficulté pour elle de soutenir financièrement le projet de reconstruction. L'approbation finale de l'EPRD et du PGFP, le 3 octobre, n'est pas non plus exempte de réserves de tous types. La chambre note là encore une information incomplète des instances. Il est nullement fait mention des signaux d'alerte, à savoir une marge brute ne couvrant pas les charges du titre IV et des ratios d'endettement ne permettant plus à l'établissement d'emprunter sans l'accord de l'ARS.

En 2014, l'ARS rappelle au CH ses manquements au regard du respect du calendrier budgétaire depuis plusieurs exercices et l'EPRD n'est approuvé le 6 octobre qu'avec de multiples observations multiples dont l'extrême vigilance à avoir quant au risque de dérapage des dépenses. Par suite, le PGFP n'est pas approuvé en raison de fondamentaux d'exploitation et de bilan très dégradés, soulignant l'incapacité aggravée de l'établissement à assurer le financement de ses investissements dans de bonnes conditions. Cette circonstance se conjugue à la nécessaire autorisation de l'ARS préalablement à tout emprunt.

En 2015, les EPRD et PGFP sont reçus là encore bien au-delà des délais réglementaires et ne bénéficient d'une approbation de l'ARS qu'à raison du contexte exceptionnel de l'établissement et notamment pour permettre de faire face aux dépenses obligatoires. Les observations à l'appui redisent que l'équilibrage financier du CH à cette époque précise ne résulte que d'aides versées par l'agence. Cette dernière ne valide d'ailleurs le PGFP que sous

la réserve de la mise en œuvre d'un plan d'actions précis, comprenant des réductions d'effectifs et des mutualisations, sans lesquelles les perspectives d'équilibre seraient nulles.

De son côté, le département de Maine-et-Loire rappelle le 29 septembre 2015 qu'il n'a pas compétence pour valider les plans pluriannuels d'investissement (PPI) et PGFP d'un établissement public de santé et que l'effort déjà significatif des familles au regard des prix de journées fait que ces derniers ne pourront pas absorber les déficits futurs.

L'approbation de l'EPRD le 9 septembre 2016, au-delà du calendrier prévu et en l'absence de PGFP, ne découle à nouveau que de la volonté de l'ARS de ne pas bloquer le règlement des dépenses obligatoires, et notamment les salaires. La situation financière y apparaît dégradée au vu de tous les indicateurs prévisionnels. Par suite, l'ARS a demandé à l'établissement de présenter un plan de trésorerie jusqu'à la fin 2016.

La chambre souligne que la persistance d'une telle situation depuis plusieurs années défie toute rationalité, tant les manquements du CH à ses obligations restent récurrents et l'acceptation de ses éléments budgétaires par la tutelle apparaît *de facto* contrainte, à l'image de l'approbation du PGFP par l'ARS en octobre 2013, avec de multiples réserves et alors que la reconstruction du CH était imminente.

### 5.1.2 Les prévisions et l'exécution budgétaires

Le précédent rapport de la chambre émettait une proposition d'assainissement relative à la conduite d'efforts internes visant à un retour aux fondamentaux de la gestion publique, avec un plan de recherche d'économies et le respect du principe de sincérité budgétaire. La chambre ne peut que constater la difficulté pour le CH de se conformer tant à ses obligations en matière d'information budgétaire qu'à une exécution conforme à ses prévisions, dès lors qu'il ne peut plus payer ses charges de personnel de dernier trimestre sans utiliser de décision modificative.

#### 5.1.2.1 Les états de suivi de l'exécution

Si, au regard des procès-verbaux du directoire, les rapports infra-annuels semblent être produits, le CH n'a pu communiquer à la chambre que le rapport infra-annuel (RIA) 3 de 2014 ainsi que le rapport du directeur pour le troisième suivi de 2011, 2012, 2013 et 2015.

##### A. En fonctionnement

Pour les SSR, le résultat constaté à la clôture est plus favorable que celui prévu à l'EPRD en 2011 et 2012. En revanche, il est moins favorable en 2013 et 2014, l'augmentation des charges ayant été plus forte que celle des produits et se traduisant par un déficit. La situation se dégrade en 2015 avec une augmentation des charges de 3 % et une baisse des produits de 10 %.

Pour l'USLD, le résultat constaté à la clôture est légèrement plus favorable que celui prévu à l'EPRD en 2011 et 2012. En revanche, il est identique en 2013 et moins favorable en 2014 et 2015, les charges ayant augmenté de 2 % alors que les produits sont stables (ou + 1 % en 2015), ceci se traduisant par un déficit. Pour l'EHPAD, le résultat constaté à la clôture est légèrement plus favorable que celui prévu à l'EPRD pour tous les exercices, sauf le dernier.

## B. En investissement

La variation du taux d'exécution des ressources est erratique. Elle varie de 27 % à 131 % sur la période. Il en est de même de celle de la CAF qui fluctue entre 43 % et 416 % et de celle des emplois qui varie entre 44 % et 109 %. Le très fort taux d'exécution 2015 de la CAF est dû à une dotation aux provisions pour renouvellement d'immobilisations de 1,1 M€ sur le budget de l'EHPAD.

La chambre souligne, au vu des décalages entre la réalité et les prévisions, le caractère globalement insatisfaisant des outils budgétaires, lesquels, en toute hypothèse, n'apparaissent pas rigoureusement assis sur un suivi fin et efficace des déterminants de l'exploitation. Elle appelle l'établissement à respecter le calendrier budgétaire et à veiller à une information budgétaire sincère et robuste, notamment au regard des charges de personnel.

### 5.1.3 La conformité des comptes financiers

#### 5.1.3.1 Le respect du calendrier

La chambre relève que, à quelques exceptions en 2013, des dates d'approbation du compte financier par le conseil de surveillance ne respectent pas le calendrier réglementaire. Elles sont antérieures à la signature des comptes en 2012 et 2013 et postérieures aux dates prévues par les dispositions en vigueur (30 avril N+1 en 2011 et 2012 et 30 juin N+1) en 2014 et 2015.

#### 5.1.3.2 La bonne et due forme des documents définitifs

Le compte financier 2011 est présenté en bonne et due forme, à l'exception de deux annexes (tableau des provisions et dépréciations inexact ; état de la dette financière non renseigné). L'annexe F0 du compte financier 2013 présente des écarts avec les données financières de la balance, soit un écart négatif en balance de sortie de 130 031 € qui correspond également aux données absentes du compte 49. Le compte financier 2015 n'a été produit que très tardivement, soit en décembre 2016.

La chambre appelle l'établissement à respecter les délais de production des comptes financiers

#### 5.1.4 L'approbation des comptes administratifs des structures EHPAD et USLD par le département et son impact sur le budget prévisionnel

La chambre constate que le département de Maine-et-Loire a, à de multiples reprises, pointé les insuffisances de détail et de robustesse des informations financières fournies par le CH au regard des obligations réglementaires. Les incohérences inter-budgets relevées et affectant la sincérité des écritures aux sections tarifaires EHPAD et USLD dont il a à connaître

(ex. personnel et achats) l'ont de même conduit à des refus de dépenses comme de résultat, tant en sections dépendance qu'hébergement.

La chambre appelle l'établissement à produire l'ensemble des documents réglementaires de chaque budget à l'appui des comptes financiers

**Recommandation n° 7 : construire une information financière complète, sincère et robuste dans le respect du calendrier réglementaire, notamment quant aux EPRD et comptes financiers.**

## 5.2 La fiabilité des comptes

Le contrôle a révélé que les fichiers internes ne comportent pas de date de service fait ni la date exacte de réception de la facture. Des écarts de plusieurs mois sont constatés entre la réception des factures portée sur les pièces produites à l'appui du compte de gestion et les dates de mandatements.

Il en résulte une défaillance complète des écritures, ainsi insécurisées, notamment visible pour celles passées en année ultérieure. Ces écritures impactent d'autant le résultat comptable de l'établissement et faussent l'analyse financière.

La chambre souligne que les incohérences persistantes entre les documents financiers et au sein de chacun d'entre eux empêchent toute fiabilisation des données comptables.

### 5.2.1 Le suivi des immobilisations et de l'état de l'actif

#### 5.2.1.1 Les subventions d'équipement transférables

La subvention de 518 550 € perçue en 2014 a été allouée par la CNSA pour la reconstruction de l'EHPAD (30 % de la subvention totale). Le montant perçu en 2015 correspond à une subvention versée par la Région et par l'ARS au titre du FIR. Ces subventions sont amortissables.

#### 5.2.1.2 L'inventaire des biens meubles et immeubles

Dans l'état de l'actif 2010, 36 biens étaient identifiés comme « nc » pour une somme totale de 87 983,79 € tant brute que nette. De plus, n'y figuraient que 30 499,17 € de dotations aux amortissements antérieurs et aucune somme pour les dotations 2010 alors que le montant total d'immobilisations brutes est de 9 764 885,97 €, avec pour date d'acquisition la plus

ancienne le 1<sup>er</sup> juin 2002. Les états de l'actif 2014 et 2015 sont plus complets, même s'ils ne semblent pas fiables, notamment en ce qui concerne les amortissements.

En 2015, des biens (804 libellés) pour une valeur totale de 3 865 806,30 € n'auraient pas été amortis. L'établissement n'a pu fournir d'inventaire 2015, et la chambre relève que ce défaut de tenue d'un document obligatoire est connu du conseil de surveillance.

La chambre relève l'absence de concordance entre état de l'actif et compte de gestion, de manière générale et notamment pour les amortissements, et souligne l'impossibilité de disposer de données précises quant à la réalité de l'actif immobilisé. Elle appelle l'établissement à réaliser sans délai un inventaire des biens meubles et immeubles.

### 5.2.1.3 Les cessions d'immobilisation

Il semble peu probable qu'aucun bien ne soit sorti de l'actif de 2011 à 2015, à l'exception de matériel divers pour 6 571 € et de matériel de transport pour 6 860 € en 2014.

## 5.2.2 Le calcul des amortissements des immobilisations

Tableau n° 9 : Dotations aux amortissements

<i>Amortissements</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>évolution</i>
<i>SC c/28</i>	8,14	8,3	8,47	8,63	8,81	8%
<i>évolution annuelle</i>		2%	2%	2%	2%	
<i>SD c/20</i>	0,25	0,25	0,28	0,3	0,3	22%
<i>SD c/21</i>	9,59	9,65	9,76	9,78	9,79	2%
<i>Total SD c/20 et 21</i>	9,83	9,9	10,03	10,07	10,09	3%
<i>évolution annuelle</i>		1%	1%	0%	0%	

Source : comptes financiers (en M€)

Le solde créditeur du compte 28 a progressé de 8 % sur la période, soit 2 % par an, alors que le total des soldes débiteurs des compte 20 et compte 21 a augmenté de 3 %. Il semble donc que les biens soient amortis au fur et à mesure depuis 2011 mais l'état de l'actif 2015 fourni par la comptable comporte un certain nombre de biens acquis sur cette période (2011-2014) non amortis (232 753,62 €).

De plus, dans son courrier du 20 juillet 2015, le CD 49 rappelle les points essentiels des éléments budgétaires ayant permis d'établir l'annexe du plan pluriannuel de financement dont des « amortissements des immeubles à hauteur de 85 % du prix hors taxe pour chacun des budgets EHPAD et USLD afin de limiter le surcoût initial du coût hors taxe à la place de chaque entité EHPAD et USLD ».

La chambre souligne que cette modalité d'amortissement est irrégulière, avec pour conséquence une insincérité des dotations aux amortissements et une majoration du résultat.

La chambre appelle l'établissement à fiabiliser l'amortissement des immobilisations, et notamment respecter l'instruction comptable M21.

### 5.2.3 L'exactitude des imputations comptables

La chambre, relève, comme indiqué précédemment, une succession d'incohérences au regard des charges de personnel entre les fichiers de paies et les balances de comptes ainsi que des erreurs en tous genres dans les imputations comptables.

Ainsi, la part codée ZZZZ (intitulé signifiant une impossible identification du service concerné) a cru sur la période pour atteindre près de 4 M€ cumulés depuis 2011. De plus, un volume significatif de mandats de fournisseurs porte mention en objet de « rémunérations diverses » alors qu'ils ne sont pas, pour l'essentiel, imputés sur des comptes de charges de personnel et plus précisément de rémunérations.

La chambre souligne que cette absence de bonne imputation et d'identification des charges n'est pas sans conséquence pour les financeurs du CH, dès lors qu'elle jette un doute sur la validité de ce que ces derniers ont payé. Elle appelle donc l'établissement à fiabiliser sans délai les imputations comptables (par budget), notamment celles relatives aux charges de personnel.

### 5.2.4 Les remboursements de frais par les budgets annexes

Le précédent rapport de la chambre émettait une proposition d'assainissement relative à la finalisation des démarches liées à l'obtention de financements complémentaires, soit l'achèvement de l'opération « sincérité des comptes » préalable à la signature d'un avenant aux conventions tripartites, et la finalisation du contrat de retour à l'équilibre.

Or, il est constaté une forte augmentation des remboursements des budgets annexes au budget principal sur la période, sans que cette évolution ne résulte de calculs révisés sur la base d'une quelconque comptabilité analytique. Par suite, la chambre n'est pas en mesure de vérifier l'exactitude et la fiabilité des reversements effectués et encore moins de donner une assurance raisonnable de la fiabilité de l'opération sincérité des comptes. Elle redit à nouveau que la bonne répartition des charges entre financeurs n'est pas garantie.

**Tableau n° 10 : Remboursements de frais des budgets annexes**

€	2011	2012	2013	2014	2015	évol.
<b>CRPA B</b>	<b>319 568</b>	<b>316 872</b>	<b>393 739</b>	<b>503 452</b>	<b>Chiffres non communiqués</b>	
<i>services techniques</i>	37 889	37 756	33 348	37 140		
<i>administration</i>	136 568	119 707	96 252	149 891		
<i>informatique</i>	10 344	10 739	9 617	9 919		
<i>charges communes</i>	11 319	12 328	12 287	15 282		
<i>blanchisserie</i>	32 109	19 045	82 033	78 822		
<i>alimentation</i>	86 734	98 265	137 154	122 850		



€	2011	2012	2013	2014	2015	évol.
kiné	4 604	7 820	7 365	10 389		
stocks (pharma)	0	0	0	12 339		
pharmacie	0	11 212	15 683	66 821		
rembst de frais (c/602)		62 324				
<b>CRPA E</b>	<b>589 003</b>	<b>568 530</b>	<b>639 254</b>	<b>766 851</b>		
services techniques	101 891	101 896	90 632	93 008		
administration	193 296	168 030	115 376	180 442		
informatique	14 658	15 218	11 628	11 994		
charges communes	31 191	33 971	33 858	42 109		
blanchisserie	36 351	18 694	79 184	75 143		
alimentation	187 988	210 569	289 080	261 190		
kiné	23 628	5 913	5 569	7 856		
stocks (pharma)	0	0	0	3 306		
pharmacie	0	14 239	13 927	91 804		
rembst de frais (c/602 et 622)		88 153				
<b>rembst de frais</b>	<b>146 351</b>	<b>150 477</b>	<b>169 720</b>	<b>0</b>		
total CRPA	1 054 922	1 035 879	1 202 712	1 270 304		
		<b>-2%</b>	<b>16%</b>	<b>6%</b>		
total c/7087 - budget H	1 054 922	1 035 879	1 202 712	1 270 304	1 153 620	9%

Source : pièces justificatives à l'appui des titres de recettes H ; calculs CRC

La chambre appelle l'établissement à utiliser pour ce faire le tableau de retraitement comptable, visé au 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article R. 6145-7 du CSP, lequel constitue un document obligatoire qui a pour objectif de répartir les charges inscrites au compte financier entre les différentes sections d'analyse dites « support » ou « finales ».

## 5.3 Le principe d'indépendance des exercices

### 5.3.1 La journée complémentaire

Le contrôle des fichiers de mandats a révélé de nombreux mandats édités après le 31 janvier N+1 pour des montants équivalant à 12,39 M€, soit près de 17 % du total payé sur la période (cf. annexe 5).

Il ressort de l'analyse des mandats hors comptes 66 et 68 que plus de 10 % du montant total des mandats édités après la date du 31 janvier N+1 sont relatifs à l'année N, chaque année (1,06 M€ en 2011 et 1,30 M€ en 2014), ceci hors rattachement (cf. annexe 5). Ce taux atteint 20 % en 2015, soit 2,10 M€ (pour 4 % du nombre de mandats).

Au regard même du calendrier budgétaire, les dernières dates de rattachement obèrent d'autant le respect des délais – les comptes financiers antérieurs à 2013 devant être transmis au plus tard le 15 avril pour une approbation au 30 avril. Pour l'exercice 2015, la journée complémentaire s'est ainsi terminée le 20 juin 2016 alors que le compte financier devait

réglementairement être transmis par le directeur au conseil de surveillance avant le 1<sup>er</sup> juin, pour approbation avant le 1<sup>er</sup> juillet (décret n° 2013-1238 du 23 décembre 2013).

La chambre rappelle que la journée complémentaire est destinée exclusivement à assurer une régularisation des opérations de dépenses et de recettes de fin d'exercice qui, en raison de justifications tardives, exigent des délais d'enregistrement comptable. Ainsi, la nomenclature M21 prévoit que sa durée ne s'étend que du 1<sup>er</sup> janvier au 31 janvier de l'année qui suit l'exercice budgétaire concerné.

### **5.3.2 Le rattachement des charges**

Le CH n'a pas procédé au rattachement des charges au compte 408 « fournisseurs, factures non parvenues » pour l'exercice en 2011 et peu en 2012 (28 402 €). En revanche, des rattachements importants ont eu lieu en 2013 et 2014. Quand la cible de rattachement cible est de 5 %, le taux atteint est de 15 % en 2013 et 9 % en 2014.

Le CH a en revanche procédé chaque année à des rattachements pour les dépenses de personnel. La chambre souligne d'ailleurs que les membres du conseil de surveillance ont été informés de cette pratique. Or, cette dernière n'est vraisemblablement pas exhaustive, comme le démontre les données collectées et retraitées au cours du contrôle.

Ainsi, au regard des montants inscrits dans les comptes afférents, la chambre constate l'inexactitude et l'absence de fiabilité des sommes rattachées.

