



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SES RÉPONSES

CENTRE HOSPITALIER PÔLE SANTÉ
SARTHE ET LOIR
(Département de la Sarthe)

Exercices 2012 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 30 août 2018.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1 LA GOUVERNANCE	9
1.1 Le fonctionnement des instances de gouvernance	9
1.1.1 La direction.....	9
1.1.2 Le directoire.....	9
1.1.3 Le conseil de surveillance.....	9
1.1.4 La commission médicale d'établissement	11
1.2 Le suivi financier exercée par l'Agence Régionale de Santé	11
1.2.1 Les mesures de redressement décidées par l'Agence Régionale de Santé	11
1.2.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier 2016-2019	12
2 L'ORGANISATION ET LE PILOTAGE.....	13
2.1 L'organisation en pôles de l'établissement.....	13
2.2 Le règlement intérieur et la charte de gouvernance	14
2.3 Le pilotage	15
2.3.1 Les outils de pilotage.....	15
2.3.2 Le projet d'établissement.....	15
3 LA CONTRACTUALISATION EXTERNE.....	16
3.1 Le CPOM 2012-2017 avec l'ARS	16
3.2 Le conventionnement avec l'ARS et le département de la Sarthe pour l'activité médico-sociale	16
4 LES COOPÉRATIONS AVEC LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ DE LA SARTHE	17
4.1 La communauté hospitalière de territoire de la Sarthe	17
4.2 Le groupement hospitalier de territoire de la Sarthe.....	18
4.2.1 La convention constitutive et les instances de GHT de la Sarthe	18
4.2.2 Les fonctions supports dans le GHT de la Sarthe.....	19
4.2.3 Le projet médical partagé	19
5 L'ACTIVITE SANITAIRE.....	20
5.1 Les capacités	20
5.2 La certification de la Haute Autorité de Santé.....	20
5.3 Les indicateurs d'activité et d'efficience de l'hôpital.....	21
5.3.1 L'information médicale	21
5.3.2 L'activité.....	22
5.3.3 Les taux d'occupation de lits de MCO	23
5.3.4 Les critères d'efficience de l'établissement.....	23
5.4 Le positionnement du PSSL au sein de l'offre territoriale de soins	24
5.4.1 Les parts de marché de l'activité MCO	24
5.4.2 La concurrence du pôle santé sud	25

5.4.3	Les consultations avancées à Sablé-sur-Sarthe et à la Flèche.....	25
6	L'ACTIVITE MEDICO-SOCIALE ET SES ENJEUX IMMOBILIERS.....	25
6.1	L'activité du foyer de vie.....	25
6.2	L'activité des EHPAD	26
6.3	Les projets immobiliers de restructuration des EHPAD.....	26
6.3.1	Le projet de restructuration de l'EHPAD de Sablé-sur-Sarthe.....	26
6.3.2	Le projet de restructuration de l'EHPAD de la Flèche.....	27
7	LES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES	28
8	LA FIABILITÉ DES COMPTES.....	28
8.1	L'inventaire.....	29
8.2	L'amortissement des immobilisations	29
8.3	Le rattachement des charges et des produits.....	30
8.4	Les provisions	30
9	LA SITUATION FINANCIÈRE.....	31
9.1	Les soldes de gestion et la formation de l'autofinancement	31
9.1.1	La formation du chiffre d'affaires	31
9.1.2	La formation de la valeur ajoutée	33
9.1.3	La formation de la marge brute d'exploitation	34
9.1.4	La formation de la capacité d'autofinancement brute.....	35
9.1.5	Le financement des investissements	36
9.1.6	La vétusté des immobilisations.....	36
9.2	La structure financière	37
10	LA GESTION DE LA DETTE ET DE LA TRÉSORERIE.....	39
10.1	L'encours de la dette	39
10.2	La gestion du risque des emprunts structurés	40
10.3	La restructuration des deux emprunts structurés classés hors charte Gissler	40
10.3.1	L'emprunt Dexia indexé sur l'euro/ franc suisse.....	40
10.3.2	L'emprunt Crédit agricole indexé sur les écarts de CMS	41
10.4	La gestion de la trésorerie	42
11	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	42
11.1	L'évolution des effectifs	42
11.2	L'absentéisme	42
11.3	Le temps de travail.....	43
11.3.1	Le temps de travail du personnel non médical.....	43
11.3.2	Le temps de travail du personnel médical	43
11.3.3	La permanence des soins	45
11.3.4	Le compte épargne temps	47
11.4	L'activité libérale des praticiens hospitaliers.....	47
11.4.1	La commission d'activité libérale.....	48
11.4.2	L'exercice irrégulier de l'activité libérale de certains médecins du PSSSL	48
11.5	Le cumul d'activités publiques du Dr Y	50
11.6	Le cumul d'activité publique et privée du Dr Z.....	51
11.7	Les rémunérations irrégulières versées à plusieurs médecins.....	51

12 LA COMMANDE PUBLIQUE	52
12.1 La politique achat.....	52
12.2 Le GIE Imagerie du Sud Sarthe	52
12.3 Les marchés publics	55
12.3.1 Le marché relatif à la mission de recodage de l'activité de PMSI 2016.....	55
12.3.2 Les marchés relatifs aux prestations de téléconsultation de radiologie	55
13 CONCLUSION	57
ANNEXES	58
1 LES EMPRUNTS STRUCTURES QUI ONT ETE RESTRUCTURES.....	65
1.1 L'emprunt Crédit agricole- CALYON n° 0067286636	65
1.2 L'emprunt Dexia n° MIN985100EUR renuméroté n° MIN255838EUR.....	66
2 LES EMPRUNTS STRUCTURES QUI N'ONT PAS ETE RESTRUCTURES	66
2.1 L'emprunt Caisse d'épargne - Crédit Foncier de France (CFF) n° 00778806292A et n° 00778086292B	66
2.2 L'emprunt Dexia n° MPH249832EUR.....	67

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL) est un établissement en grande difficulté depuis plusieurs années. Or, toutes les parties prenantes (instances de gouvernance, personnel, en particulier la communauté médicale, tutelle, etc.), semblent avoir pris conscience de la gravité de la situation et des mesures nécessaires à mettre en œuvre pour la redresser durablement mais trop tardivement. Ce n'est en effet qu'à compter de mars 2016, suite à la réalisation d'un audit demandé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) afin de préparer le Contrat de Retour à l'Équilibre Financier (CREF) qu'un plan d'actions a été mis en œuvre.

La chambre a relevé des dysfonctionnements dans le fonctionnement des instances de gouvernance et un manque de soutien apporté à la direction pour faciliter les restructurations qu'exige la situation financière, voire une opposition frontale pour développer la coopération avec les autres établissements publics de santé du département jusqu'en 2016.

Le PSSL est confronté à un manque d'attractivité vis-à-vis des patients, lié à la fois à son positionnement géographique et à l'absence de stabilité du corps médical. À cela s'ajoute un codage de l'activité médicale qui bien que représentant un enjeu financier important, n'a commencé à faire l'objet de mesures d'amélioration que depuis ces dernières années et auquel une partie du corps médical n'accorde pas l'attention qu'elle devrait.

L'établissement souffre globalement d'une activité insuffisante en médecine, chirurgie, obstétrique par rapport au niveau de ses coûts, en particulier de personnel, qui n'ont cessé d'augmenter jusqu'en 2015. La chambre observe qu'à l'opposé, l'activité médico-sociale est à l'équilibre.

La chambre a aussi constaté des carences dans les outils de pilotage et de management, l'inapplication des contrats de pôle, signe d'un manque d'implication d'une partie de la communauté médicale dans la gestion de l'établissement ou encore l'absence de convention avec le département de la Sarthe et l'ARS sur le financement de l'activité médico-sociale entre le 31 décembre 2015 et le 27 janvier 2017.

Indépendamment de l'impact sur les frais financiers des deux emprunts structurés les plus risqués puis de leur restructuration en 2016, la situation financière intrinsèque du PSSL qui était déjà préoccupante en 2012 s'est dégradée depuis. Les produits courants ne couvrent plus les charges courantes et l'établissement est en déficit depuis 2013. La capacité d'autofinancement brute est tombée à zéro en 2016. La mise en place d'un contrat de retour à l'équilibre financier en 2016 a été trop tardive et n'a pas empêché un creusement du déficit.

Les perspectives sont d'autant plus inquiétantes que la structure financière est très fragilisée avec un fonds de roulement insuffisant pour couvrir la croissance du besoin en fonds de roulement et une trésorerie nette qui était déjà à zéro en 2016. Sauf aide publique, une crise de liquidité n'est pas exclue.

Les deux emprunts structurés les plus risqués dont l'un indexé sur le taux de change euro/franc suisse, qui avaient été contractés pour financer la construction de l'hôpital en 2007, ont été restructurés en 2016 en faisant appel au fonds de soutien mis en place par l'État et à une aide exceptionnelle de l'Agence Régionale de Santé. Ces deux opérations ont permis d'éliminer le risque mais ont eu un coût très élevé car l'établissement a dû payer ou refinancer des indemnités de remboursement anticipé qui s'élevaient à plus de 29 M€, soit environ les $\frac{3}{4}$ du montant en capital du total de sa dette.

La chambre a relevé de nombreuses irrégularités dans la gestion administrative des personnels médicaux. Les tableaux de service n'étaient pas signés en début de période de contrôle, il n'existe pas de registre du temps de travail additionnel, ni de contrats formalisés avec certains médecins alors que les dépenses dans ce domaine ont fortement augmenté et font l'objet pour certains services de dérogations irrégulières.

Les règles en matière d'activité libérale à l'hôpital n'ont pas été respectées par certains praticiens hospitaliers sans qu'aucune sanction ne soit prononcée. Certains contrats d'exercice libéral sont irréguliers, notamment en ce qui concerne le paiement des redevances. Enfin, des médecins ont perçu des sur rémunérations de façon irrégulière. La régularisation de ces situations en 2017 va paradoxalement conduire à un accroissement des frais de personnel du PSSL. Confronté sans doute plus que d'autres hôpitaux aux problèmes de démographie médicale, ces irrégularités reflètent les grandes difficultés de l'établissement à attirer et/ou à retenir des médecins spécialistes, indispensables à son activité.

Alors qu'il dispose d'une offre de soins encore très complète dans le domaine sanitaire mais aussi dans le domaine médico-social, à travers deux EHPAD et un foyer pour personnes handicapées ainsi que dans le domaine de la formation des infirmiers et des aides-soignants, le PSSL doit s'interroger sur sa capacité à conserver un tel périmètre d'activité dans le contexte financier qui est le sien.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : procéder à une nouvelle élection du président du conseil de surveillance afin de se conformer aux dispositions des articles R. 6143-5 et suivants du code de la santé publique.

Recommandation n° 2 : renforcer les outils de pilotage interne et mettre en place des contrats de pôle ainsi qu'un règlement intérieur, qui soient en cohérence avec le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Sarthe.

Recommandation n° 3 : poursuivre les efforts d'amélioration du codage en rappelant aux praticiens leurs obligations en la matière.

Recommandation n° 4 : formaliser un plan d'amortissement (M21) et veiller à son respect.

Recommandation n° 5 : compléter les annexes relatives aux dotations aux provisions en précisant les motifs de constitution et de reprise.

Recommandation n° 6 : mettre en place des outils de prévision et de gestion de trésorerie.

Recommandation n° 7 : compléter le registre du temps de travail additionnel mis en place au PSSL afin que ce dernier retrace les périodes et heures de temps de travail additionnel de l'ensemble des praticiens de l'établissement et s'assurer de la signature des contrats individuels de temps de travail additionnel (article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié).

Recommandation n° 8 : respecter les dispositions du code de la santé publique en matière d'autorisation d'activité libérale et d'exercice libéral (articles L. 6154-1 et suivants et L. 6146-2 du CSP) ainsi que pour les taux de redevance.

Recommandation n° 9 : procéder à une réflexion sur le périmètre des compétences exercées par le PSSL et notamment sur le maintien des EHPAD au sein de l'établissement.

INTRODUCTION

Le présent contrôle a été inscrit au programme de la chambre régionale des comptes des Pays de la Loire pour l'année 2017. L'ouverture du contrôle à compter de l'année 2012, a été notifié le 1^{er} février 2017. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 20 décembre 2017. Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 25 janvier 2018.

Le rapport d'observations provisoires (ROP) a été transmis à M. Yves Praud, directeur du PSSL, le 9 février 2018.

Des extraits de ROP ont également été transmis, le 12 février 2018 :

- Aux deux anciens directeurs du PSSL, M. Gwenaël Godin et Mme Céline Lagrais ;
- À l'ancien directeur du PSSL en charge des finances et des systèmes d'information ;
- À 17 médecins ;
- À cinq représentants de sociétés ;
- Au président du conseil de surveillance du PSSL, M. Marc Joulaud, ainsi qu'à M. Guy-Michel Chauveau, vice-président du conseil de surveillance du PSSL ;
- Au président du conseil départemental de la Sarthe, M. Dominique Le Méner.

La chambre a également porté à la connaissance du directeur général de l'ARS certaines observations dans le cadre d'une communication administrative en date du 13 février 2018.

Sur les 31 notifications, la chambre a reçu 22 réponses, dont quatre par l'intermédiaire d'un avocat.

Par ailleurs, une demande d'audition a été formulée par le directeur général de la société X. Cette audition a été programmée le 30 août 2018.

Le PSSL est né de la fusion des hôpitaux de La Flèche et de Sablé-sur-Sarthe le 1^{er} janvier 2000 puis de la reprise en 2004 de l'activité de l'unité chirurgie de la clinique de la Providence à La Flèche.

Les deux hôpitaux ont été regroupés sur un nouveau site en octobre 2007 pour un coût d'environ 74 M€. Celui-ci est situé au Bailleul, entre Sablé-sur-Sarthe et La Flèche, ce qui n'est pas sans poser des problèmes d'accessibilité à certains patients. Il est aussi situé à peu près à égale distance du centre hospitalo-universitaire (CHU) d'Angers, du centre hospitalier (CH) du Mans et de celui de Laval.

Le PSSL est le deuxième établissement public de santé de la Sarthe dans le champ des soins de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Il possède également une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR).

Il est équipé de quatre blocs opératoires, d'une salle d'endoscopie, d'une salle de césarienne, de trois salles de travail, d'un laboratoire d'analyses médicales, de trois radiologies conventionnelles, d'une mammographie, d'un scanner et d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), ces deux derniers équipements étant exploités dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique (GIE). Il dispose également d'un service d'urgence et d'une maison médicale de garde sur le site du Bailleul qui est régulé par le SAMU 72.

Le PSSL comprend également deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), « Marie de la Ferre », situé à Sablé-sur-Sarthe et « La Martinière » à La Flèche, qui comprennent respectivement 275 et 138 lits. Il dispose aussi d'un foyer pour personnes handicapées, « Le temps de vivre », situé à Sablé-sur-Sarthe, d'une capacité de 70 places dont 25 places pour le foyer d'accueil médicalisé, et d'un institut de formation aux soins infirmiers et d'aide-soignant (IFSI/IFAS) situé à La Flèche. Au total, l'activité du PSSL est répartie sur cinq sites.

Le contrôle a porté sur la gouvernance et le pilotage, la contractualisation externe, les coopérations avec les autres établissements publics de santé du département, l'activité, la fiabilité des comptes, la situation financière, la gestion de la dette, la gestion des ressources humaines, la commande publique.

1 LA GOUVERNANCE

1.1 Le fonctionnement des instances de gouvernance

La gouvernance d'un centre hospitalier est principalement assurée par son directeur qui en est l'ordonnateur, par son directoire, son conseil de surveillance et sa commission médicale d'établissement.

1.1.1 La direction

Pendant la période sous contrôle, quatre directeurs se sont succédé : M. Gwenaël Godin a été directeur du 1^{er} septembre 2011 jusqu'au 15 novembre 2015, Mme Céline Lagrais a ensuite assuré l'intérim jusqu'au 31 mars 2016, puis Mme Anne-Laure Desprez jusqu'au 30 avril 2016 et M. Yves Praud est le directeur du PSSL depuis le 1^{er} mai 2016. Il a également été entre le 1^{er} mai et le 31 août directeur par intérim du centre hospitalier Georges Daumézon à Bouguenais et du centre hospitalier de Corcoué-sur-Logne.

1.1.2 Le directoire

Les dispositions de l'article D. 6143-35-5 du code de la santé publique (CSP) prévoient que le président du directoire le réunit au moins huit fois par an, sur un ordre du jour déterminé. Le nombre minimal de réunions du directoire n'a pas été respectée en 2015 et 2016, puisqu'il ne s'est réuni que respectivement six et cinq fois, au regard du nombre de procès-verbaux transmis par l'établissement pour cette période.

En effet, en l'absence des membres représentant les personnels médicaux du directoire qui souhaitaient marquer leur opposition au projet de groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Sarthe et aux réductions de capacités de l'activité MCO dans le cadre du plan de retour à l'équilibre et de modernisation (PREM), le directoire ne s'est pas réuni en juin, juillet et septembre 2015 alors qu'il était convoqué. Par ailleurs, le directoire ne s'est pas réuni pendant les périodes d'intérim.

En 2017, les procès-verbaux de sept réunions ont été communiqués à la chambre.

1.1.3 Le conseil de surveillance

Conformément aux dispositions de l'article R. 6143-11 du CSP, le conseil de surveillance s'est bien réuni quatre fois par an au cours de la période 2012-2016.

Le conseil de surveillance a été installé le 1^{er} juillet 2010 et a procédé à cette date à l'élection de son président en la personne de M. Marc Joulaud qui a désigné M. Guy-Michel Chauveau comme vice-président. Aucune autre élection n'a eu lieu depuis alors que les dispositions de l'article R. 6143-5 du CSP prévoient que le conseil de surveillance élit son président parmi les représentants des collectivités territoriales et les personnalités qualifiées, pour une durée de cinq ans.

Compte tenu de l'histoire du PSSL, issu du regroupement des hôpitaux de Sablé-sur-Sarthe et de La Flèche, la présidence du conseil de surveillance est assurée alternativement pour une durée d'un an, par le maire de la commune de la Flèche, M. Chauveau et par celui de la commune de Sablé-sur-Sarthe, M. Joulaud. Or, rien n'autorise une telle alternance en l'absence de nouvelle élection. En outre, celle-ci fragilise juridiquement les décisions et avis du conseil de surveillance.

En réponse, M. Chauveau a indiqué qu'une nouvelle élection du président a été inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion du conseil de surveillance. Cette nouvelle élection a été confirmée par le directeur du PSSL, M. Praud. Celle-ci sera inscrite à l'ordre du jour du conseil de surveillance du mois de septembre 2018.

En 2012 et 2013, le PSSL a effectué des cessions de patrimoine pour un montant total de 706 636 €.

Lors du conseil de surveillance du 2 avril 2012, celui-ci a émis un avis favorable à l'unanimité sur la vente de la parcelle AO 0025 à la commune de Sablé-sur-Sarthe pour un montant de 725 € ainsi que sur plusieurs autres parcelles, en présence du maire, M. Marc Joulaud. Ces propriétés ont été cédées pour respectivement 2 230 € et 40 000 €. Finalement, la parcelle AO 0025 a été divisée en 2 parcelles, les parcelles AO76 et AO77. Lors du conseil de surveillance du 12 octobre 2012 a été émis un avis favorable à l'unanimité pour la vente de ces deux parcelles (AO 76 et AO 77) non plus à la commune de Sablé-sur-Sarthe mais à la communauté de communes de Sablé-sur-Sarthe dont M. Joulaud était également le président et pour un montant de 725 €. Le procès-verbal du conseil de surveillance du 2 avril 2012 ne mentionne pas que M. Marc Joulaud s'est retiré lorsque cet avis a été rendu.

Le conseil de surveillance a émis un avis favorable le 28 juin 2013 à l'unanimité pour la cession de la parcelle AP 89 à la commune de la Flèche pour un montant de 125 000 € et de deux bâtiments à la communauté de communes du Pays Fléchois, estimés respectivement par France Domaine à 308 000 € pour l'ancienne maternité (parcelle AN 695) et 107 000 € pour le bâtiment des urgences (parcelle AN 698). Cet avis a été rendu en présence de M. Guy-Michel Chauveau, maire de La Flèche et président de la communauté de communes du Pays Fléchois. Le procès-verbal du conseil de surveillance du 28 juin 2013 ne mentionne pas que M. Guy-Michel Chauveau s'est retiré lorsque cet avis a été rendu.

Par échanges de lettres datées du 6 septembre et du 23 septembre 2013 entre M. Guy-Michel Chauveau et M. Gwenaël Godin, ceux-ci sont tombés d'accord pour la cession des deux parcelles à la communauté de communes pour un montant respectif de 315 000 € et 110 000 €. La communauté de communes du Pays Fléchois n'a finalement pas donné suite à la procédure d'achat de cette dernière parcelle.

En participant à des décisions de cessions de terrains à des collectivités dont ils sont les ordonnateurs, MM. Joulaud et Chauveau se trouvaient en situation de conflit d'intérêts.

