



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER
DE HOUDAN

Exercices 2008 et suivants

Observations définitives
délibérées le 15 octobre 2015

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATION	6
OBSERVATIONS	7
1. PRESENTATION	7
2. LE CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN DANS SON TERRITOIRE	8
2.1. Un centre hospitalier situé au confluent de trois régions.....	8
2.2. Une direction commune fondée sur une convention	8
2.3. L'établissement n'a pas adopté tous les documents nécessaires à sa bonne gouvernance	9
2.3.1. Le pôle médico-social	9
2.3.2. Le pôle sanitaire	10
3. LA GESTION FINANCIÈRE	11
3.1. La sincérité des comptes	11
3.1.1. Certaines provisions devraient être mieux justifiées	11
3.1.2. Les opérations de cessions de biens	14
3.1.3. Les intérêts courus non échus (ICNE) à payer	15
3.1.4. Les reports de charges	15
3.1.5. Les produits à rattacher	15
3.1.6. Les subventions d'équipement transférables.....	16
3.2. Une santé financière globale à conforter qui masque la situation contrastée des différentes activités de l'établissement	17
3.2.1. Les soldes intermédiaires de gestion du budget consolidé.....	17
3.2.2. Une capacité d'autofinancement qui paraît confortable	19
3.2.3. Un équilibre global qui doit être relativisé.....	20
3.2.4. Un endettement mesuré.....	21
3.2.5. Les taux de renouvellement des biens et de vétusté	21
3.2.6. Le suivi des projets d'investissement.....	21
3.2.7. Les comptes du budget principal traduisent une baisse de l'activité.....	23
3.2.8. Les résultats des activités de long séjour compensent la situation tendue d'autres budgets	24
3.2.9. Les budgets L-M-N-P supportent le lourd déficit du centre de santé.....	25
4. LA SITUATION FINANCIÈRE DU CENTRE DE SANTÉ EST DÉGRADÉE	26
4.1. Des modalités de fonctionnement du centre de santé à réviser	26
4.1.1. Contexte juridique.....	26
4.1.2. L'établissement doit mettre en cohérence son statut juridique avec ses modalités de fonctionnement	27
4.1.3. Les contrats de certains médecins ne correspondent pas aux modalités d'exercice de leur profession au centre de santé.....	27
4.2. L'analyse financière du centre de santé	28
4.2.1. Une activité qui ne permet pas aux recettes variables de couvrir des charges fixes.....	29
4.2.2. Le plan de retour à l'équilibre élaboré par l'établissement en mai 2009 n'a pas résolu les difficultés du centre 31	
5. PRÉPARATION DE L'ÉTABLISSEMENT A LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION DES COMPTES	35
ANNEXES	36
Annexe n° 1 : Evolution de la masse salariale-budget consolidé.....	36
Annexe n° 2 : Les principaux ratios d'analyse financière.....	37

Annexe n° 3 : La capacité d'autofinancement.....	38
Annexe n° 4 : Le tableau de financement	39
Annexe n° 5 : Les financements stables d'exploitation.....	40
Annexe n° 6 : Encours de dette du centre hospitalier.....	41
Annexe n° 7 : Nombre d'années de CAF nécessaire au remboursement de la dette	42
Annexe n° 8 : L'indépendance financière de l'établissement	42
Annexe n° 9 : Taux de renouvellement des immobilisations	43
Annexe n° 10 : Taux de vétusté des immobilisations	43
Annexe n° 11 : Les soldes intermédiaires du centre de santé.....	44
Annexe n° 12 : Les charges de personnel du centre de santé	46

SYNTHÈSE

Un établissement de faible taille en lien avec le centre hospitalier voisin

Dans les Yvelines, à la limite de l'Eure-et-Loir, au sud de Mantes-la-Jolie, le centre hospitalier de Houdan gère 311 lits et places. Il est organisé en deux pôles, l'un regroupant les activités sanitaires (médecine, soins de suite et de réadaptation et centre de santé polyvalent), l'autre rassemblant les spécialités médico-sociales (activités de long et moyen séjour, soutien et accompagnement des personnes âgées et fragiles).

Une gouvernance reposant sur des bases mal formalisées

La gouvernance de l'établissement repose sur une direction commune des centres hospitaliers de Dreux (Eure et Loir) et de Houdan. Une convention a été signée le 18 janvier 2012 entre les deux établissements, avec une prise d'effet au 1^{er} février 2012. Elle constitue le support juridique de la direction commune. L'hôpital dispose d'un projet médical et d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec l'ARS (Agence Régionale de Santé) d'Île-de-France. En revanche, le centre hospitalier n'a adopté ni projet d'établissement, ni règlement intérieur. Cette lacune contribue à l'absence de stratégie formellement définie de l'hôpital. Ainsi, les deux pôles autour desquels s'articulent les activités ne reposent pas sur des contrats dûment approuvés.

Des comptes globalement fiables mais encore perfectibles

L'examen de la fiabilité des comptes a révélé quelques irrégularités. L'utilisation de certains comptes de provisions, tels que les comptes de provisions réglementées ou ceux constitués pour risques ou autres charges, n'est pas conforme à l'instruction comptable M 21. Le compte de dépréciation de créances ne semble pas valorisé à son juste niveau compte tenu des admissions en non-valeur et des créances contentieuses potentiellement irrécouvrables.

Les difficultés financières du centre hospitalier sont essentiellement liées au fonctionnement du centre de santé

Le budget consolidé du centre hospitalier est constitué d'un budget principal et de neuf budgets annexes. Les principaux ratios d'analyse financière du budget consolidé sont satisfaisants. A fin 2013, l'excédent brut d'exploitation¹ s'élevait à 1,2 M€, en progression annuelle de 1,74 %. Le taux de marge brute² étant quant à lui à plus de 6 % et le résultat net consolidé de +0,3 M€. En outre, l'endettement de l'établissement restait largement inférieur aux seuils critiques que ce soit en termes d'indépendance que de capacité à rembourser la dette. Une analyse détaillée révèle cependant de fortes disparités concernant le résultat des différents budgets.

¹ L'excédent brut d'exploitation (EBE) est calculé à partir des produits bruts d'exploitation, complétés des subventions d'exploitation perçues. Il intègre les charges générées par cette activité brute d'exploitation et constitue le véritable résultat de l'exploitation secrété par l'activité de l'établissement, tous budgets confondus, et mesure l'efficacité des moyens mis en œuvre.

² A partir de l'EBE, la marge brute intègre le différentiel entre les autres produits de gestion courante et les autres charges de gestion courante. Le taux de marge brute rapporte cette dernière aux produits d'exploitation.

Les activités de moyen et long séjour, retracées dans le budget E en ce qui concerne l'unité de soins de longue durée, les EHPAD (hébergements temporaire et permanent) et l'accueil de jour, subventionnées suite à la signature de la convention tripartite en 2012 entre l'établissement, l'ARS et le conseil départemental des Yvelines, présentent des résultats satisfaisants. Par ailleurs, l'activité de moyen séjour (SSR) du budget H a bénéficié de crédits non reconductibles de l'ARS, comme d'autres établissements. Il en résulte un taux de marge brute de 10,6 % et un résultat net de 0,44 M€ en 2013. Ces activités permettent de compenser la dégradation des comptes du budget principal dont le résultat n'était que de 0,05 M€ à fin 2013. Il compense surtout le déficit récurrent du budget P au sein duquel s'inscrit celui du centre de santé.

Les conditions d'emploi et de rémunération de certains médecins exerçant au centre de santé déficitaire doivent être régularisées

En méconnaissance de plusieurs dispositions des articles L. 6323-1, D. 6323-1 du code de la santé publique et L. 162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale, certains médecins exerçant au sein du centre de santé intégré dans l'hôpital n'en sont pas salariés. Ce statut est pourtant obligatoire pour pouvoir exercer dans ces structures. En outre, la redevance reversée par ces médecins à l'établissement est forfaitaire et elle est négociée au cas par cas, contrairement au principe de rémunération au coût réel prévu par les conventions passées entre l'hôpital et les médecins concernés. Enfin, plusieurs praticiens qui ont passé un contrat d'exercice libéral n'effectuent pas les durées prévues dans la convention.

A l'instar de nombreux centres de santé, les activités de celui de Houdan ne lui permettent pas de générer des recettes suffisantes pour couvrir ses charges fixes. Malgré trois audits menés en 2008, qui ont permis de mettre en exergue les spécialités déficitaires, la situation financière du centre de santé se dégrade. Il en résulte un déficit cumulé apparent de près de un million d'euros à fin 2013. En effet, le plan de retour à l'équilibre élaboré par l'établissement en 2009 et dont les principales mesures envisagées devaient générer des recettes supplémentaires et réduire la masse salariale, n'a pas modifié les tendances déficitaires observées depuis 2008.

Sur ces bases, il conviendrait que l'établissement examine quel doit être le devenir à moyen terme de ce centre.

RECOMMANDATION

Suivi comptable du centre de santé :

Elaborer des tableaux de bord de suivi comptable du seul centre de santé, assortis des indicateurs permettant de donner une vision précise et constamment actualisée de sa situation financière, tel que le taux de consommation des crédits relatifs, notamment aux comptes de charges de personnel.

OBSERVATIONS

1. PRESENTATION

Le contrôle du centre hospitalier de Houdan, inscrit au programme 2014 de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France, a porté sur les exercices 2008 et suivants et a été engagé par lettre le 15 septembre 2014 adressée à M. Patrice Lorson, ordonnateur en fonction, ainsi qu'à son prédécesseur, Madame Virginie Aubin.

Monsieur Jean-Marie Tetart, président du Conseil de surveillance en a également été informé par lettre du 15 septembre 2014.

Les entretiens préalables prévus par les textes avec l'ordonnateur actuel et les précédents ont eu lieu le 4 mars 2015 avec Mme Festa, ordonnateur en fonction depuis le 20 novembre 2014, ainsi qu'avec son prédécesseur, Monsieur Lorson, le 6 mars 2015, et Madame Aubin, ordonnateur précédent jusqu'au 29 août 2011, le 5 mars 2015.

Dans sa séance du 30 avril 2015, la chambre, délibérant en sa 2^{ème} section, a arrêté ses observations provisoires qui ont été adressées à Mme Carole Festa, et à M. Patrice Lorson le 19 juin 2015.

Des extraits ont été envoyés à l'Agence Régionale de Santé du Centre, ainsi qu'à celle d'Île-de-France, aux docteurs Salama et This, ainsi qu'à Mme Aubin.

Seules Madame Carole Festa, ordonnateur, ainsi que le docteur Kamil Salama ont répondu. Le docteur Bruno This a adressé un courrier au président de la chambre, enregistré le 29 juillet 2015, demandant des explications sur la procédure mais sans répondre à l'extrait qui lui a été adressé. Une note d'information lui a été adressée le 13 août 2015 Aucune réponse de sa part n'a ensuite été reçue la chambre.

Les anciens ordonnateurs comme les agences régionales de santé n'ont pas répondu.

Dans sa séance du 15 octobre 2015, la chambre régionale des comptes d'Île-de-France délibérant en sa deuxième section a arrêté les observations définitives ci-après développées. Ont participé au délibéré qui a été présidé par : M. Pierre Grimaud, président de section, Mmes Anne Christine Priozet, première conseillère, Brigitte Ollier, magistrat rapporteur. A été entendu en son rapport Mme Brigitte Ollier assistée de Mme Nathalie Winther, vérificatrice, et en ses conclusions, sans avoir pris part au délibéré, M. le procureur financier.

Le greffe a été assuré par Mme Viviane Barbe, auxiliaire de greffe.

2. LE CENTRE HOSPITALIER DE HOUDAN DANS SON TERRITOIRE

2.1. Un centre hospitalier situé au confluent de trois régions

L'hôpital de Houdan dans les Yvelines est devenu, avec la loi « Hôpital, Patient, Santé Territoire »³, un centre hospitalier. Il compte 311 lits et places, et joue un rôle structurant d'accès aux soins de premier recours, au sein d'un territoire semi-rural. Au carrefour de trois régions (Centre, Île-de-France et Normandie), il regroupe une activité de médecine, sans urgences, des activités de soins de suite et de réadaptation et gère un centre de santé polyvalent.

Il est financé par une enveloppe de fonctionnement annuelle et limitative, appelée dotation globale versée par l'agence régionale de santé, d'un montant de plus de 3,7 M€ en 2014.

Il propose une offre de soins graduée et diversifiée à destination d'une population pour l'essentiel âgée et fragile.

Il développe plusieurs filières de soins pour une mise en réseau des activités de gériatrie et de formation et adhère à des groupements de coopération⁴ dans la perspective de favoriser une économie de moyens au service de la patientèle.

Il a souhaité initier une double démarche de partenariat avec la Fondation Mallet⁵, située à Richebourg : une mutualisation des compétences pour les soins de suite que soutient l'ARS et une mutualisation des moyens du centre de santé, que n'accepte pas la tutelle.

2.2. Une direction commune fondée sur une convention

La constitution d'une première direction commune en 2002 avec le centre hospitalier de Montfort L'Amaury (Yvelines) a pris fin en 2011.

