



Lyon, le 07 février 2017

La présidente

N° D170403

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n° D164923 du 22 décembre 2016

P.J. : 1

Madame la Directrice,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier du Haut-Bugey au cours des exercices 2009 à 2014. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

A l'issue du délai d'un mois fixé par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport, accompagné de votre réponse écrite.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, auquel doit être jointe votre réponse écrite, à votre assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Cette communication relève du président de votre établissement, le centre hospitalier du Haut-Bugey, auquel je transmets également une copie du rapport.

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous serais obligée de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

Madame Corinne KRENCKER
Directrice du centre hospitalier du Haut-Bugey
Centre hospitalier du Haut-Bugey
1, route de Veyziat
BP 818
01100 OYONNAX

En application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur départemental des finances publiques de l'Ain. Par ailleurs, le document est communiqué au directeur de l'agence régionale de santé.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Catherine de Kersauson

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA
RÉPONSE

CENTRE
HOSPITALIER DU HAUT
BUGEY (département de l'Ain)

Exercices 2009 à 2014

Observations définitives
délibérées le 2 décembre 2016

SOMMAIRE

1	ELEMENTS DE PRESENTATION ET DE CONTEXTE.....	9
1.1	Présentation de l'établissement	9
1.2	Le CHHB dans son environnement	10
1.3	L'attractivité de l'établissement.....	12
1.3.1	La restructuration du site de Nantua	13
1.3.2	Les suites de la reconstruction de l'établissement	15
2	LA GOUVERNANCE	16
2.1	La gouvernance externe	16
2.1.1	Les coopérations	16
2.1.2	Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	18
2.2	La gouvernance interne	18
2.2.1	La direction de l'établissement.....	18
2.2.2	La gouvernance en pôles.....	18
2.2.3	Le projet médical et le projet d'établissement	19
2.2.4	Les outils de pilotage	19
3	ANALYSE DE L'ACTIVITE ET ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE.....	20
3.1	L'activité en médecine chirurgie obstétrique	20
3.1.1	L'évolution	20
3.1.2	Les indicateurs de performance	22
3.2	Les urgences	23
3.3	Le moyen séjour	24
3.4	Le long séjour et l'hébergement.....	24
3.5	Les consultations et autres actes externes.....	24
3.6	Le fonctionnement du bloc chirurgical	25
3.7	Le service d'imagerie	25
3.8	Le laboratoire d'analyses biologiques	26
3.9	L'approche par activité des résultats.....	27
4	LA FIABILITE DES COMPTES.....	27
4.1	Les immobilisations	27
4.1.1	Le suivi des immobilisations.....	27
4.1.2	L'intégration des immobilisations en cours.....	27
4.1.3	Le calcul des amortissements.....	28
4.2	Les remboursements de frais au budget principal par les budgets annexes	28
4.3	Le principe d'indépendance des exercices	28
4.3.1	Le rattachement des charges à payer	28
4.4	Le principe de prudence et la constitution des provisions	29
4.4.1	Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations..	29
4.4.2	Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps	29
4.4.3	Les provisions pour risques et charges.....	30
4.4.4	Les provisions pour dépréciation des créances.....	31
4.5	Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser	32
5	LA SITUATION FINANCIERE.....	33
5.1	Le soutien financier de la tutelle et des collectivités territoriales.....	33
5.2	L'évolution des résultats nets de l'établissement.....	34
5.2.1	Le résultat net comptable consolidé.....	34
5.2.2	Le résultat structurel consolidé	35
5.2.3	Le déséquilibre du budget principal.....	36
5.2.4	Les plans de redressement.....	36

5.3	L'évolution des produits et des charges	37
5.3.1	Les produits du budget principal	37
5.3.2	Les charges du budget principal	40
5.3.3	Les charges et produits de l'EHPAD	43
5.4	Les soldes intermédiaires de gestion	44
5.5	La capacité d'autofinancement et le financement des investissements	46
5.6	La situation bilancielle	47
5.6.1	Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie	47
5.6.2	L'endettement	48
5.7	Les grandes tendances de l'exercice 2015	48
6	<u>LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES</u>	<u>49</u>
6.1	L'évolution des effectifs	49
6.1.1	Le personnel non médical	49
6.1.2	Le personnel médical	50
6.2	Le temps de travail du personnel non médical	51
6.3	L'absentéisme	52
6.4	L'avancement du personnel non médical	52
6.5	Le régime indemnitaire du personnel non médical	53
6.5.1	L'indemnité forfaitaire technique aux techniciens hospitaliers	53
6.6	La permanence des soins	53
6.6.1	La permanence des soins du personnel non médical	53
6.6.2	La permanence des soins du personnel médical	53
6.7	La rémunération des praticiens contractuels	55
6.8	L'activité libérale	56
7	<u>ANNEXES</u>	<u>57</u>
7.1	Annexe 1 : glossaire	57
7.2	Annexe 2 : rattachement des charges et les reports de charges	59
7.3	Annexe 3 : solde intermédiaire de gestion du budget principal	60
7.4	Annexe 4 : évolution des composantes du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement	61

SYNTHESE

La chambre a examiné la gestion du centre hospitalier du Haut-Bugey de 2009 à 2014, actualisée avec les données disponibles pour 2015 et 2016.

Le centre hospitalier du Haut-Bugey (CHHB), issu de la fusion en 2002 des centres hospitaliers de Nantua et d'Oyonnax, est un établissement de proximité récent qui a été construit dans le cadre du plan hôpital 2007.

C'est un établissement surdimensionné en raison des prévisions d'activités optimistes qui ont prévalu au moment de sa construction. Malgré une solide implantation de l'établissement en obstétrique sur sa zone d'attractivité, sa maternité conçue pour 1000 accouchements par an en a réalisé en 2015 moins de 640. La progression de l'activité de médecine, de chirurgie et d'obstétrique s'avère éloignée des 5 % par an initialement escomptés. L'activité chirurgicale apparaît par ailleurs fragile. La part de marché du CHHB en chirurgie sur sa zone d'attractivité est limitée par la forte concurrence d'autres établissements. Dans ces conditions, le CHHB conserve une surcapacité en obstétrique et dans une moindre mesure, en chirurgie. L'activité gériatrique de l'établissement est importante. Les lits d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et d'unités de soins de longue durée représentent respectivement 255 lits et 35 lits répartis sur les sites de Nantua et d'Oyonnax, sur un total de 484 lits.

Les travaux de réhabilitation de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) qui avaient été envisagés en maîtrise d'ouvrage classique ont été abandonnés en 2012 après la phase d'études préalables. Cet abandon est motivé par l'interdiction faite par la tutelle au CHHB d'emprunter en raison d'un niveau d'endettement trop élevé. Un montage alternatif a dès lors été mis en place avec le concours de la commune de Nantua qui a signé en 2016 une autorisation d'occupation temporaire (AOT) avec un opérateur chargé de la réhabilitation de l'EHPAD et de la création d'un local destiné aux personnes âgées pour la commune. Dans le cadre de ce montage, le CHHB s'engage financièrement sur longue période à travers une redevance significative qu'il doit verser à l'opérateur. Cette dernière doit selon l'établissement être financée par une hausse du tarif de l'hébergement, ce qui s'entend sous réserve de l'approbation dudit tarif par le conseil départemental sur les 40 ans de la période concernée et d'une évolution de la redevance qui ne diverge pas excessivement des prévisions. La commune de Nantua porte juridiquement l'opération alors que le CHHB, auquel est donc rattaché l'EHPAD de Nantua, en est le principal bénéficiaire. Le montage retenu a contourné l'interdiction faite aux établissements publics de santé de recourir aux baux emphytéotiques administratifs et hospitaliers ou encore aux AOT du domaine public ayant pour objet la réalisation ou la modification d'ouvrages. La commune de Nantua porte enfin en dernier ressort une opération qui n'apparaît pas dénuée de risques juridique et financier.

La situation financière de l'établissement demeure très dégradée même si au prix d'investissements réduits, la dette du CHHB, saine en l'absence de produits structurés, s'est progressivement réduite. La continuité de son fonctionnement est assurée par les aides extérieures dont il bénéficie. Le CHHB cumule un endettement toujours élevé hérité de sa reconstruction et des déficits d'exploitation importants et récurrents. Hors soutiens financiers extérieurs, la marge brute de l'établissement est faiblement positive, ce qui illustre sa situation financière très difficile. Les plans de redressement mis en œuvre n'ont globalement pas produit les effets escomptés en termes de réduction de dépenses et de relance de l'activité. La démarche de mise à plat du temps de travail du personnel non médical qui avait été initialement envisagée dans les plans de redressement, partiellement effectuée, est à poursuivre.

En matière de ressources humaines, l'établissement a stabilisé globalement l'effectif de son personnel médical même s'il éprouve des difficultés à pourvoir les postes dans certaines spécialités. Il dépend de manière non négligeable de personnels contractuels pour assurer la permanence des soins, ce qui fragilise le fonctionnement de celle-ci et occasionne des surcoûts. Aucune mutualisation de la permanence des soins n'existe avec le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse.

La signature d'une convention de groupement hospitalier de territoire (GHT) en juin 2016 avec ce dernier (et d'autres établissements) dans le cadre de la mise en place des GHT au plan national constitue l'occasion d'approfondir leur coopération. Le déficit structurel important de l'établissement plaide en faveur d'un plan de redressement axé sur le futur projet médical partagé et une offre de soins adaptée.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Mettre en place des mesures permettant un retour à l'équilibre financier.

Recommandation n° 2 : Optimiser la permanence des soins dans le cadre du groupement hospitalier de territoire.

Recommandation n° 3 : Comptabiliser l'engagement financier correspondant aux heures supplémentaires non rétribuées du personnel non médical.

Recommandation n°4 : Revoir le niveau des provisions pour créances douteuses après avoir arrêté une méthodologie d'évaluation.

La chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion du centre hospitalier du Haut-Bugey pour les exercices 2009 à 2014, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre du 18 septembre 2015, adressée à M. Eric Djamakorzian, directeur de l'établissement du 1^{er} février 2013 au 1^{er} mars 2016. Ses prédécesseurs, Mme Nadiège Baille M. Pierre Croci, M. Michel Louis, M. Richard Pignier, ont été informés à la même date.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ la gouvernance ;
- ♦ l'activité et le diagnostic médico-économique ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ l'analyse de la situation financière ;
- ♦ la gestion des ressources humaines.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 23 février 2016 avec M. Djamakorzian, puis le 1^{er} mars suivant avec MM. Louis et Croci et le 2 mars avec Mme Baille et M. Pignier.

M. Francis Signac, directeur de l'établissement jusqu'au 16 novembre 2009, n'avait pu être contacté à ce stade malgré les recherches effectuées.

Lors de sa séance du 26 mai 2016, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 11 juillet 2016 à Mme Corinne Krencker¹, nouvelle directrice depuis le 1^{er} septembre 2016 ainsi que, pour celles les concernant, à ses prédécesseurs, M. Daniel Joseph, M. Eric Djamakorzian, Mme Nadiège Baille, M. Pierre Croci, M. Michel Louis, M. Richard Pignier, M. Francis Signac et aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 2 décembre 2016, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1 ELEMENTS DE PRESENTATION ET DE CONTEXTE

1.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier du Haut-Bugey (CHHB) se situe sur la commune d'Oyonnax qui avec 22 875 habitants² au 1^{er} janvier 2016 est la seconde ville de l'Ain après Bourg-en-Bresse.

Le CHHB est issu de la fusion le 1^{er} janvier 2002 des centres hospitaliers d'Oyonnax et de Nantua. Un établissement neuf a été construit et achevé en avril 2007 dans le cadre du plan « hôpital 2007 ».

¹ Par ailleurs directrice du CH de Bourg-en-Bresse qui est en direction commune avec le CHHB.

² Population totale entrant en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2016, données INSEE.

Le CHHB comporte 484 lits répartis comme suit :

- 168 lits installés dans le nouvel hôpital, dont 138 de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique, etc.) et 30 de soins de suite et de réadaptation ;
- 255 lits en établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) répartis sur deux sites, l'un à Oyonnax, l'autre à Nantua ;
- 35 lits d'USLD répartis sur les sites d'Oyonnax et de Nantua ;
- 26 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sur le site de Nantua.

Etablissement de proximité pour sa zone de soins, il enregistre plus de 10 000 séjours par an, dont 3 000 en ambulatoire. Environ 70 000 actes externes (consultations et autres actes) et 4 000 interventions au bloc chirurgical (hors endoscopie)³ sont réalisés annuellement par les médecins de l'établissement. La maternité a réalisé 637 accouchements en 2015⁴. De niveau 1, elle ne prend pas en charge les grands prématurés et les nouveaux nés nécessitant des soins intensifs. La CHHB dispose d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR). Il enregistre de l'ordre de 20 000 passages aux urgences par an. Il ne comporte pas de service de réanimation mais une unité de soins continus (USC).

L'établissement a employé, en 2015, 620 équivalents temps plein (ETP) pour le personnel non médical et 55 ETP pour le personnel médical⁵.

Les recettes de fonctionnement, toutes activités confondues, sont de l'ordre de 55 M€.

Le conseil de surveillance de l'établissement est présidé par Monsieur Michel PERRAUD, maire d'Oyonnax depuis mars 2008.

1.2 Le CHHB dans son environnement

Au sein du schéma régional d'organisation des soins (SROS), le territoire de santé Nord de la Région-Rhône-Alpes se compose des bassins hospitaliers de Bourg-en-Bresse et de Villefranche sur Saône. Le CHHB relève de la zone de soins de proximité Oyonnax- Nantua du premier bassin hospitalier cité.

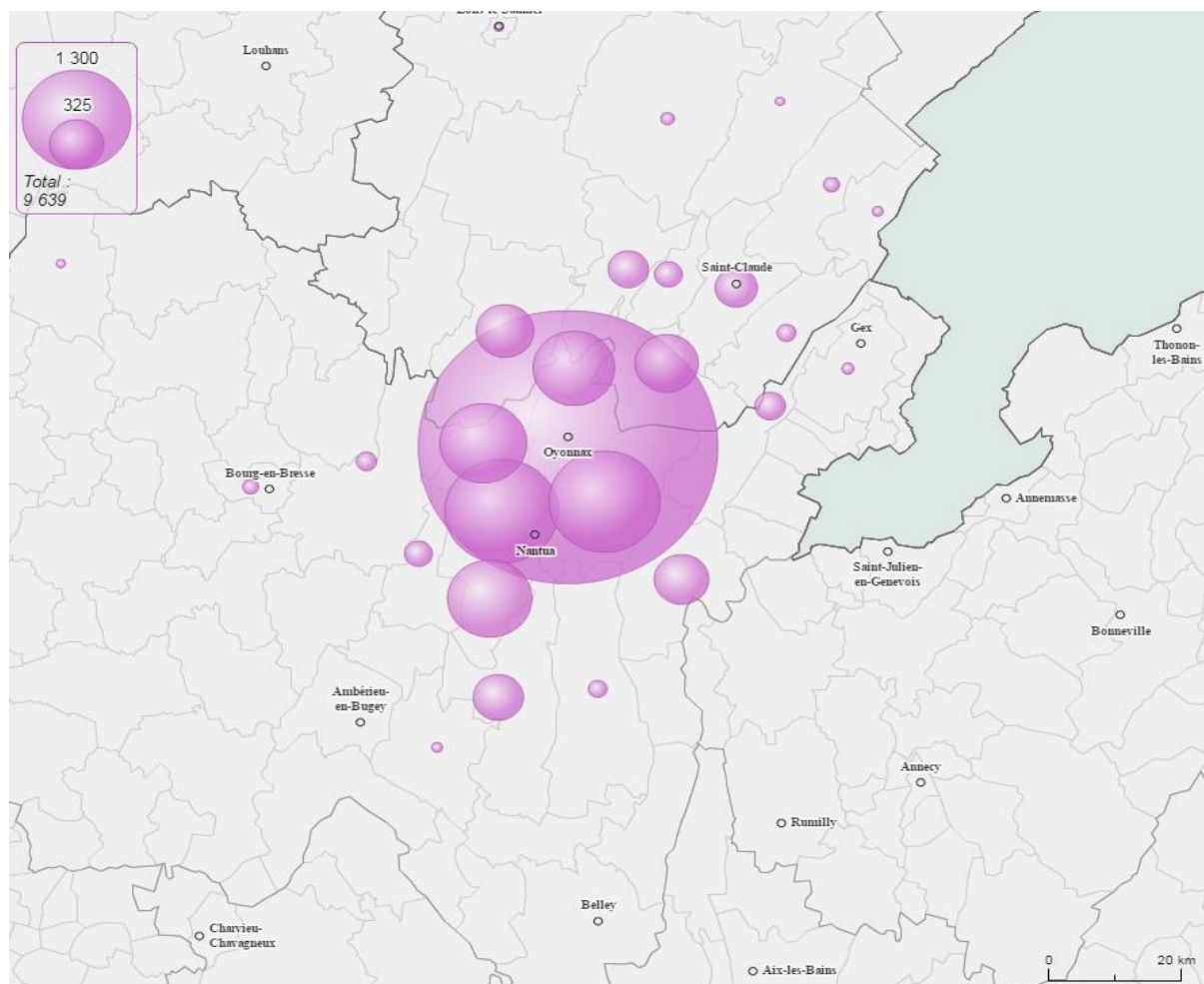
Sa zone d'attractivité porte sur un bassin de population d'environ 80 000 habitants qui correspond à l'arrondissement de Nantua, auquel s'adjoignent les communes du sud du Jura avec lequel il est frontalier.

³ Source : CHHB.

⁴ Source: hospidiag.

⁵ Actualisation sur la base du site de l'établissement.

Carte 1 : Cartographie de l'attractivité du CHHB
Séjours MCO au lieu de résidence, activité 2014



Source : hospidiag.

Le bassin de santé de l'hôpital se caractérise par sa situation en zone de petite montagne. Sur le plan sociologique et économique, le territoire entourant le CHHB est moins attractif qu'il a pu l'être autrefois, avec un moindre dynamisme des industries de la « plastics vallée ». Les revenus sont plus faibles et plus inégaux dans ce bassin que dans le reste du département et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle y sont plus nombreux⁶. L'offre environnante en médecine libérale et spécialisée est insuffisante. Le programme territorial de santé nord de novembre 2012 (déclinant le SROS au niveau de chaque territoire de santé de la région) constate que ce territoire dispose des plus faibles taux de médecins généralistes libéraux conventionnés de la région (environ 80 pour 100 000 habitants dans le territoire nord contre 97 en moyenne Rhône-Alpine) et de médecins spécialistes libéraux conventionnés (environ 77 contre 115). Le SROS classe le secteur d'Oyonnax et de Nantua en zone fragile aux termes de l'article L. 1437-7 du code de la santé publique, se caractérisant par un déficit de l'offre de soins.

Ce classement rend éligible le secteur aux dispositifs de soutien évoqués à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales permettant notamment aux collectivités locales d'attribuer des aides favorisant le maintien ou l'installation de professionnels de santé.

⁶ Source : observatoire de la santé Rhône Alpes, cité dans le projet d'établissement 2012-2016 du CHHB.

L'établissement de recours du territoire de santé auquel appartient le CHHB est le centre hospitalier de Bourg-en-Bresse Fleury. Ce CH, est situé à environ 60 kilomètres d'Oyonnax, soit environ 50 minutes de trajet. La clinique Convert, également située à Bourg-en-Bresse, est un établissement privé de taille moyenne (17 000 séjours annuels environ) qui concurrence vivement le CHHB en chirurgie. Plus éloignés, au sud-ouest d'Oyonnax, les hospices civils de Lyon (HCL), situés à 98 kilomètres à environ 1h15 de trajet, représentent néanmoins une concurrence non négligeable, en médecine et chirurgie compte tenu du pouvoir d'attraction que peut avoir un centre hospitalo-universitaire (CHU). Au nord de son territoire, le CHHB est frontalier et concurrent du bassin de santé du centre hospitalier de Saint Claude, petit établissement en grandes difficultés. Saint-Claude est situé à environ 30 kilomètres et 40 minutes d'Oyonnax. 9 % des séjours en 2014 concernaient des patients extérieurs au département de l'Ain et, pour la plupart d'entre eux, originaires du Jura et du bassin de santé de l'hôpital de Saint Claude.

1.3 L'attractivité de l'établissement

La part de marchés en médecine du CHHB sur sa zone d'attractivité, qui approche 60 %, est correcte.

Tableau 1 : Parts de marché médecine

Etablissements	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CH Haut-Bugey	57,2	58,8	59,4	55,9	56	58,2	56,9
Hospices civils de Lyon	15,5	14,8	12,2	13,1	11,9	12	13,4
CH Bourg en Bresse	9,2	9,8	10,9	12,5	11,9	11,7	11,8
Clinique Convert Bourg en Bresse	7,2	6,2	6,9	7,1	8,1	7,9	6,9

Source : hospidiag.

Le CHHB connaît en chirurgie (hospitalisation complète) un taux de fuite important du fait de la concurrence d'autres établissements, dont la clinique Convert au premier rang. Ce taux de fuite est supérieur à 60% sur sa zone d'attractivité.