<p>Recommandation n° 1 : procéder à une nouvelle élection du président du conseil de surveillance afin de se conformer aux dispositions des articles R. 6143-5 et suivants du CSP.</p>

1.1.4 La commission médicale d'établissement

La commission médicale d'établissement (CME) se réunit au moins quatre fois par an sur convocation de son président ce qui a été le cas pendant la période de contrôle.

Le président de la CME est élu pour quatre ans. La CME a été présidée par le Dr Abdellahdi Masloh de décembre 2011 jusqu'au 9 décembre 2015. Le Dr Philippe Bourrée lui a succédé à cette date et le Dr Masloh est devenu le vice-président de la CME. Le Dr Bourrée a été nommé président de la CME afin d'en assurer l'intérim, dans l'attente de la désignation du Dr Bedu, intervenue le 1er avril 2016.

Le Dr Bourrée a cumulé les fonctions de président de la CME avec celles de chef du pôle pendant trois mois, ce que n'autorise pas le CSP sauf exception justifié par l'insuffisance de son effectif médical, ce qui n'est pas le cas au PSSSL, contrairement à ce qu'indique l'établissement. En effet, le PSSSL avec quatre pôles et une soixantaine de personnels médicaux dont une trentaine de praticiens hospitaliers, pouvait largement élire à la tête de la CME un médecin, qui n'est pas aussi chef de pôle.

Texte synthétique conclusif

Au vu des échanges intervenus dans ces instances, des décisions prises ou des avis rendus, la chambre a pu constater jusqu'en 2016 le manque de vision stratégique du directoire, du conseil de surveillance et de la commission médicale d'établissement face aux difficultés rencontrées par le PSSSL que ce soit en matière financière, de coopération avec les autres établissements publics de santé de la Sarthe, d'offre de soins dans un contexte de pénurie de médecins, ou encore sur le sujet des investissements dans les EHPAD et le Foyer de Vie. L'audit financier réalisé en 2016 par un cabinet extérieur a finalement abouti à la présentation d'un plan d'actions.

1.2 Le suivi financier exercée par l'Agence Régionale de Santé

1.2.1 Les mesures de redressement décidées par l'Agence Régionale de Santé

Dans un contexte de dégradation de la situation financière du PSSSL, un plan d'action d'efficience (PAE) a d'abord été décidé en novembre 2013 et transmis à l'ARS en mars 2014. Il a été transformé en plan de retour à l'équilibre et de modernisation (PREM) en juillet 2014 mais n'a jamais été vraiment mis en œuvre du fait de l'opposition du personnel dont la communauté médicale. Le PSSSL a été inscrit au comité régional des établissements en risque le 31 mars 2014. Le constat était celui d'un déséquilibre structurel avéré avec une évolution des dépenses de personnel non maîtrisée et une situation financière déséquilibrée avec une capacité d'autofinancement nette négative ainsi que la présence d'emprunts structurés. Enfin, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) a finalement été signé mais pas avant le 5 octobre 2016.

À plusieurs reprises entre 2014 et 2016, l'ARS a fait part de ses réserves vis-à-vis du réalisme des hypothèses financières des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) mais sans les rejeter et sans imposer de véritable plan de redressement comme le lui

permettaient les dispositions de l'article L. 6143-3 du CSP. Néanmoins, elle a refusé le plan global de financement pluriannuel (PGFP), en raison des dépenses d'investissement dans les EHPAD qui n'avaient pas été validées par les financeurs.

1.2.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier 2016-2019

Afin de préparer le CREF, l'ARS a demandé à ce qu'un audit stratégique soit réalisé par un cabinet externe. Les conclusions de ce dernier sont sévères sur la fragilité du positionnement territorial du PSSSL, sur sa situation financière, sur sa performance opérationnelle en raison d'une charge de travail et d'une productivité inégales selon les services, d'un taux d'occupation globalement élevé et d'une durée moyenne de séjours (DMS) trop longue dans la plupart des services. Enfin, le pilotage de l'établissement est jugé non satisfaisant.

À la suite de cet audit, un plan d'action reposant sur sept axes a été présenté au conseil de surveillance du 31 mars 2016. Il prévoyait le développement de l'activité par une réorganisation des pôles, la valorisation de l'activité par un meilleur codage, la réduction des capacités et des organisations de travail aboutissant au non remplacement de 50 équivalents temps plein (ETP) au cours des trois prochaines années, la réduction des recrutements en intérim et leur remplacement par des praticiens à temps plein, moins coûteux, l'optimisation des fonctions logistiques et administratives, notamment dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Sarthe, la réorganisation des plateaux techniques, le renforcement du management et du pilotage.

Le CREF a été conclu sur la période 2016-2019. Il prévoit 1,1 M€ de recettes nettes supplémentaires et 3,2 M€ de baisse de charges, soit un impact cumulé de 4,3 M€ entre 2016 et 2019 qui intègre la suppression de 59,5 ETP.

Il est décliné autour des huit axes suivants: le développement de l'activité (+ 390 000 € de recettes nettes cumulées), la politique de valorisation de l'information médicale (+ 700 000 € de recettes nettes cumulées), la révision du capacitaire et des organisations de travail (- 1,35 M€ de charges cumulées, 25 lits seraient supprimés entraînant la suppression de 34 ETP de personnels non médicaux d'ici 2019), la politique de ressources humaines (- 1,3 M€ de charges cumulées entraînant la suppression de 16 personnels non médicaux et le recrutement de deux personnels médicaux), l'optimisation des fonctions support (- 240 000 € de charges entraînant la suppression de six ETP d'ici 2019), la réorganisation des plateaux médicotechniques (- 300 000 € de charges entraînant la suppression de cinq ETP non médicaux et 0,5 ETP médical d'ici 2019), le virage ambulatoire, le programme PHARE.

Tableau n° 1 : Trajectoire financière du CREF 2016-2019

	2015	2016	2017	2018	2019
Taux de marge hors aides	0,52%	0,26%	1,14%	2,04%	3,75%
Taux de marge	6,64%	8,41%	4,64%	5,47%	7,06%
Résultat hors aide non pérenne (M€)	-4,8	-2	-1,1	-0,2	1,4
Résultat (M€)	-2,9	1,4	-1,1	-0,2	1,4
Résultat/produits	-5,40%	1,60%	-2,10%	-0,40%	2,50%

Source : CREF 2016-2019

Le rapport de suivi trimestriel du CREF d'octobre 2017 a conduit le PSSL à revoir à la baisse ses prévisions de recettes pour 2017 à 52,4 M€, en raison de la baisse des recettes d'activités (- 300 000 €) et celle des autres produits (- 100 000 €).

Les prévisions de charges ont été revues à la hausse à 54,5 M€ en raison exclusivement de la hausse des charges personnel, à la fois des personnels médicaux (+ 400 000 €) et non médicaux (+ 300 000 €).

Les autres budgets (EHPAD, IFSI/IFAS et Foyer de vie) n'ont pas enregistré d'évolutions significatives.

Dans ces conditions, le déficit prévisionnel pour 2017 se creuserait à 2,1 M€ contre 1,1 M€ initialement prévu au CREF et à l'EPRD. La marge brute chuterait à 3,9 % contre 6 % prévu à l'EPRD. La capacité d'autofinancement (CAF) brute chuterait à 1,8 M€ et le fonds de roulement diminuerait encore de 2,3 M€ en 2017.

Les résultats de l'exercice 2016 (cf. la situation financière) et les prévisions pour 2017 montrent que la trajectoire prévue dans le CREF n'a pas été respectée jusqu'à présent malgré les premières mesures de réduction de personnels non médicaux initiées en 2016.

Dès lors, l'atteinte des cibles prévues en 2018 et 2019 paraît très improbable. Il en résulte que les objectifs du CREF devront être revus et sa durée allongée, et comporter de nouvelles propositions de restructuration probablement plus structurelles. La mise en œuvre du GHT de la Sarthe devrait être pleinement prise en compte pour les élaborer en recherchant toutes les synergies possibles. Tout en prenant acte des mesures déjà prises, et notamment de la baisse des effectifs du personnel non médical, la chambre invite ainsi le PSSL à se rapprocher de l'ARS afin de revoir la trajectoire et les objectifs du CREF. En réponse aux observations provisoires, le directeur général de l'ARS a indiqué que, les premiers objectifs n'ayant pas été atteints, de nouveaux objectifs ont été fixés lors du comité de suivi du CREF en date du 17 octobre 2017. La chambre invite ainsi l'établissement à poursuivre ses efforts face à la dégradation constatée de sa situation financière.

2 L'ORGANISATION ET LE PILOTAGE

2.1 L'organisation en pôles de l'établissement

Selon les dispositions de l'article L. 6146-1 du CSP, le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement et il nomme les chefs de pôle.

Jusqu'en 2013, le PSSL était organisé en trois secteurs : un secteur sanitaire qui comprenait six pôles, un secteur médico-social et un secteur formation diplômante soignant. Malgré l'opposition d'une partie du corps médical, une nouvelle organisation en trois pôles a finalement pris effet en juin 2014, avec un pôle médecine-médico-technique, un pôle urgences-chirurgie-mère-enfant et un pôle SSR-gériatrie-handicap.

Le centre hospitalier a de nouveau été réorganisé en quatre pôles à partir du 1^{er} janvier 2017 avec un pôle médecine, SSR, un pôle urgences, médico-technique, un pôle chirurgie, anesthésie, mère-enfant et un pôle médico-social.

Une nouvelle organisation devrait voir le jour début 2018 afin de tirer les conséquences de la mise en œuvre du GHT de la Sarthe.

Selon les dispositions de l'article L. 6146-1 du CSP, le directeur signe avec le chef de pôle un contrat précisant les objectifs et les moyens du pôle.

Des contrats de pôle ont été signés en avril 2011 pour la période 2011 2015. Mais ils n'ont pas été appliqués et n'ont pas été renouvelés après 2015.

La modification du périmètre des pôles, envisagée dès 2013 et mise en place en 2014 puis à nouveau en 2016 pour une mise en place en 2017, explique sans doute en partie cette lacune ainsi que les difficultés à trouver des chefs de pôle.

2.2 Le règlement intérieur et la charte de gouvernance

Les dispositions de l'article L. 6143-7 du CSP prévoient que le directeur arrête le règlement intérieur de l'établissement qui fixe notamment les principes essentiels de l'organisation en pôles de l'établissement et leurs règles de fonctionnement, après avis du directoire, du conseil de surveillance, de la CME, du comité technique d'établissement, et du comité d'hygiène et de sécurité des conditions de travail. Lors du contrôle, le PSSL n'a pu fournir qu'un projet de règlement intérieur. En réponse aux observations de la chambre, le directeur de l'établissement a indiqué que, celui-ci n'a toujours pas été validé par le conseil de surveillance, le CHSCT ayant demandé un délai supplémentaire pour en prendre connaissance et le modifier.

Une charte de la gouvernance a été validée lors du directoire du 15 mars 2017. Comme indiqué dans son préambule, elle complète le règlement intérieur de l'établissement et vise deux principaux objectifs : « *constituer un corps de référence commun pour une mise en œuvre cohérente de la gouvernance, et aider chaque acteur, quel que soit son niveau de responsabilité, à agir dans le cadre des règles validées par l'institution* ».

Cette charte apparaît comme une tentative pour renforcer le pilotage de l'établissement qui constitue l'un de ses points faibles, en se concentrant essentiellement sur le fonctionnement des pôles alors pourtant qu'aucun contrat de pôle n'a été appliqué depuis 2012, dans un contexte de tensions sur l'organisation, lié à la mise en œuvre du CREF et du GHT de la Sarthe.

2.3 Le pilotage

2.3.1 Les outils de pilotage

La chambre a pu constater l'absence de comptabilité analytique, de contrats de pôles formalisés, de tableaux de bord sur les ressources humaines, de tableaux de bord sur l'exécution du budget, jusqu'en 2015, de plan de trésorerie, de programme pluriannuel d'investissement et de tableaux de suivi des réalisations sur la période antérieure à 2017, malgré notamment d'importants projets d'investissement envisagés pour les sites de Sablé-sur-Sarthe et de La Flèche (cf. infra).

En dépit de la réponse du directeur de l'établissement aux observations provisoires de la chambre, qui indique que des outils existent depuis 2016, la chambre estime encore que ces derniers sont insuffisants.

Recommandation n° 2 : renforcer les outils de pilotage interne et mettre en place des contrats de pôle ainsi qu'un règlement intérieur, qui soient en cohérence avec le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Sarthe.

2.3.2 Le projet d'établissement

Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-2 du CSP, le PSSL a établi en 2015 un projet d'établissement pour la période 2015-2020. Néanmoins, ce projet d'établissement est entré en vigueur plus de sept ans après la fin du précédent en 2007.

Le projet d'établissement comprend quatre orientations stratégiques et 18 objectifs stratégiques qui reprennent ceux du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2012-2017 signé avec l'ARS.

Néanmoins, ce document s'apparente plus à l'énonciation de vœux qu'à une stratégie précise fondée sur les spécificités et les contraintes du PSSL.

Il comprend des orientations stratégiques par pôles qui là encore, ne sont qu'une longue déclinaison d'intentions. Cette énumération montre une volonté très ambitieuse de développer l'activité mais sans hiérarchiser les priorités, ni poser de méthode pour parvenir à atteindre des objectifs qui ne sont pas chiffrés.

Or, face à des difficultés budgétaires déjà très prégnantes au moment de la préparation de ce document, le PSSL aurait dû en tirer les conséquences sur le plan stratégique et opérer des choix plus structurants, ce qui n'a pas été le cas. Il est donc vite devenu obsolète et ne constitue pas un véritable outil de management.

En réponse aux observations provisoires, le directeur a indiqué que le projet d'établissement est en cours d'actualisation sous l'impulsion en 2017 de la mise en place de contrats de filière et la définition de nouvelles orientations du projet médical.

3 LA CONTRACTUALISATION EXTERNE

3.1 Le CPOM 2012-2017 avec l'ARS

Conformément aux dispositions de l'article L. 6114-1 du CSP, le PSSSL a signé le 7 septembre 2012 avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) pour la période 2012-2017.

Celui-ci comportait quatre orientations stratégiques, déclinées en dix objectifs : améliorer de manière durable la performance du PSSSL, renforcer le rôle de proximité du PSSSL sur son territoire, améliorer la coordination du parcours de santé des populations vulnérables, améliorer l'image du PSSSL.

Le CPOM comportait aussi des objectifs spécifiques concernant les coopérations et les coordinations territoriales au service des parcours de soin et la qualité et la sécurité des soins.

Le document comprend également des objectifs en matière de pilotage de l'activité, d'évolution des modes de prise en charge, de pertinence des séjours, des actes et de l'utilisation des produits de santé, de pilotage interne de l'établissement et sur les systèmes d'information et la politique des ressources humaines.

Des indicateurs étaient associés à ces objectifs mais sans valeur cible, de telle sorte que l'atteinte de ces objectifs n'était pas mesurable.

Là encore, les difficultés financières de l'établissement sont venues largement remettre en question cette feuille de route.

3.2 Le conventionnement avec l'ARS et le département de la Sarthe pour l'activité médico-sociale

Conformément aux dispositions de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF), les EHPAD devaient signer une convention tripartite avec le département et l'ARS.

Le PSSSL, le département de la Sarthe et l'ARS ont signé une convention le 16 mai 2011 pour la période 2010-2014. Un avenant de prorogation a été signé seulement le 27 janvier 2017 afin de reconduire les dispositions de la convention jusqu'à la signature d'un CPOM prévu par la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

L'article L. 313-12 du CASF tel qu'il était en vigueur au 1^{er} janvier 2015 disposait : « *Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général, elle est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an.* »

Ainsi, du 31 décembre 2015 jusqu'au 27 janvier 2017, le PSSSL a fonctionné sans support juridique permettant notamment de garantir les conditions de financement des deux EHPAD par le département de la Sarthe et l'ARS.

À ce jour, le CPOM est¹ toujours en cours de négociation avec l'ARS et le département de la Sarthe.

4 LES COOPÉRATIONS AVEC LES AUTRES ÉTABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTÉ DE LA SARTHE

4.1 La communauté hospitalière de territoire de la Sarthe

Les communautés hospitalières de territoire (CHT) ont été créées par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009. Elles constituaient le prélude à la création des groupements hospitaliers de territoires (GHT) qui les ont remplacées. Alors que les premières étaient conclues sur une base volontaire, les secondes sont devenues obligatoires.

En 2011, un premier travail avait été réalisé par la direction du PSSL pour jeter les bases d'une coopération avec le CH du Mans dans le cadre d'un projet de CHT. Ce projet a ensuite été étendu aux autres établissements publics de santé de la Sarthe.

La CHT de la Sarthe a été signée le 23 octobre 2013. La CHT de la Sarthe avait pour objectif de rendre plus efficiente l'offre de soins sur le territoire, de structurer et de mettre en œuvre une stratégie médicale et soignante commune entre les hôpitaux publics du département, de gérer en commun certaines fonctions et activités dans le cadre de filières publiques de prise en charge, en développant des outils et services communs, tels que la télémédecine, de promouvoir une politique concertée pour recruter et fidéliser les compétences médicales et paramédicales, en lien avec la stratégie de communauté hospitalière de territoire.

La convention constitutive mentionnait qu'elle était instituée pour une durée probatoire de 24 mois et qu'elle serait pérennisée si les parties le souhaitaient, après évaluation des premiers résultats.

Le PSSL a été le seul établissement de la Sarthe à refuser d'y adhérer en raison de l'opposition du conseil de surveillance et de la CME qui craignaient une absorption par le CH du Mans.

Le refus de participer à la CHT de la Sarthe apparaît d'autant moins compréhensible que la coopération avec le CH du Mans était déjà très développée, avec des gardes, des consultations et des activités opératoires dans plusieurs disciplines (SAMU, urgences, gynécologie, ophtalmologie, ORL, neurologie, cancérologie, etc.).

¹ L'arrêté n° ARS-PDL/DEO/DMS/201743 et n° CD 72/DPAPH/PA n° 17/10551 fixe la signature des CPOM pour la période 2018-2022 des établissements et services médico-sociaux de la Sarthe avant le 31 décembre 2021.

4.2 Le groupement hospitalier de territoire de la Sarthe

Les GHT ont été créés par l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et son décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

La loi a donné deux objectifs aux GHT : permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, et assurer la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activité entre établissements.

Il résulte des discussions entre l'ARS et la Fédération Hospitalière Française (FHF) un découpage départemental des territoires de la région pour constituer les GHT et la désignation des établissements des cinq chefs-lieux de département comme établissement support des GHT.

Les instances du PSSL ont de nouveau tenté de s'opposer à l'adhésion du PSSL au GHT de la Sarthe.

4.2.1 La convention constitutive et les instances de GHT de la Sarthe

La convention constitutive a été signée le 31 août 2016. Elle prévoit notamment en son article 13 que le CHU d'Angers est associé au groupement par l'intermédiaire d'une convention avec le CH du Mans portant sur sa participation au projet médical partagé, à la structuration des équipes médicales, à celle des activités de formation et de recherche et à la coopération directe avec les établissements du GHT de la Sarthe.

Huit établissements publics de santé constituent le GHT de la Sarthe : les CH de Château-du-Loir, Paul Chapron à La Ferté-Bernard, François de Daillon au Lude, le CH du Mans qui est l'établissement support du GHT, le pôle gériatrique Nord-Sarthe, les CH de Beaumont-sur-Sarthe, de Bonnétable, de Sillé-le-Guillaume, de Saint-Calais, le PSSL et l'établissement public de santé mentale de la Sarthe (EPSM). Cependant, ce dernier n'a pas signé la convention constitutive. Le PSSL détient 81 397 parts sociales du GHT, soit 13,57 % du total.

Le GHT est gouverné par un comité stratégique auquel participent notamment les directeurs d'établissement ainsi que les présidents de CME, qui se prononce à la majorité des 2/3 représentant les 2/3 des parts sociales et qui délègue à son bureau notamment le suivi de la mise en œuvre du projet médical partagé et le suivi de la gestion des fonctions mutualisées. Un collège médical, un comité territorial des élus locaux, une commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT), une conférence territoriale de dialogue social, un comité des usagers et une assemblée générale complètent le schéma de gouvernance.

L'organisation graduée des filières médicales retenues dans le GHT a été mise en place au 1^{er} janvier 2017. Elle a notamment permis au PSSL de commencer à mettre en place de nouvelles conventions avec neuf médecins spécialistes du CH du Mans pour des temps partiels (néphrologie, chirurgie vasculaire, biologie, etc.).

4.2.2 Les fonctions supports dans le GHT de la Sarthe

L'article 6 de la convention prévoit que les fonctions suivantes sont intégrées dans le GHT : les achats, les systèmes d'information, la formation, y compris la coordination des instituts et écoles de formation, l'information médicale.

La convention prévoit aussi que la médecine du travail et le service biomédical sont mutualisés sous le contrôle du comité stratégique pour une période de deux ans.

