



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL
DE TOULON LA SEYNE-SUR-MER
EXERCICES 2008 ET SUIVANTS**

Rappel de la procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer à partir de l'année 2008. Par lettre en date du 26 mai 2014, le président de la chambre en a informé M. Michel Perrot, directeur en fonctions.

L'entretien de fin de contrôle s'est déroulé le 3 octobre 2014 et a été finalisé le 15 octobre 2014 concernant la partie relative à la dette.

Lors de sa séance du 21 novembre 2014, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Perrot, ordonnateur en fonctions et, pour les parties qui les concernent, aux tiers cités dans le rapport.

M. Perrot a répondu par courrier du 24 février 2015.

La chambre, a, le 22 juin 2015, arrêté ses observations définitives et les recommandations auxquelles elles donnent lieu.

Ce rapport d'observations définitives a été communiqué par lettre du 3 août 2015 à M. Michel Perrot, directeur en fonctions.

M. Perrot a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe à ce rapport.

Ce rapport, accompagné de la réponse jointe est consultable sur le site des juridictions financières (www.ccomptes.fr) après sa présentation à l'assemblée délibérante.

SOMMAIRE

1.	LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE TOULON LA SEYNE-SUR-MER.....	6
1.1	PRESENTATION GENERALE	6
1.2	LA COOPERATION AVEC LES AUTRES ETABLISSEMENTS DU TERRITOIRE DE SANTE.....	6
1.3	L'IMPACT DE L'OUVERTURE EN 2012 DU NOUVEL HOPITAL SUR L'ACTIVITE.....	7
1.3.1	<i>L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)</i>	7
1.3.2	<i>Les disciplines hors champ T2A</i>	10
2.	UN PROCESSUS DE FIABILISATION DES COMPTES QUI RESTE PERFECTIBLE.....	10
2.1	LA PREPARATION A LA CERTIFICATION DES COMPTES	10
2.1.1	<i>Le calendrier et les personnes ressources</i>	10
2.1.2	<i>La méthode retenue pour l'évaluation des risques</i>	12
2.1.3	<i>Le rôle et l'implication du comptable au sein du dispositif</i>	14
2.1.4	<i>L'état d'avancement de la démarche</i>	15
2.1.5	<i>La qualité du système d'information à conforter</i>	16
2.2	UNE FIABILISATION DES COMPTES PERFECTIBLE	17
2.2.1	<i>Des comptes financiers non conformes</i>	17
2.2.2	<i>Les principes de sincérité et d'indépendance insuffisamment respectés</i>	18
2.2.3	<i>Des manquements aux règles comptables qui impactent le résultat de l'établissement</i>	20
2.3	UNE AMELIORATION RECENTE MAIS A POURSUIVRE DE LA CHAINE DE FACTURATION ET RECOUVREMENT	26
2.3.1	<i>Le recueil d'activité pour les séjours et actes CCAM</i>	27
2.3.2	<i>Une refonte tardive de la chaîne de facturation</i>	27
2.3.3	<i>La chaîne de facturation à optimiser</i>	29
2.3.4	<i>Le recouvrement</i>	31
3.	UNE SITUATION FINANCIERE PREOCCUPANTE MALGRE L'EQUILIBRE AFFICHE EN 2013	32
3.1	LE CONTRAT DE PERFORMANCE (2010-2013).....	32
3.2	L'ANALYSE DE L'EXPLOITATION (2010-2013)	34
3.2.1	<i>Les produits bruts d'exploitation (Cf. annexe 5.5)</i>	34
3.2.2	<i>Les charges d'exploitation</i>	37
3.2.3	<i>L'excédent brut d'exploitation et la marge brute</i>	42
3.2.4	<i>Le résultat</i>	44
3.2.5	<i>La capacité d'autofinancement</i>	45
3.3	LA STRUCTURE BILANCIELLE	46
3.3.1	<i>Le fonds de roulement net global (FRNG)</i>	46
3.3.2	<i>Le besoin en fond de roulement (BFR)</i>	47
3.3.3	<i>La trésorerie</i>	47
3.4	LES INVESTISSEMENTS (CF. ANNEXE 5.6).....	47
3.4.1	<i>Une gestion du protocole transactionnel mal maîtrisée</i>	48
3.4.2	<i>Des cessions servant insuffisamment les intérêts de l'hôpital</i>	50
4.	UN SURENDETTEMENT A RISQUE.....	53
4.1	UN SURENDETTEMENT COUTEUX	53
4.1.1	<i>Un recours massif à l'emprunt</i>	53
4.1.2	<i>Une structure de dette risquée</i>	56
4.2	ANALYSE DES RENEGOCIATIONS	58
4.2.1	<i>Présentation générale</i>	58
4.2.2	<i>Les renégociations portant sur l'emprunt indexé sur la parité EUR/CHF</i>	60
4.2.3	<i>Les renégociations portant sur l'emprunt indexé sur la parité USD/ YEN</i>	68
4.2.4	<i>Les autres opérations</i>	72
4.3	EN CONCLUSION, UNE GESTION CRITIQUE DE CES RENEGOCIATIONS	74
4.3.1	<i>Un recours insuffisant aux conseils extérieurs</i>	74
4.3.2	<i>Une information des instances de gouvernance et de tutelle peu transparente</i>	74
5.	ANNEXES.....	76
5.1	SYNTHESE DES OBSERVATIONS RELATIVES AUX 18 PROCEDURES EXAMINEES	76
5.2	PRODUITS ET CHARGES RATTACHES (2010-2013)	78
5.3	EVOLUTION DES DUREES D'AMORTISSEMENT (2010 – 2013).....	78
5.4	DELAI MOYEN DE RECOUVREMENT DES CREANCES SUR PATIENTS/MUTUELLES	78
5.5	PRODUITS BRUTS D'EXPLOITATION (2010 – 2013)	79
5.6	INDICATEURS LIES A LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT DU CHITS (2009 – 2012)	79
5.7	ECARTS ENTRE L'ESTIMATION DE FRANCE DOMAINE ET LES IMPUTATIONS COMPTABLES	79
5.8	ANNEES DE CESSON PREVISIONNELLES (EPRD 2012 ET 2013)	80
5.9	EVOLUTION DES CHARGES D'EMPRUNT (2008-2013)	80

SYNTHESE

Le centre hospitalier intercommunal de Toulon/La-Seyne-sur-Mer (CHITS) est un établissement public de santé issu de la fusion, en 1988, des centres hospitaliers de ces deux villes. Fin 2013, son compte de résultat consolidé (un budget principal et quatre budgets annexes) de plus de 306 M€ de recettes de fonctionnement, sa capacité de 1 282 lits et places et son effectif de 3 659,5 équivalents temps plein en font le premier établissement du Var et le premier centre hospitalier non universitaire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

Depuis l'entrée en fonctionnement du nouveau site en 2012, l'activité progresse à un rythme soutenu (+ 6,7 % en hospitalisation et + 21 % en consultations externes entre 2012 et 2013). L'établissement est toutefois en retrait sur plusieurs sujets qui le pénalisent tant en matière de prestations servies aux usagers qu'en matière de recettes. Le nombre de places de chirurgie ambulatoire reste insuffisant au regard de la taille du centre hospitalier et des objectifs arrêtés dans le schéma régional d'organisation des soins. Ses parts de marché en médecine, obstétrique et chirurgie ambulatoire sont inférieures à celles d'autres établissements dont le positionnement est comparable et les durées de séjour en médecine et chirurgie restent trop élevées.

Au regard de son positionnement d'hôpital de référence, la complémentarité qu'il met en œuvre avec d'autres établissements de santé est limitée : l'articulation avec l'hôpital d'instruction des armées de Toulon demeure faible et la communauté hospitalière de territoire dont il est membre est sans réelle consistance faite, à ce jour, d'un projet médical commun.

Constatant en 2011 un défaut de formalisation de ses procédures comptables et tirant l'enseignement d'un pilotage défaillant de certains secteurs d'une importance stratégique avérée, le centre hospitalier a engagé la démarche de certification de ses comptes à partir de l'exercice 2015. Il a fait le choix d'un accompagnement extérieur en s'attachant les services d'un groupement de conseils en novembre 2011. Les corrections d'écritures comptables ont été initiées en 2012 et se sont poursuivies en 2013. La démarche de fiabilisation des comptes demeure cependant largement en cours avec une analyse des risques comptables insuffisante, plusieurs insincérités comptables concernant les tarifs journaliers de prestations, certaines provisions, la reprise de la provision constituée au titre du financement des surcoûts financiers du nouveau site, des durées d'amortissement excédant les préconisations de l'instruction budgétaire et comptable M21, les facturations du budget principal aux budgets annexes.

Si la construction du nouvel hôpital et les transferts de services d'un site à l'autre ont présenté une évidente complexité et requis une forte mobilisation des ressources, il est toutefois difficile de concevoir que l'établissement ait pu si tardivement s'engager dans la nécessaire structuration de son service informatique et du bureau des entrées. Force est de constater un déficit de longue durée en matière d'encadrement de ces services et un défaut évident d'anticipation sur certains projets de premier plan dont la mise en place du nouveau circuit administratif du patient à Sainte-Musse et l'efficacité de la chaîne de facturation.

L'accroissement d'activité a généré une hausse des recettes (+ 8,9 % soit + 10,8 M€ en 2013) indispensable à l'établissement pour couvrir la hausse des charges d'ores et déjà effective et à venir. Plusieurs points invitent toutefois à la prudence. Une partie (cessions d'actifs, aides en crédits non reconductibles) présente un caractère exceptionnel (5,3 M€ en 2013) et doit donc être retirée des prévisions de fonctionnement. La progression de l'activité connaîtra nécessairement un effet plateau, une fois le nouvel hôpital en fonctionnement de routine. Enfin, l'évolution des tarifs s'inscrit dans la politique nationale de retour à l'équilibre des comptes de l'Assurance Maladie.

Parallèlement, si la mise en fonctionnement du nouveau site a représenté un coût qui n'a pas vocation à perdurer, les charges de personnels liées au déploiement de nouvelles activités, à l'accroissement de capacités existantes (+ 96 lits), celles résultant des nouvelles modalités de fonctionnement du bâtiment présentent un caractère pérenne que l'établissement devra couvrir par des produits. Elles ont été évaluées à 24 M€ (20 M€ pour les charges de personnel et 4 M€ sur les services techniques, logistiques et biomédical). Les charges financières devront également faire l'objet d'une vigilance particulière compte tenu du niveau d'endettement atteint.

Les résultats déficitaires ont notablement réduit la capacité d'autofinancement de l'établissement, posant la question des possibilités d'investissement du CHITS pour les années à venir. L'enjeu pour l'établissement est de calibrer le niveau de ses charges de façon à restaurer puis maintenir durablement une situation d'équilibre budgétaire réel.

Le financement du nouveau site a bénéficié d'aides octroyées dans le cadre du plan hôpital 2007 et du plan d'investissement en santé mentale (265,2 M€). L'apport des cessions d'actifs s'est avéré plus modeste que prévu compte tenu de l'écart entre l'estimation de France Domaine et les prix de cession, nets de la nécessaire intégration des amortissements restant à constater. Lors de la cession de la partie du site de Font Pré à Bouygues, le centre hospitalier a fait le choix d'un appel à projets sans que la mise en concurrence ne puisse pleinement produire ses effets (critères inclus dans le cahier des charges, analyse des offres). Le coût de construction du bâtiment a connu une réelle dérive depuis le concours de maîtrise d'œuvre (125,58 M€) jusqu'au décompte général des dépenses qui était toujours en cours fin août 2014 (307,98 M€), soit + 182,4 M€, en raison des modifications actées en cours d'opération. Lors de la négociation du protocole transactionnel signé avec le groupement d'entreprises, l'établissement n'a pas su servir au mieux ses intérêts.

Des investissements d'un montant très élevé, des fonds propres insuffisants et un besoin en fonds de roulement non maîtrisé, ont conduit l'hôpital au surendettement. L'encours de la dette est ainsi passé de 52,6 M€ début 2008 à 286,6 M€ fin 2013 mettant gravement en cause l'indépendance financière et la capacité de remboursement de l'établissement. Dès 2020, en effet, ses ressources propres provenant des amortissements techniques ne couvriront plus le remboursement de la dette.

En outre, alors qu'elle en connaissait les risques, la direction de l'hôpital a, à compter de 2007, engagé l'établissement sur des positions spéculatives à haut risque sur des durées longues (jusqu'en 2043), afin de réaliser des gains financiers à très court terme. Ces constats caractérisent une stratégie de fuite en avant.

Alors que depuis 2009, les risques liés aux emprunts structurés ne peuvent plus être ignorés en raison de la publication de nombreux avertissements sur le sujet, l'hôpital n'a effectué des renégociations pour sécuriser sa dette que fin 2011, continuant ainsi sa gestion à court terme visant à profiter des taux « bonifiés ». De surcroît, il ne s'est fait assister par un conseil spécifique qu'à partir de 2012, alors que la plupart de ses emprunts structurés avaient été sécurisés. L'hôpital a donc géré les différentes renégociations au coup par coup, dans la précipitation et sans stratégie d'ensemble. Or, le coût de celles-ci, particulièrement élevé, a été en grande partie occulté. Les instances de gouvernance n'ont été ainsi informées du paiement d'indemnités de sorties qu'à hauteur de 5 M€ environ alors qu'elles ont été en réalité supérieures à 12 M€.

Les conditions financières des renégociations manquent donc de transparence et l'intérêt pour l'hôpital de les avoir conclues est loin d'être démontré notamment dans le cas de la renégociation d'une partie d'un emprunt indexé sur la parité YEN/USD. Cette opération a en effet généré le paiement d'une indemnité de 10,5 M€ alors que le dollar n'a cessé par la suite de s'apprécier par rapport au yen. Le taux aujourd'hui applicable serait donc le taux bas de 2,75 % si l'emprunt n'avait pas été renégocié. L'indemnité a donc été payée en pure perte suite à une décision précipitée qu'aucune urgence n'imposait.

Malgré ce prix élevé payé pour sécuriser une partie de la dette, un risque important d'augmentation des frais financiers persiste. Le surcoût du prêt à barrière EUR/CHF toujours en vigueur a été estimé en 2013 à environ 2,8 M€ en moyenne chaque année sur la période 2015-2019 et il est sans doute sous-évalué car il a été établi avant la baisse de l'euro de près de 20 % enregistrée début 2015. L'hôpital a dû constituer en 2012 une provision de 33 M€ pour couvrir ce risque, venant aggraver d'autant son report à nouveau déficitaire.

La charge de la dette pèse donc lourdement sur la situation financière de l'établissement et compromet son devenir en obérant ses capacités d'investissement pour le futur.

Le CHITS, qui a bénéficié d'un accompagnement significatif de son projet d'investissement, se trouve néanmoins dans une situation délicate pour assurer le fonctionnement courant de son activité et financer les surcoûts d'investissement d'un projet dont le montant a connu une forte dérive. Le nécessaire redressement financier de l'établissement doit s'accompagner d'une gouvernance active, d'un pilotage efficient et de la mise en œuvre et du suivi de procédures structurantes, notamment dans le domaine comptable et financier.

RECOMMANDATIONS

La chambre formule onze recommandations :

Recommandation n° 1 : Revoir l'organisation de l'établissement pour se donner les moyens d'atteindre l'objectif d'activité en chirurgie ambulatoire.

Recommandation n° 2 : Rendre effectifs les travaux de la commission des admissions et consultations non programmées, conformément à la circulaire du 16 avril 2003, de façon à améliorer la fluidité des parcours patients et réduire les durées de séjour en médecine et chirurgie.

Recommandation n° 3 : Intégrer systématiquement les éléments de contrôle interne dans les procédures.

Définir les modalités de vérification de l'effectivité du contrôle interne.

Recommandation n° 4 : Elaborer un rapport d'activité reflétant la situation réelle et explicite de l'établissement et comprenant des informations permettant d'éclairer les décisions des différents acteurs.

Présenter le rapport d'activité concomitamment au compte financier.

Recommandation n° 5 : Formaliser les modalités de facturation du budget principal aux budgets annexes dans le respect de la sincérité des comptes.

Recommandation n° 6 : Reprendre les provisions devenues sans objet ou irrégulièrement constituées.

Définir et formaliser les modalités de constitution de la provision pour dépréciation de comptes de redevables.

Recommandation n° 7 : Reprendre annuellement la provision constituée au compte 142 à hauteur du taux de prise en charge des surcoûts à compter de 2016.

Recommandation n° 8 : Définir des objectifs cohérents avec la mise en place de FIDES en matière de rythme et de qualité de facturation et mettre en place les indicateurs de suivi correspondants.

Recommandation n° 9 : Développer et sécuriser l'encaissement en régies sur les différents sites de l'établissement en relation avec le comptable.

Recommandation n° 10 : Poursuivre la révision à la baisse des tarifs journaliers de prestations en appliquant les modalités de calcul prévues par la réglementation.

Recommandation n° 11 : Comptabiliser en charges toutes les soultes et indemnités de renégociation quel que soit le mode de règlement retenu.

1. LE CENTRE HOSPITALIER INTERCOMMUNAL DE TOULON LA SEYNE-SUR-MER

1.1 Présentation générale

Le centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer (CHITS) est le premier établissement de santé du Var et le premier centre hospitalier non universitaire de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le CHITS a vu son positionnement conforté par l'ouverture du site de Sainte-Musse à compter de mars-avril 2012. A cette occasion, certains services cliniques et médico-techniques ont été regroupés entraînant la fermeture du bloc opératoire, du bloc obstétrical et du laboratoire de La Seyne-sur-Mer. Dans le domaine de la logistique, des rationalisations, mutualisations, utilisations de nouvelles technologies ont été mises en œuvre pour obtenir des gains de productivité et recentrer les soignants sur leur cœur de métier.

L'établissement est aujourd'hui installé sur trois communes :

- L'hôpital Sainte-Musse à Toulon réunit les services autour du plateau technique et répond aux besoins du territoire de santé de la grande agglomération toulonnaise (500 000 habitants),
- L'hôpital de La Seyne-sur-Mer apporte une réponse de proximité pour l'ouest du département (à ce titre, l'imagerie et les urgences y ont été maintenues avec une garde unique localisée à Sainte-Musse),
- L'hôpital Clémenceau sur La Garde conforte la filière de prise en charge des personnes âgées.

Le CHITS compte 1 282 lits et places répartis entre le champ sanitaire et médico-social. Il dispose d'un plateau technique intégrant un bloc opératoire de 12 salles, une salle de coronarographie, une maternité de niveau II b¹, un service de réanimation de 16 lits, un service de surveillance continue de 8 lits, un laboratoire d'analyses médicales, une pharmacie à usage interne et un service d'imagerie doté de trois scanners, d'un IRM et d'un TEP-SCAN². Au 31 décembre 2013, il emploie 3 659,5 Equivalents Temps Plein (ETP) moyens rémunérés dont 357,6 ETP médicaux.

1.2 La coopération avec les autres établissements du territoire de santé

Le territoire de santé sur lequel l'établissement est implanté se caractérise, entre autre, par une concentration de l'offre de soins territoriale sur la bande littorale qui amène une certaine concurrence entre établissements et une population, pour partie en situation de précarité³.

Outre la présence de neuf cliniques qui proposent une offre structurée notamment en chirurgie, l'un des neufs hôpitaux d'instruction des armées (HIA), l'hôpital Sainte-Anne inauguré en novembre 2007, est implanté sur Toulon. Une coopération a été formalisée entre le CHITS et Sainte-Anne dans les disciplines suivantes : neurochirurgie, radiologie interventionnelle périphérique, activité neuro-vasculaire, chirurgie vasculaire, urologie. En 2010, le CHITS a abandonné son autorisation d'équipement de caisson hyperbare au profit de l'HIA. Les autres projets de coopération (médecine nucléaire, dermatologie, infectiologie) sont en phase d'élaboration et de formalisation.

La chambre constate que des marges de progression demeurent pour aboutir à une véritable complémentarité des deux établissements intégrant une gestion optimale des moyens (personnels médicaux et équipements).

¹ Maternités de niveau I : réalisent les accouchements dits à bas risque. Niveau II : disposent en plus d'un service de néonatalogie avec un service de néonatalogie (niveau II a), avec un service de néonatalogie et de soins intensifs en néonatalogie (niveau II b). Niveau III : disposent également d'un service de réanimation néonatale.

² TEP Scan : Tomographie par Émission de Positrons.

³ Programme territorial de santé du Var.

Le CHITS s'est par ailleurs engagé dans une coopération avec deux autres établissements publics de santé dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire (CHT) : le centre hospitalier d'Hyères⁴ et l'hôpital Renée Sabran également à Hyères depuis fin 2013. Cette coopération peine à convaincre du fait de l'absence de véritable projet médical alors même que celui-ci doit être le socle fondateur de la communauté hospitalière de territoire selon l'article L. 6132-2 du code de la santé publique. En outre, la convention constitutive ne fait pas mention des modalités de mise en cohérence des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens, des projets d'établissements, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements, éléments également prévus à l'article précité dudit code. Par ailleurs, l'un des membres pressentis, le centre hospitalier de Brignoles, n'a pas encore adhéré malgré plusieurs démarches dont celle de l'Agence Régionale de Santé (ARS).