Une nouvelle direction commune avec le centre hospitalier de Dreux (Eure-et-Loir) a été instaurée en 2012 dans la perspective d'une mutualisation des fonctions support. Cette organisation repose sur une convention conclue entre les centres hospitaliers de Dreux et Houdan. Elle vise notamment à mettre en œuvre une politique commune touchant à l'organisation de la permanence administrative, la pérennisation des coopérations médicales, médico-techniques, administratives et logistiques.

Le directeur de site de Houdan dispose d'une délégation de gestion des affaires courantes et de signature.

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires

⁴ Le Groupement de coopération sanitaire de la RN 12, regroupant les hôpitaux de Dreux et Houdan ; le groupement de coopération sanitaire Yvelines-Sud regroupant les établissements du sud du département, le groupement de coopération sanitaire D-SISIF dans le cadre des projets informatiques, le GIP RESAH (réseau des acheteurs hospitaliers) d'Île de France, groupement d'intérêt public permettant aux EPS de bénéficier d'économies d'échelles en termes d'achats hospitaliers.

⁵ Cette fondation située dans les Yvelines a pour mission d'aider les personnes en situation de handicap à s'insérer dans la vie sociale.

2.3. L'établissement n'a pas adopté tous les documents nécessaires à sa bonne gouvernance

L'établissement a établi un projet médical pour les exercices 2008 à 2013 qui s'articule autour de son offre médicale, de ses missions et des perspectives pour chacune des activités portées par le centre hospitalier. Non seulement ce projet médical ne semble pas avoir été actualisé pour les exercices 2014 et suivants, mais il ne s'inscrit pas dans un projet d'établissement. Il s'agit pourtant d'une obligation légale en application de l'article L. 6143-2 et suivants du code de la santé publique (CSP). La chambre n'a pas eu connaissance d'une dérogation le déchargeant de cette obligation qui aurait été donnée par l'ARS conformément à ce que prévoient les articles L. 6141-1 et R. 6146 pour les établissements de petite taille.

Acte stratégique majeur, le projet d'établissement définit les orientations d'un établissement tant dans ses structures et son fonctionnement interne que dans ses relations avec son environnement et il constitue un préalable indispensable à la négociation et à la conclusion des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM).

Certes, le centre hospitalier a signé avec l'ARS d'Île-de-France le socle de son contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2013-2018, mais la chambre n'a pas eu connaissance d'éléments de suivi et d'évaluation de son exécution.

De même, le centre hospitalier n'a pas élaboré de règlement intérieur organisant son fonctionnement, comme en dispose l'article L. 6143-1 du même code.

Enfin, bien qu'il soit structuré autour de deux pôles, médico-social et sanitaire, il n'a pas mis en place la contractualisation interne. Les contrats de pôles n'ont donc pas été formalisés, alors que l'article L. 6146-1 paragraphe 7 du code de la santé publique, complété par l'article 4 du décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique et médico-techniques dans les établissements publics de santé l'exige.

2.3.1. Le pôle médico-social

Il est organisé autour de deux axes principaux : la gériatrie et le handicap.

L'axe gériatrique regroupe le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Celui-ci offre une capacité d'accueil de 72 places et son projet de service insiste sur le caractère rural du périmètre d'intervention.

Il regroupe 6 places d'accueil de jour et 6 places d'hébergement temporaire qui ont enregistré une baisse d'activité entre 2012 et 2013.

Il comprend un établissement d'hébergement pour personnes adultes dépendantes (EHPAD) de 148 lits avec une unité d'hébergement renforcé (UHR) de 14 lits pour des résidents présentant des troubles sévères de la maladie d'Alzheimer, notamment.

Les dernières conventions tripartites de l'EHPAD et de l'accueil de jour ont été signées en janvier 2012 entre l'établissement, l'ARS et le Conseil départemental.

L'axe handicap regroupe deux dispositifs de prise en charge des personnes fragiles et déficientes : la Maison d'Accueil Spécialisée (MAS) d'une part et le service États Végétatifs Chroniques/États Pauci Relationnels (EVC/EPR) d'autre part.

Les orientations de l'établissement s'inscrivent dans un projet de coordination de l'ensemble des services du pôle médico-social afin de mieux s'adapter à la diversité de la demande du territoire d'intervention.

2.3.2. Le pôle sanitaire

Le pôle sanitaire regroupe le service de court séjour (Médecine) qui compte 15 lits de Médecine polyvalente et 5 lits d'Unité de Soins Palliatifs (USP). L'établissement souhaite augmenter de 5 lits la capacité du service Médecine Polyvalente et de 5 lits également la capacité de l'USP. Des discussions ont lieu à ce sujet dans le cadre du contrat pluriannuel et alors que l'activité du service médecine diminue depuis 2008.

Le service de soins de suites et de réadaptation compte 11 lits. Bien que l'établissement dispose d'une autorisation de 30 lits, il n'est pas en mesure d'assurer le fonctionnement de ce service, faute de financements. Selon l'ordonnateur, il avait été envisagé en 2014 que cette activité puisse être transférée à la Fondation Mallet dans le cadre d'un partenariat dont le support juridique restait à définir. La chambre n'a pas eu connaissance d'une suite favorable donnée à ce projet.

L'unité de soins palliatifs compte 5 lits. L'établissement souhaiterait la porter à 10 lits, conformément à la circulaire de 2002 relative aux soins palliatifs. Elle a vocation à devenir, dans le cadre du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Dreux/Houdan, la structure de recours qualifiée de niveau 3, compte tenu de la qualité de ses équipements. Elle est complétée par l'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP), en application de la loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit d'accès aux soins palliatifs et de la circulaire n° 2002/98 du 19 février 2002 relative à l'organisation des soins palliatifs et de l'accompagnement.

L'unité de soins de longue durée (USLD) de 30 lits accueille des patients en perte totale d'autonomie.

Le pôle sanitaire dispose enfin d'un centre de santé polyvalent régi par les articles L. 6323-1 et D 6323-1 du code de la santé publique et L. 162-32-1 et suivants du code de la sécurité sociale (CSS)⁶.

La chambre souligne la dégradation de la situation financière du centre de santé depuis 2007. Elle a donc porté une attention particulière au mode de fonctionnement et à la viabilité de ce centre.

La situation du centre de santé constitue, incontestablement, l'une des difficultés majeures de l'établissement et elle fait l'objet de développements spécifiques (chapitre 4 du présent rapport) en vue d'analyser les pratiques actuelles et de proposer les évolutions nécessaires.

⁶ La situation de ce centre de santé tant financière que de gouvernance est étudiée au point 5.

3. LA GESTION FINANCIÈRE

3.1. La sincérité des comptes

3.1.1. Certaines provisions devraient être mieux justifiées

L'établissement a constitué des provisions réglementées et des provisions pour risques et charges.

3.1.1.1. Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Pour constituer des provisions pour renouvellement d'immobilisations (enregistrée au compte 142), un certain nombre de conditions doivent être remplies, à savoir :

- la détermination des surcoûts liés aux amortissements résultant des investissements nouveaux ;
- la définition du mode de comptabilisation des dotations budgétaires attribuées à l'établissement ;
- la définition de l'autorisation budgétaire retenue ;
- l'étanchéité du titre 4 selon des règles établies entre le directeur de l'établissement et l'ARS.

L'établissement utilise ce compte de provision « pour renouvellement des immobilisations » sans respecter ces exigences.

Il a ainsi constitué une telle provision en 2011 à hauteur de 155 994 € pour l'EHPAD de la Roseraie sans la motiver à l'appui du compte financier.

En 2012, une reprise de 304 € a été effectuée pour couvrir des charges alors que la provision doit concerner des immobilisations.

En 2013, la provision semble plus adéquate puisqu'elle concerne des aménagements de l'USLD et des travaux pour le pôle d'activités et de soins adaptés. En revanche, la reprise de 132 000 € permettant de couvrir des renouvellements de lits et de matelas ne correspond pas à l'objet d'une reprise de provision pour renouvellement des immobilisations.

Il importe que l'ordonnateur utilise le compte de provision 142 conformément à l'instruction comptable M21. Il a indiqué que ses services vont se rapprocher du comptable public pour régulariser la situation. La chambre prend acte de cet engagement.

3.1.1.2. Autres provisions pour risques

L'établissement a constitué d'autres provisions :

Pour la première fois en 2013, le compte financier a enregistré une provision au compte 1518 pour un total de 71 000 €. Elle est relative à : 35 000 € pour le contentieux lié à la vente de la propriété de l'EPS effectuée en 2012 ; 4 000 € pour les éventuelles créances irrécouvrables de l'USLD ; 26 000 € pour les éventuelles créances irrécouvrables de l'EHPAD et 6 000 € pour les éventuelles créances irrécouvrables de la maison d'accueil spécialisée.

Il s'avère que les annexes justificatives décrivent des inscriptions budgétaires au compte 1511 « provisions pour litiges » ; il convient donc de mentionner le compte 1518 en annexe et non le compte 1511.

En outre, la provision constituée ne correspond pas à l'objet prévu par les textes.

Les créances ne peuvent être « éventuellement irrécouvrables ». Soit elles sont effectivement reconnues comme telles, et doivent alors être inscrites au compte 415 « créances irrécouvrables admises en non-valeur » ; soit elles n'en sont qu'au stade « contentieux » et sont alors comptabilisées au compte 416. Dans ce cas, il n'y a pas lieu de constituer une provision.

L'ordonnateur a finalement précisé que les provisions de 4 000 €, 26 000 €, 6 000 € soit un total de 36 000 € ont été constituées afin de faire face au risque d'irrécouvrabilité de créances du budget H, de l'Ehpad et de la MAS.

La chambre prend acte de son engagement de les transférer du compte 158 au compte 491 « provisions pour dépréciations de créances », compte ad hoc.

3.1.1.3. Autres provisions pour charges (compte 158)⁷

L'établissement a constitué les provisions suivantes :

Tableau n° 1 : **Provisions pour autres charges (compte 158)**

Autres provisions pour charges						
EN €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BE 158	80 376	178 013	190 921	157 696	162 010	304 569
C/158	127 637	77 405	76 039	34 588	174 766	55 000
D/68158						60 000
D/158	30 000	64 497	109 264	30 274	32 207	108 550
C/78158						
BS COMPTE 158	178 013	190 921	157 696	162 010	304 569	251 019
Ecart (dotation-reprise)						

Source : comptes financiers

⁷Jusqu'au 1^{er} janvier 2014, l'instruction budgétaire et comptable ne précisait pas l'objet de la provision à comptabiliser au compte 158. Ainsi, il pouvait s'agir de provisions diverses.

A compter du 1^{er} janvier 2014, l'instruction a précisé l'utilisation que les EPS devaient faire du compte 158. Des provisions peuvent être comptabilisées à ce compte dans les cas suivants :

- Provision pour remise en état d'un site ;
- Désamiantage ;
- Droit individuel à la formation (DIF) ;
- Provision pour restructuration.

Les mouvements correspondent à des provisionnements constitués lors de la perception d'aides financières (à titre d'exemple, en 2009 et 2010 en provenance du groupement régional de santé publique – GRSP-, et du Fonds de Mutualisation pour les Etudes – FME), ou en prévision du remplacement d'un cadre de santé (en 2013).

Les reprises sur provision ont été effectuées à l'occasion des travaux réalisés (par exemple : le dossier médical, les travaux de la chambre mortuaire en 2008, le transfert de la provision du budget Coordination Gérontologique Locale de Montfort L'Amaury en 2012).

En 2010, la provision correspondait à des subventions reçues pour couvrir des charges à étaler sur plusieurs exercices (entretien de véhicules) ou des actions qui n'ont pas débuté (formations). Dans ce cas, il convient d'utiliser le compte de produits constatés d'avance (487).

3.1.1.4. Dépréciation des comptes de tiers

Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à dépréciation. Si cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique, celle-ci ne doit toutefois pas conduire à la minorer. Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur. Le compte 491 (ou compte 496) est alors débité par le crédit du compte 7817 « Reprises sur dépréciations des actifs circulants ».

L'établissement a effectué peu de mouvements sur le compte de créances irrécouvrables (415-2). En revanche, le montant de la provision pour dépréciation de comptes de tiers (compte 491) a fortement évolué entre 2008 et 2013.

Tableau n° 2 : **Apurement des créances irrécouvrables**

Dépréciations de créances						
EN €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
BE SD C/415-2						
D 415-2		429		38		4 902
C/415-2		429		38		4 902
BS c/4152						
<i>D/654-pour information</i>		80				4 902
BE C/491	915	915	485	485	485	
D/68174					485	
C/78174						
BS C/491	915	485	485	485		
<i>BE C/416-pour information</i>			283 810	792 193	1 222 435	508 843
<i>BS C/416- pour information</i>		283 810	792 193	1 222 435	508 843	398 703
Ecart (D/654-C/415-2)		349				

Source : comptes financiers

Le fait que les comptes n'évoluent pas de manière parallèle a conduit la chambre à examiner le compte 416 « créances contentieuses ». Celui-ci retrace toutes les créances de l'établissement qui n'ont pu être recouvrées « à l'amiable » et il s'élevait à près de 0,4 M€ à fin 2013.