Tableau 2 : Parts de marché chirurgie (hospitalisation complète)

Etablissements	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CH Haut-Bugey	36,5	36,2	35,7	36,1	37,9	38,9	37,7
Clinique Convert Bourg en B.	21,8	18,5	19,8	17,7	17,1	15,1	15,8
Hospices civils de Lyon	11,7	12,4	11,7	11,4	11,1	10	11,7
CH Bourg en Bresse	8,4	6,5	6,9	7,8	7,5	7,5	6,6

Source : hospidiag.

Le CHHB présente un déficit d'attractivité en chirurgie ambulatoire du même ordre. La clinique Convert, même si sa part de marché a diminué, capte une part importante de la chirurgie ambulatoire dans la zone de recrutement du CHHB.

Tableau 3 : Parts de marché chirurgie ambulatoire

Etablissements	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CH du Haut-Bugey	44,9	45,6	41,4	39,4	40,1	40,3	43,5
Clinique Convert Bourg en B.	31,6	25,5	28	31,4	28	26	21,4
CH de Bourg en Bresse	4	3,4	5	5,4	5,8	5,8	7,1
Hospices civils de Lyon	4,4	5,1	4,7	4,7	5,1	4,6	5,9

Source : hospidiag.

En obstétrique, l'établissement est correctement implanté sur sa zone de recrutement compte tenu d'une part de marché de l'ordre de 80 %.

Tableau 4 : Parts de marché obstétrique

Etablissements	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CH du Haut-Bugey	81,2	81,1	79,9	79,8	79,5	81,2	78,5
CH Bourg en Bresse	8,9	11,2	13,1	12,3	12,9	10,6	12,4
Hospices civils de Lyon	2,7	2,2	2	2,2	3	2,9	2,5
CH de Saint Claude	2,5	1,3	1,1	2	1	1,4	1,8

Source : hospidiag.

1.3.1 La restructuration du site de Nantua

L'établissement de Nantua (EHPAD et USLD) comprend 170 lits installés dans plusieurs corps de bâtiments de confort différents, dont certains sont en très mauvais état. La dernière opération de rénovation, débutée en 2003, a permis la réhabilitation de 73 lits.

Afin de réhabiliter les lits restants, un concours de maîtrise d'œuvre a été lancé en 2010 après des études de faisabilité pour restructurer les lits restants. Après avis du jury de concours, le CHHB a retenu un maître d'œuvre en février 2011. Le permis de construire a été déposé en novembre 2011 et accordé en avril 2012. Une consultation d'entreprises pour la réalisation des travaux a été lancée dès avril 2012 ; elle a donné lieu à un rapport d'analyse des offres en octobre 2012 après une deuxième consultation rendue nécessaire par des lots infructueux. Toutefois, l'EPRD⁷ 2012 n'a pas été approuvé par la tutelle en raison de l'interdiction faite à l'établissement d'emprunter. Les consultations lancées ont alors été déclarées le 30 novembre 2012 sans suite pour motif d'intérêt général. Seuls des travaux, circonscrits à la cuisine relais et considérés comme indispensables⁸ ont été réalisés pour environ 500 000 €.

Le CHHB a recherché une solution alternative afin de réhabiliter le site de Nantua. Après avoir écarté la procédure d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH), il s'est tourné vers un montage associant la commune de Nantua. Le montage a été le suivant : le CHHB a cédé pour un euro le terrain support du projet de réhabilitation de l'EHPAD à la commune (cession effective le 21 janvier 2016) après avis des domaines, la commune a lancé un dialogue compétitif afin de désigner un opérateur (la SEMCODA⁹) auquel elle a accordé une autorisation d'occupation temporaire (AOT) constitutive de droits réels. L'AOT d'une durée de 42 années¹⁰ comprend la réhabilitation de l'EHPAD, ainsi que la création d'un lieu d'accueil communal pour les personnes âgées appelé « maison des générations ».

A l'achèvement des travaux, actuellement en cours, l'opérateur sous-louera la partie du bâtiment destinée à l'EHPAD au CHHB et le lieu d'accueil des personnes âgées appelé « maison des générations » à la commune.

Sur un plan financier, le prix de revient global prévisionnel de l'opération de réhabilitation est pour le CHHB de 13 324 341,40 € TTC en totalisant les opérations foncières, l'opération de réhabilitation proprement dite, les honoraires et dépenses diverses. Le plan de financement de la convention de sous-location signée entre le CHHB et la SEMCODA repose largement

⁷ Etat prévisionnel des recettes et des dépenses.

⁸ La chambre froide ne fonctionnait plus. Les locaux de la cuisine relais n'étaient plus aux normes.

⁹ Société d'économie mixte de construction du département de l'Ain.

¹⁰ Incluant une durée de deux années pour l'opération de réhabilitation en cours.

sur l'emprunt¹¹ qui représente un montant total de 11 693 200 € sur une durée de remboursement de 40 années. Le plan de financement prévoit en outre une subvention du conseil départemental de 1 401 222 €, le solde par rapport au prix de revient global prévisionnel apparaissant financé sur fonds propres de la SEM. En intégrant le coût des emprunts et celui de la rémunération des fonds propres de la SEMCODA, le coût prévisionnel de la réhabilitation de l'EHPAD et de son financement, dont le CHHB doit s'acquitter à travers la redevance annuelle versée à la SEMCODA, peut être évaluée à plus de 17 M€. Cette estimation a été effectuée à partir du document de présentation du calcul de la redevance prévisionnelle de la convention de sous-location¹².

Le CHHB verse à la SEMCODA une redevance annuelle sur 42 années qui comporte, outre le coût de la réhabilitation de l'EHPAD et de son financement, les dépenses assurées par la SEMCODA en tant que propriétaire (prime d'assurance, participation pour renouvellement des composants, primes d'assurances, impôts et taxes...), les dépenses relatives aux frais généraux et participation pour couverture du renouvellement des composants et gros entretien faisant l'objet par d'une revalorisation annuelle¹³. La participation précitée peut être ajustée en fonction de l'état du bâtiment. Le versement de la redevance doit être financé par une hausse du tarif de l'hébergement de l'EHPAD que le CHHB estime soutenable. La convention de sous-location prévoit des redevances de 441,6 k€ les cinq premières années puis une redevance de 523 k€ la sixième année en raison de l'intégration des renouvellements de composants¹⁴. Le document communiqué à la chambre ne précise pas le montant des redevances à acquitter par le CHHB au-delà des six premières années, ce qui est potentiellement source d'incertitude sur les engagements à plus long terme du CHHB. Une hausse maîtrisée et soutenable du tarif de l'hébergement devrait impliquer en tout état de cause une évolution effective de la redevance en ligne avec les prévisions qui ont servi à calculer l'évolution future du tarif hébergement. La validation du tarif hébergement par conseil départemental est par ailleurs requise sur toute la période.

Par ailleurs, les études initialement réalisées en maîtrise d'ouvrage classique avaient représenté pour l'établissement un coût de l'ordre de 1,2 M€ HT. L'établissement a précisé que 770 079,97 € qui sont intégrés dans ses redevances futures lui avaient été d'ores et déjà remboursés par la SEMCODA au titre d'un rachat d'études.

La part non remboursée des études initiales et représentant un surcoût pour le CHHB, s'avère par conséquent de l'ordre de 400 k€.

Par ailleurs, il n'a pas été précisé à la chambre si des études financières comparatives sur les différents montages envisageables avaient été réalisées en amont de l'opération.

Sur un plan juridique, le maire de Nantua a tenu à indiquer que sa commune était compétente pour servir de support à l'opération en cours. Celle-ci constitue selon lui une mission d'intérêt

¹¹ Trois prêts sont prévus à hauteur de 5 463 200 €, 2 285 900 € et 3 944 100 €. Le taux d'intérêt à verser pour ces emprunts est de 1,86 %.

¹² Ce montant correspond aux seules annuités liés aux emprunts et à la rémunération des fonds propres sur 40 années.

¹³ Le remboursement annuel des frais généraux du propriétaire est de 0,1 % du prix de revient global de l'opération, réajusté chaque année sur la base de la variation de l'indice INSEE du coût de la construction. La participation pour renouvellement des composants et dépenses pour gros entretien est à partir de la sixième année de 0,6% du prix revient global de l'opération (réajusté chaque année sur la variation de l'indice INSEE du coût de la construction).

¹⁴ L'établissement a par ailleurs précisé dans sa réponse aux observations provisoires que la convention d'AOT était en cours de modification pour sa partie consacrée aux loyers, un avenant devant permettre d'intégrer une subvention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) d'un montant de 210.000 € au titre de la création de 14 places de PASA (pôles d'activités et de soins adaptés en maison de retraite). Cette subvention serait transférée à la SEMCODA qui en ferait bénéficier le CHHB dans la part des redevances annuelles. Dans cette hypothèse, le montant de la redevance annuelle serait selon l'établissement de 434.000 € pendant les 5 premières années et serait ensuite porté à 515.000 € jusqu'à l'échéance de la convention.

général à double titre. D'une part, elle intègre, selon le maire, la mise en place d'une activité purement communale appelée « maison des générations ». D'autre part, la réaffectation du bâtiment au service public de la santé par le biais d'une convention de sous-location au CHHB, relèverait de la compétence générale de la commune dans la mesure où elle permettrait le maintien sur son territoire de l'accueil des personnes âgées en état de dépendance physique. Selon l'intéressé par ailleurs, l'opération ne pourrait être considérée comme un bail emphytéotique hospitalier (BEH) dans la mesure où sa commune est propriétaire des biens immobiliers à l'issue de la vente du terrain qui a été effectuée et que celle-ci était de ce fait seule compétente pour consentir l'AOT à l'opérateur retenu, la SEMCODA. Le CHHB ne serait partie prenante à la convention d'AOT qu'en qualité de locataire final de l'opération. Un ancien ordonnateur, souligne dans le même ordre d'idées : « *le bail emphytéotique aurait pu être considéré comme hospitalier si le CHHB avait directement contracté avec un opérateur chargé de la construction mais le choix de la vente directe à la commune de Nantua a modifié la nature juridique du bail* ».

La chambre ne partage pas cette analyse. Elle considère que le montage effectué a pour objet principal de réhabiliter un EHPAD qui est juridiquement rattaché au CHHB en tant qu'établissement public de santé. Le coût prévisionnel de l'opération (hors le coût de son financement) est ainsi respectivement de 12 648 970,90 € HT pour le CHHB contre 81 275 € HT pour le local communal des personnes âgées. Il en résulte selon la chambre que l'intervention de la commune de Nantua a permis de contourner l'interdiction faite aux établissements publics de santé par l'article 34 de la loi de finances initiale 2014 du 29 décembre 2014 de conclure des BEA¹⁵, BEH¹⁶ ou AOT ayant pour objet la réalisation ou la rénovations d'ouvrages, d'équipements ou de biens immatériels répondant à un besoin précisé par la personne publique. Cette interdiction a été confirmée par l'ordonnance du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics et par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Dans ces conditions, le montage complexe qui a été retenu apparaît juridiquement hasardeux. Au surplus, l'établissement a pu ainsi formellement s'affranchir dans le cadre du dispositif mis en œuvre, qui s'apparente à un BEH, des études obligatoires liées à ce type de contrat avant leur interdiction.

Enfin, la chambre remarque que la commune de Nantua se retrouve porteuse d'une opération d'envergure qui n'apparaît pas pour elle potentiellement dénuée de risques juridique et financier, y compris dans l'hypothèse où le CHHB ne serait plus en mesure de verser sa redevance annuelle.

1.3.2 Les suites de la reconstruction de l'établissement

Le nouveau centre hospitalier du Haut-Bugey, réalisé dans le cadre d'un marché de conception, a été inauguré en 2007 avec des réserves qui n'ont été levées que 7 ans plus tard.

Fin 2008, l'établissement identifie des traces de légionnelles dans son réseau d'eau chaude sanitaire, ce qui le conduit à dépenser sur cinq années pour plus de 370 000 € de filtres. Au cours de l'année 2011, le centre hospitalier constate en outre que son réseau d'eau chaude sanitaire en cuivre est affecté par des dizaines de fuites. En 2012, l'établissement doit aussi faire face au gel de canalisations d'eaux usées. La commission de sécurité incendie est également conduite en 2013 à émettre un avis défavorable sur la sécurité du CHHB. Il apparaît, entre autres, que les gaines de désenfumage, situées 20 cm au-dessus du faux plafond, ne peuvent aspirer aucune fumée en cas d'incendie.

¹⁵ Baux emphytéotiques administratifs.

¹⁶ Baux emphytéotiques hospitaliers.

L'établissement apparaît avoir tardivement réagi à la situation constatée puisqu'il ne s'est décidé qu'en 2013 à lancer une action en expertise sur les dysfonctionnements constatés, démarche qui a abouti au constat d'huissier de nombreuses malfaçons.

Dans le cadre de la garantie décennale, l'établissement a mené une négociation avec l'assurance du groupement d'entreprises qui a construit l'hôpital. Deux protocoles d'accord portant sur les traces de légionnelles et les fuites dans le réseau d'eau chaude sanitaire ont abouti aux versements en 2015 d'indemnités au CHHB pour un total de 644 458 € prenant en compte les travaux correctifs engagés par l'établissement et ceux restant à réaliser concernant. Les sérieuses anomalies constatées par ailleurs, notamment en matière d'étanchéité et de sécurité incendie faisaient l'objet d'une procédure de référé expertise à l'achèvement de l'instruction de la chambre. La procédure de référé porte sur 12 désordres parmi lesquels figurent aussi les défauts des menuiseries extérieures, des canalisations d'eau sanitaires encastrées, de revêtement de sols, des joints de dilatations et du système de verrouillage des issues de secours.

La nouvelle direction du CHHB a par ailleurs précisé dans sa réponse avoir demandé une expertise judiciaire en 2016.

2 LA GOUVERNANCE

2.1 La gouvernance externe

2.1.1 Les coopérations

2.1.1.1 Les coopérations inter-établissements

- ♦ Avec le CH de Saint-Claude

Le rapprochement avec le CH de Saint-Claude, géographiquement très proche du CHHB mais dépendant d'une autre tutelle administrative régionale a constitué une piste d'abord privilégiée avant un rapprochement avec le CH de Bourg-en-Bresse. Le recours à une cuisine commune, la fusion des maternités ont ainsi constitué autant de projets envisagés. En 2003, les conseils d'administration des deux établissements délibéraient en faveur d'une direction commune. La démarche de rapprochement envisagée ne s'est toutefois pas concrétisée, les CH de Saint-Claude et le CHHB se rapprochant ensuite respectivement du CH de Lons-Le-Saunier (en direction commune depuis 2012 avec celui de Saint-Claude) et du CH de Bourg-en-Bresse. Dans ce contexte, les relations entre le CHHB et le CH de Saint-Claude sont restées limitées¹⁷ et n'ont pas débouché sur un partenariat formalisé.

- ♦ Avec le CH de Bourg-en-Bresse

Après la tentative infructueuse de rapprochement avec le CH de Saint-Claude, des coopérations entre le CHHB et le centre hospitalier de Bourg-Bresse se sont nouées progressivement, non sans contretemps à l'instar de la mise en place de chimiothérapies en site associé. Le partenariat avec ce CH de Bourg-en-Bresse s'est notamment traduit par la signature de conventions en 2008 en matière de soins intensifs neuro-vasculaires puis en 2011 dans les domaines de l'endocrinologie et de la réanimation, avant la signature de nouvelles conventions en 2014 portant sur la prise en charge des AVC par télémedecine, la

¹⁷ Un pédiatre du CHHB vient effectuer des consultations au CH de Saint-Claude. Un rhumatologue de Saint-Claude procède à des consultations au CHHB.

coronographie et la chimiothérapie. Cette dernière convention, qui avait été envisagée depuis plusieurs années¹⁸, n'a donné lieu qu'à une première chimiothérapie en site associé le 3 février 2016.

Une première mouture du projet médical du CHHB envisagée pour la période 2012-2016, adressée à la tutelle en août 2012 a été « ajournée » en juin 2013 par celle-ci, la raison invoquée étant l'insuffisante prise en compte des orientations régionales du SROS-PRS publiées en novembre 2012, notamment des coopérations hospitalières. Ce projet médical ne portait alors pas d'ambition nouvelle en termes de coopération avec le CH de Bourg-Bresse. Le projet médical 2014-2018 modifié en conséquence intègre des objectifs nouveaux en matière de partenariat, parmi lesquels le partage de la ressource en personnel médical (anesthésie), la mutualisation de la permanence des soins ou des fonctions médicotechniques (regroupement de certains examens biologiques, mutualisation des achats de la pharmacie...). Ces objectifs de développement partenarial restent encore à mettre en œuvre.

Le CHHB n'a adhéré que le 4 décembre 2014 à la convention constitutive de communauté hospitalière de territoire du 5 septembre 2013 qui réunissait à l'origine les CH de Bourg-en-Bresse, d'Hauteville, de Pont-de-Vaux et l'EHPAD de Cerdon.

Le partenariat qui s'est mis en place avec le CH de Bourg-Bresse présente un caractère encore peu abouti en termes de complémentarité de l'offre de soins, de partage d'activités et de mutualisation de la ressource médicale.

Dans ce contexte, la mise en place au niveau national des GHT¹⁹ offre l'opportunité d'une impulsion nouvelle au partenariat entre les deux établissements dans le cadre d'un projet médical partagé après la reprise active de leurs échanges constatée en 2014. Une convention de GHT regroupant les établissements publics de santé du Haut-Bugey, de Bourg-en-Bresse²⁰, de Pont-de-Vaux, de Meximieux, d'Hauteville, du centre hospitalier intercommunal Val-de-Saône, ainsi que les EHPAD de Cerdon, Montrevel et Coligny, a été signée en juin 2016. Un projet médical partagé doit être arrêté, comme le prévoit la réglementation, le 1^{er} juillet 2017.

♦ Les autres partenariats

Des partenariats avec d'autres établissements ont été noués : le CHHB est lié par convention avec le centre de soins de suite et de réadaptation Orcet-Mangini situé à Hauteville-Lompnes, pour la réalisation d'examens d'imagerie.

Le CHHB a signé une dizaine de conventions avec des EHPAD situés sur sa zone de soins afin de mieux organiser la filière gériatrique dès lors que certains des patients de ces établissements nécessitent un recours à l'hôpital.

2.1.1.2 La coopération avec la médecine libérale

Le CHHB a tissé des liens avec les médecins libéraux de son environnement. Entre 2009 et 2014, entre 4 à 8 médecins libéraux sont intervenus chaque année dans les locaux de l'hôpital pour assurer une activité de service public de consultations ou opératoire, ce qui lui permet de compléter et diversifier son offre de soins.

¹⁸ Elle était ainsi évoquée dans le plan de redressement 2011 de la situation financière.

¹⁹ Groupements hospitaliers de territoire. Le GHT porte obligation de se doter d'un projet médical partagé et d'un comité stratégique associant les directeurs et présidents de CME des hôpitaux qui en font partie. Il peut prévoir des transferts d'activité, d'équipements entre les hôpitaux membres, des équipes médicales communes et des pôles inter-établissements. L'établissement support se voit confier par la loi la responsabilité du pilotage du système d'information, de l'information médicale et des achats.

²⁰ Qui est l'établissement support de la GHT.

Par ailleurs le CHHB s'est associé à des médecins libéraux pour la création du groupement d'intérêt économique (GIE) d'imagerie médicale du Haut-Bugey. Ce GIE a été constitué le 22 décembre 2006. Les partenaires exploitent dans ce cadre un scanner, puis depuis décembre 2014, une IRM située au sein du CHHB.

2.1.2 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

Deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM), signés entre l'établissement et la tutelle sont intervenus pendant la période sous revue.

Le premier (signé avec l'agence régionale d'hospitalisation - ARH) a couvert la période 2007-2011 avant d'être prorogé dans l'attente des orientations du SROS-PRS, le second (signé avec l'agence régionale de santé - ARS) la période 2013 -2018.

Le premier CPOM comportait en particulier des objectifs d'amélioration de la filière de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (AVC), d'organisation de la filière gériatrique et de développement de la chirurgie ambulatoire. L'établissement a signé en 2008 avec le CH de Bourg-en-Bresse la convention précitée de prise en charge des AVC, avait ouvert en 2007 d'un hôpital de jour dans le nouveau bâtiment, a mis en place en 2011 une consultation mémoire. Une unité d'hospitalisation du court séjour gériatrique a ensuite été ouverte début 2013.

Outre des objectifs tels que la poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire, le positionnement de l'établissement comme établissement de référence de la filière gériatrique et l'engagement dans le plan hôpital numérique 2012, le deuxième CPOM fixait pour objectif stratégique le développement de la coopération avec le CH de Bourg-en-Bresse, ce qui passait notamment par la mise en place de la CHT et d'un plan de redressement pluriannuel de ses finances tenant compte des coopérations avec le CH de Bourg-en-Bresse qui serait approuvé par la tutelle. Après avoir participé au plan hôpital 2012 (dossier médical informatisé), l'établissement a atteint les prérequis nécessaires à son engagement dans le plan hôpital numérique. Les réserves précédemment formulées par la haute autorité de santé ont été levées comme le demandait le CPOM. Des plans de redressements ont été établis par l'établissement pendant la période sous revue (§ 5.2.4) mais il n'a pas été mis en œuvre de plan de redressement approuvé par l'ARS comme l'envisageait le CPOM.