1.3 L'impact de l'ouverture en 2012 du nouvel hôpital sur l'activité

1.3.1 L'activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)

Durant la période sous revue, l'établissement a ouvert 96 lits et places supplémentaires et modifié la répartition de son offre de soins entre les sites. Ainsi, celui de La Seyne-sur-Mer, dont certaines disciplines ont été transférées sur le nouveau site, a accueilli l'unité de 12 lits pour patients dans le coma (UPC) de Chalucet en avril 2012, développé son activité de médecine ainsi qu'un centre périnatal de proximité (CPP) et un SMUR⁵.

Entre 2010 et 2013 le nombre de lits MCO a progressé de 14,3 %, passant de 678 à 775.

Evolution capacitaire 2010 - 2013

	2010	2011	2012	2013
Site Font Pré	496	513	0	0
Site Chalucet	167	70	20	20
Site Clémenceau	194	206	164	164
Site La Seyne	329	320	297	318
Site Sainte-Musse	0	90	787	780
Capacité Totale	1 186	1 199	1 268	1 282
dont MCO	678	690	762	775

Source : CHITS

L'activité d'hospitalisation a évolué à la hausse dans toutes les disciplines et la quasi-totalité des modes de prise en charge. En 2013, les séjours du champ MCO ont progressé globalement de 6,7 %, générant une recette supplémentaire de + 10,809 M€. Sur les quatre premiers mois 2014, la tendance s'est poursuivie avec une évolution en valeur de + 4,2 %.

Le nombre de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (ATU - Accueil et Traitement des Urgences) a également progressé de + 26,9 % entre 2010 et 2013 pour atteindre 67 262 passages. Cette hausse significative a généré plusieurs augmentations successives du forfait annuel urgences⁶ qui s'est établi, en 2014, à 4,729 M€, en progression de 22,4 % par rapport à 2010.

L'activité externe a progressé de 21 % entre 2012 (ouverture de Sainte-Musse) et fin 2013 pour atteindre 186 548 consultations⁷. Certes, cette activité génère moins de recettes que les séjours hospitaliers mais elle permet d'établir des filières d'adressage et de conforter l'activité programmée.

⁴ Convention constitutive approuvée le 26 décembre 2012 par le directeur général de l'Agence régionale de Santé.

⁵ Service Mobile d'Urgence et de Réanimation.

⁶ Les ATU génèrent une recette sur l'exercice en cours mais permettent également de déterminer le montant du forfait annuel urgences (FAU) notifié à l'établissement l'année suivante.

⁷ Personnes vues en externe hors passages aux urgences.

S'agissant de la chirurgie ambulatoire, le constat est, en revanche, largement défavorable à plus d'un titre :

- avec un taux de chirurgie ambulatoire de 25,12 % en 2013, l'établissement se situe très en-deçà de l'objectif défini par l'ARS soit 75 % à horizon 2020, avec un objectif intermédiaire de « 50 % de l'activité chirurgicale totale au moins dans chaque territoire de santé à fin 2016 ». Il est également en retrait par rapport aux établissements de sa catégorie (40,05 %).
- le constat est aggravé par le fait que les différentes évolutions du programme initial ont conduit à supprimer les places existantes à La Seyne-sur-Mer, sans révision à la hausse du nombre des dix créées sur Sainte-Musse. In fine, le CHITS ne compte que dix places de chirurgie ambulatoire et deux salles permettant l'installation de fauteuils. A ce jour, aucune solution organisationnelle n'a été trouvée pour remédier à cette situation problématique.
- enfin, l'établissement ne parvient pas à enrayer l'activité de chirurgie ambulatoire réalisée dans les services d'hospitalisation complète. Outre la non-conformité aux exigences réglementaires, cette situation génère des coûts du fait de la mobilisation de ressources d'hospitalisation complète pour des hospitalisations partielles, sans contrepartie équivalente en recettes.

Ces constats ne sont guère surprenants puisque, déjà en 2010, le contrat de performance en faisait état : « valider et ajuster le dimensionnement des blocs opératoires du futur site de Sainte-Musse ».

Recommandation n° 1 : Revoir l'organisation de l'établissement pour se donner les moyens d'atteindre l'objectif d'activité en chirurgie ambulatoire.

En réponse aux observations provisoires de la Chambre, l'établissement a indiqué partager les constats formulés et fait état d'une réflexion en cours dans le cadre de l'élaboration du projet médical 2015-2019 sur la définition de nouvelles organisations dans le secteur de la chirurgie.

Les taux d'occupation du CHITS se situent parmi les plus élevés des établissements de même typologie en médecine, voire supérieurs en chirurgie et en obstétrique. La diminution constatée en 2012 en médecine s'explique par l'ouverture de 20 lits supplémentaires dans ce secteur. Pour 2013, les chiffres communiqués par l'établissement montrent une progression des taux d'occupation en médecine (91,43 %), en gynécologie-obstétrique (83,79 %) et une diminution en chirurgie (92,51 %).

Evolution des taux d'occupation en médecine, chirurgie et obstétrique (2009 – 2012)

	Etablissement				Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	85.9	83.6	83	81.4	65.8	90.3	74.2	88.9	71.7	81.6
Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie	87.1	89	88.8	98.9	40.2	86.5	64.6	94.7	46.1	86.7
Taux d'utilisation / occupation des lits en obstétrique	71.3	70.5	76.3	72.1	47.5	76.4	46.5	68	57.3	76.6

Source : Hospidiag

Le centre hospitalier est tributaire des urgences pour une part non négligeable de son activité d'hospitalisation. En 2013, près de 58 % des entrées ont été réalisées en provenance de ce service, contre 52,6 %⁸ pour les établissements ayant un profil d'activité similaire. Or, des admissions reposant de façon trop importante sur l'activité non programmée témoignent d'un déficit de coordination entre l'établissement et la médecine de ville.

⁸ Source : Hospidiag 2013.

Cet indicateur met également en évidence un risque de dysfonctionnements comme la difficulté d'adapter le nombre de lits et les personnels associés, à la demande.

De fait, la « *commission des conditions d'accueil et de prise en charge des patients* », créée le 23 novembre 2010 n'a pas fonctionné depuis fin 2011. Elle était, par ailleurs, insuffisamment centrée sur les problématiques que la circulaire DHOS du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences⁹. Toutefois, depuis janvier 2014, l'établissement participe à un programme d'amélioration de la gestion des lits piloté par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des Etablissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Les travaux devraient entrer dans une phase opérationnelle. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a fait état de la création d'une cellule de gestion des lits.

L'Indice de Performance de la Durée Moyenne de Séjour (IP DMS) est un indicateur qui permet de synthétiser la « sur ou sous performance » de l'organisation médicale de l'établissement (hors ambulatoire). Il doit être le plus proche de 1 tout en se situant en deçà. Celui du CHITS est inférieur à 1 en obstétrique témoignant d'une situation performante, génératrice d'une recette de 0,527 M€ au titre de l'exercice 2012. Les indices de performance supérieurs à 1 en médecine et chirurgie induisent, en revanche, un manque à gagner estimé par la Banque de Données Hospitalière de France (BDHF) à 2,9 M€.

La fluidité des parcours de soins (amélioration de la coordination des acteurs pour réduire la durée des séjours d'hospitalisation sans altérer la qualité des prises en charge, renforcement de l'articulation avec les secteurs en aval du court séjour), le rééquilibrage de la répartition entre admissions programmées et admissions via les urgences au bénéfice des premières et le développement de l'activité ambulatoire sont donc des objectifs sur lesquels l'établissement doit travailler pour obtenir des durées de séjour plus proches des standards et limiter ainsi le manque à gagner¹⁰.

Recommandation n° 2 : Rendre effectifs les travaux de la commission des admissions et consultations non programmées, conformément à la circulaire du 16 avril 2003, de façon à améliorer la fluidité des parcours patients et réduire les durées de séjour en médecine et chirurgie.

Fin 2013, les parts de marché MCO de l'établissement, qui ont connu une évolution différenciée selon les disciplines et modes de prises en charge, sont en-deçà de celles constatées pour des établissements de l'importance de Toulon en médecine, obstétrique et chirurgie ambulatoire. Elles sont particulièrement faibles en chirurgie et surtout en chirurgie ambulatoire qui, avec 8,9 %, se compare défavorablement aux autres cliniques détenant entre 11,2 % et 20,8 % de parts de marché.

Evolution des parts de marché sur la zone d'attractivité (2010 – 2013)

	2010	2011	2012	2013
Part de marché globale en médecine	34.4	34.2	34.4	35.2
Part de marché en chirurgie (HC)	17.8	18	18.6	20.8
Part de marché en obstétrique	39.5	42.4	46	49.4
Part de marché en chirurgie ambulatoire	7.4	7.4	8.2	8.9
Part de marché en hospitalisation en cancérologie (hors séances)		17.5	19.5	21.9
Part de marché en séances de chimiothérapie	18.4	18.3	19.8	21.9

Source : Hospidiag

⁹ Prévoir la contribution de chaque service aux urgences, garantir que les services de spécialité prévoient leur programmation en tenant compte d'une capacité à réserver aux urgences, valider les propositions de fermeture temporaire de lits et fixer les capacités à maintenir disponibles pour l'urgence, valider et évaluer les protocoles organisant les filières spécifiques ainsi que les modalités d'hospitalisation en zone de surveillance de très courte durée.

¹⁰ Pour un séjour donné, la tarification est calculée sur la base d'une durée moyenne de séjour type et payée à l'établissement sur cette base quelle que soit la durée réelle du séjour.

1.3.2 Les disciplines hors champ T2A

Pour optimiser les durées de séjour en MCO, la T2A implique d'identifier les solutions d'aval les plus pertinentes : retour au domicile privé avec ou sans aide lorsque celui-ci est possible, admission en établissement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) quand cette solution s'impose avec, si nécessaire, la prise en charge en amont en soins de suite et réadaptation (SSR). Dans ce secteur, l'établissement a fait le choix de maintenir son offre tout en la diversifiant avec une hausse de la capacité de rééducation fonctionnelle et réadaptation, de l'unité de prise en charge des patients dans le coma, la création d'une unité cognitivo-comportementale¹¹ et une diminution de 3 lits sur 79 de SSR.

S'agissant des personnes âgées, la capacité de l'un des EHPAD a diminué, en fin de période, de 80 à 72 places en raison de l'utilisation du site de George Sand pour installer les lits de l'unité d'hébergement renforcé¹² autorisés.

2. UN PROCESSUS DE FIABILISATION DES COMPTES QUI RESTE PERFECTIBLE

Cette partie s'inscrit dans le cadre d'une enquête commune à la Cour et aux chambres régionales des comptes sur la fiabilisation des comptes des établissements publics de santé, et plus particulièrement sur les résultats du processus engagé depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé, territoires » (HPST) pour préparer les établissements à la certification de leurs comptes.

2.1 La préparation à la certification des comptes

La loi HPST a inscrit dans le code de la santé publique le principe de la certification des comptes de certains établissements. A ce titre, le CHITS devra faire certifier ses comptes 2015, à l'instar des 95 établissements listés dans l'arrêté du 1^{er} août 2014.

2.1.1 Le calendrier et les personnes ressources

La circulaire interministérielle du 10 octobre 2011 a officiellement lancé le projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé. Elle était accompagnée d'un guide produit par la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) et la Direction générale des Finances Publiques (DGFIP) visant à donner des orientations en matière de conduite du projet et de qualité comptable dont une partie spécifique dédiée aux établissements soumis à la certification de leurs comptes. D'autres éléments de documentation ont depuis lors été mis en ligne sur le site du Ministère de la Santé. Cette documentation a été utilisée par l'établissement qui a, toutefois, regretté l'absence de publication officielle de la fiche n° 12 relative au provisionnement pour emprunt toxique qui aurait pu lui apporter une aide supplémentaire¹³.

L'ARS et la DRFIP qui pilotent conjointement le projet au niveau régional, ont organisé plusieurs réunions en 2013 et 2014 avec le CHITS et d'autres établissements publics de santé.

¹¹ Unité cognitivo-comportementale (UCC) : Unité située au sein d'un service SSR ayant pour objectif de stabiliser les troubles de comportement et de permettre le retour du patient à son domicile d'origine.

¹² Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) : Unité d'un EHPAD ou d'une USLD proposant l'hébergement, les soins, les activités sociales et thérapeutiques pour des résidents ayant des troubles du comportement sévères.

¹³ L'établissement a réalisé l'opération en relation avec le comptable et l'ARS sur la base d'une version non officielle.

L'établissement a choisi de se faire accompagner dans sa préparation de la certification par un groupement de conseils. Sur la base de l'accord cadre passé par le Groupement de Coopération Sanitaire UniHA¹⁴ dont il est membre, le CHITS a retenu le groupement MAZARS-AUMERAS (société de conseils MAZARS et commissaire aux comptes M. Patrick AUMERAS). Pour expliquer ce choix, l'établissement précise qu'il a « été accaparé par l'ouverture du nouvel hôpital et a relâché sa vigilance dans certains domaines. Peu de procédures formalisées, pas de contrôle interne formalisé. Un diagnostic professionnel est nécessaire afin de dégager un plan d'action cohérent¹⁵ ».

Le marché, signé le 20 novembre 2011, comprend une tranche ferme correspondant à un audit des processus et des actes financiers d'un montant de 34 522,54 € TTC (32 jours) et trois tranches conditionnelles visant à élaborer un plan d'actions en fonction de l'état des lieux (32 573,06 € TTC pour 36 jours), assurer des formations (902,98 € la journée) et réaliser un audit à blanc (18 059,60 €). L'établissement a fait le choix d'affermir la première tranche conditionnelle le 23 septembre 2013. La prestation dont il a bénéficié fin juillet 2014 correspond à 68 jours d'intervention d'équipe de neuf professionnels pour un montant total de 67 095,60 € TTC.

Au sein de l'établissement, la démarche est conduite par un comité de pilotage composé du directeur des Finances, de son adjoint, du directeur des affaires médicales, du directeur des ressources humaines non médicales, des directeurs du pôle ressources support et du Trésorier principal. Ce comité s'est, à ce jour¹⁶, réuni seulement à quatre reprises, exclusivement durant 2013. L'année 2014 a été consacrée à la rédaction des procédures qui lui ont été soumises pour examen fin septembre.

Sur le plan opérationnel, quatre groupes de travail ont été constitués fin 2013 pour formaliser les cartographies des risques, processus, procédures : un groupe Achats et Immobilisations qui traite notamment la fiabilisation de l'actif, un groupe Ressources Humaines (médicales et non médicales), un groupe Finances qui travaille sur l'endettement, la trésorerie, les règles et méthodes comptables et un groupe Recettes. Ils sont pilotés par des directeurs adjoints. Le groupe traitant des finances et immobilisations (fiabilisation de l'actif) comprend deux des adjoints du comptable public.

Quatre stagiaires de l'IAE (Institut d'Administration des Entreprises) de Toulon préparant des masters sont intervenus. Leur encadrement a été assuré par les cadres des différentes directions, les directeurs adjoints, selon une fréquence qui a correspondu dans certains cas à une réunion hebdomadaire permettant de passer en revue les productions.

Les ressources mobilisées en interne ont été estimées par l'établissement à 18 personnes (directeurs adjoints, attachés d'administration hospitalière, adjoints des cadres hospitaliers et adjoints administratifs) qui ont consacré en moyenne 15 heures par mois à la préparation de la certification. Les 6 480 heures effectuées ont été converties en 4,13 ETP valorisés unitairement à 50 000 € soit 0,2 M€ sur deux années. Le directeur des finances a, de façon assez logique, été le plus largement mobilisé (0,25 ETP).

La chambre observe la mobilisation tardive de la direction de l'hôpital eu égard aux enjeux de la certification et au volume des travaux préparatoires à mettre en œuvre, nonobstant l'apport d'experts ou d'étudiants. Ce retard s'explique, en partie, par les priorités données à l'opération de construction de Sainte-Musse s'agissant des années passées et aux dossiers à venir (hôpital numérique, schéma directeur du système d'information, FIDES¹⁷, ...).

¹⁴ Le Groupement de Coopération Sanitaire UniHA est le réseau coopératif d'achats groupés de 56 établissements hospitaliers publics français, dont 32 CHU-CHR et 24 centres hospitaliers. Fondé en 2006, il a pour vocation d'optimiser les achats de ces établissements.

¹⁵ Article 14 du cahier des clauses administratives et techniques particulières rédigé pour recruter le conseil chargé d'accompagner l'établissement dans la préparation de la certification.

¹⁶ Août 2014.

¹⁷ Facturation individuelle des établissements de santé.

2.1.2 La méthode retenue pour l'évaluation des risques

L'organisation du contrôle interne comptable¹⁸ peut revêtir différentes formes : une fonction identifiée, une organisation répartie sur l'encadrement, ... Dans tous les cas de figure, il s'agit de parvenir à l'appropriation d'une culture nouvelle ce qui implique une forte implication des cadres et de leurs équipes.

Le CHITS a fait le choix de ne pas se doter d'une structure dédiée au contrôle interne mais « *d'impliquer tous les différents acteurs en incluant les points de vigilance et de contrôle dans les descriptifs de processus* ». Des formations¹⁹ ont été suivies par différents professionnels avec un objectif de tuilage des acteurs de terrain. Il a également indiqué avoir saisi l'opportunité d'autres chantiers performance tel que le programme PHARE²⁰ (Performance hospitalière pour des achats responsables) pour travailler sur le cycle des achats.

L'établissement a précisé qu'il s'était éloigné dans certains cas des cartographies nationales pour les « *réécrire, les simplifier, réduire le nombre d'items et clarifier les processus* ». Cette simplification visait, selon lui, à favoriser l'appropriation par les équipes et éviter une trop grande complexité qui aurait pu conduire au renoncement.

L'étape de formalisation des procédures a ponctuellement été l'occasion de modifier des pratiques ou de proposer des évolutions. A titre d'exemple, une des procédures concernant les commandes alimentaires a inclus le visa, auparavant non demandé, d'un cadre. En matière de prestations inter établissements, la communication au DIM des factures pour rapprochement des actes médicaux et des comptes rendus a été identifiée comme sensible et donc à formaliser.

La chambre a évalué les travaux produits par l'établissement sous différents angles.

Dans un premier temps, les cartographies transmises par le CHITS ont été rapprochées de celles du site du Ministère de la Santé. Seuls les groupes Ressources Humaines et Finances (pour l'endettement et la trésorerie) présentent une cartographie et une matrice des risques qui répondent à la logique du Ministère de la Santé. Ainsi, la matrice Ressources Humaines traite de risques lors du recrutement, de la gestion de la carrière, de la paye, du provisionnement pour CET et des rattachements en fin d'exercice suivant les grandes lignes de la cartographie proposée par le niveau national.

Le terme de cartographie est utilisé par l'établissement pour présenter les plans d'actions à mettre en œuvre, retracer les questions posées lors de l'état des lieux et, dans une moindre mesure, décrire les risques. Les cartographies retenues ont été très fortement simplifiées avec une minoration importante des risques à maîtriser qui sont identifiés de façon partielle ou approchés de façon trop globale au regard des actions à mettre en œuvre pour les maîtriser. Ainsi, pour la paye du personnel non médical, les éléments variables sont globalisés et seule l'attribution de la nouvelle bonification indiciaire et de la prime de service apparaît de façon identifiée. Le suivi des frais de missions pour le personnel non médical, celui de la permanence des soins, de l'activité d'intérêt général pour le personnel médical ne sont pas distingués. Les mêmes remarques s'appliquent au groupe Finances avec un niveau de détail et d'analyse du risque trop global au regard de la cartographie nationale et de l'enjeu.

¹⁸ La Cour des comptes a précisé dans son rapport de certification des comptes de l'Etat pour 2006 la définition du contrôle interne comptable : « *En matière comptable, le contrôle interne est un ensemble de dispositifs formalisés permanents choisis par l'encadrement et mis en œuvre par les responsables de tous niveaux pour maîtriser le fonctionnement de leurs activités en vue de fournir une assurance raisonnable de la régularité, de la sincérité et de l'image fidèle des comptes. Il doit avoir pour effet de réduire le risque d'erreurs ou d'omissions significatives dans les comptes* ».

¹⁹ Les 10 et 11 septembre 2012 une formation institutionnelle encouragée par l'ARS conjointe ENFIP/EHESP a eu lieu au CHITS destinée aux établissements du Var et à leurs trésoreries. Le 4 octobre 2012, une présentation a été effectuée en comité de direction. Des attachés d'administration et des adjoints des cadres ont suivi des formations de sensibilisation.

²⁰ Lancé en octobre 2011 par la DGOS, le programme vise l'optimisation des achats hospitaliers et la réalisation de gains achats correspondant à 900 M€ sur trois ans.