Par ailleurs, l'article 6.3 de la convention prévoit que les activités de biologie médicale, d'imagerie et de pharmacie sont organisées en commun.

Sept comités ont été recensés pour les fonctions support dans le cadre du GHT de la Sarthe et réparties entre les membres avec un directeur d'établissement pilote pour le GHT et un autre directeur d'établissement superviseur.

Le directeur du PSSL est par exemple le superviseur des fonctions achats et médico technique. Ainsi, le poste de directeur des achats du PSSL a-t-il été supprimé.

Selon le directeur, un contrôleur de gestion a été nommé en janvier 2018, chargé d'animer le réseau des financiers du GHT.

4.2.3 Le projet médical partagé

Le projet médical partagé du GHT de la Sarthe devait être approuvé au 1^{er} juillet 2017. Il n'a pas été signé mais a été validé par arrêté du 4 septembre 2017 de l'ARS malgré plusieurs réserves concernant la création d'un SMUR, l'absence de volet psychiatrique et l'absence de volet addiction.

Le projet médical partagé retient trois enjeux majeurs : l'augmentation de l'attractivité médicale de la Sarthe au regard de l'importante pénurie médicale et du fort déclin de la démographie médicale au cours de la dernière décennie, la clarification de la gradation des soins sur le territoire afin de répondre à une sous-performance des établissements du GHT sur certaines spécialités qui traduisent une sous-consommation de soins (soins palliatifs, rhumatologie), un taux de fuite important (neurologie, hématologie, ophtalmologie) et d'importants contrastes territoriaux (le territoire du PSSL n'étant pas celui qui est le plus marqué par cette sous-consommation médicale). Enfin, le renforcement de la collaboration entre les différents sites du GHT, en capitalisant sur ce qui a déjà été mis en place dans le cadre de la CHT de la Sarthe et en l'approfondissant.

13 filières stratégiques² ont été définies. Le projet médical partagé décrit le contexte, les enjeux, les modalités d'action, il définit un pilote pour les filières, l'accueil des publics, la qualité et la sécurisation des pratiques, les partenariats avec le CHU d'Angers, et le calendrier de mise en œuvre.

² Ces 13 filières sont les suivantes : les soins non programmés (les urgences/SAMU/SMUR, les soins critiques, l'anesthésie), la cardiologie, la neurologie/AVC, la néphrologie, la médecine aigüe (personnes de plus de 75 ans ; rhumatologie, la cancérologie, les soins palliatifs), l'hospitalisation à domicile, la santé mentale et l'addictologie, les chirurgies, femme-enfant (Gynécologie/Obstétrique- pédiatrie), les filières médico-techniques (l'imagerie dont le PSSL est le pilote, la biologie, la pharmacie), la gestion des crises, les personnes précaires, les personnes handicapées.

Texte synthétique conclusif

Selon le directeur du PSSL, des économies sont attendues de la mise en place du GHT de la Sarthe mais elles n'ont été ni évaluées, ni intégrées au CREF.

Il est encore prématuré pour savoir si les actions qui commencent à se mettre en place pourront avoir un effet positif sur l'attractivité du PSSL, notamment sur le plan médical, grâce à l'harmonisation attendue des conditions de recrutement des médecins sur le territoire de santé et à leur centralisation.

5 L'ACTIVITE SANITAIRE

L'hôpital du PSSL est confronté à des fuites importantes de patients, liées à la fois à son positionnement géographique et à l'absence de stabilité du corps médical.

5.1 Les capacités

Après une augmentation des capacités en Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) de 12 lits entre 2012 et 2013, celles-ci ont été réduites d'abord en 2014 (- 24 lits) puis en 2016 (- 34 lits) à la suite du CREF. À fin 2016, le PSSL comptait 165 lits et places en MCO contre 211 en 2012, soit une baisse de 22 %. Cette réduction de capacité a été particulièrement marquée en chirurgie avec une baisse de capacité de près de moitié en termes de lits entre 2012 et 2016 (cf. annexe 1).

En dépit de cette réduction de capacités, ces dernières ne sont pas forcément revenues à un niveau totalement adapté à l'activité de l'hôpital dans toutes les spécialités.

5.2 La certification de la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé (HAS) a certifié le PSSL avec recommandations en novembre 2012. Le rapport de certification de février 2013 avait donné lieu à trois réserves qui portaient sur l'identification du patient à toutes les étapes de sa prise en charge pour les courts séjours et pour le SSR et la prise en charge médicamenteuse du patient pour le court séjour.

Le rapport faisait également six recommandations notamment sur la gestion des évènements indésirables.

Le PSSL a dû réaliser un rapport de suivi qui lui a permis d'être certifié avec une seule recommandation par décision de la HAS du 18 juin 2014. Celle-ci portait sur la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

À l'issue de cette certification, l'établissement a été coté B³.

Les orientations en matière de qualité ont été redéfinies dans le projet d'établissement 2015-2020 dans lequel le PSSL a pris cinq engagements en matière de qualité : comprendre les besoins et attentes des patients et s'assurer qu'ils sont bien perçus et satisfaits, prouver la qualité des soins dus légitimement au patient et promouvoir l'amélioration continue en termes de qualité et de gestion des risques, respecter les obligations légales et administratives applicables, sensibiliser et former le personnel à la qualité et à la gestion des risques, impliquer l'ensemble des collaborateurs dans une dynamique basée sur une démarche participative et sur la reconnaissance des compétences.

Des indicateurs de qualité 2016 de prise en charge du patient établis par l'HAS sont mis en ligne sur le site internet du PSSL. Ils portent sur : le dossier du patient, l'évaluation de la douleur, la concertation médicale en cancérologie, les AVC, la prévention des complications de l'accouchement, les infarctus du myocarde.

Le PSSL a de nouveau fait l'objet d'une visite de certification de la HAS en juin 2017. Lors de sa visite de certification, celle-ci a notamment passé en revue le management de la qualité et des risques en soulignant les carences de l'implication de la CME et des praticiens dans l'élaboration de la stratégie en la matière. Elle a aussi examiné la prise en charge des droits des patients, du parcours du patient, des patients en fin de vie, du dossier du patient, du management de la prise en charge médicamenteuse du patient, des urgences et des soins non programmés, du patient au bloc opératoire, du patient en endoscopie, du patient en salle de naissance. La HAS a mis en évidence la traçabilité insuffisante des éléments constitutifs du dossier médical avec quelques exemples concrets à l'appui qui corroborent les lacunes en matière de codage (cf. infra).

Selon la grille d'analyse de la HAS la très grande majorité des items a été classée en niveau « défini » et quelques items en « fonctionnement de base », mais ni à des niveaux inférieurs, ni à des niveaux supérieurs.

Par courrier du 11 janvier 2018, la HAS a informé l'établissement de sa décision de le certifier avec obligation d'amélioration.

5.3 Les indicateurs d'activité et d'efficience de l'hôpital

5.3.1 L'information médicale

En 2016, les séjours du PSSL en erreurs déclarées dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) étaient quatre fois plus élevés que les seuils de référence.

Valeur PSSL	référence	Alerte ATIH
0,039%	0,009%	+

Source : données PMSI OVALIDE ; Tableau [1.Q.1.NSE] A - Date du traitement: 02/02/2017 ; Pourcentage de séjours en erreur ; Année 2016 M12 : Année entière

³ Les niveaux de certification de la HAS vont de A (décision de certification) à E (décision de non-certification), le niveau B correspondant à une ou plusieurs recommandations.

En 2016, 9 % des informations de facturation transmises à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) comportaient des anomalies.

Les problèmes de codage de l'activité s'ils ne sont pas une spécificité du PSSL, constituent un véritable point faible de l'établissement, connu depuis plusieurs années et dont les actions d'amélioration en interne et en externe, fixées notamment dans le projet médical 2015-2020 n'ont commencé à véritablement porter leur fruit qu'assez récemment.

Tableau n° 2 : Recettes récupérées de l'optimisation du codage entre 2012 et 2016

	2012	2013	2014	2015	2016
Optimisation (M€)	0,7	0,8	1,3	1,2	2
en % / recettes de T2A	2,8	3,1	5	4,6	7,6

Source : rapport d'activité 2016

Le travail d'optimisation a permis de récupérer 2 M€ de recettes en 2016, ce qui représentait 7,6 % des recettes de tarification à l'activité (T2A) contre seulement 700 000 € en 2012 (2,8 % des recettes de T2A).

En 2016, le département d'information médicale (DIM) du PSSL a contrôlé 3 105 résumés d'unité médicale (RUM) sur 14 262, soit 22 %. Le rapport d'activité 2016 mentionne qu'en 2016, les codages de 2 893 RUM ont été modifiés par l'équipe du DIM avant l'envoi des données à l'ARS. Or, 62 % des propositions de modification du codage par le DIM n'a fait l'objet d'aucune réponse des praticiens ce qui montre leur faible implication dans cette activité qui n'est pas sans conséquence sur le plan financier pour le PSSL.

Recommandation n° 3 : poursuivre les efforts d'amélioration du codage en rappelant aux praticiens leurs obligations en la matière.

5.3.2 L'activité

Sous les réserves mentionnées ci-dessus concernant le bon codage de l'activité, le nombre de séjours a augmenté de 1 % au cours de la période 2012-2016 pour atteindre 12 767 en 2016. Le nombre de séjours en hospitalisation à temps complet a diminué de 9 % par rapport à 2014. Il représentait 8 585 séjours en 2016, soit les 2/3 du total. Parallèlement, le nombre de séjours en ambulatoire progressait de 35 % sur la période pour atteindre 3 748 en 2016 (données Hospidag), soit 29 % du total. Les séjours en SSR ne représentaient que 4 % du total des séjours en 2016 et 7,3 % de l'activité de l'établissement en 2016 contre 8,5 % en 2013 (cf. annexe 2).

Le nombre de passage aux urgences a augmenté de 10 % entre 2012 et 2016 pour atteindre 25 671 en 2016. Or, près de la moitié des admissions en MCO a lieu après un passage aux urgences. L'activité urgentiste est donc essentielle pour alimenter l'activité MCO (cf. annexe 3).

Le nombre de consultations a progressé de 22 % entre 2012 et 2016 pour atteindre 41 722 en 2016. C'est le nombre de consultations libérales qui représentaient à peine 5 % du total des consultations en 2016 qui a progressé le plus rapidement au cours de la période (+ 79 %) (cf. annexe 4).

Le nombre d'accouchements a diminué de 16 % entre 2012 et 2016 pour tomber à 524 en 2016. Si la baisse du nombre d'accouchements au sein de l'établissement suit une tendance nationale, sa poursuite en-deçà du seuil de 500 naissances par an, serait de nature à poser à terme la question de la pérennité de la maternité (cf. annexe 5).

De surcroît, la maternité reste depuis 2014, le service qui génère le plus de taux de ré-hospitalisations à sept jours, dépassant ainsi les seuils requis (cf. annexe 6).

5.3.3 Les taux d'occupation de lits de MCO

Les taux d'occupation des lits ont enregistré des évolutions hétéroclites selon les spécialités entre 2012 et 2016. En médecine, le taux d'occupation a fortement chuté entre 2012 et 2015 (- 13,7 points) avant de remonter en 2016 à 79,5 %, ce qui place le PSSSL plutôt dans la moyenne de la région, de sa catégorie et de sa typologie.

En chirurgie, le taux d'occupation est resté élevé et relativement stable entre 2013 et 2016 où il a atteint 91,4 %, soit nettement au-dessus de la moyenne de la région, de sa catégorie et de sa typologie.

En obstétrique, le taux d'occupation est demeuré bas tout au long de la période et a eu tendance à diminuer malgré un rebond en 2016 à 41,6 %. Il se situe plutôt dans la moyenne de la région, de sa catégorie et de sa typologie.

5.3.4 Les critères d'efficience de l'établissement

Tableau n° 3 : Indice de performance PMSI⁴ du PSSSL entre 2012 et 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	2016/12
IP-DMS (Hospidiag)	1,15	1,1	1,09	1,06	1,01	-0,14 pt

Source : rapport d'activité PSSSL 2016

⁴ L'indice de performance PMSI (IP-PMSI) compare la durée moyenne de séjour de l'établissement à celle standardisée de son case mix auquel on applique les durée moyenne de séjour (DMS) de référence de chaque groupe homogène de malades (GHM). Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement. IPDMS = DMS PMSI/DMS Nat. Un IP-PMSI < 1 signifie que l'établissement surperforme les valeurs de référence et donc qu'il est plus efficient.

L'indice de performance (IP-DMS) du PSSL s'est nettement amélioré au cours de la période 2012-2016 pour revenir à 1,01 en 2016 contre 1,15 en 2012, ce qui traduit une meilleure efficacité de l'établissement. Néanmoins, en 2016, il se situait encore légèrement au-dessus du GHT de la Sarthe et du CH du Mans.

En ce qui concerne le SSR, entre 2014 et 2016, le DMS était plus élevé que la catégorie mais en diminution.

En 2016, le poids moyen du cas traité (PMCT)⁵ de l'établissement s'élevait à 2 061 €, en hausse de 2 % par rapport à 2015 et la valeur moyenne du cas traité s'élevait à 508 € en 2016, en hausse de 5 % par rapport à 2015.

La comparaison avec le CH du Mans en ce qui concerne l'activité de chirurgie montre que le PMCT du PSSL est nettement inférieur à celui du CH du Mans dans toutes les disciplines à l'exception de l'orthopédie-traumatologie.

5.4 Le positionnement du PSSL au sein de l'offre territoriale de soins

5.4.1 Les parts de marché de l'activité MCO

Sur sa zone d'attractivité, le PSSL ne possède qu'à peine plus de 50 % de part de marché en médecine et si elle était à peu près stable entre 2012 et 2015, elle a chuté de 1,4 point en 2016 pour tomber à 50,6 %. Le PSSL a aussi perdu 0,2 point de part de marché sur la région entre 2012 et 2016 pour ne représenter que 1,5 % de part de marché en 2016.

En chirurgie, la part de marché dans la zone d'attractivité s'est plutôt renforcée au cours de la période (+ 2,1 points) mais n'atteignait que 31,2 % en 2016. La part de marché sur la région est restée stable mais très faible à 0,9 %.

En obstétrique, la part de marché dans la zone d'attractivité est restée quasiment stable entre 2012 et 2016 pour atteindre 64,3 % en 2016 après une chute en 2015. Néanmoins, sur la région, la part de marché a reculé de 0,2 point au cours de la période 2012-2016 et n'atteignait que 1,5 %.

En chirurgie ambulatoire, la part de marché du PSSL a légèrement progressé entre 2012 et 2016 mais elle est restée faible tant au niveau de la zone d'attractivité (24 % en 2016) qu'au niveau régional (0,7 %). En cancérologie, la part de marché à la fois dans la zone d'attractivité et au niveau régional est faible (respectivement 24,5 % et 0,6 % en 2016) et a tendance à diminuer. En chimiothérapie, la part de marché sur la zone d'attractivité s'est effondrée depuis 2012 (-56 %) pour n'atteindre que 4,6 % en 2016.

Parallèlement à la baisse de son activité SSR (cf. supra), la part de marché du PSSL dans cette activité a diminué depuis 2013 que ce soit sur son territoire de santé (- 0,4 point) ou dans sa zone de recrutement (- 3,8 points) pour atteindre respectivement 4,3 % et 39,2 % en 2016.

⁵ Le Poids Moyen du Cas Traité correspond à la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement. Il permet de mesurer la charge technique du traitement d'un patient et donne ainsi une image de la lourdeur des cas traités par cet établissement.

En dépit d'une prise de conscience depuis plusieurs années de l'insuffisance des parts de marché du PSSL sur sa zone d'attractivité et de leur érosion, la direction n'est pas parvenue à inverser la tendance malgré les actions qui ont pu être mises en œuvre pour essayer de développer l'activité.

5.4.2 La concurrence du pôle santé sud

Le conseil de l'ordre des médecins de la Sarthe a autorisé le 29 octobre 2012 la création d'un cabinet médical secondaire proposant des consultations de trois médecins spécialistes à Sablé-sur-Sarthe par la clinique privée du Mans, « Pôle Santé Sud » (groupe Elsan).

Estimant qu'il s'agissait là d'un détournement de clientèle en l'absence d'insuffisance ou de carence de l'offre de soins, le PSSL a fait appel de cette décision auprès du conseil national de l'ordre. Entre temps, dans sa séance du 23 février 2013, le conseil départemental de l'ordre de la Sarthe a décidé de retirer l'autorisation aux trois médecins qui ont formé un appel devant le conseil national de l'ordre qui dans sa séance du 11 avril 2013 a confirmé la décision du conseil départemental de la Sarthe.

Le lancement de procédures administratives et contentieuses par les trois médecins leur a permis de maintenir l'activité du « Pôle Santé Sud ».

5.4.3 Les consultations avancées à Sablé-sur-Sarthe et à la Flèche

Afin de répondre à la concurrence des cliniques privées et à une attractivité insuffisante auprès d'une partie des patients, le PSSL a mis en place des consultations de spécialistes à Sablé-sur-Sarthe et à La Flèche.

Des consultations « mémoire » sont aussi organisées à l'hôpital du Lude et à la maison de retraite de Saint-Jean du Bois.

À partir des données issues de son système d'information pour les consultations et des bases PMSI pour l'activité d'hospitalisation, le PSSL fait le constat que dans l'ensemble, les consultations avancées ont permis de gagner des parts de marché ou de freiner la baisse d'activité, sans que l'on puisse isoler ce facteur d'explication parmi d'autres.

6 L'ACTIVITE MEDICO-SOCIALE ET SES ENJEUX IMMOBILIERS

6.1 L'activité du foyer de vie

Le nombre de journées réalisées a augmenté de 3 % entre 2014 et 2016 pour s'établir à 14 350. Le taux d'occupation n'a cessé de progresser entre 2012 et 2016 pour atteindre 87,8 % en 2016. La durée moyenne de prise en charge des résidents est élevée et atteignait près de 19 ans en 2016.

6.2 L'activité des EHPAD

Le nombre de journées réalisées par les deux EHPAD du PSSL est restée stable au cours de la période 2012-2016 pour atteindre 146 550 en 2016. Le taux d'occupation est également resté très stable et très élevé tout au long de la période. Il atteignait 97,7 % en 2016.

Le niveau de dépendance des résidents, validé par le conseil départemental et l'ARS en octobre 2016, fait apparaître une proportion élevée de résidents très dépendants (en Groupes Iso-Ressources (GIR) 1 et 2). Celle-ci atteignait 58 %, ce qui traduit une entrée de plus en plus tardive des résidents dans les deux EHPAD.

6.3 Les projets immobiliers de restructuration des EHPAD

Les EHPAD de Sablé-sur-Sarthe et de La Flèche nécessitent d'importants investissements compte-tenu du vieillissement de leur immobilier. Le Foyer de vie de Sablé-sur-Sarthe nécessiterait également des investissements.

Le conseil de surveillance du 30 juin 2014 mentionnait déjà l'existence de ces deux projets de restructuration, mais en raison de la situation financière dégradée du PSSL aucune décision de lancement n'a eu lieu jusqu'à présent.

6.3.1 Le projet de restructuration de l'EHPAD de Sablé-sur-Sarthe

Le PSSL envisage la reconstruction sur site d'une des ailes de l'EHPAD de Sablé-sur-Sarthe dont il resterait maître d'ouvrage.

La superficie du bâtiment reconstruit serait de 5 100 m² (3 600 m² de surface utile) pour 70 lits, soit 56 m²/lit.

Au terme de l'opération, l'EHPAD comprendrait 270 lits (- 5 lits par rapport à la capacité actuelle). Le coût de l'opération est estimé à 9,1 M€ HT.

Des aides à l'investissement devraient être sollicitées auprès du conseil départemental de la Sarthe et des deux communautés de communes du Pays Fléchois et de Sablé-sur-Sarthe.

D'après le PSSL, l'opération serait complètement financée par emprunt à hauteur de 8,3 M€ sur une durée de 40 ans, ce qui paraît particulièrement long puisque le PSSL amortit ses bâtiments sur une durée comprise entre 20 et 30 ans.

Cette opération entraînerait une augmentation du prix de journée de 4,83 € à 55,21 €/jour à partir de 2022 contre 50,38 €/jour actuellement (+ 10 %).

À titre de comparaison, le prix de journée moyen des EHPAD de la Sarthe s'élève à 56,49 € (55,70 € pour les EHPAD publics et 55,46 € pour les EHPAD publics hospitaliers). L'augmentation du prix de journée telle qu'envisagée dans les projections du PSSL ne semble donc pas disproportionnée par rapport à la situation des autres EHPAD.

Jusqu'à présent, l'ARS n'a pas donné son accord à cette opération, qui en l'état, ne semble pas soutenable financièrement sans apports massifs de financeurs extérieurs.

Quant au Département, il ne se prononce pas encore sur la faisabilité du projet de restructuration des deux EHPAD, compte tenu des faibles informations dont il dispose pour l'instant mais indique, en réponse aux observations de la chambre, qu'il ne s'engagera dans ce projet, que si toutes les garanties sont réunies.