2.2 La gouvernance interne

2.2.1 La direction de l'établissement

Huit directeurs se sont succédé entre 2009 et 2016. Une certaine instabilité « managériale » ne peut être que relevée au sein du CHHB.

2.2.2 La gouvernance en pôles

Après avoir privilégié une organisation autour de cinq pôles médicaux, le CHHB a revu son organisation en pôles en 2011 en s'appuyant sur trois pôles à caractère médical (gériatrie, MCO et urgences, activités transversales et supports) avec un quatrième pôle intitulé « management » qui regroupait les fonctions de direction et d'administration générale, dans le cadre d'une approche qui a semblé privilégié la recherche d'une taille critique.

Estimant que l'organisation de 2011 constituait un frein à l'évolution de l'organisation (virage de l'ambulatoire, fluidité des parcours), le CHHB est revenu à cinq pôles médicaux (pôle urgences et court séjour, pôle femme-enfant, pôle médecine-chirurgie-moyen séjour, pôle

médicotechnique, pôle hébergement²¹), auquel s'adjoit le pôle management évoqué.

Malgré les dispositions réglementaires prises en déclinaison de la loi du 9 juillet 2009, l'établissement n'a impulsé, qu'en fin de période sous revue une culture de gestion en définissant des contrats de pôle comportant des délégations de gestion et des indicateurs. Ceux-ci ont été signés le 3 décembre 2015 pour une mise en place de la nouvelle organisation au 1^{er} janvier 2016. Les formations à destination de l'encadrement des pôles se sont déroulées début 2016.

2.2.3 Le projet médical et le projet d'établissement

Le projet médical 2014-2018, appelé à devenir un projet médical partagé dans le cadre des GHT, s'articule autour de quatre axes directeurs :

- ♦ Renforcer les collaborations, particulièrement avec la communauté hospitalière de territoire (CHT) Bresse Haut-Bugey ;
- ♦ Consolider et développer les activités de proximité ;
- ♦ Mettre en place de nouvelles activités ;
- ♦ Améliorer l'organisation médicale et la communication du CHHB.

Les nouveaux partenariats avec le CH de Bourg-en-Bresse restent à développer même si de nouvelles conventions de coopération ont été signées en 2014. En ce qui concerne la filière gériatrique, la réhabilitation des sites de Nantua est en cours (§1.4.1), celle d'Oyonnax restant à effectuer. La mise en place d'une IRM a été effectuée fin 2014. En termes d'organisation médicale, l'établissement a effectué un travail de rationalisation de l'utilisation de ses blocs opératoires (§ 3.6).

A l'issue du remplacement évoqué plus haut du projet médical 2012-2016 par un projet médical 2014-2018, le dernier projet d'établissement en cours au CHHB qui porte sur la période 2012-2016, n'a pas été révisé et prolongé en conséquence.

2.2.4 Les outils de pilotage

2.2.4.1 *Le contrôle de gestion*

L'établissement n'a mis en place un contrôleur de gestion qu'au premier trimestre 2013, alors que sa situation financière difficile plaide en faveur d'une mise en place plus précoce. La direction et les responsables de services ou d'unités fonctionnelles sont destinataires mensuellement de tableaux de bords relatifs à l'activité (entrées, journées, actes...) et aux performances de l'établissement (DMS, taux d'occupation...).

2.2.4.2 *La comptabilité analytique*

L'établissement effectue un suivi des dépenses par unité fonctionnelle, en l'absence de mise en place de comptes de résultat analytiques (CREA) par pôle. La récente redéfinition des pôles qui s'est accompagnée de la mise en place de contrats de pôles devrait constituer l'occasion pour l'établissement de mettre en place des CREA.

2.2.4.3 *le PMSI et le codage*

S'appuyant sur un département d'information médicale (DIM) constitué d'un médecin et de deux techniciens de l'information médicale (TIM) à temps plein, l'établissement n'apparaît pas

²¹ Qui recouvre la gériatrie constituée des deux EHPAD et du SSIAD.

avoir rencontré de difficultés de codage de son activité. L'organisation du codage dans l'établissement est formalisée par un logigramme. Le codage des actes est décentralisé dans les services du CHHB à l'exception des anesthésies et diagnostics. Celui des séjours est en revanche centralisé. Le DIM effectue des contrôles de cohérence et de vraisemblance (entre les séjours, actes, dates, modalités d'entrées et de sorties...) qui l'amène à retourner, le cas échéant, au dossier médical pour vérification. L'établissement utilise le logiciel DATIM (détection des atypies de l'information médicale). Il indique récupérer environ 400 k€ euros par an en corrigeant les erreurs de codage effectués par les services.

La procédure « lamda » permet aux établissements, sur autorisation de l'ARS, d'adresser à l'assurance maladie des séjours qui n'auraient pas été codés ou l'auraient été incorrectement, jusqu'à deux ans après l'année de réalisation et de solliciter un remboursement à l'assurance maladie. Les montants perçus dans le cadre de cette procédure sont marginaux pour le CHHB.

3 ANALYSE DE L'ACTIVITE ET ANALYSE MEDICO-ECONOMIQUE

Le CHHB est un établissement de premier recours polyvalent qui propose les services et spécialités suivantes :

- ♦ gériatrie, court et long séjour, soins de longue durée ;
- ♦ soins de suite et réadaptation ;
- ♦ urgences ;
- ♦ unité de soins continus ;
- ♦ médecine polyvalente ou générale ;
- ♦ maternité - gynécologie, pédiatrie ;
- ♦ chirurgie ambulatoire ou en hospitalisation : orthopédique, générale et digestive, ORL, vasculaire, urologique ;
- ♦ laboratoire et radiologie (dont scanner et IRM) ;
- ♦ des consultations liées aux disciplines de chirurgie précédemment énumérées ainsi et les disciplines suivantes : dentaires, ophtalmologie, endocrinologie, neurologie, néphrologie...

Il couvre un panel d'activités qui s'est élargi en termes de consultations : ouverture d'une consultation d'urologie en 2009, d'endocrinologie en 2011, de néphrologie en 2010, d'ORL en 2012, de consultations mémoire en 2013, de rhumatologie en 2015. Cet élargissement se poursuit avec l'arrivée d'un nouvel ophtalmologue en 2016. Une unité mobile de soins palliatifs a été créée en 2013. La chirurgie de la cataracte en ambulatoire et la chirurgie urologique se sont développées sur la période.

3.1 L'activité en médecine chirurgie obstétrique

3.1.1 L'évolution

Le projet médical 2014-2018 de l'établissement rappelle qu'à l'issue de la construction du nouvel hôpital en 2007 la prévision d'augmentation de l'activité était de 5 % par an. Cependant, le nombre de séjours n'a augmenté que de 7,3 % entre 2009 et 2014, soit près de 1,5 % par an. Cette augmentation de l'activité doit au surplus être regardée avec prudence dans la mesure où elle n'est pas linéaire : augmentation sensible entre 2009 et 2010, puis diminution de même proportion entre 2010 et 2011, rebond sur l'année 2014. Autrement dit, sur la période, un plateau a été atteint en 2010 et 2014. L'activité de l'établissement est conditionnée par sa relative fragilité en termes d'attractivité du personnel médical, si l'on considère que le seul départ de deux gastro-entérologues en 2011 a contribué à faire diminuer celle-ci.

L'évolution de l'activité de l'établissement pendant la période 2009-2014 est différenciée selon les secteurs d'activité. La médecine et la chirurgie voient leur nombre de séjours progresser de respectivement 8,8 % et 13,29 % entre 2009 et 2014, mais l'activité obstétrique recule significativement de 13,07 %, la diminution étant constante depuis 2010.

La perte d'activité de la maternité occasionne une perte de recettes qui peut être estimée à plus de 200 k€²² pour l'établissement sur la période 2009-2014 (101 accouchements perdus).

Tableau 5 : Activité en séjours par catégorie MCO

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 - 2014
Nombre de RSA de médecine (HC)	4 443	4 758	4 656	4 586	4 884	4944	11,28 %
Nombre de RSA médecine (ambulatoire)	1 286	1 273	1 304	1 309	1 097	1289	0,23 %
Total séjours médecine	5 729	6 031	5 960	5 895	5 981	6233	8,80 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1 493	1 434	1 437	1 467	1 536	1600	7,17 %
Nombre de RSA chirurgie (ambulatoire)	1 194	1 286	1 232	1 233	1 295	1444	20,94 %
Total séjours chirurgie	2 687	2 720	2 669	2 700	2 831	3044	13,29 %
Nombre de RSA en obstétrique (HC)	942	989	850	879	808	794	- 15,71 %
Nombre de RSA obstétrique (ambulatoire)	267	274	212	254	259	257	- 3,75 %
Total des séjours obstétrique	1 209	1 263	1 062	1 133	1 067	1051	- 13,07%
Total des séjours MCO :	9 625	10 014	9 691	9 728	9 879	10 328	7,30 %

Source : hospidiag.

Le nombre d'accouchements a baissé de 13,5 % entre 2009 et 2014, de 747 accouchements à 646 accouchements. Selon les dernières données disponibles, la tendance se poursuit en 2015, avec 637 accouchements²³, soit 9 accouchements de moins qu'en 2014.

Tableau 6 : Nombre d'accouchements

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 - 2014
Accouchements	747	780	687	706	651	646	- 13,5 %

Source : hospidiag.

L'activité ambulatoire connaît également un fort rebond en 2014 qui permet finalement d'afficher une augmentation de 8,85 % de l'activité MCO sur la période, dont 20,94 % relève de la chirurgie. Le taux de chirurgie ambulatoire s'établit à 47,44 % en 2014.

²² Estimation effectuée sur la base du tarif 2015 du GHS « *accouchement par voie basse chez une primipare sans complications* », considéré par hypothèse comme le tarif moyen minimum perçu par l'établissement pour un séjour en maternité, soit 2043 euros multiplié par le nombre d'accouchements perdus (101).

²³ Donnée hospidiag 2015.

Tableau 7 : Activité MCO selon le mode de séjour

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 - 2014
Nombre de RSA de médecine (HC)	4 443	4 758	4 656	4 586	4 884	4 944	11,28 %
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	1 493	1 434	1 437	1 467	1 536	1 600	7,17 %
Nombre de RSA en obstétrique (HC)	942	989	850	879	808	794	- 15,71 %
Total séjours HC :	6 878	7 181	6 943	6 932	7 228	7 338	6,69 %
Nombre de RSA médecine (ambulatoire)	1 286	1 273	1 304	1 309	1 097	1 289	0,23 %
Nombre de RSA chirurgie (ambulatoire)	1 194	1 286	1 232	1 233	1 295	1 444	20,94 %
Nombre de RSA obstétrique (ambulatoire)	267	274	212	254	259	257	- 3,75 %
Total séjours ambulatoire :	2 747	2 833	2 748	2 796	2 651	2 990	8,85 %
Total séjours	9 625	10 014	9 691	9 728	9 879	10 328	7,30 %

Source : hospidiag.

3.1.2 Les indicateurs de performance

Le service de médecine comprend 76 lits en hospitalisation complète (HC), nombre inchangé sur la période contrôlée. La durée moyenne de séjour (DMS) et le taux d'occupation du CHHB n'apparaissent pas problématiques. Le taux d'occupation des lits en médecine (hors ambulatoire) évolue de 79,9 % en 2009 à 84,1 % en 2014, alors que la DMS s'établit à un indice de productivité (IP DMS²⁴) de 0,981 en 2014. Le service de médecine apparaît avoir mieux utilisé ses lits grâce à sa hausse d'activité, sans dégrader sa DMS.

Le service de chirurgie compte 26 lits en hospitalisation complète, à capacité inchangée entre 2009 à 2014. Bien que l'activité de chirurgie en hospitalisation complète s'inscrive en hausse de 7,17 % entre 2009 et 2014, le taux d'occupation de ce service n'est que de 67,5 % en 2014. Une précision doit être apportée sur le taux d'occupation de 80,4 % officiellement affiché en 2009 qui apparaît devoir être corrigé. Selon l'établissement, ce taux a été calculé par celui-ci en tenant compte de la fermeture de 11 lits en fin de semaine, alors que la méthode de recueil statistique en vigueur requiert de prendre en compte une ouverture théorique des lits de chirurgie sur 365 jours. L'IP-DMS ne soulève pas de difficulté : il est de 0,909 en 2014.

Tableau 8 : Indicateurs de performance MCO

	Taux d'occupation		IP- DMS	
	2009	2014	2009	2014
Médecine	79,9 %	84,1 %	0,986	0,981
Chirurgie	80,4 %	67,5 %	0,879	0,909
Obstétrique	55 %	42,2 %	0,956	0,927

Source : hospidiag.

Le service de gynécologie-obstétrique comporte 21 lits en hospitalisation complète, sans changement sur la période. Le taux d'occupation des lits (en hospitalisation complète) est très faible et en diminution, de 55 % en 2009 à 42,2 % en 2014, en dépit d'une bonne implantation sur la zone de recrutement du CHHB.

²⁴ L'indice de productivité de la durée moyenne de séjour (IP-DMS) compare la DMS des séjours de l'établissement à celle standardisée de son case mix, auquel on applique les DMS nationales de référence de chaque GHM correspondants. Il synthétise ainsi la sur ou sous-performance de l'organisation médicale, mesurée à partir de la DMS de l'établissement, par rapport à la moyenne nationale représentée par le chiffre 1. Un indicateur inférieur à 1 signifie donc que l'établissement à une DMS inférieure à la moyenne nationale pour un case mix identique.

La maternité du CHHB a été conçue à l'origine pour accueillir 1 000 accouchements par an dans le projet de reconstruction. Le dimensionnement du CHHB, ce que rappelle son projet médical, anticipait la fermeture de l'hôpital voisin de Saint-Claude (350 accouchements). Selon certains anciens ordonnateurs, depuis la fusion mal vécue des hôpitaux de Nantua et d'Oyonnax, des médecins libéraux de Nantua ont préféré adresser leur patientèle au CH Bourg-en-Bresse. D'après l'établissement par ailleurs, la mise en place d'un hôpital neuf n'a pas débouché comme attendu sur la captation de la patientèle du Pays de Bellegarde qui fréquentait le site de Nantua, dans la mesure où celle-ci est tournée prioritairement vers le pays de Gex. L'établissement a considéré qu'un dimensionnement à 15 lits au lieu des 21 actuellement serait plus approprié. Ce nouveau format pourrait être source d'économies.

3.2 Les urgences

Le nombre de passages aux urgences est de l'ordre de 20 000 par an. La faiblesse de l'offre médicale libérale pèse sur les urgences de l'établissement.

Le nombre de passages suivis d'hospitalisations augmente de 19,1 % sur la période alors que celui non suivis d'hospitalisation et facturés en « accueil et traitement des urgences » (ATU) est quasi stable. Le taux d'hospitalisation en provenance des urgences situe quasiment le CHHB parmi les 20 % plus fort taux de sa typologie (hospidiag).

Tableau 9 : Passages aux urgences

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Urgences non suivies d'hospitalisation	15 748	15 529	15 672	14 829	15 322	15 818
Passages suivis d'hospitalisation	4 168	4 507	4 496	4 592	4 886	4 966
Total passages aux urgences	19 916	20 036	20 168	19 421	20 208	20 784
% d'entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences (A12 – hospidiag)	ND	ND	58,2 %	59,5 %	60,6 %	61,1 %

Source : CHHB et hospidiag. ND : non déterminé.

Il en résulte que la filière d'accès par les urgences pèse sur la planification de l'activité programmée des services. Comme l'a indiqué l'établissement, « *la pression permanente aux urgences pousse les services à admettre des patients pour éviter l'engorgement ce qui réduit considérablement les capacités, notamment en médecine et court séjour gériatrique* ».

L'établissement peut s'appuyer sur la maison médicale de garde attenante à l'hôpital et au service des urgences, qui participe à l'accueil des patients à ses heures d'ouverture (jusqu'à minuit). La mise en place d'une infirmière d'orientation afin de mieux gérer le flux des urgences a été envisagée par l'établissement mais ne s'est pas concrétisée en l'absence de financement dédié.

La mise en place d'avis pédiatriques aux urgences a manifestement peiné à se mettre en place pendant la période sous revue, mais l'établissement a indiqué qu'elle tendait à se généraliser.

3.3 Le moyen séjour

Si le taux d'occupation de l'activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) peut être considéré comme satisfaisant, la difficulté principale est de trouver des lits d'aval en long séjour. Il est difficile de trouver une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ou en unité de soins longue durée (USLD), du fait de leur taux d'occupation élevée. Au surplus, l'absence de structure d'hospitalisation à domicile (HAD) du fait de la défaillance d'un groupement de coopération sanitaire (§ 4.4.3.1) n'est pas de nature à favoriser le retour à domicile. L'établissement a précisé dans sa réponse qu'il souhaitait récupérer l'autorisation d'HAD sur son territoire, ce qui fait l'objet de discussions avec l'ARS et la clinique d'Ambérieu qui exerce une activité d'HAD. Par ailleurs, l'établissement n'a pu augmenter comme prévu à son projet médical, par défaut de financement, le nombre de places du service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) de 5 lits. Dans ces conditions, le service de SSR est conduit à garder les patients et à se transformer lui-même partiellement en long séjour, alors que ce n'est pas sa vocation.

Tableau 10 : Taux d'occupation du SSR

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre de lits	30	30	30	30	30	30
Nombre d'entrées	362	354	352	339	412	362
Taux d'occupation	92,58 %	94,03 %	87,79 %	93,65 %	95,34 %	96,24 %

Source : CHHB.

3.4 Le long séjour et l'hébergement

L'activité de long séjour et d'hébergement correspond à une USLD et à un EHPAD répartis sur les sites d'Oyonnax et de Nantua.

Tableau 11 : Taux d'occupation des EHPAD

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Nombre total de lits EHPAD	255	255	255	255	255	255
Taux d'occupation EHPAD	96,63 %	98,19 %	97,89 %	97,29 %	98,37 %	98,32 %
Nombre total de lits USLD	35	35	35	35	35	35
Taux d'occupation USLD	99,44 %	98,44 %	96,90 %	96,79 %	99,36 %	98,12 %

Source : CHHB.

Les taux d'occupation sont élevés, mais ce constat recouvre une situation plus tendue sur le site de Nantua qui peine à répondre à la demande.

3.5 Les consultations et autres actes externes

Les consultations et autres actes (analyses de biologie réalisées pour des patients consultants externes par exemple) réalisés sur des patients externes sont en forte augmentation sur la période. En termes de recettes, cette augmentation d'activité représente + 300 000 € entre 2009 et 2014.

Tableau 12 : Nombre d'actes externes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution
Total consultations et autres actes externes	50 805	54 032	56 455	59 020	62 075	67 406	+ 16 601

Source : CHHB.

3.6 Le fonctionnement du bloc chirurgical

Le nombre total de salles d'intervention du bloc est de 5 : 3 salles classiques, 1 salle d'endoscopie sous anesthésie générale, 1 salle d'urgences et de petites interventions obstétricales.

D'après les données issues d'un rapport de « benchmark » de l'ARS qui retient pour une vision comparative les salles chirurgicales classiques, les indicateurs de fonctionnement du bloc chirurgical présentent une amélioration au cours de la période sous revue de l'utilisation des salles chirurgicales. L'activité générale de chirurgie (hospitalisation complète), en hausse de 7 % (en nombre de séjours), sur la période 2009-2014 contribue à ce constat. Par ailleurs, un travail d'ajustement des plages d'intervention au regard de la demande des chirurgiens a été effectué par l'établissement pour aboutir à une meilleure utilisation du temps de bloc, grâce à un meilleur enchaînement des interventions en réduisant les démarrages tardifs et le temps « perdu » entre les interventions.

Tableau 13 : Indicateurs de gestion des blocs (salles classiques)

	Mars 2010	Mars 2015
Taux de démarrages tardifs	6 %	3 %
Taux de fin précoce	18 %	13 %
Taux de temps de vacation inutilisé	39 %	31,6 %
Taux de temps inter-interventions	12 %	5 %
Taux d'occupation	62,6 %	68,3 %
Taux d'ouverture	56,3 %	59,2 %
ICR par heure de temps opératoire	101	189

Source : benchmark ARS.

Le faible taux d'occupation des salles classiques traduit une surcapacité de l'établissement pendant la période sous revue. Selon les données de ce benchmark. Le taux d'occupation des salles chirurgicales du CHHB se situe dans la moyenne basse en comparaison des autres établissements de la région : la majeure partie des établissements régionaux présente un taux d'occupation compris entre 70 % et 90 %.

Le taux d'ouverture, qui est de 59,2 % en 2015, est également faible. L'établissement n'ouvre ces salles qu'en moyenne environ 7h30 par jour (8h – 15h30) et n'ouvre pas le samedi matin.

