



Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER DE MORTAGNE-AU-PERCHE

(Département de l'Orne)

Exercices 2014 à 2018

Observations délibérées le 21 juillet 2020

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| Synthèse | 1 |
| Principales recommandations | 2 |
| I. Rappel de la procédure et éléments de méthodologie | 2 |
| II. Le cadre stratégique et l'activité de l'établissement | 3 |
| A. Le cadre stratégique | 3 |
| 1. Le cadre démographique et épidémiologique | 3 |
| 2. L'établissement dans l'organisation sanitaire régionale | 3 |
| 3. Les outils du pilotage et leur suivi | 4 |
| B. L'activité | 6 |
| 1. L'évolution de l'activité | 6 |
| 2. Le recrutement des patients..... | 7 |
| III. L'organisation interne | 9 |
| A. Les organes de direction et de consultation | 9 |
| B. Les obligations réglementaires | 9 |
| 1. L'activité de médecine..... | 9 |
| 2. L'activité de soins de suite et de réadaptation..... | 10 |
| 3. L'activité d'hébergement de personnes âgées | 11 |
| C. Le recrutement de médecins contractuels | 11 |
| IV. La régularité et la sincérité des comptes | 13 |
| A. L'information financière | 13 |
| 1. L'approbation du compte financier et l'affectation des résultats | 13 |
| 2. La qualité des annexes financières | 13 |
| B. La régularité des écritures comptables | 13 |
| 1. Les écritures de flux entre budget principal et budgets annexes..... | 13 |
| 2. Les écritures de rattachement à l'exercice | 13 |
| C. Les provisions | 14 |
| 1. Les provisions pour créances contentieuses..... | 14 |
| 2. Les provisions pour litiges et risques et pour gros entretien..... | 14 |
| 3. Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps | 15 |
| D. Le suivi du patrimoine | 15 |
| V. La situation financière | 16 |
| A. L'exploitation | 16 |
| 1. Le budget principal de médecine et SSR..... | 16 |
| 2. Le budget annexe de l'EHPAD..... | 18 |
| 3. La situation consolidée..... | 19 |
| B. L'investissement..... | 19 |
| 1. Le financement des dépenses d'investissement | 19 |
| 2. Les ressources | 20 |
| 3. Les agrégats du bilan | 22 |
| Annexe | 23 |

SYNTHESE

Le centre hospitalier (CH) de Mortagne-au-Perche est situé au sud du département de l'Orne, dans une zone marquée par le vieillissement de la population et le déclin de la démographie médicale. C'est un hôpital dit de proximité, qui assure des soins de médecine, dont un service d'urgence, de 44 lits, de suite et de réadaptation, de 58 lits, et dispose d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 227 lits. Ses recettes étaient en 2018 de l'ordre de 28,7 M€, toutes activités confondues.

L'établissement est bien inséré dans le cadre stratégique régional sanitaire. Il fait partie d'une structure de coopération dénommée « groupement hospitalier de territoire – GHT - Orne Perche Saosnois » qui regroupe plusieurs établissements de santé proches afin de définir un projet médical partagé et des partenariats de gestion. Le CH s'est en outre engagé dans une structure de coopération avec la médecine de ville, qui lui permettra d'améliorer entre autres la pertinence de ses admissions et des sorties d'hospitalisation.

Sa stratégie interne s'inscrit dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'agence régionale de santé, et du projet d'établissement, élaboré en interne. Ces documents ont notamment pour but de conforter le rôle de l'établissement dans son territoire, par des partenariats, de nouveaux services à la population - consultations avancées, hôpital de jour, télémédecine -, et de mettre en place un projet de recrutement médical.

L'activité de l'établissement est soutenue pour l'ensemble de ses services, en termes de nombre de journées et de taux d'occupation, qui sont élevés. Les durées moyennes de séjour, en hausse en médecine et en soins de suite, restent à des niveaux corrects au regard des ratios régionaux. Ces services souffrent toutefois d'un sous-effectif médical lié à des difficultés de recrutement, qui obligent l'établissement à avoir recours à des médecins contractuels (30 contrats en 2018, représentant 52 % des charges de personnel médical en 2018), avec des rémunérations systématiquement supérieures au plafond légal.

Le surcoût de la rémunération des médecins contractuels explique une partie du déficit du budget des services de médecine et de soins de suite. La situation financière de l'établissement s'est en effet dégradée depuis 2014, sous l'effet de la hausse des dépenses de personnel. L'exploitation est désormais structurellement déficitaire, et la capacité d'autofinancement a atteint en 2018 un niveau qui ne permet plus de couvrir le remboursement du capital des emprunts. La trésorerie était faible fin 2018, préfigurant de potentielles difficultés de couverture des charges. L'endettement est en outre important, indice supplémentaire de la faible marge de manœuvre financière de l'établissement. Ce dernier devra mettre en œuvre ses projets visant à attirer et fidéliser des effectifs médicaux, réduire ses charges de fonctionnement, tout en améliorant ses recettes grâce à la qualité du codage de l'activité. Les actions de mutualisation au sein du GHT représentent en ce sens des opportunités d'amélioration d'une situation financière en voie de dégradation.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

- 1 - Suivre la mise en œuvre du projet d'établissement et en rendre compte ;
- 2 - mettre en œuvre les actions prévues au projet d'établissement pour pallier les difficultés de recrutement médical et atténuer, dans le cadre du GHT, le recours aux contractuels ;

OBLIGATIONS DE FAIRE

- 3 - signer des conventions avec des établissements appropriés pour l'orientation des patients du service de soins de suite et de réadaptation ;
- 4 - procéder à la nomination du médecin-coordonnateur de l'EHPAD ;
- 5 - adopter un plan pluriannuel d'entretien pour les charges de gros entretien déjà provisionnées en vue de travaux.

I. RAPPEL DE LA PROCÉDURE ET ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Mortagne-au-Perche (Orne) pour les années 2014 à 2018. Par lettre en date du 12 septembre 2019, le président de la chambre en a informé M. Hervé Levert, directeur. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 16 décembre 2019 entre M. Levert et le rapporteur.

Ce contrôle s'inscrit dans le cadre d'une enquête interne à la chambre sur le contrôle de petits hôpitaux offrant des services de soins de proximité sur le territoire. Le contrôle a porté sur l'insertion de l'hôpital dans son environnement, l'activité de l'établissement, la fiabilité des comptes et la situation financière. Une thématique supplémentaire a fait l'objet d'investigations, celle du recrutement de médecins contractuels, qui constitue un enjeu pour la gestion de l'établissement, voire sa principale faiblesse.

Lors de sa séance du 28 janvier 2020, la chambre a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 2014 à 2018. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Hervé Levert, directeur, et à l'agence régionale de santé (ARS) de Normandie pour les parties qui la concernent.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a arrêté, le 21 juillet 2020, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au directeur en fonction. Ce rapport devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

II. LE CADRE STRATÉGIQUE ET L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

A. Le cadre stratégique

1. Le cadre démographique et épidémiologique

Le centre hospitalier de Mortagne-au-Perche est situé au sud du département de l'Orne, à une trentaine de kilomètres d'Alençon. Sa zone d'attractivité¹ est composée de six communes, dont la principale, Mortagne-au-Perche, a une population de 4 160 habitants, et dont la population totale est de 12 447.

Le territoire mortagnais est un territoire à faible densité de population. Le projet d'établissement souligne que l'augmentation de la part des habitants de plus de 85 ans va être importante alors que la part des actifs est appelée à diminuer de façon sensible. L'INSEE estime que 10 % de la population du département de l'Orne aura plus de 80 ans en 2032.