En août 2014, la direction a dressé un bilan d'étape assez favorable, les personnes concernées ayant, selon elle, in fine intégré que la démarche « *va dans le sens d'une amélioration de la qualité du travail produit et dans le sens d'un regain d'intérêt pour le travail qu'elles effectuent ce qui est somme toute plutôt valorisant* ».

La chambre constate les faits suivants :

- Ressources Humaines : 10 procédures sont validées au niveau du groupe de travail, 1 est en cours d'élaboration ainsi que 4 logigrammes. Aucun nom de rédacteur ne figure pour les procédures concernant le personnel non médical et un seul nom apparaît pour le personnel médical, celui d'un adjoint des cadres.

- Finances : 10 procédures ont été communiquées, 9 ont pour auteur un des stagiaires de l'IAE et 1 n'a pas d'auteur.

- Achats et immobilisations : un guide des procédures et instructions de la section d'exploitation annonçant en sommaire 7 procédures et 22 instructions a été transmis (certaines instructions ne sont toutefois pas rédigées telles que l'instruction 014 relative aux saisies des liquidations dans Hexagone et l'instruction 020 Création préconisations de commandes). Les professionnels identifiés comme rédacteurs sont majoritairement des attachés d'administration hospitalière mais également des adjoints des cadres hospitaliers, des agents administratifs (5 instructions) et un technicien supérieur hospitalier.

- Recettes : plus d'une quarantaine de procédures et documents ont été communiqués. Ils ont, dans leur très grande majorité, été rédigés par un des stagiaires de l'IAE. Quelques procédures ont été rédigées par deux adjoints des cadres hospitaliers : celles concernant l'aide médicale d'Etat, les soins urgents, l'UCSA, les migrants de passage et le parcours de soins.

A l'exception du groupe de travail Achats et immobilisations, les professionnels des services sont peu mentionnés comme rédacteurs des procédures. Les stagiaires apparaissent, en revanche, largement notamment dans les groupes de travail Recettes et Finances. La chambre estime que ce constat contredit l'objectif affiché d'une implication forte des acteurs.

La dernière analyse a porté sur un échantillon de procédures de chaque groupe de travail pour mesurer l'effectivité de l'intégration du contrôle interne. Sur les 18 procédures examinées (Cf. annexe 5.1), celles rédigées par le groupe de travail Ressources Humaines intègrent un contrôle interne qui mériterait toutefois d'être plus détaillé sur certains points spécifiques relatifs aux éléments variables de paye. L'objectif n'est en aucune façon atteint dans les autres productions. Le travail de relecture devra nécessairement être suivi d'une reprise des documents afin d'être complétés.

De plus, il reste nombre de procédures à rédiger dont celles relatives à la facturation du budget principal aux budgets annexes, aux transports inter établissements, aux rattachements, aux modalités de provisionnement par type de provisions. La maîtrise des risques concernant les réceptions, les délégations de signature, l'organisation des suppléances doit également être formalisée.

La chambre constate qu'à ce stade, les procédures ont été validées par une (des) autorité(s) divers(es), à un niveau de hiérarchie parfois insuffisant pour leur donner un caractère officiel. Une fois la documentation validée, il conviendra de veiller à ce que les équipes du CH se l'approprient, ceci impliquant qu'elle soit connue, accessible et mise à jour. Sur ce point l'établissement n'a pas encore arrêté la méthodologie de diffusion de l'information qu'il retiendra : réunions d'information ou mise à disposition sur le site intranet.

Par ailleurs, aucune modalité de contrôle de la mise en œuvre effective des procédures n'est pour l'heure définie (de façon ponctuelle, la chambre a pu vérifier pour le suivi des frais d'études l'existence d'une procédure datant de 2009 mais toujours non appliquée). Seules quelques grandes orientations sont données dont la désignation en juillet 2014 de l'un des directeurs adjoints du directeur des finances pour assurer notamment le suivi du contrôle interne.

La chambre observe que ce travail de rédaction reste non finalisé et qu'il manque notamment tout le volet contrôle de la mise en œuvre effective des procédures. A ce titre, il ne répond pas aux attentes d'un véritable contrôle interne ni d'un pilotage suffisant de la démarche.

Si l'établissement a engagé la démarche de préparation de certification de ses comptes - le CHITS a effectué les premières écritures comptables de correction en 2012 et les a poursuivies en 2013-, il lui reste un travail conséquent à réaliser, l'appropriation de cette nouvelle culture administrative demeurant largement à venir.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a signalé la programmation d'un audit à blanc au printemps 2015 et précisé que la direction du contrôle de gestion, des études et de l'amélioration de la performance avait été chargée d'assurer le contrôle interne dans ses volets reporting, modalités de vérification de l'effectivité du contrôle interne et audits internes.

Recommandation n° 3 : Intégrer systématiquement les éléments de contrôle interne dans les procédures.

Définir les modalités de vérification de l'effectivité du contrôle interne.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a précisé que les recommandations internes d'intégration systématiques du contrôle interne dans les procédures seraient renforcées et qu'il serait veillé à la définition des modalités de vérification de son effectivité.

2.1.3 Le rôle et l'implication du comptable au sein du dispositif

L'établissement considérant qu'il lui revenait en première intention de s'approprier un sujet qui est le sien, a fait le choix de rédiger puis de soumettre au comptable le résultat de ses travaux. Toutefois, le comptable est membre du comité de pilotage et deux de ses adjointes participent au groupe de travail sur les immobilisations.

Au quotidien, les échanges existent notamment sur les opérations de mandatement, les admissions en non-valeur. Ils sont facilités par la localisation de la trésorerie dans l'enceinte de l'établissement depuis l'ouverture du site de Sainte-Musse²¹. Chaque année, la clôture d'exercice constitue un temps fort : *« toutes les tâches préalables à la clôture des comptes (derniers mandatements, dernières émissions des titres de recettes, rattachement des charges et produits, ICNE²², inventaire, ...) sont listées et intégrées dans un calendrier que les services du CHITS, comme ceux de la trésorerie s'efforcent de respecter »²³.*

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a fait valoir que ces échanges s'étaient développés du fait du passage au PESV2²⁴ avec signature électronique des bordereaux de titres et mandats, la transmission de pièces jointes en constituant l'étape suivante. L'établissement signale par ailleurs la réorganisation en cours des services administratifs avec une décentralisation du mandatement visant à optimiser la gestion des moyens et les circuits d'échange entre le comptable et chacun des services concernés.

²¹ La trésorerie était auparavant située à La Valette (environ à 2 km).

²² Intérêts courus non échus.

²³ Réponse du comptable au questionnaire relatif à la fiabilisation des comptes.

²⁴ Le protocole d'échange standard d'Hélios version 2 (PES V2) est la solution de dématérialisation des titres de recette, des mandats de dépense et des bordereaux récapitulatifs.

Une partie des échanges vise à pallier l'incomplétude des dossiers transmis. Le comptable souligne par exemple dans son rapport 2010 que le « *très faible niveau de « rejet » [des mandats] ne doit toutefois pas laisser d'illusions sur la qualité des pièces justificatives produites. De très nombreuses suspensions de paiement sont évitées grâce à de multiples appels téléphoniques et relances de la Trésorerie pour obtenir les pièces manquantes essentiellement en marchés publics. (...) 2010 devait marquer l'élargissement de ce dispositif avec la rédaction de fiches de procédures communes élaborées par la trésorerie et les services de l'établissement dans le cadre du Comité de Réflexion de la Fonction Achat Approvisionnement. Mais les réunions se sont arrêtées depuis juin 2010* ».

Une formalisation de la coopération ordonnateur – comptable est intervenue très récemment. La première convention de services comptable et financier n'a en effet été signée que le 28 janvier 2014 par l'ordonnateur, le comptable et le directeur départemental des finances publiques du Var. Elle compte cinq axes :

1. Amplifier les échanges entre l'ordonnateur et le comptable ;
2. Optimiser la chaîne de dépenses ;
3. Optimiser la chaîne de recettes ;
4. Améliorer la qualité des comptes et les restitutions ;
5. Développer l'expertise comptable, fiscale, financière et domaniale.

Il est explicitement fait référence à la certification des comptes dans l'objectif relatif à l'optimisation de la comptabilité patrimoniale. Les axes de travail sont déclinés en fiches qui identifient précisément des actions, des indicateurs, des responsables. Toutefois, hormis la date réglementaire d'entrée en vigueur de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), aucune échéance n'est fixée rendant par là-même le suivi peu opérationnel.

Le plan de contrôle hiérarchisé de la dépense²⁵ a été établi en 2011. Le comptable actuellement en poste réfléchit à un nouveau plan de contrôle qui devrait entrer en vigueur début 2015.

La chambre souligne que la collaboration entre l'ordonnateur et le comptable sur la démarche de certification mériterait d'être plus développée, le comptable étant directement impliqué sur certains sujets de fond revêtant un intérêt commun (la facturation et le recouvrement, l'inventaire, ...).

2.1.4 L'état d'avancement de la démarche

Le comité de direction du 4 octobre 2012 a proposé un calendrier pour les deux années suivantes. Le 10 janvier 2013, la démarche a été officiellement lancée en présence des conseils. Quatre mois plus tard, le 17 mai 2013, après exploitation de la documentation disponible, des questionnaires renseignés par l'établissement et des différents entretiens conduits, le groupement a présenté son diagnostic qui mettait en évidence les points forts et les axes d'amélioration en ciblant plus particulièrement les points « *délicats pour la certification* » de plusieurs cycles décrits par secteurs gestionnaires : règles et méthode comptables, achats d'exploitation, achats pharmacie, recettes d'activité, personnel non médical et médical, trésorerie et endettement, système d'information.

²⁵ Pour le budget principal, la méthodologie générale a été retenue : partie obligatoire du référentiel national, contrôle exhaustif – partie indicative du référentiel national, taux de sondage de 10 %. Pour les budgets annexes Soins de longue durée et EHPAD, le plan de contrôle a été établi en 2011 selon la méthodologie aménagée : partie obligatoire du référentiel national, contrôle exhaustif – partie indicative du référentiel national, taux de sondage de 5 % pour les dépenses inférieures à 1 000 €, contrôle exhaustif au-delà de 1 000 €. Pour le budget annexe CAMSP, le plan de contrôle a été établi en 2012 selon la méthodologie aménagée : partie obligatoire du référentiel national, contrôle exhaustif – partie indicative du référentiel national, taux de sondage de 5 % pour les dépenses inférieures à 1 000 €, contrôle exhaustif au-delà de 1 000 €. Le plan retenu permet ainsi au travers de l'examen de 25 % des mandats de contrôler 62 % des dépenses.

Le 11 octobre 2013, un comité de pilotage a été mis en place pour élaborer des plans d'actions priorités et détaillés. Le 19 décembre 2013, un premier jet de ces différents plans a été présenté au comité de pilotage. Cinq priorités ont été retenues :

- L'ajustement de l'actif ;
- La passation de différentes écritures comptables importantes à la clôture de l'exercice 2012 poursuivies en clôture de l'exercice 2013 : ajustement des provisions, reprise de la réserve de trésorerie, provisionnement pour l'emprunt structuré à risque Euro/Franc suisse ;
- La mise en œuvre de l'annexe au compte financier nouvelle mouture ;
- Le dossier de clôture ;
- La rédaction des procédures incluant le contrôle interne « *étant donné que la formalisation préalable était insuffisante et qu'il fallait progresser sur ce sujet* ».

Le comité de pilotage a pris connaissance le 26 septembre 2014 des documents rédigés, avec un décalage de deux mois par rapport à l'échéancier prévisionnel.

Vu les constats précédemment formulés, la chambre estime que de réelles incertitudes pèsent sur la capacité de l'établissement à être prêt dans les délais impartis (janvier 2015) eu égard aux tâches restant à accomplir dans un calendrier très serré.

2.1.5 La qualité du système d'information à conforter

Le système d'information et l'organisation du service informatique étaient au nombre des points à améliorer particulièrement signalés dans le précédent rapport de la chambre. Un audit conduit par le CNEH²⁶ en 2004, avait relevé des actions non coordonnées et sans démarche de conduites de projets, un service non structuré, des situations de conflit entre le DIM de l'époque et différents responsables.

Malgré ces constats, ce n'est qu'en 2010 qu'un poste de directeur adjoint en charge de la direction des systèmes d'information a été créé et que trois ingénieurs ont été recrutés. Le schéma directeur du système d'information, logiquement postérieur, porte sur les années 2013 – 2016.

Le système d'information a fait l'objet d'un état des lieux en mai 2013 qui a mis en regard le système d'information de l'établissement et les 19 fiches du guide d'auditabilité de la DGOS. Pour 10 fiches, le niveau de risques était faible, pour 2 il était moyen (comptes génériques et changement d'applicatifs en urgence) et pour 7, considéré comme élevé (mécanisme d'identification, configuration des mots de passe – applications, gestion des droits d'accès, matrice de séparation des tâches, gestion des accès aux applications, base de données et systèmes, revue périodique des applications, restauration des sauvegardes). L'établissement a choisi de se faire accompagner par la société SOLUCOM qui a réalisé une analyse des risques et travaille au plan de reprise d'activité.

A ce jour, la démarche d'amélioration de la qualité du système d'information, initiée en 2010 avec les premiers recrutements permettant la structuration du service, la reprise en main et le pilotage du projet d'informatisation de Sainte-Musse, se poursuit : la formalisation de propositions en matière de sécurité est aujourd'hui achevée, une cellule sécurité a été constituée, une charte informatique a été rédigée en interne²⁷, l'élaboration d'un plan de reprise d'activité (PRA) a débuté en mai 2014 et un travail va être entrepris sur l'attribution des droits. L'établissement a précisé dans sa réponse aux observations de la chambre qu'un travail avait été initié sur la définition de profils et la gestion des droits d'accès aux différentes composantes du système d'information. Au-delà de l'organisation, le CHITS s'est doté d'outils de supervision.

²⁶ Centre National de l'Expertise Hospitalière.

²⁷ La DSI sensibilise les nouveaux arrivants à la sécurité informatique à l'occasion de journées institutionnelles consacrées à la prise en main de différents outils, la présentation de certaines modalités de fonctionnement.

L'audit SOLUCOM attirait également l'attention de l'établissement sur la problématique des sites distants qui n'ont pas bénéficié des évolutions les mettant au même niveau que Sainte-Musse. Le CHITS a, à ce jour, intégré dans son plan pluriannuel d'investissements 2014-2017 le remplacement de l'infrastructure Voix/Données/Images d'un coût prévisionnel de 3 M€.

La chambre constate, une nouvelle fois, le démarrage tardif des travaux et s'interroge sur la capacité du service informatique, récemment restructuré, à gérer, en temps voulu, l'ensemble des chantiers eu égard aux coûts afférents dans un contexte de ressources restreintes à l'issue du projet Sainte-Musse.

2.2 Une fiabilisation des comptes perfectible

L'article 47-2 de la Constitution dispose que « *les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière* ».

2.2.1 Des comptes financiers non conformes

Les comptes financiers 2012 et 2013 transmis à la chambre ne sont pas conformes aux arrêtés du 27 novembre 2012 et 31 décembre 2013 relatifs au compte financier des EPS sur plusieurs points.

S'agissant du compte financier 2012 :

- l'état I1 relatif aux principes et méthodes comptables est insuffisamment renseigné, il ne comporte notamment pas de précision quant au changement de mode d'amortissement des automobiles et matériel roulant ;
- l'état F0 concernant les provisions et dépréciations n'apporte pas les détails attendus en termes de mode de calcul ;
- l'état H5 présente des sujets qui ne se rapportent pas véritablement aux aspects environnementaux ;
- les états D3 et D5 relatifs à l'affectation des résultats des comptes de résultat principal et annexes DNA et SIC d'une part, et à l'affectation des résultats des comptes de résultat annexes autres que A d'autre part, ne sont pas renseignés ;
- l'état F3.6 relatif à l'extinction de la dette n'est pas renseigné et l'information ne figure pas sur un autre document du compte financier.

Concernant le compte financier 2013 :

- l'état I1 inclut une rubrique relative aux dotations aux provisions mais renvoie à un certificat administratif pour les provisions réalisées sur les comptes 143 et 151. L'état est donc partiellement renseigné ;
- l'état H5 fait mention de la dépense relative à la dépollution du site de Font Pré pour 310 405,19 €. L'établissement a toutefois indiqué dans le questionnaire relatif à l'enquête sur la fiabilisation des comptes que cet état méritait d'être complété ;
- la remarque formulée concernant l'état F0 au titre de l'année 2012 s'applique à l'année 2013 ;
- l'état F3.6 relatif à l'extinction de la dette n'est pas renseigné et l'information ne figure pas sur un autre document du compte financier ;
- le compte financier a été présenté au conseil de surveillance le 3 juillet 2014 soit au-delà de la date réglementaire fixée au 30 juin selon l'art. R.6145-46 du Code de la santé publique.

Par ailleurs, sans qu'il s'agisse d'un document soumis à la certification et sans qu'il y ait d'échéance réglementaire définie en la matière, la chambre estime que le rapport annuel d'activité du directeur prévu à l'article L.6143-1 du Code de la santé publique devrait être présenté au conseil de surveillance concomitamment au compte financier²⁸ et son contenu permettre une lecture explicitée de l'activité et des résultats de l'année écoulée. Une présentation tardive conjuguée à un contenu des plus arides²⁹, ne donne pas une information satisfaisante sur la réalité de la situation de l'établissement aux instances en charge de sa surveillance et de sa stratégie.

Recommandation n° 4 :

- **Elaborer un rapport d'activité reflétant la situation réelle et explicite de l'établissement et comprenant des informations permettant d'éclairer les décisions des différents acteurs.**
- **Présenter le rapport d'activité concomitamment au compte financier.**

2.2.2 Les principes de sincérité et d'indépendance insuffisamment respectés

2.2.2.1 La facturation du budget principal aux budgets annexes

En 2013, les budgets annexes du CHITS représentent 3 M€ pour l'unité de soins de longue durée, 3,7 M€ pour l'EHPAD, 0,6 M€ pour le CAMSP et 0,08 M€ pour la DNA.

L'article R. 6145-12 du Code de la santé publique prévoit que : « ... *Aucun de ces comptes de résultat annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal...* ».

Au CHITS, les prestations sont facturées en-deçà de la réalité des moyens mobilisés pour les différents budgets annexes. Si les frais de repas, de médicaments, de chauffage, d'eau et d'électricité sont pris en compte, en revanche des dépenses telles que la fonction linge, l'intervention des services techniques, l'entretien des espaces verts ou la fonction transport n'apparaissent pas.

Les facturations du budget principal au budget du CAMSP connaissent une forte variation d'une année sur l'autre qui ne s'explique pas par des évolutions de consommations mais par une insuffisante dotation budgétaire que l'établissement souligne à plusieurs reprises³⁰. Ainsi, en 2009, seuls les achats stockés sont intégrés. En 2010, s'y ajoutent les dépenses induites par la consommation d'électricité mais ni l'eau ni le chauffage. En 2011, ce sont de nouveau les seuls achats stockés qui sont remboursés au budget principal. A compter de 2012, les dépenses d'énergie (eau, électricité et chauffage) et de fournitures stockées sont calculées de façon identique pour les trois budgets annexes remboursant des charges au budget principal.

²⁸ Dates de présentation des rapports annuels sur l'activité entre 2010 et 2014 :

- le 22 septembre 2011 au titre de l'année 2010,
- le 26 septembre 2012 au titre de l'année 2011,
- le 4 octobre 2013 au titre de l'année 2012,
- Fin août 2014, le rapport annuel sur l'activité 2013 n'était pas disponible.

²⁹ Le rapport d'activité consiste en une succession de tableaux de chiffres sans explication, des éléments de contexte sur les évolutions enregistrées (parts de marché, capacité, effectifs, etc.) ainsi que des informations sur les instances qui apportent un éclairage des plus modeste sur l'exercice (compétences, composition, dates de réunion des instances et ordres du jour pour certaines d'entre elles).

³⁰ Le rapport de présentation de l'EPRD 2012 mentionne des crédits alloués en phase 4 de l'exercice 2011 permettant « *la mise à niveau par rapport aux dépenses réelles et transfert de charges sur le budget principal* ». En 2013, le CH présente un budget équilibré mais avec un montant de recettes dépassant la dotation notifiée à hauteur de 281 093 € (crédits attendus non notifiés). Dans son courrier du 2 juillet 2013 relatif à l'EPRD 2013, l'ARS indique que : « *Le CRPA CAMSP 2013 est présenté à l'équilibre, intégrant une hausse des charges de + 9 % et une hausse des produits de + 8,79 %, par rapport au compte financier 2012. La dotation inscrite ne correspond pas au montant notifié 2013* ».

Interrogé sur cette évolution, le CHITS a reconnu un « *manque de constance et de méthode* ».