En comparaison, le temps conventionnel d'ouverture retenu par l'agence nationale de la performance (ANAP) est de 10 heures par jour + 4 heure le samedi matin.

L'établissement conserve donc des marges d'amélioration pour optimiser son temps de bloc opératoire, sans l'élargir à ce stade. Le CHHB a indiqué à cet égard que la situation de saturation des blocs du CH de Bourg-en-Bresse pourrait permettre de transférer des interventions sur les blocs du CHHB, notamment en urologie et chirurgie gynécologique.

3.7 Le service d'imagerie

Le scanner et l'IRM sont exploités dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique (GIE) associant le CHHB avec des radiologues libéraux, la SCM IRM et scanner de l'Ain. Pour l'investissement nécessaire à l'accueil de l'IRM (1,4 M€), les travaux de construction et d'aménagement ont été financés par un apport du CHHB constitué par une subvention de 1 M€ de la communauté de communes du Haut-Bugey complété par un emprunt du GIE d'un montant de 400 000 €. Cet emprunt, charges financières et amortissement, est réparti entre

les membres au prorata du temps d'utilisation de chacun, soit 20 % pour l'hôpital et 80 % pour la société des médecins libéraux.

La répartition du temps d'exploitation s'effectue en fonction des moyens médicaux de chacun des membres du GIE et de l'activité prévisionnelle. La répartition des plages d'examens entre les deux partenaires prévue au règlement intérieur est la suivante depuis 2015 :

Tableau 14 : Organisation des plages GIE

	Temps total hebdomadaire d'exploitation	CHHB	Libéraux
Scanner	37h30	64 %	36 %
IRM	60h	20 %	80 %

Source : règlement intérieur GIE.

La productivité horaire du scanner n'est pas problématique puisque, selon les données du 1^{er} semestre 2015, ce sont environ 5,7 examens qui ont été réalisés par heure, ce qui le situe dans la partie haute de la fourchette constatée pour ce type d'équipements²⁵. Toutefois, le temps d'exploitation de cet équipement (37 h 30, ouvert du lundi au vendredi de 8 à 15 heures 30) est assez faible par rapport aux durées d'exploitation habituellement constatées sur ce type d'équipement (environ 50 heures par semaine).

Le temps d'exploitation de l'IRM est en revanche plus élevé et dans la norme : 60 heures par semaine. Pour l'IRM, la répartition des examens sur le 1^{er} semestre 2015 est de 74,5 % d'activité externe publique, 22,8 % d'activité libérale et 2,7 % pour les patients hospitalisés. Les taux importants d'activité externe publique et libérale devraient constituer une source de recettes pour le CHHB.

3.8 Le laboratoire d'analyses biologiques

L'activité du laboratoire a été, en 2014, de 286 600 actes et 5,87M de lettres clés B.

La productivité de 36 283 examens de biologie par technicien de laboratoire place le CHHB dans la moyenne des établissements de même catégorie et dans le dernier décile des plus productifs de sa typologie²⁶.

Le laboratoire du CHHB présente toutefois un coût à l'unité qui traduit le surdimensionnement de l'établissement. En prenant en compte les dépenses utilisées dans le retraitement comptable 2014 fourni par l'hôpital (dépenses de personnel médical et non médical, fournitures et consommables, maintenance, amortissements), le coût moyen de production du B peut être établi à 0,28 euros. Ce montant peut être rapproché avec la structure des coûts des unités d'œuvre retenues dans l'échelle nationale des coûts²⁷ pour la construction des tarifs, qui est de 0,20 euros par B pour les laboratoires généraux.

Les gains à tirer d'une externalisation de la biologie de Bourg-en-Bresse apparaissent en première analyse susceptibles d'être limités par le poids des examens dits d'urgence mis en évidence par l'établissement (environ 67 % des actes du laboratoire du CHHB) et par la nécessité de maintenir du personnel d'astreinte sur place au-delà des surcoûts logistiques. Cette estimation du poids des actes réalisés en urgence a été effectuée en 2014 par le contrôleur de gestion de l'établissement, sous contrôle du chef de laboratoire, selon la typologie SFBC (Société Française de Biologie Clinique).

²⁵ D'après une étude de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier de 2009, citée dans le rapport annuel 2010 de la Cour des Comptes sur l'application de la LFSS, les établissements français réalisent de 1,7 à 8,1 examens scanner par heure.

²⁶ Source : hospidiag.

²⁷ Dernières données connues : échelle nationale des coûts 2013, source ATIH scan santé.

3.9 L'approche par activité des résultats

Les données issues de la comptabilité analytique constituent les seuls éléments permettant d'évaluer la contribution des différentes activités hospitalière à l'évolution du résultat net global. Elles ne peuvent être en conséquence ignorées.

Le résultat analytique par secteur d'activité est calculé par l'établissement sur la base du retraitement comptable, en l'absence notable de CREA. L'approche de l'établissement mériterait d'être précisée en dissociant urgences et consultations externes. Les urgences avec les consultations externes, la gynécologie-obstétrique mais aussi, à moindre niveau la chirurgie et l'activité pédiatrique, enregistrent des résultats négatifs. Ces déficits ne sont que très partiellement compensés par le solde excédentaire de la médecine.

Tableau 15 : Résultats 2014 par secteur MCO et SSR

	Résultat en valeur absolue
Consultations externes et urgences	- 2,1 M€
Gynéco-obstétrique	- 1,36 M€
Pédiatrie	- 0,8 M€
Chirurgie	- 0,62M€
Hôpital de jour	- 0,32 M€
Unité de soins continus	- 0,24 M€
SSR	- 0,03 M€
UHCD	0,24 M€
Médecine	2 M€
Résultat H :	- 3,2 M€

Source : CHHB à partir du retraitement comptable 2014. Le % sur les recettes est calculé sur les recettes directes de tarifications des séjours et actes externes MCO, de la DAF SSR et des forfaits urgences, hors aides exceptionnelles de la tutelle.

Les résultats présentés doivent s'apprécier avec prudence. Les urgences apparaissent par exemple déficitaires mais, outre l'offre de soins de service public qu'elles proposent, alimentent les différentes filières de soins de l'établissement.

4 LA FIABILITE DES COMPTES

4.1 Les immobilisations

4.1.1 Le suivi des immobilisations

L'inventaire physique du matériel informatique, qui a été étiqueté, est à jour. Celui du mobilier et équipements biomédicaux, ainsi que des installations techniques était en cours à l'achèvement du contrôle de la chambre et s'appuie sur la mise en service d'un logiciel de GMAO déployé dans les unités de l'établissement depuis juin 2016.

4.1.2 L'intégration des immobilisations en cours

Le solde du compte 23 « *immobilisations en cours* » comportait fin 2014 les travaux de réhabilitation de la cuisine de l'EHPAD de Nantua qui ont été réalisés pour près de 500 k€. Dès lors qu'ils sont achevés, ces travaux doivent être basculés par l'établissement en immobilisations définitives sur le compte 21. A cela s'ajoutaient les études et dépenses de maîtrise d'œuvre réalisés entre 2008 et 2012 pour un montant de 1,2 M€, auxquels il n'a pas

été donné suite dans le cadre du projet de restructuration en maîtrise d'ouvrage classique de l'EHPAD de Nantua. Ces études n'auraient pas dû être imputées sur le compte 23, un transfert sur ce compte ne devant être effectué qu'en cas de commencement des travaux. En cas de non commencement des travaux, les études doivent être amorties au compte 2031 dédié aux frais d'études.

L'établissement avait indiqué lors de l'instruction qu'une partie des études était susceptible d'être rachetée par l'opérateur dans le cadre du montage en cours sous forme d'AOT portant sur la réhabilitation de l'EHPAD de Nantua. Dans sa réponse, il confirme que la SEMCODA lui a versé, en 2016, 770 079,97 € correspondant aux études du maître d'œuvre et du programmiste, ce qui devrait conduire à l'apurement du compte 23 à hauteur de ce montant. Le CHHB précise par ailleurs, comme la chambre l'y invitait, que le reliquat d'étude qui avait été porté au compte 23 (soit les études antérieures à 2010 selon l'établissement), sera viré au compte 2031 et amorti ensuite.

4.1.3 Le calcul des amortissements

L'établissement procède à des amortissements linéaires en respectant les durées recommandées par la nomenclature comptable M21. Avec une durée d'amortissement de 30 années, il se situe toutefois dans la limite haute en ce qui concerne les bâtiments, ce qui lui permet de limiter l'impact des amortissements sur ses résultats nets dans un contexte financier difficile.

4.2 Les remboursements de frais au budget principal par les budgets annexes

Les remboursements de frais du budget de l'EHPAD diminuent de 2,59 M€ à 2,19 M€ entre 2012 et 2013. Les dépenses de personnels relatives à la cuisine relais de l'EHPAD ont été jusqu'en 2012 comptabilisées par le budget principal puis remboursées par le budget de l'EHPAD. A compter de 2013, l'établissement enregistre ces dépenses directement sur le budget de l'EHPAD, ce qui est plus transparent.

Les autres frais refacturés par le budget principal aux budgets annexes portent essentiellement sur les prestations de la cuisine centrale de l'établissement et la fourniture de médicaments et autres produits pharmaceutiques par la pharmacie.

Tableau 16 : Flux des budgets annexes vers le budget principal

Compte	2009	2010	2011	2012	2013	2014
7087 remboursements de frais par les CRPA	2 657 915	2 632 894	2 738 576	2 588 022	2 187 697	2 205 808

Source : comptes financiers.

4.3 Le principe d'indépendance des exercices

4.3.1 Le rattachement des charges à payer

Les faibles taux de rattachement des charges à l'exercice constatés jusqu'en 2012 s'expliquent par l'utilisation de la journée complémentaire. L'augmentation du taux de rattachement en 2013 et 2014 résulte d'un changement de méthode : le calendrier de clôture a été raccourci pour réduire l'utilisation de la journée complémentaire. Pour les opérations comprenant de la TVA, le comptable a fixé la première semaine de janvier comme date butoir.

L'indicateur R45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé qui mesure le niveau des charges reportées ne traduit pas de difficulté particulière. La norme communément admise est de ne pas dépasser 0,2 %. Ce seuil n'est dépassé que ponctuellement en 2010 (0,8 % cette année). Il correspond à la participation du CHHB au

groupement de coopération sanitaire d'hospitalisation à domicile au titre des années 2008 et 2009, pour un montant de près de 300 000 €. L'évolution du rattachement des charges à l'exercice et des reports de charges fait l'objet de l'annexe 2.

4.4 Le principe de prudence et la constitution des provisions

4.4.1 Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

La constitution de provisions sur le compte 142 ne peut s'effectuer que sur la base de dotations budgétaires allouées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements.

Tableau 17 : Flux et solde du compte 142

Compte 142 provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Dotation	1 336 954	1 336 954	3 084 678	1 528 494	1 382 892	1 371 864
Reprise	3 131 289	3 061 936	1 597 061	1 336 954	1 336 954	1 336 954
Solde créditeur au 31/12	1 985 089	260 107	1 747 724	1 939 264	1 985 202	2 020 112

Source : comptes financiers.

Le solde du compte 142, qui était de 2,02 M€ fin 2014, correspond principalement à une aide à l'investissement non reconductible de 1 M€ euros au titre de la dotation globale de fonctionnement de la section tarifaire soins de l'EHPAD, ainsi qu'une aide de 747 724 € de l'ARS sous forme de dotation annuelle de fonctionnement. Ces aides sont destinées à couvrir les surcoûts liés à la restructuration du site de Nantua. La question du devenir et de l'utilisation de ces provisions appelle confirmation de cette dernière après l'abandon du projet initial de réhabilitation de l'EHPAD en maîtrise d'ouvrage publique au profit d'un montage en AOT porté par la commune de Nantua.

Subsidiairement, le solde du compte 142 comporte, pour la même opération, une provision de 149 102,45 € constituée par affectation du résultat du budget annexe EHPAD dans le cadre de la même opération. Cette provision a été constituée selon l'établissement à la demande du conseil départemental afin de compenser les surcoûts à la charge des résidents à l'issue de la restructuration du site de Nantua. La chambre souligne toutefois qu'elle est irrégulière. L'instruction M21 prévoit que la constitution de provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue. La constitution d'une telle provision n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements.

Enfin, une provision constituée pour 123 286 € par dotations successives en 2012, 2013 et 2014, pour la mise en place du dossier médical informatisé dans le cadre du plan hôpital 2012, n'a pas été utilisée par l'établissement, en l'absence de toute reprise constatée. Cette provision, devenue sans objet dès lors que le plan hôpital 2012 a déjà été mis en œuvre.

4.4.2 Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps

Dans le cadre d'une démarche d'amélioration de sa qualité comptable en partenariat avec le comptable public, la provision sur le compte épargne temps (CET) du CHHB a fait l'objet d'un ajustement à la hausse en 2014 après prise en compte des charges sociales dans la valorisation des jours épargnés par catégorie de personnel. Réévaluée ainsi de près de 800 k€ en 2012 à plus de 1 M€ en 2014, elle couvre les jours épargnés par le personnel.

Tableau 18 : Solde de la provision pour le CET

Compte	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Solde créditeur compte 153 provisions réglementées pour charges de personnel liées au CET	611 848	682 068	702 209	794 654	794 654	1 014 174

Source : comptes financiers.

Il ressort toutefois du compte d'heures de l'établissement l'existence d'un stock d'heures supplémentaires non rémunérées du PNM sous quelque forme que cela soit (repos compensateur, indemnisation, versement sur le CET) qui était de 17 766 heures en 2014, porté à 18 700 heures en 2015. Ce stock a peu varié : il était déjà de 19 124 heures en 2011 selon les informations communiquées par l'établissement. L'engagement financier correspondant n'a pas été comptabilisé par l'établissement.

Dans l'hypothèse où tout ou partie de ces heures viendraient alimenter le CET, la provision de celui-ci devrait être revue à la hausse de l'ordre de 200 k€, sous réserve du caractère évaluatif de cette estimation. Les heures supplémentaires qui doivent être payées doivent donner lieu à l'enregistrement d'une charge à payer au compte 42861. Les heures à récupérer ne doivent en revanche pas donner lieu à une charge à payer, à condition que l'établissement dispose de pièces lui permettant de justifier qu'il s'agit d'heures récupérées et non payées.

4.4.3 Les provisions pour risques et charges

4.4.3.1 Les autres provisions pour risque

Une provision de 187 299 € a été constituée par l'établissement en 2012 sur le compte 1518 dans le cadre d'un contentieux lié au groupement de coopération sanitaire (GCS) d'hospitalisation à domicile (HAD).

Tableau 19 : Autres provisions pour risque

Compte	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Solde créditeur compte 1518 autres provisions pour risques	0	0	0	187 299	187 299	187 299

Source : comptes financiers.

Le CHHB avait provisionné également 100 000 € en 2011 au titre du risque pour dépréciation de créance (§ 4.4.4) pour le même contentieux.

L'établissement a effectué une provision à hauteur du contentieux dont il s'agit même si un provisionnement sur un seul compte aurait été plus lisible. Par décision du 11 juillet 2007, l'ARH Rhône Alpes avait autorisé une SARL dirigée par un ancien médecin de la clinique mutualiste d'Ambérieu-en-Bugey, à gérer un service d'hospitalisation à domicile (HAD) dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire composé de la SARL, de l'union régionale pour la gestion des établissements mutualistes de santé (l'URGEMS, propriétaire de la clinique mutualiste d'Ambérieu-en-Bugey) et du CHHB. Des problèmes d'équilibre financier prenant la forme d'une gestion opaque des comptes et de demandes de la société Ado aux deux autres partenaires d'effectuer des avances pour équilibrer les budgets sont apparus dès 2009. Les dysfonctionnements financiers et comptables relevés ont conduit à une plainte avec constitution de partie civile déposée fin 2010 par le CHHB pour détournement de fonds d'un montant de près de 270 000 €. L'ARS a déclenché une inspection le 17 février 2011. Au cours de la procédure pénale de 2011 à 2013 qui a vu l'expert mandaté par le juge en difficulté pour reconstituer les comptes de la société Ado, cette SARL a été placée en 2012 en redressement puis en liquidation judiciaire. Au cours de l'année 2014, un complément d'expertise comptable est obtenu par l'avocat du CHHB auprès du juge d'instruction. En 2015, suite à la vente de la

clinique mutualiste d'Ambérieu par l'URGEMS à une autre société, l'URGEMS a demandé la dissolution du GCS, ce que le CHHB a refusé par un courrier du 3 août 2015 adressé à l'URGEMS, par crainte que la dissolution n'entraîne le classement de l'affaire. L'affaire est toujours en cours et porte donc sur un préjudice de près de 300 K€ pour chacun des partenaires du GCS (l'établissement et l'URGEMS), le GCS de HAD ne fonctionnant plus par ailleurs depuis plusieurs années.

4.4.3.2 Les provisions pour gros entretiens ou grandes révisions

L'établissement n'effectue pas de provision pour gros entretiens et grandes révisions sur le compte 1572, en l'absence de plan pluriannuel d'entretien.

4.4.4 Les provisions pour dépréciation des créances

Comme évoqué, l'établissement a provisionné un risque de dépréciation de ses créances de 100 k€ en 2011 dans le cadre du contentieux du GCS de HAD.

Il a aussi provisionné tardivement mais suffisamment un autre risque de 362 827 € en 2012 au titre d'un contentieux relatif à un marché d'amélioration des performances. Cette provision a finalement été reprise par l'établissement en 2015 après constat du caractère irrécouvrable de sa créance sur la société prestataire.

En 2008, le CHHB prenait la décision de lancer un marché relatif à une formation action portant sur l'amélioration des systèmes, des processus et du comportement des agents. Une seule société avait alors fait acte de candidature, la société Da Vaci Operation LTD, installée en Suisse et filiale néerlandaise d'une société dont le siège social était situé à Malte. Le CHHB signait un marché le 12 décembre 2007 avec cette entreprise pour un début de prestation en mars 2008. L'objet de la prestation contractualisée entre les parties consistait en une mission d'amélioration des performances (en matière d'achats, de codage facturation, de productivité ...).

Un objectif de 2 640 000 € d'économies potentiellement réalisables était identifié dans le cadre du marché. Des désaccords sont toutefois survenus rapidement sur le montant des gains réalisés. Après avoir procédé à des paiements d'avance au cours de l'année 2008 pour un montant cumulé de 530 000 €, le CHHB a engagé une demande de remboursement partiel à hauteur de 356 627 € après avoir constaté un écart entre les gains annoncés par la société et ceux réalisés, demande de remboursement que la société Da Vaci conteste alors. Le tribunal administratif de Lyon saisi le 20 mai 2009 par la société a débouté celle-ci de sa demande par jugement en date du 10 novembre 2011.

Toutefois, le titre de recette adressé à la société Suisse en vue d'obtenir le remboursement précité est revenu avec la mention « *destinataire introuvable* ». La mise en demeure envoyée au siège de la société à Malte n'a pas rencontré pas davantage de succès. Le CHHB a consulté en juillet 2012 le comptable public afin de se renseigner sur les démarches possibles afin de récupérer cette somme. Celui-ci a estimé que le recouvrement était compromis en raison de l'insuffisance des dispositions relatives au recouvrement forcé des créances du secteur local dans l'Union Européenne. Seul le recouvrement par voie amiable apparaissait possible. En 2013, la nouvelle direction du CHHB a mandaté un avocat pour vérifier les possibilités de recouvrement à Malte (notamment par exequatur du jugement du TA de Lyon) et l'existence de la société. L'avocat correspondant à Malte réclamant 50 000 € pour la procédure d'exequatur tout en étant sceptique sur son aboutissement, les investigations conduites ayant en outre montré que seule une boîte aux lettres non relevée depuis longtemps correspondait à la société Da-vaci à Malte, le CHHB a jugé alors réaliste d'abandonner les poursuites et de constater le caractère irrécouvrable de sa créance de 356 627 € sur la société Da Vaci.

Hors ces deux contentieux, l'établissement a revu à la hausse, de 17 k€ en 2009 à près de 120 k€ en 2014 (montant inchangé en 2015), le provisionnement pour risque de dépréciation de ses créances sur le compte 49. Pour ce faire, il a appliqué une méthode qui consiste à ne pas effectuer de reprise sur provision comme cela est constaté en 2010, 2011, 2013 et 2014. Or, les dépréciations devenues sans objet, parmi lesquelles figurent les créances admises en non-valeur, doivent être reprises chaque année.

Tableau 20 : Ecritures comptables liées aux créances irrécouvrables

Compte	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Crédit 4152 créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	81 485	47 908	64 541	121 105	72 404	95 007
6541 pertes sur créances irrécouvrables	81 485	47 908	64 541	121 105	72 404	95 007
78174 reprises sur dépréciations des actifs circulants – créances	81 485	0	0	27 164	0	0
Débit 49	81 485	0	0	27 164	0	0
68174 dotations aux dépréciations des actifs circulants – créances	50 000	50 000	150 550	362 827	5 000	22 235
Crédit 49	98 900	67 415	217 966	580 793	558 628	580 864
Solde 49	17 415	67 415	217 966	553 628	558 628	580 864

Source : comptes financiers.

