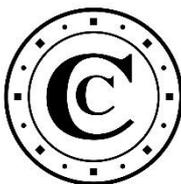


Chambre régionale
des comptes

Normandie



Rapport d'observations définitives

ÉTABLISSEMENT PUBLIC DE SANTÉ DE BELLÊME

(Département de l'Orne)

Exercices 2014 à 2018

Observations délibérées le 30 juin 2020

SOMMAIRE

Synthèse.....	1
Principale recommandation et obligations de faire.....	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'évolution de l'activité	5
1 - Le service des soins de suite et de réadaptation (SSR).....	5
2 - L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	6
III - L'organisation interne	7
A - Les organes de direction et de consultation	7
B - Les obligations réglementaires	7
1 - L'activité de soins de suites et de réadaptation.....	7
2 - L'activité d'hébergement de personnes âgées dépendantes	8
IV - La régularité et la sincérité des comptes	9
A - L'information financière	9
1 - L'approbation du compte financier et l'affectation des résultats	9
2 - La qualité des annexes financières	9
B - La régularité des écritures comptables	9
1 - Les écritures de flux entre budget principal et budgets annexes.....	9
2 - Les écritures de rattachement à l'exercice	9
C - Les provisions	10
1 - Les provisions pour créances contentieuses.....	10
2 - Les provisions pour litiges et risques et pour gros entretien.....	10
3 - Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps	10
D - Le suivi des immobilisations.....	10
V - La situation financière	11
A - L'exploitation	11
1 - Le budget principal de SSR.....	11
2 - Le budget annexe de l'EHPAD.....	12
B - L'investissement.....	14
1 - Le financement des dépenses d'investissement	14
2 - Les ressources d'investissement	14

SYNTHÈSE

L'établissement public de santé de Bellême est situé au sud-est du département de l'Orne, au sein d'une zone caractérisée par sa faible densité, le vieillissement de la population et une démographie médicale en déclin. Il dispense des soins de suite et de réadaptation polyvalents, dans un service de 22 lits, et dispose d'un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 215 lits. Ses recettes étaient en 2018 de l'ordre de 13,2 M€, toutes activités confondues.

L'établissement est bien inséré dans le cadre stratégique régional sanitaire. Il fait partie du « groupement hospitalier de territoire - GHT - Orne Perche Saosnois », qui regroupe plusieurs établissements de santé proches et présente des perspectives positives en termes de mutualisation de la commande publique, de la gestion du personnel médical et de certaines activités médicales. En matière de partenariats, ce dernier doit s'engager dans une coopération avec la médecine de ville, par le biais de la maison médicale de Bellême, action qui demeure à l'état de projet.

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, documents dont les objectifs et actions répondent au principal enjeu de l'établissement, qui est de conforter son rôle dans la filière gériatrique du territoire. Deux ans après sa signature, le projet d'établissement est en cours de mise en œuvre. Les actions relatives aux coopérations avec des services de soins de suite et de réadaptation spécialisés et des structures en amont ou en aval du séjour en EHPAD ont débuté, à travers la signature de conventions. D'autres sont encore à l'état de projet (consultations avancées, télé médecine). Enfin, l'objectif de renforcement de l'activité du service de soins de suite et de réadaptation n'est pas atteint à ce stade, comme en témoignent les indicateurs des années 2014 à 2018.

Le taux d'occupation du service a baissé sur la période contrôlée, pour aboutir à 81 % en 2008, soit un niveau faible, et ceci malgré une augmentation de la durée moyenne de séjour. Le positionnement géographique de l'établissement à la frontière de deux autres départements et la proximité de la zone du Mans expliquent la concurrence qu'il subit de la part d'établissements extérieurs, mesurée par le taux de fuite (50 % en moyenne). Le développement de consultations avancées et de la télé médecine, objectifs du projet d'établissement, ont vocation à offrir aux patients un panel de soins élargi, et à atténuer les effets de cette concurrence.

La situation financière de l'établissement demeure satisfaisante. Les sections d'exploitation des budgets sont excédentaires. Le seul point de vigilance concerne les dépenses de personnel qui ont significativement augmenté en raison de la croissance des effectifs de l'EHPAD. L'endettement est important, mais stabilisé, en l'absence de projet d'investissement significatif. Fin 2018, le fonds de roulement et la trésorerie se situaient à des niveaux corrects, qui garantissent à l'établissement une sécurité financière normale.

PRINCIPALE RECOMMANDATION

1 - Faire preuve de vigilance sur l'évolution des dépenses de personnel de l'EHPAD.