Montants des remboursements des budgets annexes au budget principal (2008 – 2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Budget B	838 905,34	464 561,09	508 104,32	446 069,41	499 285,44	486 176,72
Budget E	212 052,40	777 256,23	795 758,79	807 504,42	775 535,36	732 835,18
Budget P	2 885,62	2 086,43	34 010,80	2 324,17	15 903,40	11 138,95
TOTAL	1 053 843,36	1 243 903,75	1 337 873,91	1 255 898,00	1 290 724,20	1 230 150,85

Source : CRC à partir des décisions de remboursement des budgets annexes au budget principal produites par le CHITS

Le résultat des budgets annexes USLD (B) et EHPAD (E) a été strictement équilibré durant plusieurs exercices, ce qui paraît relativement improbable sauf à penser que l'établissement a procédé à des ajustements dans sa facturation. Le CHITS a reconnu avoir procédé de la sorte mais dit avoir « *cessé cette mauvaise pratique* » dans la perspective de la certification.

La chambre constate que l'analyse de la facturation du budget principal aux budgets annexes a conduit à des insincérités comptables qui prendront fin, soit par un ajustement des dépenses de l'établissement, soit par une révision des dotations des budgets concernés. L'établissement a fait état d'un ajustement à la hausse de la dotation du CAMSP en 2014.

Dans sa réponse aux observations de la chambre, l'établissement a indiqué que les facturations du budget principal aux budgets annexes se heurteront toujours aux contraintes budgétaires imposées aux budgets annexes en précisant qu'il ferait état du rapport de la chambre auprès des autorités concernées afin de tenter d'obtenir des dotations budgétaires suffisantes.

La chambre observe que d'autres solutions que celle d'un complément de dotation sont à explorer par l'établissement telles qu'une optimisation des organisations, une diminution des dépenses.

Recommandation n° 5 : Formaliser les modalités de facturation du budget principal aux budgets annexes dans le respect de la sincérité des comptes.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a fait part de son intention de formaliser les modalités de facturation du budget principal aux budgets annexes.

2.2.2.2 Le rattachement des charges et des produits

Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent. Or, à la lecture des soldes des comptes (Cf. annexe 5.2), il apparaît que ce rattachement n'a pas été exhaustif.

Le taux de rattachement calculé en rapportant le solde créditeur du compte 408 « *Fournisseurs – factures non-parvenues* » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60, 61 et 62 doit se situer dans une fourchette comprise entre 5 % et 10 %. Malgré une progression de ce taux, l'établissement se situe en fin de période très en-deçà de 5 %.

Evolution du taux de rattachement (2010-2013)

	2010	2011	2012	2013
Taux rattachement budget principal	3,02%	2,92%	3,60%	3,93%
TOTAL C/60, 61, 62 tous budgets	59 940 173,08	62 353 301,05	70 743 803,32	73 329 760,28
Taux rattachement tous budgets	2,93%	2,84%	3,52%	3,84%

Source : comptes financiers 2010-2013

2.2.2.3 Les produits constatés d'avance

Selon le tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21, « *le compte 487 « Produits constatés d'avance » est crédité en fin d'exercice du montant des produits enregistrés en section de fonctionnement alors qu'ils ne se rapportent pas ou qu'ils ne se rapportent qu'en partie à la gestion en cours par le débit des comptes de la classe 7 qui ont supporté la recette* ». L'absence d'écriture de ce type majeure indûment le résultat net.

Ce compte 487 n'est pas ouvert au Grand Livre du CHITS alors qu'il pourrait l'être comme le reconnaît l'établissement qui indique son utilisation à compter de 2015. « *Le c/487 « Produits constatés d'avance » n'a pas été utilisé parce que son usage est rare car c'est un cas de figure, à notre regret, peu répandu. Il a cependant été utilisé en 2013 pour un loyer constaté d'avance. La fiabilisation des comptes nous a appris qu'il faut l'utiliser principalement dans le cas des financements de la recherche clinique où un financement peut parfois être versé à l'avance, nous avons prévu de mettre cela en œuvre à compter de l'exercice 2015* ».

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a précisé avoir constaté un montant de produits constatés d'avance supérieur en 2014 à ce qu'il avait été les années précédentes. Cette situation s'explique par :

- la comptabilisation d'une partie du second semestre de financement des internes,
- un versement par l'ARS fin 2014 en vue d'établir un projet médical de la communauté hospitalière de territoire qui ne pourra être mis en œuvre qu'à compter de 2015, et
- le financement fin 2014 pour les trois années à venir d'un projet d'Equipe Mobile Précarité Santé qui entre dans le programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS).

2.2.2.4 L'apurement des comptes de recettes et de dépenses à classer ou à régulariser

L'instruction budgétaire et comptable M 21 dispose : « *Les opérations qui ne peuvent pas être imputées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé au moment où elle doivent être enregistrées ou qui exigent une information complémentaire ou des formalités particulières, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif* ».

Sur la période, les soldes du compte 4718 « *Autres recettes à régulariser* » et du compte 4728 « *Autres dépenses à régulariser* » n'appellent pas de remarque.

2.2.2.5 Les reports de charges

L'indicateur R45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé³¹ (TBFEPS) mesure les charges reportées au sens comptable, d'un exercice sur l'autre sans crédits budgétaires correspondants. Cet indicateur³² doit, de façon communément admise, se situer en-deçà de 0,2 %³³. Au CHITS, ce taux est supérieur en 2012 et 2013 (respectivement 0,4 % et 0,3 %)³⁴.

2.2.3 Des manquements aux règles comptables qui impactent le résultat de l'établissement

2.2.3.1 Les amortissements

La fiche n° 10 « *Traitement comptable du changement de méthode comptable - Suppression de la méthode de l'amortissement progressif* » produite dans le cadre de la démarche de fiabilisation des comptes précise : « *La durée d'amortissement doit correspondre à la durée réelle d'utilisation de l'immobilisation par l'établissement public de santé (EPS). Le mode d'amortissement doit correspondre à l'utilisation effective du bien. La méthode d'amortissement retenue doit donner une estimation satisfaisante de la dépréciation effective des biens concernés, correspondant au rythme de consommation des avantages économiques attendus de l'actif par l'établissement* ». L'instruction budgétaire et comptable M21 propose des durées d'amortissements par catégorie de biens.

³¹ Tableau de bord produit annuellement par le comptable après clôture des comptes sur la situation financière du CH.

³² Calcul de l'indicateur : Numérateur : C/6728 « Autres charges sur exercices antérieurs – Personnel, médicales, hôtelières et générales », dénominateur : débits des comptes (retraités des remboursements des budgets annexes) : 60 « Achats » + 61 « Services extérieurs » + 62 « Autres services extérieurs » + 63 « Impôts, taxes et versements assimilés » + 64 « Charges de personnel » + 65 « Autres charges de gestion courante » + 661 « Charges d'intérêts » + 6728 « Autres charges sur exercices antérieurs – Personnel, médicales, hôtelières et générales ».

³³ Guide de présentation des indicateurs financiers des EPS établi par la DGOS et la DGFIP.

³⁴ Tableau de bord des indicateurs financiers de l'hôpital.

Pour différentes catégories de biens, l'établissement a modifié les durées d'amortissement au cours de la période 2010 – 2013 sans décision formelle ni justification de ce changement dans l'état F2 en annexe du compte financier. Il a reconnu cette insuffisante formalisation et prévu d'y remédier dans le cadre de la certification de ses comptes. Une procédure devrait être rédigée sur ce point durant le dernier quadrimestre 2014.

Le CHITS a fait le choix de durées d'amortissement plus longues que celles préconisées (Cf. annexe 5.3). Il a également retenu deux durées d'amortissement différentes pour des biens dont les conditions d'utilisation sont identiques (30 ans pour les bâtiments sauf pour le site de Sainte-Musse amorti sur 50 ans), ce qu'interdit l'instruction budgétaire et comptable applicable³⁵.

Sur le plan budgétaire, ces décisions reviennent à atténuer la charge qui doit peser normalement sur chaque exercice en l'étalant dans le temps. Il résulte par exemple de l'amortissement sur 50 ans de Sainte-Musse une minoration des charges à supporter par chaque exercice de 2 M€. En matière de gestion du patrimoine, le risque que les équipements concernés deviennent obsolètes avant d'avoir été totalement amortis, augmente.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement fait part de sa volonté de réviser les durées d'amortissements longues et notamment de réviser les amortissements du nouvel hôpital selon la méthode des composants³⁶. Il indique que ce travail s'accompagnera d'une révision des modalités de reprise de la provision réglementée pour renouvellement des immobilisations du compte 142 qui viendra en atténuation de l'impact du raccourcissement des durées d'amortissements des biens sur le compte de résultat.

Si la révision des durées d'amortissement trop longues en raison d'une logique d'ajustement budgétaire est possible selon le schéma de correction d'erreur par écriture en situation nette, la chambre souligne le nécessaire discernement qui doit s'appliquer à l'utilisation de la méthode par composants ainsi que l'indique l'instruction budgétaire et comptable M 21. La chambre s'interroge en outre sur la capacité de l'établissement à rétablir durablement son équilibre budgétaire compte tenu de la nécessaire mobilisation de moyens budgétaires induite par la diminution des durées d'amortissement.

2.2.3.2 Les frais d'études

Le sous-total des comptes 203 « *Frais d'études, de recherche et de développement* » est passé de 655 546,14 € (dont 5 759,94 € de frais d'études) en 2008 à 1 724 858,89 € (dont 1 690 931,30 € de frais d'études) en 2013.

L'établissement ne met pas en application la procédure relative à l'amortissement des frais d'études qu'il a pourtant élaboré en novembre 2009. Le rapprochement des frais d'études avec les opérations de travaux auxquels ils se rapportent est en cours à la fin du 1^{er} semestre 2014. La mise en concordance des différents fichiers est prévue pour septembre 2014 d'après la réponse apportée par l'établissement.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre avoir entièrement soldé les frais d'études dans le cadre de la clôture de l'exercice 2014.

³⁵ « *Lorsqu'une durée a été choisie, elle doit être identique pour une même catégorie de biens utilisés dans des conditions similaires* ». (Instruction budgétaire et comptable 2014, page 393).

³⁶ L'intérêt du suivi par composant est avéré lorsque les éléments qui constituent une même immobilisation ont des durées d'utilisation (et donc d'amortissement) significativement différentes.

2.2.3.3 La réserve de trésorerie

Selon la circulaire interministérielle DGOS du 6 juillet 2012 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable, « la reprise de la réserve de trésorerie (compte 10685) est soumise à l'autorisation conjointe du directeur général de l'ARS et du directeur régional ou départemental des finances publiques. Le DDFiP ou DRFiP se prononce en premier lieu et adresse ses conclusions à l'ARS. Une analyse financière rétrospective et prospective préalable de la situation de l'EPS doit être effectuée ».

Le CHITS disposait d'une réserve de trésorerie de 15,997 M€ constituée par des reports de résultats excédentaires de l'activité du budget principal antérieurs à 1993 sans que son origine ait pu précisément être identifiée. Après avis favorable de l'Agence Régionale de Santé³⁷ et de la DDFiP³⁸, la reprise de la réserve de trésorerie a été effectuée pour une affectation au compte 119 « Report à nouveau déficitaire » après affectation du résultat de l'année 2012³⁹.

Cette opération exceptionnelle n'a eu qu'un effet temporaire sur le débit du compte 119 qui, après être passé de - 21,767 M€ à - 5,769 M€, a de nouveau connu une forte dégradation pour atteindre un solde déficitaire de - 32,7 M€ après constitution de la provision pour risques et charges sur emprunts.

2.2.3.4 Les provisions

La fiche comptable n° 6 complétant le guide de fiabilisation des comptes rappelle que « les financements reçus par un établissement public de santé, quelle que soit leur nature ou leur origine, ne peuvent jamais être mis en réserve budgétaire au moyen d'une provision » à l'exception des provisions réglementées suivies au compte 142.

Dans son précédent rapport, la chambre soulignait le non provisionnement notamment pour compte épargne temps (CET) et l'absence d'explication relative à l'affectation d'une somme reprise pour plus de 4,8 M€.

Fin 2013, le montant des provisions s'élevait à 110,278 M€ (77,558 M€ hors provision sur le compte 152), la plus élevée étant celle constituée au compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations » au titre des surcoûts financiers du site de Sainte-Musse.

Différentes régularisations ont été opérées en 2012 et 2013 dans le cadre de l'opération de fiabilisation des comptes. Au total, en 2012, les régularisations ont porté sur des reprises à hauteur de 16,918 M€ et sur des compléments de dotations pour 2,969 M€. En 2013, 10,196 M€ ont été repris et différentes dotations ont été réalisées pour un montant total de 3,646 M€. C'est également en 2013 qu'a été constituée la provision sur le compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts » de 32,721 M€.

Evolution des montants provisionnés (2008-2013)

Comptes	2008	2009	2010	2011	2012	2013
c/142	45 794 693,00	60 329 669,00	74 289 796,85	82 241 627,70	73 156 115,00	64 296 708,00
c/143	611 426,27	1 817 456,27	2 002 456,27	2 333 901,27	4 575 962,92	5 536 321,92
c/151	529 762,05	220 000,00	590 203,60	78 435,60	705 000,00	2 296 444,00
c/152						32 720 795,25
c/157	165 785,43	15 000,00	15 000,00	15 000,00		
c/158	306 025,00	806 025,00	776 025,00	6 209 325,00	4 936 102,00	4 721 248,35
c/49	300 000,00	500 000,00	570 000,00	85 000,00	735 000,00	706 924,41
TOTAL	47 707 691,75	63 688 150,27	78 243 481,72	90 963 289,57	84 108 179,92	110 278 441,93*

Source : Comptes financiers 2008-2013

* 77 557 646,68 € hors provision sur le compte 152

³⁷ Réponse favorable en date du 31 janvier 2013.

³⁸ Réponse favorable en date du 18 janvier 2013.

³⁹ Délibération du conseil de surveillance : Exercice 2012 : Compte financier, Affectation des résultats.

Compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations »

Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, « Les provisions réglementées sont des provisions qui ne correspondent pas à l'objet normal d'une provision. Elles sont comptabilisées en application de dispositions législatives ou réglementaires. Elles peuvent, par dérogation aux règles du plan comptable général, avoir le caractère de « réserves » ».

Ce compte a fait l'objet de régularisations en 2012. Plusieurs provisions non fondées (provisions pour renouvellement des immobilisations) constituées en 2009, 2010 et 2011 ont été reprises sur les budgets annexes USLD et EHPAD pour 0,648 M€.

A compter de 2012, l'établissement a commencé à effectuer des reprises pour couvrir les charges afférentes aux intérêts des emprunts et aux amortissements de Sainte-Musse.

Le tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21 parue au journal officiel du 8 juillet 2014 prévoit : « L'établissement doit reprendre de sa propre initiative les provisions dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement et/ou financières débute. La reprise de la provision au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et/ou des charges financières liées aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice. La reprise s'opère selon les modalités définies par l'ARS ou à défaut, par l'établissement. Elle doit être achevée à la fin de la durée d'utilisation du bien ».

Sur la base d'une version provisoire de l'instruction budgétaire et comptable M21, le CH a défini une méthode propre de reprise. Il a déterminé dans un premier temps la part des surcoûts pris en charge dans le cadre du plan Hôpital 2007 (52,72 % réajusté à 54,16 %) et considéré que chaque année, le solde, soit 45,84 %, sont à supporter par l'exercice. Le CHITS projette toutefois d'adopter ces modalités de reprise uniquement à compter de 2019 en précisant dans le rapport accompagnant l'EPRD 2014 : « Cette modification sera mise en œuvre progressivement de façon à ne pas générer de déficit disproportionné du compte de résultat ».

La chambre constate que ces modalités de reprise visent à en minorer l'impact budgétaire et ont pour conséquence de solder ce compte dès 2024 alors même que des surcoûts demeureront. Elle recommande de mettre un terme à la méthode utilisée sans attendre 2019 mais dès 2016. Dans la partie relative au résultat, un des retraitements opérés permet de préciser l'impact qu'aurait eu cette méthode de reprise de la provision sur les résultats passés. La correction apportée fait référence à une durée d'amortissement du bâtiment conforme à l'instruction budgétaire et comptable M21 soit 30 ans.

Charges à supporter sur l'exercice en complément de la reprise de provision (Amortissement du bâtiment sur 30 ans)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Charge à supporter sur l'exercice	302 302	1 187 307	1 828 076	8 670 608	10 983 758	10 004 185

Source : CRC à partir des données CHITS

La chambre prend acte de la réponse de l'établissement à ses observations provisoires selon laquelle les modalités de reprise de la provision constituée sur le compte 142 seront revues. En l'absence de précision à ce stade quant au calendrier et aux modalités de cette révision, la chambre insiste sur la nécessité qu'elle soit mise en œuvre dès 2016, conformément au projet présenté dans le rapport accompagnant l'EPRD 2014. Elle attire également l'attention de l'établissement sur l'impact budgétaire de la décision de révision conjuguée des durées d'amortissements et des modalités de reprise de la provision constituée au compte 142.

Compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts »

La circulaire interministérielle DGOS du 25 juillet 2013 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable a prévu la création d'un compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts », afin de comptabiliser le provisionnement des emprunts structurés. L'annexe 1 de la circulaire renvoie sur ce point à l'avis du CNoCP du 3 juillet 2012 sur la comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés. L'instruction budgétaire et comptable M21 parue au journal officiel du 8 juillet 2014 renvoie de la même façon à un « texte dédié ».

Le CHITS a constitué en 2013 une provision au compte 152 de 32,721 M€ correspondant au risque de l'emprunt structuré Euro/Franc suisse (Cf. 4.1). La circulaire précédemment évoquée n'étant pas parue à l'époque, l'établissement a indiqué s'être référé à la fiche n° 12 de la DGOS/DGFIP version décembre 2013⁴⁰, fiche non disponible officiellement en août 2014 mais qui reprend des modalités proches de celles retenues.

Le calcul a été réalisé le 30 janvier 2014 au moyen de l'application WEBDETTE de la société de conseils de l'hôpital. Le montant de la provision correspond à l'écart de 126,2 % constaté entre un taux d'intérêt de référence de 5,25 % et le taux d'intérêt contractuel appliqué à l'encours de la dette qui s'élevait alors à 25,929 M€.

En passant cette écriture en 2013, le CHITS a majoré son report à nouveau déficitaire mais évité la constatation de la charge sur l'exercice budgétaire⁴¹. En application de la même fiche il reviendra à l'établissement de réévaluer la provision constituée chaque année. En cas d'ajustement à la hausse, la provision supplémentaire devra être comptabilisée en créditant le compte 152 par le débit du compte 6865.

Compte 153 (ex compte 143) « Provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps »

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 prévoit la constitution d'un « passif pour chaque jour épargné » renvoyant à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique pour la définition des conditions de mise en œuvre. Les modalités de valorisation des jours placés en compte épargne temps ont été précisées dans deux arrêtés datés du 17 avril 2014.

Au 31 décembre 2013, la provision pour CET s'établit à 5,536 M€. La valorisation des jours placés en CET ne correspond pas à cette somme mais s'établit à 4,860 M€. La chambre s'interroge sur cet écart qui, selon l'établissement, est justifié par la couverture des « jours restés enregistrés dans les compteurs non versés dans les CET » et constate à ce stade une sur-dotation de 0,676 M€ fin 2013.

Valorisation des jours placés en CET pour le personnel non médical et médical (fin 2013)

	Personnel non médical			Personnel médical	TOTAL
	Catégorie A	Catégorie B	Catégorie C	Médecins	
Jours enregistrés dans les CET	3 744,42	977,64	220,66	9 004	
Montant de la valorisation unitaire	125	80	65	300	
Coefficient relatif aux cotisations patronales	1,49	1,49	1,49	1,49	
Total	697 398,23	116 534,69	21 370,92	4 024 788,00	4 860 091,83

Source : CRC à partir des données CHITS

La chambre prend acte de la réponse de l'établissement au rapport d'observations provisoires faisant état d'un réajustement de la provision sur la base du montant exact de la valorisation des CET au 31 décembre 2014. S'agissant du provisionnement sur le compte 158 des montants correspondant aux jours de congés et de RTT, non encore versés dans les CET par les agents mais susceptibles de l'être, la chambre souligne que l'instruction budgétaire et comptable M21 ne prévoit pas ce motif de provisionnement sur ce compte.

Compte 157 « Charges à répartir sur plusieurs exercices »

Ce compte a été soldé en 2012.

⁴⁰ Comptabilisation des dettes financières et des instruments dérivés/Provisions pour risques et charges sur emprunts / Comptabilisation des indemnités de remboursement anticipé (IRA).

⁴¹ La fiche n° 12 précise que « les emprunts complexes n'ayant pas fait l'objet d'une provision au 31.12.2013 mais s'avérant risqués par la suite devront être provisionnés intégralement sur le compte de résultat (débit du compte 6865 par le crédit du compte 152) ».

Compte 158 « Autres provisions pour charges »

Ce compte a fait l'objet d'une très forte dotation en 2011, l'établissement ayant provisionné le montant alloué par l'ARS au titre de l'opération de déménagement sous le libellé « *Soutien aux établissements* » pour 5 M€. En 2012, l'opération de transfert (1,227 M€) a constitué la plus grande partie de l'opération de reprise effectuée à hauteur de 1,485 M€.