Il appartient à l'établissement de vérifier la qualité des créances inscrites à ce compte afin, le cas échéant, de les requalifier en créances irrécouvrables à classer au compte 415-2 « créances irrécouvrables ».

3.1.2. Les opérations de cessions de biens

La non-inscription, en tout ou partie, des écritures d'ordre sur l'exercice budgétaire au cours duquel les cessions ont été réalisées fausse le compte de résultat de l'année considérée et altère l'image du patrimoine de l'établissement public de santé.

Concernant le centre hospitalier, les comptes financiers font ressortir les mouvements suivants :

Tableau n° 3 : **Cessions d'actif**

Comptes	Libellés des comptes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Débit c/462	Créances sur cessions d'immobilisations	6 450	5 400	25 385			944
Crédit c/462	Créances sur cessions d'immobilisations	5 550	6 300	25 385			944
Débit c/675	Valeurs comptables des éléments d'actif cédés			1		62 569	1 308
Crédit c/775	Produits de cessions d'actifs	6 450	5 400	25 385		850 000	1 444
Débit c/281 OONB	Amortissement des immobilisations	6 450	50 282	93 980		798 100	305 373
Crédit c/21 OONB	Immobilisations corporelles	6 450	50 282	93 981		853 750	306 127
Egalité entre crédit compte 775 et débit compte 462		900	-	-	-	850 000	500
Egalité entre C/281 (crédit) +675 et le crédit du c/21		-	-	-	-	- 6 920	- 554

Source : comptes financiers

Le compte de créance sur cessions d'immobilisations (compte 462) n'a pas été mouvementé en 2012 et il l'a été de manière partielle en 2008 et 2013, faisant apparaître des soldes entre les deux comptes (différence de 500 € entre le débit du compte 462 et le crédit du compte 775).

Le compte de créance sur cessions d'immobilisations (compte 462) n'a pas été mouvementé en 2012 et de manière partielle en 2008 et 2013, faisant apparaître des soldes entre les deux comptes (différence de 500 € entre le débit du compte 462 et le crédit du compte 775).

Par ailleurs, le débit du compte 281 (réintégration des amortissements) ajouté à celui du compte 675 (valeur comptable) doit être égal au crédit du compte 21 (immobilisations corporelles). Cette dernière égalité n'est constatée que sur les exercices 2008 à 2011. On relève une différence de 6 920 € en 2012 et de 554 € en 2013.

Pour l'ordonnateur, il s'agirait d'erreurs de conversions entre les francs et les euros, lors de la vente de la propriété du 30 rue de Paris, intervenue en 1995. Elles expliqueraient le

déséquilibre constaté en 2012. La différence de 554 € résulte de l'absence d'écritures comptables effectuées lors de la mise au rebut d'un équipement de cuisine.

La chambre prend bonne note de l'engagement de l'ordonnateur de prendre l'attache du comptable pour régulariser ces écritures comptables.

3.1.3. Les intérêts courus non échus (ICNE) à payer

Les intérêts courus non échus sont des charges à payer sur l'exercice et ils doivent faire l'objet d'un rattachement à ce dernier.

Ces derniers ont été convenablement enregistrés au compte 1688 du bilan alors même que le compte 66112 « intérêts courus non échus » n'est pas ouvert dans la comptabilité, comme le prévoit la M 21.

Il convient de suivre ces charges à rattacher sur le compte 66112, et non au compte 6611.

3.1.4. Les reports de charges

Il a été constaté que les reports de charges, comptabilisés au compte 672 « charges sur exercices antérieurs », qui ne concernent quasiment que les dépenses de personnel, sont supérieurs à 0,2 % des charges totales de fonctionnement, ce qui constitue un taux supérieur à ce qu'il est préconisé par la Direction générale des finances publiques (DGFip).

Tableau n° 4 : **Les reports de charge du budget consolidé**

Budget consolidé- en €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
67218- Charges de personnel	69 502	63 407	86 076	70 037,04	73 992	63 348
67228- Charges à caractère médical						1 200
67238- Charges à caractère hôtelier et général						109
6728- Autres charges	100				21 603	1 257
TOTAL des charges sur exercices antérieurs	69 602	63 407	86 076	70 037	95 595	65 915
Charges de fonctionnement	15 476 677	17 317 547	15 986 888	18 404 883	17 733 761	19 460 162
Reports / total charges de fonctionnement	0,45%	0,37%	0,54%	0,38%	0,54%	0,34%

Source : *comptes financiers*

La chambre recommande à l'ordonnateur de porter une attention accrue sur le rattachement des charges à l'exercice, notamment en ce qui concerne les charges de personnel afin que les reports comptabilisés au compte 672 soient inférieurs à 0,2 % des charges de l'exercice.

3.1.5. Les produits à rattacher

Toute recette relevant des comptes de résultat prévisionnel non mise en recouvrement à la clôture de l'exercice constitue un produit de cet exercice dès lors que son montant est évaluable et qu'elle correspond à une prestation effectuée avant le 31 décembre dudit

exercice. Dans ce cas, le produit doit faire l'objet d'un rattachement à l'exercice, imputé au compte 418.

Le centre hospitalier rattache les produits à recevoir au titre de chaque exercice :

Tableau n° 5 : **Produits à rattacher**

Budget consolidé	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
4181 Hospitalisés et consultants	4 400					
4182 Caisse pivot	1 979 036	2 261 884				
4188 Divers	34 886	103 996		245		
4687 autres produits à recevoir			325 907	259 414	345 037	
TOTAL RECETTES A RATTACHER	2 018 321	2 365 879	325 907	259 659	345 037	-
Produits de fonctionnement	16 476 161	16 512 938	18 040 506	19 071 835	19 114 926	19 212 463
Taux de rattachement	12,25%	14,33%	1,81%	1,36%	1,81%	0,00%
Produits rattachés en jours	45	52	7	5	7	

Source : comptes financiers

On constate une évolution irrégulière des rattachements de recettes. En effet, les deux premiers exercices de la période examinée sont atypiques avec un taux de rattachement très élevé de plus de 12 %, soit plus d'un mois de recettes.

Le retard pris par le traitement des relevés des encaissements directement sur le compte du trésor (P 503) l'expliquerait en partie. En outre, le changement de logiciel du centre de santé en juin 2009 a occasionné du retard dans l'émission des titres de recettes.

La situation semble s'être régularisée à partir de 2010, le taux de rattachement étant inférieur à 2 %. Il devient inexistant en 2013. Il convient de veiller à ce que ce taux reste le plus faible possible.

3.1.6. Les subventions d'équipement transférables

Les subventions d'investissement sont « *les subventions reçues par l'établissement en vue d'acquérir ou de créer des valeurs immobilisées (subvention d'équipement) ou de financer des activités à long terme, qu'elles revêtent la forme d'une subvention globale ou d'une subvention spécifique, en espèces ou en nature* »⁸

Ces subventions, dites transférables, ne doivent pas s'accumuler au passif du bilan mais être reprises (opération semi-budgétaire) en recette de fonctionnement par le crédit du compte 777 « Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice » en contrepartie d'un mouvement débiteur au compte 139 (qui n'est pas budgétaire) :

⁸ Instruction n°07-004 M21 du 16 janvier 2007 applicable jusqu'au 1^{er} janvier 2014.

La chambre a retracé l'état des écritures concernant l'établissement :

Tableau n° 6 : **Apurement du compte de subventions transférables (c/131)**

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Solde créditeur du compte 131	1 574 520	1 728 153	1 888 060	2 024 121	2 174 762	2 185 388
Solde débiteur c/139	1 428 581	1 564 642	1 700 702	1 836 763	1 981 823	2 122 384
c/777- Budget H					9 000	4 500
c/777- Ehpad Long séjour	60 044	60 044	34 015	34 015	34 015	34 015
c/777 EHPAD La Roseaie	76 017	76 017	102 045	102 045	102 045	102 045
Total C/777	136 061					

Source : comptes financiers

Contrairement à ce que prévoit l'instruction comptable M21, le compte 131 n'a jamais été soldé alors que le compte 139 est régulièrement débité.

L'ordonnateur a indiqué en réponse que la reconstitution du solde entre les comptes 131 et 139 a finalement été réalisée au 31 décembre 2014. Cependant, la chambre note qu'une différence de 9 878,69 € entre ces deux comptes subsiste au 31 décembre 2014, sans que les services n'aient pu en trouver l'origine.

3.2. Une santé financière globale à conforter qui masque la situation contrastée des différentes activités de l'établissement

3.2.1. Les soldes intermédiaires de gestion du budget consolidé

La chambre a porté une attention particulière aux soldes intermédiaires de gestion du budget consolidé avant de s'intéresser plus particulièrement à ceux du budget principal (H) en raison des montants en jeu, du budget E, largement subventionné par les partenaires de l'établissement, mais surtout du budget P, intégrant les comptes déficitaires du centre de santé.

Tableau n° 7 : Les principaux soldes intermédiaires de gestion du budget consolidé

SOLDES INTERMEDIAIRES DE GESTION EN €	2 008	2 009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne annuelle
PRODUITS BRUTS D'EXPLOITATION	15 142 000	16 023 029	16 467 940	16 767 495	16 768 695	16 843 551	2,15%
VALEUR AJOUTEE	12 525 000	13 235 911	13 523 400	13 577 253	13 807 096	13 648 981	1,73%
CHARGES DE PERSONNEL	12 487 000	13 702 453	14 297 463	14 845 180	14 552 255	14 640 757	3,23%
TAUX DE CONSOMMATION LA VALEUR AJOUTEE PAR LES CHARGES DE PERSONNEL	100%	104%	106%	109%	105%	107%	1,47%
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	1 065 000	642 901	534 042	788 676	1 290 414	1 160 998	1,74%
MARGE BRUTE	1 092 000	657 633	564 342	764 078	1 284 302	1 146 201	0,97%
TAUX DE MARGE BRUTE	6,73%	3,83%	3,16%	4,05%	6,82%	6,03%	-2,18%
RESULTAT D EXPLOITATION	323 000	76 345	-12 469	95 972	482 665	528 127	10,33%
RESULTAT COURANT	147 000	- 16 386	- 70 093	21 334	417 369	398 672	22,08%
RESULTAT EXCEPTIONNEL	89 000	124 550	65 088	-178 420	962 843	-65 408	-194,03%
RESULTAT NET	236 000	108 164	-5 005	-157 086	1 380 212	333 264	7,15%

Source : Données IDAHO

Les produits d'exploitation ont connu une évolution moyenne satisfaisante en ce qui concerne le budget consolidé (+2,15 % en moyenne annuelle).

Le calcul de la valeur ajoutée permet d'analyser la manière dont sont rémunérés les facteurs du cycle d'exploitation, et notamment les charges de personnel. Ces dernières représentent de 100 à 107 % des charges totales du budget consolidé. Cela souligne la faiblesse des marges de manœuvre de l'établissement en raison des difficultés à réduire ce type de dépenses, du moins sur le court terme.

Bien que l'établissement ait pris des mesures pour contenir les effectifs,⁹ les charges totales de personnel ont augmenté de 3 % par an en moyenne sur la période 2008 à 2013¹⁰ et elles représentaient près de 93 % des produits bruts d'exploitation à fin 2013.

Par ailleurs, au sein des charges de personnel, le recours à l'intérim a augmenté en moyenne de 7,3 % par an, passant de 220 000 € en 2008 à 340 500 € en 2013. Le recours a visé à compenser, notamment, les dépenses de personnel médical jeune et féminisé présentant un taux d'absentéisme pour congés maternité important. L'établissement a indiqué avoir pris des mesures collectives pour lutter contre l'absentéisme dans le cadre de la prévention des risques psycho-sociaux.

L'excédent brut d'exploitation a évolué favorablement à +1,74 % en moyenne annuelle sur la période 2008-2013.

⁹ Les effectifs non médicaux sont passés de 298,25 ETP en 2008 à 295,96 ETP en 2013 quand les effectifs médicaux varient de 13.57 ETP à 15.05 ETP, sur la même période.

¹⁰ Voir annexe N°1

Le taux de marge brute a atteint 6 % à fin 2013. S'il était relativement satisfaisant, il restait cependant inférieur aux moyennes constatées pour les ex-hôpitaux locaux qui se situaient à 7,76 % à fin 2013¹¹.

Au surplus, ce taux, qui rapporte la marge brute aux produits d'exploitation, ne devrait pas être inférieur à 8 %¹² pour couvrir les investissements courants (dont on sait qu'il existe un seuil incompressible de l'ordre de 3 à 4 %) et le remboursement de la dette (soit environ 4 % des produits d'exploitation). Or, sur la période, il n'a jamais atteint ce niveau, le maximum atteint étant de 6,82 % en 2012, grâce notamment à l'encaissement de produits exceptionnels résultant de la vente d'un bien à hauteur de 0,85 M€.

3.2.2. Une capacité d'autofinancement qui paraît confortable

Excédent de ressources dégagé par l'activité normale de l'établissement, la capacité d'autofinancement (CAF)¹³ constitue une ressource interne qui permet à la fois de rembourser les emprunts déjà contractés et de financer les nouveaux investissements.