OBLIGATIONS DE FAIRE

2 - Signer des contrats avec les médecins libéraux intervenant dans l'établissement ;

3 - procéder à la nomination du médecin coordonnateur du service de SSR.

I - RAPPEL DE LA PROCEDURE ET ÉLÉMENTS DE MÉTHODOLOGIE

La chambre régionale des comptes a inscrit à son programme l'examen de la gestion de l'établissement public de santé de Bellême 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.

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. Levert, directeur, et à l'agence régionale de santé 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 30 juin 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.

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 leur 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.

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

A - Le cadre stratégique

1 - Le cadre démographique et épidémiologique

L'établissement public de santé de Bellême est situé au sud-est du département de l'Orne, à une quarantaine de kilomètres d'Alençon, le chef-lieu départemental.

La commune de Bellême compte 1 515 habitants. Elle appartient à un territoire caractérisé par sa faible densité et une population âgée et vieillissante : 40 % de sa population a plus de 60 ans, contre 25 % au niveau national.

L'établissement est proche des centres hospitaliers de Mortagne-au-Perche et de Mamers (17 kilomètres chacun), qui proposent des services similaires. Cette proximité ne nuit cependant pas à son activité d'hébergement des personnes âgées, comme en témoigne son taux d'occupation (98 % en 2018). Si le service de soins de suite et de réadaptation est polyvalent, l'établissement a une vocation essentiellement gériatrique avec un âge moyen des patients de 80 ans en 2018¹. L'âge moyen des patients de l'EHPAD était de 87 ans la même année.

Le territoire de l'établissement souffre, en outre, d'une faible densité médicale (68 médecins généralistes dans l'Orne pour 100 000 habitants contre 143 au niveau national).

2 - L'établissement dans l'organisation sanitaire régionale

L'établissement public de santé de Bellême est un hôpital local qui propose une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) et une activité d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

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

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

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 : 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, mutualisation de la fonction achats, actions de formation, imagerie médicale, biologie médicale et pharmacie) a été définie par l'avenant n° 2, du 30 juin 2017.

¹ Source : rapport d'activité 2018.

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, pour tous les marchés d'un montant supérieur à 25 000 €. Un laboratoire d'analyses médicales commun a été constitué. Outre ces actions de mutualisation, des projets permettant de pallier la pénurie médicale des établissements du GHT ont été menés en commun pour la télémédecine et le service de santé au travail.

Enfin, en lien avec la politique de coopération définie dans le cadre du 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 Orne pour l'activité de blanchisserie.

Dans l'optique de renforcer les relations avec la médecine de ville, besoin identifié par le GHT et par le projet d'établissement, l'établissement a le projet de développer des coopérations avec la maison médicale de Bellême.

Il souhaite également mettre en place des consultations avancées, consultations assurées dans l'établissement par des médecins spécialistes, dans le cadre du GHT, en s'appuyant sur les compétences médicales du centre hospitalier d'Alençon.

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 2013-2019. 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 ou 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 13 % en 2018, maîtrise de la masse salariale – taux d'évolution de 1,5 % de N-2 à N pour toutes les années).

Les objectifs et actions identifiées dans ce cadre, ainsi que les modalités de suivi du CPOM, n'appellent pas d'observation.

b - *Le projet d'établissement*

L'article L. 6143-2 du code de la santé publique (CSP) 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, pour une durée maximale de cinq ans.

L'établissement a défini un projet d'établissement pour la période 2012-2016 et un autre pour la période 2017-2021.

Le projet d'établissement en vigueur s'appuie sur un projet médical. Ce dernier a été élaboré après réalisation d'un diagnostic socio-démographique et sanitaire du territoire. Il décline cinq orientations : optimiser la prise en charge en SSR, renforcer la filière gériatrique, renforcer le rôle de l'établissement sur le territoire, optimiser la prise en charge palliative et celle de la douleur, renforcer la lutte contre les infections liées aux soins.

Ces orientations se traduisent par seize actions, à mettre en œuvre pendant la durée de validité du projet d'établissement. Le principe de base qui les sous-tend est d'être un « *maillon fort de la filière gériatrique sur le territoire* ».

Au titre des actions les plus significatives, la première orientation se traduit notamment par des actions visant à augmenter le nombre d'entrées dans le SSR, améliorer la pertinence de ces séjours ainsi que leur durée au regard des besoins des malades, et développer des coopérations avec des SSR spécialisés. La deuxième implique la mise en place de partenariats avec les structures en amont et en aval du séjour en EHPAD, et centres hospitaliers du territoire. La troisième orientation suppose, entre autres, le développement de coopérations avec les professionnels libéraux du secteur et le déploiement de la télémédecine et de consultations avancées.