Le centre hospitalier est relativement distant des établissements environnants, les centres hospitaliers de L'Aigle (31 kilomètres), d'Alençon (37 km), d'Argentan (55 km), du Mans (91 km) et le centre hospitalier universitaire de Caen (113 km). Il est géographiquement proche du centre hospitalier de Bellême, avec lequel il est en direction commune depuis 2010. Le centre hospitalier d'Alençon est le plateau technique de référence du territoire.

A ce relatif isolement s'ajoute la faiblesse de la densité de l'offre de soins en médecine de ville (7,2 pour 10 000 habitants² contre 11 en moyenne nationale). Cette tendance risque en outre de s'accroître, l'âge moyen des médecins de ville étant de 57 ans, et 18 % des médecins généralistes atteignant prochainement l'âge de la retraite (source : projet d'établissement).

L'établissement est donc situé dans une zone dont la population est âgée et peu desservie par des services de santé.

2. L'établissement dans l'organisation sanitaire régionale

Le centre hospitalier de Mortagne-au-Perche est un hôpital de proximité au sens de l'article R. 6111-24 du code de la santé publique, statut conditionné par l'exercice d'une activité réduite de médecine, l'absence d'activité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique et un territoire caractérisé par des difficultés démographiques ou sociales.

Il appartient au territoire de santé du département de l'Orne et au groupement hospitalier de territoire (GHT) dénommé « Orne-Perche-Saosnois », qui comprend également le centre hospitalier d'Alençon-Mamers (établissement support), le centre psychothérapeutique de l'Orne à Alençon, le centre hospitalier de Bellême et le centre hospitalier de Sées.

L'objectif du GHT est de rassembler les établissements partenaires pour qu'ils établissent un projet médical partagé, un outil de coopération destiné à développer une stratégie de groupe entre établissements publics au sein d'un territoire.

¹ Zone dont la population représente 80 % de l'activité de l'établissement.

² Source : projet médical partagé du GHT.

La convention de GHT, renouvelable par tacite reconduction, a été signée par les directeurs des cinq établissements le 28 juin 2016, pour une durée de dix ans. Elle fixe cinq priorités au projet médical partagé du GHT : la permanence des soins (urgences, soins non programmés), la filière gériatrique (urgences, soins de suite et de réadaptation), les consultations avancées médico-chirurgicales psychiatriques, la filière d'addictologie et la prise en charge de la douleur et des soins palliatifs. Le projet médical partagé du GHT a été approuvé par l'avenant n° 1 du 30 juin 2017. Une liste de fonctions mutualisées (système d'information hospitalier, gestion d'un département d'information médicale de territoire, fonction achats, actions de formation, imagerie médicale, biologie médicale et pharmacie) a été définie par un avenant n° 2, du même jour.

Deux ans après son adoption, la mutualisation des fonctions identifiées est en cours de mise en œuvre. Le projet le plus abouti est celui de la convergence des systèmes d'information, pour laquelle un schéma directeur des systèmes d'information commun a été élaboré. Les achats sont progressivement mutualisés au sein de l'établissement support depuis le 1^{er} janvier 2018. Tous les marchés d'un montant supérieur à 25 000 € sont mutualisés. Un laboratoire d'analyses médicales commun a été constitué. Outre ces actions de mutualisation, des projets visant à pallier la pénurie médicale des établissements du GHT ont été engagés pour la télémédecine, le service de santé au travail et la médecine du travail. L'absence de médecin du travail au sein de l'établissement, et la pénurie d'offre, ont motivé l'engagement d'un projet de service de médecine du travail au sein du GHT.

Enfin, en lien avec la politique de coopérations définie au projet d'établissement, le centre hospitalier a passé des conventions de partenariat avec d'autres hôpitaux, sous forme de groupements de coopération sanitaire (GCS), et avec le GCS de logistique de l'Orne pour l'activité de blanchisserie. La coopération est mise en œuvre depuis 2019 et a donné lieu au transfert de quatre agents de l'établissement au GCS. L'établissement considère que ce groupement génère des économies par rapport au coût du maintien de ce service dans l'établissement, qui aurait nécessité des investissements.

Un partenariat avec la médecine de ville, besoin identifié par le GHT et le projet d'établissement, est en cours d'élaboration sous forme de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), nouvel outil de coopération entre médecins libéraux et établissements publics de santé créé par la loi, dans lequel l'établissement de Mortagne est un des premiers à s'engager. Le partenariat est en cours de création et devrait permettre à l'établissement de dialoguer avec les médecins afin d'améliorer la pertinence des entrées des patients, le recours aux médecins traitants et les sorties d'hospitalisation.

Le GHT et ses potentialités de mutualisation, ainsi que le projet de partenariat avec la médecine de ville, répondent à l'essentiel des enjeux de gestion de l'établissement.

3. Les outils du pilotage et leur suivi

a. *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens*

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) déterminent les orientations stratégiques des hôpitaux sur la base du projet régional de santé, en lien avec le schéma régional de santé, en fixant notamment les objectifs quantitatifs et qualitatifs des activités de soins et équipements en matériels lourds. Ils constituent également le support principal du dialogue entre l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS).

L'établissement et l'ARS ont signé un contrat pour la période 2014-2019. Ce document comporte trois grands axes – structurer une offre de santé graduée, conforter une organisation des soins territorialisée et mutualisée, décloisonner les prises en charge -, déclinés en objectifs opérationnels, dont réduire le nombre et la durée des hospitalisations complètes, mettre en œuvre la direction commune en créant de nouveaux partenariats, mettre en place de nouvelles consultations avancées, créer des partenariats avec la médecine de ville. Le contrat fixe également des objectifs et des indicateurs en termes de pilotage financier (taux de marge brute, avec un objectif fixé à 6 % en 2018, maîtrise de la masse salariale, avec un taux de croissance inférieur à 2 % entre 2014 et 2018).

Certains objectifs ont été atteints, notamment l'augmentation de l'activité d'hospitalisation de jour en SSR spécialisé, la prise en charge de la douleur en SSR polyvalent, la formation à la gestion de crise. D'autres - coopération avec la médecine de ville, développement de la direction commune - sont en voie de réalisation. En revanche, certains objectifs n'ont pas été atteints, comme la réduction du nombre et de la durée des hospitalisations complètes et la création de nouvelles consultations avancées.

b. Le projet d'établissement et le programme d'actions qualité et sécurité des soins

L'article L. 6143-2 du code de la santé publique prévoit que les établissements publics de santé élaborent un projet d'établissement qui définit la politique générale de l'établissement sur la base du projet médical et pour une durée maximale de cinq ans.

L'établissement a défini un projet d'établissement pour la période 2010-2014 et un autre pour la période 2016-2020.

Le projet d'établissement en vigueur s'appuie sur un projet médical. Ce dernier a été élaboré sur la base d'une concertation interne, après réalisation d'un diagnostic socio-démographique et sanitaire du territoire. Il décline quatre orientations : assurer le développement de la filière gériatrique, assurer le positionnement de l'établissement sur le territoire, mettre en œuvre une réponse adaptée aux nouvelles orientations de santé, assurer un développement pérenne du centre hospitalier.

Ces orientations doivent se traduire par un certain nombre d'actions. Les deux principes de base qui les sous-tendent, en réponse aux faiblesses de l'établissement, sont « *le recrutement médical, impératif majeur et urgent et la fidélisation des praticiens hospitaliers recrutés* » et l'ouverture du centre hospitalier sur son territoire.

Au titre des actions les plus significatives, la première orientation devait se traduire notamment par la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie, d'un centre d'évaluation gériatrique, et d'un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA). La deuxième impliquait la mise en place de partenariats avec la médecine de ville, les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) et centres hospitaliers du territoire, l'organisation du parcours de soins des patients en réseau, le développement de consultations avancées et de la télémédecine. La troisième comportait, entre autres, des actions de développement d'un secteur d'hospitalisation de jour et le développement de la prise en charge en addictologie. Enfin, la quatrième orientation supposait la mise en place d'un projet de recrutement médical, afin d'attirer et fidéliser les équipes médicales.