Elle est passée de 0,6 M€ en 2009 à 1,2 M€ en 2012 pour atteindre 1 M€ en 2013. Une nouvelle progression a semblé se dessiner pour 2014 (+1,5M€). Le taux de CAF, qui rapporte la capacité d'autofinancement aux produits réels d'exploitation, se situait à 5,42 % à fin 2013 quand la moyenne était de 6,59 % pour les hôpitaux de la même catégorie.

A travers le tableau de financement¹⁴, la chambre a pu constater que l'établissement a réalisé des investissements à hauteur de près de 1 M€ en 2012. Au cours de cet exercice, la vente d'un bien immobilier a permis de réaliser un apport au fonds de roulement de 1,5 M€, alors qu'il n'était plus que de 0,4 M€ en 2013.

Négatif en 2010 et 2011, le résultat net s'est redressé très nettement en 2012 (+1,4 M€) et est resté bénéficiaire en 2013 (+0,3 M€) grâce à un produit exceptionnel en 2012 et à un résultat d'exploitation important (+528 K€) en 2013.

Le résultat net a évolué de manière erratique, puisqu'il est passé de + 108 K€ en 2009 à -0,5 K€ en 2010, -157 K€ en 2011, puis à 1,38 M€ en 2012, pour diminuer de nouveau à 333,3 K€ en 2013. Celui de l'exercice 2014 devrait de nouveau être en progression pour atteindre 0,85 M€.

¹¹ Voir annexe N°2

¹² Cf. La recommandation N°10 du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances relative à l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier rendu en mars 2013: « Calculer le niveau d'endettement soutenable à partir de la marge brute non aidée et en déduisant le niveau d'investissement courant incompressible ». Ce montant incompressible doit assurer :

- l'autofinancement des investissements courants, dont on sait qu'il existe un seuil incompressible à 3 % mais qu'il est plutôt de l'ordre de 4 % ;
- le remboursement de la dette pour les investissements immobiliers lourds, le service de la dette représentant environ 4 % des produits d'exploitation.

Il est donc nécessaire pour la soutenabilité de l'investissement hospitalier de disposer d'une marge brute non aidée de l'ordre de 8 %.

¹³ Voir annexe N°3

¹⁴ Voir annexe N°4

3.2.3. Un équilibre global qui doit être relativisé

Tableau n° 8 : Synthèse du bilan fonctionnel

En €	2 008	2009	2 010	2 011	2 012	2 013	Evolution annuelle moyenne
Biens stables	17 467 000	17 946 314	18 334 009	18 191 512	18 089 231	18 343 625	1%
Financements stables	18 550 000	18 957 623	20 146 092	19 781 332	19 709 418	20 932 589	2%
Fonds de roulement d'investissement	1 083 000	1 011 309	1 812 083	1 589 820	1 620 187	2 588 964	23%
Biens d'exploitation	176 212	176 212	176 212	176 212	176 212	-	-17%
Financements d'exploitation	157 121	89 754	- 329 020	- 145 594	1 277 692	529 338	39%
Fonds de roulement d'exploitation	- 19 091	- 86 458	- 505 232	- 321 806	1 101 480	529 338	-479%
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL en K €	1 063 909	924 851	1 306 851	1 268 014	2 721 667	3 118 302	32%
Créances	5 015 000	5 547 665	3 664 628	4 014 870	3 373 194	3 558 666	-5%
Dettes	4 490 000	4 551 240	2 839 532	3 086 200	2 256 133	2 722 687	-7%
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	525 000	996 425	825 096	928 670	1 117 061	835 979	10%
TRESORERIE	538 909	- 71 574	481 755	339 344	1 604 606	2 282 323	54%

Source : IDAHO

Le fonds de roulement est en constante augmentation puisqu'il est passé de 1 M€ en 2008 à plus de 3,1 M€ en 2013 : les financements stables augmentant plus vite (+2 % en moyenne annuelle) que les biens stables (+1 % en moyenne annuelle). La tendance à l'augmentation du fonds de roulement d'investissement (FRI) a semblé se confirmer en 2014 grâce notamment à l'inscription d'un crédit au compte de subvention d'équipement reçues (176,6 K€) et à une augmentation des amortissements (+0,4 M€).

Ainsi l'établissement a couvert très largement son besoin en fonds de roulement de 0,8 M€ en 2013.

La situation équilibrée du bilan pourrait être relativisée. En effet, le fonds de roulement net global (FRNG), largement positif résulte d'excédents affectés à l'investissement, dont l'origine provient des excédents successifs de l'exploitation. Or, certains de ces résultats sont liés aux aides extérieures (subventions notamment) perçues par l'établissement, et dont, par définition, il n'a pas la maîtrise.

Si l'on s'attache aux « reports à nouveau »¹⁵, ces derniers ont été systématiquement négatifs (-1 M€ à fin 2013), pouvant laisser présager une tendance à la baisse du FRNG sur le long terme, et une augmentation des besoins de financements externes. Cette situation serait de nature à remettre en cause l'équilibre du bilan.

La trésorerie en résultant a été positive sur la période sous contrôle, (+2,3 M€ à fin 2013), sauf en 2009 s'établissant à -71 574 €

¹⁵ Voir annexe N°5

3.2.4. Un endettement mesuré

L'encours de la dette a diminué en moyenne de 2,6 % par an¹⁶. En 2009, une opération de renégociation de la dette a conduit à des flux financiers importants : le montant de l'économie totale réalisée s'est élevée à près de 73 000 € selon les calculs de l'établissement.

L'indépendance financière de l'établissement qui mesure l'endettement au total des capitaux propres, se situait à 16,72 % au 31 décembre 2013, quand la moyenne des établissements de même catégorie affichait un taux de plus de 30 %. L'établissement présentait donc une situation d'endettement très saine à cet égard.

Le nombre d'années de CAF¹⁷ brute nécessaire à rembourser le capital restant dû se situait largement en deçà des seuils critiques¹⁸, puisqu'il était à 2 ans à fin 2013.

3.2.5. Les taux de renouvellement des biens et de vétusté

Le taux de renouvellement des biens traduit le rythme des investissements du centre hospitalier. S'il a été exceptionnel en 2012 avec 5,304 % suite à l'intégration à l'inventaire d'un bien pour 410 000 € au compte 213 (bâtiments hospitaliers), il n'a été en moyenne que de 2,5 à 3 % soit un renouvellement des biens sur une trentaine d'année.

Complémentaire du taux de renouvellement, le taux de vétusté¹⁹ permet d'estimer l'âge moyen des équipements. Ainsi, plus les biens sont anciens et potentiellement obsolètes, plus il est élevé. On constate que ce taux a diminué régulièrement pour l'établissement, signe d'un renouvellement constant depuis 2008. Ce taux était de 72,7 % en 2013, pour une moyenne de 75,35.

3.2.6. Le suivi des projets d'investissement

Les projets immobiliers pour les exercices 2014 et suivants doivent s'articuler notamment autour de la libération de terrains situés près de l'établissement. Leur acquisition permettrait notamment la reconstruction de la cuisine centrale qui n'est plus aux normes, l'installation du centre de santé dans des bâtiments définitifs ainsi que l'humanisation de l'hospitalisation.

Les investissements prévus sont retracés dans le programme global de financement pluriannuel (PGFP) 2014-2018 qui distingue deux catégories d'investissements : les opérations majeures (travaux, gros équipements) et les opérations courantes (pour le renouvellement des équipements vieillissants (matériels médicaux et non médicaux...))

¹⁶ Voir annexe n°6

¹⁷ Voir annexe n°7

¹⁸ Selon le décret 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt, les établissements de santé ne doivent pas présenter un ratio d'indépendance financière, résultant du rapport entre l'encours de dette et les capitaux permanents supérieur à 50%.

¹⁹ Voir annexes N°9 et 10

Tableau n° 9 : **Financement des investissements**

En €	2014	2015	2016	2017	2018
Prélèvement sur Fonds de roulement	-1 137 395	-633 655	-126 495	- 107 667	-339 486
Opérations majeures	1 175 767	1 123 640	200 000	550 000	550 000
Opérations courantes	264 000	264 000	264 000	264 000	264 000
TOTAL	1 440 300,56	1 387 640	464 000	814 000	814 000

Source : centre hospitalier de Houdan

Un suivi et une mise à jour réguliers sont soumis mensuellement au directeur de site lors de réunions direction/finances/économat/travaux pour un arbitrage dans le cadre du PGFP entre :

- les nouvelles demandes d'investissement à caractère urgent et non prévisibles ;
- l'avancée des opérations déjà engagées ;
- des éventuels retards ou reports dans les opérations prévues ;
- les échelonnements des opérations courantes ;
- et la situation de trésorerie.

Concernant la capacité d'autofinancement, si elle reste légèrement supérieure au montant du remboursement du capital de la dette (qui a représenté en moyenne environ 0,4 M€ par an sur la période de contrôle), il n'en demeure pas moins qu'elle ne permet pas de financer une partie des investissements, gage de bonne santé financière.

Par ailleurs, dans sa réponse, l'ordonnateur s'est appuyé sur le produit de la vente de la Maison BEATRIX effectuée en 2012, ainsi que sur les réserves constituées pour assurer la pérennité des équilibres des années 2014 à 2018.

Si les recettes générées par la vente du bien immobilier ont effectivement permis de ne pas recourir à l'emprunt et d'effectuer un prélèvement sur fonds de roulement, il n'est pas concevable d'anticiper l'équilibre du PGFP sur la seule base d'éventuels prélèvements sur les réserves. En effet, en application de l'instruction budgétaire et comptable, ces dernières doivent être utilisées pour des opérations strictement définies et ne sauraient servir sur le long terme à financer des investissements²⁰, d'autant plus que les éléments de prospective transmis par l'ordonnateur ne sont pas favorables, concernant notamment le taux de marge brute qui serait limité : entre 2,94 % et 3,17 % (alors que le taux de marge brute non aidée devrait correspondre à environ 8 % des produits bruts d'exploitation pour couvrir à la fois les

²⁰ Cf. pages 11 et 12 de l'instruction budgétaire et comptable M21 –Tome 1 (arrêté du 16 juin 2014).

charges liées aux investissements déjà réalisés, mais aussi les dépenses liées aux opérations d'entretien courant²¹).

3.2.7. Les comptes du budget principal traduisent une baisse de l'activité

Le budget consolidé présente une situation apparemment satisfaisante tant au niveau de son compte de résultat que du bilan. Cependant, la chambre relève des situations contrastées entre les différents budgets.

Le budget H (centre hospitalier) enregistre les flux financiers des services de médecine, de l'USP, des soins de suite et de réadaptation, ainsi que des services des EVC et EPR.

Tableau n° 10 : Les soldes intermédiaires du budget H

SOLDES DU BUDGET H en €	2 008	2 009	2010	2011	2012	2013	Evolution annuelle moyenne
Produits d'exploitation	4 232 401	4 203 704	4 308 707	4 348 546	4 316 560	4 288 270	0,26%
Valeur ajoutée	3 224 699	3 308 780	3 404 318	3 519 312	3 551 155	3 501 116	1,66%
Charges de personnel	3 016 677	3 189 769	3 480 195	3 416 810	3 450 959	3 460 863	2,79%
Taux de consommation des charges de personnel dans la valeur ajoutée	94%	96%	102%	97%	97%	99%	
Marge brute	302 549	238 296	24 200	246 793	206 560	188 791	-9,00%
Taux de marge brute	6,96%	5,48%	0,55%	5,45%	4,66%	4,24%	
Résultat exceptionnel	- 57 000	- 57 688	- 53 842	- 140 203	695 513	- 43 299	
Résultat net	111 257	74 778	- 119 403	- 55 796	783 520	4 767	-46,74%

Source : comptes financiers

L'évolution limitée de l'activité de médecine s'est traduite par une faible évolution des produits d'exploitation (+0,26 %).

Alors que l'excédent brut d'exploitation est devenu négatif en 2010 à – 9 323 €, le taux de marge brute a chuté à 0,55 % sur ce même exercice, du fait d'une activité déclinante et de charges de personnel élevées. Ces dernières représentaient près de 100 % de la valeur ajoutée sur la période 2008-2013, ne cessant de croître (+0,29 % entre 2012 et 2013 et +1,64 % sur la période).

Le taux de marge brute du seul budget H est resté faible, à 4,24 % à fin 2013, largement inférieur au taux minimal évalué à 8 % pour assurer la pérennité des établissements.

En 2012, le résultat exceptionnel lié à la vente d'un bien de l'établissement a expliqué le résultat net élevé finalement obtenu (783,5 K€), lequel a chuté en 2013 à 4,7 K€.

²¹ Cf. La recommandation N°10 du rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales et de l'Inspection Générale des Finances relative à l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier rendu en mars 2013 : le taux de marge brute non aidée doit permettre d'assurer :

- l'autofinancement des investissements courants, dont on sait qu'il existe un seuil incompressible à 3 % mais qu'il est plutôt de l'ordre de 4% ;
- Le remboursement de la dette pour les investissements immobiliers lourds, le service de la dette représentant environ 4% des produits d'exploitation.