Deux ans après sa signature, le projet d'établissement est en cours de mise en œuvre. Les actions relatives aux coopérations avec des SSR spécialisés et des structures en amont ou en aval du séjour en EHPAD ont donné lieu à la signature de conventions. D'autres sont encore à l'état de projet (consultations avancées, télémédecine). Enfin, l'objectif de renforcement de l'activité du SSR n'est pas atteint à ce stade (cf. *infra*).

Le projet d'établissement fait l'objet d'un suivi formalisé, avec un bilan annuel présenté aux instances (conseil de surveillance, directoire et comité technique d'établissement). Comme pour le CPOM, avec lequel il est d'ailleurs cohérent, les enjeux qu'il évoque et les actions envisagées paraissent adaptés aux besoins de l'établissement et de la population de son territoire.

B - L'évolution de l'activité

1 - Le service des soins de suite et de réadaptation (SSR)

Le tableau qui suit présente l'évolution des principaux ratios de l'activité de l'établissement.

Tableau n° 1 : Activité du service SSR

Mesure de l'activité SSR	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Journées	6 765	7 286	6 949	6 809	6 530	-3,5 %
Nombre de séjours	252	247	230	210	215	-14,7 %
Durée moyenne de séjour	28	32	32	37	34	21,4 %
Taux d'occupation	84,3 %	90,7 %	86,5 %	84,8 %	81,3 %	-3,5 %

Source : rapports du département d'information médicale

L'activité de SSR a diminué, le nombre de séjours baissant régulièrement pour aboutir à une diminution de près de 15 % entre 2014 et 2018. En termes de nombre de séjours, elle a été stable jusqu'en 2017, la baisse significative de l'année 2018 s'expliquant en partie par les difficultés de recrutement en personnel infirmier en période d'été, qui ont contraint l'établissement à limiter les entrées entraînant des prises en charge trop lourdes afin de garantir la qualité et la sécurité des soins.

L'augmentation de la durée moyenne de séjour, qui passe de 28 à 34, ne suffit pas à compenser la baisse du nombre de séjours. Le nombre de journées d'hospitalisation diminue en conséquence également, de 3,5 % sur la période.

La durée moyenne de séjour, qui était de 37 jours en 2017 et 34 jours en 2018, est relativement élevée comparée à la moyenne régionale (32 jours en 2018). Elle découle, selon l'établissement, du profil des patients pris en charge, qui ont un âge avancé et des poly-pathologies qui rendent parfois difficile le retour à domicile, notamment en l'absence d'offre libérale suffisante en kinésithérapie. La difficulté peut aussi venir d'un manque de solutions d'aval.

La baisse d'activité se traduit par celle du taux d'occupation, qui était de 81 % en 2018, contre 84 % en 2014. Le taux d'occupation cible du CPOM, de 95 % en 2018, indicateur de suivi de l'action visant à conforter la place du SSR de l'établissement dans son territoire, n'a donc pu être atteint. Le positionnement géographique de l'établissement à la frontière de deux autres départements et la proximité de la zone du Mans expliquent la concurrence qu'il subit de la part d'établissements extérieurs, mesurée par le taux de fuite, soit 50 % en moyenne. Le développement de consultations avancées ou de la télémédecine, qui constitue un objectif du projet d'établissement, a vocation à atténuer les effets de cette concurrence afin d'offrir aux patients un panel de soins élargi.

2 - L'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'activité de l'EHPAD est stable. Le taux d'occupation reste, sur toute la période, à un niveau élevé, supérieur à 97 %.

Tableau n° 2 : Activité de l'EHPAD

Mesure de l'activité EHPAD	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Nombre d'entrées	64	63	68	69	76	18,8 %
Taux d'occupation	97,6 %	97,9 %	97,6 %	97,3 %	97,7 %	0,1 %

Source : rapports d'activité

En 2018, l'indicateur de la dépendance des patients de l'EHPAD, dénommé « GIR moyen pondéré »², était supérieur à celui des EHPAD de l'Orne (760 contre 743). L'âge moyen des patients était de 87 ans. En application de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles, l'établissement a procédé en 2018 à une évaluation interne de l'EHPAD, dont il ressort que la moyenne d'âge des personnes accueillies était élevée, avec une dépendance psychique et/ou physique fréquente. Le rapport souligne le vieillissement des résidents et la montée en charge importante des troubles cognitifs, ainsi qu'une entrée en institution de plus en plus tardive et, par conséquent, une augmentation de la dépendance initiale majorant ainsi les besoins en accompagnement et en soins.