#### **5.3.2.1 Les justifications produites**

Aucun état de dépenses engagées non mandatées n'a été produit sur la période. Par contre, il a été communiqué quatre fichiers Excel intitulés « écriture d'ordre » à la chambre : deux pour 2013 (dont une V2 postérieur à l'exercice), un pour 2014 et un pour 2015. Au sein de ces fichiers figurent des onglets liés aux rattachements de chaque budget – non renseignés pour 2015. Sur la base de ces différents chiffres, lesquels ne coïncident que pour 2012, et en raison des écarts persistants entre les différentes données originelles même après plusieurs retraitements, la chambre n'est pas en mesure déterminer avec certitude les montants effectivement rattachés et ceux devant l'être, sur toute la période.

#### **5.3.2.2 Les charges sur exercices antérieurs**

Les charges sur exercices antérieurs ont progressé plus rapidement que les charges totales, soit 18 % contre 11 %. Cette situation est différente selon les budgets. En effet, les charges sur exercices antérieurs diminuent au budget principal alors qu'elles progressent aux budgets annexes, essentiellement à celui de l'EHPAD (27 374 € en 2015).

Le taux de charges reportées diminue sur la période pour devenir nul en 2014 puis il augmente en 2015 où il atteint 0,4 % soit le taux de 2011. Il est supérieur à la cible (0,2 %) en 2011 (0,4 %), 2012 (0,3 %) et 2015 (0,4 %).

La chambre appelle par suite l'établissement à fiabiliser sans délai les rattachements de charge et respecter strictement la durée de la journée complémentaire prévue par les dispositions en vigueur.

### **5.3.3 Les délais de mandatements et la question des dettes fournisseurs**

Il n'existe aucune date de service fait au sein des différents fichiers financiers. De même, les dates portées au fichier de gestion économique et financière (imputation, édition, réelle) ne correspondent pas aux dates réelles d'édition par le fournisseur ni de réception des factures au sein du CH, lesquelles ne sont inscrites que sur les pièces papier.

Même en se fondant sur les dates portées au système d'information (hypothèse favorable au CH), le volume de mandatements excédant les 40 jours dévolus à l'établissement pour ce faire atteint déjà 20 % en nombre et 30 % en montant sur toute la période, ce qui aurait dû impliquer le paiement d'indemnité forfaitaire significatifs.

En conséquence de tout ce qui précède, la chambre n'est pas en mesure de vérifier la réalité des dates et délais des mandatements ni de paiements pour toute la période contrôlée. Elle rappelle au surplus le caractère obligatoire et automatique des intérêts moratoires lesquels sont dus en toutes circonstances et ne peuvent faire l'objet d'un abandon, même explicite, par les tiers concernés (cf. 7.3.3. sur les conséquences de l'arrêt des travaux).

Enfin, sur la base d'un échantillon de mandats de classe 6, d'achats d'un montant de plus de 1 000 € en 2014, la chambre souligne que, même au regard des données internes du CH non fiabilisées, l'écart moyen entre la date de réception de la facture et la date d'édition du mandat s'élève à 71 jours.

La chambre appelle l'établissement à fiabiliser les informations relatives à la réception des factures, leur liquidation et leur mandatement.

### **5.3.4 Les charges et produits constatés d'avance**

Le CH utilise tous les ans cette technique comptable, depuis 2014 pour les produits et depuis 2012 pour les charges. Si les montants sont faibles pour les charges, il n'en est pas de même pour les produits. La somme de 0,4 M€ en 2014 correspond à l'avance de dotation de financement sur 2015 versée en décembre 2014, laquelle a été versée « pour aider au paiement des situations de reconstruction, du fait de l'impossibilité d'emprunter ».

## 5.4 Le principe de prudence et la constitution des provisions

Tableau n° 11 : Évolution globale des provisions

Toutes provisions - tous budgets – c/15 + c/49	2011	2012	2013	2014	2015
Total au 31/12	1,18	0,19	0,32	0,3	1,65
Reprises	0	1,1	0,03	0,05	0,13
Dotations	0,89	0,08	0,17	0,03	1,48

Source : comptes financiers (M€)

### 5.4.1 Les provisions réglementées

#### 5.4.1.1 Les provisions pour renouvellement des immobilisations (compte 142)

Ce compte n'a été mouvementé qu'à compter de 2015 où une dotation aux provisions a été inscrite pour 1,1 M€ au budget annexe EHPAD et 39 125 € au budget annexe USLD. La chambre constate donc que, lors du lancement du projet à la fin 2013, et malgré les chiffres prospectifs connus à cette date, le CH n'a pas procédé aux écritures de provisions adéquates.

#### 5.4.1.2 Les provisions pour compte épargne temps (compte 143 puis 153)

En 2012, la provision sur CET a été entièrement reprise pour 156 420 €. Le PV du conseil de surveillance du 31 mai 2013 l'explique comme suit : « *cette provision avait été constituée vers 2004 au vu des dotations des tutelles. La provision a donc été réajustée cette année au vu des décomptes des CET à fin décembre 2012 (8 k€) [c'est-à-dire 8 000 €]* ».

Cette opération ne semble pas correspondre à la réalité des besoins, du fait de la faiblesse du montant de 8 721 € provisionné par rapport à l'année précédente (50 000 €) et à l'année suivante (78 799 €). Ceci est confirmé par le PV du CS du 19 juin 2014 : « *la provision constituée en 2012 n'a pas été calculée correctement, par conséquent elle a été revue. 73 % de la provision concerne le CET de Mr [le directeur qualité/risques] qui devra être reversée au CH de Saumur, une fois que la dotation par le CHU de Nantes nous sera allouée* ».

La chambre souligne qu'en procédant à cette opération, l'établissement a faussé, en le majorant, le résultat comptable de l'exercice concerné.

Elle redit au surplus qu'en l'absence de pièces probantes concernant la prise de congés des directeurs délégués sur le CH de Longué, le quantum de jours de congés effectifs et donc le solde de jours versés sur le CET ne sont pas vérifiables.

En 2014, les opérations sont déséquilibrées en raison de l'inscription d'une somme de 37 198 € au compte 78153 du budget principal alors que le compte 153 n'est pas débité. En revanche, le compte 151 a été débité sans que le compte 78151 ne soit crédité (voir sous-partie suivante). Il n'y a donc pas d'impact sur le résultat, mais la reprise de provision CET a été financée par une ponction irrégulière d'une provision pour risques et charges.

## 5.4.2 Les provisions pour risques et charges

### 5.4.2.1 Les provisions pour risques (compte 151)

Une somme de 106 476 € correspond à une provision constituée pour un litige avec l'URSSAF. La chambre souligne que cette somme apparaît manifestement insuffisante pour faire face au solde dû, lequel s'élève, selon l'ACOSS/URSSAF, à 76 012 € de cotisations patronales et 62 782 € de majorations de retard initiales et complémentaires.

En 2014, les écritures sont déséquilibrées en raison de l'inscription d'une somme de 37 198 € au débit du compte 151 alors que le compte 78151 du budget principal n'est pas crédité (voir supra).

### 5.4.2.2 Les autres provisions pour charges (compte 158)

En 2012, les écritures sont déséquilibrées en raison de l'inscription d'une somme de 912 869 € au débit du compte 158 (correspondant à la balance d'entrée) alors qu'aucun compte 78158 n'est crédité. Une somme équivalente est inscrite au crédit du compte 110 « report à nouveau excédentaire ». Selon l'ordonnateur actuel et au regard des échanges archivés avec l'ARS, cela correspond à des provisions constituées pour la reconstruction (amortissements et intérêts des emprunts).

La chambre souligne le caractère délibérément avantageux de la présentation des comptes qui résulte de cette mécanique. En effet, ces provisions auraient dû être inscrites au compte 142 et leur passage direct au compte de report à nouveau revient à gonfler de manière artificielle le fonds de roulement d'investissement en permettant au CH d'afficher un résultat excédentaire significatif.

De plus, elle remarque que l'imputation au compte 142 aurait pertinemment sanctuarisé ladite dotation pour absorber les surcoûts en fonctionnement de l'investissement projeté, du fait de la corrélation entre les reprises et les charges concernées. Or, dans la circonstance de l'espèce, dès lors qu'ils ont été imputés au report à nouveau, les crédits ne peuvent pas être utilisés pour ces surcoûts de fonctionnement, ce qui entraîne par conséquent des risques budgétaires significatifs pour le CH à moyen terme.

Afin de rétablir la sincérité des comptes et permettre la compensation du surcoût de la reconstruction, la chambre indique au CH qu'il devrait ré-imputer la somme de 912 869 € inscrite au compte 110 au compte 142.

## 5.4.3 Les provisions pour créances irrécouvrables

Les opérations compte 4152 – compte 654 sont équilibrées sur toute la période, à l'exception de 2015 (cf. annexe 6). En revanche, celles relatives aux compte 491 – compte 78174 – compte 68174 sont déséquilibrées en 2013 et 2014.

Or, cette même somme de 9 405 € est inscrite au débit du compte 496 et celle de 25 424 € au crédit du compte 496, compte de dépréciation pour débiteurs divers alors que le compte 491 renvoie à la dépréciation pour redevables (cf. annexe 6).

L'établissement connaît un problème persistant au regard de nombreuses créances anciennes, devenues irrécouvrables de facto, lesquelles résultent d'un détournement au sein du CH et pour lequel une condamnation pénale a été prononcée le 26 août 2010.

La chambre relève que cette difficulté n'est pas résiduelle et a été régulièrement soulevée par le comptable en fonction depuis 2013 sans que l'ordonnateur et/ou le conseil de surveillance n'en tirent de conclusion nette. Elle ne peut que souligner qu'en tardant à constater des pertes manifestement inéluctables, l'établissement n'a fait que différer une décision d'admission en non-valeur d'un montant significatif qui obérait son besoin en fonds de roulement. Elle l'appelle donc à se rapprocher du comptable pour déterminer le quantum exact des créances devenues irrécouvrables pour, le cas échéant, leur présentation en non-valeur conformément aux dispositions en vigueur (article R. 1617-24 du code général des collectivités territoriales).

### CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

**Tableau n° 12 : Corrections à appliquer au résultat (hors rattachement de charges)**

millions d'euros	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CRPP	1,01	0,16	0,16	-0,02	-0,06	-0,69
CRPA	0,29	0,11	0,03	0,02	0,01	-0,12
consolidé	1,3	0,27	0,19	0	-0,04	-0,81
reprises injustifiées			0,16			
provisions non constituées (évaluation KPMG)		0,52	0,15	-0,33	-0,67	0,28
résultat retraité	1,3	0,79	0,18	-0,33	-0,71	-0,53

Source : comptes financiers ; calculs CRC ; 2011 et 2012 : reliquat de provisionnement initial

Au-delà de l'impossibilité de fiabiliser les rattachements de charges, la chambre relève que la reprise sur provision de 156 420 €, injustifiée, en 2012, et l'absence de provisions conformes aux besoins pour la reconstruction ont faussé le résultat de l'établissement et l'ont continûment majoré sur la période contrôlée. De même, le transfert de la dotation de 0,84 M€ au compte de report à nouveau excédentaire de 2011 a permis d'afficher un excédent factice à un moment clé puisque les opérations de reconstruction se préparaient.

Au vu de toutes les carences relevées (amortissements, rattachements, etc.), la chambre souligne que si l'établissement appliquait les règles qui s'imposent à lui en matière de fiabilité des comptes, il serait d'ores et déjà dans une impasse financière.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement confirme que l'absence et/ou l'incohérence de documents financiers, mais également « l'absence quasi totale de lisibilité et d'historique » du fait du manque de traçabilité des opérations, ne permettent pas de fiabiliser les données des derniers exercices. Il indique que le travail de reconstruction, complexe, est en cours, avec l'appui de l'ARS, pointant qu'il ne saurait aboutir et produire les effets escomptés qu'à partir de l'année 2018.

**Recommandation n° 8 : réaliser sans délai, conformément aux dispositions de l'instruction codificatrice M21, un inventaire des biens meubles et immeubles et fiabiliser l'amortissement des immobilisations et l'état de l'actif, en se rapprochant du comptable.**

**Recommandation n° 9 : fiabiliser sans délai les imputations comptables (arrêté du 19 décembre 2014 relatif à l'instruction budgétaire et comptable M21 des établissements publics de santé), notamment celles relatives aux charges de personnel ainsi que les remboursements entre budgets, sur la base du tableau de retraitement comptable prévu au deuxième alinéa de l'article R. 6145-7 du CSP.**

**Recommandation n° 10 : réaliser sans délai les rattachements de charge et respecter strictement la durée de la journée complémentaire prévue par les dispositions en vigueur (arrêté du 19 décembre 2014 susvisé ; instruction du 13 septembre 2012 relative aux comptes de gestion et financiers des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des établissements publics de santé).**

**Recommandation n° 11 : fiabiliser sans délai les écritures et besoins de provisions au regard des dispositions de l'instruction codificatrice M21 et de se rapprocher du comptable pour déterminer le quantum exact des créances devenues irrécouvrables pour, le cas échéant, leur présentation en non-valeur conformément aux dispositions en vigueur (article R. 1617-24 du code général des collectivités territoriales).**

## **6 PERFORMANCE FINANCIERE ET SITUATION BILANCIELLE RETROSPECTIVE**

Le précédent rapport avait démontré une situation financière très dégradée, marquée par des déficits récurrents et une défaillance des services de gestion qui appelaient des mesures fortes d'assainissement.

La chambre observe là encore la détérioration des indicateurs fondamentaux du CH (marge brute, CAF, etc.), lequel n'a en effet jamais atteint l'équilibre financier lui permettant de porter seul son exploitation et ses investissements, et encore moins dégager une situation économique excédentaire.

Sans les soutiens financiers récurrents de tous types apportés par l'ARS, qui ont créé une forte accoutumance du CH aux aides, sa marge brute se serait effondrée. En définitive, sa solvabilité à court terme est très incertaine, un risque de rupture de trésorerie existe et, plus grave, le déséquilibre financier de fond persiste.

En réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur estime avoir « *redressé la situation budgétaire de l'établissement en l'espace de quelques années [... et] ainsi pu dégager et cumuler un excédent de plus de 5 M€* », expliquant que l'utilisation de la notion de marge brute n'était pas effective avant 2012. La chambre ne peut que redire qu'aucun redressement de la situation financière de l'établissement n'a été lisible sur la période. De même, l'accumulation d'excédents grâce aux sur-dotations reçues de la tutelle, pour partie découlant d'une gestion antérieure à celle sous revue, ne saurait valoir preuve d'une bonne santé financière, de tels excédents résultant du soutien ponctuel et non reproductible de l'État.

## 6.1 L'évolution globale de l'exploitation jusqu'en 2015

### 6.1.1 La nécessité d'un retraitement des soldes de gestion

#### A. Sur l'impact de comptes non fiables

L'analyse de la réalité du cycle d'exploitation de l'établissement sur la période appelle une mise en garde méthodologique. Du fait de l'impossibilité de vérifier l'exactitude et l'exhaustivité des rattachements de charges opérés depuis 2011, tous les soldes de gestion analysés ci-après reflètent une situation potentiellement non conforme à la réalité sans qu'il soit possible de quantifier l'effet de cette déficience de rattachement. En toute hypothèse, cela induit une présentation plus favorable au CH que la réalité des exercices.

**Tableau n° 13 : Évolution consolidée de l'exploitation avant retraitement**

	2011	2012	2013	2014	2015	évo° 2011-2015
<i>chiffre d'affaires</i>	8,90 M€	7,91 M€	8,08 M€	8,25 M€	9,20 M€	3%
<i>valeur ajoutée</i>	6,30 M€	5,33 M€	5,21 M€	5,20 M€	6,28 M€	1%
<i>marge brute d'exploitation</i>	1,40 M€	0,28 M€	0,30 M€	0,12 M€	0,83 M€	-41%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

#### B. Sur les aides de tous ordres reçus par le CH

À ces comptes non fiables s'ajoute l'impact des abondements de toutes sortes perçues par le CH, qu'il convient de mettre en miroir des soldes de gestion présentés aux rapports d'activité et aux comptes financiers pour approcher la situation structurelle, hors aides, du cycle d'exploitation. Afin d'approcher le taux de marge brute structurel de l'établissement, il convient de redresser cette marge des aides versées par l'ARS, notamment au titre du financement de la reconstruction de l'hôpital ; soit environ 1 M€ d'aides en exploitation. À quoi s'ajoute :

- la sur-dotation en DAF pour les lits de médecine en début de période, lesquels ont fermé au 1<sup>er</sup> janvier 2012 ; se trouvant en 2011 dépourvus d'activité réelle (en contrepartie des financements), avec un taux d'occupation de seulement 1,48 % ;
- le décalage entre le nombre de lits de SSR financés et ceux réellement ouverts, du fait d'un volume de 10 lits neutralisés de manière récurrente (cf. partie activité).



Dans ces deux secteurs, l'hôpital a ainsi perçu des recettes dépourvues d'une contrepartie en activité réelle.

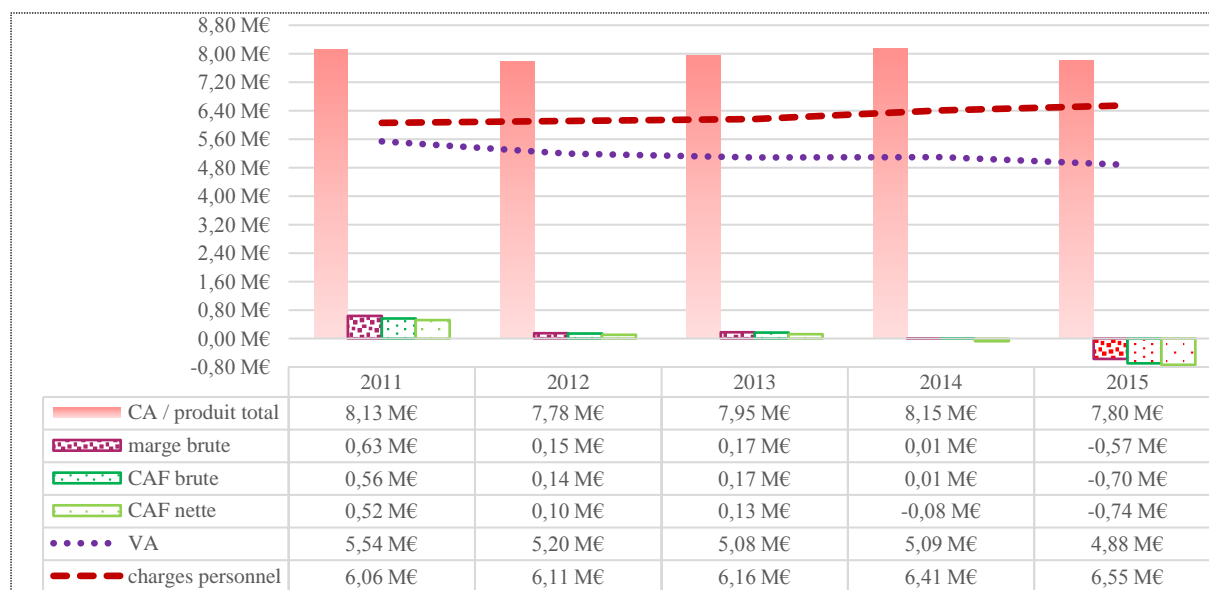
La chambre relève d'ailleurs que l'établissement savait dès 2011 qu'il se trouvait sur-doté et que ses excédents ne reflétaient pas sa situation structurelle, du fait de la surcompensation de ses coûts de fonctionnement SSR, au point de s'attendre à une chute de ses recettes.