6.3.2 Le projet de restructuration de l'EHPAD de la Flèche

Le PSSL envisage également la reconstruction de l'ensemble de l'EHPAD de La Flèche sur le même site avec un montage dans lequel un opérateur immobilier rachèterait le terrain d'assiette à la communauté de communes, construirait un nouveau bâtiment et le vendrait en vente en l'état futur d'achèvement (VEFA) à un bailleur social qui le louerait au PSSL avec un bail de très longue durée (40 à 50 ans). À ce stade, les projets de contrat correspondant à ce montage n'ont pas encore été élaborés ce qui n'a pas permis à la chambre de porter une appréciation plus fine. L'ARS étudie le montage juridique mais n'a pas donné son accord.

Le bâtiment comprendrait 143 lits (+ 5 lits par rapport à la capacité actuelle), dont 13 lits pour l'hébergement de personnes handicapées vieillissantes, pour une superficie totale de 7 587 m² de surface de plancher (7 905 m² SDO) et de 55 m²/lit. Le coût de construction est estimé à 14,9 M€ HT. Après frais financier, frais du bailleur et frais de notaire, le montant du projet s'élèverait à 16,5 M€ TTC.

Selon le PSSL, l'opération pourrait être financée par des prêts. Des aides à l'investissement devraient être sollicitées auprès du conseil départemental de la Sarthe et des deux communautés de communes du Pays Fléchois et de Sablé-sur-Sarthe.

Le PSSL a produit des projections financières permettant d'évaluer l'impact de ce montage sur le prix de journée mais uniquement sur les années 2022 à 2024.

La redevance annuelle à verser au bailleur social s'élèverait à 600 000 € la première année (2022) pour monter à 630 000 € la troisième année (en 2024), ce qui entraînerait une augmentation du prix de journée de 7,99 € à 58,37 €/jour en 2022 et les années suivantes contre 50,38 €/jour actuellement (+ 16 %).

L'augmentation du prix de journée telle qu'envisagée dans les projections du PSSL placerait l'EHPAD de la Flèche au-dessus du prix de journée moyen dans la Sarthe après l'opération, mais pas dans des proportions déraisonnables.

Le montage proposé permettrait de ne pas recourir à l'emprunt directement mais de déconsolider l'endettement lié à cette opération par le biais d'un bail de très longue durée.

Aucune étude comparative présentant des scénarii alternatifs n'a été réalisée afin de comparer les coûts, l'impact sur l'endettement et les tarifs journaliers de ce montage avec d'autres solutions.

Comme dans le cas précédent, en l'état du projet, la chambre est réservée sur la soutenabilité financière de l'opération.

7 LES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES

Concernent le budget principal, la qualité des prévisions du budget principal entre 2012 et 2016 est globalement perfectible puisque le taux d'exécution des dépenses dépasse 100 % (il varie entre 101 et 102 %) et les charges à caractère médical sont systématiquement sous-estimées. Le taux d'exécution s'établit entre 99 et 101 % pour les produits. En 2015, le taux d'exécution des recettes du titre 3 (autres produits) était nettement inférieur à 100 %, les prévisions ayant été surestimées.

Le directeur du PSSL a indiqué qu'un travail d'amélioration des prévisions budgétaires avait été entrepris à l'occasion de la préparation de l'EPRD 2017 sur le budget H et en particulier sur les dépenses relatives au personnel non médical.

Concernant le budget annexe des EHPAD, la qualité des prévisions du budget annexe des EHPAD au cours de la même période est là aussi perfectible. Le taux d'exécution des charges dépasse 100 % (il varie entre 100 et 102 %), alors que les réalisations du titre 2 en dépenses (charges à caractère médical) sont bien inférieures aux prévisions entre 2014 et 2016. Le taux d'exécution varie entre 101 et 103 % pour les produits. Pour les recettes du titre 4 (autres produits), celui-ci est très largement supérieur à 100 % en 2012 et 2016, les prévisions étant sous estimées au regard des réalisations.

8 LA FIABILITÉ DES COMPTES

Le compte financier du PSSL se compose d'un budget principal (celui de l'hôpital) et de quatre budgets annexes :

- Le budget annexe des EHPAD de la Flèche et de Sablé-sur-Sarthe ;
- Le budget annexe du foyer d'accueil pour personnes handicapées de Sablé-sur-Sarthe ;
- Le budget annexe de l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI) et d'aide-soignant (IFAS) ;
- Le budget annexe « A » dit de « dotation non affectée », budget qui permet au PSSL de gérer les biens obtenus par dons et legs.

L'analyse de la fiabilité des comptes ainsi que l'analyse financière ont porté sur le budget principal mais également sur le budget annexe des EHPAD qui représentait 23 % des charges courantes de l'établissement et 27 % de ses produits courants en 2016. En effet, les autres budgets ne représentent qu'une faible part du budget global.

Le contrôle de la fiabilité des comptes a porté sur l'inventaire, l'amortissement des immobilisations, le rattachement des charges et des produits, les charges et produits constatés d'avance, ainsi que sur les provisions.

8.1 L'inventaire

Le PSSSL a produit un inventaire au 31 décembre 2016. Par ailleurs, l'inventaire produit au 31 décembre 2015 est parfaitement concordant avec la balance des comptes ainsi qu'avec l'état de l'actif au 31 décembre 2015.

8.2 L'amortissement des immobilisations

Un document interne intitulé « Modalités et durées d'amortissement des immobilisations », fixe la procédure applicable en matière d'amortissement des immobilisations du PSSSL qui n'est mise en œuvre que depuis le 14 février 2017. À cette occasion, les pratiques ont été harmonisées entre les différents budgets. Mais il n'existe pas de décision du directeur relative aux durées d'amortissement.

Les durées d'amortissement retenues dans ce document sont différentes de celles inscrites dans les comptes financiers au cours de la période 2012-2016 pour certaines immobilisations. Par exemple, alors que les bâtiments étaient amortis sur une durée de 20 ans jusqu'en 2016, à compter du 14 février 2017, ils sont amortis sur une durée comprise entre 20 et 30 ans. De même, le matériel informatique est désormais amorti sur une durée comprise entre deux et cinq ans et non plus sur trois ans. S'agissant des véhicules du SMUR, jusqu'en 2016, ils étaient amortis sur deux ans. Le document transmis par l'établissement indique cependant que cette durée est à déterminer.

Le directeur du PSSSL explique que ces durées ont été fixées en fonction des durées d'utilisation prévisibles dans l'établissement, conformément à ce que permet l'instruction budgétaire et comptable M21.

Ces durées d'amortissement ne sont pas toutes conformes à celles données à titre indicatif par l'instruction budgétaire et comptable M21. En effet, pour certaines immobilisations (matériel et véhicules des coursiers), les durées retenues sont inférieures au barème indicatif de la M21. Inversement, pour le matériel informatique et plus précisément pour les ordinateurs fixes, les imprimantes, les ordinateurs portables et les serveurs, la durée fixée est supérieure au barème de la M21.

Par ailleurs, un rapprochement entre les durées d'amortissement applicables depuis 2012 et l'inventaire du PSSSL au 31 décembre 2015 a permis de constater que les durées d'amortissement pratiquées ne sont pas toujours conformes à celles fixées par l'établissement.

Alors que le PSSSL a prévu une durée d'amortissement de quatre ans en 2012 et de cinq ans entre 2013 et 2016 pour le matériel informatique, il est constaté des durées de sept ou dix ans pour certaines de ces immobilisations.

De même, l'outillage est amorti par l'établissement sur des durées comprises entre un et 35 ans alors que sur l'ensemble de la période sous contrôle, il est prévu un amortissement sur cinq ans.

Le directeur a également informé la chambre qu'un travail de fiabilisation du cycle d'immobilisation devrait être lancé en 2018.

Recommandation n° 4 : formaliser un plan d'amortissement (M21) et veiller à son respect.

8.3 Le rattachement des charges et des produits

Au cours de la période 2012-2016, le PSSL a procédé au rattachement de ses charges sur le budget principal ainsi que sur l'ensemble de ses budgets annexes.

Néanmoins, certaines charges n'ont jamais fait l'objet de rattachement sur l'ensemble de la période. C'est le cas des charges sociales sur congés ou encore des charges fiscales sur congés, à l'exception pour ces dernières de 2013. Certaines charges ne font plus l'objet de rattachement à compter de 2013 comme les charges de personnel ou encore les charges sociales.

Malgré cette absence de charges rattachées pour certaines dépenses sur quasiment l'ensemble de la période sous contrôle, le volume global des charges rattachées a progressé de 34 % entre 2012 et 2016, essentiellement en raison de l'importante hausse du montant des factures non parvenues. Celui-ci a augmenté de 222 334 € en 2012 à 749 802 € en 2016. Sur l'ensemble de la période, ce sont les primes de service qui ont constitué un peu plus de la moitié des charges rattachées (56,8 % en 2012 et 55,6 % en 2016).

Au cours de cette même période, le PSSL a également procédé au rattachement d'une partie de ses produits sur le budget principal, ainsi que sur l'ensemble de ses budgets annexes. Néanmoins, certains produits n'ont pas du tout fait l'objet de rattachement comme les produits des fournisseurs, des personnels, des organismes sociaux ou encore de l'État.

D'autres produits ont été rattachés mais seulement en début de période. C'est le cas des produits des redevables qui constituaient la quasi-totalité des produits rattachés (97,1 % en 2011), mais qui ne sont plus rattachés depuis 2014.

Le volume global des produits rattachés a progressé de 13,5 % entre 2012 et 2016, essentiellement en raison de la hausse du montant des autres produits à recevoir qui a augmenté de 74 542 € en 2012 à 2 972 095 € en 2016 et qui sont les seuls à être rattachés depuis 2014.

8.4 Les provisions

Dans le cadre d'un cycle de fiabilisation, lié à la certification des comptes des établissements publics de santé, des corrections ont été effectuées sur l'ensemble des écritures de provisions, qu'il s'agisse des provisions réglementées ou des provisions pour risques et charges. Depuis la réalisation de ces travaux de fiabilisation, les écritures relatives aux provisions sont équilibrées et conformes à l'instruction budgétaire et comptable M21.

Entre 2012 et 2016, les provisions ont cependant été insuffisantes pour procéder aux reprises sur provisions et couvrir le coût des charges afférentes aux jours épargnés sur les comptes épargne temps (CET) de l'ensemble des personnels de l'établissement. Les écarts entre le montant provisionné et la valorisation des CET a tout de même diminué depuis 2015 et ne représentait plus que quelques dizaines de milliers d'euros en 2016. En effet, le taux de provisionnement s'élevait à 94,9 % en 2016 alors qu'il n'était que de 45,9 % en 2014.

De même, entre 2012 et 2015, le PSSL s'est retrouvé en insuffisance de provisionnement pour créances irrécouvrables. Pour y remédier, l'établissement a mis en place un outil à compter de 2016.

Par ailleurs pour certaines provisions (les provisions au titre du CET, les provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices, les autres provisions pour charges et les provisions pour créances irrécouvrables), les annexes au compte financier relatives aux provisions n'indiquent pas toujours les motifs des dotations inscrites sur la période 2012-2016, ni ceux du maintien en stock ou encore des reprises sur provisions réalisées sur cette même période.

Recommandation n° 5 : compléter les annexes relatives aux dotations aux provisions en précisant les motifs de constitution et de reprise.

9 LA SITUATION FINANCIÈRE

La situation financière du PSSL a été fortement impactée par les emprunts toxiques. La hausse importante des charges d'intérêts à compter de 2013 est liée au passage en phase structurée de l'emprunt contracté auprès de Dexia et indexé sur l'euro/franc suisse.

9.1 Les soldes de gestion et la formation de l'autofinancement

9.1.1 La formation du chiffre d'affaires

Tableau n° 4 : : Évolution des principaux soldes de gestion entre 2012 et 2016

<i>En €</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012-2016
<i>Chiffre d'affaires</i>	63 679 840	64 346 817	66 543 200	68 290 639	67 485 899	5,98%
<i>Valeur ajoutée</i>	48 430 241	8 807 441	50 921 608	52 367 987	51 190 617	5,70%
<i>Marge brute d'exploitation</i>	5 906 094	4 258 790	5 304 634	5 495 678	5 197 507	-12,00%
<i>Capacité d'autofinancement brute</i>	4 382 179	1 409 313	2 424 973	1 827 703	9 437	-99,78%

Source : CRC, selon comptes de gestion

Le chiffre d'affaire du PSSL est passé de 63,7 M€ en 2012 à 67,4 M€ en 2016, soit une hausse de 6 %. Cette augmentation résulte principalement de la progression entre 2012 et 2016 des produits de l'activité hospitalière avec néanmoins une inflexion à partir de 2015, et à un degré moindre de la croissance des subventions d'exploitation en contrepartie d'activités et de la rétrocession de médicaments.

Mais depuis 2013, le montant des produits courants ne couvre plus celui des charges courantes.

9.1.1.1 Les produits d'activité

9.1.1.1.1 Les produits de l'activité hospitalière

Les produits de l'activité hospitalière regroupent les produits de la tarification à l'activité (T2A), les produits forfaitaires, les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique et les produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie.

Malgré la progression en volume du nombre de séjours entre 2012 et 2014 (+ 5 %), le PSSL a enregistré entre 2012 et 2013 une baisse des produits de la tarification à l'activité en raison d'une part de l'évolution chaque année des tarifs des GHS et d'autre part de la diminution du PMCT. À compter de l'exercice 2015, le PSSL a connu une baisse de son activité qui s'est poursuivie en 2016. En effet, le nombre total de séjours en MCO est passé de 13 251 en 2014 à 12 767 en 2016 (- 3,6 %). Néanmoins, cette baisse de l'activité ne s'est pas traduite par une diminution de leur valorisation grâce à l'amélioration du codage des séjours.

Les produits des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus ont augmenté de 663 000 € en 2012 à 797 000 € en 2015 (+ 20 %). Entre 2015 et 2016, ces produits ont diminué en raison de la baisse des produits de molécules onéreuses.

Les produits forfaitaires sont composés notamment du Forfait Annuel d'Urgences (FAU), des Missions d'Intérêt Général et des Aides à la Contractualisation (MIGAC) ainsi que des Dotations Annuelles de Financement (DAF).

Le FAU est resté stable entre 2012 et 2015 à 1,3 M€. Il a augmenté de presque 13 % entre 2015 et 2016, en raison de la hausse du nombre de passages aux urgences (+ 4,6 %).

Les dotations MIGAC ont baissé de 16,5 % entre 2012 et 2013 en raison du transfert du Fonds d'Intervention Régional (FIR) en subvention d'exploitation. Entre 2013 et 2015, elles ont augmenté d'environ 36 % du fait des aides de l'ARS pour couvrir les surcoûts des frais financiers de l'emprunt contracté auprès de la banque Dexia indexé sur l'euro/franc suisse. En 2016, les dotations MIGAC sont ensuite retombées à 540 000 € contre 1,85 M€ en 2015.

Les DAF ont progressé de 3 M€ en 2011 à 3,06 M€ en 2016. Elles représentaient 33,4 % des produits forfaitaires en 2016.

Les recettes issues des consultations externes ont augmenté de plus de 30 % entre 2012 et 2016, notamment en raison de l'ouverture de l'IRM à compter de 2012. Le forfait ATU a progressé de 28,5 % entre 2012 et 2016, corrélativement au nombre de passages aux urgences.

Les produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie ont globalement diminué entre 2012 et 2016 en raison de la baisse des produits à la charge des patients et des complémentaires santé. Ils représentaient 10,4 % des produits de l'activité hospitalière en 2016.

Ainsi, l'augmentation de 3,4 % des produits de l'activité hospitalière entre 2012 et 2016 résulte d'abord de la progression des consultations externes qui proviennent principalement de la hausse entre 2013 et 2016 des actes d'imagerie et d'échographie (+ 16,5 %) ainsi que des actes de biologie (+ 12,1 %).

9.1.1.1.2 Les produits de l'activité des EHPAD

Les produits d'activité des deux EHPAD ont progressé de 15,9 M€ en 2012 à 16,6 M€ en 2016. Cette hausse de 4,7 % résulte principalement de la participation plus importante des résidents à l'hébergement (+ 13,8 % entre 2012 et 2016).

Les tarifs dépendance des EHPAD ont en moyenne augmenté de 4,9 % entre 2012 et 2016. Les tarifs de l'hébergement ont augmenté de façon continue, aussi bien pour les résidents de moins de 60 ans que pour les résidents de plus de 60 ans.

Les tarifs d'hébergement en accueil de jour ont, quant à eux, augmenté de 5,8 % entre 2012 et 2016.

Par ailleurs, les versements du département de la Sarthe ont baissé de 25 % entre 2012 et 2016.

9.1.1.1.3 Les produits annexes et prestations

Les produits annexes à l'activité du budget de l'activité hospitalière ont augmenté de 3,8 % entre 2012 et 2016. Cette hausse s'explique essentiellement par les majorations pour chambre particulière qui ont progressé de 5 % au cours de la période.

9.1.1.1.4 Les subventions contreparties d'activité

Si les subventions contreparties d'activité ont fortement augmenté entre 2012 et 2016 (+ 100,7 %), ceci s'explique principalement par l'augmentation du FIR qui finance depuis 2012 des missions relevant antérieurement de dotations MIG. Néanmoins, le FIR a enregistré une baisse de 28 % entre 2015 et 2016, qui s'explique par des aides relatives à la sécurisation des prêts structurés du PSSL moins importantes en 2016 qu'en 2015.

L'augmentation de la subvention régionale entre 2012 et 2016 (+ 5,6 %) pour le financement des deux écoles paramédicales est liée à l'augmentation du nombre d'élèves pris en charge.

9.1.2 La formation de la valeur ajoutée

La valeur ajoutée est obtenue en retranchant du produit total les consommations intermédiaires et la sous-traitance.

Alors qu'elle a progressé de 48,4 M€ en 2012 à 52,4 M€ en 2015 (+ 8,1 %) grâce à la hausse du chiffre d'affaires, elle a commencé à diminuer à compter de 2015 pour atteindre 51,2 M€ en 2016 (- 2,2 % entre 2015 et 2016) en raison d'un effet de ciseaux entre la baisse du chiffre d'affaires et la hausse des consommations intermédiaires. En 2016, la valeur ajoutée représentait 75,8 % des produits contre 76,7 % en 2015.

Les charges relatives à la sous-traitance médicale et médico-sociale ont augmenté de 36,7 % entre 2012 et 2016. Cette augmentation s'explique notamment par la hausse de l'activité de téléradiologie ainsi que par la progression de l'activité de rétrocession de la pharmacie, même si cette dernière n'a que faiblement contribué à la baisse de la valeur ajoutée entre 2015 et 2016.

Les consommations intermédiaires du budget de l'activité hospitalière ont augmenté de 14,7 M€ en 2012 à 15,3 M€ en 2016 (+ 4 %). Cette évolution est liée à l'augmentation de l'activité et en particulier de l'activité externe avec l'ouverture à compter de 2012 de l'IRM.

Les achats de biens et les autres services extérieurs qui constituaient les deux catégories de dépenses les plus importantes en 2016 -les achats de biens représentant 53 % des consommations intermédiaires de l'établissement et les autres services extérieurs 33 % ont respectivement augmenté de 5,4 % et 4,4 % entre 2012 et 2016.

À l'inverse, les services extérieurs qui ne représentaient que 13,6 % des consommations intermédiaires de l'établissement, ont diminué de 2 % entre 2012 et 2016.

Parmi les achats de biens, les plus importantes augmentations concernent les achats de fournitures et de matériel à caractère médical ou médico-technique (+ 25,4 % entre 2012 et 2016) et les achats de matières, produits, marchandises à caractère médical et pharmaceutique (+ 15,5 % entre 2012 et 2016). Cette hausse s'explique par la progression des rétrocessions de médicaments ainsi que de l'activité opératoire et par l'augmentation de la stérilisation. La chambre souligne que la baisse de l'activité aurait normalement dû conduire à une réduction des dépenses de consommation de médicaments normaux.

Néanmoins, d'autres achats comme l'achat d'alimentation (- 12,6 % entre 2012 et 2016) et les fluides (-14,3 % entre 2012 et 2016) ont été réduits grâce notamment à la mise en place de la chaudière à bois et du plan d'action achat à partir de 2013.

Parmi les autres services extérieurs, l'augmentation la plus notable concerne celle des prestations diverses à caractère non médical (+205 277 € entre 2012 et 2016) qui correspondent aux charges du budget de l'activité hospitalière refacturées aux autres budgets.

Par ailleurs, la politique de communication mise en œuvre à partir de 2012 a entraîné une hausse des dépenses d'informations, de publications et de relations publiques de 31,8 % entre 2012 et 2016. En effet, alors qu'elles étaient de 44 000 € en 2012, elles sont de 58 000 € en 2016.

Les consommations intermédiaires du budget des EHPAD ont quant à elles diminué de 200 000 € entre 2012 et 2016 pour atteindre 4,5 M€ en 2016.