Il est donc nécessaire pour la soutenabilité de l'investissement hospitalier de disposer d'une marge brute non aidée de l'ordre de 8 %.

3.2.8. Les résultats des activités de long séjour compensent la situation tendue d'autres budgets

Tableau n° 11 : Les soldes intermédiaires de gestion du budget E

SOLDES DU BUDGET E en €	2 008	2 009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne sur la période
Produits d'exploitation	7 873 476	7 882 252	8 004 954	8 283 176	8 191 382	8 291 162	1,22%
Valeur ajoutée	6 603 793	6 593 989	6 641 685	6 801 544	6 746 528	6 808 382	0,61%
Charges de personnel	6 138 693	6 318 169	6 393 421	6 387 208	5 953 644	5 932 443	-0,68%
Taux de consommation des charges de personnel dans la valeur ajoutée	93%	96%	96%	94%	88%	87%	
Excédent brut d'exploitation	502 588	295 965	268 953	440 961	819 576	906 739	12,53%
Marge brute	499 209	279 181	260 129	424 116	796 289	881 086	12,03%
Taux de marge brute	6,30%	3,53%	3,24%	5,10%	9,69%	10,59%	
Résultat exceptionnel	162 693	132 862	130 900	- 14 475	174 875	- 11 198	-58,55%
Résultat net	71 290	- 10 960	- 19 564	- 19 871	425 815	431 681	

Source : Comptes financiers

Les montants du budget E représentent 50 % des enjeux financiers de l'établissement²².

Chacun d'entre eux sont conventionnés et divisés en trois sections (dépendance, hébergement et soins).

Jusqu'en 2012, les aides perçues des financeurs ne progressaient guère. A partir de cette date, la signature de la convention tripartite entre l'établissement, le conseil départemental et l'ARS a permis de valoriser les résultats de ce budget. Les services de l'ordonnateur ont précisé qu'en 2012, l'ARS a versé des financements supplémentaires à l'établissement pour 444,8 K€.

La diminution des dépenses de personnel à partir de 2012 (-6,79 %), a constitué l'une des caractéristiques principales de ce budget. Les autres charges d'exploitation sont restées contenues, les consommations intermédiaires diminuant entre 2011 et 2012 de 2 %. Ainsi, le taux de marge brute s'est très nettement amélioré sur la période passant de 3,5 % en 2009 à près de 10,6 % en 2013.

Le résultat net en a découlé : il est passé de moins 0,1 M€ en 2008 à plus 0,4 M€ à fin 2013.

²² Il retrace le financement des activités :

- d'USLD/long séjour (budget « E1 » aussi appelé « B » dans la nomenclature M21 ;
- d'EPHAD en hébergement permanent (budget « E4 » aussi appelé « E » dans la nomenclature M21 ;
- d'EPHAD en hébergement temporaire (budget « E4 » aussi appelé « E » dans la nomenclature M21 ;
- d'Accueil de jour (budget « E5 » aussi appelé « E » dans la nomenclature M21.

3.2.9. Les budgets L-M-N-P supportent le lourd déficit du centre de santé

Alors que les produits d'exploitation n'augmentent en moyenne annuelle que de 1,49 % de 2008 à 2013, les subventions d'exploitation ont progressé de +14,61 % sur la même période.

Les charges de personnel consommaient plus de 150 % de la valeur ajoutée en 2013.

Tableau n° 12 : **Soldes intermédiaires de gestion du budget P**

SOLDES en €- BUDGETS P - SSIAD CHL du MANTOIS, MAS, EMS, Centre de Santé	2 008	2 009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne sur la période
Produits d'exploitation	1 832 644	2 004 634	1 957 487	2 002 756	1 976 186	2 052 936	2,30%
Valeur ajoutée	2 699 343	3 333 467	3 478 355	3 257 377	3 510 704	3 343 547	4,37%
Subventions d'exploitation	927 076	999 370	1 225 490	1 872 997	1 909 362	1 976 267	16,34%
Charges de personnel	15 597	- 224 822	28 419	- 107 409	- 11 499	- 144 251	-256,03%
Taux de consommation des charges de personnel dans la valeur ajoutée	124%	126%	127%	155%	147%	157%	
Excédent brut d'exploitation	271 102	134 327	275 373	84 239	272 068	72 292	-23,23%
Marge brute	273 203	140 157	280 017	93 173	281 457	76 324	-22,51%
Taux de marge brute	6,55%	2,74%	5,02%	1,50%	4,44%	1,19%	
Résultat exceptionnel	- 1 618	49 377	- 11 970	- 23 743	92 454	- 10 911	
Résultat net	70 451	44 351	133 968	- 81 415	170 882	- 103 182	

Source : *Comptes financiers*

En conséquence, les charges d'amortissement et les frais financiers relatifs à ces structures n'ont pas été couverts par la marge brute, sauf en 2012, l'EBE dégagé ayant progressé de 223 % entre 2012 et 2013.

Les résultats successifs illustrent les difficultés des activités correspondantes à ces budgets : ils sont déficitaires depuis 2011.

En déclinant toutes les activités gérées dans le budget P, il est apparu que la source principale de ces difficultés se trouve dans la situation financière très dégradée du centre de santé.

4. LA SITUATION FINANCIÈRE DU CENTRE DE SANTÉ EST DÉGRADÉE

La chambre a mis en exergue un déficit cumulé pour le seul centre de santé de un million d'euros depuis 2007. Ce constat l'a conduite à accorder une attention particulière à son fonctionnement.

4.1. Des modalités de fonctionnement du centre de santé à réviser

4.1.1. Contexte juridique

Le centre de santé a été, dès 1968, le résultat d'un compromis historique entre la commune de Houdan et le centre hospitalier. Depuis 2010, suite à la loi HPST, un transfert de la gestion pleine et entière du Centre de Santé de la communauté de commune au centre hospitalier de Houdan a été réalisé.

Il dispose d'un centre de soins de première intention (CSPI) dispensant des consultations non programmées et des prises en charge de petites urgences et il propose des consultations de médecine générale et plusieurs spécialités à destination d'une population plutôt socialement défavorisée.

Les praticiens du centre de santé effectuent un nombre de consultations de 50 000 par an en moyenne, d'après les rapports d'activité de ce dernier. Ils ont réalisé plus de 100 000 actes en 2013. Si selon l'ordonnateur, chaque médecin effectuait 20 consultations par jour d'ouverture, tout en précisant que ce chiffre est très variable en fonction des spécialités, il n'en demeure pas moins qu'il ne fournit aucun document à l'appui. Sans plus de justification, la chambre s'interroge sur le niveau de cette activité qui semble difficilement réalisable.

Le centre fonctionne en application de l'Accord National de 2003 organisant les rapports entre les centres de santé et les caisses nationales d'assurance maladie, destiné à instaurer de nouvelles relations conventionnelles avec l'Assurance Maladie, non renégocié dans le cadre de la loi HPST et reconduit en l'état. Conformément à la législation en vigueur, il pratique les tarifs conventionnels sécurité sociale, le tiers payant et a mis en place la feuille de soins électronique en 2007.

Ce centre de santé dispense principalement des soins de premier recours. Il assure des activités ambulatoires de soins sans hébergement, participe à des actions de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé et développe des prises en charge innovantes comme l'éducation thérapeutique du patient. Ce type de structure est la plupart du temps déficitaire en raison de fortes contraintes réglementaires qui pèsent sur leur fonctionnement, et de leur mode de financement reposant essentiellement sur des subventions.

Ainsi, une étude de l'IGAS²³ a souligné que les centres de santé polyvalents sont souvent sous "assistance financière" : les subventions publiques (collectivités locales) représentent un tiers de leurs recettes, en moyenne. Ceux qui s'approchent de l'équilibre ont une taille très importante, sont propriétaires de leurs locaux, ont la possibilité de s'appuyer sur une activité dégageant des marges, et font appel au mécénat. Les imperfections du système sont clairement identifiées :

²³ "Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain" : rapport de l'IGAS, juillet 2013.

- l'absence de cohérence entre les dépenses (fixes en grande partie) et les recettes médicales (variables pour la plupart) ; celles-ci ne permettent pas de couvrir les salaires versés, avant même d'intégrer les frais indirects de structure dans les charges ;
- la pratique de la dispense d'avance de frais (tiers payant) selon des modalités imposées par l'assurance maladie ;
- des recettes non définies pour les missions d'accompagnement social et de santé publique qui incombent pourtant aux centres de santé ;
- une mise en place complexe de la rémunération de la fonction de coordination dévolue aux centres de santé ;
- une gestion des droits des patients chronophage (entre 20 et 50 % du temps de travail des agents d'accueil) et de la facturation (et ses suites) qui suppose une équipe formée.

Le centre de santé de Houdan n'échappe pas à ces caractéristiques. De taille moyenne, installé au sein du centre hospitalier, non propriétaire de ses murs, il dispose d'une activité porteuse, la radiologie mais celle-ci n'équilibre pas les nombreuses autres spécialités déficitaires.

4.1.2. L'établissement doit mettre en cohérence son statut juridique avec ses modalités de fonctionnement

Ce centre de santé dispose d'un projet de santé élaboré tardivement puisqu'il date de mars 2014. Ce projet décrit l'organisation et le fonctionnement du centre. En réponse, l'ordonnateur a précisé que le projet de santé avait été réalisé en 2011 et actualisé régulièrement depuis. Cependant, le document transmis à la chambre à l'appui de cette réponse est identique. Les interrogations de la chambre demeurent.

En conclusion, l'établissement a clairement annoncé qu'il souhaitait le maintien du statut juridique actuel de centre de santé. Ce dernier serait porté par le GCS « Dreux-Houdan ». Malgré la régularisation de la situation de plusieurs praticiens, 6 médecins ne sont toujours pas salariés du centre de santé en 2015, contrairement à la législation en vigueur. L'établissement a proposé, par courrier adressé à l'ARS le 27 octobre 2014 de recruter certains praticiens du centre de santé sous contrat de clinicien hospitalier. Il précise, par ailleurs, qu'un accompagnement proposé par l'ARS Île-de-France devrait permettre d'étudier la situation des praticiens.

4.1.3. Les contrats de certains médecins ne correspondent pas aux modalités d'exercice de leur profession au centre de santé

L'analyse des contrats passés entre l'établissement et les praticiens (au nombre de 16), a conduit aux constats suivants.

Ainsi, l'article des contrats relatif aux honoraires et à la redevance indique que [...] « *le centre de santé procède [à ce titre] à la facturation, au recouvrement, à la ventilation et au reversement des honoraires conventionnés générés par l'activité hospitalière du Docteur X dans l'établissement.*

Le Docteur X s'engage à rembourser le centre de santé de toutes les prestations, services et fournitures engagés par le centre de santé afin de faciliter l'exercice de son activité professionnelle. Cette re-facturation est calculée sur la base des frais réellement exposés par le centre de santé au bénéfice du Praticien. [...].

Le centre de santé s'engage au cours du premier trimestre de l'année suivante à fournir au Docteur X le montant annuel des honoraires versés déduction faite de la redevance, nécessaire à sa déclaration de revenu d'activité professionnelle."

A la lecture des contrats, il appartient donc à l'établissement de recouvrer les produits résultant des consultations des médecins libéraux. Les contrats précisent que les praticiens s'engagent à rembourser le centre des frais qu'il engage sur la base des frais réels. L'établissement devrait donc facturer à ces derniers le montant des prestations ainsi évaluées, sur la base d'une comptabilité analytique.

Or en fait, l'établissement encaisse le montant des produits de l'activité, déduction faite du montant d'une redevance versée par le praticien dont le taux a été négocié avec l'établissement. Il n'est pas ressorti de l'instruction que les frais engagés étaient refacturés aux praticiens sur une base réelle.

En outre, les taux de redevance sont très variables selon les praticiens ; ils ont été négociés avec l'établissement. Pourtant, les contrats précisent que ce taux « correspond aux frais de fonctionnement pris en charge par le centre de santé ; cette redevance comprend notamment les amortissements corporels pour équipements et locaux, ainsi que le personnel qui intervient ».

Une comptabilité analytique même sommaire, devrait permettre à l'établissement de calculer la redevance sur la base de frais réels et non de manière forfaitaire.

En termes de management, c'est actuellement l'équipe de direction du centre hospitalier²⁴ qui est chargée de sa gestion. Elle ne peut donc y consacrer qu'un temps très contraint. Une équipe de direction, même restreinte, dédiée à la structure semble nécessaire, au moins sur une durée limitée pour aider à sa réorganisation.

L'ordonnateur a indiqué que deux procédures de facturation des recettes d'activité (part sécurité sociale et part patient) ont été récemment élaborées. Elles doivent être mises en application et faire l'objet d'un travail d'appropriation au sein des services de l'ordonnateur, ainsi qu'avec le Trésor Public. La démarche de préparation à la certification engagée par l'établissement pourrait constituer une réponse à cette insuffisance pour faciliter la gestion quotidienne (salles, effectifs, activité) du centre de santé.