Ainsi, le CH a bénéficié depuis 2011 de plus de 4,77 M€ d'aides dont 2,55 M€ en exploitation et 2,22 M€ d'aides au bilan (cf. tableau marge hors aides).

#### A. L'évolution retraitée

Il ressort de ces données que la croissance du chiffre d'affaires (CA) sur la période n'a été que de façade. Si, avant retraitement, les produits totaux ont cru de 3 % et la valeur ajoutée (VA) à un degré moindre (1 %), une décre de 4 % du CA et de 12 % de la VA est constatée après déduction des aides.

**Graphique n° 3 : Évolution consolidée de l'exploitation hors aides**



Source : balance des comptes ; calculs CRC

Ainsi, face à la nette croissance des charges de personnel (+ 8 %), l'établissement a vu la valeur ajoutée dégagée baisser significativement depuis 2012, ce qui a entraîné une forte dégradation de la marge d'exploitation sur le long cours. Cette dernière passe, avant même tout retraitement, de 1,42 M€ à 0,83 M€ (- 41 %) ; baisse significative mais pourtant en trompe l'œil puisque la chute atteint en réalité 190 % hors aides.

### **6.1.2 Structure des produits et charges courants**

De même, la chambre observe le déséquilibre de plus en plus marqué de la structure des coûts sur la période contrôlée (cf. annexe 7). Dès 2011, les produits courants hors aides n'ont plus permis d'assurer la couverture des charges courantes et l'écart s'est amplifié au cours des exercices contrôlés.

## **6.2 L'analyse des soldes de gestion et la formation de l'autofinancement**

### **6.2.1 La formation du chiffre d'affaires**

#### 6.2.1.1 Les produits d'activité

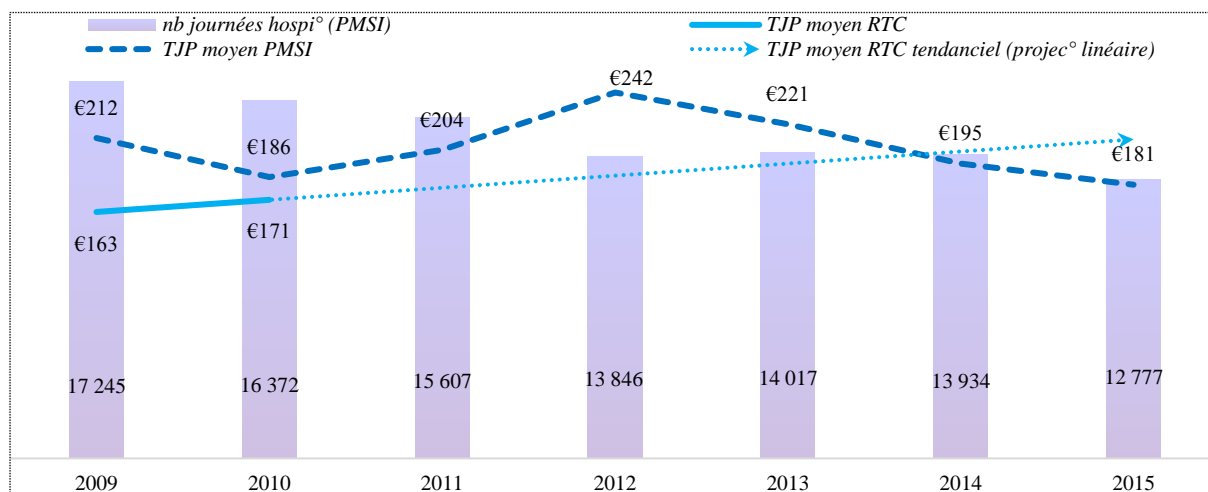
##### A. Les produits d'activité hospitalière

Les produits d'activité hospitalière sont pour l'essentiel composés de la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), laquelle est stable depuis sa révision en 2012 (- 0,62 M€), à la suite du transfert de 10 lits de SSR vers le CH de Saumur. La base de calcul de cette dotation, en nombre de lits, n'a d'ailleurs pas été modifiée jusqu'à 2015, indépendamment de toutes les fermetures de 10 autres lits – tous les étés jusqu'en 2014 et de manière définitive depuis le 4 juillet 2015.

De plus, le CH a perçu en 2014 une avance de 0,4 M€ sur la DAF 2015 pour soutenir sa trésorerie. La moitié de cette avance a été récupérée par l'ARS en 2015 ; le restant devant l'être ultérieurement – sans date précise à ce jour. Si l'effet de ce versement a été déterminant pour la trésorerie de l'établissement, les données comptables définitives ne le laissent pas transparaître – même en la circonstance de clôtures particulièrement tardives des exercices.

Par ailleurs, le poids des produits à la charge des patients et des complémentaires reste stable jusqu'en 2015 quand bien même l'activité SSR baisse continûment.

Graphique n° 4 : Evolution du tarif journalier de prestation



Source : ScanSanté ; tarifs journaliers de prestations (TJP) moyens issus du PMSI et du RTC en SSR ; calculs CRC

Or, la chambre remarque que le CH, en ne remplissant plus ses obligations de retraitement comptable (RTC) depuis 2011, prive l'ARS d'une base de calcul actualisée prévue par la réglementation en vigueur pour fixer le tarif journalier de prestation (TJP).

Ici, et avant même 2011, ressortait une évolution discordante entre le TJP moyen RTC et le TJP facturé par l'établissement ; le second dépassant significativement le premier, avec une moyenne à 206 €. La tendance projetée sur le fondement de l'évolution 2009-2010 et corroborée par les autres champs du contrôle laisse d'ailleurs supposer une aggravation des charges déclarées, lesquelles sont décorrélatées de l'activité réelle. Elle interroge en outre le décalage lui-même entre ces deux TJP moyens, et notamment les tarifs hauts facturés entre 2011 et 2013, lesquels n'ont pas été sans conséquence pour les patients au regard du reste à charge engendré.

En 2012, la chambre constate que le CH a ainsi partiellement compensé la perte de dotation résultant de la baisse du nombre de journées au regard de l'exercice antérieur (- 11 %), reportant de fait sur les patients le décalage entre des dépenses croissantes (de personnel notamment) et des recettes en décline.

#### B. Les produits d'activité de l'USLD

Les tarifs de l'EHPAD ont tous augmenté de plus de 20 % sur la période, avec une accélération en 2015. Le tarif hébergement pour une personne de plus de 60 ans est ainsi passé de 1 355 € mensuels en 2011 à 1 649 € en 2016, soit un reste à charge pour les familles de 294 € supplémentaires chaque mois et 3 573 € par an. Ces tarifs devraient au surplus augmenter avec l'entrée en service du nouvel hôpital.

## **6.2.2 La formation de la valeur ajoutée**

La chambre constate qu'il n'existe aucune corrélation entre l'évolution des consommations intermédiaires des budgets SSR et EHPAD/USLD et celle des produits d'activité correspondants. Une décorrélation nette et générale affecte les soins de suites, pour lesquels aucun type d'achat ou de service n'évolue en cohérence avec l'activité elle-même. Pour le secteur médico-social et assimilé, seuls les dispositifs médicaux et l'alimentation tendraient vers une corrélation relative.

Ces écarts constants et significatifs dans toutes les évolutions mesurées confirment l'absence de sincérité dans l'imputation des charges aux différents budgets. Par suite, la chambre souligne que l'établissement ne peut se fonder en l'état sur l'analyse de ses consommations passées pour asseoir une prospective fiable qui départirait ce qui découle de chaque secteur de prise en charge.

## **6.2.3 La formation de la marge brute d'exploitation**

### **6.2.3.1 Les charges de personnel retraitées**

En matière de charges de personnel, la chambre constate qu'il n'existe pas davantage de réelle corrélation entre l'évolution de ce poste de dépenses et celle des produits d'activité. Là encore, les SSR montrent un décalage complet quand les données des budgets B et E n'affichent qu'une correspondance partielle.

### **6.2.3.2 La marge brute d'exploitation « hors aides »**

Au cas d'espèce, la marge hors aides s'est effondrée progressivement, passant de 7 % du chiffre d'affaires en 2011 à - 6 % en 2015, soit - 0,57 M€. La chambre constate qu'indépendamment de toutes les réserves de fiabilité susmentionnées et ce dès 2011, l'établissement n'a jamais dégagé une marge brute conforme à l'objectif cible fixé de 8 % par l'ARS et l'IGAS (cf. annexe 7).

Au demeurant et sur le long cours, ressort la contribution erratique du budget H à la marge brute : le poids des activités SSR n'a en effet plus dépassé 40 % depuis 2012 et la marge hors aides correspondante s'est effondrée au point de devenir négative en 2015. À côté de quoi les budgets B & E, stables en produits, abstraction faite de l'activité 2015 gonflée par l'aide de 1 M€ reçue en dotation soins EHPAD, voient leur marge décroître également.

**Graphique n° 5 : Contribution des budgets au produit total et à la marge hors aides (milliers €)**

Source : balances des comptes, calculs CRC (milliers d'euros)

## 6.2.4 La formation de la capacité d'autofinancement brute

L'évolution de la CAF brute a été, comme pour la marge brute, corrélative des aides susmentionnées sans lesquelles le niveau aurait été insuffisant pour couvrir les annuités de dette depuis 2014 (cf. annexe 7).

## 6.3 Le financement des investissements

### 6.3.1 La formation de la CAF nette

La CAF nette s'est effondrée sur la période contrôlée, avec un taux continûment inférieur à 3 % du produit total depuis 2012 et même négatif depuis 2014 (cf. annexe 8).

### 6.3.2 La couverture des investissements par des financements propres

Les exercices 2014 et 2015 ont représenté 90 % des investissements du CH sur la période contrôlée, avec 14 M€ sur 15,88 M€ cumulés. L'opération de reconstruction de l'hôpital, lancée fin 2013, a constitué 98 % du total de ces dépenses.

La soutenabilité même de cette politique d'investissement est directement liée aux aides reçues. En effet, le ratio de financement propre sur les dépenses d'équipement s'est progressivement dégradé, alors même que son niveau initial ne résultait que d'un faible volume d'investissement.

La chambre souligne que pour 2015, l'intégralité du financement propre disponible a découlé des aides en exploitation et investissement reçues de l'ARS.

Le besoin de financement propre s'est établi depuis 2011 à 10,21 M€ cumulés. Face à cela, les nouveaux emprunts contractés par l'établissement ne représentaient qu'un peu plus de 7,23 M€ fin 2015 (cf. annexe 8).

La chambre estime que le CH, tout comme ses financeurs, ne pouvaient que constater dès 2013, l'insoutenabilité du projet de reconstruction, au vu de sa faible capacité structurelle de financement propre de l'établissement.

Si les dépenses d'exploitation liées à l'investissement sont restées faibles entre 2011 et 2015 – avec même une absence de dotation aux amortissements sur ce dernier exercice – cette situation sera bouleversée à compter de 2017, avec l'effet des nouveaux emprunts liés à la reconstruction.

## **6.4 La situation patrimoniale ou bilancielle**

### **6.4.1 Les ressources stables**

#### 6.4.1.1 Les fonds propres élargis

Les capitaux propres, après une première augmentation en 2012 du fait du report à nouveau de 1 M€ précité, ont peu varié avant 2015 et la réception des premiers financements pour la reconstruction (cf. annexe 9).

#### 6.4.1.2 La dette

##### 6.4.1.2.1 Les ratios d'endettement

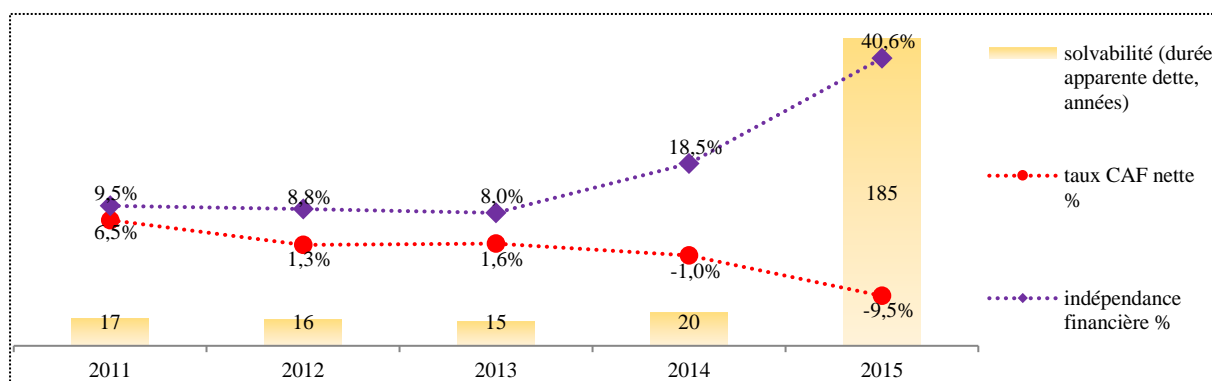
Les ratios d'endettement du CH se sont détériorés en fin de période du fait de la conjonction d'une exploitation de plus en plus dégradée et de la contraction des emprunts nécessaires à la reconstruction (cf. annexe 9).

Ainsi, le ratio d'indépendance financière de l'établissement – qui rapporte l'encours de dette aux ressources stables – atteignait 41,5 % fin 2015 (et 78,6 % au regard de l'encours 2016). De la même manière, la durée apparente de désendettement – qui rapporte l'encours de dette aux annuités – s'est considérablement allongée pour atteindre un peu plus de 185 années fin 2015 du fait du décalage entre la contraction des emprunts et les annuités correspondantes (de plus de 0,3 M€). Avec la prise en compte des annuités nouvelles, cette durée resterait difficilement supportable, très au-delà de 40 années. Enfin le ratio rapportant le montant des dettes financières au total des produits (hors aides), à près de 96,5 % en 2015, devrait atteindre, à activité égale en 2016, 180 % sur l'exercice en cours.

Par conséquent, avec le dépassement des trois seuils définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique, l'établissement se trouve depuis 2015 tributaire de l'autorisation de l'ARS pour conclure tout nouvel emprunt.

La chambre souligne qu'au vu du capital restant dû actuel, l'établissement devrait dégager une CAF brute de près de 1,5 M€ pour retrouver une durée apparente de la dette de 10 années. De même, la rupture tendancielle entre le niveau de solvabilité du CH, son taux de CAF nette et son indépendance financière paraît difficilement réversible et alerte sur la survenance d'une impasse financière à court terme.

Graphique n° 6 : Évolution de la soutenabilité des emprunts



Source balances des comptes ; calculs CRC hors aides

L'ensemble des emprunts en cours au 31 décembre 2015 s'établissait à 7,72 M€. Ce volume a doublé depuis la contraction des derniers emprunts liés à la reconstruction, avec un capital restant dû qui s'élève actuellement à 14,55 M€ (cf. annexe 9). Parmi ces emprunts, un est assorti d'une option de tirage sur ligne de trésorerie.

#### 6.4.1.2.2 La vétusté des immobilisations

L'établissement a connu une détérioration continue de ses immobilisations sur la période, comme l'illustre l'aggravation des taux de vétusté des bâtiments eux-mêmes mais aussi des matériels utilisés.

Tableau n° 14 : Taux de vétusté des immobilisations

	2011	2012	2013	2014	2015	moy
bâtiments	86,20%	87,70%	88,60%	90,20%	91,70%	88,90%
équipements	93,30%	93,70%	94,00%	95,20%	96,50%	94,50%

Source : calculs CRC d'après les balances

D'ailleurs, le rythme apparent de renouvellement des immobilisations propres s'est dégradé sur la période et, jusqu'en 2014, l'établissement n'investissait que marginalement.

La chambre souligne que du fait de l'absence de fiabilité des documents internes relatifs à l'actif lui-même, le degré d'amortissement des immobilisations ne peut être vérifié.

## 6.4.2 La formation du fonds de roulement

### 6.4.2.1 L'actif immobilisé

Entre 2011 et 2015, l'actif immobilisé a significativement cru avec le démarrage des travaux de reconstruction de l'hôpital, passant de moins de 2 M€ à près de 17 M€ (cf. annexe 10).

### 6.4.2.2 L'excédent de ressources stables sur les emplois immobilisés

Le fonds de roulement (FDR) de l'établissement tel que calculé par les juridictions financières<sup>6</sup> a chuté sur la période sous revue. La chambre constate que le FDR ne s'est maintenu à un niveau élevé jusqu'en 2013 que grâce à une quasi absence d'investissement et de renouvellement des biens (d'où l'actif faible noté par ailleurs).

Le démarrage des travaux, et l'absence de ressources en 2014 en contrepartie, ont provoqué son effondrement. Il n'est resté positif en 2015 que grâce aux aides à l'investissement de plus de 2 M€ versées par l'ARS. Sans ces subventions d'équipement, le FDR serait négatif, équivalent à un manque de 18 jours de charges courantes.