9.1.3 La formation de la marge brute d'exploitation

9.1.3.1 Les charges de personnel

Les charges de personnel consolidées ont augmenté de 9 % entre 2012 à 2015 avant de baisser de 1 % entre 2015 et 2016 sous l'effet du CREF qui a entraîné la suppression de 17,5 équivalents temps plein rémunérés (ETPr). Mais à 51 M€ en 2016 contre 47 M€ en 2012, leur niveau de 2016 était encore supérieur de 8 % au début de la période. En 2016, les charges de personnel représentaient 74,6 % des charges courantes et 82 % des produits d'activité contre respectivement 74 % et 79 % en 2012.

Tableau n° 5 : : Évolution des charges de personnel entre 2012 et 2016

<i>En €</i>	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012-2016
<i>Charges courantes</i>	63 626 850	67 375 039	68 675 416	70 559 747	68 323 208	7,38%
<i>Charges de personnel</i>	47 079 615	49 166 681	50 403 578	51 488 169	51 002 822	8,33%
<i>dont charges de personnel budget H</i>	33 718 840	35 637 080	36 407 990	37 180 838	36 608 450	8,57%
<i>dont charges de personnel budget E</i>	10 293 169	10 445 360	10 816 142	11 065 317	11 067 263	7,52%
<i>Produits de l'activité</i>	59 850 295	59 500 945	61 231 336	62 725 205	62 292 527	4,08%
<i>% personnels / charges courantes</i>	73,99%	72,97%	73,39%	72,97%	74,65%	
<i>% personnels / produits activité</i>	78,66%	82,63%	82,32%	82,09%	81,88%	

9.1.3.2 La marge brute d'exploitation

La marge brute d'exploitation du PSSL a enregistré une évolution assez volatile entre 2012 et 2016 mais qui s'est traduite par une baisse de 700 000 € entre 2012 et 2016 à 5,2 M€, en raison d'une augmentation plus importante des dépenses de personnel que de la valeur ajoutée.

Le taux de marge brute qui représentait 9,1 % des produits courants de fonctionnement en 2012 s'est replié à 7,6 % en 2016.

Alors que la marge brute du budget de l'activité hospitalière a baissé de 23,4 % entre 2012 et 2016, celle du budget des EHPAD a augmenté de 29,2 %. Néanmoins, ce dernier ne représentait que 22 % de la marge brute de l'établissement en 2016. Le taux de marge brute du budget de l'activité hospitalière a ainsi diminué de 11,1 % en 2012 à 9 % en 2016 alors que celui du budget des EHPAD a augmenté de 5,5 % en 2012 à 6,7 % en 2016.

Sur la période 2012-2016, l'établissement a bénéficié de 12,3 M€ d'aides cumulées. Il s'agit principalement d'aides versées par l'ARS pour le financement de la construction de l'hôpital.

Si l'on retire les aides reçues par l'établissement pour calculer une marge « hors aides », celle-ci s'élevait à 2,3 M€ en 2016, en baisse de 20 % par rapport à 2012.

De ce fait, entre 2012 et 2016, le taux de marge brute « hors aides » a toujours été inférieur à l'objectif cible de 8 % fixé par l'ARS. Il est même tombé à 4,4 % en 2016.

9.1.4 La formation de la capacité d'autofinancement brute

De 2012 à 2015, les charges d'intérêts ont augmenté de 152 % pour atteindre 3,7 M€ en 2015. Cette envolée des charges d'intérêts à compter de 2013 est liée au passage en phase structurée de l'emprunt contracté auprès de Dexia et indexé sur l'euro/franc suisse. En 2016, les charges d'intérêts ont diminué très fortement du fait de la sécurisation de deux emprunts structurés pour retomber à 1,6 M€. Mais cette baisse des charges d'intérêts a été neutralisée par le montant versé par l'établissement au titre des indemnités de remboursement anticipé malgré l'aide de l'État pour sortir de ces emprunts (cf. la gestion de la dette, point 10).

En effet, ces opérations de sortie ont généré des frais à hauteur de 5,3 M€ en 2016. Les frais financiers réels nets du PSSSL ont ainsi très fortement augmenté entre 2012 et 2016, passant de 1,5 M€ à 5,2 M€ (+ 246 %). Alors que les frais financiers nets représentaient 25 % de la marge d'exploitation en 2012, ils étaient supérieurs à la marge brute en 2016.

La baisse de la marge brute d'exploitation entre 2015 et 2016 et la forte hausse des frais financiers ont entraîné une chute de la capacité d'autofinancement (CAF) brute à seulement 9 437 € en 2016 alors qu'elle s'élevait à 4,4 M€ en 2012.

Le taux de CAF brute a chuté de 6,2 % en 2012 à 2,5 % en 2015. Il se situait en-dessous du 8^{ème} décile de sa catégorie⁶ (6,3 %) et entre le 2^{ème} décile (1,4 %) et le 8^{ème} décile (3,7 %) des établissements de sa typologie.

Selon le réseau d'alerte des centres hospitaliers de la région des Pays de la Loire, il se situait également bien en-dessous de la médiane de la catégorie qui s'élevait à 4,6 % en 2015.

9.1.5 Le financement des investissements

Depuis 2012, la CAF nette⁷ ne couvre plus le remboursement en capital de la dette. Celle-ci était même négative de 3,4 M€ en 2016.

Par conséquent, l'établissement est en situation de déséquilibre financier au regard de l'article D. 6143-39 du CSP qui fixe le niveau d'autofinancement minimum pour couvrir le remboursement en capital des emprunts.

Les investissements ont chuté de 69 % entre 2012 et 2016 pour atteindre seulement 850 000 € en 2016.

Le besoin de financement propre s'est établi cumulativement entre 2012 et 2016 à 26,5 M€. Au vu de la variation du besoin en fonds de roulement sur la même période, le besoin après financement des investissements et du cycle d'exploitation cumulé s'est élevé à 43,4 M€.

Sur la même période, l'établissement a souscrit de nouveaux emprunts pour un montant cumulé de 36,7 M€.

9.1.6 La vétusté des immobilisations

Entre 2012 et 2016, le taux de vétusté des bâtiments du PSSSL était favorable en raison de la construction récente de l'établissement mais il a eu tendance à se dégrader depuis 2012. Il s'établissait à 37,1 % en 2016.

En 2015, dernier exercice comparable pour les établissements publics de santé de même catégorie, ce taux oscillait entre 37,7 % (2^{ème} décile) et 61,3 % (8^{ème} décile). Pour les établissements de même typologie, ce taux oscillait entre 39,1 % (2^{ème} décile) et 49,3 % (8^{ème} décile).

⁶ Il existe plusieurs catégories d'établissement de santé : CHR, CHRU, CH, etc.

⁷ La CAF nette = CAF brute de laquelle sont déduits les remboursements en capital des emprunts.

À l'opposé, le taux de vétusté des équipements est élevé. Il s'établissait à 84,6 % en 2016, en légère progression depuis 2012. C'est le cas également des établissements de même catégorie. En 2015, ce taux de vétusté oscillait entre 73,9 % (2^{ème} décile) et 86,6 % (8^{ème} décile). De la même manière, pour les établissements de même typologie, il oscillait entre 76,8 % (2^{ème} décile) et 82,7 % (8^{ème} décile).

Le taux de vétusté des équipements du PSSL se situait tout de même en 2015 proche du 8^{ème} décile.

9.2 La structure financière

Entre 2012 et 2016, l'actif immobilisé a diminué d'environ 11 M€ (- 14,6 %) pour atteindre 63,6 M€ en 2016. Cet actif immobilisé est essentiellement constitué de la construction du nouvel hôpital sur le site du Bailleul en 2007.

Après avoir diminué de plus de 19 M€ entre 2012 et 2015 pour atteindre 16,8 M€ en 2015, les capitaux propres ont progressé de 31,3 % entre 2015 et 2016 pour remonter à 22 M€.

La baisse des fonds propres entre 2014 et 2015 s'explique par la réalisation de plusieurs opérations d'ordre non budgétaire au compte 1190 « report à nouveau déficitaire ».

De même, la hausse entre 2015 et 2016 s'explique par la réalisation d'écritures d'ordre non budgétaire. La sécurisation des emprunts toxiques a nécessité entre autres une reprise de provision pour un montant de 7,4 M€.

L'endettement représentait 58,6 M€ en 2016 contre 46 M€ en 2012. Cette hausse de 27 % s'explique par la signature d'un nouveau prêt auprès de SFIL en 2016 afin de restructurer l'emprunt toxique souscrit auprès de Dexia.

L'évolution des ratios d'endettement du PSSL a été marqué par une dégradation de tous les indicateurs entre 2012 et 2016.

Le ratio d'indépendance financière, qui rapporte l'encours de dette aux ressources stables, s'est détérioré passant de 56,1 % en 2012 à 72,6 % en 2016. Il est supérieur au seuil d'alerte de 50 % fixé par l'article D. 6145-70 du CSP.

Le ratio de durée apparente de la dette, qui rapporte la dette financière à la CAF brute, s'est lui aussi dégradé, atteignant même en 2016 un niveau de 6 207 ans, en raison d'une capacité d'autofinancement quasiment nulle et du montant très important de l'encours de dette. L'établissement est ainsi très éloigné du seuil souhaitable de dix ans maximum. Entre 2012 et 2016, ce ratio a toujours dépassé ce seuil, sauf en 2012 où l'établissement s'en rapprochait avec une durée apparente de la dette de onze ans.

Cette évolution rejoint celle de la durée apparente de désendettement, qui rapporte l'encours de la dette aux annuités de cette dernière. Celle-ci a augmenté de 4 ans en 2012 à 17 ans en 2016.

Enfin, même si le ratio rapportant la dette financière au total des produits a diminué entre 2012 et 2016 de 65,5 % à 56,5 %, il reste encore nettement au-dessus du seuil réglementaire de 30 %.

En raison du dépassement des trois seuils définis à l'article D. 6145-70 du CSP depuis 2012, l'établissement se trouve tributaire de l'autorisation de l'ARS pour conclure tout nouvel emprunt.

Après avoir diminué de 54 % entre 2012 et 2014, le fonds de roulement du PSSSL est devenu négatif en 2015 du fait de l'effondrement des ressources stables, lié à la constitution de la provision pour risques et charges sur emprunts structurés. Il est redevenu positif de 17,1 M€ en 2016, soit 91 jours de charges courantes, grâce à la reprise d'une partie de cette provision ce qui a conduit à une augmentation des fonds propres de l'établissement.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) était en progression de 161 % entre 2012 et 2014. Il est devenu négatif en 2015 du fait principalement du niveau très élevé des provisions pour risques et charges.

En 2016, le BFR est redevenu positif pour atteindre 6 M€ en 2016, ce qui représentait 31,9 jours de charges courantes. Malgré un montant très élevé de provisions pour risques et charges (16,1 M€), cette hausse du BFR s'explique par le montant des créances diverses à hauteur de 21,4 M€ en 2016 qui correspond principalement à l'enregistrement au compte 46721 « autres comptes – débiteurs divers – exercice courant » de la somme de 18,7 M€ relative à l'aide de l'État pour la sortie de l'emprunt Dexia indexé sur l'euro/franc suisse. Cette somme sera amortie à hauteur de 1,87 M€ par an pendant dix ans.

Entre 2012 et 2016, les créances d'exploitation sont passées de 9,3 M€ à 30,9 M€. Déduction faite de la créance exceptionnelle de 18,7 M€, les créances d'exploitation ont fortement augmenté, ce qui traduit des difficultés du PSSSL à recouvrer ses créances (18 M€ en 2016). Les recettes à classer sont passées de 36 000 € en 2012 à 3 M€ en 2016. Et les dettes fournisseurs ont augmenté de 49 % entre 2012 et 2016 pour atteindre 2,6 M€. Cette évolution traduit également les difficultés de l'hôpital à payer ses dettes.

Il résulte de la baisse du fonds de roulement et de l'augmentation du besoin de fonds de roulement que la trésorerie a chuté fortement entre 2012 et 2015 avant de devenir négative en 2016.

Texte synthétique conclusif

Bien que débarrassé de la lourde hypothèque financière que constituaient les emprunts structurés les plus risqués qui rendaient insolvable le PSSSL, celui-ci conserve une situation financière très dégradée.

La forte augmentation de son endettement en 2016 doit être relativisée car si l'aide du fonds de soutien n'est pas visible dans les ratios financiers, elle viendra mécaniquement réduire l'endettement chaque année. Néanmoins, l'accès au crédit de l'établissement semble encore quasi impossible pour plusieurs années. Mais surtout, le montant des charges, notamment de personnel, paraît incompatible avec un redressement financier à court terme, compte tenu de l'insuffisance de l'activité et de la pression sur la tarification.

10 LA GESTION DE LA DETTE ET DE LA TRÉSORERIE

10.1 L'encours de la dette

Tableau n° 6 : : Évolution de la dette et typologie des emprunts entre 2012 et 2016 *

Type d'emprunt	Banque	Classement Gissler	2012	%	2013	%	2014	%	2015	%	2016	%
Emprunts structurés (a):			41 775 341	85%	39 540 609	85%	37 305 894	85%	35 071 171	85%	10 074 780	17%
00778086292B	CFF	3E	7 800 000	16%	7 400 000	16%	7 000 000	16%	6 600 000	16%	6 200 000	10%
0077806292A	CFF	1A	4 134 000	8%	3 922 000	8%	3 710 000	8%	3 498 000	9%	3 286 000	5%
MIN985100EUR	Dexia	hors charte	15 300 000	31%	14 580 000	31%	13 860 000	32%	13 140 000	32%	0	0%
MPH249832EUR	Dexia	1E	1 226 319	2%	1 021 924	2%	817 546	2%	613 160	1%	408 773	1%
MPH249832EUR	Dexia	1E	540 021	1%	450 018	1%	360 014	1%	270 011	1%	180 007	0%
0067286636001	Crédit agricole	hors charte	5 660 870	12%	5 391 305	12%	5 121 740	12%	4 852 175	12%	0	0%
0067286636001 bis	Crédit agricole	hors charte	2 739 130	6%	2 608 695	6%	2 478 260	6%	2 347 825	6%	0	0%
0067286636002	Crédit agricole	hors charte	4 375 000	9%	4 166 667	9%	3 958 334	9%	3 750 001	9%	0	0%
Emprunts à taux fixe (b)		1A	4 261 634	9%	4 019 015	9%	3 793 160	9%	3 567 305	9%	48 498 116	80%
Total © = (a)+(b)			46 036 975		43 559 624		41 099 054		38 638 476		58 572 896	
Emprunt revolving (d)	BFT	1A	3 181 808	6%	2 954 536	6%	2 727 264	6%	2 449 992	6%	2 272 720	4%
Total général (e)=©+(d)			49 218 783	100%	46 514 160	100%	43 826 318	100%	41 088 468	100%	60 845 616	100%

Sources : PSSL, contrats d'emprunts, calculs CRC des Pays de la Loire (en €)

(*) : l'écart entre le montant du stock de la dette retenu dans l'analyse financière et celui de l'état de la dette ci-dessus, correspond au capital restant dû de l'emprunt revolving BFT.

Fin 2012, le PSSL comptait dans son encours de dette quatre emprunts structurés qui représentaient 41,8 M€, soit 85 % du total de sa dette. Les deux emprunts les plus risqués étaient respectivement l'emprunt contracté auprès de la banque Dexia indexé sur la parité euro (EUR)/franc suisse (CHF), qui représentait 31 % du total de la dette et celui contracté auprès du Crédit agricole indexé sur des écarts de CMS⁸ qui représentait 27 % du total de la dette. Ces emprunts ont été souscrits entre 2006 et 2007 afin de financer la construction du nouvel hôpital au Bailleul.

Les différents emprunts contractés par l'établissement sont présentés en annexe n° 7.

⁸ CMS = constant maturity swap.

10.2 La gestion du risque des emprunts structurés

Une politique de gestion du risque financier a été validée par le conseil de surveillance du 12 octobre 2012 mais sans moyen permettant de réduire, voire de neutraliser le risque sous-jacent avant 2016.

Face au risque d'envolée du taux d'intérêt de l'emprunt n° MIN255838EUR indexé sur l'euro/franc suisse, la banque Dexia a fait une proposition au PSSL avant le début de la phase structurée en 2013 soit de geler le taux sur une période d'un an à 7 % pour un montant de 1 M€, soit de geler le taux d'intérêt sur une période de 5 ans à 7 % pour un montant de 6,5 M€.

Le conseil de surveillance du 29 juin 2013 a préféré opter pour une reprise des provisions déjà constituées pour payer les charges d'intérêts de cet emprunt.

Au vu du niveau des taux d'intérêt qui atteignait 22 % en 2015, le comptable a été réquisitionné pour ne payer que le taux de l'usure au cours des trois derniers trimestres de 2015, soit un taux d'intérêt de 4,10 %.

Grâce à l'aide de 1,35 M€ de l'ARS, le PSSL a pu régulariser la situation le 21 janvier 2016 pour les intérêts dus au titre de 2015.

La stratégie du PSSL a consisté à traiter en priorité les deux emprunts structurés décrits ci-dessous, classés hors charte Gissler, qui pouvaient bénéficier de l'aide du dispositif de soutien, sans envisager jusqu'à présent la sortie des autres emprunts structurés, dont les formules de taux sont assises sur des écarts de pente.

Cependant, la remontée des taux longs pourrait faciliter une telle sortie en diminuant nettement leur coût de sortie.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement a indiqué que sa situation financière ne le lui permet pas.

10.3 La restructuration des deux emprunts structurés classés hors charte Gissler

10.3.1 L'emprunt Dexia indexé sur l'euro/ franc suisse

Le PSSL a conclu le 7 juin 2016 un nouveau prêt n° MIS509448 auprès de SFIL, d'un montant total de 35 175 000 €, composé de deux tranches. La première tranche a permis de refinancer le capital restant dû de l'emprunt Dexia indexé sur le taux de change euro/franc suisse, soit 12 780 000 € au 20 juin 2016, au taux fixe de 0,60 % sur une durée de 17 ans et 7 mois, soit la durée restant à courir du prêt initial. La deuxième tranche a refinancé une partie de l'indemnité de remboursement anticipé (IRA), pour un montant de 22 395 000 € sur une durée de 9 ans au taux fixe de 0,73 %. Le solde de l'IRA, soit 2,7 M€ a été autofinancé par le PSSL. Le total de l'IRA au moment de l'opération s'élevait à 25,2 M€, soit près de deux fois le montant du capital restant dû de l'emprunt.

Le PSSL a fait appel au mécanisme d'aide des EPS défini dans l'instruction ministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014 relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés, actualisée par l'instruction n° DGOS/PF1/DGFIP/CL1C/CL2A/2015/251 du 28 juillet 2015.

Par courrier du 18 mai 2016, dans le cadre de la 2^{ème} vague du dispositif de fonds de soutien, la DGOS a donné son accord pour verser une aide de 18,7 M€ au titre de cet emprunt, étalée sur 10 ans avec un premier versement de 1,87 M€ au second semestre 2016. Une convention a été conclue en date du 1^{er} juin 2016 avec l'ARS pour le versement de l'aide en dix échéances annuelles de 2016 à 2025.

Le versement de l'aide était subordonné à la conclusion d'une transaction au sens de l'article 2044 du code civil avec l'établissement de crédit. Le PSSL a donc signé un accord transactionnel avec CAFFIL et SFIL le 9 juin 2016. Outre l'engagement de procéder au refinancement du prêt et d'une partie de son IRA, CAFFIL a accepté de renoncer à réclamer 39 499 € d'intérêts de retard dû en raison des retards de paiements du PSSL sur les échéances de l'année 2015 et début 2016.

10.3.2 L'emprunt Crédit agricole indexé sur les écarts de CMS

Le 1^{er} décembre 2016, le PSSL a refinancé le capital restant dû des trois tranches de l'emprunt Crédit agricole indexé sur les écarts de CMS, soit 3 541 667 € pour la tranche n° 1, 4 582 609 € pour la tranche n° 2 et 2 217 390 € pour la tranche n° 3, par un nouveau prêt auprès du Crédit agricole de Maine-et-Loire pour un montant de 10 341 667 € sur une durée de 17 ans avec un taux fixe de 2,26 %. Le montant de l'IRA pour la tranche n° 1 s'élevait à 1 382 300 €, celui de la tranche n° 2 à 1 897 300 € et celui de la tranche n° 3 à 911 100 €, soit un total de 4 190 700 €, ce qui représentait 41 % du capital restant dû de l'emprunt.

Une partie de l'IRA a été refinancée à travers le taux d'intérêt du nouveau prêt. Les 2,6 M€ restant ont été payés par le PSSL.

L'établissement a signé un accord transactionnel avec la caisse régionale de crédit agricole et CACIB le 26 septembre 2016. Conformément à l'instruction interministérielle mentionnée ci-dessus, une convention a été signée le 18 juillet 2016 avec l'ARS pour le versement de l'aide en deux échéances annuelles.

Le montant total de l'IRA des deux emprunts qui ont été restructurés s'élève à 29,4 M€ dont 24 M€ ont été refinancés, alourdissant d'autant le montant de la dette du PSSL.