L'activité de l'EHPAD est donc soutenue et n'est pas exposée à la concurrence extérieure.

² 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.

III - L'ORGANISATION INTERNE

A - Les organes de direction et de consultation

Le centre hospitalier fait partie, depuis le 23 octobre 2009, de la direction commune des centres hospitaliers de Mortagne-au-Perche et de Bellême. 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, ainsi que le fonctionnement du directoire et de la commission médicale d'établissement, n'appellent pas d'observation.

B - Les obligations réglementaires

1 - L'activité de soins de suites et de réadaptation

Les soins de suite et de réadaptation peuvent être définis comme une prise en charge globale et individualisée de la personne soignée dans l'objectif d'une réinsertion, réhabilitation à la vie sociale consécutive à une pathologie aiguë ou chronique invalidante, une intervention chirurgicale, un accident vasculaire cérébral nécessitant une rééducation du patient et une adaptation du domicile.

L'autorisation accordée à l'établissement porte sur 22 lits de SSR non spécialisés en hospitalisation complète.

Conformément à l'article L. 6113-3 du code de la santé publique, l'établissement est certifié³ par la Haute Autorité de santé, procédure qui permet de s'assurer de la qualité observée sur différentes thématiques (gestion des risques infectieux, droits de patients, prise en charge médicamenteuse ...).

Le fonctionnement de l'établissement repose sur des médecins de ville, au nombre de cinq, autorisés par décision de la commission médicale d'établissement. Ces praticiens sont rémunérés à la consultation, au tarif de 25 € l'acte en 2018. Aucun contrat ne les lie à l'établissement, contrairement à ce que prévoit l'article L. 6146-2 du code de la santé publique aux termes duquel « *les professionnels de santé mentionnés au premier alinéa participent aux missions de l'établissement dans le cadre d'un contrat conclu avec l'établissement de santé, qui fixe les conditions et modalités de leur participation et assure le respect des garanties mentionnées à l'article L. 6112-3 du présent code. Ce contrat est approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé* ». La chambre rappelle l'obligation légale de signer des contrats avec les médecins libéraux intervenant dans l'établissement.

Les seuls personnels médicaux salariés de l'établissement sont le pharmacien et le médecin coordonnateur. Si le contrat du pharmacien est conforme à la réglementation, le médecin coordonnateur du service n'a pas été formellement nommé par le directeur de l'établissement. Il dispose des qualifications requises par les textes. La chambre rappelle néanmoins l'obligation réglementaire de procéder à la nomination du médecin coordonnateur, conformément à l'article D. 6124-177-2 du code de la santé publique.

Les effectifs en équivalents temps plein (ETP) du service sont de 23,22, dont 8,7 aides-soignants et 6 infirmiers.

³ L'établissement a à ce titre obtenu la note A, la plus élevée.

L'équipe du service SSR comprend un kinésithérapeute, un ergothérapeute, une diététicienne et un psychologue, tous à temps partiel.

Les effectifs du service sont adaptés à ses besoins, au vu de l'estimation des effectifs théoriques d'un service de SSR non spécialisés de 20 lits.

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 : le centre hospitalier de Mortagne-au-Perche et le centre psychothérapique de l'Orne pour les soins de courte durée, le centre hospitalier d'Alençon pour les soins spécialisés. Il a, par ailleurs, signé une convention avec l'EHPAD de Bretoncelles, un organisme d'hospitalisation à domicile et des associations de suivi pour l'organisation et le suivi des patients.

2 - L'activité d'hébergement de personnes âgées dépendantes

L'EHPAD rattaché à l'établissement dispose de 215 lits.