## 6.4.3 La formation de la trésorerie

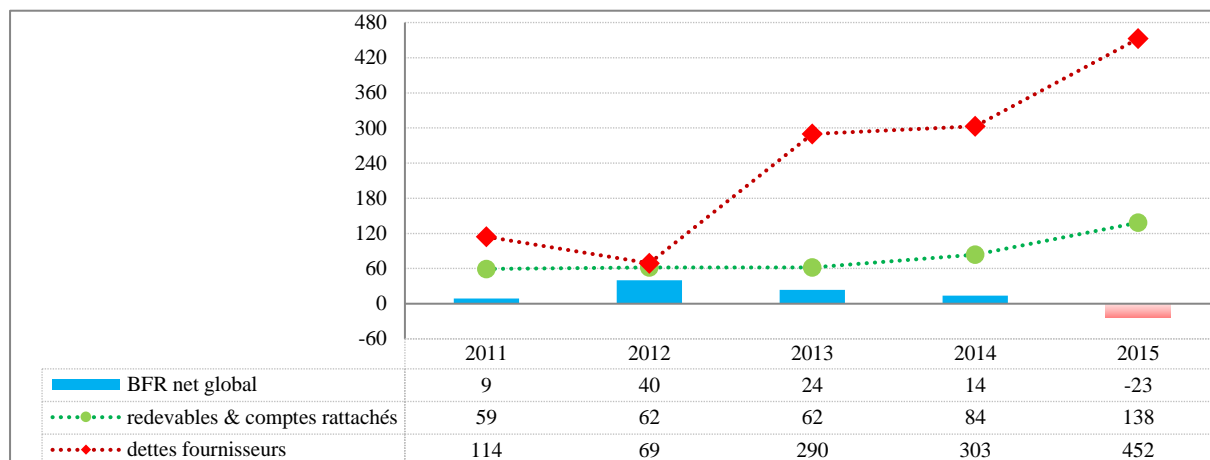
### 6.4.3.1 Le besoin en fonds de roulement

Entre 2011 et 2015, ressort la forte hausse des comptes de redevables, qui passent de 1,45 M€ à plus de 3,49 M€, aux deux tiers liés aux dettes aux caisses de sécurité sociale (+ 301 %). Il en va de même des dettes fournisseurs (+ 325 %). Ces évolutions, conjuguées à l'explosion 2015 des recettes à régulariser (2,27 M€) et au rebond pour ce même exercice des provisions pour risques et charges, expliquent la décrue du besoin en fonds de roulement net global (cf. annexe 10).

---

<sup>6</sup> Le fonds de roulement correspond au solde entre les ressources à plus d'un an, dites stables, et les immobilisations (emplois stables à plus d'un an). Le FDR net global tel que calculé ici par les juridictions financières diffère de celui qui apparaît dans les tableaux de bord financiers issus du logiciel de la trésorerie (IDAHO). En effet, ne sont ici incluses dans les ressources stables que les provisions réglementées (provisions pour renouvellement d'immobilisations, provisions pour compte épargne-temps, provisions pour propre assureur) alors que qu'IDAHO inclus la totalité des provisions dans les ressources stables.



**Graphique n° 7 : Évolution croisée des déterminants du besoin en fonds de roulement**

Source balances ces comptes, calculs CRC ; BFR mesuré en nombre de jours de charges courantes, comptes de redevables en nombre de jours de chiffre d'affaires et dettes fournisseurs en nombre de jours d'achats.

Indépendamment d'une éventuelle sous-évaluation des engagements sur la période du fait de mandats non passés sur l'exercice auquel ils auraient dû l'être, la chambre remarque que la gestion des dettes de fournisseurs s'est significativement dégradée.

Leur volume explose au cours de la période contrôlée, passant de moins de 0,27 M€ en 2011 à plus de 0,99 M€ en 2015, soit respectivement 38 et 123 jours de charges courantes (cf. annexe 10). Leur rotation se détériore très significativement pour atteindre 116 jours en 2015.

En matière de créances, la situation apparaît également se dégrader tout au long de la période, avec un volume de restes à recouvrer qui a plus que doublé, passant de 1,5 M€ à 3,61 M€, et ce, même si le taux de redevables contentieux reste faible.

Cette situation résulte d'abord d'un décalage temporel de plus en plus fort dans l'émission des titres, qui fait pendant à celui affectant l'émission des mandats.

A quoi s'ajoutent un retard et une incapacité administrative interne de l'établissement pour faire face au recouvrement de ses propres créances<sup>7</sup> et aux versements de la Sécurité sociale, comme l'illustre le solde de plus 2,15 M€ à régulariser au 31 décembre 2015, somme qui se retrouve en miroir en créance amiable.

<sup>7</sup> Le 10 juin 2014, la comptable a envoyé un courrier recommandé avec accusé de réception au directeur du CH lui demandant de lui indiquer à quoi correspondaient trois titres. A défaut de réponse, elle demandait leur annulation, craignant qu'il n'y ait eu des doublons puisque les versements de l'organisme concerné « sont pour la plupart effectués avant l'émission du titre avec le détail des bénéficiaires ». Elle a réitéré sa demande par courrier le 31 mars 2015 et par courriel le 23 juin 2015, sans réponse. Les titres restant à recouvrer concernant des mutuelles ont fait l'objet de deux courriers de la comptable à l'ordonnateur le 26 septembre 2013 et le 5 novembre 2013. Elle demandait notamment des informations complémentaires car les titres en cause ne disposaient d'aucun renseignement permettant à la mutuelle de retrouver l'assuré et la période d'hospitalisation. A défaut de ces informations, elle ne pouvait engager d'action contentieuse.

La chambre constate que par suite le risque d'irrecouvrabilité<sup>8</sup> auquel le CH fait face s'est accru continûment (cf. annexe 10) au point que le stock de restes à recouvrer au 31 décembre 2015 équivaille près de la moitié des produits d'activité de l'exercice (hors aides).

La chambre souligne que la situation des comptes de redevables mais également celle des dettes fournisseurs ne sont pas satisfaisantes et constituent des axes de travail fondamentaux pour améliorer la qualité bilancielle de l'établissement.

**Recommandation n° 12 : fiabiliser les informations relatives à la réception des factures, à leur liquidation et à leur mandatement pour réduire les délais de paiement des fournisseurs, mais également d'améliorer l'émission des titres et les délais de recouvrement.**

#### 6.4.3.2 La trésorerie

L'état apparent de la trésorerie du CH ne reflète pas sa situation structurelle. Seule la conjonction d'abondements significatifs de l'ARS (ex. avance de 0,4 M€ sur la DAF 2015) et le retardement volontaire et de plus en plus marqué des paiements aux fournisseurs lui ont en effet permis d'éviter l'insolvabilité depuis début 2015 (cf. annexe 10).

La chambre souligne le niveau critique du CH depuis cette date, lequel peine à assurer le paiement des salaires de dernier trimestre. Cette obligation n'est au surplus remplie, en dépit des aides reçues, qu'en reportant toujours et encore le paiement des autres factures courantes et/ou d'investissement. L'exercice 2016 s'est encore dégradé avec la poursuite des paiements de travaux et cette tension ne peut que croître davantage en 2017 avec les conséquences de l'exploitation du nouveau site.

En conclusion, la chambre insiste sur le fait que l'état de la trésorerie est artificiellement amélioré par les aides ponctuelles mais aussi par les fournisseurs qui ne sont pas payés en temps utile (BFR négatif). La chambre s'alarme d'une possible rupture de trésorerie à plus ou moins brève échéance, laquelle serait déjà intervenue à plusieurs reprises sans les aides de l'ARS.

## 7 CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL

La conduite du projet de nouvel hôpital a été manifestement déficiente sur le long cours. Tant les objectifs et besoins initiaux que les coûts à moyen et long terme ont été mal anticipés, quand ils l'ont été. La direction du CH a en outre notablement failli en enclenchant les travaux

---

<sup>8</sup> Taux de restes à recouvrer : cet indicateur donne le poids des RAR des exercices antérieurs et des créances irrécouvrables sur les redevables, par rapport aux produits d'activité (hors aides). Ce ratio mesure le montant maximum du risque d'irrecouvrabilité. Le montant de ce ratio doit rester stable, voire diminuer. Le taux de provisionnement des RAR permet d'estimer si le solde du compte 491 (dépréciation des comptes de redevables) est suffisant. Il est à rapprocher du taux d'irrecouvrabilité observé sur la période sous revue.

avant même d'avoir contracté tout financement extérieur, notamment bancaire, pourtant indispensable dans un dossier de plusieurs dizaines de millions d'euros.

Le pilotage du projet apparaît affecté de difficultés locales avec un CH ayant été incité à porter des dépenses d'urbanisme pourtant de compétence communale et une communication peu lisible des informations. Les objectifs et chiffrages de la reconstruction produits par l'établissement, ont été instables, ce qui a instauré une méfiance accrue des autorités de tarification devant ce qui ressemble à une stratégie du fait accompli.

*In fine*, cette reconstruction, née de la volonté d'édifier une vitrine plus que de répondre à des besoins propres actualisés, a obéré l'avenir de l'établissement. Au-delà de l'investissement lui-même, son exploitation devrait dépasser très largement ses capacités financières actuelles et compromettre la viabilité même du CH, sauf à appeler encore et pour longtemps une mise sous perfusion externe.

## **7.1 Le projet de reconstruction**

Le centre hospitalier de Longué-Jumelles est installé depuis janvier 2017 dans de nouveaux locaux à l'issue d'une opération de reconstruction qui a précipité les déséquilibres préexistants de l'établissement, tant financiers qu'organisationnels.

### **7.1.1 Un projet de restructuration initié au cours des années 2000**

La volonté de reconstruire l'hôpital dans sa globalité et pas seulement son pôle médico-social, a émergé au début des années 2000, avec pour corollaire la sortie du futur pôle sanitaire de Longué de l'emprise urbanistique existante.

Le projet d'établissement 2006-2010 prévoit d'ailleurs (mesure 66) que « *l'obtention de l'autorisation de restructuration découle, au principal, de l'approbation du présent projet d'établissement et de la signature de la convention tripartite fin octobre 2005* ».

### **7.1.2 Mais des démarches internes qui ne se concrétisent qu'à partir de 2010**

Eu égard aux multiples difficultés et dysfonctionnements internes relevés par la chambre dans son précédent rapport, le processus interne préparatoire au nouvel hôpital n'est véritablement (re)lancé qu'en 2010 avec la commande d'une assistance à maîtrise d'ouvrage (A2MO) appuyée sur un cabinet d'audit spécialisé (KPMG), laquelle produit une première étude chiffrant le projet à 26 M€, présentée à la tutelle (réunion CH-ARS du 10 mai 2011 avec KPMG et A2MO).

A cette date, ce projet de reconstruction apparaît d'autant plus nécessaire que le taux de vétusté de l'établissement s'est encore dégradé et compromet la sécurité des résidents. L'évaluation interne pointe notamment des sols usagés et peu adaptés dans certains endroits,

un problème de chauffage dans les chambres et la question de l'intimité des résidents du fait des chambres doubles.

Une actualisation de ces premiers éléments est faite lors du bilan du projet d'établissement, en juin 2011. A cette occasion, ce nouvel hôpital est d'ailleurs présenté comme une « vitrine » à l'échelle départementale, du fait de la construction conjointe d'un nouvel hôpital et d'un pôle de santé privé<sup>9</sup>.

L'étude KPMG actualisée met en avant les éléments suivants :

- une simulation effectuée sur 161 places : 95 en EHPAD (60 EHPAD classique, 15 UPAD, 10 en hébergement temporaire et 10 pour le PASA), 31 en SSR, et 35 en USLD ;
- un projet estimé à 26 M€ pour une mise en service fin 2015 ;
- une vente des bâtiments occupés estimée à 3 M€ par la DGFIP ;
- en incluant les subventions CNSA, un volume d'emprunt prévisionnel de 17 M€ ;
- la nécessité de procéder à une augmentation importante des tarifs hébergement pour atteindre dès 2016 plus de 65 € en EHPAD et plus de 71 € en USLD.

Parallèlement, le CH recourt à un assistant à la maîtrise d'ouvrage chargée de recenser les besoins et contraintes du projet.

L'obtention du permis de construire subséquent a lieu le 25 juin 2013 et les appels d'offres sont publiés le 13 juillet 2013, soit avant l'expiration du délai contentieux du permis de construire et avant l'approbation du PGFP par l'ARS et donc l'assurance de financements extérieurs.

En réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur affirme que, face au « *besoin urgent de la reconstruction* », il s'est trouvé face à un « *dilemme [il n'a] pas su résoudre autrement qu'en poursuivant le projet, avec une information régulière des tutelles à chaque phase* ». La chambre ne peut confirmer cette dernière assertion en l'absence de réelle traçabilité desdits échanges, ce qui rejoint encore une fois l'informalité, voulue par l'ancien ordonnateur, des circuits décisionnels.

Au surplus, la chambre souligne l'insécurité juridique et financière de pareille conduite de projet, laquelle n'a été fondée sur aucun acte authentifié des deux financeurs, et notamment aucune décision écrite des exécutifs compétents (DG ARS et président du conseil départemental).

## 7.2 Une prise en charge de besoins mal évalués

La poursuite d'étude de construction est validée dès novembre 2012 lors de la réunion avec l'AMO, l'ARS, le département de Maine-et-Loire et le maire de Longué<sup>10</sup> avec une

---

<sup>9</sup> PV du séminaire du 10 juin 2011.

<sup>10</sup> PV de la réunion du 9 novembre 2012.

capacité « 85 lits d'EHPAD dont 15 lits d'UPAD (+ 1 PASA<sup>11</sup> de 12 places) ; 35 lits de soins de longue durée ; 30 lits de soins de suite. Soit 150 lits au total ».

### **7.2.1 La construction de locaux sans besoins durables à long terme ni réel financement**

Au-delà des SSR, USLD et EHPAD, d'autres éléments sont intégrés dès 2012 dans le projet de reconstruction de l'hôpital, avec l'aval voire à l'initiative des financeurs<sup>12</sup> : un volume de 10 places d'hébergement temporaire et un accueil de jour.

### **7.2.2 L'intégration du SSIAD au nouveau bâtiment**

La reconstruction du CH de Longué a été l'occasion de réaliser un ensemble immobilier accueillant en son sein les services du SSIAD longuéen (associatif) ; décision prise avec l'aval des deux autorités de tarification sur le fondement d'une neutralité financière corrélative d'un loyer à percevoir<sup>13</sup>.

Or, le recensement des demandes de l'association avait été réalisé<sup>14</sup> dès le début des travaux de l'AMO et y étaient explicitement mentionnés :

- le nombre de personnes présentes dans les locaux (sept en semaine et 40 le jeudi) ; avec pour conséquence le besoin d'une salle de 40 places pour ce seul deuxième créneau en plus d'une autre salle de 15 places ;
- le nombre total de véhicules professionnels (38) dont moins d'un tiers (12) seulement à titre régulier, seule une réunion tenue le jeudi matin conduisant les 38 véhicules à se retrouver simultanément sur site. Au surplus, ce nombre de places est passé à 47 dans le projet définitif.

Au regard du marché en cours, les dépenses relatives au SSIAD et construites sur cette base s'élèvent à 0,77 M€ TTC (0,64 M€ HT).

A la suite d'un engagement de la présidente du SSIAD en avril 2011 pour une mutualisation de moyens, une proposition de loyer a été faite en février 2012 par le CH<sup>15</sup>. D'un montant de 2 305,58 € par mois (soit 27 667 € par an), ce dernier était construit, selon les propos du directeur en fonction, sur la valeur d'amortissement des locaux concernés sur 30 ans. Cependant, la chambre souligne le fait que ce calcul n'incluait pas les éléments de stationnement, nombreux et inévitablement générateurs de surcoûts, au point d'impacter

---

<sup>11</sup> Le pôle d'activité et de soins adaptés permet d'accueillir en journée les résidents avec des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives.

<sup>12</sup> PV de la réunion du 9 novembre 2012.

<sup>13</sup> PV de la réunion du 9 novembre 2012.

<sup>14</sup> Fax d'A2MO du 10 février 2011.

<sup>15</sup> Cf. courrier de la présidente du SSIAD du 18 avril 2011 et courrier de proposition du CH du 21 février 2012.

significativement les loyers à hauteur d'environ 6 000 € par an, ni l'entretien de ces places ou celui des espaces verts afférents au bâti SSIAD (environ 1 500 € par an).

Si une convention d'occupation du domaine public a été préparée en 2015, soit un an après le début des travaux, la chambre alerte sur le fait qu'à cette date, aucune avancée n'a encore eu lieu entre ces deux acteurs quant aux dispositions financières.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement a indiqué que la convention signée avec le SSIAD au moment de la mise en exploitation des locaux intègre les surcoûts liés au parking, pour un loyer global de 3 005 € mensuels, soit un total annuel qui devrait *grosso modo* couvrir les charges du CH.

La chambre souligne que la résolution de cette difficulté pour le CH n'intervient qu'après son entrée dans les murs et qu'elle ne résulte que des efforts du chef d'établissement actuel et de la directrice déléguée, dans un contexte de contrôle externe (CRC) et de supervision resserrée des financeurs et d'appui financier continu de l'ARS.

### **7.2.3 L'articulation avec le pôle de santé pluridisciplinaire et les logements séniors**

Le CH de Longué a confié à la commune de Longué la finalisation du projet de pôle de santé pluridisciplinaire (PSP). Des hypothèses globales ont été faites dès la fin 2012<sup>16</sup>. La vente d'une parcelle à la commune pour la construction du PSP, en face du parking du futur hôpital, a ainsi été conclue pour 11,93 € par m<sup>2</sup>.

De plus, la négociation de la vente d'une parcelle de 36 000 m<sup>2</sup> pour la construction d'une résidence séniors a pu poser difficulté. Lors d'échanges entre l'ancienne direction du CH et la mairie de Longué, un prix de 11,93 € par m<sup>2</sup> avait été proposé à l'image du prix du terrain pour la reconstruction du CH. Au vu de la décorrélation de ce prix de la valeur actuelle de ces terrains, l'établissement, après estimation auprès de deux notaires, a choisi de retenir une estimation du prix de 20 € par m<sup>2</sup>.