Fin 2016, ce dernier avait donc restructuré les deux emprunts structurés les plus risqués permettant ainsi de ramener à 10 M€, soit seulement 17 % du total de son encours de dette, le montant des emprunts structurés. À cette date, 80 % du total de l'encours était à taux fixe et 4 % à taux variable.

Les opérations de restructurations ont ainsi permis de diminuer substantiellement le niveau du risque financier mais ont conduit à une forte augmentation du montant de la dette entre 2015 et 2016 en intégrant le coût des indemnités de remboursement anticipé qui ont dû être refinancées alors qu'elles n'apparaissaient pas dans les comptes auparavant.

10.4 La gestion de la trésorerie

La chambre a constaté que le PSSL n'avait pas de réelle stratégie en matière de gestion de trésorerie et manquait d'outils alors que le contexte financier justifierait amplement qu'il en soit doté.

La gestion quotidienne de la trésorerie s'effectue grâce à un crédit revolving permettant des tirages en cours d'année. Mais avec l'amortissement de son capital, celui-ci pourrait être insuffisant pour faire face aux besoins de la fin de l'année 2017 et de 2018 ce qui devrait nécessiter le recours à une ligne de trésorerie.

Le PSSL n'a pu fournir aucun plan de trésorerie, ni de tableau de bord de suivi de la trésorerie mais a précisé que la gestion de la dette et de la trésorerie était en cours de mutualisation avec le CH du Mans.

Recommandation n° 6 : mettre en place des outils de prévision et de gestion de trésorerie.

11 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

11.1 L'évolution des effectifs

En 2016, le PSSL employait 74,2 équivalent temps plein rémunéré (ETPR) en personnels médicaux (PM) contre 68,4 en 2012, soit une hausse de 8,5 %. 95 % du personnel concerné était affecté à l'activité hospitalière.

En 2016, le PSSL employait 983,4 ETPR en personnels non médicaux (PNM) contre 989,35 en 2012, soit une baisse de 0,6 %. 64 % des effectifs non médicaux étaient affectés à l'activité hospitalière et 28 % à celle des EHPAD.

La part des contractuels, en augmentation de 2,3 % entre 2012 et 2016 représentait 30 % des PNM du PSSL en 2016.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que la majorité des personnels contractuels sont affectés sur les deux EHPAD.

11.2 L'absentéisme

En 2015, le taux d'absentéisme des PNM, tous motifs médicaux confondus, était supérieur au niveau national des établissements de même catégorie ainsi que de même typologie. Il était également supérieur au 8ème décile du niveau régional. Entre 2012 et 2016, l'absentéisme pour motif médical du PNM n'a cessé d'augmenter, passant de 5,7 % en 2012 à 8,2 % en 2016.

Comparé aux autres établissements, en 2015, le taux de rotation du PSSL était supérieur au 8^{ème} décile du niveau régional. Au niveau national, il était également supérieur au 8^{ème} décile des établissements de la même catégorie. Il était cependant inférieur au 8^{ème} décile des établissements de même typologie.

Entre 2013 et 2016, le nombre moyen de jours d'absence du PNM n'a cessé d'augmenter et cela quel que soit le motif médical.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que l'absentéisme du PNM était très variable d'un budget à l'autre et qu'il était très important sur les deux EHPAD.

Le taux d'absentéisme pour motif médical du PM a quant à lui nettement diminué pour atteindre 0,7 % en 2016 contre 3,4 % en 2012.

Le nombre de jours d'absence a nettement diminué sur la période 2012-2016 pour le PM, passant de 628 en 2012 à 189 en 2016 et cela quel que soit le motif médical.

11.3 Le temps de travail

11.3.1 Le temps de travail du personnel non médical

En 2016, le dispositif retenu par le PSSL concernant le temps de travail du PNM respectait la législation.

Les heures supplémentaires ont diminué de 11,1 % entre 2012 et 2016 pour atteindre 6 882 heures en 2016, et leur coût a baissé de 5,7 % à 175 023 € en 2016. Après avoir chuté de 26,9 % entre 2012 et 2014, les heures supplémentaires réalisées par le PNM ont augmenté de 21,5 % entre 2014 et 2016. Diverses pistes de réflexion sont envisagées par l'établissement pour en réduire le coût.

Les infirmiers anesthésistes et les infirmiers du bloc opératoire sont les personnels qui cumulent le plus d'heures supplémentaires, du fait de la continuité de l'activité médicale et chirurgicale.

11.3.2 Le temps de travail du personnel médical

L'établissement dispose d'une charte du temps médical dont la dernière mise à jour a été validée par la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) du 26 novembre 2016.

Celle-ci a de nouveau été actualisée en mars 2018 afin notamment de modifier le temps de travail des urgentistes.

Selon le PSSL, elle doit être de nouveau mise à jour notamment en ce qui concerne les obligations de service des médecins urgentistes.

Cette charte rappelle les obligations de service du PM. Annuellement, l'obligation de service est en moyenne de 208 jours, soit 416 demi-journées selon le décompte suivant : 365 jours - 104 repos hebdomadaires - 25 jours ouvrés de congés annuels - 9 jours fériés (dont le lundi de pentecôte) -19 jours de RTT.

Les obligations de service sont appréciées par quadrimestre.

La charte rappelle le principe du temps de travail additionnel (TTA) et son calcul. Les besoins prévisionnels en TTA sont arrêtés par le chef de pôle et théoriquement inscrits dans le contrat de pôle, ce qui n'est pas le cas au PSSSL, en l'absence de contrat de pôle. Un contrat de TTA doit être signé entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur. La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du TTA (CET, indemnisation, récupération).

Un registre du TTA existe mais seulement depuis 2015. Il est, par ailleurs, incomplet puisqu'il ne concerne que les praticiens en astreinte. La chambre a également constaté des problèmes de fiabilité des données concernant le TTA. En réponse, le directeur a indiqué qu'une nouvelle maquette de suivi du TTA avait été mise en place.

Les plages du TTA sont passées, selon les bilans sociaux, de 526 demi-journées en 2012 à 930 demi-journées en 2016, soit une augmentation de 77 %.

Cette progression s'explique par les difficultés de recrutement des médecins et l'organisation de la permanence des soins.

Un montant de 307 818 € a été versé en 2016 pour le TTA de jour contre 241 616 € en 2012, soit une augmentation de 27,4 %.

Par ailleurs, l'établissement avait mis en place un plafonnement du nombre de plages pour le service maternité/pédiatrie, ce que les textes relatifs au TTA ne prévoient pas. À compter du 3^{ème} quadrimestre 2014, le TTA de ces services est calculé au réel.

En outre, l'établissement prévoyait jusqu'en 2014 une indemnisation différente du TTA en fonction de la pénibilité du service d'affectation du praticien, en l'occurrence pour les urgentistes, les anesthésistes, les pédiatres et les gynécologues. Or cette distinction n'est pas non plus prévue par les textes.

Une rémunération identique pour tous les praticiens a été mise en place à la demande des praticiens à compter du 1^{er} quadrimestre 2015, ce qui explique la forte augmentation du coût du TTA entre 2014 et 2015 (+ 8 %), en plus de la hausse du nombre de TTA observée sur cette même période.

En effet, une TTA qu'elle soit accomplie de jour du lundi matin au samedi après-midi inclus ou accomplie la nuit, le dimanche ou un jour férié est rémunérée de la même façon sur la base de l'indemnité forfaitaire de TTA, soit pour une période, 319,46 €.

Cette demande des praticiens s'explique par le niveau de rémunération du TTA de nuit, qui est moins avantageux financièrement que le TTA de jour.

Sur ce point, le PSSSL a précisé que les seuls praticiens concernés par ce changement étaient les médecins en TTA quadrimestriel.

Les médecins en TTA mensuels comme les médecins sous convention continuent, quant à eux, à percevoir du TTA de jour ou de nuit selon la permanence des soins effectuée.

Depuis 2012, le PSSSL a comptabilisé à tort le TTA de nuit au compte 6426 « TTA de jour » et non sur le compte 64252 « permanences sur place réalisées en temps de travail additionnel », compte sur lequel doivent être imputées les nuits, dimanches, jours fériés et samedis après-midis réalisés au-delà des obligations de services des praticiens. Selon le directeur, cette erreur est liée à un problème de paramétrage du logiciel de paie de l'établissement qui sera à corriger.

Les contrats de TTA ont été demandés à l'établissement qui a seulement transmis les contrats des praticiens qui sont en temps médical continu, puisque ce sont les seuls qui existent depuis 2015 au sein du PSSSL. Ces contrats n'existent pas pour les praticiens en temps médical non continu et pour les praticiens sous convention. Or, les conventions prévoient que ces médecins participent à la permanence des soins et que cette activité réalisée en dehors de leurs obligations de service hebdomadaires soit rémunérée en TTA, sans que la quantité et le mode de valorisation du TTA ne soient cependant indiqués.

Sur 33 praticiens pour lesquels des indemnités de TTA ont été versées en 2015, seuls 11 ont signé des contrats individuels de TTA.

De plus, les praticiens qui sont en temps médical continu n'ont pas tous signé un contrat de TTA.

La chambre a également pu observer que certains médecins qui avait choisi que leur TTA soit récupéré, ont finalement été rémunérés, en raison des difficultés pour ces praticiens de poser avant la fin de l'année la totalité de leur congé.

Le règlement intérieur des astreintes du PSSSL rappelle que dans l'état actuel du personnel médical de l'établissement, il n'existe aucun front de garde qui puisse assurer de façon pérenne une organisation de la permanence des soins qui permette d'assurer le repos quotidien de 11 h consécutives.

Le règlement du PSSSL a autorisé des dérogations au repos quotidien en retenant comme définition du repos garanti au praticien, la définition de la directive européenne du 4 novembre 2004 (servant de base à la réglementation sur le temps de travail des praticiens) qui fait référence à un « repos suffisant ».

Recommandation n° 7 : compléter le registre de temps de travail additionnel mis en place au PSSSL afin que ce dernier retrace les périodes et heures de temps de travail additionnel de l'ensemble des praticiens de l'établissement (article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié) et s'assurer de la signature des contrats individuels de temps de travail additionnel.

11.3.3 La permanence des soins

En 2012, l'ARS a décidé de baisser le financement de la permanence des soins des établissements publics de santé des Pays de la Loire. Une concertation a donc été engagée au PSSSL entre les chefs de pôles et les praticiens pour réduire les coûts. Elle a débouché sur la mise en place d'une nouvelle organisation à compter du 1^{er} janvier 2013.

Dans le cadre de cette nouvelle organisation, le médecin est tenu de produire des bons de déplacement pour chacun de ses déplacements. Les déplacements exceptionnels la nuit font l'objet d'un autocontrôle par le bureau du pôle.

Interrogé sur les modalités de contrôle mises en place par l'établissement, ce dernier a précisé qu'il n'y avait pas de déplacement exceptionnel de nuit des médecins dans le cadre de la permanence des soins, les médecins se déplaçant uniquement dans le cadre d'astreintes.

Lors de leur déplacement, les médecins indiquent leurs horaires dans un fichier qu'ils transmettent au bureau des affaires médicales avant la paie. L'établissement ne disposant pas de système de pointeuse, la déclaration des horaires de déplacements repose sur le principe de la bonne foi du praticien.

Le PSSL a également acté la suppression de l'astreinte opérationnelle la nuit, les week-ends et jours fériés du service gériatrie-SSR et l'instauration de l'astreinte de sécurité en SSR. Celle-ci est effective depuis le 16 juin 2014.

Les dépenses de permanence des soins imputées aux comptes correspondants ont progressé de 6,3 % sur la période sous contrôle pour atteindre 1 M€ en 2016. Après avoir diminué de 6,7 % entre 2012 et 2013, elles ont augmenté de 11,3 % entre 2014 et 2016. Selon le directeur, la mise en place du nouveau dispositif d'indemnisation des astreintes expliquerait cette hausse.

Les dépenses de permanence sur place intégrées aux obligations de service ont globalement progressé de 580 000 € en 2012 à 599 000 € en 2016.

Les dépenses de permanence des soins par astreinte ont également progressé de 10,7 % entre 2012 et 2016.

La COPS du 26 novembre 2014 a validé l'indemnisation des fronts de garde en TTA 100 % de jour, à la demande des médecins, alors que les textes ne prévoyaient pas cette possibilité et qu'une telle décision a pesé sur les finances de l'établissement avec un surcoût évalué à 70 000 € bruts chargés. Cette mesure permettait, selon le directeur, de diminuer le recours à des remplaçants et d'améliorer la politique de recrutement.

L'organisation de la permanence des soins des gynécologues et pédiatres en demi-garde (de 18h30 à 24h00) – demi-astreinte (de 00h00 à 8h30) payée en garde s'explique par le souci de maintenir le niveau de rémunération des praticiens concernés et de garantir l'attractivité de l'établissement compte tenu de son éloignement des villes de Sablé-sur-Sarthe et de la Flèche.

Le service de pédiatrie fonctionnant avec le service de gynécologie, les praticiens concernés bénéficient de la même organisation.

De même, la chambre a constaté que le montant de l'astreinte forfaitisée du service imagerie (224,15 €) était différente de celui de l'astreinte forfaitisée du service chirurgie (187,70 €) et irrégulière. L'établissement a indiqué que les radiologues n'étaient pas d'accord avec le nouveau mode de rémunération des astreintes et avaient menacé de quitter le PSSL si le montant de l'astreinte n'était pas revalorisé. Ils avaient alors demandé à être payés en garde sur place. Après négociation avec la direction, il leur a été proposé un montant dérogatoire calculé proportionnellement à ce que les radiologues percevaient en moyenne auparavant.

Le coût de la permanence des soins semble ainsi être élevé au regard des surcapacités de l'établissement dans certaines spécialités.

11.3.4 Le compte épargne temps

Au sein du PSSL, les modalités d'alimentation et d'utilisation du CET sont clairement définis dans le guide du temps de travail.

Selon le bilan social 2016, le nombre moyen de jours CET stockés pour les personnels ayant ouvert un CET au 31 décembre 2016, est de 13 jours pour le PNM et de 57,14 jours pour le PM.

Par rapport à 2012, ces chiffres sont en baisse concernant le PNM et en hausse concernant le PM compte tenu de la difficulté des praticiens à poser avant la fin de l'année la totalité de leur congé, difficulté en lien avec les problèmes de recrutement du PM.

11.4 L'activité libérale des praticiens hospitaliers

L'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel est encadrée respectivement par les articles L. 6154-1 et suivants et L. 6146-2 du CSP. L'annexe 61-2 du CSP mentionne que le praticien hospitalier à temps plein doit s'engager :

1° À ne pas consacrer plus : de 20 % (ou 10 %) de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle il est astreint ;

2° À s'identifier dans le système d'informations comme réalisateur des actes et consultations, en précisant que ces derniers sont réalisés au titre de son activité publique personnelle ;

3° À fournir trimestriellement au directeur de l'établissement et au président de la commission de l'activité libérale le tableau de service réalisé ainsi qu'un état récapitulatif de l'exercice de l'activité libérale précisant le nombre et la nature des actes et des consultations effectuées au titre de chacune d'elles ;

4° À ce que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique personnelle ;

5° À respecter les principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement ;

6° À ne débiter son activité libérale que lorsque son contrat a été approuvé par le directeur général de l'agence régionale de santé conformément aux dispositions de l'article L. 6154-4.

Par ailleurs, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance à l'établissement par le praticien dans des conditions déterminées par décret.

11.4.1 La commission d'activité libérale

L'article L. 6154-5 du CSP prévoit que dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale, une commission de l'activité libérale est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité.

L'article R. 6154-14 du CSP prévoit que la commission se réunit au moins une fois par an. La commission d'activité libérale du PSSL s'est réunie une fois par an entre 2012 et 2015 mais pas en 2016.

Trois présidents de commission d'activité libérale se sont succédés entre 2012 et 2015.

Les docteurs Y et Z, bien que n'ayant pas de contrat d'activité libérale, ont été désignés par la CME pour la représenter dans cette commission en 2012. Par arrêté de l'ARS du 22 mai 2012 portant composition de la commission d'activité libérale, ils en ont été désignés membres en tant que représentants des praticiens hospitaliers exerçant une activité libérale. Le docteur Z a été élu président de la commission d'activité libérale lors de sa séance du 25 juin 2012.

En l'absence d'autorisation d'exercice, le docteur Z ne pouvait participer à la commission d'activité libérale du 25 juin 2012, ni être élu président. Les décisions prises lors de cette commission étaient donc entachées d'irrégularité.

L'ARS a donc pris un nouvel arrêté portant composition de la commission d'activité libérale dans lequel les Dr Y et Z ont été remplacés par deux autres praticiens exerçant une activité libérale.

Sur la tenue des réunions de la commission, la chambre émet, par ailleurs, un doute quant à la régularité du procès-verbal de la réunion de la commission d'activité libérale en date du 25 juin 2012, celui-ci n'étant pas signé par son auteur, le Dr Z.

Cette incertitude sur les véritables décisions prises par la commission lors de cette réunion et surtout sur les conditions réelles d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement révèle un important dysfonctionnement de la commission d'activité libérale du PSSL, amplifié par les difficultés parfois de la réunir, ou encore le non-respect des règles de sa composition.

11.4.2 L'exercice irrégulier de l'activité libérale de certains médecins du PSSL

La chambre a constaté plusieurs irrégularités dans l'exercice par certains médecins d'une activité libérale au sein du PSSL.

11.4.2.1 L'exercice d'une activité libérale en l'absence de contrat

Les praticiens statutaires exerçant à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans l'établissement public de santé où ils sont nommés, dès lors que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle. Ils doivent à cet effet conclure un contrat d'activité libérale en application de l'article L. 6154-4 du CSP. Ce qui n'est pas le cas des docteurs Y et Z, qui ont exercé une activité libérale en l'absence de contrat.

11.4.2.2 L'exercice d'une activité libérale par des praticiens à temps partiel

La circulaire ministérielle du 26 novembre 2001 relative à l'application des dispositions relatives à l'activité libérale indique : « *sont exclus de ces dispositions, les praticiens exerçant leur activité à temps partiel* ».

Un arrêt du Conseil d'État (n° 254232, 27 juillet 2005, Viaud) rappelle qu'un praticien hospitalier exerçant à temps partiel ne peut légalement conclure avec un établissement hospitalier une convention l'autorisant à exercer au sein des services hospitaliers une activité privée.

La chambre est ainsi d'avis que seuls les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent exercer une activité libérale dans l'hôpital où ils exercent leur activité publique.

Cependant, le docteur Z a conclu un contrat d'exercice libéral alors qu'il exerçait en tant que praticien hospitalier à temps partiel.

C'est le cas également du docteur A.

11.4.2.3 L'activité irrégulière d'un médecin libéral au sein du PSSL

Le dispositif des cliniques ouvertes qui avaient pour objet de créer, au sein des centres hospitaliers, une structure d'hospitalisation permettant à des professionnels de santé libéraux de dispenser des soins remboursables à leurs patients dans le but soit d'assurer la continuité d'une activité de soins qu'un établissement de santé privé a cessée totalement ou partiellement d'exploiter, soit d'optimiser l'utilisation des capacités en lits ou places ou du plateau technique existant desdits centres hospitaliers, a été supprimé par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) n° 2009-879 du 21 juillet 2009 et le décret n° 2010-344 du 31 mars 2010.

Les cliniques ouvertes, régulièrement autorisées sur le fondement de l'article L. 6146-10 du CSP, restent régies par les dispositions législatives et réglementaires antérieures à la loi du 21 juillet 2009 jusqu'au terme prévu par l'autorisation délivrée.

Le docteur B, qui a signé un contrat d'autorisation d'intervenir en clinique ouverte en 2005 a, malgré la modification des règles législatives et réglementaires, continué d'intervenir en clinique ouverte jusqu'à la période de contrôle. Son contrat n'a été ni abrogé, ni même modifié.

11.4.2.4 L'application de taux dérogatoires de redevance dans le cadre de l'activité libérale de plusieurs praticiens

Dans le cadre de l'exercice d'une activité libérale, les praticiens hospitaliers comme les praticiens non hospitaliers sont tenus de verser une redevance à l'établissement en contrepartie des conditions d'exercice, des services et des prestations fournis par ce dernier. Cette redevance est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien. Les taux de redevance sont variables selon les actes et consultation et sont prévus par la réglementation.

Au PSSL, plusieurs contrats prévoyaient des taux dérogatoires.

11.4.2.5 Les réponses apportées par la direction du PSSL aux irrégularités soulevées par la chambre

Suite aux observations provisoires de la chambre, la direction du PSSL a indiqué que d'une part les taux dérogatoires de redevance seront corrigés et d'autre part qu'il serait proposé aux praticiens hospitaliers à temps partiel ainsi qu'aux praticiens non hospitaliers exerçant une activité libérale au PSSL d'adhérer à un groupement de coopération sanitaire (GCS) afin de se conformer à la réglementation en vigueur en matière d'exercice d'une activité libérale au sein d'un établissement public.