Même s'il a été quelque peu relevé, le niveau de provisionnement de l'établissement apparaît encore insuffisant, ce dont celui-ci a convenu dans sa réponse. Le CHHB a ainsi précisé qu'il procèderait à un ajustement de son provisionnement sur ses créances courantes (hors litiges) au regard du solde du compte 416 "provisionnable", d'une part, de l'antériorité des créances non recouvrées, d'autre part. Il reste par ailleurs pour l'établissement à arrêter une méthode d'évaluation des provisions à effectuer pour risque de dépréciation des créances.

4.5 Les comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

L'instruction M21 précise que « les opérations qui ne peuvent être imputées de manière certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elles doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible par imputation au compte définitif ».

Si les soldes des dépenses à classer ou régulariser sur le compte 471 sont modérés, ceux des recettes correspondantes sur le compte 472 sont anormalement élevés en 2009 et 2012.

Tableau 21 : Recettes et dépenses à régulariser

Compte	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Solde créditeur compte 471 recettes à classer ou régulariser	1 514 775	266 676	335 021	3 522 494	624 102	56 644
Solde débiteur compte 472 dépenses à classer ou régulariser	11 121	10 756	158	25 249	380	1 800

Source : comptes financiers.

Ces soldes sont principalement relatifs aux versements de dotations prenant la forme de DAF ou de MIGAC. D'autres recettes (T2A, cessions de l'ancien hôpital) ont également contribué à gonfler les soldes du compte 472. Les recettes en question ont été rattachées au bon exercice comptable mais le compte 472 n'a pas été apuré corrélativement. Si les comptes 471 et 472 sont des comptes de tiers en principe gérés par le comptable, l'ordonnateur, en liaison avec celui-ci, doit veiller à attacher les sommes perçues en instance d'affectation aux titres correspondants de recettes, afin de ne pas augmenter artificiellement le besoin en fonds de roulement.

5 LA SITUATION FINANCIERE

Le centre hospitalier du Haut-Bugey dispose d'un budget principal (budget H pour l'activité MCO et SSR) et de quatre budgets annexes : un budget B pour l'unité de soins de longue durée (USLD), un budget C pour l'institut de formation des aides-soignants (IFAS), un budget J pour son EHPAD et un budget N pour le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Le budget J qui aurait dû être présenté pendant la période sous revue sous la lettre E comme EHPAD, puisque le CHHB dispose d'un EHPAD en convention tripartite avec la tutelle et le conseil départemental, l'est à compter de l'exercice 2016.

Le budget principal compte tenu de sa surface (près de 80 % des recettes totales de l'établissement) et de son impact sur les résultats de l'établissement est toutefois plus particulièrement examiné. Le budget de l'EHPAD, non négligeable également, fait l'objet d'un focus. Les soldes intermédiaires de gestion, la capacité d'autofinancement et les données bilanciellles seront appréhendés de manière agrégée, tous budgets confondus.

La période concernée par la présente analyse de la situation financière porte principalement sur la période 2009-2014, les comptes 2014 étant les derniers clôturés à l'achèvement de l'instruction de la chambre. Les grandes tendances de l'exercice 2015 sont également présentées (§ 5.7) dans un souci d'actualisation.

5.1 Le soutien financier de la tutelle et des collectivités territoriales

L'établissement a bénéficié d'aides importantes pendant la période sous revue. Avec le plan hôpital 2007 et la reconstruction du CHHB, une aide à l'investissement destinée à supporter les surcoûts relatifs aux charges d'intérêt et d'emprunt est allouée par la tutelle comme cela a été évoqué plus haut. Cette aide est depuis 2009 de 1 336 954 euros par an. Selon l'établissement, elle avait été prévue par l'ARH pour atteindre progressivement, entre 2004 et 2007, le montant de 1,9 M€ par an puis se maintenir à ce niveau les années suivantes. L'établissement a reçu par ailleurs des aides relatives à la restructuration de l'EHPAD et de l'USLD allouées par revalorisation du forfait annuel de soins, représentant respectivement 1 M€ pour l'EHPAD et 757 k€ pour l'USLD.

Des aides régionales sans contreparties (MIGAC) ont été versées à hauteur de 1 M€ en 2012, 1 M€ en 2013 et 2 M€ en 2014. Les aides ainsi allouées viennent en pratique compenser à compter de 2012 la diminution de 1 M€ de la dotation du SSR.

L'ARS a doté le capital de l'établissement de 1,5 M€ en 2013 (compte 10288), financés par le fonds d'intervention régional (FIR), afin de soutenir sa trésorerie par l'amélioration de son fonds de roulement. La même opération a été renouvelée en 2015 avec une aide en capital de 1,75 M€ financée par la dotation annuelle du SSR.

Des aides à la trésorerie ont par ailleurs été consenties sous forme d'avances sur les dotations du MCO, d'un montant de 1,3 M€ en 2011 puis 1,5 M€ en 2012 et 2013. Enfin, des aides à la trésorerie ont également été accordées sous forme d'avances sur la dotation du SSR ; 1,5 M€ en 2012, 1,3 M€ en 2013, puis 2 M€ en 2014.

L'établissement a également été subventionné par les collectivités locales. Pour mémoire, il a reçu en 2014 une subvention d'un montant de 1 M€ pour la construction et l'extension d'un bâtiment destiné à accueillir une IRM, fin 2014. Cette subvention a été versée dans le cadre d'une convention signée le 18 septembre 2013 entre la communauté de communes du Haut Bugey et les membres du GIE d'imagerie précités.

Par convention avec l'établissement en date du 17 novembre 2011 et 20 janvier 2015, la communauté de communes d'Oyonnax et la communauté de communes du Haut-Bugey ont accordé des subventions de 350 000 € et 130 000 € pour des aides à l'investissement en matériel médical, l'établissement ne pouvant recourir à l'emprunt.

5.2 L'évolution des résultats nets de l'établissement

5.2.1 Le résultat net comptable consolidé

L'établissement affiche au cours de la période sous revue des résultats nets consolidés déficitaires qui ont varié entre 151 k€ et 3,6 M€ pour un déficit cumulé pendant la période sous revue de 9,9 M€. Le déficit du budget consolidé est essentiellement imputable au budget H, le budget de l'EHPAD contribuant à atténuer les déficits consolidés du CHHB.

Tableau 22 : Résultats nets par budget et consolidé

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes H	40 163 028	41 344 324	39 083 461	40 633 460	40 237 659	44 030 811
Dépenses H	41 341 910	41 805 858	41 814 206	44 007 707	42 580 380	45 391 485
Résultat budget principal H	- 1 178 882	- 461 534	- 2 730 745	- 3 374 247	- 2 342 721	- 1 360 674
Recettes B	1 983 650	1 996 851	2 685 006	1 982 162	2 010 450	2 036 689
Dépenses B	1 982 565	1 995 700	2 695 703	1 976 475	1 862 972	2 007 401
Résultat budget annexe B	1 085	1 151	- 10 697	5 687	147 478	29 288
Recettes J	8 871 802	9 119 041	10 184 800	9 323 081	10 071 653	10 431 675
Dépenses J	8 623 561	8 856 128	10 067 466	9 570 208	9 642 507	10 034 548
Résultat budget annexe J	248 241	262 913	117 334	-247 127	429 146	397 127
Recettes N	297 945	301 520	306 714	308 817	314 404	332 560
Dépenses N	257 628	258 115	299 710	272 891	295 565	301 026
Résultat budget annexe N	40 317	43 405	7 004	35 926	18 839	31 534
Recettes C	171 456	193 642	193 416	203 495	194 685	215 263
Dépenses C	170 973	190 972	191 049	200 882	187 751	197 111
Résultat budget annexe C	483	2 670	2 367	2 613	6 934	18 152
Recettes consolidées	51 487 881	52 955 378	52 453 397	52 451 015	52 828 851	56 046 998
Dépenses consolidées	52 376 637	53 106 773	55 068 134	56 028 163	54 569 175	56 931 571
Résultat consolidé	-888 756	-151 395	-2 614 737	-3 577 148	-1 740 324	-884 573

Source : CRC d'après les comptes financiers. NA : non apprécié.

Afin de mieux apprécier la réalité de la situation financière du CHHB, il convient d'établir le résultat structurel de l'établissement.

5.2.2 Le résultat structurel consolidé

Aux termes de la circulaire du 23 septembre 2009, « le résultat structurel est calculé en déduisant du résultat comptable toute aide allouée qui ne correspond pas à la mise en œuvre d'une prestation identifiée. Les ajustements de fin de campagne, les aides attribuées dans le cadre de plan de retour à l'équilibre antérieurs, ainsi que les aides ponctuelles attribuées par le ministre de la santé, doivent donc être soustraits. Un retraitement complémentaire, en fonction de la qualité comptable, peut s'avérer nécessaire dans le cas où figurent des produits importants sur les comptes suivants :

- Comptes de charges et de produits exceptionnels (comptes 67 et 77)
- Dotations ou reprises de provisions et dépréciations (notamment pour risque et charges)
- Pertes sur créances irrécouvrables (comptes 654) ; il convient de ne retenir que le montant correspondant à la perte courante liée au recouvrement probable de certaines créances) ».

Au cas d'espèce, les aides exceptionnelles de l'ARS sans contrepartie, 1 M€ en 2012 et 2013 puis 2 M€ en 2014, ont contribué à majorer le résultat net comptable de l'établissement.

La compensation à compter de 2012 par une aide exceptionnelle de 1 M€ de la diminution de la dotation SSR après recalibrage de cette dernière conduit à considérer rétrospectivement que l'établissement à travers la surdotation du SSR a bénéficié de cette aide exceptionnelle jusqu'en 2011.

Corrigé des aides exceptionnelles de la tutelle, le résultat structurel consolidé de l'établissement a oscillé entre - 1 M€ en 2010 et - 5,2 M€ en 2012. Il se stabilise autour de 3 M€ en 2013 et 2014, soit entre 5 et 6 % des recettes consolidées de l'établissement après le résultat particulièrement déficitaire de l'exercice 2012.

Tableau 23 : Du résultat net au résultat structurel consolidé

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes	51 487 881	52 955 378	52 453 397	52 451 015	52 828 851	56 046 998
Dépenses	52 376 637	53 106 773	55 068 134	56 028 163	54 569 175	56 931 571
Résultat net budget consolidé	- 888 756	- 151 395	- 2 614 737	- 3 577 148	- 1 740 324	- 884 573
+Charges exceptionnelles	133 299	529 035	214 222	758 124	520 793	177 264
-Produits exceptionnels	441 184	357 827	225 084	1 355 058	800 507	229 775
-Aides ARS exceptionnelles	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	2 000 000
Résultat structurel budget consolidé	- 2 196 641	- 980 187	- 3 625 599	- 5 174 082	- 3 020 038	- 2 937 084

Source : Retraitement CRC d'après les comptes financiers. NA : non apprécié.

Les exercices 2009 et 2010 présentent des résultats atypiques dans le sens où ils sont moins déficitaires que les exercices suivants. Ces meilleurs résultats apparents s'expliquent par le jeu des reprises sur provisions des aides à l'investissement de la tutelle pour la reconstruction de l'établissement qui ont été plus importantes ces années que les dotations correspondantes (dotations de près 1,4 M€ correspondant à l'aide de l'ARS depuis 2009 contre des reprises de plus de 3 M€), alors que dotations et reprises ont été ensuite de même niveau (à hauteur de 1,4 M€).

5.2.3 Le déséquilibre du budget principal

L'article D. 6143-39 du code de la santé publique dispose que lorsque le résultat principal présente un niveau de déficit supérieur à 3 % des produits ou lorsque la capacité d'autofinancement de l'établissement est insuffisante pour couvrir le remboursement en capital contractuel des emprunts, le directeur régional de l'agence de santé demande au directeur d'un établissement public de présenter un plan de redressement en application de l'article L. 6143-3. L'établissement remplit le deuxième critère (celui de la CAF nette) dès 2009 (§ 5.5). Il atteint ensuite le premier critère (le déficit en % des recettes) en 2011 selon les modalités de calcul du déficit prévu à cet article²⁸ avec un déficit cette année de plus de 7 % de ses produits après avoir été proche de 3 % en 2009. Les déficits structurels se situent à un niveau plus élevé. Les déficits de l'établissement mis en évidence dans le cadre d'une approche structurelle du résultat net se situent entre 8 % et 12 % des recettes depuis 2011.

Tableau 24 : Résultat net et résultat structurel

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes H	40 163 028	41 344 324	39 083 461	40 633 460	40 237 659	44 030 811
Dépenses H	41 341 910	41 805 858	41 814 206	44 007 707	42 580 380	45 391 485
Résultat budget principal H	- 1 178 882	- 461 534	- 2 730 745	- 3 374 247	- 2 342 721	- 1 360 674
En % des recettes	- 2,94 %	- 1,12 %	- 6,99 %	- 8,30 %	- 5,82 %	- 3,09 %
+Charges exceptionnelles	126 305	497 124	199 115	704 288	502 277	153 937
-Produits exceptionnels	432 900	351 475	218 621	1 314 672	752 650	199 947
-Aides exceptionnelles	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	2 000 000
Résultat structurel budget principal H	- 2 485 477	- 1 315 885	- 3 750 251	- 4 984 631	- 3 593 094	- 3 406 684
En % des recettes	- 6,19 %	- 3,18 %	- 9,60 %	- 12,27 %	- 8,93 %	- 7,74 %
En % des recettes selon les modalités de calcul art. D. 6143-39 du CSP	- 2,90 %	- 0,40 %	- 7,40 %	- 8,50 %	- 6,80 %	- 3,30 %

Source : CRC d'après les comptes financiers et les TBFEPS.

5.2.4 Les plans de redressement

La situation financière très dégradée de l'établissement n'a pas conduit à la mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) au cours de la période de revue. Des plans de redressement ont été présentés en 2009, 2011, 2013, 2014 et 2015 par l'établissement à sa tutelle. En 2014, comme exigé par le CPOM 2013 - 2018, le CHHB a proposé un plan de retour à l'équilibre à l'ARS qui a été prolongé en 2015 par un plan d'action et de performance. La tutelle ne s'est pas prononcée sur les plans de l'établissement qui lui ont été présentés.

Les plans mis en œuvre n'ont pas permis de résorber le déficit d'exploitation de l'établissement comme cela vient d'être constaté.

A travers ces plans successifs, l'établissement a souhaité réaliser des économies sur ses dépenses de personnel par des mesures telles que la réorganisation du service de médecine (diminution du nombre de secteurs), la révision de l'accord local des 35 heures, la réduction du coût de la permanence des soins non médical. Le CHHB s'est efforcé également de développer de nouvelles activités (consultations d'ophtalmologie et de neurologie, chimiothérapies en site associé, développement des opérations de la cataracte, des

²⁸ Résultat déficitaire comptable corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours.

endoscopies, des consultations et opérations chirurgicales ORL...) pour obtenir des recettes nouvelles.

Du côté des dépenses, la remise à plat de l'accord local les 35 heures envisagée dans le cadre du plan 2009 n'a pas été effectuée même si des ajustements ont été unilatéralement effectués fin 2013 par la direction de l'établissement (§ 6.2). La révision du mode de rémunération des astreintes du personnel non médical, également mentionnée dans le cadre du plan 2009, n'a pas été mise en œuvre.

5.3 L'évolution des produits et des charges

5.3.1 Les produits du budget principal

Les produits de l'établissement s'inscrivent en hausse de 9,63 % sur la période. Corrigés de la subvention de 1 M€ relative à l'IRM sur le titre 3, la progression est ramenée à 7,1 %.

L'augmentation de ces produits repose principalement sur la hausse des produits de l'assurance maladie du titre 1 et celle des autres produits de l'activité hospitalière du titre 2.

Tableau 25 : Produits du budget H

Recettes :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
Titre 1 produits versés par l'assurance maladie	27 796 939	28 642 331	27 417 785	27 491 453	27 838 974	29 612 535	6,53 %
Titre 2 autres produits de l'activité hospitalière	3 597 932	3 979 572	4 270 191	4 326 780	4 548 555	4 518 722	25,59 %
Titre 3 autres produits	8 768 157	8 722 421	7 395 486	8 815 227	7 850 130	9 899 553	12,90 %
Total :	40 163 028	41 344 324	39 083 462	40 633 460	40 237 659	44 030 810	9,63 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

5.3.1.1 Les produits versés par l'assurance maladie

Les produits issus de la tarification des séjours sont en augmentation au cours de la période sous revue de 1,2 M€, soit 6,92 %, en lien avec le rebond de l'activité et malgré les régulières baisses de tarifs des GHS. Les prestations à tarification spécifique (principalement issues des consultations et autres actes externes) ont augmenté significativement de 330 000 €, soit 12,45 %. La hausse des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus ne représente une recette supplémentaire nette puisqu'elle est le pendant de la compensation d'une charge correspondante enregistrée au titre 3.

Tableau 26 : Produits de l'assurance maladie

Titre 1 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
tarification séjours	17 165 709	17 886 882	17 141 198	17 436 190	17 814 568	18 353 068	6,92 %
médicaments facturés en sus	144 775	301 427	322 602	354 580	329 205	334 354	130,95 %
dispositifs médicaux en sus	356 546	385 706	371 973	408 629	321 085	422 750	18,57 %
Forfaits	1 294 020	1 294 020	1 129 327	1 296 091	1 131 134	1 131 134	- 12,59 %
DAF	2 769 129	2 735 107	2 708 881	1 677 348	1 688 617	1 690 116	- 38,97 %
MIGAC	3 426 174	3 257 644	3 051 767	3 685 280	3 682 161	4 673 693	36,41 %
prestation à tarif spécifique	2 640 585	2 781 546	2 692 037	2 633 335	2 796 273	2 969 393	12,45 %
produits exercices antérieurs	0	0	0	0	75 931	38 027	NS
Total :	27 796 938	28 642 332	27 417 785	27 491 453	27 838 974	29 612 535	6,53 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

Pour mémoire, la DAF pour le SSR a été réajustée en 2012 à hauteur de 1,7 M€, en baisse de 1 M€ par rapport à 2011. L'aide de l'ARS sans contrepartie de 1 M€ versée cette même année est venue compenser cet ajustement. Les MIGAC progressent de 36,41 % du fait des aides exceptionnelles de la tutelle (1 M€ en 2012 et 2013 puis 2 M€ en 2014).

En neutralisant ces aides, elles diminuent de 22 % (- 750 K€) en raison du mouvement de bascule de ces financements vers le titre 3.

A compter de 2012, plusieurs missions précédemment financées par les dotations MIGAC le sont désormais par le fonds d'intervention régional (FIR). Il s'agit notamment de la permanence des soins du centre de dépistage anonyme et gratuit, du poste de psychologue attaché à la maternité, de l'équipe mobile des soins palliatifs.

5.3.1.2 Les autres produits de l'activité hospitalière

Les principales hausses en valeur absolue des recettes du titre 2 proviennent de l'activité externe (hausse des prestations à tarif spécifique de 170 000 €) et de la tarification des séjours pour la part non prise en charge par l'assurance maladie (augmentation 550 000 €), pour laquelle intervient un facteur volume (hausse de l'activité en séjours) et un facteur prix.

Tableau 27 : Autres produits de l'activité

Titre 2 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
tarification hospit. complète	1 967 006	2 163 921	2 345 453	2 386 217	2 550 287	2 517 769	28,00 %
tarification hospit. incomplète	38 402	26 514	23 904	23 166	21 651	80 009	108,35 %
prestation à tarif spécifique	870 125	932 245	950 821	990 419	1 046 950	1 043 993	19,98 %
Forfait journalier MCO	497 567	571 298	573 693	575 123	562 302	569 638	14,48 %
Forfait journalier SSR	162 160	184 992	171 252	187 290	193 104	192 510	18,72 %
patients étrangers non assurés	56 537	94 625	199 892	160 274	169 800	108 558	92,01 %
malades autres établissements	6 136	5 977	5 176	4 291	4 461	6 246	1,79 %
Total :	3 597 933	3 979 572	4 270 191	4 326 780	4 548 555	4 518 723	25,59 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

Entre 2009 et 2013, le CHHB a réévalué de l'ordre de 15 % ses tarifs journaliers de prestation. Ceux-ci sont ensuite restés stables en 2014.

Tableau 28 : Tarifs journaliers de prestation du CHHB

Secteur	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
MCO							
médecine et spécialités médicales	936,01	961	1000,64	1039,06	1079,58	1079,58	15,34 %
Chirurgie	1390,14	1427,26	1486,13	1543,2	1603,38	1603,38	15,34 %
spécialités coûteuses	1745,56	1792,17	1866,1	1937,76	2013,33	2013,33	15,34 %
moyen séjour	445,91	457,82	471,71	489,82	508,92	508,92	14,13 %
hospitalisation de jour médecine et chirurgie	916,37	940,84	979,65	1017,27	1056,94	1056,94	15,34 %
SMUR (forfait 1/2 heure)	469,25	481,78	501,65	520,91	541,23	541,23	15,34 %
EHPAD							
tarif journalier GIR 1 et 2	90,47	92,26	91,69	90,98	101,03	101,03	11,67 %
tarif journalier GIR 3 et 4	77,38	83,43	82,43	86,37	86,85	86,85	12,24 %
tarif journalier GIR 5 et 6	NC	NC	74,84	102,67	72,72	72,72	- 2,83 %

Source : arrêtés tarifaires annuels ARS pour le CHHB.