4.2. L'analyse financière du centre de santé

Le compte financier unique ne présente pas une analyse détaillée des soldes intermédiaires de gestion du centre de santé. La chambre a donc procédé au retraitement de son résultat pour faire apparaître les principaux agrégats.

L'analyse des comptes financiers²⁵ du centre de santé pour les exercices 2008 à 2013, a mis en exergue la situation très tendue, et dépendante des aides extérieures. Le taux de consommation de la valeur ajoutée par les charges de personnel a représenté une moyenne de l'ordre de 110 % sur toute la période. La marge brute a été quasiment toujours négative, sauf en 2008 et 2010 où elle ne dépassait pas 30 000 €. Quant au résultat, toujours négatif sur toute la période, il a atteint un total cumulé de près de 0,9 M€ à fin 2013.

²⁴ Le directeur de site, temporairement directeur des ressources humaines par intérim du centre hospitalier de Dreux aidé en cela par la directrice des ressources humaines et par la responsable des finances.

²⁵ Voir annexe N°11.

4.2.1. Une activité qui ne permet pas aux recettes variables de couvrir des charges fixes

Les recettes du centre de santé sont constituées essentiellement :

- des versements de l'Assurance Maladie pour environ 77 à 80 % des recettes totales, soit 2 M€, en moyenne annuelle ;

- de subventions versées par les collectivités locales : dans un premier temps, la communauté de communes a versé une aide de 173 323 € afin de combler le solde des déficits antérieurs au 31 décembre 2008. Puis, au coup par coup, d'autres collectivités bénéficiaires des prestations du centre sont intervenues selon des montants variables : près de 218,5 K€ en 2010, 42,7 K€ en 2012.

En 2011 et 2012, l'ARS a versé une subvention de 50 000 € au titre de diverses mesures régionales (non reconductibles).

En 2011, le centre de santé a été retenu pour l'Expérimentation de Nouveaux Modes de Rémunération (ENMR) avec mise en place d'un médecin coordonnateur et de l'éducation thérapeutique du patient avec à la clé des crédits, accordés à ces titres, de 44 182 € pour cet exercice et de 58 890 € pour 2012.

En 2009 la diminution des produits d'exploitation (-2,56 %) a résulté d'une baisse de l'activité du centre. En outre, une circulaire a fixé de nouvelles règles de cotation pour les actes de radiologie : le second acte effectué un même jour sur le même patient est facturé à la moitié du prix du premier. Le manque à gagner de cette disposition a été de 51 600 € en année pleine.

En 2011, la baisse d'activité en radiologie (-21,4 % d'actes) liée à de nombreuses pannes a motivé le remplacement des équipements en 2012 pour un coût de 130 813 €, supporté par le budget principal du centre hospitalier et non sur celui incluant le centre de santé. Une hausse de l'activité devait en résulter mais dans les faits, elle a baissé de 2 % en 2012 par rapport à 2011.

Enfin, la lourdeur administrative liée à l'émission des titres de recettes a conduit à un retard de 15 mois dans l'émission de ceux des exercices 2008 et 2009, privant ainsi le centre de santé de trésorerie pendant tout ce temps.

En ce qui concerne les charges, les dépenses de personnel ont représenté, sur la période 2008 à 2013, plus de 85 % des dépenses d'exploitation et plus de 100 %, voire 120 % de la valeur ajoutée pour certains exercices. Elles ont augmenté en moyenne de 1,9 % par an²⁶.

En 2011, le nombre total d'ETP²⁷ s'est élevé à 29,8 selon les données transmises par l'EPS. En 2013, l'établissement indiquait que le nombre d'ETP s'élevait à 27,7.

Concernant les dépenses de personnel, alors que l'on constatait que le nombre d'ETP non médicaux du centre avait diminué en passant de 20,6 ETP en 2011 à 17,7 ETP en 2013, le montant global des charges de personnel du centre a cru sur la période passant de 1 832 644 € en 2008 à 2 052 936 € à fin 2013, soit une évolution moyenne annuelle de 2,30 %.

²⁶ Voir annexe N°11

²⁷ Voir annexe N°12

Tableau n° 13 : Ratios liés aux effectifs du centre de santé

	ETP réalisé 2011	ETP réalisé 2012	ETP réalisé 2013
ETP administratif (A)/ ETP non médicaux (A+B+C)	0,50	0,49	0,45
ETP administratif/ ETP personnel soignant+ paramédical (B+C)	0,99	0,95	0,81
ETP administratif / ETP personnel médical (D)	1,08	0,97	0,79

Source : réponses au questionnaire N° 2 fournies par l'établissement

Selon l'étude du cabinet sur laquelle s'est appuyée l'Inspection Générale des Affaires Sociales²⁸, le ratio des charges de personnel administratif (hors auxiliaires-cette information n'étant pas précisée par le centre hospitalier rapporté au personnel soignant doit être inférieur à 1. Ce résultat est obtenu par l'établissement pour les exercices 2012 et 2013, et s'améliorerait, alors que 2011 affichait un ratio de 1,08.

A la lecture du rapport de présentation 2014 du centre hospitalier, la stratégie pour contenir le déficit à – 0,127 M€²⁹ semble reposer principalement sur la poursuite de la maîtrise des charges de personnel, dont il est prévu qu'elles augmentent moins vite que les recettes d'activité.

Afin de présenter le budget en équilibre, l'établissement a réduit artificiellement les dépenses de personnel du budget du centre de santé en les imputant sur le budget du centre hospitalier ; c'est ainsi qu'en 2014 une somme de 119 000 € imputable au budget du CS a été affectée au budget H.

La chambre a constaté que les agents en repos fixe bénéficiaient d'une situation plus favorable que ce que prévoit l'article 1 du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail dans la fonction publique hospitalière. Selon l'accord sur l'aménagement et la réduction du temps de travail signé le 14 décembre 2001, qui a fait l'objet d'un avenant en 2004 et d'un second en 2006, cette catégorie d'agents ne réalise que 1 589 heures annuellement, quand la durée légale est de 1 607 heures. Le décompte annuel du temps de travail des agents en repos fixe est variable chaque année, étant fonction du nombre de jours fériés. En 2014, la durée du travail a été de 1 589 heures. Elle devrait être de 1 596 heures en 2015 et de 1 607 heures maximum en 2016, selon l'ordonnateur.

Enfin, une permanence médicale a été mise en place en juillet 2008. Elle était assurée les après-midi de semaine et les samedis matins dans les services de médecine et de SSR. Le cout total de cette mesure, a été de 16 300 € sur 3 ans. Ne s'appuyant sur aucun texte, cette permanence a été supprimée en aout 2010.

Recommandation : Elaborer des tableaux de bord de suivi comptable du seul centre de santé, assortis des indicateurs permettant de donner une vision précise et constamment actualisée de sa situation financière, tel que le taux de consommation des crédits relatifs, notamment aux comptes de charges de personnel.

²⁸ Etude citée dans le rapport de l'IGAS "Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain" : rapport de l'IGAS, juillet 2013.

²⁹ Déficit qui, selon les premières informations issues du compte financier serait de -0,037 M€

4.2.2. Le plan de retour à l'équilibre³⁰ élaboré par l'établissement en mai 2009 n'a pas résolu les difficultés du centre

L'établissement et ses partenaires se sont intéressés à la situation du centre. Ainsi, un premier audit mené par le cabinet Ernst et Young, en mars 2008, a permis de mettre en exergue les activités à l'origine des déficits, à savoir le centre de soins de première intention (CSPI), l'angiologie, la phlébologie, la préparation à la naissance, le traitement de l'alcoologie, ou encore l'ophtalmologie. A l'inverse, l'activité de radiologie rapportait 32 % des recettes.

La même année, l'audit ENSP PARTENARIAT a complété ce premier travail en précisant notamment que toutes les charges de fonctionnement du centre de santé n'étaient pas supportées par son budget³¹, une partie restant à la charge du budget principal à savoir :

- un loyer à verser au centre hospitalier pour la mise à disposition des locaux estimé à 100 000€ par an ;
- un montant de 326 500 € de charges de structure ;
- des charges de personnel valorisées à 57 600 € pour son fonctionnement strictement administratif.

Par conséquent, le déficit du CS était plus élevé que celui qui se calcule à partir des comptes le concernant. Les dépenses prises en charge par le budget H ont ainsi été évaluées, en 2008, à près de 0,5 M€, qu'il conviendrait de reporter sur le budget du centre.

A la même date, l'établissement a réalisé un audit en interne. Celui-ci a mis en exergue les activités déficitaires comme les spécialités nécessitant l'achat d'équipements médicaux ou la présence d'infirmières et d'assistantes sociales, les missions d'intérêt général (pas ou peu subventionnées, soit par l'assurance maladie, soit par les collectivités) et les activités en développement.

Les activités excédentaires ont également pu être reconnues : celles dont la répartition des recettes sont adaptées aux coûts de fonctionnement, ainsi que celles pour lesquelles il y a une occupation de l'ensemble des plages horaires disponibles ou une forte demande alors que l'offre est faible.

Ce même audit préconisait plusieurs pistes pour atteindre l'équilibre. Ainsi, il préconisait :

- d'augmenter l'utilisation des matériels médicaux afin de les rentabiliser (endoscope, équipements ophtalmologiques, échographe cardiaque),
- de développer les activités dont la demande était importante : ophtalmologie, rhumatologie, dermatologie, cardiologie ;
- de rationaliser l'occupation des salles de consultation (+10 demi-journées hebdomadaires),
- d'augmenter l'activité de 70 %, soit 33 000 consultants supplémentaires, à coûts constants (pour mémoire fin 2007, le nombre de consultants était de 47 910),
- de réorganiser le personnel médical et non médical en radiologie.

³⁰ Il ne s'agit pas d'un PRE au sens de la circulaire DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 relative à l'équilibre financier des établissements de Santé, mais d'une démarche de sincérité des comptes du centre de santé effectuée par l'établissement lui-même.

³¹ M. Lorson a précisé qu'il fallait également tenir compte du fait qu'une partie du personnel du centre de santé peut également venir en support de l'activité de l'centre hospitalier, notamment le personnel d'accueil.

L'établissement a su mettre en exergue les points forts et faibles de son centre de santé et arrêter une stratégie de rétablissement de son équilibre financier. Par conséquent, il semble qu'il aurait pu faire l'économie des deux précédents audits, d'autant plus qu'il aurait pu avoir recours à des accompagnements publics (type MEAH).

Ayant acté les résultats des divers audits, l'établissement a indiqué avoir mis en œuvre des mesures afin de retrouver l'équilibre dès 2010.

Il s'agissait, d'une part d'agir sur les charges à savoir :

- la réorganisation du personnel affecté à l'activité de radiologie. Cela n'a pas permis de redresser les résultats³² de cette activité : ces derniers sont passés de 42 851 € en 2011, à 50 655 € en 2012 et à 29 250 € en 2013. En outre, le nombre d'ETP de manipulateurs de radios est passé de 2,9 en 2011 à 4 en 2013 ;
- une réduction des charges patronales (médecins désormais soumis au statut de travailleur indépendant et pour lesquels le centre de santé ne paie plus de charges) : l'économie a été estimée à 55 979 € ;
- la juste application du taux réduit URSSAF pour les médecins salariés cotisant au régime général qui ont un autre employeur ;
- la réduction des dépenses avec l'adhésion au groupement de marché d'Île-de-France (RESAH) pour les dépenses de spécialités pharmaceutiques. L'établissement disposant d'un suivi mensuel des dépenses de spécialités pharmaceutiques, le montant de ces dernières est passé de 26 945 € en 2011 à 19 591 € en 2013. Cependant, il est impossible en l'état de savoir s'il s'agit réellement d'une baisse des prix ou d'une baisse des quantités consommées et donc achetées.

D'autre part, il convenait de favoriser l'encaissement des produits grâce à diverses mesures comme l'augmentation du temps d'utilisation de l'échographie cardiaque qui a permis d'augmenter les recettes de 6 611 € au total pour les années 2010 à 2013.

La mise en place du médecin optant devrait être mieux encouragée. Il est nécessaire que les médecins et les secrétariats médicaux proposent de manière plus volontariste ce système aux consultants, notamment ceux de la file active. En effet, si le montant des recettes attendues était de 5 750 € en 2009 pour 250 patients potentiels, et 46 000 € en 2010 pour 1000 patients potentiels, au final, le gain sur 3 ans n'aura été que de 2 093 €.

Face aux annulations tardives de rendez-vous trop nombreuses (près de 10 % de taux d'annulation d'après le plan de retour à l'équilibre), il a été décidé de changer le logiciel de rendez-vous, et de rappeler les patients par « SMS ».

³²Les résultats ainsi comparés proviennent de la comptabilité analytique mise en place par l'établissement lui-même.

De même, la gestion des factures, des rejets et des impayés par l'équipe dédiée à la facturation est une procédure complexe³³, contribuant à retarder l'envoi de la facture à l'assurance maladie notamment lorsqu'elle ne peut être établie de manière électronique. La rédaction d'un guide des procédures ne peut être qu'encouragée afin de faciliter la gestion de l'accueil puis de la facturation. L'établissement a indiqué ne pas en avoir élaboré dans le cadre de la chaîne comptable mais envisage sa réalisation dans le cadre de la démarche de préparation à la certification des comptes).