La création de ce GCS a été confirmée par l'ARS, qui a précisé que ce projet était actuellement à l'étude.

La chambre ne disposant pas de l'ensemble des éléments concernant ce nouveau dispositif, a décidé de ne pas se prononcer sur sa régularité, ni sur les bénéfices d'une telle organisation.

Texte synthétique conclusif

Au final, les irrégularités relevées par la chambre en matière d'autorisation de l'activité libérale et de l'exercice libéral, ainsi qu'en matière de taux de redevance, mettent en lumière que le PSSL n'a pas souhaité se conformer à la réglementation de peur de voir ces médecins quitter l'établissement.

Recommandation n° 8 : respecter les dispositions du CSP en matière d'autorisation d'activité libérale et d'exercice libéral (articles L. 6154-1 et suivants et L. 6146-2 du CSP), ainsi que pour les taux de redevance.
--

11.5 Le cumul d'activités publiques du Dr Y

L'article R. 6152-24 et 26 du CSP dispose qu'un praticien hospitalier à temps plein en position d'activité consacre la totalité de son activité professionnelle à l'établissement d'affectation ou un autre établissement sous réserve de convention de mise à disposition dûment signée entre les deux directions.

Or le docteur Y, praticien hospitalier à temps plein, s'est absenté du PSSL pour exercer des activités de remplacement en tant que praticien contractuel sur le centre hospitalier de Blois. Le Dr Y était positionné comme présent au PSSL, selon les tableaux de service, alors qu'au même moment il était également présent au centre hospitalier de Blois.

Le Dr Y a fait l'objet de sanctions par le PSSL. Des retenues sur salaire ont notamment été effectuées.

11.6 Le cumul d'activité publique et privée du Dr Z

Le docteur Z, pour rappel, praticien hospitalier à temps partiel depuis le 1^{er} juin 2013, a conclu un contrat d'exercice libéral pour une période de 3 ans le 19 juillet 2013, contrairement à ce que prévoit les textes.

Depuis 2013, le docteur Z exerce également une activité libérale en secteur 2 au sein de son propre cabinet.

Les horaires d'ouverture de son cabinet indiquent cependant qu'il pratique cette activité les demi-journées où il doit exercer son activité de praticien à l'hôpital à l'exception du jeudi.

Bien qu'ayant rappelé son emploi du temps professionnel, le Dr Z n'a pas apporté de pièces attestant de manière formelle la réalisation du service fait.

Il en est de même de l'établissement, qui en réponse aux observations provisoires de la chambre, a confirmé l'exercice normal par le Dr Z de son activité publique.

Cependant, la reconstitution de cet emploi du temps permet de constater le chevauchement de certaines activités réalisées de surcroît sur des lieux éloignés les uns des autres.

Il peut donc être émis un doute sur l'exercice effectif par le Dr Z de son activité publique de praticien à l'hôpital, au moins pour la durée du service qui est prévue.

11.7 Les rémunérations irrégulières versées à plusieurs médecins

Des indemnités différentielles irrégulières ont été payées à six médecins recrutés comme praticiens hospitaliers contractuels.

Ces médecins ont été rémunérés au-delà du 4^{ème} échelon + 10 % qui correspond au plafond que peuvent percevoir les praticiens hospitaliers contractuels conformément aux dispositions de l'article R. 6152-416 du CSP.

Pour les praticiens hospitaliers devenus titulaires, afin de maintenir une rémunération équivalente à ce qu'ils percevaient auparavant en tant que praticiens contractuels, une indemnité différentielle a continué à leur être versée.

Le chef de pôle et la CME étaient informés du paiement de ces indemnités irrégulières et, semble-t-il, l'ARS aussi.

Après une réunion tripartite entre le comptable, l'ARS et la DDFIP de la Sarthe, le comptable public a demandé par un courrier du 3 juillet 2017, le reversement des indemnités irrégulières depuis le 1^{er} juillet 2015 jusqu'au 30 juin 2017, conformément aux dispositions de l'article 94 de la loi du 28 décembre 2011. Les titres de recettes ont été émis le 28 septembre 2017 et ont bien été pris en charge par le comptable.

La situation de ces six médecins a également été régularisée pour l'avenir, y compris par le biais de départ de l'établissement, de fin de contrat suivi de remplacements ou de mise en disponibilité suivi de remplacements, ce qui entraîne un surcoût pour le PSSS et désorganise la permanence des soins.

Sur les suites apportées par les médecins aux demandes de remboursement par le comptable public du PSSL des indemnités qu'ils ont irrégulièrement perçues, l'établissement a indiqué que sur les six titres adressés, cinq ont été contestés devant le tribunal administratif de Nantes.

Il a, par ailleurs, annoncé qu'il avait été mis fin à ces irrégularités pour le passé, ce que la chambre réfute puisqu'elle a pu vérifier qu'il n'avait pas été demandé à deux autres médecins concernés par le versement d'une indemnité différentielle irrégulière, son remboursement.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a également indiqué qu'il avait été mis fin à ces irrégularités pour l'avenir.

Texte synthétique conclusif

Selon les différents directeurs qui se sont succédé sur la période contrôlée, la pénurie des spécialistes indispensables pour assurer l'activité et la permanence des soins expliquerait la mise en place de ces différentes pratiques.

12 LA COMMANDE PUBLIQUE

12.1 La politique achat

Le PSSL dispose d'un plan d'actions achats depuis 2013 qui liste selon les segments d'achats, les leviers (standardisation, mutualisation, optimisation des stocks, etc.), et les actions concrètes qui sont mis en œuvre afin d'atteindre des objectifs de gains fixés chaque année.

Dès 2013, des groupements de commandes ont été également lancés pour les fournitures de bureau mais également pour la location et la maintenance des photocopieurs.

Le PSSL a réalisé plus de 300 000 € de gains en 2016 et la marge d'économies réalisées en année pleine est passé de 5 % en 2014 à 13 % en 2016.

12.2 Le GIE Imagerie du Sud Sarthe

Un partenariat public-privé a été constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt économique (GIE) portant le nom de centre de scanographie du Sud Sarthe (C3S) renommé ensuite Imagerie du Sud Sarthe (ISS), entre le PSSL (50 % des parts) et la SARL centre d'imagerie Sarthe et Loir (CISL) (50 % des parts) pour l'exploitation d'un scanner auquel s'est ajoutée une IRM en 2012. Les deux partenaires envisagent d'étendre les activités du GIE à la mammographie, un équipement dont le PSSL est déjà équipé.

CISL fait partie du groupe Maine Image Santé qui regroupe dix-sept radiologues libéraux dans neuf centres d'imagerie médicale de la Sarthe.

La convention constitutive du GIE a été signée le 28 janvier 2005. Il est administré par deux administrateurs : un représentant de la SARL CISL et le directeur du PSSL. Les statuts ont été modifiés plusieurs fois afin notamment de modifier l'administration du GIE. Cela a été le cas lors de l'assemblée générale du 7 décembre 2015 qui a décidé par avenant n° 8 de nommer le directeur adjoint des finances comme représentant du PSSL. Par avenant n° 9 décidé lors de

l'assemblée générale du 12 janvier 2017, le directeur actuel du PSSSL a été nommé administrateur du GIE avec le docteur C dont il est indiqué dans l'avenant qu'il est gérant de la SARL CISL, ce qui n'est pas le cas.

Les assemblées générales du GIE se sont tenues régulièrement au moins une fois par an.

La chambre a constaté que les demandes d'exercice libéral de deux médecins radiologues du PSSSL avait dû faire l'objet d'une approbation par l'assemblée générale du GIE du 18 juin 2015 au motif que c'est le GIE qui est titulaire de l'autorisation d'exploitation du scanner et de l'IRM et des contrats de location des matériels.

Ce faisant, le GIE détient donc un pouvoir de veto de l'activité de nouveaux médecins radiologues au sein du PSSSL, ce qui constitue potentiellement une barrière à l'entrée pour l'exercice de leur activité.

La convention constitutive mentionne que les charges d'exploitation sont couvertes par les contributions financières des membres à proportion de l'utilisation des moyens mis à leur disposition. Elle est complétée par un règlement intérieur qui précise les conditions d'utilisation des équipements ainsi que le fonctionnement administratif et financier, notamment sur les recettes qui ne sont constituées que des remboursements apportés par chacun des membres, à hauteur des charges qui leur sont respectivement attribuées et sur l'imputation des dépenses aux membres, les charges d'exploitation étant couvertes par les contributions financières des membres, à proportion de l'utilisation des moyens mis à leur disposition.

Comme dans n'importe quel GIE, le résultat est nul puisque les recettes sont constituées des refacturations de charges aux membres.

Le contrôle de gestion est assuré par un agent du PSSSL et un agent de CISL. Les comptes sont certifiés par un commissaire aux comptes.

Le GIE ISS est une personne morale de droit privé créée pour satisfaire spécifiquement un besoin d'intérêt général qui est financé majoritairement par le PSSSL. Selon les critères retenus tant dans l'ordonnance du 6 juin 2005 relative aux marchés passés par certaines personnes publiques ou privées non soumises au code des marchés publics que dans celle du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics, la chambre estime, sous réserve de l'appréciation du juge compétent que le GIE est un pouvoir adjudicateur soumis aux règles de la commande publique.

Le scanner est exploité sous la forme d'un contrat de location financière d'une durée de cinq ans entre la société X et C3S, signé le 22 novembre 2013 par les deux administrateurs du GIE, M. Gwenaël Godin pour le PSSSL et le docteur D pour CISL. Or, à cette date le docteur D n'était pas administrateur du GIE.

Le GIE doit s'acquitter de 60 loyers mensuels de 7 956,45 € HT qui comprennent au-delà de la période des 25 premiers mois, des prestations de maintenance prélevées « au nom et pour le compte de TMF ». Au total, pour les cinq premières années, le montant des loyers s'élève à 477 387 € HT.

Aucun marché public n'a été passé pour attribuer ce contrat alors qu'il dépassait le seuil de procédure formalisée.

Avant l'attribution du contrat, le GIE a consulté les fabricants suivants : Philips, Général Electric, Siemens et Toshiba. Seuls les trois derniers ont répondu.

Une mise en concurrence sommaire a donc été réalisée par le GIE mais aucune procédure formalisée n'a été mise en œuvre pour l'attribution du contrat alors même que le montant du besoin obligeait le GIE à s'y soumettre

Selon le PSSL, le choix du constructeur et donc de la machine a été effectué par les équipes de radiologues, les manipulateurs et les équipes financières de chacun des membres. Ce choix a été effectué suite au comparatif des offres et à une négociation financière diligentée par Maine Image Santé.

Le PSSL a produit un tableau comparatif qui semble démontrer que l'offre de Toshiba qui a été retenue, était aussi la moins chère.

Selon l'ordonnateur, les prestations de location et de maintenance n'ont pas été dissociées pour tenir compte des préconisations du programme PHARE ARMEN qui considère la fonction achat comme un levier majeur de performance et d'efficience et invite ainsi les établissements de santé, pour acheter mieux, à raisonner en coût complet.

L'IRM est exploité sous la forme d'un contrat de location financière d'une durée de cinq ans entre la société Siemens Lease service SAS et le GIE, signé le 7 août 2012 par les deux administrateurs du GIE, M. Gwenaël Godin pour le PSSL et le docteur E pour CISL. Le GIE doit s'acquitter de 60 loyers mensuels de 14 377,09 € HT, extensible pour un an supplémentaire pour un loyer de 9 114 € mensuel et une année encore en plus pour un loyer mensuel de 7 860 € HT. Au total, pour les cinq premières années, le montant des loyers s'élève à 862 625,40 € HT. Le bon de commande de l'IRM n'a été signé que par le directeur du PSSL de l'époque.

Aucun marché public n'a été passé pour attribuer ce contrat alors qu'il dépassait le seuil de procédure formalisée.

Pour le choix de l'IRM, le GIE a procédé de la même manière que pour le scanner. Mais contrairement au scanner, le document comparatif des offres fourni par le PSSL ne fait que présenter le prix de l'appareil sans autre analyse de la valeur de l'offre.

L'activité du scanner est partagée à hauteur de 15 % pour le CISL et 85 % pour le PSSL. Le jour d'intervention du partenaire privé est le mardi. Sur ses plages de vacances, le partenaire privé prend en charge les urgences et les refacturent au PSSL.

L'activité de l'IRM est partagée à hauteur de 60 % pour le CISL et 40 % pour le PSSL. Les jours d'intervention du partenaire privé sont les mardis après-midi, mercredis toute la journée, jeudis toute la journée et vendredi matin. Sur ses plages de vacances, le CISL prend en charge les urgences et les refacturent au partenaire public.

Globalement, le CISL utilisant davantage l'IRM que le scanner, la répartition des charges entre les deux membres s'est donc progressivement rééquilibrée pendant cette période pour atteindre 58 % pour le PSSL et 42 % pour le CISL en 2016. Mais pendant toute la période sous contrôle, le financement du GIE a été assuré majoritairement par le PSSL.

Le chiffre d'affaires du GIE a progressé de 168 % entre 2012 et 2016 grâce à l'installation de l'IRM en octobre 2012. Il s'élevait à 470 000 € en 2016.

Ainsi, le PSSL s'est engagé dans un montage juridique qui l'a exonéré des règles de la commande publique.

12.3 Les marchés publics

12.3.1 Le marché relatif à la mission de recodage de l'activité de PMSI 2016

Le PSSSL a fait appel à la société Altao SAS pour une prestation d'optimisation du codage des données d'activités médicales pour l'exercice 2016. Le montant versé en 2017 à la société Altao pour cette prestation s'est élevé à 8 479 € HT. Même si ce montant est inférieur au seuil de 25 000 €, il s'agit bien d'un marché public qui aurait dû faire l'objet d'une mise en concurrence avec trois devis, au moins au titre de la bonne gestion, ce qui n'a pas été le cas. En outre, au regard des recodages d'activité constatés les années précédentes et des recettes qui en ont été retirées, l'établissement ne pouvait présumer que la clause d'intéressement fixée dans le marché conduirait à ce que son montant soit inférieur au seuil des marchés à procédure adaptée.

12.3.2 Les marchés relatifs aux prestations de téléconsultation de radiologie

12.3.2.1 Le marché avec Etiam Connect

Avant 2016, le PSSSL n'avait pas de prestataire en télémagerie car l'effectif médical était suffisant pour absorber l'activité.

Le PSSSL a lancé une première consultation en procédure adaptée pour les prestations de téléconsultation de radiologie à partir de 2016 d'une durée de cinq mois. La publicité a été envoyée le 13 janvier 2016. La date de remise des offres était le 27 janvier 2016.

Le CCAP et le CCTP ont été signés par le PSSSL le 13 janvier 2016 mais pas par l'attributaire.

Deux entreprises ont déposé une offre. Par courrier en date du 2 février 2016, le PSSSL a notifié à la société Etiam Connect, dont le montant de l'offre s'élevait à 16 430 € qu'elle était attributaire du marché et qu'il était exécutoire à compter du 5 février 2016.

Une convention médicale de télé radiologie a été signée le 1^{er} juillet 2016 avec la société Etiam connect pour une durée de deux mois. Cette convention n'a pas fait l'objet d'une procédure de marché public car le PSSSL n'a pas eu le temps matériel de relancer un marché après avoir dans un premier temps pensé l'intégrer au GCS Imagerie. Néanmoins, le PSSSL a indiqué que cette convention n'avait fait l'objet d'aucun versement à Etiam Connect. De façon étonnante, la convention prévoit en son article 25 une clause de non concurrence.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que la convention pouvait être assimilée à un avenant de prolongation, ce que ne peut admettre la chambre. En effet, en pareil cas, la convention aurait été appelée avenant et aurait été rattachée au premier marché.

12.3.2.2 Le marché avec la société F

Le PSSSL a lancé un deuxième marché en procédure adaptée pour les prestations de téléconsultation de radiologie. L'avis public d'appel à la concurrence a été envoyée le 1^{er} juillet 2016 au BOAMP et a été publié sur le site internet achat-public.com. La date de remise des offres était le 1^{er} août 2016.

Quatre candidats ont remis une offre. La société F présentait l'offre de base la moins chère (179 755,94 €) même si elle dépassait très largement l'estimation faite par le PSSL (118 252 €). Le marché lui a été notifié le 23 août 2016.

Pour le service de téléradiologie, le PSSL, quelle que soit la valeur estimée du besoin, pouvait passer un marché selon une procédure adaptée, conformément à l'article 28 du décret du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics et à l'avis relatif aux contrats de la commande publique ayant pour objet des services sociaux et autres services spécifiques, sous réserve de considérer que le CPV⁹ d'imagerie médicale retenu était pertinent, étant observé qu'une telle interprétation n'est pas unanimement considérée par tous les établissements de santé.

La société F a été immatriculée le 19 mai 2016, soit seulement un mois et demi avant le lancement de la procédure de marché qu'elle a remportée. Son président est Monsieur G qui auparavant était directeur des systèmes d'information de Maine Image Santé. L'actionnariat est partagé entre 13 radiologues dont le docteur H et Monsieur G.

Le rapport d'analyse de cette offre mentionnait que « *l'organisation médicale est basée sur une équipe composée de 16 radiologues du territoire* » et qu'« *un point positif de l'offre est la présence sur site de certains téléradiologues de l'équipe F* ».

Le coordinateur médical la société F est le docteur H qui est aussi gérant de Maine Image Santé, le groupe avec qui le PSSL a créé le GIE Imagerie du Sud Sarthe. La liste des 16 radiologues intervenant dans le cadre de ce marché est la même que celle de l'équipe médicale de Maine Image Santé qui est aussi identique à celle qui intervient sur le site du PSSL pour utiliser les équipements du GIE. L'offre de la société F mentionne qu'un contrat d'exercice est signé avec chaque radiologue intervenant en téléradiologie au PSSL dans le cadre du contrat de téléradiologie.

Elle mentionne aussi comme un de ses points forts que « *les collaborations historiques entre les acteurs du territoire ont permis de conserver un équilibre sur le territoire ainsi que de permettre une offre de soins de qualité. Nous souhaitons que cette collaboration de longue date puisse continuer de façon pertinente et performante au travers de l'offre de Télé Imagerie que nous vous remettons aujourd'hui. La présence régulière, au sein du Pôle Santé Sarthe et Loir, des radiologues intervenant en téléradiologie favorisera les échanges qui permettront une qualité de prestation tant au bénéfice des patients du Pôle Santé Sarthe et Loir que des équipes soignantes qui auront un contact physique régulier avec leurs interlocuteurs.* »

Le procès-verbal de l'assemblée générale du GIE Image Sud Santé du 7 décembre 2015 à laquelle participait Monsieur G, mentionne qu'une rencontre a eu lieu entre Monsieur I (chargé au PSSL de réaliser l'analyse des offres de ce marché et qui était administrateur du GIE au moment du lancement du marché), les docteurs Y et J d'une part, et Monsieur G d'autre part, concernant les besoins en téléradiologie et la possibilité de mutualiser la permanence des soins avec la société Maine IC (une des sociétés du groupe Maine Image Santé).

Selon la société F, évoquer le sujet de la téléradiologie lors d'une réunion rassemblant des acteurs de la santé ne peut être assimilée à une assistance technique.

⁹ Le code CPV constitue un système de classification unique pour les marchés publics visant à standardiser les références utilisées pour décrire l'objet d'un marché par les pouvoirs adjudicateurs et les entités adjudicatrices.

La chambre ne peut que constater l'opacité des intérêts entre l'attributaire et certains de ses membres, par ailleurs, intervenant auprès du soumissionnaire, permettant à la société F de maintenir une forme de monopole de fait sur l'offre privée de radiologie sur le territoire sarthois.

13 CONCLUSION

Les différents points de faiblesse et/ou de dysfonctionnement constatés lors de ce contrôle, que ce soit au niveau de l'activité, de la situation financière ou de la gestion des ressources humaines, en particulier dans le recrutement des personnels médicaux, ne sont que les symptômes de problèmes structurels liés d'une part, à la situation géographique de l'établissement et d'autre part, à son incapacité au moins jusqu'en 2015 à dégager et imposer une stratégie pérenne et cohérente avec le mode de financement de l'hôpital et ses moyens humains, dans un contexte d'absence de soutien du conseil de surveillance et de la CME au directeur.

Après les résistances stériles au projet de coopération dans le cadre de la CHT de la Sarthe et aux premiers efforts de restructuration de l'activité sanitaire, la création du GHT de la Sarthe concomitamment à la mise en place du CREF constituaient probablement une dernière chance pour le PSSL de maintenir une offre de soins dotée d'un plateau technique aussi complet. Elle semble là encore avoir été ratée et la situation financière a continué à se dégrader.

Dès lors, le PSSL devra s'interroger sur le maintien de son périmètre d'activités ce d'autant plus que les investissements immobiliers dans les EHPAD et le foyer de vie deviennent urgents. En effet, quand le pôle médico-social du PSSL est à l'équilibre, le pôle sanitaire est déficitaire et est à l'origine d'une dette très lourde qui retarde, voir rend impossible ces investissements.