5.3.1.3 Les autres produits

Retraités de la subvention de 1 M€ relative à l'IRM, les autres produits connaissent une hausse modérée de 130 000 € entre 2009 et 2014.

Tableau 29 : Autres produits

Titre 3 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
ventes produits	586 924	641 850	628 693	691 156	764 420	931 552	58,72 %
rétrocessions médicaments	565 095	934 228	1 080 984	1 246 892	956 066	2 209 346	290,97 %
remboursement frais par CRPA	2 657 915	2 632 894	2 738 576	2 588 022	2 187 697	2 205 808	- 17,01 %
subvention d'exploitation	18 032	27 923	83 351	521 723	802 134	1 846 471	10 139,97 %
autres produits de gestion	269 267	183 809	213 600	60 579	87 906	50 515	- 81,24 %
produits exceptionnels	432 900	351 475	218 621	1 314 672	676 719	161 920	- 62,60 %
reprises amortis et prov.	3 234 161	3 123 316	1 652 320	1 396 068	1 336 954	1 336 954	- 58,66 %
Divers	11 167	0	0	0	8 404	4 961	NS
variations de stock	361 490	320 452	295 923	324 428	382 334	387 480	7,19 %
remboursements sur rémunérations	631 205	506 475	483 418	671 685	647 495	764 546	21,12 %
Total :	8 768 156	8 722 422	7 395 486	8 815 225	7 850 129	9 899 553	12,90 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

Cette évolution est le produit de divers mouvements de hausse et de baisse.

Les hausses s'expliquent par :

- la rétrocession de médicaments, qui est le pendant des dépenses correspondantes au titre 2, augmentent d'environ 1,6 M€ sur la période. Cette ligne comporte de fortes variations annuelles et infra-annuelles car il s'agit de médicaments exclusivement distribués par une pharmacie hospitalière, qui peuvent être particulièrement coûteux pour quelques cas de patients spécifiques (anticancéreux, médicaments dérivés du

sang, traitement des hépatites par exemple). En l'occurrence, il s'agit de la dispensation de médicaments pour des hémophiles ayant subi des accidents hémorragiques ;

- un produit exceptionnel de 1,2 M€ lié à la vente de l'ancien bâtiment de l'hôpital d'Oyonnax à la mairie ;
- la vente de produits (chambres particulières, repas etc.) augmente de 344 000 € sur la période ;
- les remboursements sur rémunérations qui augmentent de 130 000 € concernent des compensations de formations par l'association pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) et la prise en charge des contrats aidés ;
- les subventions d'exploitation qui augmentent de 750 000 € sur la période du fait du transfert de financement des MIGAC du titre 1 vers le fonds d'intervention régional au titre 3.

Les diminutions proviennent essentiellement :

- des remboursements de frais au budget principal par les budgets annexes qui diminuent d'environ 450 000 € du fait d'une démarche de meilleure affectation des agents sur les différents budgets correspondants. ;
- des mouvements de reprise sur amortissements et provisions en baisse de 1,9 M€ du fait de la diminution des reprises liées aux surcoûts de la reconstruction de l'hôpital.

5.3.2 Les charges du budget principal

Les charges du budget principal augmentent de 9,8 % sur la période 2009-2014. Corrigées de la subvention relative à l'IRM de 1 M€, elles progressent de 7,38 %. Cette hausse est essentiellement due aux dépenses de personnel et aux charges médicales. La hausse de ces dernières est toutefois artificiellement majorée par l'effet de la rétrocession de médicaments.

Tableau 30 : charges du budget H

Charges	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
Titre 1 charges de personnel	25 587 246	25 503 985	25 948 590	26 696 486	26 661 155	27 430 555	7,20 %
Titre 2 charges à caractère médical	4 531 843	5 001 797	5 014 458	5 452 367	5 271 349	6 720 709	48,30 %
Titre 3 charges hôtelières et générales	4 632 811	4 550 584	4 551 973	4 764 780	4 722 243	5 555 920	19,93 %
Titre 4 amortissements provisions et dépréciations	6 590 011	6 749 493	6 299 185	7 094 074	5 925 633	5 684 301	- 13,74 %
Total :	41 341 911	41 805 859	41 814 206	44 007 707	42 580 380	45 391 485	9,80 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

5.3.2.1 Les charges de personnel

Les charges de personnel augmentent entre 2009 et 2014 de 1,8 M€, soit + 7,2 %. A périmètre constant, elles sont en augmentation de 2,3 M€, soit une progression de + 8,9 % globalement en rapport avec l'augmentation de l'activité de 7,3 % de l'établissement. Il convient de neutraliser, pour rester à périmètre constant, l'équivalent de 12,25 ETP transféré par l'établissement en 2013 au budget de l'EHPAD de sorte à ce que ce dernier budget supporte directement les dépenses correspondant au personnel de la cuisine relais de l'EHPAD. La baisse des dépenses qui aurait dû alors être constatée à cette occasion sur le budget principal

a été compensée une hausse des effectifs (+ 9 ETP entre 2012 et 2013) et par le glissement vieillesse technicité. En neutralisant le transfert des 12,25 ETP (représentant environ 420 000 €) entre 2012 et 2013 vers le budget de l'EHPAD, la hausse des dépenses de personnel non médical à périmètre constant sur le budget principal ressort à 5,3 % entre 2009 et 2014, ce qui reste modéré.

Les dépenses de personnel médical ont en revanche plus fortement augmenté, soit + 13,5 % entre 2009 et 2014, malgré une faible augmentation des effectifs (+ 1,5 ETP, essentiellement des PH). Leur augmentation est de 825 000 € entre 2009 et 2014. L'augmentation des charges sociales représente environ 260 000 €. La hausse principale réside dans les praticiens contractuels avec des dépenses qui évoluent de 763 000 € en 2009 à 1,24 M€ en 2014 (+ 62,85 %). Ce constat s'explique notamment par le fait que l'établissement a dû recourir de manière accrue à des contractuels recrutés par l'intermédiaire de société d'intérim, en particulier trois médecins (un urgentiste et deux anesthésistes) fin 2011 - début 2012. Aussi bien pour le personnel médical que le personnel non médical, l'évolution des charges de sécurité sociale, taxes et diverses impositions n'a pas été négligeable sur les finances de l'établissement puisqu'il en résulte pour celui-ci une dépense supplémentaire d'environ 900 000 € entre 2009 et 2014.

Tableau 31 : Charges de personnel

Titre 1 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
621 Personnel extérieur	63 233	95 719	42 290	35 510	37 736	30 935	- 51,08 %
631 taxe salaire PNM et PM	1 682 000	1 704 836	1 713 906	1 776 162	1 702 699	1 820 854	8,26 %
633 impôts taxes autres organismes PM PNM	174 749	272 231	488 308	552 317	569 776	590 208	237,75 %
6411 Titulaires	11 084 513	10 949 277	11 328 910	11 613 744	11 509 041	11 483 690	3,60 %
6413 CDI	139 470	242 136	181 578	180 012	167 640	157 920	13,23 %
6415 CDD	1 103 889	951 218	963 323	878 091	957 356	1 171 450	6,12 %
6416 et 7 autres contrats	187 006	174 625	126 161	132 259	132 962	134 083	- 28,30 %
6451 charges sécu	4 481 701	4 501 714	4 568 618	4 595 127	4 669 174	4 876 756	8,81 %
6471 autres charges sociales PNM	516 514	316 089	205 176	212 372	205 245	207 536	- 59,82 %
sous total PNM	17 513 093	17 135 059	17 373 766	17 611 605	17 641 418	18 031 435	2,96 %
6421 praticiens hospitaliers	2 286 376	2 361 173	2 403 182	2 364 736	2 412 705	2 550 016	11,53 %
6422 praticiens contractuels renouvelables de droit	175 351	180 048	190 945	166 159	172 520	108 426	- 38,17 %
6423 praticiens contractuels	763 583	783 687	843 268	1 294 917	1 146 103	1 243 519	62,85 %
6424 internes	152 006	147 282	152 033	125 685	164 523	173 255	13,98 %
6425 permanence des soins	1 228 802	1 244 744	1 127 521	1 073 200	1 116 833	1 095 973	- 10,81 %
6452 charges sécu	1 458 699	1 520 232	1 541 313	1 677 690	1 681 430	1 774 952	21,68 %
6472 autres charges sociales	59 963	31 484	23 202	10 109	5 154	4 292	- 92,84 %
Sous total PM	6 124 780	6 268 650	6 281 464	6 712 496	6 699 268	6 950 433	13,48 %
648 autres charges de personnel	29 392	27 490	48 855	8 394	10 259	6 690	- 77,24 %
Total :	25 587 247	25 503 985	25 948 589	26 696 484	26 661 156	27 430 555	7,20 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

5.3.2.2 Les charges à caractère médical

Après correction de l'effet de la rétrocession de médicaments (dont la hausse sur le compte 6021 produits pharmaceutiques est compensée par la recette correspondante en titre 3 des recettes), la hausse des charges médicales est de 13 % au lieu de 48,30 %. Cette hausse résulte en premier lieu de la sous-traitance médicale (+ 200 000 €), en raison principalement du développement des consultations en clinique ouverte par des médecins extérieurs à l'établissement (mais qui génèrent par ailleurs des recettes issues de la facturation des consultations). L'établissement a régularisé comme il se doit sur l'exercice 2015 les dépenses relatives à la clinique ouverte en les imputant en charges de personnel, une régularisation de même ordre étant effectué pour les recettes correspondantes.

La hausse des charges à caractère médical est également tirée par les dépenses de sous-traitance (hausse de 130 000 €). L'établissement impute leur augmentation à la fin des garanties d'équipement contractés dans le cadre de l'ouverture du nouvel hôpital, ainsi qu'au développement de nouvelles activités dans une moindre mesure.

Tableau 32 : Charges à caractère médical

Titre 2 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
6021 produits pharmaceutiques	1 528 935	1 999 341	1 979 924	2 279 417	1 978 649	3 216 711	110,39 %
6022 petit matériel médico technique	1 726 138	1 690 513	1 633 930	1 693 503	1 657 666	1 804 854	4,56 %
6066 fournitures médicales	60 390	56 344	50 248	61 575	86 879	47 693	- 21,03 %
603 variations stocks	218 758	246 314	224 920	201 912	225 293	281 704	28,77 %
611 sous-traitance	614 441	596 498	656 541	768 866	840 795	816 867	32,94 %
6131 locations médicales	11 912	20 703	43 224	52 884	48 724	52 167	337,94 %
6151 entretien et maintenance médicale	371 269	392 084	425 671	394 210	433 343	500 713	34,87 %
Total :	4 531 843	5 001 797	5 014 458	5 452 367	5 271 349	6 720 709	48,30 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

5.3.2.3 Les charges hôtelières et générales (titre 3)

Corrigées de la subvention relative à l'IRM de 1 M€ (imputée au compte 65 « autres charges »), les charges hôtelières et générales diminuent de 1,66 % (soit - 77 000 €) entre 2009 et 2014, alors que l'activité de l'établissement a augmenté sur cette période. La chambre souligne toutefois l'augmentation de 200 000€ du compte 6243 « transports entre établissements », en raison d'un recours accru aux envois de patients sur le CH de Bourg-en-Bresse et les HCL (conventions de partenariat avec le CH de Bourg pour la prise en charge des AVC, de la réanimation, transferts de cas lourds).

Tableau 33 : Charges hôtelières et générales

Titre 3 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
602 achats stockés	1 435 842	1 372 525	1 370 621	1 392 399	1 311 637	1 313 564	- 8,52 %
603 variation des stocks	83 299	115 177	95 532	94 011	99 135	100 630	20,81 %
606 achats non stockés	653 751	634 720	711 481	738 390	779 023	634 506	- 2,94 %
61 services extérieurs	1 205 720	1 337 094	1 168 078	1 130 349	1 135 561	1 077 081	- 10,67 %
62 autres services extérieurs	1 147 427	1 012 128	1 115 690	1 293 976	1 307 179	1 303 646	13,61 %
63 impôts et taxes	4 129	3 855	7 399	3 651	1 169	1 185	- 71,30 %
65 autres charges	102 643	75 085	83 173	112 004	88 538	1 125 308	996,33 %
Total :	4 632 811	4 550 584	4 551 974	4 764 780	4 722 242	5 555 920	19,93 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

5.3.2.4 Les charges du titre 4

La baisse significative de ces charges résulte de celle des intérêts payés en l'absence de nouveaux emprunts sur la période à laquelle s'ajoute la diminution des charges d'amortissement du fait de la limitation des plans d'équipement sur les dernières années.

Tableau 34 : Charges de titre 4

Titre 4 :	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
66 charges financières	1 532 524	1 501 762	1 458 004	1 416 125	1 350 767	1 325 053	- 13,54 %
67 charges exceptionnelles	126 305	497 124	199 115	704 278	502 277	153 937	21,88 %
68 dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	4 931 181	4 750 606	4 642 066	4 973 671	4 072 589	4 205 312	- 14,72 %
Total :	6 590 010	6 749 492	6 299 185	7 094 074	5 925 633	5 684 302	- 13,74 %

Source : CRC d'après les comptes financiers.

5.3.3 Les charges et produits de l'EHPAD

Excepté en 2012, le budget annexe de l'EHPAD présente un résultat légèrement positif.

Les produits de 2011 sont ponctuellement gonflés par une augmentation de 1 M€ consécutive au versement de la dotation soins, non reductible, pour la reconstruction de l'EHPAD. Cette aide est sans impact sur le résultat net de l'établissement puisque provisionnée par celui-ci. Fin 2013, la convention tripartite CHHB - département – ARS est renouvelée avec un financement supplémentaire de 628 004 € sur la partie soins pour du renfort en personnel non médical. Les produits relatifs à la dépendance et à l'hébergement évoluent positivement du fait de l'évolution des tarifs et d'un volume d'activité toujours élevé.

Les charges de personnel ont augmenté significativement en 2013 par rapport à 2012. Comme évoqué plus haut (§ 4.2), 12,25 ETP non médicaux et 0,20 ETP médical ont été transférés du budget H vers le budget J (impact de 437 000 € selon l'estimation de l'établissement). La nouvelle hausse significative des dépenses de personnel en 2014 est liée à l'attribution des crédits de la convention tripartite fin 2013. Compte tenu des délais de recrutement, les conséquences budgétaires ont porté en grande partie sur l'exercice 2014, ce qui explique la progression de près de 400 000 € des charges de personnel. Les charges à caractère hôtelier et général diminuent en 2013, notamment sur les repas facturés à l'EHPAD, puisqu'en 2013, les charges de personnel des cuisines relais ont été imputées directement sur le budget de l'EHPAD et que seule la partie production en unité centrale est facturée aux EHPAD.

Tableau 35 : Charges et produits du budget de l'EHPAD

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution en %
Charges de personnel	4 996 731	5 122 257	4 952 728	5 363 567	5 884 940	6 282 731	25,74 %
Charges à caractère médical	263 874	230 812	224 098	266 490	253 158	241 447	- 8,50 %
Charges à caractère hôtelier et général	2 765 689	2 875 469	3 221 056	3 109 035	2 777 513	2 758 662	- 0,25 %
Charges d'amortissements, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles	597 267	627 590	1 669 583	831 115	726 896	751 708	25,86 %
Total charges	8 625 570	8 858 138	10 069 477	9 572 220	9 644 520	10 036 562	16,36 %
produits afférents aux soins	3 094 736	3 128 837	4 156 058	3 169 197	3 806 417	3 825 167	23,60 %
produits afférents à la dépendance	1 438 898	1 460 621	1 551 249	1 554 873	1 579 073	1 600 896	11,26 %
produits de l'hébergement	4 189 218	4 344 590	4 325 444	4 369 057	4 482 547	4 769 266	13,85 %
autres produits	148 950	184 993	152 048	229 953	203 617	236 346	58,67 %
Total produits	8 871 802	9 119 041	10 184 800	9 323 081	10 071 653	10 431 675	17,58 %
Résultat	246 232	260 903	115 323	-249 139	427 133	395 113	60,46 %

Source : comptes financiers.

5.4 Les soldes intermédiaires de gestion

Les soldes intermédiaires de gestion (SIG) permettent d'appréhender les performances financières globales d'un établissement.

La présentation qui suit permet d'établir les SIG consolidés (tous budgets confondus) hors aides exceptionnelles et aides à l'investissement de la tutelle²⁹. Comme pour le calcul du résultat structurel, il a été considéré que la surdotation du SSR jusqu'en 2011 équivalait à une aide exceptionnelle jusqu'à son ajustement en 2012.

L'examen de la seule marge brute met en évidence que la situation financière de l'établissement est très dégradée. Ce constat intervient avant paiement de frais financiers importants (près de 1,5 M€ en 2014).

La marge brute constitue une variable centrale dans l'analyse de la situation financière des EPS qui mesure l'excédent que dégage l'établissement sur son exploitation pour financer ses charges financières et dotations aux amortissements et provisions. On estime que le taux de marge brute (marge brute / produits courants) est satisfaisant à partir de 8 %. En neutralisant les aides de la tutelle, le taux de marge brute est faible quand il n'est pas négatif en 2012. A l'exception de 2010, il se situe sur la période dans une fourchette comprise entre - 1,5 % et + 1,5 %. Avec les aides de l'ARS, le taux de marge brute atteint 8 % en 2014 après le point bas en 2012 autour de 4 %. Sur le périmètre du seul budget principal, les taux de marge brute hors aides sont négatifs à l'exception de 2010 (annexe 3).

²⁹ Les aides en question apparaissent avant le résultat net dans le tableau de présentation des SIG.

Tableau 36 : SIG consolidés, en k€

Soldes	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	20 308	21 356	20 528	20 833	21 337	22 118
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0	0	0	0
Sous-total MCO & HAD (A + B)	20 308	21 356	20 528	20 833	21 337	22 118
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	3 598	3 980	4 270	4 327	4 549	4 519
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	23 906	25 335	24 798	25 160	25 886	26 636
+ MIGAC et FIR	2 089	1 921	1 715	1 820	2 084	2 141
+ Forfaits annuels	1 294	1 294	1 129	1 296	1 131	1 131
+ Dotation annuelle de financement (DAF)	1 769	1 735	1 709	1 677	1 689	1 690
+ Produits afférents aux soins (CRA)	4 227	4 277	4 311	4 325	4 960	4 975
+ Produits afférents à la dépendance	1 671	1 699	1 740	1 768	1 793	1 826
+ Produits de l'hébergement	4 777	4 941	4 912	4 968	5 111	5 426
+ Autres produits de tarification des CRA	298	302	307	308	314	326
+ Ventes de marchandises	566	934	1 081	1 247	958	2 212
+ Autres produits	722	749	728	896	960	1 146
Produits bruts d'exploitation	41 319	43 188	42 431	43 465	44 885	47 510
Consommations en provenance de tiers	5 594	6 089	6 055	6 462	6 105	7 376
+ Charges externes	6 238	6 347	6 284	6 109	5 871	5 863
- remboursements de frais des CRA	2 135	2 069	1 960	1 375	1 007	978
=Consommations intermédiaires	9 697	10 368	10 378	11 195	10 970	12 262
VALEUR AJOUTEE hors aides	31 622	32 820	32 052	32 269	33 915	35 248
+ Subventions d'exploitation	54	114	180	50	65	1 042
- Impôts et taxes	24	24	28	26	24	24
- Charges de personnel (en net)	31 493	31 515	32 108	32 853	33 363	34 446
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION hors aides	158	1 395	96	-559	593	1 819
+ Autres produits de gestion courante	269	184	214	61	88	75
- Autres charges de gestion courante	128	102	117	174	122	1 153
MARGE BRUTE hors aides	300	1 477	192	-673	558	742
<i>Taux de marge brute (marge / produits courants)</i>	<i>0,73 %</i>	<i>3,42 %</i>	<i>0,45 %</i>	<i>- 1,55 %</i>	<i>1,24 %</i>	<i>1,56 %</i>
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	121	0	0	27	0	5
- Dotations aux amortissements	3 843	3 743	3 666	3 497	3 333	3 258
- Dotations aux provisions et dépréciations	50	50	151	550	5	242
RESULTAT D'EXPLOITATION (hors aides)	- 3 472	- 2 317	- 3 624	- 4 692	- 2 780	- 2 753
+ Produits financiers	12	0	0	0	0	0
- Charges financières	1 723	1 655	1 579	1 535	1 456	1 448
RESULTAT COURANT hors aides	- 5 183	- 3 972	- 5 203	- 6 227	- 4 236	- 4 201
+ Produits exceptionnels	3 594	3 481	1 877	2 724	2 062	1 529
- Charges exceptionnelles	1 636	1 998	3 374	2 411	1 904	1 549
RESULTAT EXCEPTIONNEL hors aides	1958	1484	-1497	313	158	-20
RESULTAT NET hors aides	-3 226	-2 488	-6 700	-5 914	-4 078	-4 222
+Aides exceptionnelles	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	2 000
+Aides à l'investissement pour la reconstruction du bâtiment principal	1 337	1 337	1 337	1 337	1 337	1 337
+Aides à l'investissement pour la restructuration du site de Nantua			1 748			
RESULTAT NET après aides	- 889	- 151	- 2 615	- 3 577	- 1 741	- 885

Source : retraitement CRC à partir des TBFEPS et rapports financiers du comptable.