Par suite, devant l'impossibilité pour l'hôpital de s'engager financièrement tant sur la vente de cette parcelle au prix voulu par la mairie que dans des aménagements spécifiques et travaux complémentaires, cette dernière a adressé, par courrier du 29 juillet 2016, une demande à l'ARS en ce sens. Elle y demande le financement de l'élargissement de la voie et modification de la boucle pour l'éclairage public, l'éclairage public, la réalisation des aménagements complémentaires pour la noue et le bassin.

### **7.2.4 La prise en charge d'éléments adjacents et d'urbanisme**

En effet, avec une nouvelle implantation hors du centre-ville, la reconstruction a rencontré des problèmes liés à la gestion des eaux pluviales, non anticipés lors de l'achat du terrain en 2007. Au vu des nouvelles dispositions de la loi sur l'eau, ce dernier a ainsi été classé en zone humide, avec pour conséquence la nécessité de prévoir des mesures compensatoires,

---

<sup>16</sup> Réunion inter APD du 20 décembre 2012 op. cit.

lesquelles augmentaient d'autant les coûts initiaux : création de deux bassins de rétention, adoucissement des pentes et mise en place d'une noue.

S'il a pu initialement être envisagé que le CH prenne à sa charge les équipements correspondants pour la résidence seniors et le pôle santé, la mairie de Longué s'est depuis lors oralement engagée lors d'une réunion avec l'établissement à prendre en charge les aménagements liés à la gestion des eaux pluviales pour ces deux entités.

En réponse aux observations provisoires, le maire de Longué a précisé que, au-delà de la prise en charge financière, les « *aménagements liés à la gestion des eaux pluviales étant sur-dimensionnés, ils sont en capacité d'absorber le surplus d'eaux pluviales liées au lotissement [...] Considérant qu'il était fort probable que cet aménageur soit la collectivité, il lui reviendrait d'assurer financièrement les travaux.* »

La chambre rappelle que tant les dépenses d'urbanisme que celles relatives à des ouvrages et espaces naturels de gestion des eaux pluviales concernés relèvent de la commune et non d'un quelconque financement sanitaire.

### **7.3 Les difficultés de financement et l'arrêt des travaux**

Le lancement du projet de reconstruction a d'emblée mis l'établissement dans une position financièrement difficile, avec un plan de financement laborieusement bouclé et des emprunts qui n'ont pas été finalisés avant l'assèchement de ses ressources propres alors qu'ils étaient indispensables pour assurer la majorité de la couverture des dépenses de construction.

#### **7.3.1 PGFP : une construction et une approbation compliquée**

Au vu des risques du projet, l'ARS n'a pas validé le PGFP en 2011 et en 2012. L'établissement a fait face à des difficultés pour le faire enfin valider fin 2013.

Le 2 juillet 2012, l'ARS refuse le PGFP proposé au regard notamment de l'insuffisance de la CAF qui ne permet pas de couvrir le remboursement des emprunts en 2015 et 2016.

En 2013, à défaut de réception d'un PGFP, l'ARS menace de suspendre son soutien financier au projet de reconstruction. Si l'ARS approuve finalement le PGFP le 3 octobre de la même année, elle émet des réserves en raison de la durée apparente de la dette qui s'élève à 19 ans à compter de 2017 et enjoint au CH de requérir son autorisation pour tout recours à un emprunt.

#### **7.3.2 Le retard dans le recours aux emprunts**

Si, dans la réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur admet avoir fait preuve d'une assurance excessive au regard des emprunts nécessaires aux travaux, il justifie

cette trop grande confiance par l'absence de dispositif d'alerte à sa disposition. Au vu de tous les constats du contrôle, la chambre réfute ce dernier argument.

Lorsque l'établissement a tenté de souscrire des emprunts auprès de différentes banques, il s'est vu opposer plusieurs refus :

- des rencontres auraient été organisées en 2013 avec le crédit foncier, la caisse d'épargne (15 mars 2013, mars 2014 et juin 2015), la CDC (septembre 2013, décembre 2014) mais tous ces organismes exigeaient un PGFP validé et une autorisation expresse du projet par les autorités de tarification avant de s'engager ;
- d'autres organismes ont opposé un refus au projet : banque postale (juin 2014, 9 juillet 2015), crédit mutuel (juillet 2015), crédit mutuel Arkéa (juin 2015), BPI France (juin 2015), CACIB (décembre 2013, juin et décembre 2014) indiquant notamment limiter leurs engagements aux prêts inférieurs à 15 ans, pour 1 M€ au plus, sur la base d'un PGFP validé et dans la circonstance d'un EPS respectant deux des trois critères réglementaires d'endettement au moins.

La chambre estime que la circonstance de ne pas trouver de prêteurs aurait dû alerter l'établissement sur l'absence de réelle soutenabilité du projet. En effet, d'aucuns ont notamment pointé la fragilité financière du CH et estimé qu'il y avait un excès de 3 à 4 M€ d'investissement dans la reconstruction qui leur était présentée<sup>17</sup>.

Se lancer dans pareille construction en signant les marchés de travaux, rendant donc inéluctable la poursuite du projet pour le montant visé, en l'absence de l'assurance de financement extérieur et après des refus de financement bancaires apparaît indéfendable au regard de la mise en danger financière que cela constitue.

Au surplus, la chambre souligne encore une fois l'entière responsabilité de l'ancien ordonnateur dans les dysfonctionnements organisationnels relevés au sein du CH comme de la direction commune : il lui appartenait de clarifier et rendre opérants les circuits et/ou tous outils d'alerte qu'il jugeait indispensables.

### **7.3.3 L'arrêt des travaux et ses conséquences**

En mai 2015, le CH n'est pas en mesure de verser aux entreprises les sommes correspondantes aux réalisations. Les travaux ont été de facto mis en suspens du 7 au 19 juillet, puis ralentis et fortement perturbés, mais le CH a refusé de prononcer un arrêt pour ne pas assumer les conséquences des dispositions de l'article 49.2.1 du CCAG.

La chambre souligne que le non-respect du calendrier initial de l'opération risque de peser lourd dans l'équilibre financier du projet. Dans la circonstance de ces travaux comme dans les autres cas évoqués en matière de fiabilité des comptes, les entreprises concernées par les retards de paiement ont en effet droit au versement des intérêts moratoires prévues par la réglementation auxquelles s'ajoutent ici les indemnités compensatoires prévues au titre de

---

<sup>17</sup> Éléments de discussion avec des établissements bancaires confirmés ultérieurement ; cf : PV du CTE du 27 octobre 2015.



l'article 49 du CCAG susvisé. Soit, à ce jour, un impact global estimé à plus de 2 M€ par l'établissement et le poste comptable.

### 7.3.4 Des échanges avec les financeurs peu lisibles

L'ARS et le CD49 ont été associés à la naissance de ce projet et l'avant-projet sommaire (APS) leur a été transmis le 15 octobre 2012 et l'avant-projet définitif (APD) le 26 mars 2013. Selon les documents internes du CH, le projet aurait été « validé » par les deux financeurs lors de la réunion du 9 novembre 2012 à laquelle participait la mairie de Longué. Bien que le coût du projet apparaisse élevé dès son origine, il n'y a pas eu, selon l'ancien ordonnateur, d'opposition formelle et expresse des financeurs.

La chambre s'étonne du démarrage des marchés fin 2013 dès lors qu'entre ce même exercice et 2014, de nombreux échanges entre le CH et le département ont montré un écart au niveau des surfaces et du coût par place entre la reconstruction et les ratios du département qui n'ont pas trouvé de réponse pertinente de la part de l'établissement.

A la fin de l'exercice 2015, la DG ARS décide l'intervention de la MAARTA<sup>18</sup> en appui à l'établissement et nomme un DH chargé de mission sur place. Il est instauré parallèlement un comité de suivi ARS/CD49 auquel le CH doit transmettre des tableaux de bord de suivi des indicateurs financiers (notamment trésorerie et emprunt).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a dépeint un contexte quelque peu différent, sur la base d'un « *réel climat de confiance entre l'établissement et les tutelles* », et surtout sans « *la moindre remarque de la part du Conseil Départemental 49* » quant aux tarifs prévus, indiquant que c'est bien la baisse de ces derniers qui a déséquilibré le montage.

Le conseil départemental a indiqué, dans le cadre de la contradiction, rejoindre les observations de la chambre au regard du manque de fiabilité et de transparence des éléments budgétaires et financiers transmis par le CH.

De son côté, l'ARS précise que « *le fait que la direction de l'établissement ait estimé que le projet avait été validé lors de la réunion du 9 novembre 2012 constitue une de ces erreurs d'appréciation. En effet, lors de cette réunion, il avait été précisé que la répercussion tarifaire du projet sur les secteurs hébergements serait à présenter lors de l'étape APD. La soutenabilité d'un plan de financement d'une opération majeure d'investissement ne peut s'apprécier pour le secteur médico-social sans analyse et validation de l'évolution dans le temps du prix de journée par le conseil départemental.* » Elle souligne avoir ainsi formulé, par courrier du 3 octobre 2013, des « *demandes complémentaires à l'établissement et notamment sur le plan de financement du projet.* » L'ARS confirme « *que le PGFP ne saurait valoir validation d'un projet de reconstruction* ».

---

<sup>18</sup> MAARTA : mission d'accompagnement régionale pour la tarification à l'activité.

Au regard de tous ces éléments, la chambre souligne encore une fois que l'informalité et l'absence de traçabilité des décisions et échanges internes du CH mais aussi ceux avec les tiers ne lui permettent pas de corroborer d'une qualité des échanges telle que décrite par l'ancien ordonnateur. Elle redit également que même dans l'hypothèse de relations de confiance entre l'établissement et ses financeurs, un projet de reconstruction d'une telle ampleur implique une validation expresse formalisée (ex. APD) des exécutifs concernés (DG ARS et président du conseil départemental) et non de simples contacts avec leurs représentants.

### 7.3.5 L'hôpital, enjeu local de premier plan

La chambre a pu constater le suivi rapproché de la mairie de Longué du dossier, avec des interventions récurrentes, notamment à compter de l'obtention du permis de construire susmentionné.

- A. Des marchés de travaux attentivement suivis mais une finesse d'information globale finalement difficile à déterminer

Ainsi, il peut être relevé que la mairie n'ignorait rien des marchés de construction pour lesquels elle s'est fait communiquer les pièces auprès du CH. La chambre note d'ailleurs l'attention insistante à cette occasion au choix d'entreprises longuéennes<sup>19</sup>.

La chambre rappelle que la commande publique, tant dans ses procédures de passation que de communication des pièces afférentes, est strictement encadrée par les dispositions juridiques en vigueur.

Si, dans le cadre de la contradiction, le maire de Longué confirme avoir pu « *bénéficier de quelques informations sur les attributions des marchés et la construction du futur centre hospitalier et toujours à sa demande compte tenu des difficultés à les obtenir, il n'en était absolument pas le cas quant à la situation financière de l'opération* », soulignant une situation conflictuelle avec la direction de l'établissement, particulièrement depuis la désignation du directeur adjoint chargé de la reconstruction, lequel aurait « *cadencé les informations* ».

La chambre constate cependant, au vu des échanges avec le CH, que la mairie de Longué disposait d'informations plus ou moins larges et ne peut arguer d'une totale méconnaissance de la conduite du projet de reconstruction.

- B. Une information financière visiblement incomplète dans la circonstance d'un conseil de

---

<sup>19</sup> PV du CS du 15 décembre 2014 : « *Par ailleurs, M. le Dr Fève [président du CS] souhaite faire part de l'importance pour la Mairie de Longué de faire travailler en priorité les entreprises locales concernant le projet reconstruction, et fait référence à l'approvisionnement des poignées de porte dans le nouvel Hôpital, qui peuvent être fabriquées et fournies par une entreprise Longuéenne. M. Pinson précise que le Centre hospitalier rentre dans le cadre des marchés publics et est contraint de respecter les procédures et le cahier des charges* ». PV du CS du 29 janvier 2015 : « *M. Ruault [CD 49] demande si la question relative à la fabrication des poignées de portes a été résolue. Mme Bertrand indique que l'entreprise Parchard reprend le marché afin de rester conforme au cahier des charges et qu'une partie de la serrure est fabriquée par une entreprise longuéenne* ».

surveillance qui ne se saisit pas de ses prérogatives

La chambre redit que face au degré réduit d'information lisible dans les procès-verbaux du conseil de surveillance (CS), ce dernier aurait eu avantage à bénéficier des informations demandées par la mairie, parfois pourtant au titre de la présidence de ce même conseil (cf. annexe 11).

La chambre redit qu'il n'appartenait qu'à ce conseil et à son président, représentant de la commune, d'exercer les prérogatives dévolues à l'organe de supervision du centre hospitalier, en opérant les vérifications et les contrôles opportuns et en se faisant communiquer tous documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission, y compris en entendant le directeur sur le programme d'investissement.

## **7.4 Bilan de la reconstruction**

Au cours du premier semestre 2016, l'établissement, appuyé de la MAARTA, a tenté de réduire le coût global du projet, ce qu'a compliqué l'état déjà très avancé du chantier. In fine, 0,27 M€ pourraient être économisés sur les travaux auxquels s'ajoutent les économies réalisées sur le mobilier – avec une enveloppe passant de 1,25 M€ à 0,8 M€.

### **7.4.1 Le coût et le dimensionnement du nouvel hôpital**

La chambre constate que, globalement, le coût de la reconstruction a été bien estimé par l'APD (17 606 000 € pour 17 688 349 € en réalisation) et que ce respect de l'enveloppe finale tient d'abord à un suivi très serré du projet par l'AMO. Cependant, la chambre souligne que ces sommes ne tiennent logiquement pas compte des intérêts moratoires et pénalités de retard à verser aux entreprises du fait des retards et problématiques de financement susmentionnés, lesquels peuvent être estimés à près de 2 M€.

Pour autant, l'étude du projet révèle la difficulté pour les financeurs à suivre le coût de la construction par place (cf. 7.3.4.) en raison de variations méthodologiques (ex. surfaces) qui exigeaient une compréhension qui faisait défaut à l'établissement.

La chambre souligne le caractère à tout le moins dispendieux de la construction du nouveau site et son inévitable impact sur l'effort financier demandé aux personnes prises en charge. En effet, le coût moyen par résident devrait être in fine de 40 à 50 % plus élevé que la référence de l'observatoire des coûts de la construction.

En réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur conteste le caractère coûteux de la reconstruction, notamment au regard de l'étude visée qui ne portait que sur des EHPAD et des caractéristiques propres du CH de Longué. La chambre, qui ne méconnaît pas ces limites méthodologiques, relève que l'évaluation complète du coût final ne se borne pas à ces points et devra intégrer tout changement capacitaire à court terme de même que les surcoûts et pénalités susmentionnés.

La chambre souligne en outre le caractère préjudiciable des carences de la direction avant 2016 dans les démarches de récupération de la TVA sur les constructions neuves, au vu d'une somme potentielle avoisinant 2,3 M€, comme le pointe le conseil départemental de Maine-et-Loire. La chambre ne peut, à ce jour, que rester prudente dans le montant que le CH pourra effectivement récupérer *in fine*, lequel repose sur la qualité des justificatifs et la célérité des démarches de la direction actuelle à l'endroit des services fiscaux.

Par suite, la chambre relève que le bilan financier de l'opération, et donc le coût net global de la reconstruction, n'est pas encore arrêté et dépendra tant des indemnités pour arrêt des travaux susmentionnées que de l'éventuelle récupération de la TVA.

## 7.4.2 L'inadéquation du bâti livrable aux besoins actuels

### 7.4.2.1 La structuration des unités de prise en charge

L'aménagement du futur hôpital ne semble pas résoudre les problèmes de l'ancien :

- l'UPAD<sup>20</sup> ne serait pas située à proximité de l'EHPAD (il lui faut des effectifs dédiés) ;
- le PASA sera à proximité de l'EHPAD, mais pas de l'UPAD, alors qu'il est destiné à accueillir en journée des personnes ayant des troubles cognitifs (c'est-à-dire plutôt des personnes hébergées au sein de l'UPAD).

La situation budgétaire et financière de l'établissement laisse supposer que celui-ci ne sera pas en mesure de recruter le personnel nécessaire et suffisant pour assurer le bien-être des résidents. L'évaluation interne évoquait un manque de prise en compte de la volonté des résidents dans le rythme d'organisation des toilettes, des levers et des repas.

Lors de la contradiction, l'ancien ordonnateur a souligné que l'UPAD, individualisé avec 15 lits, ne contribue pas à cette recherche d'efficacité. De même a-t-il redit, en réponse aux observations provisoires, que la mutualisation UPAD-PASA n'était selon lui ni logique ni justifiée du fait de prises en charge et de populations également différentes.

La chambre ne peut que souligner l'incohérence de l'argument face aux choix architecturaux et d'organisation sur le nouveau site en unités qui seront à tout le moins spatialement éclatées.

La chambre souligne que même avec une réorganisation des services l'entrée dans le nouvel établissement laisse supposer un maintien voire une aggravation de ces lacunes.

### 7.4.2.2 La longue indécision au regard de la pharmacie à usage intérieur (PUI), de la cuisine et des services techniques

Le nouvel hôpital a été construit avec une cuisine. Cependant, en raison des difficultés financières du CH de Longué, il a été décidé en 2015 que la préparation des repas serait assurée

---

<sup>20</sup> Unité pour personnes âgées désorientées.

de façon mutualisée avec le CH de Saumur en liaison froide, ce qui laisse l'établissement avec des locaux dédiés inutilisés

L'entretien des nombreuses vitres, eu égard à leur surface (1 220 m<sup>2</sup>), de même que la sécurisation des terrasses extérieures (en étage) accessibles aux résidents, ont été mal anticipés. Ils n'apparaissent d'ailleurs qu'à compter du second semestre 2016 dans un document de travail interne du CH et ont été évalués par ce dernier à la demande de l'équipe d'instruction.

La chambre note que la seule réponse aux problèmes de sécurité consistait en l'installation d'un système de vidéosurveillance pour toute la structure. Démarche intrusive pour un établissement d'abord résidentiel, qui ne règle pas en soi tous les dangers aux différents étages et espaces ouverts et d'un coût démesuré au regard des moyens du CH.