En vertu des dispositions précitées 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. Le document relatif à l'évaluation externe, réalisée en 2013, comporte une conclusion très positive : *« l'EHPAD La Rose des Vents, infrastructure récente intégrant les critères de confort, de sécurité et de développement durable, offre aux résidents un cadre de vie agréable, aspirant à la convivialité. Développer l'animation reste un projet fort de l'établissement pour conforter la qualité de vie des résidents. Les constats établis font apparaître un établissement ayant le souci de répondre aux besoins évolutifs des personnes accueillies de manière adaptée et personnalisée. La démarche d'élaboration des projets personnalisés devra toutefois se poursuivre. La qualité de la prise en soins est soutenue par une politique de formation, de réflexions pluridisciplinaires, par les structures ressources de l'établissement public de santé de Bellême et par une dynamique d'amélioration de la qualité structurée. La présence d'une responsable qualité et gestion des risques, le comité qualité, vigilance et gestion des risques, les groupes de travail pluridisciplinaires et les transmissions élargies sont autant d'éléments permettant à l'établissement d'asseoir son fonctionnement et de poursuivre sa dynamique d'amélioration des pratiques et autres dispositions relatives à l'accompagnement ».*

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

L'établissement est signataire d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens médico-social avec l'ARS et le département de l'Orne, pour la période 2018-2022. Ce contrat lui fixe des objectifs en termes de développement des partenariats et coopérations, d'association des usagers à la vie de l'établissement et d'adaptation de l'offre aux besoins de populations spécifiques. Il fixe en outre les modalités de détermination des ressources financières de l'EHPAD.

L'EHPAD dispose d'un médecin coordonnateur nommé par contrat. L'effectif réel est de 119 équivalents temps plein (ETP), dont 49 aides-soignants, 41 agents de service et 12,43 infirmiers, pour des effectifs théoriques, selon l'établissement (rapport d'activité 2018) de 113,8, dont 56 aides-soignants, 34 agents de service et 14 infirmiers. Si les effectifs globaux sont donc adaptés à ses besoins, l'établissement a recours à plus d'agents de service que ses besoins ne l'exigent. En réponse aux observations provisoires, l'établissement a confirmé ce sureffectif et indiqué qu'il procédait progressivement à sa résorption par la promotion de certains agents de service en aides-soignants.

Conformément à ses obligations légales, l'EHPAD s'est doté d'un règlement de fonctionnement et a mis en place un livret d'accueil et un contrat de séjour.

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 2014-2018, les comptes financiers de l'établissement public ont été présentés par l'ordonnateur 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

Les comptes financiers et les rapports associés comportent toutes les informations exigées 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 du budget annexe, qui doit lui régler sa quote-part de charges communes. Ces dépenses, de l'ordre de 1,5 M€ par an, sont remboursées tous les ans par les budgets annexes au budget principal.

Tableau n° 3 : Flux entre budgets

	Compte 7087 (BP)	Compte 6286 (EHPAD)	Autres comptes (EHPAD)
2014	1 488 897	1 298 646	190 250
2015	1 489 007	1 302 798	186 209
2016	1 556 567	1 378 796	171 771
2017	1 525 200	1 343 455	181 746
2018	1 532 118	1 337 017	195 100

Source : comptes financiers et réponse

2 - Les écritures de rattachement à l'exercice

Selon l'instruction M21, 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 des charges⁴ a été de 1,65 %. L'établissement procède à cette comptabilisation en procédant en fin d'exercice au rapprochement entre les factures restant à échoir et les engagements dont le service a été fait mais dont les factures ne sont pas parvenues à la fin de l'exercice. Le taux de charges sur exercice antérieur, de 0,1 % en moyenne sur la période 2014-2018, est bas, et témoigne par ailleurs d'une absence de reports de charges d'une année sur l'autre.

⁴ Taux de rattachement de charges : charges rattachées d'exploitation / total charges d'exploitation de l'exercice.

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

C - Les provisions

1 - Les provisions pour créances contentieuses

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

Le montant des provisions est supérieur à celui des créances compromises. L'établissement provisionne, outre les créances compromises, les créances nées depuis plus de deux ans. Sa relative aisance financière lui permet d'avoir une politique de provisionnement prudente.

Les reprises des provisions sont justifiées.

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

Les provisions pour litiges ont fait l'objet d'une reprise pour un montant de 310 000 € au cours de l'exercice 2016, en conséquence d'un arrêt de la cour administrative d'appel de Nantes qui a débouté une entreprise de sa demande de rémunération complémentaire à la suite de travaux de rénovation.

Fin 2018, aucune provision n'était comptabilisée pour les litiges et risques, ce qui est justifié par l'absence de contentieux en cours.

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 être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien. Sans que l'établissement dispose formellement d'un tel document, les provisions (de l'ordre de 250 000 € fin 2018) sont identifiées et correspondent à des travaux sur la toiture du bâtiment historique, des travaux de peinture et de revêtements muraux, des travaux de réparation faisant suite à des fuites d'eau et de rénovation de fenêtres du « self ».