Le résultat de l'établissement hors les aides de la tutelle (aides exceptionnelles et aides à l'investissement) est déficitaire de l'ordre de 4 M€ en 2013 et 2014.

5.5 La capacité d'autofinancement et le financement des investissements

Compte tenu du poids important du remboursement de la dette financière, l'établissement n'a pu dégager une capacité d'autofinancement (CAF) nette cumulée sur la période positive (CAF nette cumulée de -134 k€) pour financer ses investissements, ce qui traduit sa grande fragilité financière malgré les aides. Hors aides exceptionnelles et aides à l'investissement de la tutelle, il ne parvient pas à dégager un autofinancement brut positif avant remboursement en capital de la dette financière.

Tableau 37 : Impact des aides sur l'autofinancement

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CAF brute "aidée"	1 189 656	1 772 142	2 707 864	191 599	1 616 109	2 573 079
CAF nette "aidée"	- 635 065	233 020	1 142 824	- 1 802 388	27 710	899 916
Aides exceptionnelles	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	1 000 000	2 000 000
Aides à l'investissement	1 336 954	1 336 954	3 093 954	1 336 954	1 336 954	1 336 954
CAF brute hors aides	- 1 147 298	- 564 812	- 1 386 090	- 2 145 355	- 720 845	- 763 875
CAF nette hors aides	- 2 972 019	- 2 103 934	- 2 951 130	- 4 139 342	- 2 309 244	- 2 437 038

Source : retraitement CRC à partir de TBFEPS.

Les investissements se sont effectués à faible niveau, de l'ordre de 1,2 M€ en moyenne annuelle (tableau 36). La conséquence d'investissements limités est l'augmentation du taux de vétusté des équipements qui évolue de 63,37 % en 2009 à 82,6 % en 2014³⁰. L'établissement n'a pu recourir à l'emprunt pendant la période sous revue³¹. Pour financer ses investissements, il a ponctionné au total, entre 2009 et 2014, 3,26 M€ sur son fonds de roulement. Ce dernier a été prélevé en 2009, 2010 et 2012, année où la vente de l'ancien hôpital pour 1,2 M€ a permis toutefois de réduire le prélèvement. L'amélioration des résultats de l'établissement, combinée aux aides supplémentaires allouées par la tutelle par rapport aux exercices antérieurs, permet à l'établissement de reconstituer en partie son fonds de roulement en 2013 et 2014.

³⁰ Source : TBFEPS.

³¹ Les écritures figurant en emprunts au compte 16 dans la présentation du tableau de financement correspondent aux dépôts de garantie des hébergés.

Tableau 38 : CAF et financement de l'investissement

Exercices	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Cumul 2009 - 2014
Résultat net	- 888 757	- 151 396	- 2 614 736	- 3 577 147	- 1 740 324	- 884 584	- 9 856 944
+ 68 dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	5 396 083	5 261 904	6 976 525	5 699 707	4 720 816	4 871 622	32 926 657
- 78 reprises sur amortissements et provisions	3 273 183	3 123 316	1 652 320	1 396 068	1 336 954	1 341 750	12 123 592
+ 675 valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	17 582	0	281 910	157 895	0	457 387
- 775 produits des cessions d'éléments d'actif	44 487	232 632	1 605	1 200 000	185 325	3 875	1 667 924
- 777 quote-part des subventions d'investissement virée au résultat	0	0	0	0	0	68 334	68 334
CAF brute	1 189 656	1 772 142	2 707 864	- 191 599	1 616 109	2 573 079	9 667 252
remboursement des dettes financières	1 824 721	1 539 122	1 565 040	1 610 789	1 588 399	1 673 163	9 801 234
CAF nette	- 635 065	233 020	1 142 824	- 1 802 388	27 710	899 916	-133 983
immobilisations	1 407 257	1 143 777	1 024 978	1 564 321	990 174	841 589	6 972 098
Besoin de financement des investissements	- 2 042 322	- 910 758	117 846	- 3 366 709	- 962 464	58 327	- 7 106 080
emprunts	0	0	0	55 621	107 891	140 443	303 955
dotations et subventions	0	740	156	373 531	1 503 160	0	1 877 587
autres ressources	44 487	232 632	1 605	1 200 300	186 325	3 875	1 669 224
autres emplois	0	300	1 485	520	0	0	2 305
Total financement des investissements	44 487	233 072	276	1 628 932	1 797 376	144 318	3 848 461
Apport ou prélèvement au fond de roulement	- 1 997 836	- 677 686	118 122	- 1 737 778	834 912	202 646	- 3 257 619

Source : CRC d'après les TBFEPS et rapports financiers du comptable.

5.6 La situation bilanciale

5.6.1 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Le fonds de roulement de l'établissement s'amenuise de 5 M€ en 2009 à 3,8 M€ en 2014. Les aides cumulées de la tutelle permettent à l'établissement de dégager un fonds de roulement positif et d'assurer la continuité de son fonctionnement.

Tableau 39 : FRNG, BFR et trésorerie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 - 2014
Fonds de roulement net global	5 032 000	4 354 000	4 472 000	2 734 000	3 569 000	3 772 000	- 1 260 000
<i>En jours de charges courantes</i>	40,64	34,76	35,37	21,17	27,76	27,37	
Besoin en fonds de roulement	4 581 000	4 634 000	5 031 000	1 475 000	1 403 000	3 551 000	- 1 030 000
<i>En jours de charges courantes</i>	36,99	36,99	39,78	11,41	10,91	25,76	
Trésorerie	451 000	-280 000	-559 000	1 259 000	2 166 000	221 000	- 230 000
<i>En jours de charges courantes</i>	3,64	-2,24	-4,42	9,75	16,84	1,60	

Source : TBFEPS.

La lecture de l'évolution besoin en fonds de roulement (BFR) est biaisée par des soldes anormalement élevés de recettes à reclasser ou de produits constatés d'avance enregistrés sur le compte 487 qui n'ont pas été régulièrement apurés. Ces comptes ayant été apurés en 2014, le BFR de cette année est moins atypique que ceux des années antérieures.

La trésorerie s'est située à un niveau critique, étant le plus souvent négative ou faiblement positive en fin d'exercice. En 2014, l'aide de la tutelle a permis à l'établissement de procéder à des mandatements importants d'apurement des charges sociales et fiscales grâce à l'aide reçue. Le CHHB dispose d'une ligne de trésorerie de 1,5 M€. Elle a été portée à 2 M€ en 2014 (mais finalement utilisée jusqu'à 700 000 €) pour faire face à ses besoins en la matière.

5.6.2 L'endettement

L'endettement du CHHB, principalement issu de sa reconstruction, est élevé. Les seuils critiques prévus par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique sont dépassés en 2014. L'encours de dette représente cette année 58 % des produits toutes activités confondues (seuil d'alerte à 30%). La durée apparente de la dette se situe à 153 mois (soit 12,8 ans pour un seuil d'alerte de 10 ans) place l'établissement dans les 10 % plus endettés de la région, toutes catégories confondues³². Le ratio d'indépendance financière (dette à moyen et long terme rapporté aux capitaux permanents) est de 68,7 % en 2014 (seuil d'alerte à 50 %).

En l'absence de possibilité de recours à l'emprunt, l'établissement s'est désendetté significativement. Son endettement a évolué ainsi de 40,9 M€ en 2009 à 32,6 M€ en 2014.

La structure de la dette est saine et présente peu de risques ; 11 contrats de prêts étaient en cours au 31/12/2014, dont un seul est à taux variable. Ces prêts sont tous classés en catégorie 1A, soit à risque faible.

Tableau 40 : Encours et durée apparente de la dette

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 - 2014
Encours de la dette	40 945 882	39 268 469	37 426 846	35 820 448	34 252 621	32 641 369	- 8 304 513
Taux d'intérêt	4,00 %	4,20 %	4,10 %	4,10 %	4,10 %	4,30 %	
durée apparente de la dette en années (endettement / CAF brute)	34,4	22	13,8	NS	21,3	12,8	

Source : CRC d'après les comptes financiers. NS : non significatif.

5.7 Les grandes tendances de l'exercice 2015

L'exercice 2015 s'inscrit dans la continuité des exercices précédents.

Le déficit du budget principal est sur cet exercice de 2,65 M€. A l'aune des informations dont a disposé la chambre pour l'évaluer, le déficit structurel de ce budget s'établit à 3,2 M€, dans le prolongement des exercices 2013 et 2014. Ce montant est calculé en neutralisant un résultat exceptionnel de 523 K€. L'établissement a bénéficié en 2015 d'une aide en capital de la tutelle de 1,75 M€, sans incidence sur son résultat net.

³² Indicateur F4 hospidiag.

Sur un plan bilanciel, le fonds de roulement s'inscrit dans la continuité de l'exercice précédent. Il est de 3,71 M€ en 2015 après 3,77 M€ en 2014. Il en va de même du besoin en fonds de roulement qui est de 3,36 M€ en 2015 après de 3,55 M€ en 2014. Le niveau de trésorerie, qui résulte de la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement, est sensiblement identique fin 2015 à celui constaté fin 2014. De 354 K€ en 2015, il demeure fragile malgré le soutien de la tutelle de l'établissement. L'établissement a continué à se désendetter en 2015, n'ayant pas eu recours cette année à l'emprunt. Son endettement, qui reste important, est de près de 31 M€ en 2015 après 32,6 M€ en 2014.

6 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

6.1 L'évolution des effectifs

6.1.1 Le personnel non médical

Selon les données communiquées par l'établissement, l'effectif du personnel non médical est demeuré assez stable. Hors contrat aidés et intérim, il augmente de 2009 à 2014 de 21,41 équivalents temps plein (ETP), soit + 3,63 %. En intégrant les contrats aidés et l'intérim (converti en ETP) dont le poids est marginal, la hausse est de 10,57 ETP entre 2009 et 2014.

Tableau 41 : ETP par année et par statuts

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014 en ETP	Evolution 2009 / 2014 en %
Titulaires	496,74	498,36	505,45	524,71	516,17	511,89	15,15	3,05 %
CDD	86,37	78,49	73,19	69,70	87,93	92,39	6,02	6,97 %
CDI	5,91	9,60	6,16	6,74	6,22	6,15	0,24	4,06 %
Total hors contrat aidés et intérim	589,02	586,45	584,80	601,15	610,32	610,43	21,41	3,63 %
Contrats aidés	33,65	34,04	24,11	20,69	23,91	23,52	- 10,13	- 30,10 %
TOTAL GENERAL	622,67	620,49	608,91	621,84	634,23	633,95	11,28	1,81 %

Source : CHHB.

Le personnel soignant est principalement à l'origine de la hausse des effectifs entre 2009 et 2014 (tableau 42).

L'établissement a expliqué leur augmentation en 2012 par le renforcement du SMUR et la création de l'unité d'hospitalisation de courte durée (recrutement de 6 agents en 2012, 3 infirmières et 3 aides-soignantes). L'augmentation en 2013 de l'effectif de l'établissement résulte selon celui-ci de l'intégration de contrats aidés.

Tableau 42 : ETP par année et types de grades (hors contrats aidés et intérim)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2009 / 2014
Personnels de direction et administratifs	61,94	61,35	62,25	62,64	64,46	64,61	2,67
Personnels des services de soins	446,2	445,95	442,7	458,16	460,1	463,32	17,12
Personnels éducatifs et sociaux	5,13	4,15	5,35	4,53	4,5	5,65	0,52
Personnels médicot techniques	26,65	26,65	26,85	27,08	28,65	28,8	2,15
Personnels techniques et ouvriers	49,1	48,35	47,65	48,74	52,61	48,05	-1,05
TOTAL PNM	589,02	586,45	584,8	601,15	610,32	610,43	21,41

Source : CHHB.

6.1.2 Le personnel médical

L'effectif médical est quasi stable sur la période, avec une augmentation de 1,5 ETP, provenant principalement du recrutement de PH temps plein.

Tableau 43 : Effectifs médicaux en équivalent temps plein

STATUT PM	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Ecart 2009 / 2014
PH temps plein	26,8	26,7	28,4	27,9	28,9	29,4	2,6
PH temps partiel	5,3	5,2	4,3	4,3	3,7	4	- 1,3
Total PH	32,1	31,9	32,7	32,2	32,6	33,4	1,3
Assistants	0	0	0	0,3	1	1	1
Praticiens contractuels	10,9	10,2	8,2	9	9,5	10,8	- 0,1
Praticiens attachés	3,6	3,8	3,8	3,2	3,3	3,2	- 0,4
Praticiens attachés associés	3,2	3,3	2,8	2,2	2,3	2,9	- 0,3
Total autres praticiens	17,7	17,3	14,8	14,7	16,1	17,9	0,2
Total PM	49,8	49,2	47,5	46,9	48,7	51,3	1,5
Internes, FFI et étudiants	3,4	3,8	4,2	3,3	5,2	5,7	2,3

Source : CHHB.

Comme pour nombre d'établissements de santé, les difficultés du CHHB se concentrent en particulier sur les urgences et l'anesthésie, disciplines en tension, où l'établissement doit avoir recours à des contractuels voire à des intérimaires pour assurer le service des soins. Les vacances de poste à fin 2015 étaient les suivantes :

Tableau 44 : Estimation des postes vacants au 31/12/2015

Service ou discipline	Effectif théorique	Postes vacants
Gastro-entérologie	2,5	1,5
Cardiologie	1,5	1
Anesthésie	4,5	1,5
Urgences	9	2

Source : CHHB.

6.2 Le temps de travail du personnel non médical

Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié, relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements de santé prévoit que la durée du travail est fixée à 35 h par semaine, sur la base d'un décompte annuel de travail effectif de 1607 heures pour les agents à repos fixe, 1582 heures pour les agents en repos variable et 1560 heures pour les agents de nuit. Le protocole relatif à la réduction du temps de travail a été signé le 18 mars 2003 entre la direction et trois organisations syndicales. S'il donne un certain nombre d'éléments de décompte du temps de travail, il s'exonère de définir explicitement une obligation annuelle de temps de travail (OAT) en nombre d'heures à effectuer, s'avérant de ce fait peu transparent.

Après la suppression d'un jour exceptionnel de congés en 2005, les agents bénéficiaient encore d'un autre jour exceptionnel venant diminuer la durée légale du travail au sein de l'établissement. L'établissement n'appliquait pas par ailleurs le dispositif de la journée de solidarité prévu par la loi n° 2008-351 du 16 avril 2008 puisqu'il maintenait le lundi de pentecôte sans ôter un jour de RTT supplémentaire. Le directeur du CHHB, par directive interne du 20 décembre 2013, a repris la journée exceptionnelle restante et a supprimé un jour de RTT correspondant au lundi de pentecôte.

En pratique, le décompte de l'OAT tel qu'effectué par l'établissement pour l'exercice 2015 montre que le temps de travail demeure parfois inférieur à la durée légale, selon les catégories d'agents et les cycles de travail concernés. Tel est notamment le cas des agents à repos fixe en cycle de 4 semaines et des agents de nuit.

Tableau 45 : Temps de travail au CHHB par rapport à la réglementation

	Réglementation hors CHS et fractionnement (1)	OAT 2015 CHHB (2)	Ecart (1) -(2)
Agents repos fixe 35 heures	1607		
<i>Cycle hebdomadaire</i>	1607	1596	11
<i>Cycle mensuel</i>	1607	1596	11
<i>Cycle 4 semaines</i>	1607	1589	18
Agents repos variable 35 heures RV 10	1582		
<i>Cycle mensuel</i>	1582	1582	0
<i>Cycle 4 semaines</i>	1582	1575	7
Agents repos variable 35 heures RV 20	1582		
<i>Cycle mensuel</i>	1582	1582	0
<i>Cycle 4 semaines</i>	1582	1575	7
Agents de nuit 32 heures 30	1476		
<i>Cycle mensuel</i>	1476	1449	27
<i>Cycle 4 semaines</i>	1476	1443	33

Source : CRC d'après le décompte de l'OAT communiqué par l'établissement.

Par ailleurs, selon le protocole, un temps de pause de 40 minutes est inclus dans le temps de travail effectif dans des conditions qui apparaissent irrégulières. Ce temps de pause, qui concerne tous les agents, comprend les différentes pauses de la journée, les temps d'habillage et de déshabillage ainsi que le temps de repas. Or, le protocole indique que le temps de déjeuner est un temps « *permettant aux agents de se restaurer sans être dérangés ou de se restaurer en dehors du service, à partir de 11h30 et jusqu'à 14h* ». Cette disposition est contradictoire avec la définition du temps de travail effectif selon laquelle l'agent doit pouvoir être joint et rester à la disposition de son employeur. Le personnel non soignant n'est en outre pas concerné par l'obligation immédiat d'intervenir dans l'intérêt du service. Le dispositif en vigueur conduit à réduire en pratique de manière non négligeable la durée annuelle du temps

de travail. Déduction faite des temps d'habillage, déshabillage et pauses, le temps restant pour la pause déjeuner peut être estimé à 20 minutes. En prenant comme hypothèse que les agents arrivent effectivement à contenir leur pause repas dans ce laps temps de 20 minutes, la diminution du temps de travail occasionnée par le dispositif en vigueur sur le temps de travail est supérieure à 25 agents temps plein par an, sous réserve du caractère évaluatif de ce calcul qui a été corroboré par l'établissement³³.

En ce qui concerne le suivi du temps de travail, le CHHB n'a pas mis en place de système de badgeuse.

Dans sa réponse, l'établissement indique que « *le plan de redressement de la situation budgétaire de l'établissement passera nécessairement par la mise en conformité de l'OAT des salariés aux dispositions réglementaires* ».

6.3 L'absentéisme

L'absentéisme correspond aux absences du personnel pour motif médical (maladie ordinaire, accident du travail, maladies professionnelles), ainsi qu'aux absences en cas de maternité, paternité et adoption.

Le taux d'absentéisme du personnel non médical de l'établissement, qui était de 5,9 % en 2014, n'est pas problématique. Pour les dernières données comparables, il est de 6,14 % en 2013, inférieur au taux moyen d'absentéisme relevé par l'ATIH qui est de 7,8 % pour l'année 2013.

Tableau 46 : Taux global d'absentéisme PM et PNM (en %) sur la base du nombre de journées d'absence

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
PM	1,61	0,53	1,14	4,55	1,39	1,05
PNM	7,89	8,21	7,22	7,31	6,14	5,90

Source : CHHB.

Le taux d'absentéisme du PM est, sauf exception en 2012, inférieur à 2 %. Il est de 1,39 % en 2013 contre 3,2 % pour le taux moyen d'absentéisme tel qu'établi par l'ATIH.

6.4 L'avancement du personnel non médical

Le protocole d'accord relatif au règlement intérieur des commissions administratives paritaires locales rappelle la règle selon laquelle un tiers du personnel au maximum peut prétendre à l'avancement d'échelon à la durée minimale (lorsque sa valeur professionnelle le justifie). Les avancements appliqués durant la période sous contrôle respectent cette proportion.

Tableau 47 : Nombre d'agents par type d'avancement

Durée d'avancement	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Moyenne	102	124	130	116	132	158
Minimale	31	42	24	23	49	36

Source : CHHB.

Le protocole indique toutefois « *que les agents ne peuvent bénéficier d'un avancement à l'échelon minimum qu'à raison d'un échelon sur trois, c'est-à-dire toutes les trois prises* ».

³³ Agents en 37h30 : 211 jours* 20 minutes = 70 heures. (70 heures*391 agents)/1575 heures=17,4 ETP.
Agents en 35 heures : 225 jours * 20 minutes=75 heures. (75 heures*177 agents)/1575 heures = 8,4 ETP.

d'échelon ». Cette disposition a limité la possibilité d'un avancement différencié des agents dans les échelons selon leur valeur professionnelle. L'article 148 de la loi de finances pour 2016 du 29 décembre 2015 qui modifie l'article 67 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions de la fonction publique hospitalière prévoit désormais une seule durée d'avancement.

6.5 Le régime indemnitaire du personnel non médical

6.5.1 L'indemnité forfaitaire technique aux techniciens hospitaliers

Cette prime est régie par les décrets n° 91-871 du 5 septembre 1991 et n° 2013-102 du 29 janvier 2013, relatifs à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux agents du corps des techniciens et techniciens supérieurs de la fonction publique hospitalière. Elle se calcule par application d'un pourcentage sur le traitement mensuel brut indiciaire des membres du corps des techniciens hospitaliers. La circulaire DHOS/P2/236 du 24 mai 2004 précise que la NBI doit être exclue de la base de calcul. Or, pour deux techniciens hospitaliers sur quatre concernés, le CHHB a intégré la nouvelle bonification indiciaire (NBI) dans la base de calcul du montant de l'indemnité. En réponse, l'établissement précise que les modalités de calcul de l'indemnité ont été mises en conformité en juillet 2016 avec les dispositions de la circulaire afin d'exclure la NBI de la base de calcul.