La chambre s'étonne de ce décalage entre les réalisations architecturales sur le nouveau site et les capacités propres, financières et humaines, de l'établissement. D'autant que la structure des charges nouvelles, et notamment l'externalisation d'une partie de la maintenance, apparaissait inévitable.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ancien ordonnateur indique que ce projet de reconstruction apparaissait nécessaire au regard de la vétusté de l'établissement et de la sécurité des résidents. Il précise avoir veillé à la « *prise en compte effective des remarques de l'ARS sur le programme* » mais souligne n'avoir « *jamais eu ce type d'échanges avec le CD 49, ni reçu la moindre remarque spécifique de la part du Conseil Départemental 49 sur le programme (y compris de la part de leur architecte), tant au niveau de l'APS, de l'APD que sur le coût de la reconstruction* ».

De son côté, le département de Maine-et-Loire pointe, dans le cadre de la contradiction, un dimensionnement architectural du projet de reconstruction trop important au vu des capacités financières du CH, mais souligne que ce sont « *les difficultés de gestion et de gouvernance [qui] ont conduit à l'aggravation des finances du CH qui peuvent à terme remettre en cause la pérennité de la structure.* »

La chambre redit que la critique ne porte aucunement sur la nécessité d'une reconstruction, pas plus que de l'intégration dans un ensemble de santé plus large, mais sur son dimensionnement et sa structuration. L'ARS elle-même, dans le cadre de la contradiction, indique que, « *bien que n'ayant pas été formellement validée par l'agence, la reconstruction de l'hôpital de Longué-Jumelles était une nécessité au regard de l'état de vétusté de l'ancien bâtiment. Cet hôpital répond à des besoins de proximité notamment en matière de filière gériatrique, qui va être confortée avec l'installation d'un SSIAD et prochainement d'un pôle de santé et d'une résidence sénior.* »

### **7.4.3 Une dérive décisionnelle que le cadre réglementaire actuel ne permet pas d'arrêter**

A. Sur la validation de projets d'investissement hospitalier à enjeu médico-social

La chambre souligne, au-delà des difficultés de communication du CH à l'endroit de ces financeurs, l'absence d'outils réglementaires de blocage pour l'ARS et le conseil départemental préalablement à l'engagement d'opérations de travaux majeurs hospitaliers majoritairement médico-sociaux.

En effet, s'il existe un plan pluriannuel d'investissement obligatoire pour les structures médico-sociales autonomes, de même qu'une approbation obligatoire pour les emprunts d'une durée supérieure à un an <sup>21</sup>, celui-ci n'est pas prévu pour les EPS. Au cas d'espèce, la demande répétée de l'ARS pour faire réaliser ce PPI par le CH avec communication au conseil départemental préalablement à la réalisation de travaux ne disposait d'aucune force juridique. L'ordonnateur n'était pas lié par un tel document pour lancer une opération d'investissement, fût-elle de reconstruction complète.

#### B. Sur la passation des marchés de construction

De plus, la chambre constate qu'à l'exception d'un déferé au tribunal administratif de la décision du directeur relative au programme d'investissement et à l'éventuel refus du PGFP, lequel ne saurait valoir validation d'un projet de reconstruction, l'ARS ne disposait pas de la capacité juridique à bloquer les marchés de travaux dès lors que le contrôle de légalité n'existe plus pour les hôpitaux depuis l'entrée en vigueur de la loi dite HPST.

Dans le cadre de la contradiction, l'ARS a indiqué mettre en place une procédure d'instruction des projets d'investissement concertée avec les conseils départementaux, avec présentation et validation obligatoire d'un PPI, soulignant cependant la nécessité d'une clarification de la réglementation sur l'articulation des autorités de tarification.

Pour sa part, le département de Maine-et-Loire a précisé ne pas avoir compétence au regard d'un PGFP ni « *vocation réglementairement à valider les projets de travaux ni à autoriser les emprunts pour les financer considérant que la structure est un Etablissement Public de Santé (EPS), et ce, quand bien même l'avis du Conseil départemental est requis concernant les évolutions budgétaires et les conséquences financières.* »

## 8 CONCLUSION GLOBALE

*In fine*, cette reconstruction, née de la volonté d'édifier une vitrine plus que de répondre adéquatement aux besoins réels, a compromis l'avenir de l'établissement. Au-delà de l'investissement lui-même, les coûts d'exploitation devraient dépasser très largement ses capacités financières propres. En dépit des efforts engagés depuis 2016 par la direction,

---

<sup>21</sup> Cf. arrêté du 24 janvier 2008 modifiant celui du 22 octobre 2003 ; circulaire du 19 avril 2012 relative à la mise à jour de plan comptable M22 ; articles L. 314-7, R. 314-17 et R. 314-20 du CASF.

l'établissement ne présente aucune perspective de rétablissement durable dans sa structuration actuelle ; à situation constante, l'impasse financière ne peut que s'aggraver.

## 8.1 Les performances financières de l'établissement

Graphique n° 8 : Indicateurs clés de performance

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<b>RENTABILITE ECONOMIQUE</b>						
chiffre d'affaires hors aides	8,13 M€	7,78 M€	7,95 M€	8,15 M€	7,80 M€	-4,00%
actif immobilisé	1,77 M€	2,18 M€	3,08 M€	8,15 M€	16,83 M€	851%
marge brute hors aides	0,63 M€	0,15 M€	0,17 M€	0,01 M€	-0,57 M€	-190,5 %
rentabilité économique (marge / actif immo)	37,90%	7,20%	5,80%	0,10%	-3,40%	
= profitabilité exploitation (marge / CA)	7,8 %	1,90%	2,20%	0,10%	-7,40%	
x rota° du capital (CA/actif immo)	4,9	3,7	2,7	1	0,5	
<b>PRODUCTIVITE</b>						
valeur ajoutée hors aides	5,54 M€	5,20 M€	5,08 M€	5,09 M€	4,88 M€	-11,90%
charges totales personnel	6,06 M€	6,11 M€	6,16 M€	6,42 M€	6,55 M€	8%
effectif moyen total	157	152	150	150	150	-4%
VA par agent	35 382 €	34 102 €	33 878 €	33 935 €	32 470 €	-8,20%
intensité capitalistique	10 682 €	13 730 €	19 929 €	53 754 €	111 385 €	942,80%
coût salarial moyen	38 704 €	40 093 €	41 056 €	42 714 €	43 603 €	12,70%

Source balances des comptes ; calculs CRC

Le retour financier obtenu sur les investissements réalisés, productifs d'un surcroît d'activité ou non, peut être évalué par le ratio de rentabilité économique brute, calculé en rapportant la marge brute d'exploitation à l'actif immobilisé brut. L'amélioration de cette rentabilité implique soit d'affermir la profitabilité (c'est-à-dire le taux de marge brute), soit d'accroître la rotation du capital investi (c'est-à-dire le chiffre d'affaires généré pour chaque euro investi).

La chambre souligne que la rentabilité toute comme la profitabilité du CH, qui se sont effondrées sur la période, n'ont jamais atteint un niveau satisfaisant – le niveau 2011 ne découlant que du peu d'actif immobilisé.

La chambre insiste sur les tendances opposées de la valeur ajoutée par agent et du coût salarial moyen<sup>22</sup> ; le second croissant plus rapidement que la première. L'aggravation continue de l'écart entre ces deux indicateurs rend de plus en plus insurmontable le rééquilibrage de la structure des coûts de l'établissement.

<sup>22</sup> La valeur ajoutée dégagée et retraitée des aides versées, rapportée à l'effectif moyen total, permet de mesurer la richesse moyenne créée par équivalent temps plein. Celle-ci est supposée augmenter corrélativement à l'intensité capitalistique, qui rapporte l'actif immobilisé à l'effectif moyen – sous réserve que le capital investi soit productif de revenus complémentaires. Pour le CH, l'intensité capitalistique est décuplée en fin de période, du fait de la reconstruction.

## 8.2 La viabilité à moyen terme de la structure

La soutenabilité actuelle de l'établissement apparaît très incertaine. Son EPRD 2016 fait apparaître une insuffisance d'autofinancement. De plus, la vente à une échéance rapprochée de tous les bâtiments actuels est peu crédible. Le CH a sollicité l'ANAP pour une aide à la vente ou à la restructuration de l'actif mais sa demande n'a pas été retenue.

Afin de limiter le besoin en fonds de roulement et pour assurer un certain niveau de trésorerie, la direction du CH a opté pour la facturation au terme à échoir, laquelle est actuellement au terme échu, ce qui a suscité une critique de la part des familles de personnes prises en charge. Il a de plus indiqué la mise en place du cautionnement à partir de janvier 2017 pour les nouveaux résidents entrant dans le nouvel hôpital (un à deux mois de caution).

L'établissement a précisé poursuivre le travail de réduction des dépenses au travers notamment des mutualisations avec le CH de Saumur. Pour autant, la chambre souligne que l'éventuelle contenue ou même réduction des dépenses de fonctionnement paraît de faible proportion au regard du déséquilibre devant lequel l'établissement se trouve. D'ailleurs, face aux conséquences importantes de la reconstruction d'ores et déjà lisibles pour le CH et ses financeurs, la demande d'un tarif différencié en USLD pour les chambres simples et les chambres doubles a ainsi été refusée en comité de suivi car cela reviendrait à faire supporter les surcoûts aux résidents en chambre simple.

Sur la base des données de l'établissement disponibles, la chambre a utilisé l'outil de l'ANAP, conçu pour les EHPAD et destiné à mesurer l'impact d'un projet immobilier sur les tarifs d'hébergement, après amendement pour permettre la prise en compte de l'ensemble de l'établissement (USLD et SSR compris). Il a été postulé trois scénarii hautement révisables au vu des décisions et actualisations à venir, avec un scénario de moindre surcoût, un scénario de risque important de surcoût et un troisième médian. Pour les tarifs visés, la projection a été fondée, par simplicité, sur une application dès 2017 des tarifs plafonds validés par le CD 49, soit 64 € et 72 €.

Nonobstant toutes les réserves valant pour ce type de modélisation, deux conclusions inquiétantes ressortent pour tous les scénarii : un impact sur les prix de journée dépassant d'ores et déjà tous les plafonds envisagés par les financeurs et des déficits induits avoisinant jusqu'à un million d'euros chaque année, soit une « perfusion » massive de l'établissement. Il est à noter que l'absence de fiabilité et de robustesse des données financières du CH conduisent à une relative prudence dès lors que les déterminants en cause (ex. dépenses RH, rattachements ou non) pourraient être encore plus dégradés.

Dans le cadre de la contradiction, l'ARS a confirmé que la situation financière critique du CH a rendu nécessaire la mobilisation soutenue de l'agence, du département de Maine-et-Loire et de la DDFIP. Elle indique qu'il lui est prématuré de se prononcer sur l'absence de viabilité de l'établissement dès lors que les effets du transfert sur le niveau des prises en charge et des taux d'occupation ne pourront être évalués que dans quelques mois. En effet, la révision du GMP et du PMP<sup>23</sup> en 2017 pourrait conduire à une revalorisation de la

---

<sup>23</sup> GIR moyen pondéré (GMP) et PATHOS moyen pondéré (PMP).



dotations, l'ouverture de lits d'hébergements temporaires permettra à court terme une dotation complémentaire et l'impact du nouveau modèle de tarification en SSR reste inconnu. L'ARS confirme cependant que seuls le déploiement du plan d'économies et de toutes les mesures inscrites au sein du plan de performance permettront l'évaluation exacte du niveau structurel des charges d'exploitation.

Ceci est confirmé par le département de Maine-et-Loire, lequel a indiqué que la convention tripartite pluriannuelle signée le 14 mars 2017 susmentionnée n'a pas autorisé d'effectif supplémentaire sur les sections hébergement et dépendance compte tenu des tarifs hébergement élevés, de l'application des nouvelles dispositions relatives au forfait global dépendance et d'un GMP faible pour le CH de Longué (soit 627 quand le GMP moyen des EHPAD hospitaliers de 707). Lui aussi relève la fragilité des éléments budgétaires et financiers transmis par le CH et « *l'aggravation des finances du CH qui peuvent à terme remettre en cause la pérennité de la structure* ».

La chambre entend toute la difficulté à ce stade pour les financeurs de se prononcer sur le positionnement de l'établissement. Elle redit cependant que la dégradation résultant de la reconstruction interroge jusqu'à la viabilité même du CH, lequel n'a jamais réellement dégagé d'excédent financier hors aides même avant cette reconstruction. Au vu de la détérioration des déséquilibres de fond de l'établissement, et au-delà de tout risque d'insolvabilité à court terme, qu'une nouvelle aide pourrait le cas échéant éviter, la chambre alerte les autorités compétentes quant à la pérennité de la structure, soulignant qu'il leur appartient de redéfinir s'il le faut la structuration de l'offre, si besoin au-delà des secteurs d'activité présents à ce jour.

## ANNEXES

Annexe n° 1. Points de contrôle conduits par la CRC .....	73
Annexe n° 2. Les caractéristiques de l'activité de SSR .....	74
Annexe n° 3. Les charges de personnel .....	75
Annexe n° 4. Démarche qualité .....	76
Annexe n° 5. Mandatements et rattachements .....	77
Annexe n° 6. Provisions.....	78
Annexe n° 7. Formation du chiffre d'affaires .....	79
Annexe n° 8. Financement des investissements.....	81
Annexe n° 9. Ressources stables et endettement .....	82
Annexe n° 10. Fonds de roulement, BFR et trésorerie .....	83
Annexe n° 11. Echanges entre le CH et les tiers sur la reconstruction .....	85
Annexe n° 12. Glossaire .....	1

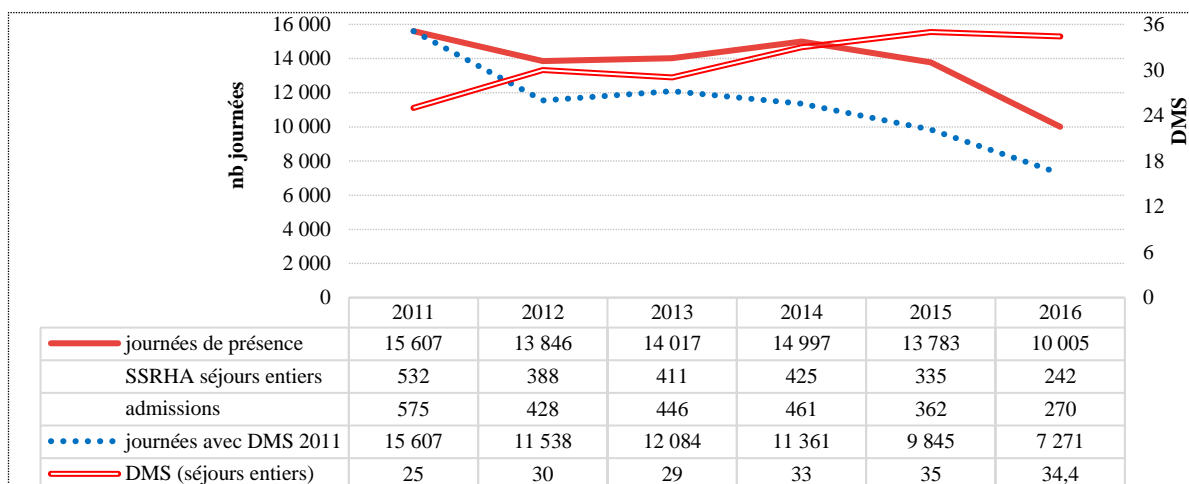
[...]

**Annexe n° 1. Points de contrôle conduits par la CRC**

<i>axe d'étude</i>		<i>point de contrôle</i>	
<b>1</b>	<b>Pilotage et coopérations</b>	1	direction commune
		2	instances
		3	orientations stratégiques
		4	coopérations et GHT
<b>2</b>	<b>Activité et attractivité</b>	5	activité hospitalière SSR
		6	activité tarifée EHPAD / USLD
<b>3</b>	<b>Ressources humaines</b>	7	évolution des charges de personnel
		8	organisation du travail
		9	conditions de travail
<b>4</b>	<b>Qualité</b>	10	qualité de l'information médicale
		11	certification HAS
		12	prise en charge des résidents
<b>5</b>	<b>Fiabilité comptable et financière</b>	13	sincérité budgétaire
		14	conformité des comptes financiers
		15	régularité des comptes
		16	indépendance des exercices
		17	prudence et provisions
<b>6</b>	<b>Performance financière et bilancielle</b>	18	soldes de gestion et autofinancement
		19	financement de l'investissement
		20	situation bilancielle
		21	performance financière globale
<b>7</b>	<b>Reconstruction</b>	22	conduite du projet
		23	adéquation aux besoins
		24	soutenabilité

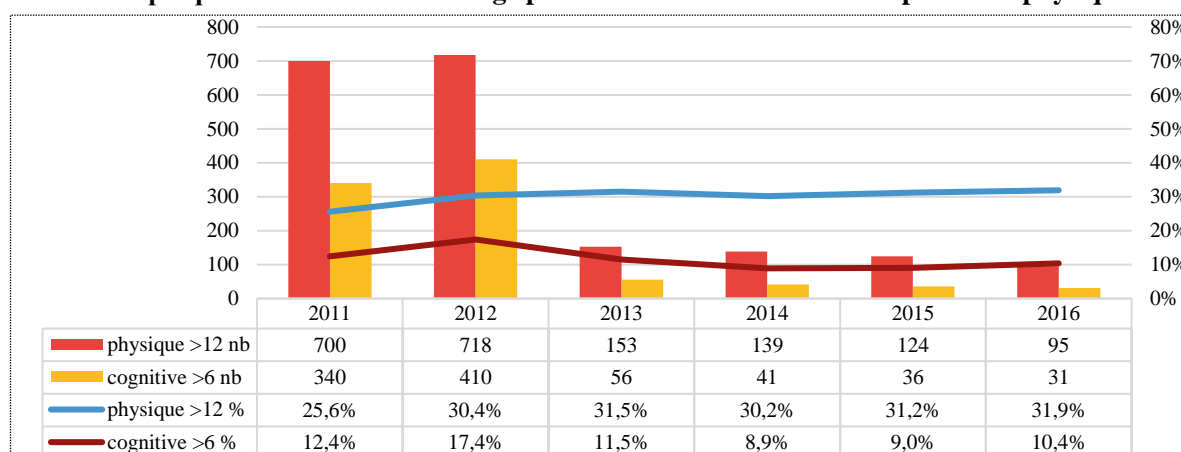
## Annexe n° 2. Les caractéristiques de l'activité de SSR