Les sommes provisionnées pour les autres charges concernent les validations de services (obligation résultant de la M21) et les congés de maternité (choix de l'établissement).

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

Depuis 2012, les établissements ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par les titulaires de comptes épargne-temps.

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 160 721 € fin 2018.

Depuis 2019, les comptes épargne-temps sont valorisés à partir du coût moyen journalier, conformément à la réglementation, soit le salaire brut chargé de l'année précédente divisé par 240 jours travaillés, multiplié par le nombre de jours épargnés.

D - Le suivi des immobilisations

L'inventaire établi par l'ordonnateur concorde parfaitement avec l'état de l'actif établi par le comptable.

La méthodologie de comptabilisation des amortissements des immobilisations, en termes de durée et de méthode, n'appelle pas d'observation.

V - LA SITUATION FINANCIÈRE

L'établissement comporte deux budgets : un budget principal, sur lequel sont imputées les opérations budgétaires relatives au SSR, et un budget annexe relatif à l'EHPAD.

L'analyse qui suit détaille l'évolution des deux budgets pour l'exploitation, en raison de leurs logiques différentes. Les données relatives à l'investissement et à son financement sont présentées de manière consolidée, afin d'appréhender la situation globale de l'établissement. L'analyse a été réalisée à partir des comptes financiers, pour les années 2014 à 2018, avec une actualisation tenant compte des résultats prévisionnels de l'exécution 2019.

A - L'exploitation

1 - Le budget principal de SSR

Les charges ont augmenté de 3,6 % depuis 2014, soit un surplus de 136 000 euros en quatre ans.

Tableau n° 4 : Charges du budget SSR⁵

Charges budget principal (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Titre 1 - charges de personnel	2 542 283	2 484 855	2 543 562	2 575 916	2 660 348	4,6 %
Titre 2 - charges à caractère médical	231 332	204 637	188 769	208 421	199 296	-13,8 %
Titre 3 - charges à caractère hôtelier	713 262	714 046	767 090	751 080	727 982	2,1 %
Titre 4 - amort., prov. et charges financières	328 083	360 762	325 554	383 673	363 396	10,8 %
Total	3 814 960	3 764 300	3 824 975	3 919 090	3 951 022	3,6 %

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

Cette croissance provient essentiellement de celle des dépenses de personnel, qui ont augmenté de 4,6 %. Sur ce point, l'établissement n'a pas respecté l'objectif du CPOM, visant le maintien de l'évolution de la masse salariale en-dessous d'un seuil de 1,5 % de N à N-2 (taux de 3,7 % en 2017 et de 4,6 % en 2018). La croissance de la masse salariale, anticipée dans le budget prévisionnel, n'a pas empêché le budget d'être approuvé tous les ans par l'ARS. L'évolution des charges à caractère médical et à caractère hôtelier est modérée, voire en diminution pour les premières, et témoigne des efforts de gestion de l'établissement.

Les ETP moyens rémunérés ont baissé de 5 % sur la période. La hausse de la masse salariale s'explique par le coût des remplacements des personnels absents.

Les recettes ont progressé de 3 % depuis 2014, soit un surplus de recettes de 130 000 euros, proche de celui des charges.

⁵ Retraitées de l'écriture d'inscription de la créance sur la MSA pour un montant de 239 522 €, compensée en recette d'exploitation.

Tableau n° 5 : Produits du budget SSR⁶

Produits budget principal (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Titre 1 - produits versé par l'assurance maladie	1 626 661	1 634 513	1 661 623	1 673 587	1 683 515	3,5 %
Titre 2 - produits de l'activité à la charge des patients	233 525	246 936	246 477	224 762	231 636	-0,8 %
Titre 3 - autres produits	1 986 963	1 965 718	2 076 538	2 336 286	2 063 859	3,9 %
Total	3 847 149	3 847 167	3 984 638	4 234 635	3 979 010	3,4 %

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

L'évolution annuelle des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) est inférieure à 1 %, sauf en 2016.

Les produits à la charge des patients et des mutuelles (titre 2) ont suivi celle des journées réalisées, et sont donc globalement stables sur la période.

La période contrôlée a été marquée par des résultats comptables en forte progression jusqu'en 2017, permettant de restaurer l'autofinancement.

La baisse du résultat en 2018 s'explique par la diminution des produits exceptionnels dont le montant élevé en 2017 était lié à des reprises de provisions.