Le reliquat (3,515 M€) n'a été ni repris ni requalifié. Il a été maintenu pour faire face « *aux charges de maintien des sites de Font Pré et Chalucet tant qu'ils n'étaient pas entièrement cédés et aux risques liés à la sécurité de la conservation de ces bâtiments et aux surcoûts d'exploitation du site de Sainte-Musse, dont une partie ne sera connue qu'en conditions réelles (surcoûts de maintenance liés aux sorties de garanties des installations techniques et des équipements biomédicaux notamment)* ».

La provision ainsi maintenue correspond à une approche très extensive de son objet. Il convient donc soit de la reprendre, soit de la requalifier. Lors de l'entretien préalable, le directeur a indiqué avoir intégré dans la détermination du montant de la provision le risque de perte d'activité suite au déménagement.

Ce risque ne peut être provisionné conformément à l'instruction budgétaire et comptable M21⁴².

Compte 491 « Dépréciation des comptes de redevables »

Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la perte doit être constatée en comptabilité par son admission en non-valeur. Cette décision relève de l'ordonnateur. La créance est sortie du compte client concerné par le crédit des comptes « clients » 411 ou 416 et portée au débit du compte 4152 « *Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur* ». De manière concomitante, le compte 4152 doit être soldé (crédité) par le débit du compte 654 « *Pertes sur créances irrécouvrables* ». Le défaut de mandatement des pertes sur créances irrécouvrables fausse le résultat de l'exercice en sous-estimant les charges d'exploitation, tandis que le maintien d'un stock de non-valeur au bilan au compte 4152 affecte la sincérité des comptes (actif fictif). L'admission en non-valeur se traduit donc par la constatation d'une charge qui peut être financée en tout ou partie par une reprise de la provision constituée au C/491.

Le solde du compte 4152 est nul à l'issue de chaque exercice. L'établissement a indiqué mandater chaque année des sommes sur le compte 654 permettant cet apurement régulier et conforme aux bonnes pratiques.

Une provision pour dépréciation des comptes de tiers est bien constituée et a connu différentes variations sur la période. Les modalités de détermination de la provision insuffisamment rigoureuses à ce jour sont à revoir, ce que l'établissement s'est engagé à faire au dernier quadrimestre 2014⁴³.

La chambre rappelle les termes de la fiche technique n°1 élaborée par la DGOS et DGFIP « *Le traitement comptable du risque de non recouvrabilité, la comptabilisation des dépréciations des créances et des admissions en non-valeur* » :

⁴² L'instruction budgétaire et comptable M21 précise en effet :

« Il n'y a pas lieu de constituer de provision de droit commun dans les cas décrits ci-après :

Sous-activité future ou perte d'exploitation future :

Il ne peut pas être constitué de provisions en vue de couvrir un risque de diminution de l'activité future de l'établissement, celles-ci ne seraient pas conformes à l'objet d'une provision. Les pertes d'exploitations futures, ne répondant pas à la définition d'un passif, ne sont donc pas provisionnées. En effet, une perte d'exploitation future ne résulte pas d'une obligation envers un tiers : elle ne peut donc pas faire l'objet d'une provision. Si la sous-activité future est significative, il y a lieu de la mentionner dans le rapport de gestion ; une information pourra être portée en annexe du compte financier, dans l'état relatif aux engagements hors bilan). Le même raisonnement peut être tenu pour les provisions visant à couvrir des augmentations d'activités ».

⁴³ Interrogé sur la méthode de calcul de cette provision, l'établissement a indiqué : « *Au cours de la période sous revue il n'y a pas eu de méthode très rigoureuse pour déterminer la provision pour dépréciation des comptes de tiers. L'entrée dans la certification des comptes va rendre nécessaire l'adoption d'une méthode de détermination de la provision, cela sera mis au point au dernier quadrimestre 2014* ».

« L'identification et la valorisation de ce risque implique un travail concerté entre l'ordonnateur et le comptable, sur la base de tableaux de bord permettant par exemple :

- de suivre les recouvrements de manière systématique ;
- d'analyser les balances "âgées" (balances qui permettent de suivre l'ancienneté des titres de recettes par exercice) ;
- d'analyser la structure de l'état des restes par année d'émission des créances ;
- d'identifier les débiteurs présentant un risque d'insolvabilité et de mettre en place des contrôles préalables pour anticiper les risques.

L'objectif est d'aboutir à une évaluation la plus précise possible du montant de la dépréciation des créances du fait de leur irrécouvrabilité.

A défaut de pouvoir réaliser une évaluation précise, une méthode plus globale d'évaluation doit être recherchée. La M21 autorise le recours à une méthode statistique ».

L'établissement a fait part dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre de la définition d'une nouvelle méthode de calcul de la provision pour dépréciation des comptes de redevables lors de la clôture 2014. La chambre constate que celle-ci reste toutefois à formaliser.

Recommandation n° 6 :

- **Reprendre les provisions devenues sans objet ou irrégulièrement constituées.**
- **Définir et formaliser les modalités de constitution de la provision pour dépréciation de comptes de redevables.**

La chambre prend acte de l'intention manifestée par l'établissement de reprendre les provisions devenues sans objet.

Recommandation n° 7 : Reprendre annuellement la provision constituée au compte 142 à hauteur du taux de prise en charge des surcoûts à compter de 2016.

2.3 Une amélioration récente mais à poursuivre de la chaîne de facturation et recouvrement

En 2008, le précédent rapport de la chambre avait mis en relief divers dysfonctionnements de la chaîne de facturation (des insuffisances dans les procédures de prise en charge administrative des patients, un retard dans la facturation, des systèmes informatiques inadaptés ou mal utilisés, un désordre dans le suivi des annulations/réémissions de titres, de faibles encaissements en régie, un suivi lacunaire des restes à recouvrer).

Cette situation est d'autant plus préoccupante que dans un contexte de fort développement de l'activité et pour accompagner le retour durable à l'équilibre financier, la qualité de la facturation et du recouvrement revêtent un intérêt de premier plan.

L'enjeu est d'autant plus grand que le contexte budgétaire national est contraint (révision de la grille des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS), mesures d'économie, application d'un coefficient prudentiel, ...) et que de nouvelles réformes relatives à la facturation vont entrer en application dans les années à venir : facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), facturation à l'activité des services de soins de suite et réadaptation en 2016 et de psychiatrie à une échéance encore non définie.

L'efficacité de la chaîne de facturation peut être appréciée au regard de trois critères qui doivent être concomitamment satisfaits : la qualité, la rapidité et l'exhaustivité des données facturées. Une facturation incomplète et/ou tardive rend le recouvrement plus difficile et peut entraîner in fine des difficultés de trésorerie voire une perte de recettes en cas d'admissions en non-valeur.

2.3.1 Le recueil d'activité pour les séjours et actes CCAM⁴⁴

Acteur essentiel dans le recueil de l'activité d'hospitalisation et sa valorisation, le DIM (département d'information médicale) du CHITS est rattaché directement à la direction générale. Il compte 1,8 ETP de praticien hospitalier et 6 techniciens polyvalents de l'information médicale (TIM). Il intervient sur l'exhaustivité, la qualité et le rythme de transmission des informations médicales par les services cliniques.

La saisie exhaustive de l'activité d'hospitalisation est un objectif institutionnel couplé avec un intéressement inclus dans les contrats de pôle et dans la détermination de la part variable des chirurgiens. Afin que les praticiens prenant leurs fonctions au sein de l'établissement puissent être rapidement opérationnels, une formation est organisée à leur attention une fois par mois sur le dossier médical et le PMSI (programme de médicalisation du système d'information).

Le codage de l'activité est décentralisé au sein de chaque service. Toutes les semaines, le nombre de RUM (résumés d'unité médicale) non codés sur patients sortis depuis au moins 8 jours est calculé et transmis à chaque pôle. Si un seuil défini comme critique est atteint, une secrétaire médicale du pôle est mobilisée au DIM pour résorber le retard.

Le DIM s'attache également à la qualité des données en travaillant à partir de critères d'incohérence ou d'atypie. La stratégie mise en œuvre par le CHITS place au premier plan les contrôles au fil de l'eau. Le recours à la procédure LAMDA⁴⁵ pour les séjours après le 1^{er} février de l'année N+1 est exceptionnel. Il serait opportun que l'établissement s'assure que cette stratégie ne le prive pas d'une optimisation de sa facturation.

En dehors du recours exceptionnel à la procédure LAMDA après la journée complémentaire, l'organisation concernant le recueil de l'activité d'hospitalisation et le rôle du DIM n'appellent pas d'observation particulière.

2.3.2 Une refonte tardive de la chaîne de facturation

Le centre hospitalier a été alerté sur ses problèmes d'organisation en matière de chaîne de facturation depuis plusieurs années. Cinq audits externes ont ainsi été recensés depuis 2008 auxquels se sont ajoutées les remarques des comptables du trésor qui n'ont cessé de constater les faiblesses de la chaîne de facturation dans leur rapport annuel de gestion. Pour autant, le CHITS n'a pas mis en œuvre les actions proposées.

L'établissement et la trésorerie ont eu l'occasion de réaliser conjointement un audit en 2011 sur la chaîne de facturation. Les recommandations avaient largement trait au contrôle interne intégrant des échéances allant de « *immédiat* » à « *2012* ».

Les premiers signes d'amélioration ne datent que de fin 2012 suite à une refonte totale de la chaîne de facturation articulée autour de deux axes : optimiser la chaîne de facturation pour « *augmenter la vitesse et la qualité des données de facturation, faire face à l'augmentation d'activité et réduire les coûts de fonctionnement du secteur* » et promouvoir l'image de l'établissement auprès de la patientèle, de la Trésorerie, de la CPAM et des autres établissements. Différentes mesures ont été progressivement prises pour répondre à ces objectifs.

⁴⁴ CCAM : Classification Commune des Actes Médicaux. L'objectif de sa mise en place était de créer un référentiel unique pour tous les actes médicaux dispensés dans les secteurs hospitaliers et soins de ville, publics et privés, de fiabiliser le système de tarification (prise en compte de la technicité de l'intervention, de sa durée et des moyens matériels nécessaires à sa réalisation), d'avoir une meilleure connaissance qualitative des consommations de soins.

⁴⁵ LAMDA : Logiciel d'Aide à la Mise à jour des Données d'Activité permet aux établissements de santé de renvoyer ou de modifier leurs fichiers RSA (résumé de sortie anonyme) sur la plateforme internet de l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation). La durée pendant laquelle les réajustements sont possibles est passée de 2 à 1 an à compter de début 2014 en application de l'instruction n° DGOS/R1/DSS/1A/2013/309 du 26 juillet 2013.

La chambre souligne que certaines d'entre elles, qui ne nécessitaient pas une mise en œuvre lourde (contact quotidien avec le trésorier et gestion commune des dossiers sensibles, mise en place de réunions de travail avec la CPAM, déploiement de scanners pour numériser les pièces d'identité des patients), auraient pu être réalisées dès 2008.

L'ordonnateur reconnaît que l'opération de restructuration ayant été « *insuffisamment anticipée, des aménagements au principe de la mutualisation des ressources ont été mis en œuvre, mais permettant le maintien du principe des consultations externes centralisées par étage sur un plateau dédié (PTCES)⁴⁶* ». La résistance au changement d'une partie des agents conjuguée au fort développement de l'activité sur le nouveau site ont mis le bureau des entrées en grande difficulté durant plusieurs mois. Le recrutement de dix secrétaires médicales et douze agents d'admission a alors été nécessaire. Progressivement les effectifs sont revus à la baisse.

Il a fallu attendre fin 2012 pour que cessent le turnover et les vacances de postes à la tête du bureau des entrées avec la nomination d'un responsable (un attaché d'administration sous la direction du directeur financier). Plus récemment, trois adjoints des cadres ont été nommés afin de permettre un encadrement et remédier à un pilotage insuffisant depuis 2008. Un renforcement des liens avec le service informatique (mise en place de requêtes) ainsi que les services sociaux (prise en charge des patients sans couverture sociale ou en difficulté financière le plus en amont possible de leur séjour) est opéré.

Dans son organisation actuelle, le service comprend des agents affectés à l'accueil des patients pour la création des dossiers et le codage au fil de l'eau des actes NGAP (saisie standardisée des codes des consultations externes) et un « pool facturation » comprenant trois secteurs gérant chacun les dossiers dans leur intégralité (facturation et contentieux). Pour se prémunir de toute situation de blocage liée à d'éventuelles absences, plusieurs professionnels sont en formation à la facturation avec une cible de quatre agents formés fin 2014.

Malgré ces améliorations d'organisation, la chambre constate le déficit persistant d'outils de suivi et de pilotage aujourd'hui relativement limités au regard des enjeux. Hormis les données issues de la plateforme E-PMSI (assurance maladie), les tableaux internes transmis se rapportent en effet uniquement au taux de recouvrement et aux encaissements en régies (montant total par régie, par caisse centrale et par type de paiement) établis par ailleurs par le comptable public, ainsi qu'au volume des dossiers traités/facturés globalement et par secteur du pool.

Les informations sur les délais de facturation sont lacunaires donc peu exploitables voire inexistantes concernant le délai de traitement des annulations/rémissions de titres.

Le contrôle de l'exhaustivité des saisies est réalisé mais de façon trop générale, le volume constaté sur le site E-PMSI de l'exercice étant comparé à celui de l'année précédente à la même période afin d'identifier d'éventuelles variations significatives. Une telle façon de procéder ne peut être qu'une première étape dans une période où la forte progression d'activité peut influencer sur le volume facturé. Les dossiers ouverts non complétés ne sont détectés que tous les deux mois. Certains sont codifiés à minima en l'absence d'informations relatives aux consultations ou actes externes. Enfin, les objectifs associés aux différents indicateurs sont à ce jour « *en cours de construction au regard des augmentations d'activité depuis l'aménagement sur le nouveau site ainsi que la refonte totale des organisations* ».

Cette défaillance durable de la chaîne de facturation a un impact défavorable sur le besoin en fonds de roulement qui s'est largement dégradé durant la période ainsi que sur la trésorerie (Cf. 3.3.3).

⁴⁶ Plateau technique des consultations, d'explorations et de soins.

2.3.3 La chaîne de facturation à optimiser

Même si, depuis 2010, la facturation est réalisée plus en amont dans l'année que par le passé, l'émission des titres de recettes en décembre et durant la journée complémentaire reste très importante. La journée complémentaire a, en outre, été étendue jusqu'en février (pour 2011, 2012 et 2013) voire mars (pour l'exercice 2010) de façon non réglementaire.

Hors recettes diverses et régies, 18,4 % des titres de 2010 ont été émis en décembre 2010 et durant la journée complémentaire. Après un pic en 2012 (32 %), le taux diminue en 2013 (23,9 %) tout en demeurant trop élevé.

Selon l'ordonnateur, le délai moyen de facturation des hospitalisations et consultations externes enregistre une amélioration, passant de 65 jours en 2008 à 43 jours en 2013. Il est cependant regrettable de ne pas distinguer hospitalisations et consultations dont le nombre et l'impact budgétaire diffèrent.

Concernant la seule facturation des séjours à l'Assurance Maladie, le CHITS enregistre des délais très au-delà des établissements les moins performants⁴⁷. La forte dégradation du ratio en 2012⁴⁸ reflète les difficultés d'organisation particulièrement importantes que l'établissement a subies durant les mois suivant l'ouverture de Sainte-Musse.

Délais de facturation à l'Assurance maladie (2009 à 2012)

	Etabl.	Région		Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2009	7,7	2	14,2	2	14,2	5,8	20,5
2010	8,2	1,8	15,4	1,5	12,2	5,2	20,75
2011	7,5	1,4	12,7	1,4	12,7	5,75	19,15
2012	21,2	1,3	14,1	1,3	11,5	4	17,9

Source : Hospidiag

Le nombre de titres pris en charge par le comptable a augmenté de 17 % entre 2010 et 2013 sur le seul budget principal pour atteindre 198 670. Selon le rapport de gestion 2012, « l'augmentation du nombre de titres de recettes est très importante et correspond pour + 7,21 % à des titres ordinaires contre + 28,05 % à des titres correctifs. Le rapport entre le nombre de titres correctifs et le nombre de titres ordinaires est de 4,68 %, ce qui démontre un manque de fiabilité des facturations ».

Ce constat des comptables est récurrent sur l'ensemble des exercices sous revue. Il résulte d'une insuffisante qualité de saisie des données administratives relatives aux patients (adresse mais également couverture médicale) qui conduit à des annulations de titres et des admissions en non-valeur importantes.

Les annulations de titres sur exercices antérieurs enregistrent une forte diminution à compter de 2009 pour augmenter de nouveau à partir de 2012. Le niveau de réémission des titres correspondants, après un pic en 2010 (88 %), est à un niveau très faible en 2013, relativement proche de celui de 2008, confirmant une qualité défailante des informations de facturation.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a communiqué le taux de réémission de titres concernant l'année 2014 calculé par le comptable. A la faveur d'un effort particulier sur le contentieux de facturation des années antérieures, ce taux s'établit à 61,19 %. Il est en amélioration par rapport à celui de l'exercice 2013 mais en retrait par rapport à celui constaté les trois années précédentes.

⁴⁷ L'indice P15, établi par Hospidiag, mesure « l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive. L'objectif est de se rapprocher de 0. Il indique les sorties de trésorerie liées à une facturation moins réactive ».

⁴⁸ Données 2013 indisponibles au moment de la rédaction du rapport.

Montants des Annulations/Rémissions de titres sur exercices antérieurs

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Annulations ex ant. c/673	3 236 361,90	2 095 329,53	1 959 884,14	1 093 754,28	1 323 364,59	1 409 732,04
Produits sur ex ant. c/772	1 407 429,90	1 567 094,64	1 720 964,63	747 683,05	850 918,80	697 188,35
Taux de réémission	43,49%	74,79%	87,81%	68,36%	64,30%	49,46%

Source : Comptes financiers

Après examen d'un échantillon⁴⁹ de titres annulés, il s'avère que le délai de traitement des annulations et rémissions dépasse souvent plusieurs mois, entraînant soit, dans le meilleur des cas, un allongement anormal des délais de recouvrement, soit une annulation pure et simple du titre lorsque celui-ci concerne la CPAM pour cause de prescription d'assiette (délai de prescription de deux ans passé à un an en 2012 - circulaire du 18 juin 2012).

A titre d'exemple, un titre émis le 10 novembre 2010, consécutif à une hospitalisation du 20 au 22 janvier 2009 a été annulé et réémis à quatre reprises, pour finalement être définitivement annulé le 4 décembre 2012 pour, selon le comptable, « prise en compte de la forclusion de la créance ». Si dans ce cas précis on peut déplorer pour un même titre le nombre exceptionnel d'annulations et rémissions nécessaires pour répondre aux différents motifs de rejets successivement invoqués par la CPAM (caisses et droits erronés), il apparaît néanmoins que le délai de facturation et de traitement des annulations imputables à l'ordonnateur sont largement en cause dans l'irrécouvrabilité du titre.

L'ordonnateur, interrogé sur les procédures de suivi des annulations/rémission de titres, a transmis des tableaux de synthèse élaborés seulement depuis 2012. Ils reprennent les références des titres concernés et leur montant mais sans analyse des causes, des délais de traitement ou de l'exhaustivité des rémissions. Les modalités de suivi doivent donc être améliorées par l'élaboration, l'exploitation d'outils de pilotage plus finement adaptés.

En préparation de la facturation individuelle des établissements de santé, la qualité des fichiers télétransmis selon la norme B2⁵⁰ doit être validée. Or, selon les rapports de gestion des comptables, le taux de rejets B2 qui permet de mesurer la qualité de la facturation s'établissait en 2008 à 9,68 % se dégradant à 11,77 % en 2009.

Dans le cadre de la préparation au passage à FIDES et grâce à un renforcement de la collaboration avec le service informatique, un certain nombre de mesures ont été prises telles que la standardisation des critères de gestion des dossiers (contrôles embarqués d'incohérence entre deux codes par exemple), l'analyse des rejets par type d'anomalies remontées par la CPAM et des erreurs de paramétrage. Les rejets sont aujourd'hui en nette diminution (5,95 % en 2013), amélioration qu'il conviendra de poursuivre (le taux de 4,85 % enregistré en juin 2014 étant à confirmer étant donné le nombre élevé de titres restant à émettre sur l'exercice). Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué avoir été autorisé par la mission nationale FIDES à passer en facturation individuelle FIDES pour les actes et consultations externes au 1^{er} février 2015 (arrêté du 28 janvier 2015 publié au journal officiel du 6 février 2015). Cette autorisation a été accordée après que l'établissement a fourni avec succès trois tests successifs d'envoi avec des taux de rejets inférieurs aux 8% exigés, le dernier envoi du 7 novembre 2014 ayant donné lieu à un taux de rejet de 4,51%.

⁴⁹ Examen d'une centaine de titres annulés sélectionnés de façon aléatoire sur plusieurs mois de l'année 2012.