Graphique n° 9 : Évolution de l'activité en SSR



Source : fiche OVALIDE PMSI ; Tableaux 4A & 1 D 2 ; 2016 à M10, date de traitement 5 décembre 2016

Graphique n° 10 : Prises en charge particulières SSR : scores de dépendance physique



Source : fiche OVALIDE PMSI ; Tableaux 7A & 1 D 2 AVQA ; 2016 à M10, date de traitement 5 décembre 2016 ; mesure en nombre de résumés hebdomadaires anonymisés (RHA)

Tableau n° 15 : Caractéristiques des patients SSR

Indice	2011	2012	2013	2014	2015	évo*	var/an	2016
nb patients	548	422	441	400	347	-37%	-11%	270
réadmission hospita° complète	71	49	45	61	51	-28%	-8%	27
réadmission <2 jrs hospita° complète	3	0	1	5	2	-33%	-10%	0
délai médian réadmission hospita° complète	29	25	26	18	17	-41%	-13%	10
nb séjours pris en charge à 100 %	447	364	381	352	288	-36%	-10%	211
% séjours pris en charge à 100 %	72%	77%	78%	76%	72%			71%

Source : fiche OVALIDE PMSI ; Tableaux 1D & 1 Q 2 CHSP ; 2016 à M10, date de traitement 05/12/2016

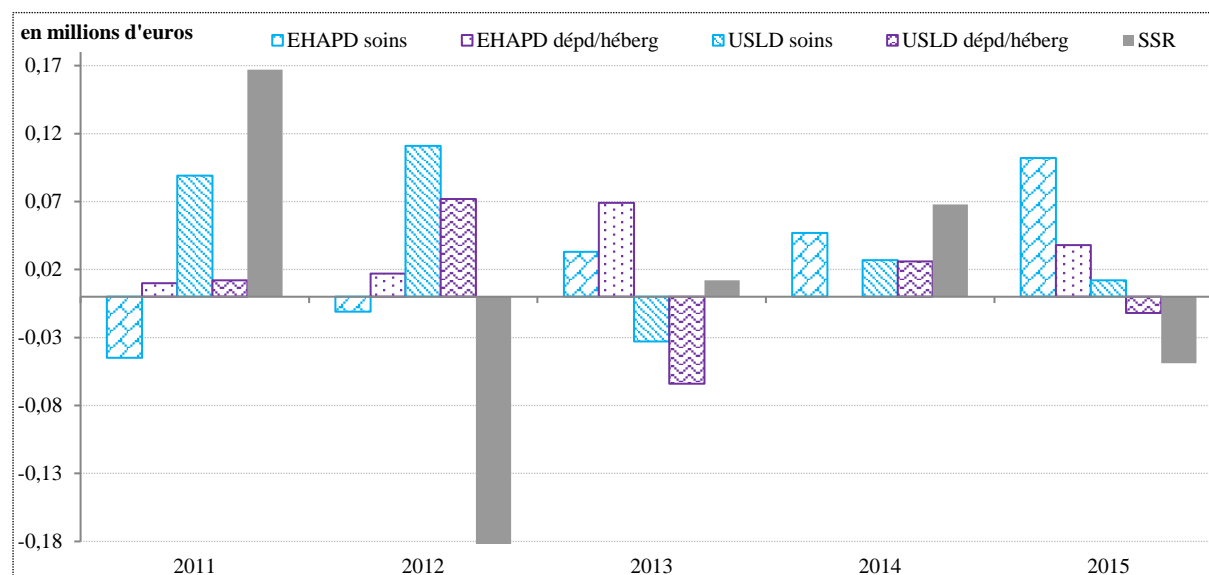
## Annexe n° 3. Les charges de personnel

Tableau n° 16 : Charges de personnel consolidées

M€	2011	2012	2013	2014	2015	var* an moy	évo* 2011- 2015
= Rému° PNM (a)	3,58 M€	3,55 M€	3,68 M€	3,76 M€	3,77 M€	1%	5%
= Rému° PM (b)	0,10 M€	0,09 M€	0,05 M€	0,05 M€	0,11 M€	3%	12%
en % des rémunérations totales	2,60%	2,60%	1,30%	1,40%	2,80%	2%	6%
Rémunérations personnel (a+b)	3,67 M€	3,64 M€	3,73 M€	3,81 M€	3 88 M€	1%	6%
en % du produit total	41,30%	46,00%	46,10%	46,20%	42,20%	1%	2%
(CDD + contrats aidés) / Rému° PNM	24,10%	18,50%	19,20%	24,70%	18,60%	-6%	-23%
(PH contractuels + internes) / Rému° PM	26,80%	25,70%	6,50%	6,60%	48,70%	16%	82%
Autres rému° / Rému° PM	12,20%	13,50%	13,80%	13,00%	13,60%	3%	12%
Charges personnel interne	5,72 M€	5,76 M€	5,76 M€	5,98 M€	6,02 M€	1%	5%
+ Charges de personnel externe	0,34 M€	0,35 M€	0,40 M€	0,44 M€	0,53 M€	12%	57%
Charges personnel totales consolidées	6,06 M€	6,11 M€	6,16 M€	6,42 M€	6,55 M€	2%	8%
CP externe / CP totales	5,60%	5,70%	6,40%	6,90%	8,10%	10%	45%
CP totales en % du produit total	68,10%	77,20%	76,20%	77,80%	71,20%	1%	5%
Charges sociales nettes sur PNM (a)	1,52 M€	1,58 M€	1,53 M€	1,62 M€	1,58 M€	1%	5%
Part charges dans rému° chargée	29,70%	30,80%	29,40%	30,20%	29,60%	0%	-1%
Charges sociales nettes sur PM (b)	0,03 M€	0,03 M€	0,02 M€	0,02 M€	0,03 M€	5%	21%
Part charges dans rému° chargée	22,00%	26,00%	24,20%	25,00%	23,40%	2%	6%
Charges sociales nettes totales sur perso (a+b)	1,54 M€	1,61 M€	1,55 M€	1,64 M€	1,62 M€	1%	5%
Part charges dans rému° chargée	29,60%	30,70%	29,40%	30,10%	29,40%	0%	0%
poste prime AM, mater, AT imputé serv ext	0,14 M€	0,16 M€	0,15 M€	0,16 M€	0,20 M€	8%	38%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Graphique n° 11 : Différentiel N/N-1 des charges de personnel par budget et section tarifaire



Source : comptes financiers sauf 2012 et 2014: EPRD N+1 ; calculs CRC

### Annexe n° 4. Démarche qualité

<i>Axe</i>	<i>Item</i>	<i>points faibles</i>	<i>Recommandations</i>
<i>1. Garantie des droits individuels et participation des résidents</i>	2.b : La décision d'admission	Pas de période d'essai possible Les coordonnées du référent familial ne sont pas réévaluées régulièrement	Formaliser une procédure d'admission du résident
	6.a : Prévention de la maltraitance et promotion de la bientraitance	Les modalités de signalement des cas de maltraitance ne sont pas définies	Identifier les cas potentiels de maltraitance et favoriser leur signalement
	6.d : Respect des libertés individuelles et gestion des mesures de restriction de liberté	Pas d'analyse régulière de la protection juridique Les restrictions de liberté font l'objet d'une prescription médicale écrite qui est rarement réévaluée à périodicité définie	Améliorer le suivi et l'évaluation des restrictions de liberté
	12.c : Implication des usagers, de leurs représentants et des associations	Aucun dispositif de recueil des attentes des usagers n'est organisé. Il n'existe pas de projet de vie sur l'EHPAD.	Recueillir les besoins et attentes des usagers
	13.a : Exercice des droits civiques, rôle d'acteur économique des résidents	Le temps d'animation n'est pas suffisant pour accompagner de façon optimale les résidents. Il n'y a pas de véhicule adapté pour les personnes à mobilité réduite, et le véhicule de l'établissement n'est pas suffisamment disponible pour les autres résidents.	Améliorer la possibilité pour les résidents d'être acteurs économiques et citoyens dans la ville.
<i>2. Prévention des risques liés à la vulnérabilité des résidents</i>	14.c : Prise en charge des urgences vitales survenant au sein de l'établissement	L'organisation ne permet pas de former 100 % des professionnels aux gestes d'urgence	
	16.a : Prise en charge de la douleur	Les professionnels soignants ne sont pas tous formés à la prise de la douleur et à l'utilisation des échelles institutionnelles.	Améliorer l'évaluation de la douleur au sein de l'EHPAD
	16.b : Troubles de l'état nutritionnel	Le suivi systématique et individualisé des apports hydriques des résidents à risque n'est pas formalisé ni tracé.	
	16.e : Prise en charge des chutes	Les fiches de signalement des chutes sont insuffisamment analysées.	Améliorer la prise en charge et la prévention des chutes
<i>3. Maintien des capacités dans les actes de la vie quotidienne et l'accompagnement de la situation de dépendance</i>	8. a : Organisation personnalisée du lever, du petit déjeuner et de la toilette	Aucun matériel nécessaire pour que le petit déjeuner soit disponible à l'heure à laquelle la personne souhaite le prendre n'est prévu. Les contraintes collectives et organisationnelles de l'EHPAD priment sur le souhait des résidents (rythme de sommeil, planning des toilettes)	Tenir compte des habitudes de vie des résidents concernant l'heure des repas, de lever et de toilette des résidents
<i>4. Prise en compte personnalisée des besoins et des attentes</i>	3.d : Associer et soutenir les proches pendant cette phase	La démarche des "projets personnalisés" n'est pas aboutie.	
<i>5. L'accompagnement de la fin de vie</i>	18.a : Formation et accompagnement des professionnels	Il n'y a pas de formation concernant la loi du 22/04/2005. Il n'y a pas de procédure décrivant les principes et modalités de décision collégiale.	Former les personnels concernant la loi "Léonetti" Améliorer la prise en charge de la fin de vie
	18.f : La phase terminale	Il n'existe pas de protocole de prise en charge des résidents décédés	Uniformiser les pratiques concernant la prise en charge des personnes décédées

Source : rapports d'évaluation

## Annexe n° 5. Mandatements et rattachements

Tableau n° 17 : Mandats payés en N+1 après le 31 janvier

		2011	2012	2013	2014	2015	cumul
report montant	% total	22%	14%	21%	10%	21%	17%
	H	17%	6%	11%	2%	12%	9%
	B	24%	20%	33%	25%	32%	27%
	E	31%	26%	36%	28%	52%	36%
dernière date		28/03/N+1	25/03/N+1	06/06/N+1	10/03/N+1	20/06/N+1	

Source : fichiers des mandats, calculs CRC

Tableau n° 18 : Mandats en exploitation passés en N+1 hors c/66 et c/68 et hors rattachement

	2011	2012	2013	2014	2015
nb total	8 528	8 731	8 449	10 335	10 184
montant total	8 960 905	8 870 839	8 943 208	10 407 915	10 397 129
nb après 31/01/N+1	73	24	163	24	421
montant post 31/01 N+1	1 062 776	878 440	1 299 225	1 298 609	2 097 841
% nb post 31/01/ N+1	1%	0%	2%	0%	4%
% montant post 31/01 N+1	12%	10%	15%	12%	20%
dernière date	28/03/N+1	25/03/N+1	06/06/N+1	10/03/N+1	20/06/N+1
date rattacht charges N+1	10/02 et 28/03	12/02 et 19/02	13/02 et 21/03	10-mars	10-févr
date rembt CRPA N+1	?	19-févr	21-mars	25-févr	03-mai

Source : fichiers des mandats, calculs CRC

Tableau n° 19 : Délais de mandatements

		2011	2012	2013	2014	2015	cumul	évo*
H	montant	193 065 €	81 940 €	480 283 €	2 890 853 €	11 217 912 €	14 864 053 €	5710%
	nb mandats	161	123	650	1829	4117	6880	2457%
B	montant	59 753 €	27 680 €	464 600 €	567 050 €	1 047 922 €	2 167 004 €	1654%
	nb mandats	43	24	76	321	878	1342	1942%
E	montant	78 254 €	54 722 €	742 317 €	809 479 €	2 640 911 €	4 325 683 €	3275%
	nb mandats	45	25	69	331	911	1381	1924%
total	montant	331 071 €	164 341 €	1 687 200 €	4 267 382 €	14 906 745 €	21 356 740 €	4403%
	nb mandats	249	172	795	2481	5906	9603	2272%
% nb >40j		3%	2%	9%	23%	55%	20%	
% montant >40j		3%	2%	15%	26%	64%	30%	
H		3%	1%	7%	25%	64%	31%	
B		3%	1%	24%	28%	51%	22%	
E		3%	2%	28%	29%	66%	30%	
coût indem forfait auto				31 800 €	99 240 €	236 240 €	367 280 €	

source : fichiers des mandats ; calculs CRC

## Annexe n° 6. Provisions

Tableau n° 20 : Provisions prévisionnelles et réellement constituées pour la reconstruction

<i>écart KPMG / réel</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>cumul</i>
<i>H</i>	400 625 €	-14 337 €	-419 023 €	-743 586 €	-986 723 €	-2 100 243 €
<i>B</i>	72 300 €	94 318 €	76 909 €	62 535 €	124 478 €	-88 249 €
<i>E</i>	46 940 €	66 150 €	8 163 €	8 752 €	1 145 222 €	-161 552 €
<i>total</i>	519 865 €	146 132 €	-333 950 €	-672 298 €	282 978 €	

source : rapport KPMG, données CH / comptes financiers

Tableau n° 21 : Évolution des créances irrécouvrables et des pertes afférentes

<i>en euros</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>
<i>Créances irrécouvrables ANV (a) C4152</i>	0	43	774	6 575	8 498
<i>Pertes sur créances irrécouvrables (b) D654-SD6542</i>	0	43	774	6 575	116 656
<i>Dont budget H</i>	0	42	765	56	23 449
<i>Dont budgets B, E, J</i>	0	1	9	6 519	93 207
<i>Anomalie en cas d'écart (a-b)</i>	0	0	0	0	-108 158

Source : balances des comptes ; calculs CRC



## Annexe n° 7. Formation du chiffre d'affaires

Tableau n° 22 : Évolution structurelle des charges et produits courants

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<i>produits courants</i>						
<i>prod activité</i>	8,27 M€	7,33 M€	7,41 M€	7,53 M€	8,57 M€	4%
<i>prod annexes</i>	0,42 M€	0,36 M€	0,46 M€	0,50 M€	0,43 M€	2%
<i>presta° serv, tvx, études, divers</i>	0,19 M€	0,22 M€	0,21 M€	0,22 M€	0,20 M€	1%
<i>ventes marchandises</i>	0,01 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,01 M€	0,01 M€	2%
<i>autres subv°</i>	0,03 M€	0,02 M€	0,02 M€	0,01 M€	0,01 M€	-56%
<b>produits courants</b>	9,02 M€	7,97 M€	8,17 M€	8,33 M€	9,29 M€	3%
<i>% produit total (hors autres subv°)</i>	88,40%	85,90%	86,20%	85,50%	87,00%	-2%
<i>produits activité / prod courants</i>	91,70%	91,90%	90,70%	90,30%	92,30%	
<i>charges courantes</i>						
<i>conso intermédiaires</i>	2,46 M€	2,46 M€	2,75 M€	2,91 M€	2,78 M€	13%
<i>charges totales personnel</i>	6,06 M€	6,11 M€	6,16 M€	6,41 M€	6,55 M€	8%
<i>autres charges réelles exploi°</i>	0,04 M€	0,03 M€	0,04 M€	0,02 M€	0,14 M€	300%
<i>frais fin réels (y c. pertes change)</i>	0,03 M€	0,04 M€	0,03 M€	0,03 M€	0,03 M€	-5%
<b>charges courantes</b>	8,59 M€	8,64 M€	8,98 M€	9,37 M€	9,49 M€	11%
<i>% produit total</i>	96,52%	109,24%	111,07%	113,53%	103,16%	7%
<i>frais personnel / charges courantes</i>	70,56%	70,69%	68,63%	68,39%	68,98%	-2%
<i>frais financ réels / charges courantes</i>	0,33%	0,47%	0,31%	0,31%	0,28%	-14%
<b>produits courants hors aides (a)</b>	<b>8,25 M€</b>	<b>7,84 M€</b>	<b>8,04 M€</b>	<b>8,23 M€</b>	<b>7,88 M€</b>	<b>-4%</b>
<i>aides / prod courants totaux</i>	9%	2%	2%	1%	15%	
<b>charges courantes (b)</b>	<b>8,59 M€</b>	<b>8,64 M€</b>	<b>8,98 M€</b>	<b>9,37 M€</b>	<b>9,49 M€</b>	<b>11%</b>
<b>prod / charges (a / b)</b>	<b>96%</b>	<b>91%</b>	<b>90%</b>	<b>88%</b>	<b>83%</b>	

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 23 : Évolution de la formation du chiffre d'affaires

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<i>produits activité hospitalière</i>	3,97 M€	2,89 M€	2,90 M€	2,95 M€	2,87 M€	-28%
<i>prod activité H hors aides</i>	3,21 M€	2,78 M€	2,78 M€	2,85 M€	2,59 M€	-24%
<i>dota° &amp; produits de tarification BA</i>	4,30 M€	4,43 M€	4,50 M€	4,58 M€	5,70 M€	32%
<i>prod activité B-E hors aides</i>	4,29 M€	4,41 M€	4,49 M€	4,57 M€	4,58 M€	7%
<b>produits activité (a)</b>	<b>8,27 M€</b>	<b>7,33 M€</b>	<b>7,41 M€</b>	<b>7,53 M€</b>	<b>8,57 M€</b>	<b>4%</b>
<i>prod annexes budget H</i>	0,38 M€	0,33 M€	0,43 M€	0,42 M€	0,36 M€	-5%
<i>prod annexes BA</i>	0,04 M€	0,03 M€	0,03 M€	0,08 M€	0,06 M€	73%
<b>produits annexes (b)</b>	<b>0,42 M€</b>	<b>0,36 M€</b>	<b>0,46 M€</b>	<b>0,50 M€</b>	<b>0,43 M€</b>	<b>2%</b>
<i>presta° serv, tvx, études, divers (c)</i>	0,19 M€	0,22 M€	0,21 M€	0,22 M€	0,20 M€	1%
<i>ventes marchandises (d)</i>	0,01 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,01 M€	0,00 M€	-100%
<i>subv° exploi° contrepartie activité (e)</i>	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	
<b>chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)</b>	<b>8,90 M€</b>	<b>7,91 M€</b>	<b>8,08 M€</b>	<b>8,25 M€</b>	<b>9,20 M€</b>	<b>3%</b>