Les actions de la deuxième orientation, relatives à la mise en place de partenariats avec la médecine de ville et les autres établissements ont été ou sont en cours de mise en œuvre à travers le CPTS et le GHT. L'établissement a en outre ouvert de nouvelles consultations avancées en cardiologie, chirurgie viscérale et ORL, et s'est engagé dans la mise en place de la télémédecine dans le cadre d'un appel à projet de l'ARS. Les autres actions, relatives notamment au développement de la prise en charge gériatrique, de l'hospitalisation de jour, d'un projet de recrutement médical, n'ont pas été mises en œuvre. Le projet de création d'un service d'hospitalisation de jour est conditionné par des travaux sur les bâtiments qui devraient être réalisés en 2021.

L'établissement a enfin élaboré un document intitulé « programme d'actions qualité et sécurité des soins », mis à jour annuellement. Relatives essentiellement à la qualité et à la sécurité des soins, ces actions concernent également le pilotage ou la stratégie de l'établissement. Elles ne reprennent toutefois pas celles du projet d'établissement.

La chambre observe que le projet d'établissement est cohérent avec le CPOM et le projet médical partagé du GHT, et que ses objectifs répondent aux enjeux de l'établissement. Elle recommande toutefois à ce dernier de suivre la mise en œuvre du projet d'établissement de manière formalisée et d'en rendre compte devant les instances décisionnelles, conseil de surveillance et directoire notamment.

B. L'activité

L'établissement dispose d'un service de médecine de 42 lits en hospitalisation complète, de 2 places d'hôpital de jour, d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalent de 42 lits, d'un service de SSR spécialisé de 16 lits, et d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 227 lits.

L'ensemble de l'activité est réalisé sur un seul site, à l'exception de l'EHPAD.

1. L'évolution de l'activité

a. *Les services de médecine-urgence*

L'activité mesurée en nombre de journées a nettement progressé pour les services de médecine et d'urgence (UHCD – unité d'hospitalisation de courte durée), de 10 % entre 2014 et 2018, soit 1 306 journées supplémentaires. Cette progression concerne le service de médecine, celui des soins palliatifs et celui de l'UHCD, mais provient essentiellement du service médecine, en toute logique puisque c'est le service qui comporte le plus de lits.

Cette progression du nombre de journées va toutefois de pair avec une baisse du nombre de séjours, mesurée en nombre d'entrées, de 1 375 en 2014 à 1 348 en 2018. La hausse de l'activité, traduite par l'évolution du nombre de journées, découle donc de l'augmentation de la durée moyenne de séjour.

Les durées moyennes de séjour (DMS) se sont allongées depuis 2014, notamment en médecine où elles sont passées de 8,8 en 2014 à 10 en 2018. Cette durée moyenne de séjour, relativement élevée par rapport à la moyenne des établissements de référence traitant les mêmes types de cas, découle selon l'établissement du profil des patients pris en charge, qui ont un âge avancé et des polyopathologies. En 2018, 70,27 % des hommes et 64,19 % des femmes hospitalisés avaient entre 71 et 100 ans³. D'après l'établissement, pour la tranche d'âge 70-80 ans, la moyenne nationale de la durée moyenne de séjour est de 10,5 jours, et pour les plus de 80 ans de 11,9, ce qui situe l'établissement dans une moyenne acceptable.

Enfin, les taux d'occupation augmentent de manière significative, de 80 % au total en 2014 à 89 % en 2018. Cette progression est constatée pour tous les services, et aboutit en 2018 à un taux de 117 % pour le service de l'UHCD.

³ Source : rapport d'activité 2018.

b. Le service des soins de suite et de réadaptation

Les tendances sont identiques pour le service de soins de suite et de réadaptation (SSR). Le nombre de journées est en hausse depuis 2014 (+ 4 %), à rapprocher de la baisse des entrées, qui passent de 452 en 2014 à 406 en 2018. Cette diminution n'est constatée qu'en 2018, celles de l'année 2017 étant de 489.

En toute logique, la durée moyenne de séjour augmente, de 28 à 33 jours. Enfin, le taux d'occupation progresse de 84 % à 88 %.

La croissance de la durée moyenne de séjour, qui était en 2018 à un niveau proche de la moyenne régionale, s'explique par la prise en charge de patients le plus souvent âgés (moyenne de 81 ans - source rapport d'activité 2018), de plus en plus dépendants, souffrant de pathologies lourdes ou de polyopathologies rendant le retour à domicile plus difficile, mais aussi par la difficulté de trouver des solutions d'aval (EHPAD, structures spécialisées, nombre limité de prises en charge par le service de soins infirmiers à domicile ou par le service d'hospitalisation à domicile). Le rapport d'activité 2018 de l'établissement mentionne le fait que la population accueillie est vieillissante, de plus en plus dépendante et parfois en situation palliative.

c. L'EHPAD

L'activité de l'EHPAD est stable. Le nombre de journées et le taux d'occupation n'évoluent que très peu, et sont restés sur la période à un niveau élevé, 98 % pour le second.

L'indicateur de la dépendance des patients de l'EHPAD, dénommé « GIR moyen pondéré »⁴, est de 859 en 2018. Il est supérieur à celui des EHPAD de l'Orne (743 en 2018), traduisant ainsi un niveau élevé de dépendance des résidents.

d. Les autres activités de santé

Il n'y a pas d'activité libérale pratiquée par des médecins au sens de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

En revanche, l'établissement a mis en place des consultations dites avancées, qui sont assurées par des médecins spécialistes extérieurs à l'établissement, originaires du centre hospitalier d'Alençon, dans plusieurs disciplines (urologie, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, anesthésie, cardiologie, ORL). Un total de 2 248 consultations externes a été réalisé en 2018, en hausse de 55 % par rapport à 2014. Le projet d'établissement prévoit le développement de nouvelles consultations avancées en pneumologie, dermatologie, rhumatologie, ophtalmologie et gastro-entérologie. Ces consultations génèrent des recettes supplémentaires pour l'établissement, mais aussi des coûts de rémunération. L'établissement a donc surtout intérêt à développer des consultations avancées qui seront susceptibles de donner lieu à une activité soutenue, voire de générer de l'activité d'hospitalisation au sein du GHT.

2. Le recrutement des patients

L'origine des patients et la zone de recrutement de l'établissement diffèrent selon les services, dont le mode d'entrée des patients est variable.

⁴ Le GIR correspond au niveau de perte d'autonomie d'une personne âgée, calculé à partir de l'évaluation effectuée à l'aide d'une grille normalisée, et fixant six niveaux de perte d'autonomie. L'évaluation de la perte d'autonomie, réalisée à l'aide de la grille nationale AGGIR, donne lieu à un classement de chaque personne dans un « groupe iso-ressources » (GIR). Elle permet de calculer un niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées, dénommé « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP). L'évaluation des besoins en soins requis est opérée à l'aide du référentiel « PATHOS ». Cet outil évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins médico-techniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points « PATHOS », qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » (PMP). Ces évaluations sont réalisées sous la responsabilité du médecin coordonnateur. L'évaluation de la perte d'autonomie est validée par un médecin du conseil départemental concerné et un médecin de l'ARS. L'évaluation des besoins en soins requis est validée par un médecin de l'ARS. L'indicateur synthétique « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. GMPS = GMP + (2.59 x PMP). L'allocation budgétaire des établissements est basée sur une formule unique de calcul de la ressource plafond : nombre de points GMPS x valeur du point x capacité.

S'agissant du service de médecine, les patients sont en majeure partie originaires de la commune de Mortagne-au-Perche (579 entrées sur un total de 1 290 en 2017, 552 entrées sur un total de 1 348 en 2018 – source rapport d'activité 2018).