Tableau n° 6 : Autofinancement du budget SSR

Autofinancement budget principal (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018
Résultat	32 189	82 867	159 663	315 545	27 989
CAF brute	197 484	296 905	321 995	231 535	264 382

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

La capacité d'autofinancement brute, ou épargne issue de l'exploitation pour financer les dépenses d'investissement, représentait 7 % des produits d'exploitation en 2018, soit un niveau satisfaisant.

2 - Le budget annexe de l'EHPAD

La croissance des charges a été limitée à 4,6 % en quatre ans, malgré une forte augmentation des dépenses de personnel (+ 13 %).

Tableau n° 7 : Charges du budget EHPAD

Charges budget EHPAD (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Titre 1 - charges de personnel	5 042 394	5 209 389	5 210 785	5 559 934	5 675 379	12,6 %
Titre 2 - charges à caractère médical	179 797	167 484	169 756	174 513	187 577	4,3 %
Titre 3 - charges à caractère hôtelier	2 134 379	2 153 976	2 327 727	2 324 719	2 235 402	4,7 %
Titre 4 - amort., prov. et charges financières	1 485 960	1 363 833	1 401 216	1 227 910	1 155 197	-22,3 %
Total	8 842 530	8 894 682	9 109 484	9 287 076	9 253 555	4,6 %

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

⁶ Retraités de l'écriture d'inscription de la créance sur la MSA pour un montant de 239 522 €, compensée en dépense d'exploitation.

A la différence du budget des activités de SSR, la hausse des effectifs explique partiellement cette croissance (+ 10 ETP dans le personnel non médical). En réponse aux observations provisoires, l'établissement l'a présentée comme un choix de l'établissement, afin d'améliorer la prise en charge des résidents, grâce aux moyens dégagés par l'augmentation de ses ressources en dotations et la diminution de ses frais financiers.

Les produits ont progressé modérément, de 3,6 % depuis 2014. Entrée en vigueur en 2017, la réforme du financement des EHPAD, qui lie les ressources publiques qui leur sont versées au niveau de dépendance des résidents, permet à l'établissement de disposer de ressources supplémentaires, à hauteur de 82 000 € par an jusqu'en 2024. La hausse des produits constatée au cours des années 2017 et 2018 s'explique par cet effet. Il a toutefois été contrebalancé en 2017 par la révision du mode de calcul des tarifs pour la dépendance, qui a entraîné une baisse de 105 983 € des recettes. Les tarifs ont été revus en 2018 et ont permis d'atténuer en partie cet effet.

Tableau n° 8 : Produits du budget EHPAD

Produits budget EHPAD (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Titre 1 - produits afférents aux soins	3 035 812	3 033 024	3 054 164	3 159 945	3 244 615	6,9 %
Titre 2 - produits afférents à la dépendance	1 305 129	1 337 764	1 366 895	1 260 912	1 286 847	-1,4 %
Titre 3 - produits afférents à l'hébergement	4 055 627	4 072 245	4 096 268	4 088 333	4 117 399	1,5 %
Titre 4 - autres produits	535 474	525 380	897 709	735 297	606 142	13,2 %
Total	8 932 042	8 968 413	9 415 036	9 244 487	9 255 003	3,6 %

Source : 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 %. La croissance de la dotation globale de financement des soins explique l'essentiel 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 54,08 € en 2018, la médiane départementale se situant à 54,81 €⁷ pour les EHPAD rattachés à un établissement public de santé. L'EPS de Bellême est également proche de la médiane nationale, qui est de 55,26 €.

Sur la période contrôlée, si le résultat comptable est peu élevé⁸, la capacité d'autofinancement (CAF) se maintient à un niveau significatif.

Tableau n° 9 : Autofinancement du budget EHPAD

Autofinancement budget EPHAD (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018
Résultat	89 512	73 731	305 550	-42 588	1 449
CAF brute	784 617	914 609	851 608	516 589	650 714

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

⁷ 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>.

⁸ Le niveau élevé du résultat comptable en 2016 provient d'une recette exceptionnelle, la reprise d'une provision de 310 000 € sur le budget de l'EHPAD après la résolution d'un litige.

La CAF brute a légèrement diminué depuis 2014, mais représentait encore 7 % des produits d'exploitation en 2018.

B - L'investissement

1 - Le financement des dépenses d'investissement

Tous les ans, la CAF brute couvre largement le remboursement du capital des emprunts et laisse une CAF nette qui permet d'autofinancer les dépenses d'investissement. L'établissement a remboursé 1,5 M€ d'emprunts de manière anticipée en 2017, ce qui explique la CAF nette exceptionnellement négative de cette année.