⁵⁰ La norme B2 fixe le format unique utilisé par les établissements de santé pour émettre leurs factures sous forme de flux par messagerie chiffrée vers le système informatique de réception des flux.

Une procédure identique à celle concernant les séjours s'applique aux actes et consultations externes (ACE). Durant certaines années de la période, les ajustements ont été particulièrement importants (0,6 M€ au titre de 2008 et 0,5 M€ au titre de 2009) illustrant un processus de facturation insuffisamment maîtrisé. Jusqu'en 2010, les consultations externes sur Font Pré étaient en assez grande partie décentralisées dans les services et la saisie de l'activité ne relevait pas du bureau des entrées mais des secrétariats médicaux avec un suivi moins rapproché et des reports sur les exercices suivants importants. Pour la partie centralisée au bureau des entrées un accueil administratif spécifique a été installé en 2010 dans le secteur propre des consultations.

Recommandation n° 8 : Définir des objectifs cohérents avec la mise en place de FIDES en matière de rythme et de qualité de facturation et mettre en place les indicateurs de suivi correspondants.

2.3.4 Le recouvrement

En 2008, les sommes encaissées en régies correspondent à 11,25 % des créances « hospitalisés et consultants ». En 2012, elles chutent à 4,70 %. En 2013, malgré une augmentation de 30,7 % concernant les produits hospitaliers due à la réorganisation du parcours des patients sur Sainte-Musse, le développement des encaissements en régies reste limité en raison de la difficulté d'amener les patients à repasser par les guichets mais également du manque de motivation des agents qui globalement y sont réticents. Selon l'ordonnateur, des solutions sont à l'étude comme la conservation de la carte d'identité du patient jusqu'au paiement.

L'analyse de l'état des restes à recouvrer au 31 décembre 2013 sur les hospitalisés et les consultants, tous exercices confondus (courant, précédent et antérieurs), fait apparaître que sur 21 408 titres non recouverts pour un montant total de 2,133 M€ :

- 42,73 % (représentant 4,76 % du montant total) sont inférieurs à 20 €. Le montant moyen de ces titres s'établit à environ 11 € selon le comptable.
- 42,41 % (représentant 19,39 % du montant total) sont d'un montant compris entre 20 et 100 euros. Le montant moyen s'établit à moins de 46 €.

Or le comptable indique que sur ces titres, il « dispose de peu de moyen de coercition, soit en raison des seuils réglementaires applicables à certaines procédures, soit en raison de la disproportion entre le coût de l'acte de poursuite et le montant du titre de recette ».

Les encaissements en régies doivent en conséquence être développés au sein du CHITS notamment ceux concernant la part restant à la charge du patient lors des consultations externes (ticket modérateur de 6,90 €). Un « référent régies » pourrait utilement être désigné.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué partager le constat de la juridiction en précisant que le travail concernant le renforcement des encaissements en régie serait entrepris après le passage en version web du logiciel du bureau des entrées et le passage à FIDES ACE.

Selon les comptes financiers, les restes à recouvrer sur exercices précédent et antérieurs concernant les hospitalisés et consultants s'élevaient, en 2009, à 0,924 M€ (6 317 titres) dont 70 % concernant le seul exercice précédent. En 2013, ils s'élevaient à 0,559 M€ (5 985 titres) dont 57 % sur l'exercice précédent. Globalement, le taux de recouvrement sur exercice précédent s'est donc amélioré.

Taux de recouvrement

	Exercice courant	Exercice précédent
2010	Données indisponibles	
2011	80,69	96,89
2012	79,60	98,73
2013	81,36	98,88

Source : comptable DGFIP

Malgré l'accélération des poursuites et l'intensification de ses relations avec la DDFIP (révision des seuils de poursuites, accès de l'ordonnateur au logiciel Hélios du comptable pour suivre l'état des recouvrements, réunions mensuelles), l'établissement figurait en 2012 parmi les hôpitaux les moins performants en termes de délai de recouvrement de ses créances sur les patients et les mutuelles (Cf. annexe 5.4). Toutefois, en 2013, le délai de 160 jours a diminué pour atteindre 147 jours, plaçant l'établissement dans la moyenne.

Conséquence d'une chaîne de facturation défaillante et d'une patientèle souvent issue d'un milieu précaire, les titres admis en non-valeur (émis entre 1993 et 2012) ont représenté des sommes importantes, particulièrement en 2010 et 2011. Ces importantes sommes admises en non-valeur expliquent, pour une part, la diminution des restes à recouvrer durant les années les plus récentes.

Montant des admissions en non-valeur (2008 - 2013)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
c/654	427 993,59	486 838,15	799 957,37	731 596,81	539 453,01	484 619,98

Source : comptes financiers

Alors même que plusieurs diagnostics ont été réalisés à partir de 2008 et des actions identifiées comme étant à engager, ce n'est qu'à partir de décembre 2012 que la chaîne de facturation a fait l'objet de mesures correctives pour des premiers résultats en 2013 largement susceptibles d'amélioration. Dans un contexte budgétaire difficile, la chambre constate l'absence de réactivité de l'établissement qui n'a pas su se doter d'une stratégie et d'outils lui permettant de suivre efficacement sa chaîne de facturation et l'état du recouvrement.

Au moment où il connaît une évolution favorable de son activité, la question de sa valorisation en termes de facturation et de recouvrement est centrale pour conforter sa trésorerie (Cf. 3.3.3). La restructuration engagée depuis début 2013 du bureau des entrées est à finaliser, des outils de pilotage plus fins à définir et exploiter.

Recommandation n° 9 : Développer et sécuriser l'encaissement en régies sur les différents sites de l'établissement en relation avec le comptable.

3. UNE SITUATION FINANCIERE PREOCCUPANTE MALGRE L'EQUILIBRE AFFICHE EN 2013

Fin 2013, le budget principal de l'établissement s'élevait à 302,5 M€. S'y ajoutent quatre budgets annexes (Dotation Non Affectée (DNA), unité de soins de longue durée (USLD), établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)⁵¹) pour un compte de résultat consolidé de 306,3 M€.

3.1 Le contrat de performance (2010-2013)

Durant la période examinée, l'établissement a modifié son objectif stratégique de mise en service du nouvel hôpital en décidant de regrouper sur le nouveau site toutes les activités liées au bloc opératoire.

⁵¹ Centre recevant des enfants de la naissance à 6 ans présentant (ou susceptibles de présenter) des retards psychomoteurs, des troubles sensoriels, neuro-moteurs ou intellectuels, avec ou sans difficultés relationnelles associées.

Souhaitant optimiser ses chances de réussir la restructuration de l'établissement à la faveur de l'ouverture du nouveau site, la direction a sollicité l'accompagnement de l'Agence Nationale d'Appui à la Performance (ANAP) des établissements de santé et médico-sociaux qui a proposé la signature d'un contrat de performance. Signé le 5 novembre 2010, il compte douze objectifs répartis en cinq axes :

1. Sécuriser l'installation sur le site de Sainte-Musse
2. Adapter la comptabilité analytique ;
3. Améliorer la performance des processus cliniques et réduire le déficit de certains pôles et activités ;
4. Renforcer le positionnement du CHITS en tant qu'hôpital de référence en redynamisant l'activité médicale ;
5. Accompagner la mise en œuvre du projet performance.

A la lecture du contrat, les enjeux immédiats de l'établissement (emménagement sur un nouveau site et réorganisation de la répartition de certaines de ses activités) n'apparaissent pas particulièrement au premier plan. A titre d'exemples, le « *regroupement des activités d'orthopédie-traumatologie sur le site de Sainte-Musse* » et le « *regroupement du pôle mère-enfant* » qui revêtent une importance stratégique particulière ne figurent pas au nombre des axes mais seulement en déclinaison du 1^{er} axe.

Le bilan de ce contrat aujourd'hui terminé a été dressé le 11 juin 2013 par le comité de clôture du projet performance. Il fait apparaître une réalisation à hauteur de 33 %, soit un gain de 1,8 M€ pour 5,6 M€ escomptés.

La plupart des cibles chiffrées ne sont que partiellement atteintes : le déficit de l'orthotraumatologie s'est dégradé, celui de plusieurs services s'est atténué tout en restant en-deçà de la cible définie (femme-enfant, ORL, gastro-entérologie, infectiologie), la chirurgie ambulatoire s'est effectivement développée mais grâce au transfert d'une partie de l'activité antérieurement réalisée dans les services d'hospitalisation complète (passage de 16 % à 11,30 %, 10,4 % à l'issue du 1^{er} semestre 2014 selon les précisions apportées par l'ordonnateur lors de l'entretien préalable) pour un objectif de 0 %), les effectifs définis pour le PTCES ont augmenté de 12 ETP pour une cible à 0.

La question des effectifs est centrale, « *l'atteinte des objectifs financiers passant par une maîtrise des effectifs* ». Sur la base d'un effectif initial de 2 995 ETP, la cible retenue était de 2 952,6 ETP. A la date de l'évaluation, 3 120 ETP sont recensés soit une progression de 125 en lieu et place d'une diminution de 42,4 ETP. Fin 2013, 268 ETP non médicaux supplémentaires (hors contrats aidés) sont présents dans l'effectif (+ 240 par rapport à 2011)⁵². La prise en compte d'un ratio tel que le nombre de dossiers traités par agent aurait pu permettre de distinguer ce qui relève de la forte évolution de l'activité (effet volume) d'une insuffisante réorganisation.

Sur le plan stratégique et plus qualitatif, il convient d'acter le regroupement des activités des pôles orthopédie-traumatologie et mère-enfant qui constituait un enjeu majeur pour l'établissement tout en observant l'atteinte très partielle de l'axe 4 « *Renforcer le positionnement du CHITS en tant qu'hôpital de référence en redynamisant l'activité médicale* » (ambulatoire et CHT).

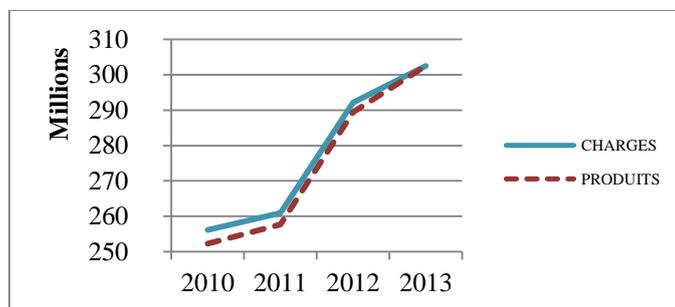
Au vu des enjeux qui demeurent d'actualité et du niveau de réalisation insuffisant, la chambre recommande la poursuite des travaux entrepris dans le cadre de ce contrat et l'évaluation annuelle des résultats obtenus.

⁵² Dans le rapport relatif à l'EPRD 2012, l'établissement fait le constat d'un effectif d'ASH (agents des services hospitaliers) « *objectivement insuffisant* » à hauteur de 10 postes. Il anticipe dès cette date une nécessaire pérennisation de 37,5 postes notamment d'agents de logistique d'étage (aux 23 postes initiaux sont ainsi ajoutés 15 postes).

3.2 L'analyse de l'exploitation (2010-2013)

Durant la période 2010-2013, les produits du budget principal ont progressé de + 19,9 % tout en restant, à l'exception de l'année 2013, inférieurs aux charges, l'année 2011 se caractérisant par l'impact de la mise en fonctionnement du nouveau site.

Evolution des charges et des produits (2010 – 2013)



Source : comptes financiers de 2010 à 2013 (en millions d'euros)

3.2.1 Les produits bruts d'exploitation (Cf. annexe 5.5)

Globalement, les produits du budget principal ont progressé de 19,9 %, soit + 50,3 M€. Cette augmentation intervient essentiellement à partir de 2012, suite à l'ouverture du nouveau site. Elle reflète la hausse d'activité en MCO mais aussi des évolutions de dotation annuelle de fonctionnement en psychiatrie et en SSR et l'allocation de crédits non reconductibles visant, entre autres, à accompagner l'opération de transfert sur Sainte-Musse.

Evolution des produits du budget principal (2010 – 2013)

Produits	2010	2011	2012	2013	2013/2010
Titre 1	208 422 034,28	211 719 793,69	215 163 090,84	227 448 119,33	9,13%
Titre 2	23 235 467,65	24 292 675,49	24 307 647,13	28 421 183,65	22,32%
Titre 3	20 615 145,30	21 686 304,04	49 969 278,48	46 655 677,40	126,32%
TOTAL	252 272 647,23	257 698 773,22	289 440 016,45	302 524 980,38	19,92%

Source : comptes financiers 2010 – 2013

La part des différents titres évolue différemment, le titre 1 (produits de l'Assurance Maladie) passant de 83 à 75 % et le titre 3 (autres produits) voyant sa part s'accroître de 8 à 16 %. Ce changement de structure doit être analysé avec prudence du fait de la création du Fonds d'Intervention Régional (FIR) par la loi du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale qui a conduit au transfert sur le titre 3 de produits antérieurement enregistrés sur le titre 1.

Titre 1 - Les produits versés par l'Assurance maladie

Ces produits qui sont en progression régulière (+ 19 M€ entre 2010 et 2013), reflètent l'évolution favorable de l'activité MCO qui a plus que contrebalancé le transfert de certains crédits sur le titre 3 (FIR) et l'application du coefficient de transition⁵³. Le CHITS a été considéré comme sur-doté avec un coefficient de 1,067 en 2008. La période de convergence vers 1 a minoré les recettes issues des séjours hospitaliers d'un montant cumulé de - 5,64 M€ entre 2009 et 2012.

La progression de la part financée par dotation annuelle de financement (DAF Psychiatrie et SSR) doit être relativisée du fait de l'octroi de crédits non reconductibles sur ces deux dotations à hauteur de 8,8 M€⁵⁴.

⁵³ Le passage dès l'exercice 2008 à une tarification à l'activité à hauteur de 100 % s'est, en effet, accompagné de l'application d'un coefficient de transition qui a affecté les tarifs nationaux en venant les majorer ou les minorer afin de garantir la neutralité du passage à la T2A à 100 % dans le calcul des recettes.

⁵⁴ Cette somme inclut le financement de l'hélicoptère en 2013 pour 530 000 € sur la DAF SSR.

S'agissant des soins de suite et de réadaptation, la phase de préparation au passage à la tarification à l'activité, à ce jour maintenue en 2016, a conduit à différentes modulations sans impact réel sur l'enveloppe considérée qui a été revalorisée à hauteur de 0,8 M€ au cours des quatre derniers exercices clos.

L'enveloppe de psychiatrie a progressé de façon plus significative (+ 3,7 M€) du fait de l'évolution du périmètre d'activité (création de 10 places d'hôpital de jour psychiatrie infanto-juvénile en 2008) et d'une volonté de l'ARS de procéder à une réévaluation de la base budgétaire.

La dotation MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) a connu une baisse en 2012 suite à la création du FIR et au transfert sur le titre 3 du financement de certaines actions (permanence des soins des établissements de santé, centre périnatal de proximité, éducation thérapeutique, ...).

Durant la période examinée, les aides de l'ARH devenue l'ARS sont venues conforter les produits du titre 1 pour un montant conséquent. Ces crédits non reconductibles (CNR) ont été versés en DAF et en aides à la contractualisation (AC) selon le détail ci-après.

Crédits non reconductibles notifiés au CHITS (2008 – 2013) en €

	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SSR	1 000 000	2 640 000	1 000 000	1 100 000		
Psychiatrie	1 500 000			1 100 000		
AC	1 500 000	560 000		2 800 000		
Aide FIR et FMESPP*					1 344 888	
TOTAL	4 000 000	3 200 000	1 000 000	5 000 000 €	1 344 888	0

Sources : Rapports budgétaires ARH puis ARS 2008 - 2013

* FMESPP (Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés) : 835 710 €, FIR : 509 178,06 €

Si l'on considère l'évolution du titre 1 hors CNR et hors MIGAC pour isoler ce qui traduit le mieux l'évolution de l'activité, on obtient une progression de 24,3 M€ entre 2010 et 2013.

Evolution des crédits de titre 1 hors MIGAC et hors CNR (2010 – 2013)

En €	2010	2011	2012	2013	2013-2010
Titre 1 hors MIGAC	178 110 063	178 664 447	186 683 244	201 935 321	23 825 258
CNR DAF	1 000 000	2 200 000		530 000	
Titre 1 hors MIGAC hors CNR	177 110 063	176 464 447	186 683 244	201 405 321	24 295 258

Source : comptes financiers 2012 et 2013

Sans sous-estimer l'importance de cette évolution, il convient de souligner qu'elle repose sur la revalorisation d'une enveloppe (DAF) qui n'a pas vocation à se renouveler dans l'immédiat et dans les mêmes proportions, sur un forfait annuel urgences dont le montant devrait se stabiliser vu la progression passée et celle requise pour accéder à la tranche supérieure (2 500 passages de plus), sur des tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS) et des mesures d'économie⁵⁵ dont nul ne connaît l'évolution dans les années à venir et sur une augmentation capacitaire qui implique, par définition, la couverture d'un certain montant de charges.

Dans son Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) 2014 – 2025, l'établissement s'inscrit dans une dynamique de croissance continue en termes de valorisation de son activité T2A. Il prévoit une hausse de 3,5 % en valeur chaque année à compter de 2015.

⁵⁵ Plusieurs éléments peuvent être cités à titre d'exemples : le projet d'ONDAM hospitalier 2015 à 2 %, l'application d'un coefficient prudentiel, le gel d'enveloppes (l'EPRD 2014 élaboré après parution de la circulaire budgétaire intègre la mise en réserve des mesures de reconduction pour 235 K€ sur la DAF psychiatrie et 162 K€ sur la DAF SSR et la non reconduction des crédits non pérennes alloués fin 2013 au titre des patients lourds d'éveil de coma soit 623 K€), le projet de décret sur un mécanisme de dégressivité tarifaire, ...

La chambre considère cette hypothèse très optimiste dans la mesure où la progression de 9,5 % observée en 2013 est directement liée à l'ouverture du nouveau site dont l'effet n'aura pas le même impact, à capacité égale, les années suivantes, même si le CHITS récupère quelques parts de marché. La même remarque s'applique aux actes externes pour lesquels une augmentation des produits de 5 % est retenue.

Titre 2 - Les autres produits de l'activité hospitalière

Les tarifs journaliers de prestations (TJP) servent de base à la facturation :

- Des frais d'hospitalisation :
 - au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux,
 - intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales).
- Des transports secondaires SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation).

Il revient au directeur de l'établissement de proposer les différents tarifs journaliers de prestations calculés selon des modalités précisées par le décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005, puis l'article R. 6145-22 du code de la santé publique et l'article 5 du décret 2009-213 du 23 février 2009. Aux termes de l'article 5-1 de ce même décret, le directeur général de l'ARS arrête les tarifs.

A une hausse de 35 % autorisée à titre exceptionnel par les autorités de tutelle en 2007, se sont ajoutées des augmentations forfaitaires, et donc non réglementaires, de l'ordre de 5 % chaque année entre 2008 et 2012, soit une progression de plus de 20 % non justifiée réglementairement. En moins de 10 ans, entre 2006 et 2013, le tarif de médecine et spécialités médicales est passé de 643 €⁵⁶ à 1 303 €, soit + 102,6 %. Ces tarifs influant le calcul du ticket modérateur lorsque celui-ci est facturable, il s'en est suivi une recette indûment perçue.

En 2013, la stabilité des tarifs s'inscrit dans le respect de la circulaire budgétaire de l'exercice considéré. Ils ont permis la réalisation d'une recette de 15,9 M€ en hausse de 1,9 M€ par rapport à 2012 du fait de la seule augmentation d'activité. La circulaire budgétaire 2014 prévoit l'ajustement à la baisse des tarifs calculés de façon non réglementaire. Le CHITS a proposé dans son état prévisionnel des recettes et des dépenses leur diminution de 5 %, sans impact budgétaire car compensée par la hausse de l'activité prévisionnelle.

La chambre observe que le CHITS devra poursuivre cette démarche de mise en conformité des TJP avec la réglementation, en prenant appui sur un nouveau calcul des tarifs.

Recommandation n° 10 : Poursuivre la révision à la baisse des tarifs journaliers de prestations en appliquant les modalités de calcul prévues par la réglementation.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement s'est engagé à poursuivre la baisse des tarifs journaliers de prestations qu'il a initiée en 2014.

Deux évolutions réglementaires significatives sont intervenues sur la période, l'une concernant le forfait journalier hospitalier, l'autre l'aide médicale d'Etat (AME).

⁵⁶ Rapport de gestion du comptable – Exercice 2010, page 14.

En application de l'arrêté du 23 décembre 2009 fixant les montants du forfait journalier hospitalier prévu à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, celui-ci est passé de 16 à 18 € en 2012 générant une majoration des recettes. Sous l'effet conjugué de l'augmentation du montant du forfait journalier et du volume d'activité MCO, le solde du compte 73271 « *Forfait journalier MCO* » connaît une évolution de 12,9 % entre 2010 et 2013 soit + 0,437 M€.