En moyenne, la part de marché du service médecine – définie comme le pourcentage de séjours effectués dans l'établissement sur le total de séjours de la population de la « zone d'attractivité » - était de 17,6 % en 2018, en amélioration constante depuis 2014.

| Part de marché médecine | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre de séjours | 1 503 | 1 424 | 1 478 | 1 440 | 1 504 |
| Part de marché | 14,0 % | 15,3 % | 16,0 % | 16,8 % | 17,6 % |

Tableau n° 1 : Part de marché médecine

Source : base de données Scansanté⁵

Au sein de sa zone d'attractivité, l'établissement est le deuxième, après le centre hospitalier d'Alençon.

S'agissant du service SSR, la question de sa part de marché relève d'un enjeu moindre, dès lors que la majorité des patients du service SSR provient du service de médecine ou des urgences de l'établissement (257 entrées internes sur un total de 406 en 2018).

⁵ <https://www.scansante.fr/applications/parts-de-marche>.

Tableau n° 2 : Part de marché SSR

| Part de marché SSR | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Nombre de journées | 16 645 | 16 706 | 16 150 | 16 334 | 15 958 |
| Part de marché | 9,2 % | 8,7 % | 8,5 % | 8,7 % | 9,0 % |

Source : base de données Scansanté

Le deuxième mode d'entrée est le centre hospitalier d'Alençon, la part des autres centres hospitaliers étant marginale. Calculée sur l'ensemble du département, elle apparaît stable depuis 2014. L'établissement est le quatrième établissement du département pour les SSR.

III. L'ORGANISATION INTERNE

A. Les organes de direction et de consultation

La direction du centre hospitalier est commune, depuis le 23 octobre 2009, avec le centre hospitalier de Bellême et, depuis le 1^{er} janvier 2019, l'EHPAD de Bretoncelles, situé dans le même département. Le directeur commun à ces structures est celui de Mortagne-au-Perche.

Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion. Il délibère notamment sur le projet d'établissement et le compte financier. Le respect de ses attributions, et de celles du directoire et de la commission médicale d'établissement, n'appelle pas d'observation.

B. Les obligations réglementaires

L'établissement dispose d'une autorisation pour exercer les activités suivantes :

- médecine (hospitalisation complète) – 44 lits, dont 2 de courte durée ;
- médecine d'urgence, service mobile d'urgence et de réanimation et service des urgences ;
- soins de suite et de réadaptation – 58 lits, dont 42 polyvalents en hospitalisation complète et 16 en SSR spécialisé en addictologie ;
- EHPAD – 227 lits ;
- institut de formation d'aides-soignants ;
- autorisation de dépôt de sang.

1. L'activité de médecine

Conformément à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique, l'établissement est certifié par la Haute Autorité de santé, procédure qui permet de s'assurer de la qualité constatée dans un certain nombre de domaines comme la gestion des risques infectieux, les droits des patients ou la prise en charge médicamenteuse. La certification a été accordée sans réserve.

S'agissant des effectifs médicaux, le service dispose, pour les urgences, de deux médecins à temps plein et d'un médecin à 90 %, pour la médecine, de deux médecins à 50 % chacun (dont l'autre moitié du temps de travail est consacrée au SSR), et d'un médecin gériatre à 75 % (qui travaille les 25 % restants de son temps de travail pour le SSR), soit 4,65 ETP, pour des effectifs théoriques estimés par l'établissement en 2018 à huit médecins (quatre aux urgences et quatre en médecine)⁶. Les effectifs théoriques comprennent en outre un cadre de santé, onze infirmières le jour et quinze aides-soignants. Dans les faits, les effectifs sont de six infirmières durant la journée et deux la nuit et 8 aides-soignants la journée et une la nuit⁷.

Le service de médecine est donc en sous-effectif médical manifeste. Un praticien assistant associé et deux stagiaires associés travaillent au sein du service et permettent d'atténuer le sous-effectif médical.

Les qualifications des médecins exerçant aux urgences sont conformes aux prescriptions des articles D. 6124-1 et D. 6124-6 du code de la santé publique, qui prévoient que le service doit être placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier de médecine polyvalente d'urgence et que les médecins d'une structure de médecine d'urgence doivent être titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires en médecine d'urgence ou sont praticiens hospitaliers de médecine polyvalente d'urgence.

2. L'activité de soins de suite et de réadaptation

S'agissant des effectifs médicaux, le service dispose d'un médecin à temps plein, de deux médecins à 50 % (dont l'autre moitié du temps de travail est consacrée au service de médecine), et d'un médecin à 25 % (qui travaille les 75 % restants de son temps de travail pour le service de médecine), soit 2,25 ETP, pour un effectif théorique de quatre, dont deux en service spécialisé.

Le service de SSR est donc également en sous-effectif s'agissant des médecins.

Conformément aux dispositions de l'article D. 6124-177-50 du code de la santé publique, l'équipe du service de SSR comprend des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, une diététicienne et une psychologue à temps partiel.

Conformément à l'article R. 6123-124 du code précité, l'établissement a conclu des conventions avec d'autres établissements pour la prise en charge des patients dont l'état le nécessiterait, pour les soins de courte durée. Il n'en a toutefois pas signé pour les soins de longue durée, ni pour les soins de suite spécialisés autres que celui de l'addictologie dont il dispose en interne. L'établissement utilise ViaTrajectoire, outil d'orientation numérique des patients en sortie d'hospitalisation développé par l'Etat pour coordonner les parcours de soins. La chambre lui rappelle toutefois l'obligation réglementaire de conclure de telles conventions, qui s'inscrivent par ailleurs dans son projet d'établissement au titre du développement des partenariats.

⁶ D'après le rapport d'activité 2018. Les effectifs théoriques sont les effectifs que l'établissement estime nécessaires au fonctionnement optimal des différents services.

⁷ D'après le rapport d'activité 2018.

3. L'activité d'hébergement de personnes âgées

L'EHPAD de l'établissement comporte 227 lits répartis sur deux sites, l'un au sein de l'hôpital, de 140 lits, l'autre à 800 mètres de l'hôpital, de 87 lits.

En vertu des dispositions de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, les activités sociales et médico-sociales sont soumises à une évaluation interne et externe. L'établissement est à jour de ses obligations en la matière.

L'autorisation d'exercice d'une activité d'hébergement de personnes âgées du 19 septembre 2003 a été renouvelée, par décision conjointe le 28 novembre 2016 de la directrice générale de l'ARS et du président du conseil départemental de l'Orne, pour une durée de quinze ans.

L'établissement s'est doté d'un règlement de fonctionnement (article L. 311-7 du code de l'action sociale et des familles), a mis en place un livret d'accueil (article L. 311-44 du code de l'action sociale et des familles) et un contrat de séjour (article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles).

Les effectifs théoriques estimés par l'établissement comprennent trois médecins praticiens hospitaliers, dont deux seulement sont pourvus depuis le début de l'année 2019.

Le médecin coordonnateur de l'EHPAD, bien que dépourvu d'une décision de nomination par le directeur, est détenteur d'un diplôme, en l'espèce, la capacité de gérontologie, prévu à l'article D. 312-157 du code de l'action sociale et des familles. Le médecin libéral intervenant au sein de la structure dispose d'un contrat prévu à l'article R. 313-30-1 du code de l'action sociale et des familles. La chambre rappelle néanmoins à l'établissement la nécessité de procéder à la nomination du médecin coordonnateur de l'EHPAD.

C. Le recrutement de médecins contractuels

L'établissement a recours à des médecins recrutés sous contrat, sur des emplois permanents, pour faire face à la difficulté de recruter des médecins sous statut de la fonction publique.