Tableau n° 10 : Financement des investissements

Financement des investissements tous budgets (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018
CAF brute	982 101	1 211 514	1 173 603	748 124	915 096
- Annuité en capital de la dette	532 718	444 605	438 904	1 948 488	459 106
= CAF nette (a)	449 383	766 909	734 699	-1 200 364	455 990
+ Subventions d'équipement reçues	135 613	4 995	0	0	0
+ Apport en capital	0	0	10 928	0	0
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	135 613	4 995	10 928	0	0
= Financement propre disponible (a+b)	584 996	771 904	745 627	-1 200 364	455 990
- Dépenses d'équipement réelles (y.c. tx en régie)	159 602	77 786	462 902	185 129	134 225
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	425 394	694 107	282 725	-1 385 493	321 765
+ Recettes de cautionnement	0	0	80 215	100 649	72 865

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

Depuis la reconstruction du bâtiment de l'EHPAD en 2011, l'établissement n'a plus réalisé d'investissement important. Dès lors, la conjonction d'une CAF nette positive et d'un faible niveau de dépenses d'investissement aboutit à une capacité de financement, qui abonde le fonds de roulement.

Le taux de vétusté de ses bâtiments (28 %) est, en toute logique, très faible. Le taux de vétusté de ses équipements est plus élevé (74 %). L'établissement n'a pas de projet d'investissement significatif dans les années à venir.

2 - Les ressources d'investissement

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

Le volume de la dette représente 10,9 M€ fin 2018, soit une durée de désendettement⁹ de 12 années. Le niveau relativement élevé de la dette découle du programme de travaux important achevé en 2011, qui a abouti à la reconstruction de l'EHPAD.

⁹ 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.

Tableau n° 11 : Dette

Dette tous budgets (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018
Montant au 31/12	13 880 168	13 435 563	13 076 874	11 276 718	10 890 477
Ratio de solvabilité	14	11	11	15	12

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

Le fonds de roulement - différence entre les ressources stables (passifs à long terme) et les biens stables (actifs à long terme), représentait 55 jours de charges courantes fin 2018.

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 a diminué sous l'effet de l'amélioration du rythme de l'encaissement des créances et de la suppression d'une créance d'un montant élevé.

La baisse continue du besoin en fonds en roulement a abouti à une augmentation de la trésorerie, de 0,8 M€ en 2014 à 1,6 M€ en 2018, soit 43 jours de charges d'exploitation.

Tableau n° 12 : Evolution des agrégats du bilan

Les équilibres bilanciaux tous budgets (en euros)	2014	2015	2016	2017	2018
Fonds de roulement	2 073 298	2 767 316	3 130 256	1 605 890	2 000 513
Besoin en fonds de roulement	1 296 048	1 237 215	817 392	667 833	448 964
Trésorerie	777 250	1 530 101	2 312 864	938 057	1 551 549

Source : comptes financiers et rapports sur les comptes

La situation financière de l'établissement a peu évolué depuis 2014. Les sections d'exploitation des budgets sont excédentaires. Le seul point de vigilance concerne les dépenses de personnel de l'EHPAD, qui ont significativement augmenté, du fait de la croissance des effectifs. L'endettement est important, mais stabilisé, en l'absence de projet d'investissement significatif. Le fonds de roulement et la trésorerie étaient fin 2018 à des niveaux corrects, qui garantissent à l'établissement une sécurité financière satisfaisante.

Les premiers éléments de l'exécution 2019 montrent que le budget SSR a vu sa situation financière se détériorer légèrement, la CAF brute passant de 264 382 € en 2018 à 194 670 € en 2019, en raison d'une hausse des charges – hors personnel. La CAF représentait fin 2019 5 % des produits d'exploitation. S'agissant du budget de l'EHPAD, l'exécution s'est également traduite par une baisse de la CAF, de 650 714 € à 555 610 €. La hausse des produits a été compensée par celle plus importante des charges, notamment des charges de personnel. La tendance au resserrement de la marge de manœuvre, en raison de la pression exercée par les charges de personnel, se confirme en 2019.

Si l'ARS observe que le centre hospitalier s'emploie à maîtriser l'évolution de sa masse salariale et que la trajectoire financière de l'EHPAD à moyen terme paraît stabilisée, la chambre considère que ces premiers résultats confirment la nécessité pour l'établissement de faire preuve de vigilance sur les dépenses de personnel de l'EHPAD.