L'arrêté du 14 décembre 2011 fixe pour sa part « *le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat* ». Il est complété par une circulaire parue le même jour. A un financement 100 % Assurance maladie sur la base du prix de journée s'est substitué un financement T2A à compter du 1^{er} janvier 2012. Le financement de la part obligatoire est ainsi assuré via les GHS et le financement de la part complémentaire à partir des prix de journée. Ce changement de mode de facturation explique l'évolution du compte 7332 dont le solde passe de 1,6 M€ en 2011 à 0,6 M€ en 2012 et 0,7 M€ en 2013.

Parmi les fortes progressions, on notera également les recettes issues de la facturation des soins urgents (+ 62,9 %, soit + 0,261 M€) qui s'établissent à 0,677 M€ en 2013.

Sur le titre 2 considéré globalement, aucune évolution à la baisse n'apparaît au cours des exercices à venir dans le PGFP. La chambre considère, quant à elle, que le retour au respect de la réglementation en matière de TJP va nécessairement avoir un impact lorsque l'activité sera stabilisée.

Titre 3 - Les autres produits

La comparaison entre exercices sous revue nécessite certaines précautions du fait des évolutions induites par la création du FIR et du caractère exceptionnel de certaines recettes (financement de la prime de mobilité exceptionnelle versée à l'occasion du déménagement), transfert de charges lié à la renégociation de l'emprunt, cessions d'actifs (8 M€ en 2012 et 5,3 M€ en 2013). En neutralisant ces éléments, les produits du titre 3 progressent de près de 7 % (2,2 M€).

L'ouverture de Sainte-Musse a correspondu à de nouvelles recettes et modalités de perception pour certaines d'entre elles. A titre d'exemples, les prestations téléphone et télévision auparavant gérées par une délégation de service public ont été réintégrées en gestion directe.

Le parking public fait l'objet d'une facturation qui, selon les estimations figurant dans le rapport du directeur accompagnant l'EPRD initial 2012, devraient correspondre à 0,6 M€ la première année (effet année pleine attendu). Toutefois, en 2012 comme en 2013, les recettes sont nettement inférieures à la prévision (60 691,65 € et 86 415,75 € respectivement) du fait d'un dysfonctionnement du système informatique des caisses. Depuis juillet 2014, selon la direction, le problème est résolu.

Une action particulière a également été conduite en matière de facturation des chambres particulières (40 € par chambre par jour en 2013) correspondant à une recette de 1,6 M€ en 2013 contre 1,2 M€ en 2012.

L'activité de rétrocession de médicaments a connu une progression soutenue en 2013 générant une recette de 8,692 M€ en progression de 4,9 % malgré une baisse de 40 % des rétrocessions de chimiothérapie aux établissements de Brignoles et Hyères du fait de la diminution de cette activité en leur sein.

Les reprises sur amortissements et provisions sont également conséquentes en fin de période suite à la mise en fonctionnement du nouveau site (9,9 M€ en 2012 et 10,2 M€ en 2013).

3.2.2 Les charges d'exploitation

A l'instar des produits, l'évolution des charges qui progressent globalement de + 18,1 % soit + 46,3 M€, est largement marquée par l'ouverture de l'hôpital de Sainte-Musse.

L'exercice 2012 correspond à une augmentation soutenue sur deux titres principalement :

- Le titre 1 (charges de personnel) qui augmente de 10,3 M€ en 2012 et de 8,4 M€ en 2013,

- Le titre 4 (charges d'amortissement, provisions, dépréciations, financières et exceptionnelles) qui s'apprécie de 13,5 M€ en 2012 et diminue légèrement en 2013 (- 0,45 M€).

Evolution des charges du budget principal (2010 – 2013)

Charges	2010	2011	2012	2013	Evolution 2013/2010
Titre 1	166 933 459	168 313 437	178 652 702	187 031 695	12,04%
Titre 2	37 521 356	39 875 922	42 597 240	46 286 566	23,36%
Titre 3	22 969 846	24 161 212	28 833 082	27 584 938	20,09%
Titre 4	28 737 678	28 572 232	42 033 046	41 585 101	44,71%
TOTAL	256 162 339	260 922 804	292 116 070	302 488 299	18,08%

Source : Comptes financiers 2010 – 2013

Au-delà de cette première analyse et compte tenu du caractère encore récent du déménagement (un seul exercice clos depuis l'opération), il convient de distinguer les dépenses ponctuelles et celles présentant un caractère pérenne. A partir des éléments produits par l'établissement, les dépenses ponctuelles peuvent être évaluées à 1,7 M€. Elles correspondent aux coûts induits par la fermeture des sites, coûts encore pour partie supportés par l'établissement, l'ensemble des cessions n'étant pas aujourd'hui réalisées.

Coûts liés à la fermeture des sites de Font Pré, Chalucet et Réal Martin

Sécurité	Font Pré	681 384,10
	Réal Martin	19 674,72
Démantèlement installations électriques	Font Pré	89 533,91
Dépollution terrain	Font Pré	532 899,85
Réalimentation des logements de fonction	Font Pré	11 227,87
Adaptation des locaux	Chalucet	336 053,96
Débroussaillage	Réal Martin	5 436,72
Réparations	Réal Martin	7 344,84
Total coûts liés à la fermeture des sites		1 683 555,97

Source : CRC à partir des données CHITS

Les dépenses présentant un caractère pérenne sont liées au fonctionnement du nouveau site. Elles concernent le personnel mais également les prestations techniques, hôtelières et logistiques. Sur ces secteurs, l'écart constaté entre 2011 et 2013 est de 4 M€.

Principaux surcoûts identifiés en 2013 liés au fonctionnement du nouveau site pour les services techniques, biomédical, hôteliers et logistiques

Services	Ecart 2013-2011
Services techniques	3,03
Service biomédical	0,50
Services hôteliers et logistiques	0,47
TOTAL	4,00

Source : CRC à partir des données CHITS (en million d'euros)

Les coûts de maintenance vont augmenter du fait de la fin de période de garantie de certains biens et équipements. Il n'est pas possible à ce stade de chiffrer cette dépense mais on peut avancer qu'elle sera conséquente vu les plans d'équipements⁵⁷ (22 M€ pour le secteur biomédical).

Enfin, il faut prendre en compte la hausse prévisible des intérêts des emprunts et des amortissements.

⁵⁷ Pour donner quelques repères sur les nouveaux marchés ou besoins ayant un impact en maintenance, le CH indique le fonctionnement des installations et équipements suivants : « centrale d'air médical (50), transport automatique lourd (8 AGV), pneumatique, vidéo protection (250 caméras), interphonie (250 appareils), stockeurs rotatifs de la pharmacie, distributeur de tenues, gestion des parkings, contrôle d'accès, avitaillement kérosène, ... ». Le parc d'installations techniques connaît également une forte évolution avec le « passage de 6 à 15 onduleurs, de 52 à 65 élévateurs, de 3 831 à 5 800 équipements de fluides médicaux, de 11 à 14 productions d'air médical, de 4 à 6 groupes électrogènes, de 1 à 6 séparateurs d'hydrocarbures, de 4 à 9 postes électriques, de 118 à 178 portes automatiques et barrières... ».

Titre 1 - Les charges de personnel

Les charges de personnel progressent de 20,1 M€, soit + 12,04 %, sous l'effet conjugué de l'évolution annuelle des charges (revalorisations salariales, progression de taux de charges, avancement des personnels, ...) ⁵⁸ et des créations de postes résultant largement de l'augmentation de capacité et d'activité de l'établissement. Les augmentations d'effectifs sont notables à partir de 2012 : + 19 ETP médicaux hors internes, + 268 ETP non médicaux hors contrats aidés.

Evolution du nombre moyen d'ETP rémunérés (2010 – 2013)

	2010	2011	Evo 2011/2010	2012	Evo 2012/2011	2013	Evolution 2013/2012	Evolution 2013/2010
Personnel médical (hors internes)	290	285	-1,7%	293	2,8%	309	5,5%	6,6%
Personnel non médical (hors emplois aidés)	2 957	2 985	0,9%	3 120	4,5%	3 225	3,4%	9,1%

Source : CRC à partir des données CHITS

Il n'existe pas de ratio global d'agents par lit en MCO. Un tel calcul serait sans aucun doute réducteur n'intégrant pas les normes opposables dans différents secteurs ou les lourdeurs de certaines prises en charge. Toutefois, la chambre note une évolution plus rapide des effectifs (+ 8,8 % hors internes et hors contrats aidés, soit 75,28 ETP en 2013) que des capacités (+ 8,1 %) alors même que l'on peut attendre d'une nouvelle organisation un gain en efficacité. L'établissement a indiqué dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre être parvenu à stabiliser son effectif moyen annuel (3 225 ETP en 2013 et 3 224 ETP en 2014).

Le personnel non médical

Dans le rapport initial de présentation de l'EPRD 2012, l'établissement indique les évolutions d'effectifs liées au fonctionnement de Sainte-Musse. Aux 80 créations de postes actées dans le cadre du contrat de performance, s'ajoutent 82 postes financés : 47,5 postes vont être créés en sus (10 agents de service hospitalier (ASH) du fait de leur nombre manifestement insuffisant constaté après ouverture et 37,5 postes initialement prévus en renfort ponctuel lors du transfert), portant le total à 209,5 postes.

En trois ans (2010 à 2013), le nombre d'ETP rémunérés hors contrats aidés est passé de 2 957 à 3 225 soit une progression de 268 ETP (+ 9,1 %). Le nombre de contrats aidés a également évolué fortement, de 65,47 en 2012 à 75,28 ETP en 2013.

La masse salariale du personnel non médical est passée de 132,914 M€ en 2010 à 145,933 M€ en 2013, hors contrats aidés, soit une progression de 13,018 M€ (+ 9,8 %).

En 2012, une indemnité individuelle et exceptionnelle de mobilité ⁵⁹ (IEM) a été versée pour un montant total de 1,345 M€ ⁶⁰. Cette indemnité est prévue par le décret n° 2001-353 du 20 avril 2001 en cas de changement de lieu de travail induit par une opération de réorganisation validée par le directeur général de l'ARS. Son montant varie selon que l'agent est, ou non, contraint de changer de résidence. Dans ce second cas de figure, il est fonction de la distance entre le domicile et le nouveau lieu de travail.

⁵⁸ A titre d'exemples pour le personnel non médical :

C/64111 « rémunération principale titulaire et stagiaire » : + 7,45 % ; C/64118 « autres indemnités » : + 9,6 % ; C/64131 « rémunération principale CDI » : + 72,6 % ; C/64515 « cotisations CNRACL » : + 13 %.

⁵⁹ Décret n° 2001-353 du 20 avril 2001 instituant une indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière et arrêté du 20 avril 2001 fixant les montants de l'indemnité exceptionnelle de mobilité dans la fonction publique hospitalière.

⁶⁰ Cette prime a été intégralement financée par le FMESPP et le FIR.

Afin de constituer le dossier d'éligibilité à l'accompagnement du FMESPP, une convention a été signée le 10 avril 2012⁶¹ entre l'ARS et l'établissement qui prévoit : « *Pour encourager les agents dont les emplois sont transférés et qui ont accepté de s'investir professionnellement dans la mise en œuvre de nouvelles organisations, le versement d'une indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité est envisagé pour tous les transferts sur un site du CHITS* ». 2 524 professionnels ont ainsi bénéficié de l'IEM dont 2 075 qui travaillaient à Font Pré et ont été affectés à Sainte-Musse (bâtiment offrant de meilleures conditions de travail et situé à 1 200 m d'après un site de calcul d'itinéraire). Dans la mesure où la distance prise en compte est indépendante de la distance existant antérieurement entre le domicile et le précédent lieu de travail, des agents qui se sont éventuellement trouvés plus proches de leur lieu de travail suite à leur changement d'affectation, ont réglementairement pu percevoir cette indemnité.

Le paiement de cette prime exceptionnelle de 1,3 M€ pour accompagner socialement l'opération de transfert qui doit, en toute logique, offrir de meilleures conditions de travail et constituer en soi un élément fort d'attractivité et de management, les recrutements sur le secteur des admissions dont l'organisation n'a pas été opérationnelle au moment de l'installation sur le nouveau site, l'évolution des effectifs sans commune mesure avec celle initialement retenue, le recrutement de plus de 78 ETP en CAE sans réflexion sur les conséquences de leur éventuelle suppression, l'absence d'économie d'échelle perceptible alors que l'ouverture d'un nouveau site doit viser une plus grande efficacité, conduisent la chambre à conclure à une organisation sur le nouveau site mal préparée, voire subie et, en tout état de cause, atteste d'une gouvernance déficiente.

Le personnel médical

L'EPRD initial 2012 prévoyait de renforcer l'effectif médical, hors internes, à hauteur de 11,5 postes pour 16 postes créés fin 2013. Entre 2010 et 2013, le nombre de praticiens hors internes est passé de 290 à 309, soit + 19 ETP (+ 6,6 %). La masse salariale correspondante qui était de 35,096 M€ en 2010 a progressé pour atteindre 39,791 M€ en 2013 soit + 4,695 M€ (+ 13,4 %).

Titre 2 - Les charges à caractère médical

Les charges à caractère médical progressent de 8,8 M€ sur la période 2010-2013, soit + 23,4 %. L'augmentation intervient majoritairement en fin de période, les charges à caractère médical étant, par nature, assez fortement corrélées aux variations d'activité.

Une partie de ces charges est couverte par des recettes, celles des molécules onéreuses et dispositifs médicaux financés au titre de la liste en sus (produits de l'Assurance Maladie), celles des rétrocessions de médicaments et de la sous-traitance d'examen de laboratoire pour d'autres CH.

Titre 3 - Les charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général évoluent de + 4,6 M€, soit + 20,09 % de 2010 à 2013. La plus grande part de la progression intervient en deuxième partie de période : + 5,2 % entre 2010 et 2011 et + 14,2 % entre 2011 et 2013.

L'augmentation constatée en 2012 est à apprécier au regard des charges induites par la mise en fonctionnement d'un bâtiment neuf comme le déménagement (0,959 M€). Certaines évolutions présentent toutefois un caractère durable, résultant du fonctionnement courant du nouveau site ou du niveau d'activité. Les chiffres 2013 correspondant à la première année pleine de fonctionnement, sont sans doute aujourd'hui les plus proches des charges que l'établissement aura à supporter de façon récurrente.

⁶¹ La convention prévoit un montant total de 1 391 169,51 €.

A ce titre, la chambre constate une forte progression des dépenses sur différents postes.

Evolution de quelques postes de dépenses du budget principal (2010 – 2013)

	2010	2011	2012	2013	2013/2010
Restauration	2 691 150	2 642 316	2 711 180	2 926 288	8,7 %
Blanchisserie	2 107 073	2 272 983	2 437 150	2 535 563	20,3 %
Conditionnement air	1 962 861	2 293 896	2 938 478	3 063 796	56,1 %
Liaisons inf., affranchissements, tél.	787 606	926 168	1 043 135	1 101 848	39,9 %
Eau	498 032	659 257	702 086	447 686	-10,1 %
Electricité	1 150 761	1 378 251	2 385 132	2 459 553	113,7 %
Chauffage	707 949	798 166	916 619	1 192 969	68,5 %
Maintenance	1 604 602	1 869 536	2 461 645	2 359 101	47,0 %

Source : comptes financiers 2010 - 2013

Au vu de la nécessaire maîtrise des dépenses, la structuration et la performance de la fonction achats sont des éléments de premier plan. Au sein du CHITS, cette fonction s'articule autour des secteurs gestionnaires (pôles ou services) et d'une structure en charge de la formalisation des procédures, de la mise en place et tenue à jour de la documentation relative aux marchés, de l'appui juridique et du contrôle du respect des procédures. Créée en 1995, elle a évolué dans sa dénomination (initialement « bureau de la commande publique », elle est devenue « cellule des marchés » en 2009).

Son effectif s'établit jusqu'en 2012 à un attaché d'administration, un adjoint des cadres (ou faisant fonction) et quatre adjoints administratifs. En 2013, cet effectif se réduit à un responsable et deux adjoints administratifs suite à la réaffectation d'un agent en septembre 2013 à une nouvelle cellule dédiée à la politique achats. Par cette dernière évolution, l'établissement entend « *développer des pratiques orientées vers la performance : gains en coûts et/ou qualité de service (cartographie des achats, suivi du programme PHARE et du plan d'actions en découlant, des évolutions du règlement interne des achats en lien avec la cellule des marchés et de la coordination des démarches d'achat groupés (...)* ».

Les remarques formulées à la lecture des procédures (Cf. 2.1) invitent à intensifier le travail entrepris en matière de contrôle interne.

Titre 4 - Les charges d'amortissements, de provisions, et dépréciations, financières et exceptionnelles

Evolution des charges en € de titre 4 (2010 – 2013)

	2010	2011	2012	2013
Charges financières (y compris c/68620)*	4 042 588	5 861 661	8 762 985	10 085 262
Charges exceptionnelles	2 693 390	1 983 841	10 774 007	7 893 798
Dotation aux amortissements, dépréciations et provisions (hors c/ 68620)	22 001 700	20 726 730	17 246 903	23 606 041
<i>dont Immo. corporelles et incorporelles (c/6811)</i>	<i>6 635 988</i>	<i>7 176 685</i>	<i>16 213 369</i>	<i>20 038 977</i>
TOTAL titre 4	28 737 678	28 572 232	36 783 895	41 585 101

Source : comptes financiers 2010 - 2013

* Les sommes imputées au c/68620 ont fait l'objet d'un retraitement pour prendre en compte l'étalement de l'indemnité bancaire sur 31 ans à compter de 2012.

Les charges du titre 4 ont globalement progressé de 12,8 M€, soit + 44,7 % entre 2010 et 2013, pour atteindre 41,6 M€.

La comptabilisation des valeurs nettes comptables des sites cédés (Cf. 3.4.2) a eu un impact ponctuel.

En revanche, les frais financiers et les charges d'amortissements présentent un caractère durable. Suite à la mobilisation des emprunts, la charge d'intérêts a progressé de plus de 40 % pour atteindre 8,117 M€ en 2012 et 9,328 M€ en 2013, soit + 1,212 M€. Les charges d'amortissements ont plus que doublé avec la mise en amortissement de la quasi-totalité du site de Sainte-Musse, atteignant 16,213 M€ en 2012 (soit + 9,037 M€ par rapport à 2011) et 20,039 M€ en 2013.

Les charges de titre 4 sont directement impactées par l'opération de construction du nouveau site. Depuis le concours de maîtrise d'œuvre en 2002 (125,58 M€), la dérive des coûts a été manifeste, le coût de construction du nouveau site s'établissant à 307,98 M€ en 2014. Toutefois, l'absence de décompte général et définitif des dépenses (DGD), la chambre ne s'est pas prononcée sur l'économie générale de l'opération.

3.2.3 L'excédent brut d'exploitation et la marge brute

Soldes	2010	2011	2012	2013
Produits bruts d'exploitation	246 355 246	252 682 188	257 688 093	275 274 571
Consommations en provenance de tiers	42 902 870	44 597 739	48 611 853	52 151 504
Charges externes	15 559 427	16 570 749	20 145 258	18 804 712
Remboursements de frais des CRA	325 706	239 556	113 261	92 406
- Consommations intermédiaires	58 136 591	60 928 932	68 643 850	70 863 810
VALEUR AJOUTEE	188 218 655	191 753 256	189 044 243	204 410 761
+ Subventions d'exploitation	739 338	971 998	4 975 207	7 473 432
- Impôts et taxes	46 998	52 088	50176	70397
- Charges de personnel (en net)	170 347 972	172 524 625	182 752 989	191 421 421
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	18 563 023	20 148 541	11 216 285	20 392 375
+ Autres produits de gestion courante	2 920 679	3 085 465	3 340 379	4 205 695
- Autres charges de gestion courante	1 179 378	1 338 393	881 042	928 745
MARGE BRUTE	20 304 324	21 895 613	13 675 622	23 669 325

Source : Rapport du comptable 2013

Entre 2010 et 2013, toutes activités confondues, les consommations intermédiaires (achats et services extérieurs – comptes 60, 61 et 62) progressent presque deux fois plus vite que les produits bruts d'exploitation (+ 21,9 % contre + 11,7 %). Les consommations en provenance des tiers (achats de matières premières et fournitures : produits pharmaceutiques, petit matériel médical, marchandises à caractères médical et hôtelier, ...) et les charges externes (sous-traitance, entretien, assurances responsabilité civile) évoluent le plus fortement et dans des proportions comparables (respectivement + 21,6 % et + 20,9 %). La valeur ajoutée s'apprécie de + 8,6 % sur la période. Il convient toutefois de noter la particularité de l'exercice 2012 durant lequel la progression des consommations intermédiaires (+ 12,7 %) beaucoup plus forte que celle des produits d'exploitation (+ 2 %) conduit à une diminution de la valeur ajoutée. Les dépenses induites par le transfert, l'ouverture du site mais aussi la baisse importante des aides en CNR expliquent ce constat. En 2013, la forte progression des produits bruts d'exploitation, la diminution des charges externes, permettent, par répercussion, une croissance de la valeur ajoutée de plus de 8 %.