Pour les services de médecine - hors urgences - et de SSR, sur les quatre médecins présents⁸, un seul a le statut de contractuel en 2019. Avant cette date, six médecins contractuels s'étaient succédé dans ces services et sont devenus ensuite praticiens hospitaliers ou ont quitté l'établissement.

Sur l'échantillon de quatre contrats fournis par l'établissement pour ces contractuels qui ont quitté l'établissement, un seul respectait le plafond de rémunération prévu à l'article R. 6152-416 du code de la santé publique, en vertu duquel la rémunération est établie sur la base des émoluments applicables aux praticiens, dans la limite du 4^{ème} échelon de la grille indiciaire de praticien hospitalier titulaire, majorés de 10 %.

⁸ Hors praticiens attachés associés et stagiaires associés.

Pour faire face au sous-effectif, le centre hospitalier a en outre recours à des praticiens pour des périodes de courte durée. Il les recrute directement, parfois en faisant appel aux services d'une agence qui lui fournit des candidats. L'agence n'est pas l'employeur des médecins, c'est l'établissement qui signe le contrat. Il ne s'agit donc pas de médecins intérimaires au sens juridique du terme, même si dans les faits, ils effectuent des remplacements parfois ponctuels. Certains d'entre eux effectuent des remplacements depuis plusieurs années dans le même service, et ont signé de multiples contrats pour quelques jours ou quelques semaines.

Le service de SSR spécialisé, au sein duquel il n'y a plus de médecin depuis 2015, fonctionne ainsi exclusivement grâce à des médecins contractuels. Le service d'imagerie, qui ne dispose plus de médecin depuis 2016, ne fonctionne également que grâce au recrutement de médecins contractuels. L'établissement a signé des contrats avec 27 médecins en 2014, 36 en 2015, 30 en 2016, 15 en 2017 et 29 en 2018.

L'ensemble des contrats signés en 2018 a été examiné. Le niveau de rémunération est systématiquement supérieur au plafond correspondant à l'échelon 4 + 10 % de la grille des praticiens hospitaliers, soit environ 230 € par jour au point d'indice actuel.

L'analyse des contrats montre la disparité entre services, ceux de l'imagerie et des urgences étant les plus rémunérateurs : plus de 1 000 €, voire 1 500 € par 24 heures. La comparaison avec les contrats signés en 2015 témoigne en outre de la hausse tendancielle des niveaux de rémunération. La rémunération par période de 24 h a été depuis 2015 de 354 € pour la plus basse à 1 500 € pour la plus élevée.

L'examen comparé des contrats et des bulletins de salaire montre que ces derniers sont conformes au contrat et ne comportent pas de rémunérations complémentaires au contrat, sous forme d'indemnités.

En 2018, la rémunération de l'ensemble de ces contractuels, dont le coût a progressé de 62 % depuis 2014, représentait plus de 940 000 €, soit 52 % des charges de personnel du corps médical.

L'ampleur et la progression de cette catégorie de dépenses, qui expliquent une part du déficit financier de l'établissement, représentent un enjeu majeur de gestion pour ce dernier. Le projet d'établissement prévoit notamment la mise en place d'un projet de recrutement médical, afin de pallier le sous-effectif et les difficultés de recrutement, qui implique l'élaboration d'un plan de recrutement à cinq ans, en particulier à l'égard des internes du CHU de Caen, ainsi que la mise en œuvre des délégations de compétences des médecins vers les infirmiers et autres professions médicales. L'établissement souhaite en outre s'appuyer sur le GHT, qui doit élaborer d'ici 2021 une stratégie de recrutement à son échelle territoriale, et à qui la gestion des ressources humaines du personnel médical doit être transférée à cette date. Les remplacements de médecins seraient dès lors gérés entre les établissements du GHT, ce qui permettrait de limiter le recours aux contractuels.

Ces actions demeurent pour l'heure à l'état de projets. La chambre recommande à l'établissement d'en faire une priorité, au vu des incidences financières significatives du recrutement de contractuels.

IV. LA RÉGULARITÉ ET LA SINCÉRITÉ DES COMPTES

A. L'information financière

1. L'approbation du compte financier et l'affectation des résultats

Sur la période 2014 à 2018, les comptes financiers de l'établissement ont été présentés et approuvés par le conseil de surveillance dans le délai réglementaire. Il en est de même s'agissant du vote sur l'affectation des résultats.

2. La qualité des annexes financières

Conformément à la réglementation, pour chacun des exercices sous revue, un rapport commun du directeur et du comptable, portant à la fois sur les comptes annuels et les éléments d'exécution du compte financier, est rédigé.

Les comptes financiers de chacun des exercices présentent toutes les annexes requises par la réglementation.

B. La régularité des écritures comptables

1. Les écritures de flux entre budget principal et budgets annexes

Le budget principal de l'établissement supporte les charges communes pour le compte des budgets annexes, qui lui remboursent leur quote-part de charges communes chaque année.

Les charges de personnel des fonctions support (administration, services techniques et logistiques, pharmacie) sont réparties en fonction de la contribution estimée des différents agents rattachés au budget. S'agissant des consommations de produits stockés, ces derniers sont répartis en fonction de la consommation réelle.

2. Les écritures de rattachement à l'exercice

Le rattachement des charges à l'exercice découle des principes d'annualité budgétaire et d'indépendance des exercices. Toutes les dépenses d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice au cours duquel elles ont été engagées dès lors qu'elles correspondent à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice.

Sur la période contrôlée, le taux de rattachement de charges⁹ a été de 1,6 %. L'établissement procède à cette comptabilisation en recensant les engagements dont le service a été fait et dont les factures ne sont pas parvenues à la fin de l'exercice, dont la liste est indiquée dans le rapport du compte financier. Il a par ailleurs, ces dernières années, diminué le niveau des rattachements en relançant en fin d'exercice les fournisseurs, ce qui explique la relative faiblesse du taux. Le taux de charges sur exercice antérieur, de 0,3 % en moyenne sur la période 2014-2018, est bas, et témoigne d'une absence de reports de charges d'une année sur l'autre.

Le rattachement des intérêts courus non échus n'appelle pas d'observation.

⁹ Rapport entre les charges rattachées d'exploitation (compte 408) et le total des charges d'exploitation de l'exercice.

C. Les provisions

1. Les provisions pour créances contentieuses

L'instruction comptable applicable aux hôpitaux prévoit que les créances contentieuses doivent être intégralement provisionnées.

Depuis 2014 et jusqu'en 2017, les créances contentieuses n'étaient pas intégralement couvertes par des provisions.

Tableau n° 3 : Provisionnement des créances contentieuses

| provisions des créances contentieuses | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|---------------|---------------|---------------|--------------|---------------|
| C/416 créances contentieuses | 36 736 | 36 024 | 42 074 | 21 170 | 16 052 |
| C/491 provisions pour dépréciation de créances | 15 830 | 5 649 | 0 | 17 650 | 18 618 |
| Risque non couvert | 20 906 | 30 375 | 42 074 | 3 519 | -2 565 |

Source : comptes financiers

L'analyse des mouvements annuels montre que l'établissement ne provisionne les créances contentieuses que depuis l'année 2016, avec une accélération en 2017 et 2018.

Tableau n° 4 : Mouvements annuels des provisions pour dépréciation de créances

| Provisions pour dépréciation de créances | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|
| Bilan d'entrée compte des provisions | 49 699 | 15 830 | 5 649 | 0 | 17 650 |
| Dotations prov pour dépréciation créances | 0 | 0 | 16 882 | 34 527 | 35 494 |
| Reprises prov pour dépréciation créances | 33 869 | 10 181 | 22 532 | 16 876 | 34 527 |
| Bilan de sortie compte des provisions | 15 830 | 5 649 | 0 | 17 650 | 18 618 |

Source : comptes financiers

Les reprises de provisions pour dépréciation de créances sont justifiées par le montant des pertes sur créances irrécouvrables constatées dans les comptes (compte 654).