Des mesures d'organisation ont également été développées :

- Le centre de santé a fait l'acquisition d'un logiciel permettant de rationaliser les travaux de l'ordonnateur et du comptable et de les alléger ;
- Afin de réduire le taux d'impayés de tiers payant (22,82 € par patient en 2009), pour des montants minimes (- de 15 €)³⁴, des dispositions ont été prises :
 1. la conservation de la carte vitale à l'accueil ;
 2. la mise en place d'une procédure permettant d'obtenir les renseignements nécessaires au recouvrement par le trésorier;
 3. la mise en place d'un rappel automatique des patients dont les rendez-vous sont trop éloignés de la date de prise de ce rendez-vous ;
 4. la non application du principe du tiers payant si le patient ne présente pas les documents nécessaires ;
 5. le développement d'une gestion automatisée des remboursements effectués par les mutuelles afin de permettre un meilleur taux de recouvrement des recettes relatives au tiers payant.
- La mise en œuvre d'une démarche de fiabilisation des comptes a permis d'améliorer le montant des restes à recouvrer du centre qui sont passés de 60 269 € à 41 622 € à fin 2013³⁵.

³³ Il s'avère que la facturation sous forme « papier » demeure importante dans les CS puisque l'étude « Référis » (sur laquelle s'est basée l'IGAS pour son rapport), établit que sur 30 CS étudiés, 18 seulement avaient un taux d'activité télétransmise supérieur à 70 %, soit en raison de l'absence de CARTE VITALE notamment. Cette facturation papier ne donne pas de garantie de paiement, les caisses quant à elle priorisant les flux électroniques. Les relances sont donc nécessaires, et l'un des centres visités a même indiqué que 99% des feuilles papier ne sont tout simplement pas payées.

Une fois la facturation effectuée, le centre doit également gérer les retours : paiements, rejets ou impayés. Les rejets représentent une moyenne de 2.2 %, (dans une fourchette allant de 0 à 9 %), et prennent beaucoup de temps. Ils nécessitent de comprendre les principales causes du rejet et de refaire la facture en version « papier ». Dans ce type de procédure, la complexité s'explique également par la multiplicité des interlocuteurs, qui sont aussi nombreux qu'il y a de régimes et de caisses.

³⁴ Le circuit du patient n'était pas optimum: ce dernier n'était pas obligé de repasser à l'accueil après la consultation pour la régler.

³⁵ La remise de service du comptable a fait l'objet de réserves de la part du nouveau comptable, notamment sur les états de restes à recouvrer sur pièces prises en charge depuis 2005. Le centre de santé comporte, à ce titre un montant de 8 525.83 € de titres prescrits à la date du 15 décembre 2014.

Au final, on peut estimer que les recettes générées par les différentes mesures mises en œuvre (hors le coût des ressources humaines mobilisées pour suivre les mesures prises) s'élevaient à fin 2013 à près de 0,5 M€ cumulées.

Tableau n° 14 : **Valorisation des mesures prises**

Recettes ou économies réalisées (en €)	2011	2012	2013
Mesures salariales concernant les libéraux			135 000
Echographe	1 652	1 652	1 652
Subventions Collectivité	40 000	40 000	40 000
Recettes AMI	4 189	4 395	3 236
médecin optant	184	759	1 150
ENMR	44 183	58 890	69 403
Plaies et cicatrisation			1 035
Consultation chirurgie vasculaire			1 325
TOTAL ECONOMIES ou recettes supplémentaires	90 208	105 696	252 801

Source : calculs de la chambre d'après les données de l'ordonnateur

D'autres pistes de réflexion pourraient être étudiées comme la gestion d'une file active de patients qui pourrait permettre de garantir un niveau d'activité constante ou comme l'optimisation des plannings. En effet, à partir des rapports d'activité, la chambre a pu observer que le taux d'occupation des salles du centre de santé a diminué sur la période, passant de 70 à 63 %, ce qui laisse une marge d'optimisation supérieure à 35 % à fin 2013.

La renégociation³⁶ du CPOM devait permettre de générer de nouvelles ressources avec l'octroi du fonds d'investissement pour la qualité et la coordination des soins. Cependant, l'établissement a³⁷ indiqué qu'aucune révision n'était finalement intervenue.

En conclusion, compte tenu des moyens dont dispose le centre hospitalier (informatique, humains et surtout financiers), les activités promues en son sein nécessitent un soutien financier permanent de différents partenaires : ARS, collectivités locales, Etat.

Par ailleurs, il est relevé que la population houdanaise disposait d'un revenu net déclaré de 25 247 € par foyer fiscal en 2009 selon les dernières données INSEE, alors que ce même revenu est de 18 355 € en France et de 25 088 € dans les Yvelines en moyenne. Il semble donc que cette population puisse faire face à des dépenses de santé, sans avoir recours pour sa grande majorité à ce type d'offre de soins, qui s'adresse en priorité à des populations moins favorisées.

En conséquence, il appartient à la direction du centre hospitalier de s'interroger sur la viabilité à long terme de ce centre.

³⁶ Page 27 du rapport d'activité du CS 2012

³⁷ Page 4 de la note de la direction

En réponse, l'ordonnateur a souhaité rappeler que le centre de santé répondait aux trois critères du pacte santé territoire du ministère de la Santé³⁸. Il a précisé, au surplus, que l'offre de soins proposée concerne un bassin de population allant de Dreux à Plaisir selon les spécialités. Aussi, selon lui, si la population yvelinoise présente des indicateurs économiques permettant de s'interroger sur la nécessité de cette structure, celle-ci ne représente que la moitié de la patientèle. 40 % des patients sont issus du canton de Dreux (28) et 28 % de l'Eure. La population de l'agglomération de Dreux dispose en effet d'un revenu net déclaré de 17 662 € bien inférieur à la moyenne française. Ce centre de santé répond donc bien, selon lui, à sa mission sociale.

La chambre n'a pas contesté que le centre de santé remplit bien sa mission telle que l'ordonnateur la présente. Elle s'interroge toutefois sur l'ampleur de ses difficultés financières, que reconnaît la direction, et sur leur soutenabilité pour le budget plus global du centre hospitalier. Elle estime que ces difficultés ne sauraient durer sans remettre en cause le bon fonctionnement du centre hospitalier dans son ensemble.

5. PRÉPARATION DE L'ÉTABLISSEMENT A LA DÉMARCHE DE CERTIFICATION DES COMPTES

Bien que l'établissement ne soit pas soumis à la certification de ses comptes au regard du montant des produits de son budget principal, inférieur à 100 millions d'euros, il a, néanmoins, entrepris une démarche de sincérité des comptes en s'inscrivant dans la logique de la certification de ses comptes prévue par l'article 17 de la loi HPST, inscrit dans le code de la santé publique (article L. 6145-16) et ses décrets d'application.

Il n'existe pas de convention passée avec le comptable mais des échanges très fréquents entre l'établissement et ce dernier.

Dès 2012, en collaboration avec le Trésor public, l'ordonnateur a élaboré un premier plan d'action détaillé pour plusieurs cycles :

- concordance entre inventaire et actif ;
- justification des provisions ;
- politique de recouvrement.

L'établissement compte s'appuyer sur l'outil de diagnostic de l'ANAP (Agence nationale de la Performance) afin de permettre à tous les services d'identifier les bonnes pratiques pour les développer, sur la base de guides de procédure.

Une première réunion a eu lieu en mars 2014 avec tous les services pour les sensibiliser au contrôle interne comptable.

La direction a indiqué que le centre hospitalier a établi, notamment, des procédures concernant le recouvrement de ses recettes et travaille en collaboration avec le comptable afin de diminuer le nombre de titres non recouverts. Il a également mis en place un plan d'apurement des créances.

³⁸ Offrir une offre de soins diversifiée dans des locaux uniques afin de faciliter le parcours de soins du patient ; apporter une réponse en termes d'accessibilité aux soins sur un territoire fragile et permettre une accessibilité financière.

ANNEXES**Annexe n° 1 : Evolution de la masse salariale-budget consolidé**

MONTANTS EN €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne annuelle
Rémunérations du personnel non médical (en brut) 641	7 486 000	8 177 891	8 453 009	8 816 907	8 361 071	8 350 020	1,84 %
Rémunérations du personnel médical (en brut) 642	1 034 000	1 600 430	1 776 695	1 868 469	1 817 605	1 890 564	10,58 %
Autres charges de personnel (en brut) 647	103 000	110 051	95 485	60 309	42 571	32 754	-17,38 %
TOTAL REMUNERATIONS	8 623 000	9 888 373	10 325 190	10 745 686	10 221 247	10 273 339	2,96 %
Charges sociales du personnel non médical 6451	2 701 000	2 938 681	3 011 592	3 129 824	3 016 939	3 111 039	2,38 %
Charges sociales du personnel médical 6452	320 000	277 795	293 972	352 535	348 379	384 687	3,12 %
Autres charges sociales 648	129 000	125 509	133 638	176 124	173 114	171 720	4,88 %
TOTAL CHARGES SOCIALES	3 150 000	3 341 985	3 439 202	3 658 484	3 538 433	3 667 446	2,57 %
Impôts et taxes 631-633	1 017 000	1 157 127	1 304 667	1 369 610	1 312 318	1 321 460	4,46 %
TOTAL CHARGES SOCIALES ET FISCALES	4 167 000	4 499 113	4 743 870	5 028 094	4 850 751	4 988 907	3,05 %
Personnel extérieur à l'établissement 621	223 000	285 977	370 180	183 831	308 914	340 479	7,31 %
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL	13 013 000	14 673 464	15 439 240	15 957 611	15 380 914	15 602 726	3,07 %
Charges de personnel / Produits bruts d'exploitation (en %)	85,90	91.57	93.75	95.16	91.72	92.63	
Rémun. et charges sociales / Produits bruts d'exploitation (en %)	77,70	82.57	83.58	85.90	82.05	82.76	

Source : IDAHO

Annexe n° 2 : Les principaux ratios d'analyse financière

Ratios (IDAHO)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Définition
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION (en €)	1 065 000	642 901	534 042	788 678	1 290 414	1 160 998	
Taux de marge brute	1,5	3	2,6	4,05	6,82	6,03	Produits (comptes 70 à 75)-charges (60 à 65 + 661) /Produits (comptes 70 à 75)
Moyennes pour les HL	NC	NC	NC	NC	8,41	7,76	
Taux de CAF	5,3	3,2	2,2	2,92	6,56	5,42	
Moyennes pour les HL	NC	NC	NC		7,17	6,59	
CAF brute toutes activités (en €)	878 000	558 492	399 861	552 542	1 250 755	1 033 865	(*)
CAF nette toutes activités (en €)				79 571	777 039	660 180	
Durée apparente de la dette en mois	43	60	92	58	23	24	Dette à long et moyen terme/ CAF
Moyennes pour les HL	NC	NC	NC	NC	55,97	60,02	
Ratio d'indépendance financière	28,7	25,7	27,6	24,67	19,10	16,72	Dette à long et moyen terme/ Capitaux permanents
Moyennes pour les HL	NC	NC	NC	NC	30,80	30,36	
Emprunts et dettes assimilées en €	3 165 000	2 795 173	3 060 694	2 677 246	2 397 306	2 109 043	
Taux d'intérêt de la dette	5,2	2,7	2,4	2,53	2,42	2,44	
Taux de vétusté des équipements	NC	NC	NC	79,33	74,07	72,70	Amortissement des équipements / actifs bruts concernés
Moyennes pour les HL	NC	NC	NC		73,97	75,35	
Taux de renouvellement des équipements	1,5	3	2,6	2,47	5,34	2,90	Investissement de l'exercice /actif immobilisé brut
Moyennes pour les HL	NC	NC	NC	NC	2,78	2,63	
Trésorerie (en nombre de jours de charges)	12,74	-1,51	125	6,75	33,27	46,47	Trésorerie / charges de l'exercice (comptes 60 à 65 +661)
Moyennes pour les HL			NC		72,63	67,38	
Fonds de roulement net global (en nombre de jours de charges)	25,09	19,49	29,84	25,15	56,43	63,50	Fonds de roulement net global / charges des comptes 60 à 65+661
Moyennes pour les HL			NC		99,46	95,42	
Besoin en fonds de roulement (en nombre de jours de charges)	12,36	21	18,84	18,42	23,15	17,02	Besoin en fonds de roulement / charges des comptes 60 à 65 + 661
Moyennes pour les HL			NC		23,35	23,41	

Sources : Comptes financiers et IDAHO- pour les données comparatives

(*) Produits courants+ produits financiers + produits exceptionnels encaissables (- cessions d'actif)- Charges courantes, financières et exceptionnelles décaissables