6.6 La permanence des soins

6.6.1 La permanence des soins du personnel non médical

Le protocole relatif à la réduction du temps de travail définit le mode de rémunération des gardes et astreintes pour le PNM des services concernés (bloc opératoire, anesthésie, laboratoires, urgences...).

Les lignes d'astreintes sont rémunérées au taux horaire de 50 % de l'heure travaillée. Or selon les termes de l'article 1 du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte, une indemnisation au taux de 33 % n'est autorisée qu'« à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels [...] lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés ». En règle générale est admise à ce titre l'indemnisation au tiers pour les services de réanimation et du bloc opératoire, voire de l'imagerie, mais pas pour les autres services sauf contexte très spécifique et justifié par l'établissement.

Dans sa réponse, l'établissement a indiqué vouloir prendre en compte le constat effectué par la chambre dans ses mesures de retour à l'équilibre financier.

6.6.2 La permanence des soins du personnel médical

6.6.2.1 L'organisation et le dimensionnement du dispositif

Le dispositif de permanence des soins (PDS) du personnel médical mis en œuvre au CHHB s'organise comme suit :

Tableau 48 : Dispositif de permanence des soins

Discipline	Ligne de permanence effective	Ligne de permanence financée par l'ARS
Urgences	3 gardes senior	Autre financement
Anesthésie	1 garde senior	1 garde
Médecine/SSR	1 astreinte de sécurité	1 astreinte
Chirurgie orthopédique	1 astreinte opérationnelle	1 astreinte
Chirurgie viscérale	1 astreinte opérationnelle	
Maternité	1 astreinte opérationnelle	1 astreinte
Pédiatrie	1 astreinte opérationnelle	1 astreinte
Radiologie	1 astreinte opérationnelle	1 astreinte
Laboratoire	1 astreinte opérationnelle	
EHPAD	1 astreinte opérationnelle	

Source : CHHB.

L'établissement n'a pas été en mesure de produire de décisions du directeur arrêtant annuellement l'organisation de la PDS après avis de la commission médicale d'établissement (CME). Or, l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatifs aux modalités d'organisation et d'indemnisation de la permanence des soins en établissement public de santé prévoit que « le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de service et de département ou des responsables de structure. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement ».

Le dispositif de PDS du personnel médical n'a pas évolué pendant la période sous revue. L'établissement a admis que le dispositif mis en œuvre aux urgences et à la médecine était susceptible d'être optimisé. En ce sens, l'un des anciens ordonnateurs a indiqué avoir envisagé de mutualiser la permanence des soins de la médecine et des urgences, mais n'a pu concrétiser sa démarche. L'établissement met en œuvre une astreinte opérationnelle en chirurgie viscérale pour une faible activité représentant 20 à 30 cas par an intervenant dans le cadre de la permanence des soins. Une astreinte de sécurité, en lieu et place d'une astreinte opérationnelle, serait moins onéreuse pour l'établissement. La chambre s'interroge également sur la nécessité d'une astreinte opérationnelle au laboratoire et à l'EHPAD.

La mutualisation de la PDS entre le CHHB et le CH de Bourg-en-Bresse constituait l'un des nouveaux objectifs assignés au projet médical 2014-2018, tout en étant envisagé avec prudence en raison du temps de trajet entre les deux établissements et de conditions météorologiques pouvant s'avérer difficiles en hiver. Sa mise en œuvre ne serait pas superflue dans la mesure où le dispositif de PDS médicale du CHHB est fragilisé dans son fonctionnement par la nécessité de recourir à des praticiens contractuels sur des missions de courte durée en anesthésie, aux urgences, en obstétrique.

Le recours aux praticiens contractuels occasionne également des surcoûts. Le fonctionnement des urgences repose, selon les périodes, sur environ 25 à 30 % de personnel contractuels. La maternité, ayant connu fin 2015 deux départs de personnels permanents représentant 1,2 ETP, a vu également son fonctionnement fragilisé et dépendre du recrutement de contractuels. A titre particulier, la mise en place d'un PACS³⁴ entre les deux établissements offre l'opportunité d'une mutualisation de la PDS en radiologie, sous réserve de lever l'obstacle

³⁴ Picture archiving and communication system.

des échographies (possibilité de délégation d'un radiologue à un manipulateur après accord de la tutelle).

En réponse, l'établissement a indiqué, sans autre précision, qu'il avait prévu « *de mettre à jour les conditions de la permanence des soins* » en réunissant la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS).

6.6.2.2 Les modalités d'indemnisation des astreintes

L'établissement apparaît indemniser les astreintes dans des conditions parfois dérogatoires au droit au commun. Tel est le cas de certaines astreintes en fin de semaine qui sont rémunérées de manière forfaitaire en temps de travail additionnel (TTA), ce dont témoigne le compte rendu de la COPS du 3 mai 2013 qui s'attachait à recenser les dispositifs de garde et d'astreinte. Ce compte-rendu met en exergue qu'un demi-TTA est prévu pour rémunérer les samedis matins à l'EHPAD, en médecine/SSR et en chirurgie orthopédique. De plus, les samedi après-midi et la journée du dimanche donnent lieu au versement d'un TTA pour le praticien d'astreinte à l'EHPAD et en gynécologie.

L'établissement, comme les praticiens bénéficiant de TTA en fin de semaine consécutivement à des astreintes, mettent en avant un contexte médical fragile. L'existence d'accords anciens entre praticiens et la direction est également parfois évoquée. Les praticiens concernés ont fait en outre état de visites régulières qu'ils effectueraient en fin de semaine sur site (établissement principal, EHPAD d'Oyonnax et de Nantua) dans le cadre de leurs responsabilités médicales ou de responsabilités particulières diverses, autant d'éléments qui seraient, selon eux, de nature à justifier le versement de TTA.

La chambre relève toutefois que les situations constatées apparaissent davantage procéder d'une rémunération forfaitaire que d'une authentique procédure d'astreinte reposant sur des déplacements motivés par des appels. L'indemnisation de déplacements liés à l'exercice de responsabilités ne sauraient en particulier faire l'objet du versement de TTA.

L'établissement est invité à réunir la COPS comme il a indiqué l'envisager afin de clarifier les modalités d'indemnisation de la permanence des soins.

Par ailleurs, la période de décompte et de versement des TTA est irrégulière, qu'elle concerne la permanence des soins ou plus largement le temps de travail médical. L'arrêté du 30 avril 2003 et la circulaire DGOS/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 explicitant cet arrêté précisent que les indemnités de TTA sont calculées et, le cas échéant, servies par quadrimestre, une fois constaté que les obligations de service du médecin ont été remplies en moyenne sur ces quatre mois. Dans sa réponse, l'établissement a indiqué vouloir mettre en conformité les modalités d'indemnisation du temps de travail additionnel en effectuant un décompte et une indemnisation à quadrimestre échu.

6.7 La rémunération des praticiens contractuels

L'établissement fait appel à des médecins contractuels, notamment pour assurer la permanence des soins (principalement au service des urgences et en anesthésie). Ces médecins semblent avoir été recrutés le plus souvent par l'intermédiaire d'une agence d'interim plutôt que directement par l'établissement.

L'examen d'un échantillon de contrats de recrutement du personnel médical contractuel et de la paye des praticiens contractuels entre 2009 et 2014 permet de mettre en évidence que le surcoût est important pour l'établissement. Ainsi en 2013 un praticien contractuel anesthésiste recruté par le CHHB pour 7 jours a perçu une rémunération nette, hors frais de déplacements éventuels, de 5 440 €. Un anesthésiste recruté pour une journée a perçu 680 € nets. Pour

24 heures au service des urgences, des praticiens ont été rémunérés dans une fourchette de revenus allant de 1 060 à 1 590€ nets. Un praticien contractuel en anesthésie au 4^{ème} échelon a perçu 79 862 € de rémunération nette annuelle pour une période de travail pouvant être estimée à 83 jours selon les relevés communiqués par l'établissement.

Ces situations s'éloignent de la réglementation, selon laquelle aux termes de l'article R. 6152-416 un praticien contractuel est rémunéré comme un praticien hospitalier en début de carrière et peut percevoir une rémunération majorée jusqu'à l'échelon 4 du grade de praticien hospitalier + 10 % supplémentaires (soit environ 3 911 € nets mensuels hors déplacements ou sujétions éventuelles).

Dans sa réponse, qu'elle concerne la rémunération des contractuels ou la permanence des soins, l'établissement a indiqué que *« la Cour de discipline budgétaire et financière a reconnu que des établissements peu ou pas attractifs, puissent se trouver contraints pour assurer la continuité du service public hospitalier, de consentir des rémunérations dérogatoires du droit commun (arrêt du CE 2009, centre hospitalier de Fougères) »*. La chambre relève que le recours à des modalités de rémunérations dérogatoires au droit commun conserve par définition un caractère irrégulier. Elle observe également que la jurisprudence de la Cour de discipline budgétaire et financière prend en compte le niveau d'information de la tutelle par les établissements lorsque ceux-ci sont conduits à déroger au droit commun en raison d'un déficit d'attractivité.

6.8 L'activité libérale

Il s'agit d'un mode d'exercice autorisant les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé à y exercer une activité libérale. Le code de la santé publique fixe deux conditions à ce mode d'exercice. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire des praticiens et le nombre de consultations et actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et actes effectués au titre de l'activité publique.

La commission de l'activité libérale (CAL) s'est réunie trois fois durant la période sous contrôle : en 2012, 2014 et 2015. Selon le compte rendu de la CAL de 2012, la commission ne s'était pas réunie précédemment de 2006 à 2011.

Pour les années sur lesquelles des éléments ont pu être communiqués à la chambre, les documents fournis à la chambre montre que les praticiens exerçant pour partie en libéral (5 en 2014, 4 en 2013) respectent ces conditions, en tout cas pour 2011, 2013 et 2014. L'établissement n'a en revanche pas été en mesure de communiquer les mêmes données concernant les années 2009, 2010 et 2012.

7 ANNEXES

7.1 Annexe 1 : glossaire

A

AOT : autorisation d'occupation temporaire
 ARH : agence régionale de l'hospitalisation
 ARS : agence régionale de santé
 AS : aide-soignante
 ATIH : agence technique d'information sur l'hospitalisation

B

BFR : besoin en fonds de roulement

C

CAF : capacité d'autofinancement
 CAL : commission d'activité libérale
 CET : compte épargne temps
 CH : centre hospitalier
 CHHB : centre hospitalier du Haut-Bugey
 CHT : communauté hospitalière de territoire
 CLM : congé longue maladie
 CLD : congé longue durée
 CME : commission médicale d'établissement
 CNSA : caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
 COPS : commission d'organisation de la permanence des soins
 CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
 CRP : compte de résultat principal
 CRA : compte de résultat annexe

D

DAC : dotation annuelle complémentaire
 DAF : dotation annuelle de financement
 DGF : dotation globale de fonctionnement
 DHOS : direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
 DGOS : direction générale de l'offre de soins
 DMS : durée moyenne de séjour
 DRH : direction des ressources humaines

E

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses
 ETP : équivalent temps plein

F

FIR : fonds d'intervention régional
 FRNG : fonds de roulement net global

G

GCS :	groupement de coopération sanitaire
GHS :	groupe homogène de séjour
GHT :	groupements hospitaliers de territoire
GIE :	groupement d'intérêt économique
GHT :	groupement hospitalier de territoire

H

HAD :	hospitalisation à domicile
HC :	hospitalisation complète
HPST :	hôpital, patient, santé, territoire (loi)

I

ICR :	indice de coût relatif
IPDMS :	indice de performance durée moyenne de séjour
IDE :	infirmier(e) diplômé(e) d'Etat
IRM :	imagerie par résonnance magnétique

M

MCO :	médecine, chirurgie, obstétrique
MIGAC :	missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation

P

PACS :	picture archiving and communication system
PASA :	pôles d'activité et de soins adaptés en maison de retraite
PDS :	permanence des soins
PGFP :	plan global de financement pluriannuel
PM :	personnel médical
PNM :	personnel non médical

R

RIA :	relevé infra annuel
RSA :	résumé de sortie anonyme

S

SMUR :	service mobile d'urgence et de réanimation
SROS :	schéma régional d'organisation des soins
SSIAD :	service de soins infirmiers à domicile
SSR :	soins de suite et réadaptation

T

T2A :	tarification à l'activité
TBFEPS :	tableau de bord financier des établissements publics de santé
TIM :	technicien de l'information médicale
TTA :	temps de travail additionnel

U

UHCD :	unité d'hospitalisation de courte durée
USC :	unité de soins continus
USLD :	unité de soins de longue durée

7.2 Annexe 2 : rattachement des charges et les reports de charges

Tableau 49 : Rattachements de charges

Comptes	2009	2010	2011	2012	2013	2014
SC 408 fournisseurs – factures non parvenues	145 190	55 000	302 948	289 953	812 135	1 346 884
60 achats	6 103 857	6 615 546	6 552 320	6 941 993	6 616 805	7 863 441
61 services extérieurs	2 724 303	2 919 926	2 903 953	3 056 118	3 102 564	3 110 407
62 autres services extérieurs	3 597 926	3 573 877	3 715 293	3 820 605	3 493 201	3 524 581
Total	12 426 086	13 109 349	13 171 566	13 818 716	13 212 570	14 498 429
Taux factures non parvenues / total	1,2 %	0,4 %	2,3 %	2,1 %	6,1 %	9,3 %

Source : comptes financiers.

Tableau 50 : Reports de charges

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Comptes de charges sur exercices antérieurs						
6721 charges de personnel	7 949	22 633	21 185	16 624	9 474	9 957
6722 charges médicales	33 460	62 869	19 338	74 213	12 555	8 964
6723 charges hôtelières et générales	3 238	29 671	4 345	23 245	5 925	23 213
6728 autres charges	5 288	301 675	10 815	9 738	1 087	1 344
Total :	49 935	416 848	55 683	123 820	29 041	43 478
Indicateur R45 TBFEPs taux de charges sur exercices antérieurs	0,1 %	0,8 %	0,1 %	0,2 %	0,1 %	0,1 %

Source : comptes financiers.

7.3 Annexe 3 : solde intermédiaire de gestion du budget principal

Tableau 51 : exprimé en k€

Exercices	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	20 308	21 356	20 528	20 833	21 337	22 118
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0	0	0	0
Sous-total MCO & HAD (A + B)	20 308	21 356	20 528	20 833	21 337	22 118
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	3 598	3 980	4 270	4 327	4 549	4 519
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	23 906	25 335	24 798	25 160	25 886	26 636
+ MIGAC et FIR	2 089	1 921	1 715	1 820	2 084	2 141
+ Forfaits annuels	1 294	1 294	1 129	1 296	1 131	1 131
+ Dotation annuelle de financement (DAF)	1 769	1 735	1 709	1 677	1 689	1 690
+ Ventes de marchandises	566	934	1 081	1 247	958	2 212
+ Autres produits	3 244	3 275	3 367	3 279	2 950	3 135
Produits bruts d'exploitation hors aides	32 868	34 494	33 799	34 479	34 698	36 945
Consommations en provenance de tiers	5 346	5 794	5 771	6 137	5 756	7 012
+ Charges externes	3 351	3 359	3 409	3 640	3 766	3 746
- Consommations intermédiaires	8 697	9 153	9 180	9 777	9 522	10 758
VALEUR AJOUTEE hors aides	24 171	25 341	24 619	24 702	25 176	26 187
+ Subventions d'exploitation	18	28	83	50	63	1 042
- Impôts et taxes	4	4	7	4	1	1
- Charges de personnel (en net)	24 956	24 998	25 465	26 025	26 005	26 666
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION hors aides	-771	367	-770	-1 276	-767	563
+ Autres produits de gestion courante	269	184	214	61	88	51
- Autres charges de gestion courante	103	75	83	112	89	1 125
MARGE BRUTE	-605	476	-640	-1 328	-768	-512
Taux de marge brute (marge / produits courant)	-1,84%	1,38%	-1,89%	-3,85%	-2,21%	-1,39%
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	81	0	0	27	0	0
- Dotations aux amortissements	3 378	3 232	3 079	2 925	2 690	2 639
- Dotations aux provisions et dépréciations	50	50	151	545	0	194
RESULTAT D'EXPLOITATION hors aides	-3 952	-2 806	-3 869	-4 771	-3 457	-3 346
+ Produits financiers	11	0	0	0	0	0
- Charges financières	1 533	1 502	1 458	1 416	1 351	1 325
RESULTAT COURANT hors aides	-5 474	-4 308	-5 327	-6 187	-4 808	-4 671
+ Produits exceptionnels	3 586	3 475	1 871	2 684	2 014	1 499
- Charges exceptionnelles	1 629	1 966	1 611	2 208	1 885	1 526
RESULTAT EXCEPTIONNEL hors aides	1 957	1 509	259	476	129	-27
RESULTAT NET hors aides	-3 517	-2 799	-5 068	-5 711	-4 680	-4 698
Aides exceptionnelles	1 000	1 000	1 000	1 000	1 000	2 000
Aides à l'investissement pour la reconstruction bâtiment principal	1 337	1 337	1 337	1 337	1 337	1 337
RESULTAT NET après aides ARS	-1 180	-462	-2 731	-3 374	-2 343	-1 361

Source : CRC. Retraitement à partir des TBFEPS et des rapports financiers du comptable.

7.4 Annexe 4 : évolution des composantes du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement

Tableau 52 : Les composantes du fonds de roulement

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Capitaux propres	18 065 251	18 085 991	18 106 148	18 479 678	19 982 838	19 914 504
Amortissements et provisions	24 894 443	26 983 032	30 203 272	34 171 247	37 550 110	40 920 211
Dettes financières	40 531 008	38 991 886	37 426 846	35 871 677	34 391 170	32 858 451
Financements stables	83 490 702	84 060 909	85 736 266	88 522 602	91 924 118	93 693 166
immobilisations incorporelles	251 351	567 108	508 189	513 725	513 725	572 590
immobilisations corporelles	78 656 891	79 467 329	78 597 812	79 874 688	80 706 967	81 352 155
immobilisations financières	55 158	55 458	56 943	57 163	56 163	56 163
Biens stables	78 963 400	80 089 895	79 162 944	80 445 576	81 276 855	81 980 908
financements stables d'exploitation	872 661	751 264	-1 732 922	-4 974 407	-6 709 731	-7 572 080
biens stables d'exploitation	368 174	368 174	368 174	368 174	368 174	368 174
total des financements stables	84 363 363	84 812 173	84 003 344	83 548 195	85 214 387	86 121 086
total des biens stables	79 331 574	80 458 069	79 531 118	80 813 750	81 645 029	82 349 082
fonds de roulement net global	5 031 789	4 354 104	4 472 226	2 734 445	3 569 358	3 772 000
variation du FRNG		-677 685	118 122	-1 737 781	834 913	202 646

Source : rapports financiers du comptable.

Tableau 53 : Les composantes du besoin en fonds de roulement

Actif	2009	2010	2011	2012	2013	2014
stocks	361 490	320 452	295 922	324 428	382 333	387 480
hospitalisés et consultants	1 266 798	1 391 420	1 327 073	1 280 243	1 354 859	1 415 585
caisses de sécurité sociale	5 288 261	3 964 056	5 857 066	5 234 736	5 615 752	5 165 130
Départements	479 733	224 450	318 612	300 143	246 034	9 957
mutuelles et autres tiers payant	995 272	765 058	975 560	1 370 178	1 391 888	670 945
créances irrécouvrables admises en non-valeur	0	0	0	0	0	0
Etat et collectivités locales	0	12 620	0	2 709	3 639	14 808
Autres créances	1 459 609	1 353 030	1 175 009	1 748 752	895 987	1 138 447
Dépenses à classer	11 121	10 755	157	25 965	504	1 800
Créances	9 862 284	8 041 841	9 949 399	10 287 154	9 890 996	8 804 152
Passif	2009	2010	2011	2012	2013	2014
dettes fournisseurs et comptes rattachés	1 681 977	1 528 412	1 664 023	2 206 742	2 029 184	1 999 313
dettes fiscales et sociales	1 358 364	1 322 591	1 336 368	1 380 349	1 275 311	835 540
avances reçues	134 254	5 430	721	1 722	2 844	11 224
dettes sur immobilisations et comptes rattachés	361 123	2 332	14 398	103 967	155 540	186 350
autres dettes diverses	224 751	280 025	1 562 004	1 597 248	4 400 647	2 163 494
recettes à classer ou à régulariser	1 520 551	268 626	340 564	3 522 494	624 101	56 643
Dettes	5 281 020	3 407 416	4 918 078	8 812 522	8 487 627	5 252 564
Besoin en fonds de roulement	4 581 264	4 634 425	5 031 321	1 474 632	1 403 369	3 551 588

Source : rapports financiers du comptable.