2. Les provisions pour litiges et risques et pour gros entretien

Les reprises des années 2015 et 2016 pour les provisions pour risques et autres provisions pour charges ne sont pas justifiées par des éléments objectifs liés au provisionnement, mais par une volonté de solder ces comptes et de dégager des ressources budgétaires. Les rapports sur les comptes financiers des années 2015 et 2016 mentionnent explicitement des motivations budgétaires pour les reprises de provisions. Il ressort toutefois de l'instruction qu'aucun élément objectif ne motivait l'inscription de ces provisions, qui ont donc été supprimées à bon escient.

Fin 2018, aucune provision n'était comptabilisée pour les litiges et risques, en l'absence de risque financier lié à un litige.

En ce qui concerne les provisions pour gros entretien, l'instruction codificatrice M21 précise que ce compte est destiné à répartir sur plusieurs exercices des dépenses prévisibles de gros entretien en section de fonctionnement. Les provisions pour gros entretien doivent couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement, et être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien. L'établissement a constitué des provisions à hauteur de 272 805 € en 2018, qui correspondent au coût de futurs travaux de gros entretien dans une partie ancienne de l'établissement. Aucun plan pluriannuel d'entretien n'a cependant été constitué, alors que

d'autres parties des bâtiments nécessiteraient des charges de gros entretien. La chambre rappelle à l'établissement l'obligation de mettre en place un plan pluriannuel d'entretien.

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

Depuis 2012¹⁰, les établissements hospitaliers ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par les titulaires de comptes épargne-temps, obligation codifiée à l'article R. 6152-809 du code de la santé publique. Jusqu'à la fin de l'année 2018, la réglementation prévoyait que le montant de la provision devait correspondre à un forfait par catégorie, majoré des cotisations patronales en vigueur.

Les comptes épargne-temps étaient provisionnés à hauteur de 276 538 € fin 2018. Ce montant correspond à la valorisation annuelle effectuée selon les taux forfaitaires en vigueur (soit 300 € pour le personnel médical, 125 € et 80 € respectivement pour les agents non médicaux de catégorie A et B), majorée des cotisations patronales, estimées à 20 %, du stock cumulé des jours épargnés. L'établissement a choisi d'appliquer à la provision le taux appliqué en cas d'indemnisation aux agents de leurs jours épargnés. Ce taux est plus faible que celui payé en cas de rémunération d'un agent qui remplacerait un agent en congés. La réglementation ne prévoit toutefois pas de règle en matière de taux de cotisation. La méthode de l'établissement est donc conforme au droit en vigueur avant 2019.

D. Le suivi du patrimoine

L'analyse comparée des immobilisations inscrites à l'actif par le comptable et de l'inventaire établi par l'ordonnateur fait apparaître des discordances pour un montant global de 183 757 €.

¹⁰ Décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 modifié relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière et article 5 du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012.

Tableau n° 5 : Conformité de l'inventaire à l'actif

| Comparaison inventaire et actif | | Actif | Inventaire | Ecart |
|--|---|-------------------|-------------------|-----------------|
| Comptes 211 et 212 | Terrains | 428 143 | 424 803 | -3 341 |
| Comptes 213 | Constructions | 28 938 119 | 28 938 119 | 0 |
| Comptes 215 | Installation techniques, matériel et outillage industriel | 3 724 611 | 3 727 503 | 2 892 |
| Comptes 218 | Autres immobilisations corporelles | 2 810 703 | 2 627 394 | -183 308 |
| Total | | 35 901 575 | 35 717 819 | -183 757 |

Sources : bilan 2018 et inventaire 2018

Cette écriture concerne le compte 218312 (dotation non affectée et services industriels et commerciaux de l'EHPAD) pour un montant de 183 308 €. L'établissement s'est rapproché du comptable pour que cette discordance soit résolue.

Les immobilisations sont amorties en fonction de leur durée d'utilisation, selon une méthode linéaire. Les durées d'amortissement, indiquées dans les comptes financiers, n'appellent pas d'observation.

V. LA SITUATION FINANCIÈRE

L'établissement présente trois budgets : un budget principal, sur lequel sont imputées les opérations de toutes les activités médicales, et deux budgets annexes, relatifs à l'EHPAD et à l'école de formation des aides-soignants.

Le budget principal a représenté en 2018 de l'ordre de 62 % des produits d'exploitation et les deux budgets annexes, EHPAD et école, respectivement 37 % et 1 %. En conséquence, l'analyse qui suit ne détaille pour l'exploitation que l'évolution des budgets de médecine-SSR et de l'EHPAD, le budget de l'école n'étant pas significatif. De plus, la distinction entre le budget principal et le budget de l'EHPAD est justifiée par les logiques différentes qui les gouvernent. Les données relatives à l'investissement et à son financement sont présentées de manière consolidée, afin d'appréhender la situation globale du budget. L'analyse a été réalisée sur la base des comptes financiers, pour les années 2014 à 2018. Les résultats prévisionnels de l'exécution 2019 sont commentés à l'issue de l'analyse rétrospective.

A. L'exploitation

1. Le budget principal de médecine et SSR

Les charges ont augmenté de 14 % depuis 2014, soit un surplus de 2,3 M€ en quatre ans.

Tableau n° 6 : Charges du budget médecine et SSR

| Charges budget principal (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Titre 1 - charges de personnel | 11 339 885 | 11 595 580 | 11 768 635 | 12 090 609 | 12 579 790 | 10,9 % |
| Titre 2 - charges à caractère médical | 1 329 388 | 1 671 411 | 1 929 240 | 2 282 782 | 2 374 929 | 78,6 % |
| Titre 3 - charges à caractère hôtelier | 1 067 196 | 1 079 748 | 1 042 971 | 944 741 | 1 146 575 | 7,4 % |
| Titre 4 - amort., prov. et charges financières | 2 527 854 | 2 507 957 | 2 431 144 | 2 386 888 | 2 434 151 | -3,7 % |
| Total | 16 264 323 | 16 854 696 | 17 171 990 | 17 705 020 | 18 535 445 | 14,0 % |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

Les dépenses de personnel affichent la plus forte progression en valeur absolue, soit 1,2 M€ de dépenses supplémentaires. Leur croissance s'est accélérée au cours des dernières années, avec 2,7 % de croissance en 2017 et 4 % en 2018. Les ETP moyens rémunérés sont globalement stables sur la période.

La croissance de la masse salariale de l'établissement provient essentiellement de celle des médecins contractuels, qui progresse de 62 % entre 2014 et 2018, soit une hausse de 333 455 €, malgré la relative stabilité de leurs effectifs. C'est donc le niveau de leur rémunération qui explique la croissance de la masse salariale de l'établissement.

Les charges à caractère médical ont également augmenté de manière importante (+ 79 %), croissance bien supérieure à celle de l'activité. Une partie cette hausse, qui correspond à l'achat de produits pharmaceutiques, soit 768 000 euros, est partiellement compensée par la rétrocession de ces produits aux usagers (1 M€ en 2018, contre 200 000 € en 2014).

La hausse des charges à caractère hôtelier est limitée à moins de 80 000 euros au total depuis 2014, et témoigne des efforts de gestion de l'établissement.

Les recettes ont progressé de 10 % depuis 2014, soit un surplus de recettes de 1,6 M€, grâce à la croissance des produits versés par l'assurance maladie, en lien avec la progression de l'activité des services.