Annexe n° 3 : La capacité d'autofinancement

CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	2009	2010	2011	2012	2013
Excédent brut d'exploitation	642 901	534 042	788 676	1 290 414	1 160 998
+ Transferts de charges d'exploitation	-	-	-	-	-
+ Autres produits d'exploitation	45 550	60 962	36 391	24 923	23 472
- Autres charges d'exploitation	30 818	30 662	60 989	31 035	38 269
+ Produits financiers (sauf reprises)	-	12 982	-	-	-
- Charges financières (sauf dotations)	82 231	70 606	74 638	65 296	58 455
+ Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)	54 179	14 876	39 648	228 740	45 809
- Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)	71 089	111 233	176 547	204 057	99 689
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	558 492	410 361	552 541	1 243 689	1 033 866

Source : IDAHO

Annexe n° 4 : Le tableau de financement

EMPLOIS	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Insuffisance d'autofinancement	-	-	-	-	-	-
Titre I - Remboursement des dettes financières	438 000	384 761	907 349	472 971	473 715	373 685
- Remboursement d'emprunts hors CLTR	438 000	384 761	907 349	472 971	473 715	373 685
- CLTR	-	-	-	-	-	-
Titre II - Immobilisations	267 000	529 701	481 675	448 770	966 511	531 509
- Immobilisations incorporelles	21 000	42 868	14 770	23 984	22 406	94 938
- Terrains	-	-	1	-	-	-
- Agencements et aménagements de terrains	-	-	-	16 185	-	-
- Constructions sur sol propre	100 000	110 120	229 275	94 788	506 526	97 301
- Constructions sur sol d'autrui	-	0	-	-	-	-
- Installations techniques, matériel et outillage industriel	81 000	130 724	144 802	187 421	295 407	74 329
- Autres immobilisations corporelles	34 000	76 969	92 826	126 390	136 190	138 179
- Immobilisations en cours	31 000	169 020	-	-	5 980	126 760
Titre III : Autres emplois	7 000	150	17 572	-	-	15 447
- Participations et créances rattachées à des participations	-	-	-	-	-	-
- Autres immobilisations financières	7 000	150	-	-	-	15 447
- Charges à répartir sur plusieurs exercices	-	-	-	-	-	-
- Autres	-	-	17 572	-	-	-
TOTAL DES EMPLOIS	712 000	914 613	1 406 597	921 741	1 440 227	920 642
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	391 000	-	381 998	-	1 452 149	396 637
RESSOURCES	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013
Capacité d'autofinancement	878 000	558 492	399 861	552 542	1 250 755	1 033 865
Produits	16 448 000	17 381 072	18 020 851	19 046 094	20 059 140	19 242 422
Taux de CAF	5,34%	3,21%	2,22%	2,90%	6,24%	5,37%
Titre I - Emprunts	-	4 516	1 182 870	89 523	193 775	85 421
- Emprunts hors CLTR	-	4 516	1 182 870	89 523	193 775	85 421
- CLTR	-	-	-	-	-	-
Titre II - Dotations et subventions	219 000	206 632	180 480	139 060	582 640	10 726
- Apports	83 000	53 000	3 001	3 000	414 000	100
- Subventions d'équipement reçues	136 000	153 632	177 479	136 060	168 640	10 626
Titre III - Autres ressources	6 000	- 170 812	25 385	1 002	865 205	187 266
- Créances rattachées à des participations	-	-	-	-	-	-
- Autres immobilisations financières	-	-	-	1 002	6 289	-
- Cessions d'immobilisations	6 000	5 400	25 385	-	850 000	1 443
- Autres(dont diminution de la créance de l'article 58)	-	176 212	-	-	8 915	185 822
TOTAL DES RESSOURCES	-	598 829	1 788 596	782 129	2 892 377	1 317 279
PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT	1 103 000	315 783	-	139 611	-	-

Source : IDAHO

Annexe n° 5 : Les financements stables d'exploitation

PASSIF	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Financements stables d'Exploitation						
réserve de trésorerie	325 000	384 904	384 904	384 904	384 904	-
Réserve de compensation	251 000	261 102	227 802	268 194	185 033	341 404
Report à nouveau excédentaire		40 696	122 526	101 364	110 336	243 119
Report à nouveau déficitaire	- 851 000	- 922 139	- 1 232 549	- 1 098 168	- 1 274 397	- 1 049 725
Résultat comptable	238 000	108 164	- 5 005	- 157 085	1 380 212	333 263

Source :IDAHO

Annexe n° 6 : Encours de dette du centre hospitalier

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2008/2013 en moyenne annuelle
Remboursements d'emprunts	437 691	384 761	907 349	472 971	473 715	373 685	-2,6 %
+ Intérêts des emprunts	174 686	81 145	69 558	72 720	61 610	55 121	-17,5 %
Annuité de la dette	174 686	465 907	976 908	545 691	535 326	428 806	16,1 %
"							
Emprunts nouveaux		4 516	1 182 870	89 523	193 775	85 421	
- Refinancement de dette		-	-	-	-	-	
- CLTR		-	-	-	-	-	
Emprunts nouveaux (nets)		4 516	1 182 870	89 523	193 775	85 421	
Encours de la dette au 31/12/N	3 165 391	2 785 173	3 060 694	2 677 246	2 397 306	2 109 043	-6,5 %

Source : comptes financiers

Annexe n° 7 : Nombre d'années de CAF nécessaire au remboursement de la dette

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2008/2013 en moyenne annuelle
Encours de la dette au 31/12/N (1)	3 165 391	2 785 173	3 060 694	2 677 246	2 397 306	2 109 043	-6,5 %
CAF Brute en € (2)	878 000	558 492	410 361	552 541	1 243 689	1 033 866	2,8 %
nombre d'année de CAF (1/2)	4	5	7	5	2	2	

Source : comptes financiers

Annexe n° 8 : L'indépendance financière de l'établissement

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution 2008/2013 en moyenne annuelle
Encours de la dette au 31/12/N (1)	3 165 391	2 785 173	3 060 694	2 677 246	2 397 306	2 109 043	-6,5 %
Ressources stables (2)	10 835 475	10 852 457	11 106 096	10 851 234	12 525 494	12 610 334	2,6 %
Taux d'indépendance financière (1/2)	29 %	26 %	28 %	25 %	19 %	17 %	

Sources : comptes financiers et IDAHO

Annexe n° 9 : Taux de renouvellement des immobilisations

Taux de renouvellement des immobilisations En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Investissements de l'exercice -a	267 130	529 701	481 675	448 770	966 511	531 509
Actif immobilisé brut (comptes 20-21-23)-b	17 459 387	17 938 804	18 326 499	18 185 004	18 089 013	18 327 959
Taux de renouvellement des immobilisations (a/b)	1,53 %	2,95 %	2,63 %	2,47 %	5,34 %	2,90 %

Source : comptes financiers

Annexe n° 10 : Taux de vétusté des immobilisations

Taux de vétusté en €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amortissements : SC 2815+2818+2825+2828 (a)	3 122 574	3 266 313	3 366 325	2 988 092	2 809 847	2 825 397
Actif immobilisé 215+218+2315+2318 (b)	3 635 862	3 894 496	4 038 145	3 766 473	3 793 430	3 886 437
Taux de vétusté (a/b)	85,88 %	83,87 %	83,36 %	79,33 %	74,07 %	72,70 %

Source : comptes financiers

Annexe n° 11 : Les soldes intermédiaires du centre de santé

SOLDES en € CENTRE DE SANTE	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne 2008- 2013
Dotations et produits de tarification							
Ventes de marchandises	-	-	-	-		-	
Autres produits (70-72)	1 958 531	1 908 478	2 021 938	2 023 900	2 072 746	2 061 434	
Produits bruts d'exploitation	1 958 531	1 908 478	2 021 938	2 023 900	2 072 746	2 061 434	1,03 %
Evolution annuelle		-2,56%	5,95%	0,10%	2,41%	1,85%	Evolution moyenne 2008- 2013
Consommations en provenance de tiers (60)	120 434	119 389	139 421	124 926	118 596	135 183	2,34 %
Charges externes (61-62 sauf 621 sauf 6286)	149 466	160 849	187 019	227 914	215 638	212 134	7,25 %
- Consommations intermédiaires	269 900	280 238	326 440	352 840	334 234	347 318	5,17 %
Evolution annuelle des consommations intermédiaires		4%	16%	8%	-5%	4%	
VALEUR AJOUTEE	1 688 631	1 628 240	1 695 497	1 671 061	1 738 512	1 714 116	0,30 %
+ Subventions d'exploitation-74-	159 942	152 141	290 833	224 325	226 212	194 608	4,00 %
- Impôts et taxes 635-637	331	569	426	39	37	39	-34,68 %
- Charges de personnel (en net)621-631-633-64	1 832 644	2 004 634	1 957 487	2 002 756	1 976 186	2 052 936	2,30 %
Evolution annuelle des charges de personnel		9,38%	-2,35%	2,31%	-1,33%	2,51%	
Taux de consommation de la VA par les charges de personnel	109%	123%	115%	120%	114%	120%	
Charges de personnel / charges réelles totales	86 %	87 %	85 %	84 %	85 %	85 %	

Charges de personnel/ recettes d'activité	94%	105%	97%	99%	95%	100%	
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	15 597	-224 822	28 419	-107 409	-11 499	-144 251	-256,03%
+ Autres produits de gestion courante -75	191	444	1 794	3 541	4 552	253	5,76%
- Autres charges de gestion courante (65)	1 786	2 132	1 805	48	133	2 189	4,15%
MARGE BRUTE	14 002	-226 510	28 408	-103 916	-7 080	-146 187	-259,86%
Taux de marge brute	0,66%	-10,99%	1,23%	-4,61%	-0,31%	-6,48%	
Taux de marge brute retraitée	0,62%	-10,99%	1,23%	-4,61%	-0,31%	-6,48%	
SOLDES en K €	2008	2009	2010	2011	2012	2 013	Evolution moyenne 2008-2013
MARGE BRUTE-centre de santé en €	14 002	-226 510	28 408	-103 916	-7 080	-146 187	-260%
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation		349	659		1 091		
- Dotations aux amortissements	62 972	47 177	57 766	60 082	62 108	75 549	4%
- Dotations aux provisions et dépréciations			-			2 430	
RESULTAT D'EXPLOITATION	-48 970	-273 338	-28 699	-163 998	-68 097	-224 166	36%
+ Produits financiers	-		-	-		-	
- Charges financières	8 892	4 433	6 045	6 275	5 398	5 107	-11%
RESULTAT COURANT	-57 863	-277 771	-34 744	-170 273	-73 495	-229 273	32%
+ Produits exceptionnels		131		3 744	28 984	3 896	
- Charges exceptionnelles	6 668	1 970	11 221	20 558	17 364	2 200	-20%
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-6 668	-1 839	-11 221	-16 814	11 619	1 697	-176%
RESULTAT NET	-64 531	-279 610	-45 965	-187 086	-61 876	-227 576	29%

Source : comptes financiers

Annexe n° 12 : Les charges de personnel du centre de santé

Montant en € centre de santé	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution moyenne annuelle
Rémunérations du personnel non médical (en brut) 641	481 113	510 071	505 754	503 054	482 054	485 394	0,15%
Rémunérations du personnel médical (en brut) 642	735 539	871 579	839 912	861 336	823 099	871 607	2,87%
Autres charges de personnel (en brut) 647	9 020	8 251	8 654	11 853	11 218	11 066	3,46%
TOTAL REMUNERATIONS	1 225 672	1 389 902	1 354 320	1 376 244	1 316 371	1 368 066	1,85%
Charges sociales du personnel non médical 6451	182 287	195 167	190 427	195 717	182 331	181 248	-0,10%
Charges sociales du personnel médical 6452	219 186	168 858	154 268	164 348	156 646	173 680	-3,80%
Autres charges sociales 648	- 1 127	11 972	4 725	5 741	9 305	8 045	NS
TOTAL CHARGES SOCIALES	400 345	375 996	349 420	365 806	348 282	362 973	-1,62%
Impôts et taxes 631-633	143 745	122 090	129 669	130 976	122 508	132 393	-1,36%
TOTAL CHARGES SOCIALES ET FISCALES	544 090	498 087	479 089	496 782	470 790	495 367	-1,55%
Personnel extérieur à l'établissement 621	65 412	116 646	124 078	129 729	189 025	189 533	19,40%
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL-A-	1 835 174	2 004 634	1 957 487	2 002 756	1 976 186	2 052 966	1,89%
Charges de personnel / Produits bruts d'exploitation (en %)	94%	105%	97%	99%	95%	100%	
Rémun. et charges sociales / Produits bruts d'exploitation (en %)	83%	93%	84%	86%	80%	84%	
Charges totales Centre santé -B-	2 120 223	2 293 977	2 303 423	2 382 515	2 333 353	2 409 788	-
Taux de charges de personnel (A/B)	87%	87%	85%	84%	85%	85%	

Source : Bilan social et comptes financier



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »

Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes d'Île-de-France :
www.ccomptes.fr/ile-de-france

Chambre régionale des comptes d'Île-de-France

6, Cours des Roches

BP 187 NOISIEL

77315 MARNE-LA-VALLÉE CEDEX 2

Tél. : 01 64 80 88 88

www.ccomptes.fr/ile-de-france