<p>Recommandation n° 9 : procéder à une réflexion sur le périmètre des compétences exercées par le PSSL et notamment sur le maintien des EHPAD au sein de l'établissement.</p>

ANNEXES

Annexe n° 1. Évolution des capacités de MCO entre 2012 et 2016	59
Annexe n° 2. Évolution du nombre de séjours entre 2012 et 2016.....	60
Annexe n° 3. Évolution du nombre de passages aux urgences entre 2012 et 2016	61
Annexe n° 4. Évolution du nombre de consultations externes entre 2012 et 2016.....	62
Annexe n° 5. Évolution du nombre d'accouchements et de séjours à la maternité entre 2012 et 2016	63
Annexe n° 6. Évolution du taux de ré-hospitalisation à 7 jours en secteur naissance	64
Annexe n° 7. Présentation des différents emprunts contractés par l'établissement	65

Annexe n° 1. Évolution des capacités de MCO entre 2012 et 2016Évolution des capacités de MCO entre 2012 et 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	2016/12
<i>lits installés en médecine</i>	126	156	132	132	102	-19%
<i>places installées en médecine</i>	10	10	10	10	14	40%
<i>lits installés en chirurgie</i>	48	30	30	30	25	-48%
<i>places installées en chirurgie</i>	5	5	5	5	5	0%
<i>lits installés en obstétrique</i>	22	22	22	22	17	-23%
<i>places installées en obstétrique</i>					2	N.S.
Total	211	223	199	199	165	-22%

Source : Hospidiag ATIH

Annexe n° 2. Évolution du nombre de séjours entre 2012 et 2016

PSSL	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012-2016
Nombre de séjours	12 615	12 891	13 251	12 882	12 767	1,20%
<i>dont séjours réalisés en activité ambulatoire</i>	3 082	3 427	3 840	3 863	4 173	35,40%
Durée moyenne de séjours	6,09	5,71	5,55	5,55	5,51	-9,52%

Source : rapports d'activité 2012-2016

Annexe n° 3. Évolution du nombre de passages aux urgences entre 2012 et 2016

Urgences	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012-2016
Nombre de passages	23 380	23 731	24 325	25 237	25 671	9,80%

Source : rapports d'activité 2012-2016

Annexe n° 4. Évolution du nombre de consultations externes entre 2012 et 2016

PSSL	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2012-2016
Nombre de consultations externes	34 094	37 219	39 619	40 269	41 722	22,37%
Dont consultations externes des activités libérales	1 068	933	1 213	1 798	1 908	78,65%

Source : rapports d'activité 2012-2016 PSSL

Annexe n° 5. Évolution du nombre d'accouchements et de séjours à la maternité entre 2012 et 2016

<i>nb de séjours :</i>	2012	2013	2014	2015	2016
<i>mère</i>	ND	ND	989	847	818
<i>enfant</i>	ND	ND	654	590	540
<i>nb d'accouchements</i>	627	615	629	558	524

Source : ScanSanté ATIH

Annexe n° 6. Évolution du taux de ré-hospitalisation à 7 jours en secteur naissance

GHS	2014		2015		2016	
	Taux observé	Taux attendu	Taux observé	Taux attendu	Taux observé	Taux attendu
<i>Affections de l'ante partum sans interven° chir</i>	12,80%	15,80%	8,80%	15,10%	12,70%	15,20%
<i>Faux travail / menaces d'accouchements préma</i>	29,00%	21,30%	17,50%	22,90%	22,20%	18,40%
<i>Nv-nés 3300g et âge gesta° de 40 SA et assimilés</i>	1,70%	1,00%	1,70%	1,00%	1,10%	1,00%

Source : Chambre régionale des comptes des Pays de la Loire, d'après les données ATIH (ScanSanté)

Annexe n° 7. Présentation des différents emprunts contractés par l'établissement

1 LES EMPRUNTS STRUCTURES QUI ONT ETE RESTRUCTURES

1.1 L'emprunt Crédit agricole- CALYON n° 0067286636

Ainsi, le 1^{er} août 2006, le PSSS a signé une convention de crédit multi index avec la caisse de Crédit agricole du Maine-et-Loire et CALYON pour un montant maximal de 15 M€ et d'une durée de 27 ans et 4 mois, segmentée en trois tranches qui étaient classées hors charte Gissler.

- Tranche n°1:

Tirage de 5 M€ : du 1^{er} juin 2010 jusqu'au 1 décembre 2011, le taux d'intérêt était fixe à 2,09 % l'an. Entre le 1^{er} janvier 2011 et le 1^{er} janvier 2020 : taux d'intérêt = 0 % si (CMS 10 ans – CMS 2 ans) > 0,65 %, sinon taux d'intérêt = 5,60 % -6 x (CMS10 ans- CMS 2 ans). Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2027 : taux d'intérêt = 7,69 % -6 x (CMS10 ans- CMS 2 ans) flooré à 0 %. Du 1^{er} janvier 2027 au 1^{er} janvier 2033, le taux d'intérêt était fixe à 2,09 %

- Tranche n°2:

Tirage de 6,2 M€. Du 23 mars 2011 jusqu'au 1^{er} décembre 2011, le taux d'intérêt était fixe à 2,45 % l'an. Entre le 1^{er} janvier 2011 et le 1^{er} janvier 2020 : taux d'intérêt = 0 % si (CMS 10 ans – CMS 2 ans) > 0,65 %, sinon taux d'intérêt = 5,60 % -6 x (CMS10 ans- CMS 2 ans). Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2027 : taux d'intérêt = 8,05 % -6 x (CMS10 ans- CMS 2 ans) flooré à 0 %. Du 1^{er} janvier 2027 au 1^{er} janvier 2033, le taux d'intérêt était fixe à 2,45 %.

- Tranche n°3:

(278) Tirage de 3 M€. Du 23 mars 2011 jusqu'au 1^{er} décembre 2011, le taux d'intérêt était fixe à 2,45 % l'an. Entre le 1^{er} janvier 2011 et le 1^{er} janvier 2020 : taux d'intérêt = 0 % si (CMS 10 ans – CMS 2 ans) > 0,65 %, sinon taux d'intérêt = 5,60 % -6 x (CMS10 ans- CMS 2 ans). Entre le 1^{er} janvier 2020 et le 1^{er} janvier 2027 : taux d'intérêt = 8,05 % -6 x (CMS10 ans- CMS 2 ans) flooré à 0 %. Du 1^{er} janvier 2027 au 1^{er} janvier 2033, le taux d'intérêt était fixe à 2,45 %.

1.2 L'emprunt Dexia n° MIN985100EUR renuméroté n° MIN255838EUR

Le PSSL a également souscrit auprès de Dexia le 7 mars 2007 l'emprunt n° MIN985100EUR d'un montant de 18 M€ d'une durée de 26 ans et 9 mois. Cet emprunt avait pour objet de refinancer l'emprunt structuré n° MIN984068 souscrit auprès de Dexia, indexé sur un écart de pente CMS 30 ans – CMS 1 ans.

Le taux d'intérêt de cet emprunt était calculé de la façon suivante :

Jusqu'au 1^{er} janvier 2013 exclu, le taux d'intérêt était de 2,99 % l'an.

Du 1^{er} janvier 2013 jusqu'au 1^{er} janvier 2029 :

Si EUR > 1,44 CHF alors taux d'intérêt = 3,99 % sinon, taux d'intérêt = 3,99 % + 50 % x [(1,44/EUR/CHF) - 1]. Du 1^{er} janvier 2029 jusqu'au 1^{er} janvier 2034 le taux d'intérêt était de 2,99 % l'an.

L'emprunt était donc classé hors charte Gissler. Il est entré en phase active en 2013. La barrière de 1,44 CHF pour 1 EUR avait été franchie dès avril 2010. Le taux d'intérêt a atteint 19,58 % l'an lors de l'échéance du 1^{er} trimestre 2016 avant la restructuration du prêt.

2 LES EMPRUNTS STRUCTURES QUI N'ONT PAS ETE RESTRUCTURES

2.1 L'emprunt Caisse d'épargne - Crédit Foncier de France (CFF) n° 00778806292A et n° 00778086292B

Le 6 mars 2007, le Crédit Foncier de France qui avait repris le portefeuille de prêts d'IXIS CIB a consolidé un emprunt en deux tranches, précédemment souscrit auprès d'IXIS CIB et de la caisse d'épargne d'un montant maximal de 22 M€.

- La tranche n° 00778806292A

Au moment de la consolidation, cette tranche était d'un montant de 5,3 M€, d'une durée de 25 ans avec une phase de taux fixe à 3,96 % l'an pendant cinq ans et une phase de taux structuré pendant 20 ans avec l'option de passer chaque année d'un taux d'intérêt de 3,96 % à un taux d'intérêt Euribor 3 mois + 0 %.

Au 31 décembre 2016, le montant du capital restant dû de cette tranche s'élevait 3,3 M€ et le montant de l'indemnité de remboursement anticipé (IRA) s'élevait à 4,2 M€. Cette tranche est classée 1C dans la charte Gissler.

- La tranche n° 00778086292B

Au moment de la consolidation, cette tranche était d'un montant de 10 M€, d'une durée de 25 ans avec un taux d'intérêt différent selon les 3 phases d'amortissement de l'emprunt.

Du 2 avril 2007 jusqu'au 2 avril 2010 : taux fixe de 3,39 % l'an,

Du 2 avril 2010 jusqu'au 2 avril 2027 : taux d'intérêt = 5,99 % - 5 x (CMS 10 ans - CMS 2 ans),

Du 2 avril 2027 jusqu'au 2 avril 2032 : taux fixe de 3,39 % l'an.

Au 31 décembre 2016, le montant du capital restant dû de cette tranche s'élevait à 6,2 M€ et le montant de l'IRA s'élevait à 7,9 M€. Cette tranche est classée 3E dans la charte Gissler.

2.2 L'emprunt Dexia n° MPH249832EUR

Cet emprunt a été souscrit le 25 juillet 2007 pour refinancer un autre emprunt Dexia pour un montant de 3 238 291 € sur une durée de 11 ans. Il est constitué de deux phases.

Jusqu'au 1^{er} septembre 2008, le taux d'intérêt était le suivant : 4,47 % l'an

À partir du 1^{er} septembre 2008 jusqu'au 1^{er} septembre 2018, le taux d'intérêt était le suivant :

Si EURIBOR 12 mois < 5,75 %, taux d'intérêt = 4,47 %,

Si EURIBOR 12 mois > 5,75 %, taux d'intérêt = 4,47 % + 5 x (EURIBOR 12 M - 4,47 %).

L'emprunt est classé 1 E dans la charte Gissler. Au 31 décembre 2016, le capital restant dû de cet emprunt s'élevait à 588 780 € et le montant de son IRA s'élevait à 33 334 €.



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

www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Pays-de-la-Loire

Chambre régionale des comptes des Pays de la Loire

25 rue Paul Bellamy

BP 14119

44041 Nantes cedex 01

Adresse mél. crcpdl@pl.ccomptes.fr



Réponse de Monsieur Yves PRAUD
Directeur du Pôle santé Sarthe et Loir

au rapport d'observations définitives de la chambre
régionale des comptes des Pays de la Loire
en date du 29 octobre 2018

29/10/2018



CHAMBRE REGIONALE
29 OCT. 2018
DES COMPTES

DIRECTION GENERALE
YVES PRAUD
DIRECTEUR

NATHALIE GOURDON
SECRETARIAT
TEL. : 02.44.71.30.02
TELECOPIE : 02.44.71.30.09
ngourdon@pole-pssl.fr

Le Bailleul, le 25 octobre 2018

A l'attention de Monsieur François MONTI
Président de la Chambre Régionale des
Comptes des Pays de la Loire
25, rue Paul Bellamy
BP 14119
44041 NANTES Cedex 01

Nos réf : YP/NG – 118 -18

LRAR : 1A 139 175 5796 3

Objet : Notification du rapport d'observations définitives relatif au contrôle
des comptes et de la gestion du Pôle Santé Sarthe et Loir

Monsieur le Président,

Je fais suite à votre courrier en date du 27 septembre 2018 relatif au dossier rappelé en objet, et vous confirme, par la présente, que je n'ai pas d'observations à formuler à l'encontre dudit rapport.

Je me permets, toutefois, de vous apporter une précision. En effet, à la page 19, il est précisé que « selon le directeur, un contrôleur de gestion a été nommé en janvier 2018, chargé d'animer le réseau des financiers du GHT ». En réalité, il s'agit de la Directrice des Affaires Financières, en temps partagé entre le Pôle Santé Sarthe et Loir et le Centre Hospitalier du Mans, qui est en charge de cette mission.

Vous souhaitant bonne réception de ce courrier, je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur,

Yves PRAUD



Réponse de Monsieur Gwenaël GODIN
Ancien directeur du Pôle santé Sarthe et Loir

**au rapport d'observations définitives de la chambre
régionale des comptes des Pays de la Loire
en date du 29 octobre 2018**

29/10/2018

Le 25 octobre 2018

Gwenaël GODIN
Directeur du Pôle santé Sarthe et Loir
2011-2015

Monsieur François MONTI
Président de la Chambre régionale des comptes Pays de la Loire
25 rue Paul Bellamy
BP 14119
44041 NANTES CEDEX 01

CHAMBRE RÉGIONALE
29 OCT. 2018
DES COMPTES

Objet : Rapport d'observations définitives relatives au contrôle des comptes et de la gestion du Pôle Santé Sarthe et Loir (PSSL).

Vos réf. : ROD 2018-129

Monsieur le Président,

Par courrier du 27 septembre 2018 reçu le 28 septembre 2018, vous m'avez adressé le rapport d'observations définitives faisant suite au contrôle des comptes et de la gestion du Pôle Santé Sarthe et Loir pour les exercices 2012 et suivants.

Vous trouverez ci-après quelques remarques ciblées que je souhaite vous communiquer en tant qu'ancien ordonnateur du Pôle Santé Sarthe et Loir pour la période du 1^{er} septembre 2011 au 15 novembre 2015.

Sur la page de couverture du rapport

Le Centre hospitalier Pôle santé Sarthe et Loir est situé dans le département de la Sarthe et non de la Vendée.

Sur la synthèse et la gouvernance

A titre de rappel utile, les initiatives prises et occasions pour partager une vision stratégique commune sur la situation et l'avenir du PSSL, avec l'ensemble des parties prenantes, ont notamment été les suivantes :

- Travaux préparatoires du projet médical de la CHT avec le CH du Mans (2009-2011)
- Reprise et élargissement de ces travaux avec l'ensemble des établissements publics de santé de la Sarthe (2011-2013)
- Préparation d'une convention constitutive de CHT (2012-2013)
- Préparation et signature du CPOM 2012-2017 (2012)
- Préparation et adoption d'un projet d'établissement (2013-2015)
- Politique de gestion des risques financiers (2012-2013),
- Lancement d'une étude de restructuration du secteur médico-social (2013)
- Adoption d'une politique de coopération territoriale (2014)
- Reconduction des coopérations avec le CH du Mans (2014)
- Élaboration d'un plan de retour à l'équilibre et de modernisation (PAE/PREM) et déclinaison du plan triennal (2013-2015).

Concernant la situation financière, un plan d'actions d'efficience (PAE) a en effet été élaboré dès novembre 2013. La Chambre le rappelle avec l'ensemble des étapes jusqu'à la signature du CREF en octobre 2016 (p. 11) ainsi que les cessions de patrimoine pour plus de 700 K€.

S'agissant des emprunts structurés et pour mémoire, le rapport d'observations définitives de la CRC des Pays de la Loire du 23 juillet 2010 précisait : « *Un point mérite cependant d'être souligné : la part importante (68,7%) des emprunts à taux dits structurés dans l'encours de la dette du Pôle Santé Sarthe et Loir (54,8 M€ fin 2008). Cette situation fait encourir à l'établissement des risques significatifs et durables qui sont éloignés de sa vocation et peu compatibles avec l'origine de ses financements.* » Cette situation était connue de toutes les parties prenantes et les ordonnateurs successifs ont hérité des choix de financement du nouvel hôpital du Bailleul.

Dans la lettre de mission du 11 octobre 2011 adressée au directeur, l'ARS des Pays de la Loire a rappelé l'expertise commandée à la MEEF qui lui a été remise en mars 2011 et demandé de procéder « *autant que possible à une conversion sécurisée de chacun des emprunts à risque.* » Toutes les parties prenantes ont été régulièrement informées des initiatives prises par l'établissement avec l'ARS et la SFIL et alertées sur l'impossibilité pour le PSSSL d'assumer seul le coût de sortie totale du risque, notamment avant l'entrée en période « *structurée* » en 2013. Cette situation a notamment été présentée à deux reprises au conseil de surveillance à partir de 2012 à travers l'adoption d'une politique de gestion des risques financiers. A la date du contrôle, ce point était réglé de manière définitive compte tenu de l'aide l'ARS et du fonds de soutien de l'Etat.

Sur l'organisation et le pilotage

Pour mémoire, le précédent projet d'établissement avait été approuvé en 2002 (*cf. rapport d'observations définitives du 23 juillet 2010*). Sa mise en œuvre était essentiellement la construction puis l'ouverture du nouveau site hospitalier au Bailleul en octobre 2007. En 2011, un diagnostic a été réalisé par la direction et un consultant pour préparer un projet de CHT avec le CH du Mans, projet qui a ensuite été étendu en 2012 aux autres établissements publics de santé sarthois. Un projet social 2009-2013 avait également été adopté. L'élaboration d'un nouveau projet d'établissement a été lancée en 2013 et a abouti en mars 2015 suite notamment à la refonte des pôles. Le principe d'un projet actualisé et d'une feuille de route avait été également validé avec l'ARS en 2014. Les principaux enjeux ont été discutés et inscrits dans le projet : le développement de l'offre de soins, le positionnement géographique du site du Bailleul et son ouverture récente, la situation fragile de la démographie médicale, l'attractivité et la fidélisation du personnel, la situation financière et la gestion du risque financier lié aux emprunts structurés, le contexte concurrentiel, les coopérations avec le centre hospitalier du Mans, l'amélioration de l'image de l'établissement.

Sur les coopérations

Le PSSSL n'a pas adhéré à la CHT de la Sarthe en juin 2013 alors qu'il en était l'un des principaux initiateurs. Cette circonstance n'a pas remis en cause les coopérations existantes notamment avec le CH du Mans, l'EPSM de la Sarthe ou le CH du Lude. Par ailleurs, le PSSSL a adopté une politique de coopération territoriale en juin 2014, au-delà des seuls établissements publics de santé et des frontières du département : CHU d'Angers et de Nantes, hôpital de Baugé, EHPAD, service de santé des armées, établissements privés à but

non lucratif, praticiens libéraux, réseaux territoriaux, développement de consultations de proximité. Cet axe stratégique est rappelé au début du projet médical 2015-2020.

Sur l'activité sanitaire

Le PSSL n'a pas créé de lits entre 2012 et 2013 mais a prévu au contraire des suppressions de lits au titre du PREM et du CREF. Cette réduction capacitaire a fait l'objet d'une forte opposition, exprimée en particulier lors d'une journée de grève en février 2015.

Sur l'activité médico-sociale et ses enjeux immobiliers

Une étude architecturale a été réalisée en 2013 avec un premier chiffrage à 33 M€.

Sur la situation financière et la gestion de la dette

Les observations de la chambre confirment la sécurisation des emprunts toxiques et la signature d'un nouveau prêt avec la SFIL en 2016 afin de restructurer l'emprunt toxique Dexia. Une aide de l'Etat a été allouée à hauteur de 18,7 M€ pour la sortie de cet emprunt Dexia indexé sur l'euro/franc suisse. Cet appui fait suite également à une aide antérieure de l'ARS de 900 K€ répartie sur deux exercices. Les observations de la chambre montrent a posteriori l'incapacité financière du PSSL à assumer seul la sortie intégrale de ce risque.

Sur la gestion des ressources humaines

La Chambre a souligné les difficultés de recrutement médical et d'organisation de la permanence des soins ainsi que les conséquences de la régularisation des rémunérations de six praticiens contractuels en 2017 qui « *va paradoxalement conduire à un accroissement des frais de personnel du PSSL* ».

L'ordonnateur 2011-2015 rappelle les objectifs fixés par l'ARS des Pays de la Loire dans la lettre de mission du 11 octobre 2011 concernant le développement de l'activité du PSSL. Il attire également l'attention de la Chambre sur sa responsabilité d'assurer une offre de soins de proximité et de garantir la sécurité, la continuité et la permanence de ses soins, dans un cadre réglementaire et financier contraint et dans un contexte de pénurie médicale sur la période 2011-2015. Il est effectivement paradoxal de constater que cette régularisation de 2017 aura un coût supérieur à la rémunération antérieure des médecins concernés. Elle peut entraîner des départs de praticiens, sans compter les effets des recours juridictionnels en cours.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de mes salutations distinguées.


Gwenaël GODIN
Ancien directeur du Pôle Santé Sarthe et Loire
(1^{er} septembre 2011 – 15 novembre 2015)