Tableau n° 7 : Produits du budget médecine et SSR

| Produits budget principal (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|---------------|
| Titre 1 - produits versé par l'assurance maladie | 9 321 982 | 9 429 466 | 9 607 360 | 10 009 056 | 10 694 199 | 14,7 % |
| Titre 2 - produits de l'activité à la charge des patients | 2 091 868 | 1 902 749 | 1 884 879 | 1 768 849 | 1 793 751 | -14,3 % |
| Titre 3 - autres produits | 4 805 378 | 5 474 351 | 5 597 438 | 5 854 328 | 5 368 114 | 11,7 % |
| Total | 16 219 228 | 16 806 566 | 17 089 677 | 17 632 233 | 17 856 064 | 10,1 % |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1), sur le principe de la tarification à l'activité et fondés sur le nombre de séjours, ont suivi l'évolution positive de ces derniers. Pour les années 2017 et 2018, ils ont en outre bénéficié d'un surplus de dotation pour le service mobile des urgences. Le travail d'amélioration du codage des actes a permis de percevoir des recettes supplémentaires, grâce à une meilleure valorisation des séjours, à hauteur de 183 824 € en 2018. Les produits à la charge des patients et des mutuelles (titre 2) ont baissé de manière significative, de 14 %, en raison de la baisse annuelle des tarifs journaliers de 3 %, décidée par l'ARS.

Sur la période contrôlée, la situation financière se dégrade. Non seulement les dépenses sont supérieures tous les ans aux recettes, mais elles augmentent plus vite. Le résultat net comptable est donc négatif, et s'aggrave sensiblement en 2018, pour atteindre - 0,7 M€.

Tableau n° 8 : Autofinancement du budget médecine et SSR

| Autofinancement budget principal (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Résultat | -45 095 | -48 130 | -82 313 | -72 787 | -679 381 |
| CAF brute | 381 100 | 180 200 | 372 837 | 256 576 | -61 790 |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

La capacité d'autofinancement brute, qui représente l'épargne issue de l'exploitation pour financer les dépenses d'investissement, est globalement satisfaisante jusqu'en 2017 mais devient négative en 2018.

2. Le budget annexe de l'EHPAD

La croissance des charges (+ 7,2 %) découle uniquement de celles du personnel, qui progressent de 12 %, soit 0,8 M€ de dépenses supplémentaires.

Tableau n° 9 : Charges du budget EHPAD

| Charges budget EHPAD (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Titre 1 - charges de personnel | 6 268 915 | 6 501 363 | 6 611 876 | 6 768 206 | 7 053 429 | 12,5 % |
| Titre 2 - charges à caractère médical | 223 225 | 223 230 | 224 182 | 224 710 | 176 228 | -21,1 % |
| Titre 3 - charges à caractère hôtelier | 2 856 472 | 2 836 786 | 2 870 181 | 2 881 666 | 2 925 645 | 2,4 % |
| Titre 4 - amort., prov. et charges financières | 742 587 | 717 897 | 658 898 | 657 531 | 664 734 | -10,5 % |
| Total | 10 091 199 | 10 279 276 | 10 365 137 | 10 532 113 | 10 820 036 | 7,2 % |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

A la différence du budget des activités de médecine et de SSR, c'est l'évolution à la hausse des effectifs, et plus précisément du personnel non médical (+ 12,53 ETP), qui explique cette croissance.

Les produits ont progressé modérément, de 3,7 % depuis 2014.

Tableau n° 10 : Produits du budget EHPAD

| Produits budget EHPAD (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------|
| Titre 1 - produits afférents aux soins | 4 082 686 | 4 081 682 | 4 102 091 | 4 164 320 | 4 209 000 | 3,1 % |
| Titre 2 - produits afférents à la dépendance | 1 332 005 | 1 351 776 | 1 351 444 | 1 335 859 | 1 384 983 | 4,0 % |
| <i>Dont participation du résident</i> | 320 812 | 329 230 | 324 008 | 310 509 | 341 318 | 6,4 % |
| | 24% | 24% | 24% | 23% | 25% | |
| Titre 3 - produits afférents à l'hébergement | 4 514 589 | 4 499 221 | 4 574 392 | 4 567 198 | 4 581 596 | 1,5 % |
| <i>Dont participation du résident</i> | 2 907 655 | 2 956 027 | 3 098 656 | 3 268 498 | 3 414 253 | 17,4 % |
| | 64% | 66% | 68% | 72% | 75% | |
| Titre 4 - autres produits | 291 002 | 356 047 | 359 509 | 477 766 | 427 200 | 46,8 % |
| Total | 10 220 282 | 10 288 726 | 10 387 436 | 10 545 143 | 10 602 779 | 3,7 % |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

La première part est celle des ressources liées à l'hébergement, qui ont globalement progressé, de l'ordre de 1,5 %. En leur sein, la part supportée par les résidents est passée de 64 à 74 %, alors que celle du département décroissait en proportion. La croissance de la dotation globale de financement des soins explique la moitié de la croissance des produits d'exploitation. Le niveau élevé de dépendance des résidents, estimé par le GIR moyen pondéré, a motivé la revalorisation des dotations soins et dépendance des activités de l'EHPAD.

Le prix de l'hébergement par jour de l'établissement était de 56,57 € en 2018¹¹, soit un niveau supérieur à la médiane départementale (54,81 €¹² pour les EHPAD rattachés à un établissement public de santé) mais proche de la médiane nationale (55,26 €).

Sur la période contrôlée, la situation financière se dégrade. Les dépenses augmentent plus vite que les recettes, et le résultat dégagé par la section d'exploitation décroît, pour devenir négatif en 2018.

Tableau n° 11 : Autofinancement du budget EHPAD

| Autofinancement budget EPHAD (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Résultat | 129 654 | 9 449 | 22 300 | 13 030 | -217 256 |
| CAF brute | 660 184 | 487 427 | 489 606 | 489 732 | 243 193 |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

La capacité d'autofinancement brute suit la même tendance, et ne représente plus que 2 % des produits d'exploitation en 2018, soit un niveau très bas.

3. La situation consolidée

Le budget de l'école de formation des aides-soignants est modeste et son évolution n'appelle pas de commentaire. Il a dégagé en 2018 un résultat et une capacité d'autofinancement positifs.

Tableau n° 12 : Autofinancement consolidé

| Autofinancement tous budgets (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Résultat | 88 220 | -58 642 | -72 384 | -87 178 | -858 432 |
| CAF brute | 1 060 448 | 661 738 | 864 224 | 731 814 | 232 557 |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

Le résultat consolidé et la capacité d'autofinancement consolidée ont diminué dans des proportions significatives depuis 2014. Fin 2018, le premier était fortement négatif et la seconde représentait l'équivalent de moins de 1 % des produits de gestion, soit un niveau préoccupant.

B. L'investissement

1. Le financement des dépenses d'investissement

En 2018, la capacité d'autofinancement brute ne couvrait plus le remboursement de l'annuité en capital de la dette, et l'établissement ne pouvait donc plus autofinancer par le résultat de l'exploitation une partie de ses dépenses d'investissement.

¹¹ Source : procès-verbal du directoire d'octobre 2017.

¹² Source : étude de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – octobre 2019 ; <https://www.cnsa.fr/documentation-et-donnees-statistiques/statistiques-des-etablissements-et-services-medico-sociaux/analyse-statistique-ndeg8-analyse-des-tarifs-des-ehpad-en-2018>.

Tableau n° 13 : Financement des investissements

| Financement des investissements tous budgets (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| CAF brute | 1 060 448 | 661 738 | 864 224 | 731 813 | 232 557 |
| - Annuité en capital de la dette | 613 168 | 567 760 | 552 848 | 553 187 | 536 834 |
| = CAF nette (a) | 447 280 | 93 978 | 311 376 | 178 626 | -304 277 |
| + Subventions d'équipement reçues | 9 910 | 0 | 27 710 | 0 | 3 130 |
| + Produits de cession | 5 334 | 300 | 2 228 | 100 | 0 |
| = Recettes d'investissement hors emprunt (b) | 15 244 | 300 | 29 938 | 100 | 3 130 |
| = Financement propre disponible (a+b) | 462 523 | 94 278 | 341 314 | 178 726 | -301 147 |
| - Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie) | 1 015 957 | 828 303 | 280 834 | 1 109 819 | 402 719 |
| = Besoin (-) ou capa (+) de financement propre | -553 434 | -734 025 | 60 480 | -931 093 | -703 867 |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

L'établissement ne dispose pas de ressources externes significatives, et investit annuellement un montant compris entre 0,3 et 1,1 M€. Dès lors, l'exécution budgétaire dégage tous les ans depuis 2014, sauf en 2016, un besoin de financement de l'ordre de 500 000 à 900 000 €.