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 24 : Évolution de la marge hors aides

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<i>aides en exploitation déclarées ARS</i>	0,01 M€	0,02 M€	0,01 M€	0,01 M€	0,00 M€	23729%

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<i>financements exceptionnels hors déclarés</i>					1,12 M€	
<i>sous total aides exploi° déclarées</i>					1,12 M€	
<i>sous total subv° hors exploi°</i>					2,22 M€	
<i>lits financés sans activité réelle</i>	0,76 M€	0,11 M€	0,12 M€	0,10 M€	0,29 M€	-62%
<b>aides totales</b>	0,77 M€	0,13 M€	0,13 M€	0,11 M€	1,40 M€	82%
<i>marge brute faciale</i>	1,40 M€	0,28 M€	0,30 M€	0,12 M€	0,83 M€	-41%
<b>marge hors aides</b>	0,63 M€	0,15 M€	0,17 M€	0,01 M€	-0,57 M€	-190 %
<i>en % du CA</i>	7%	2%	2%	0%	-6%	-187%

Source ARS ; calculs CRC

**Tableau n° 25 : Evolution de la CAF brute hors aides**

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
<i>CAF brute</i>	1,33 M€	0,28 M€	0,30 M€	0,11 M€	0,71 M€	-47%
<i>en % du produit total</i>	14,77%	3,50%	3,64%	1,38%	7,62%	
<i>dont CAF budget H</i>	1,10 M€	0,11 M€	0,12 M€	0,02 M€	-0,35 M€	-125 %
<i>dont CAF budgets B, E, J</i>	0,23 M€	0,17 M€	0,18 M€	0,09 M€	1,06 M€	-86%
<i>CAF brute hors aides</i>	0,56 M€	0,14 M€	0,17 M€	0,01 M€	-0,70 M€	-224 %
<i>% produit total hors aides</i>	6,90%	1,90%	2,10%	0,10%	-8,90%	

Source : balances des comptes ; calculs CRC

## Annexe n° 8. Financement des investissements

Tableau n° 26 : Évolution de la capacité de financement (non retraitée) des investissements

	2011	2012	2013	2014	2015
<b>CAF brute non retraitée</b>	1,33 M€	0,28 M€	0,30 M€	0,11 M€	0,71 M€
- annuité capital dette	0,04 M€	0,04 M€	0,04 M€	0,08 M€	0,04 M€
<b>CAF nette (a)</b>	1,29 M€	0,24 M€	0,26 M€	0,03 M€	0,67 M€
en % du produit total	14,50%	3,00%	3,20%	0,40%	7,20%
<b>CAF nette hors aides</b>	<b>0,52 M€</b>	<b>0,10 M€</b>	<b>0,13 M€</b>	<b>-0,08 M€</b>	<b>-0,74 M€</b>
en % du produit total hors aides	6%	1%	2%	-1%	-9%
subv° équipement	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,52 M€	2,45 M€
produits cession	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€
<b>recettes invest hors emprunt (b)</b>	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,52 M€	2,45 M€
<b>financement propre disponible (a+b)</b>	1,29 M€	0,24 M€	0,26 M€	0,59 M€	3,19 M€
Fi prop dispo / dép équipt (y c. tvx régie)	882%	41%	24%	10%	35%
- dép équipt (y c. tvx régie)	0,15 M€	0,58 M€	1,06 M€	5,25 M€	8,84 M€
dont immobilisations incorporelles	0,01 M€	0,01 M€	0,03 M€	0,02 M€	0,01 M€
dont terrains, constructions et agencements	0,00 M€	0,02 M€	0,05 M€	0,01 M€	0,01 M€
dont autres immobilisations corporelles	0,08 M€	0,04 M€	0,05 M€	0,03 M€	0,01 M€
dont immobilisations en cours	0,05 M€	0,51 M€	0,94 M€	5,20 M€	8,82 M€
<b>besoin (-) / capa (+) financement propre</b>	1,14 M€	-0,34 M€	-0,81 M€	-4,70 M€	-5,72 M€
- var. BFR global (hors fonds dépôt)	1,15 M€	-0,12 M€	-0,34 M€	-0,27 M€	-0,70 M€
<b>BAFIC/DAFIC</b>	1,14 M€	-0,50 M€	-1,18 M€	-4,95 M€	-6,37 M€
nvx emprunts année	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	1,17 M€	6,06 M€
- opé° trésorerie	0,01 M€	-0,04 M€	0,00 M€	0,01 M€	0,00 M€
<b>variation trésorerie nette</b>	1,14 M€	-0,50 M€	-1,18 M€	-3,78 M€	-0,30 M€

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 27 : Poids des emprunts dans le financement des investissements

	2011	2012	2013	2014	2015	cumul
total invest	0,05 M€	0,51 M€	0,94 M€	5,20 M€	8,82 M€	15,51 M€
% emprunts / invest	0%	0%	0%	23%	69%	47%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

## Annexe n° 9. Ressources stables et endettement

Tableau n° 28 : Évolution des fonds propres élargis

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
apports, réserves & reports	5,40 M€	6,59 M€	6,78 M€	6,78 M€	6,74 M€	25%
résultat exercice	0,27 M€	0,19 M€	0,00 M€	-0,04 M€	-0,81 M€	-100 %
<b>fonds propres</b>	<b>5,68 M€</b>	<b>6,78 M€</b>	<b>6,78 M€</b>	<b>6,74 M€</b>	<b>5,83 M€</b>	<b>19%</b>
subv° inv. & droits affectant	0,00 M€	0,00 M€	0,00 M€	0,52 M€	2,97 M€	
provi° réglementées	0,16 M€	0,01 M€	0,07 M€	0,08 M€	1,15 M€	633%
<b>fonds propres élargis</b>	<b>5,83 M€</b>	<b>6,79 M€</b>	<b>6,85 M€</b>	<b>7,34 M€</b>	<b>10,05 M€</b>	<b>86%</b>

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 29 : Évolution des ressources stables

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
fonds propres élargis	5,83 M€	6,79 M€	6,85 M€	7,34 M€	10,05 M€	86%
dettes financières	0,69 M€	0,65 M€	0,61 M€	1,70 M€	7,72 M€	1012%
<b>ressources stables</b>	<b>6,53 M€</b>	<b>7,44 M€</b>	<b>7,46 M€</b>	<b>9,03 M€</b>	<b>17,76 M€</b>	<b>185%</b>

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 30 : Évolution des ratios d'endettement

	2011	2012	2013	2014	2015	
<b>ratios utilisés pour le régime d'autorisation du recours à l'emprunt (article D.6145-70 CSP)</b>						<b>seuil</b>
indépendance financière (dette fi. / ress. stables)	10,60%	8,80%	8,20%	18,80%	41,50%	50%
solvabilité / durée apparente dette (dette fi. / CAF brute)	0,6	4,7	3,9	26,3	-27,5	10 ans
dette financière rapporté au pdt total	7,80%	8,20%	7,60%	20,50%	83,90%	30%
solvabilité / durée app dette (dette fi. / CAF brute hors aides)	0,8	3	2,6	42	-21,4	
dette financière rapporté au pdt total hors aides	8,30%	8,30%	7,60%	20,80%	96,50%	
<b>ratios complémentaires</b>						<b>évo*</b>
dettes / fonds propres élargis	11,90%	9,60%	8,90%	23,10%	71,10%	59%
endettement net de trésorerie / fonds propres élargis	79,40%	64,20%	55,70%	7,70%	22,40%	-57%
durée apparente désendett (encours / annuité)	8,2	15,7	14,7	20	185,4	17719%
taux apparent dette	4,00%	6,30%	4,60%	1,70%	0,30%	-4%
frais fi. nets réels / marge brute exploitation	2,00%	12,90%	8,40%	18,00%	2,80%	1%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

## Annexe n° 10. Fonds de roulement, BFR et trésorerie

Tableau n° 31 : Evolution de l'actif immobilisé

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
immobilisations d'exploitation	1,75 M€	2,16 M€	3,05 M€	8,13 M€	16,80 M€	862%
dont immo en cours	0,05 M€	0,56 M€	1,50 M€	6,70 M€	15,52 M€	29198%
immobilisations financières	0,02 M€	0,02 M€	0,02 M€	0,02 M€	0,02 M€	1%
<b>actif immobilisé</b>	<b>1,77 M€</b>	<b>2,18 M€</b>	<b>3,08 M€</b>	<b>8,15 M€</b>	<b>16,83 M€</b>	<b>851%</b>

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 32 : Évolution du besoin en fonds de roulement (BFR)

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
stocks et en-cours	0,05 M€	0,06 M€	0,07 M€	0,07 M€	0,06 M€	7%
redevables & c/ rattachés	1,45 M€	1,34 M€	1,39 M€	1,91 M€	3,49 M€	141%
en nb jours de chiffre d'affaires	59,4	62	61,6	83,8	138,4	133%
dont hospitalisés & consultants	0,27 M€	0,27 M€	0,31 M€	0,23 M€	0,33 M€	24%
dont caisses sécurité sociale	0,67 M€	0,59 M€	0,61 M€	1,01 M€	2,68 M€	301%
dont départements	0,40 M€	0,49 M€	0,54 M€	0,66 M€	0,43 M€	8%
dont autres tiers payants	0,21 M€	0,18 M€	0,18 M€	0,26 M€	0,21 M€	2%
- dettes fournisseurs	0,30 M€	0,19 M€	0,85 M€	0,90 M€	1,28 M€	325%
<b>BFR de gestion</b>	<b>1,20 M€</b>	<b>1,22 M€</b>	<b>0,61 M€</b>	<b>1,08 M€</b>	<b>2,26 M€</b>	<b>89%</b>
en nb jours charges courantes	50,9	51,8	23,6	41,6	87	70%
autres dettes & créances (hors ICNE)	-0,04 M€	-0,14 M€	0,13 M€	-0,60 M€	-2,45 M€	5030 %
dont recettes à classer ou à régulariser (-)	0,01 M€	0,04 M€	0,11 M€	0,08 M€	2,27 M€	15640%
dont créances fiscales (+)	-0,09 M€	-0,04 M€	-0,11 M€	-0,10 M€	-0,03 M€	-68 %
dont dettes (-) & créances (+) personnel / Séc soc	0,26 M€	0,34 M€	0,13 M€	0,28 M€	0,32 M€	21%
dont autres débiteurs (+)	0,45 M€	0,28 M€	0,42 M€	0,28 M€	0,24 M€	-47%
<b>BFR global</b>	<b>1,15 M€</b>	<b>1,03 M€</b>	<b>0,69 M€</b>	<b>0,42 M€</b>	<b>-0,28 M€</b>	<b>-124 %</b>
provisions risques et charges	1,02 M€	0,13 M€	0,12 M€	0,10 M€	0,41 M€	-60%
<b>BFR net global</b>	<b>0,13 M€</b>	<b>0,90 M€</b>	<b>0,57 M€</b>	<b>0,32 M€</b>	<b>-0,69 M€</b>	<b>-641 %</b>
en nb jours charges courantes	5,4	38,2	23,4	12,5	-26,5	-588%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 33 : Dettes fournisseurs en nombre de jours de charges courantes

€	2011	2012	2013	2014	2015	évo*
Dettes fournisseurs (a)	0,27 M€	0,16 M€	0,14 M€	0,25 M€	0,99 M€	260%
Charges (b)	2,61 M€	2,62 M€	2,90 M€	3,07 M€	2,93 M€	12%
Dont charges budget H	1,06 M€	1,02 M€	1,24 M€	1,33 M€	1,32 M€	24%
Dont charges budgets B, E, J	1,55 M€	1,60 M€	1,66 M€	1,74 M€	1,62 M€	4%
nb jours charges courantes (a/bx365)	38	22	17	29	123	221%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

Tableau n° 34 : Restes à recouvrer

€	2011	2012	2013	2014	2015	évo*
Restes à recouvrer amiables (a)	1,52 M€	1,54 M€	1,61 M€	2,06 M€	3,61 M€	139%

€	2011	2012	2013	2014	2015	évo*
Restes à recouvrer contentieux (b)	0,04 M€	0,02 M€	0,05 M€	0,13 M€	0,04 M€	-3%
Restes à recouvrer amiable et contentieux (c= a+b)	1,56 M€	1,56 M€	1,65 M€	2,19 M€	3,66 M€	135%
Produits d'activité hors aides (d)	8,27 M€	7,33 M€	7,41 M€	7,53 M€	8,57 M€	4%
Taux RAR (c/d)	18,85%	21,26%	22,35%	29,13%	42,67%	
Dépréciation comptes redevables (f)	0,00 M€	0,06 M€	0,10 M€	0,10 M€	0,08 M€	2294%
Taux provisionnement RAR contentieux (f/b)	7,20%	278,30%	216,70%	79,20%	179,20%	

Source : balances des comptes ; calculs CRC

**Tableau n° 35 : Évolution de la trésorerie**

	2011	2012	2013	2014	2015	évo* 2011-2015
fonds de roulement	4,76 M€	5,25 M€	4,38 M€	0,87 M€	0,94 M€	-63%
- BFR net global	0,21 M€	0,95 M€	0,59 M€	0,35 M€	-0,60 M€	-641 %
trésorerie nette	4,55 M€	4,31 M€	3,79 M€	0,52 M€	1,54 M€	-66%
en nb jours charges courantes	193,7	182,5	154,8	20,2	59,1	-69%

Source : balances des comptes ; calculs CRC

**Annexe n° 11. Echanges entre le CH et les tiers sur la reconstruction****Tableau n° 36 : Courriels du CD 49 au CH sur les surfaces du projet de construction**

<i>date</i>	<i>motif</i>
19/10/2012	envoi d'un tableau de référence lequel permettra de valider la partie architecturale
06/11/2013	demande de renseignement : clé de répartition des surfaces EHPAD/USLD/SSR (c'est l'architecte départemental qui a attiré l'attention sur l'absence d'une telle clé de répartition dans le PTD)
30/12/2013	demande d'informations : éléments chiffrés du projet, type de financement
07/01/2014	demande à être rappelé d'urgence le lendemain
04/03/2014	demande d'envoi : tableau des surfaces et PPI (dont la trame a été envoyée en décembre). Réception nécessaire avant la fin de semaine
07/04/2014	remarques sur le tableau des surfaces et des coûts : la surface plancher est plus faible que la SU (anormal), la SDO est élevée, le rapport SDO/SU est élevé, le coût de construction par place est élevé.
02/07/2014	attente d'explications et précisions pour PPI et surfaces construites, donc étude du PPI en attente, donc pas d'augmentation de prix de journée au BP 2015

Source : extractions des courriels de la direction du CH

**Tableau n° 37 : Demandes (courriels) de la mairie de Longué au regard de la reconstruction**

<i>date</i>	<i>de</i>	<i>à</i>	<i>date</i>	<i>de</i>	<i>à</i>	
2011	15-avr	CH	2015	05-mai	CH	
	18-mai	CH		05-mai	mairie	CH
2012	01-mars	CH		08-juin	CH	mairie
	07-juin	CH		09-juin	mairie	CH
2013	01-oct	mairie		15-juin	CH	mairie
	02-oct	mairie		20-août	CH	mairie
	08-oct	mairie		21-août	mairie	CH
	25-oct	CH		24-août	CH	mairie
	25-oct	mairie		21-sept	mairie	CH
	28-oct	CH		27-oct	CH	mairie
	05-nov	CH		12-nov	CH	mairie
	05-nov	mairie		07-janv	CH	mairie
	04-déc	A2MO	28-janv	mairie	CH	
	04-déc	mairie	28-janv	mairie	CH	
2014	13-déc	mairie	04-févr	CH	mairie	
	20-déc	CH	05-févr	mairie	CH	
	19-mai	CH	16-févr	CH	mairie	
	19-mai	CH	18-févr	CH	mairie	
	19-mai	mairie	18-févr	mairie	CH	
	21-nov	mairie	18-févr	mairie	CH	
	09-déc	CH	22-févr	mairie	CH	
	09-déc	mairie	10-mars	mairie	CH	
11-déc	CH	29-août	CH	mairie		

Source : extractions des courriels de la direction du CH





## Annexe n° 12. Glossaire

ARS : Agence régionale de santé  
ATIH : agence de traitement de l'information hospitalière  
CASF : code de l'action sociale et des familles  
CME : commission médicale d'établissement  
CMP : code des marchés publics  
CNAMTS : caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés  
CNG : centre national de gestion  
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
CRPA : compte de résultat prévisionnel annexe  
CRPP : compte de résultat prévisionnel principal  
CRUQPC : commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge  
CS : conseil de surveillance  
CSIRMT : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques  
CSP : code de la santé publique  
CTE : comité technique d'établissement  
DGOS : direction générale de l'offre de soins  
DIM : département d'information médicale  
DMS : durée moyenne de séjour  
EHAPD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses  
GHT : groupement hospitalier de territoire  
GIR : groupes iso-ressources  
GMP : GIR moyen pondéré  
MCO : médecine chirurgie obstétrique  
OVALIDE : outil de validation des données établissement  
PASA : pôles d'activités et de soins adaptés  
PGFP : plan global de financement pluriannuel  
PNM : personnels non médicaux  
PPI : plan pluriannuel d'investissement  
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information  
PUI : pharmacie à usage intérieur  
RHA : résumés hebdomadaires anonymisés (avant 2000) ; résumés hebdomadaires de sortie anonymes  
RSA : résumé de sortie anonyme  
RUM : résumé d'unité médicale  
SI(H) : système d'information (hospitalier)  
SNIIRAM : système national d'information inter-régimes de l'Assurance maladie  
SSR : soins de suite et de réadaptation  
UPAD : unités pour personnes âgées désorientées  
USLD : unité de soins de longue durée



Les publications de la chambre régionale des comptes  
des Pays de la Loire  
sont disponibles sur le site :

[www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes/Pays-de-la-Loire](http://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes/Pays-de-la-Loire)

**Chambre régionale des comptes**

**des Pays de la Loire**

25, rue Paul Bellamy

BP 14119

44041 Nantes cedex 01

acrcpdl@pl.ccomptes.fr.