Les dépenses d'investissement de l'année 2017 ont concerné la modernisation du système de sécurité incendie (310 000 €), des travaux d'aménagement du service des urgences (378 000 €) et l'achat d'équipement pour le service d'imagerie médicale (269 000 €).

L'établissement est à la fin d'un cycle de dépenses d'investissement incluant notamment des travaux de rénovation des bâtiments achevés en 2011. Les taux de vétusté de ses bâtiments (53 %) et de ses équipements (56 %) sont en conséquence faibles.

2. Les ressources

L'établissement n'a pas contracté d'emprunt sur la période contrôlée, et s'est donc désendetté.

Le volume de la dette représente 6,9 M€ fin 2018, soit une durée de désendettement¹³ de 33 années, durée dont le niveau très élevé s'explique par la baisse de la capacité d'autofinancement.

Tableau n° 14 : Dette

| Dette tous budgets (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Montant au 31/12 | 8 790 509 | 8 314 086 | 7 852 908 | 7 391 731 | 6 930 553 |
| Ratio de solvabilité | 9 | 14 | 10 | 11 | 33 |

Sources : comptes financiers et rapports sur les comptes

Deux emprunts structurés présentent des risques potentiels. Leur particularité réside en ce que les produits dérivés qui les composent, au lieu d'être destinés à couvrir le risque de taux, comme c'est le cas pour les contrats de couverture classiques, permettent à l'établissement de réduire le coût de l'emprunt les premières années au prix d'une prise de risque accrue sur le futur. Ils ont pour ressort fondamental un pari fait par l'établissement avec le prêteur sur l'évolution future de différents indices. C'est l'établissement qui supporte le risque financier, en échange d'une prime qu'il reçoit, sous la forme d'un taux bonifié dans un premier temps. Ces deux contrats représentent 43 % de l'encours de la dette.

Le taux du premier, signé en 2010 pour un montant de 2,8 M€, est un produit de pente avec effet multiplicateur. La durée de l'emprunt est de 24 ans. Elle se décompose en deux phases : la première, jusqu'en 2012, pendant laquelle le taux d'intérêt a été de 3,43 %, et la seconde, de 2012 à 2030, pendant laquelle le taux d'intérêt dépend de la pente de la

¹³ Calculée en rapportant la dette à la capacité d'autofinancement brute, elle représente le nombre d'années théorique nécessaire pour rembourser la dette si l'autofinancement y était intégralement consacré.

courbe des taux, qui représente la différence entre les taux longs et les taux courts. En période normale, les taux longs sont plus élevés que les taux courts. Le CMS EUR 30 ans est donc normalement supérieur au CMS EUR 2 ans. L'inversion de la courbe des taux, c'est-à-dire le résultat d'une situation de crise de liquidité où les prêts à court terme sont difficiles à obtenir, n'est pourtant pas un cas d'école, puisqu'elle s'est produite en 1994 et en 2007/2008 à l'occasion de la crise financière. On note que le risque est ici aussi accentué par un effet multiplicateur de 5. Ainsi, si le CMS EUR 2 ans est supérieur de 1 point au CMS EUR 30 ans, le taux payé sera de 8,43 %.

Le taux du second contrat, signé le même jour et pour le même montant, est calculé selon les mêmes principes. Pendant la première phase, identique au premier contrat, le taux est de 3,97 %. Pendant la seconde phase, il est de 3,97 % plus 5 fois la différence entre le CMS EUR 30 ans et 7 %, si cet indice est supérieur à 7 %.

Ces deux contrats présentent donc des risques significatifs, par leur durée et leur incidence financière. La direction de l'établissement avait fait évaluer leur renégociation en septembre 2018, et y a renoncé au regard de son coût important.

3. Les agrégats du bilan

Le fonds de roulement - différence entre les immobilisations et les ressources à long terme - diminue entre 2014 et 2018, année où il représente 4,1 M€, soit 51 jours de charges d'exploitation.

Différence entre l'actif circulant et les dettes à court terme, le besoin en fonds de roulement représente le financement nécessaire à l'établissement pour son activité, compte tenu du décalage entre le paiement des dépenses et l'encaissement des recettes. Il est stable.

Tableau n° 15 : Evolution des agrégats du bilan

| Les équilibres bilanciaux tous budgets (en euros) | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Fonds de roulement | 6 456 589 | 5 722 564 | 5 783 044 | 4 853 952 | 4 147 935 |
| Besoin en fonds de roulement | 1 880 214 | 2 063 374 | 1 671 532 | 1 397 825 | 1 549 075 |
| Trésorerie | 4 576 375 | 3 659 190 | 4 111 512 | 3 456 127 | 2 598 860 |

Sources : *comptes financiers et rapports sur les comptes*

La diminution du fonds de roulement et la stabilité du besoin en fonds de roulement ont abouti à une diminution de la trésorerie, de 4,6 M€ en 2014 à 2,6 M€ en 2018, soit 32 jours de charges d'exploitation.

En conclusion, la chambre observe que la situation financière de l'établissement s'est nettement dégradée depuis 2014. L'exploitation est structurellement déficitaire, et la capacité d'autofinancement atteint un niveau qui ne permet plus de couvrir le remboursement du capital des emprunts. La trésorerie était fin 2018 à un étiage, préfigurant de potentielles difficultés de règlement des charges.

L'endettement est stabilisé, mais important, et sa structure est risquée. Au vu de ce qui précède, il apparaît que l'établissement ne dispose que de peu de marge de manœuvre pour financer ses futurs investissements.

Les résultats de l'année 2019 font état d'une amélioration de la situation de l'exploitation financière, la CAF brute consolidée passant de 232 557 € en 2018 à 544 652 € en 2019, grâce notamment à la maîtrise des charges, y compris les charges de personnel. La CAF reste néanmoins inférieure au niveau du début de la période.

Cette amélioration récente doit inciter l'établissement à continuer à limiter le coût des médecins contractuels et maîtriser les charges à caractère médical du budget principal. Il lui reviendra aussi de continuer à diminuer les charges hôtelières grâce à la poursuite des efforts d'économie et à la mutualisation des achats au sein du GHT, et d'augmenter les recettes d'activité grâce à l'amélioration du codage.

Annexe : Emplois à temps plein (ETP) du budget médecine et SSR

| ETP moyens rémunérés - budget principal | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Personnel médical | 13,67 | 13,42 | 12,47 | 14,49 | 14,63 |
| Dont titulaires | 6,00 | 5,96 | 5,29 | 6,09 | 7,23 |
| Dont contractuels | 7,67 | 6,76 | 6,95 | 7,97 | 7,08 |
| Dont autres | 0,00 | 0,70 | 0,23 | 0,43 | 0,32 |
| Personnel non médical | 220,32 | 222,90 | 223,12 | 216,59 | 220,94 |
| Dont titulaires et CDI | 185,69 | 183,04 | 177,82 | 178,63 | 181,28 |
| Dont CDD | 23,52 | 23,76 | 27,49 | 26,19 | 33,68 |
| Dont autres contrats | 11,11 | 16,1 | 17,81 | 11,77 | 5,98 |
| Total | 233,99 | 236,32 | 235,59 | 231,08 | 235,57 |

Sources : annexes des comptes financiers