La valeur ajoutée à laquelle sont additionnées les subventions d'exploitation reçues, doit permettre de couvrir l'ensemble des charges de personnel et des charges fiscales de l'établissement, le solde constituant l'excédent brut d'exploitation (EBE). L'EBE mesure ainsi la part de valeur ajoutée revenant à l'établissement et représente le solde restant après rémunération du facteur travail pour rémunérer les autres facteurs de production.

Deux éléments d'explication sont à considérer :

- L'évolution des dépenses de personnel (+ 12,4 % sur l'ensemble de la période),
- La forte progression du montant des subventions en 2012. L'évolution des comptes 74 concerne essentiellement le budget principal en lien avec la création du FIR. Le compte 7471 présente un solde de 3,117 M€ fin 2012 et de 6,376 M€ fin 2013.

La marge brute correspond aux ressources dégagées par l'établissement sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions. Après avoir connu une forte baisse de - 37,5 % entre 2011 et 2012, elle progresse de + 73,1 % en 2013 pour s'établir à 23,7 M€. Le taux de marge brute correspond alors à 8,25 % des produits courants réels (5,14 % en 2012), supérieur à la médiane de 7,28 %.

Ce taux correspond toutefois à un taux de marge brute incluant les aides exceptionnelles accordées par l'ARS et nécessite donc un retraitement suivant les préconisations du rapport de l'IGAS⁶² de mars 2013 relatif à l'évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier reprises dans la circulaire DGOS du 5 juin 2013.

En intégrant les aides exceptionnelles ainsi que les aides Hôpital 2007, PRISM et du conseil général, soit 13,222 M€, le taux de marge brute se situe alors entre - 0,3 % en 2012 et + 3,6 % en 2013, très en-deçà du seuil communément admis de 8 %. En principe, cette marge doit permettre le financement des investissements courants à hauteur d'environ 3 % et pour le surplus le financement du service de la dette.

Détermination de la marge brute non aidée (en euros)

	2010	2011	2012	2013
Marge brute	20 304 324	21 895 613	13 675 622	23 669 325
Aides exceptionnelles ARH et ARS	1 000 000	5 000 000	1 344 888	
Aide Financement Sainte-Musse	13 222 413	13 222 413	13 222 413	13 222 413
Marge brute non aidée	6 081 911	3 673 200	- 891 679	10 446 912

Détermination du taux de marge brute non aidée

	2010	2011	2012	2013
Soldes C/70 à 75 - soldes C/7087	249 920 192	256 783 936	265 993 676	286 876 635
Taux de marge brute aidée	8,12 %	8,53 %	5,14 %	8,25 %
Taux de marge brute non aidée	2,43 %	1,43 %	- 0,34 %	3,64 %

Source : CRC à partir des données CHITS et du comptable

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement indique que les retraitements opérés prennent en compte des aides accordées dans le cadre du plan hôpital 2007, lesquelles sont indispensables dès lors que le plan précité prévoyait un financement de l'opération de construction par emprunt et non par dotation en fonds propres et que le modèle tarifaire T2A n'a intégré ni le soutien à l'investissement ni l'accroissement des frais financiers et des amortissements dans la détermination des tarifs.

Sur la base du raisonnement de l'établissement (retraitement des aides exceptionnelles hors aides au financement du site de Sainte Musse), les taux de marge brute obtenus sont en-deçà du seuil de 8 % durant toute la période à l'exception de la dernière année où il se situe à 8,3 %.

Détermination de la marge brute sans aide à l'exception de l'aide au financement de Sainte Musse

	2010	2011	2012	2013
Marge brute (en €)	20 304 324	21 895 613	13 675 622	23 669 325
Aides ARH et ARS (en €)	1 000 000	5 000 000	1 344 888	
Marge brute non aidée (en €)	19 304 324	16 895 613	12 330 734	23 669 325
Taux de marge brute incluant l'aide au financement de Sainte Musse	7,72%	6,58%	4,64%	8,25%

Source : CRC à partir des données CHITS et du comptable

La chambre maintient toutefois le retraitement initialement proposé, conforme aux préconisations de l'IGAS, qui permet d'apprécier l'importance de l'aide dans le taux de marge brute constaté.

⁶² Inspection générale des affaires sociales.

3.2.4 Le résultat

Soldes	2010	2011	2012	2013
MARGE BRUTE	20 304 324	21 895 613	13 675 622	23 669 325
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	1 020 000	1 212 136	1 351 582	758 183
- Dotations aux amortissements	6 729 082	7 267 392	16 317 901	20 152 823
- Dotations aux provisions et dépréciations	1 430 203	5 648 300	700 000	2 106 697
RESULTAT D'EXPLOITATION	13 165 039	10 192 057	-1 990 697	2 167 988
+ Produits financiers	12 929	10 470	5 250 000	16 006
- Charges financières	4 042 588	5 861 660	14 012 136	10 085 261
RESULTAT COURANT	9 135 380	4 340 867	-10 752 833	-7 901 267
+ Produits exceptionnels	4 049 733	2 876 191	19 502 010	17 361 924
- Charges exceptionnelles	17 012 741	10 285 578	11 108 435	9 448 070
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-12 963 008	-7 409 387	8 393 575	7 913 854
RESULTAT NET	-3 827 628	-3 068 520	-2 359 258	12 587

Source : Rapport du comptable 2013

Toutes activités confondues, le résultat d'exploitation, obtenu après déduction des amortissements et des provisions de la marge brute, est négatif en 2012 du fait des impacts précédemment décrits auxquels s'ajoute une forte augmentation du poste dotations aux amortissements (+ 9,1 M€). En 2013, il redevient positif pour s'établir à 2,2 M€.

Le résultat courant inclut les charges financières qui s'accroissent de 150 % entre 2010 et 2013 pour atteindre 10 M€. En 2012, elles sont atténuées par les produits financiers d'un montant de 5,25 M€. La hausse constatée sur la période est la conséquence de l'augmentation de l'encours de la dette.

Les résultats exceptionnels fluctuent fortement, essentiellement en raison des produits exceptionnels (cessions d'actifs et reprises sur provisions réglementées) qui atteignent 19,5 M€ en 2012 et 17,4 M€ en 2013.

Le résultat net (résultat courant corrigé des opérations exceptionnelles) est déficitaire sur toute la période analysée à l'exception de l'exercice 2013 où, toutes activités confondues, l'équilibre est juste atteint. Chaque année, les budgets annexes ont contribué à atténuer le déficit du budget principal.

Contribution des différents budgets au résultat net consolidé (2010-2013)

	2010	2011	2012	2013
Budget principal	- 3 889 691,59	- 3 224 030,70	- 2 676 053,69	36 681,74
USLD (B)			189 461,80	
EHPAD (E)			141 950,24	38 709,00
CAMSP (P)	2 104,44	824,10	1 429,29	- 92 598,67
DNA (A)	59 960,77	154 689,88	- 16 042,05	29 796,96
TOTAL	- 3 827 626,38	- 3 068 516,72	- 2 359 254,41	12 589,03

Source : comptes financiers 2010 – 2013

Le retraitement du résultat du budget principal ci-après fait apparaître une situation largement plus dégradée du fait de la prise en compte des nouvelles modalités de reprise de la provision constituée au compte 142. Le résultat retraité se situe entre - 2,5 % et - 4,5 % du total des produits.

Retraitement du résultat du budget principal (2010-2013)⁶³

En €	2010	2011	2012	2013*
Résultat net (a)	- 3 889 691,59	- 3 224 030,70	- 2 676 054,00	36 681,74
charges sur exercice antérieur (+) (b)	588 000,00	546 110,37	988 271,20	766 542,31
produits sur exercice antérieur (-) (c)	3 693 395,68	1 776 124,59	2 206 942,18	1 828 068,03
titres annulés exercice antérieur(+) (d)	1 959 884,14	1 093 754,28	1 323 364,59	1 409 732,04
mandats annulés exercice antérieur (-) (e)	49 210,71	742 982,00	11 106,38	7 597,07
total charges et produits sur exercice antérieur (+) (f = b-c+d-e)	- 1 194 722,25	- 879 241,94	93 587,23	340 609,25
rattachement charges + produits (-) (h = f(n+1))	- 879 241,94	93 587,23	340 609,25	
Résultat après rattachement = a+f-h	- 4 205 171,90	- 4 196 859,87	- 2 923 076,02	
Aide exceptionnelle ARS (non provisionnée)	1 000 000,00		1 344 888,00 €	
Changement mode reprise prov. C/142 sur 30 ans	1 187 307,00	1 828 076,00	8 670 608,00	10 983 758,00
Résultat après retraitements	- 6 392 478,90	- 6 024 935,87	- 12 938 572,02	
Résultat retraité rapporté aux produits retraités	- 2,54 %	- 2,34 %	- 4,49 %	

Source : CRC à partir des comptes financiers

* Le budget 2013 n'a pu être retraité des rattachements du fait de la date de l'examen de la gestion.

Les comptes financiers font apparaître un résultat du compte de résultat principal qui évolue favorablement entre 2010 et 2013 passant d'un déficit de - 3,9 M€ à l'équilibre en 2013 (+ 36 682 €). Cette lecture nécessite toutefois d'être corrigée des opérations de rattachements, en positif des provisions à reprendre soit 4 587 738,62 € (Cf. 2.2.3.4) et en négatif des aides exceptionnelles de l'ARS non provisionnées et surtout des effets induits par des modalités de reprise non sincères de la provision constituée sur le compte 142.

3.2.5 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) d'un montant de 13,2 M€ en 2013, est en baisse de 24,55 % par rapport à 2010 (20 % après retraitement).

Constitution et retraitement de la CAF

	2010	2011	2012	2013
Résultat des comptes de résultat	- 3 827 626,38	- 3 068 516,72	- 2 359 254,41	12 589,03
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C/68)	22 304 413,67	21 198 967,90	17 506 677,40	23 968 496,34
- Reprises sur dépréciations et provisions (C/78)	1 020 000,00	1 212 136,99	9 937 471,35	10 196 851,00
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C/675)	28 729,82	38 478,60	8 454 054,75	5 143 803,10
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C/775)	12 171,00	92 236,52	8 007 985,51	5 340 386,72
- Quote-part des subventions d'investissement virée au résultat de l'exercice (C/777)	0,00		400 000,00	404 784,00
CAF	17 473 346,11	16 864 556,27	5 256 020,88	13 182 866,75
Aides exceptionnelles ARH et ARS	1 000 000,00	5 000 000,00	1 344 888,00	
CAF retraitée	16 473 346,11	11 864 556,27	3 911 132,88	13 182 866,75

Source : Comptes financiers 2010 – 2013.

Elle ne couvre plus le remboursement des annuités d'emprunts à compter de 2012 (2011 lorsque l'on considère la CAF retraitée).

⁶³ Méthodologie : Rattachement des produits et charges à l'exercice pour obtenir un résultat « après rattachement », prise en compte des aides exceptionnelles ARH puis ARS non provisionnées, modification des modalités de reprise de la provision constituée au c/142. Les retraitements n'ont pas intégré les recettes non justifiées liées aux tarifs journaliers de prestations et les remboursements des budgets annexes au budget général. L'absence d'outil pour les budgets annexes au niveau de l'établissement et l'ancienneté de l'augmentation des tarifs de prestations justifient cette option.

Couverture par la CAF du remboursement des annuités d'emprunts (2010-2013) (en euros)

	2010	2011	2012	2013
CAF	17 473 346,11	16 864 556,27	5 256 020,88	13 182 866,75
CAF retraitée	16 473 346,11	11 864 556,27	3 911 132,88	13 182 866,75
Annuités d'emprunt hors CLTR ⁶⁴	5 133 144,00	11 927 323,00	17 568 401,00	19 738 787,00
CAF nette	12 340 202,11	4 937 233,27	- 12 312 380,12	- 6 555 920,25
CAF nette retraitée	11 340 202,11	- 62 766,73	- 13 657 268,12	- 6 555 920,25

Source : Rapport du compteable 2013

Le taux de CAF (non retraité), qui mesure le poids de l'autofinancement dans les produits réels d'exploitation, se situe en 2013 à 4,56 %, en progression par rapport à l'exercice précédent (1,92 %) mais en-deçà de la médiane qui s'établit à 5,55 %.

Bien que la situation s'améliore en 2013, la marge brute ne couvre plus à ce jour les charges calculées. Par voie de conséquence, elle ne permet pas de financer la politique d'investissement passée (frais financiers) et future (dotations aux amortissements). Ces indicateurs confirment les éléments présentés dans l'analyse de l'exploitation et la nécessité d'une gestion rigoureuse de la chaîne de facturation et des dépenses.

Poids des charges calculées dans la marge brute (2010 – 2013)

	2010	2011	2012	2013
Dotations aux amortissements	6 729	7 267	16 318	20 153
Charges financières	4 043	5 862	14 012	10 085
Charges calculées	10 772	13 129	30 330	30 238
Marge brute	20 304	21 896	13 676	23 669
Poids des charges calculées dans la marge brute	53,1	60,0	221,8	127,8

Source : rapport du compteable 2013 (en milliers d'euro)

L'établissement a mobilisé des emprunts dans le cadre de la construction du nouveau site. L'encours de la dette passe ainsi de 52,6 M€ début 2008 à 286,6 M€ fin 2013 (Cf. partie 4).

3.3 La structure bilancielle

3.3.1 Le fonds de roulement net global (FRNG)

Le FRNG correspond à la différence entre les ressources stables (passif à long terme) et les emplois stables (actif à long terme). L'établissement mène depuis plusieurs années une politique visant à réduire le fonds de roulement dans le cadre d'une trésorerie zéro. Le FRNG progresse significativement en 2011 et dans une moindre mesure en 2013.

Evolution du FRNG, BFR et de la trésorerie (2010-2013) (en milliers d'euros)

	2010	2011	2012	2013
Fonds de roulement net global (FRNG)	19 294	30 167	30 203	34 778
Besoin en fonds de roulement (BFR)	18 382	30 674	30 845	34 280
Trésorerie	912	- 507	- 642	498

Source : Rapport du compteable 2013

Exprimé en nombre de jours de charges courantes, le FRNG s'établit en 2013 à 46,55 jours (30,09 jours en 2010). Il se situe au-delà de la médiane qui est de 44,91 jours et parvient à couvrir le besoin en fonds de roulement.

⁶⁴ Crédit Long Terme Renouvelable.

3.3.2 Le besoin en fond de roulement (BFR)

Le BFR détermine les besoins financiers nécessaires à la couverture des encaissements et décaissements du cycle d'exploitation. Il traduit la solvabilité à court terme de l'établissement. On observe sur la période une très forte dégradation de la situation financière marquée par une progression forte du BFR. Les créances à court terme évoluent ainsi fortement à la hausse (+ 42,5 %) alors que les dettes à court terme baissent de - 8,8 %.

Les créances des personnes hospitalisées et des consultants progressent fortement ainsi que les créances sur les caisses de sécurité sociale confirmant l'indispensable travail de fond à intensifier sur la chaîne de facturation (Cf. 2.3.2).

Le poste "*avances reçues*" connaît en outre une diminution significative (1,9 M€ en 2008 pour 0,4 M€ en 2013). Ce point est à relier au mécanisme de compensation mis en œuvre à l'occasion de l'apurement de la créance de l'article 58. D'un point de vue bilanciel, l'apurement partiel de la créance de l'article 58 améliore le fonds de roulement tandis que le remboursement des avances accroît le besoin en fonds de roulement. Le CHITS ayant un niveau de créance exigible de 12,343 M€ sur un montant total de 15,192 M€ rapporté aux avances reçues restant dues (14,232 M€) se trouve dans un contexte défavorable en matière de trésorerie. L'arrêté de l'ARS du 1^{er} mars 2010 a défini un calendrier de remboursement de dix mensualités de 0,189 M€ à compter du 25 mars 2010.

Le BFR exprimé en nombre de jours s'est apprécié en 2013 à 45,76 jours contre 28,66 jours en 2010. Il a vocation à être couvert par le FRNG, ce qui est le cas pour le CH en 2013 du fait d'un apport lié aux cessions d'actifs (Cf. 3.4.2) et surtout aux emprunts (cf. 4). La trésorerie retrouve un niveau positif en fin de période après deux années de découvert.

3.3.3 La trésorerie

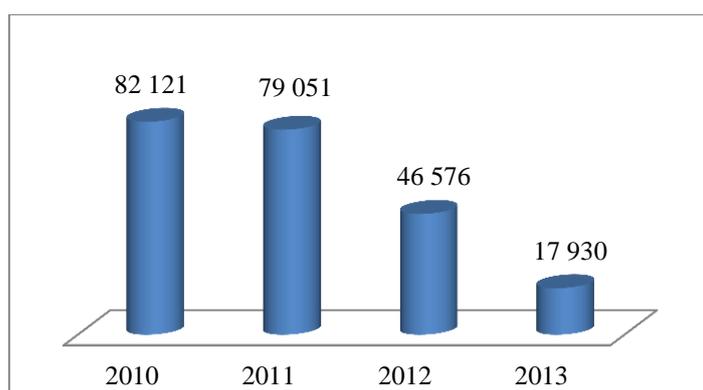
La trésorerie correspond au fonds de roulement disponible après prise en compte du besoin en fonds de roulement. La trésorerie s'établit en 2013 à 0,67 jour de charges courantes, la médiane se situant à 8,73 jours.

Le délai de règlement des fournisseurs est fixé à 50 jours par l'article 96 du décret du 7 janvier 2004 relatif au délai maximum de paiement. L'établissement, souhaitant se rapprocher d'une trésorerie nulle, doit cependant être vigilant sur le respect des délais de règlement des fournisseurs qui semblent subir les conséquences de cette politique avec des délais qui progressent, comme le relèvent les rapports du comptable à compter de 2011. En 2012, le délai global de règlement s'établit en moyenne à 45,68 jours. En 2013, il est de 45,52 jours, l'établissement dépassant le délai qui lui est imparti de 35 jours (37,56 jours) sur le total de 50.

3.4 Les investissements (Cf. annexe 5.6)

Les dépenses d'immobilisations ont connu un niveau soutenu durant la première partie de la période (92,6 M€ en 2009). En diminution depuis 2010, elles atteignent 18 M€ en 2013. Globalement, l'intensité de l'investissement est prononcée. Sur les années 2009 à 2011, elle est supérieure à 30 %. En 2012, elle diminue du fait de l'achèvement du site de Sainte-Musse.

Montant des immobilisations 2010 – 2013



Source : comptes financiers 2010 – 2013 (en milliers d'euros)

En fin de période, le taux de renouvellement des immobilisations (investissements de l'exercice rapportés à l'actif immobilisé brut (comptes 20, 21 et 23) est passé de 16,3 % en 2011 à 3,5 % en 2013 traduisant le caractère récent des investissements réalisés.

Le taux de vétusté des équipements permet de mesurer la part moyenne des équipements déjà amortis et d'en déduire leur âge moyen. Il se situe à 51,8 % en 2012 en retrait par rapport à 2009 (80,4 %). Il positionne le CHITS au-delà du 2^{ème} décile témoignant d'un rythme d'investissement soutenu. Pour les bâtiments, l'évolution entre 2009 et 2012 est encore plus marquée avec un taux de vétusté de 20,4 % lié à la construction du nouveau site et à la réalisation des différentes restructurations.

A compter de 2013, la politique d'investissement connaît un ralentissement (l'établissement propose dans sa première version du PGFP établi cette année-là une année « blanche » en 2015) du fait d'une CAF insuffisante et d'une autorisation d'emprunter accordée par l'ARS pour un montant moins important que la demande formulée (17,25 M€ pour 36,25 M€ sollicités).

Cette réduction des investissements, fréquente à l'issue d'une opération d'une telle ampleur présente toutefois un risque de décrochage entre les différents sites, les moyens alloués à la construction du bâtiment neuf ayant considérablement réduit les marges de manœuvre de l'établissement.

3.4.1 Une gestion du protocole transactionnel mal maîtrisée

L'engagement contractuel relatif à l'accompagnement au titre du plan hôpital 2007, signé le 15 décembre 2004, faisait référence, dans son article 3, à un montant global d'opération de 272 M€. Pour ce même périmètre, lors de l'élaboration de l'EPRD 2014, la direction du CHITS estime le montant à 344,6 M€ TTC toutes dépenses confondues, équipements inclus.

Cette dérive des coûts résulte, à titre principal, des changements actés consécutivement à l'élaboration du projet médical (2008-2009) et donc durant la phase de réalisation. C'est en effet à ce moment-là que le regroupement des plateaux techniques, des maternités et l'agrandissement des urgences ont été intégrés.

Evolution du coût de l'opération de construction de Sainte-Musse

	En M€ TTC
Marché de maîtrise d'œuvre (29 avenants inclus)	26 291 798,24
Lot 1 : Terrassements et dévoiements – Valeur initiale	3 354 973,93
Protocole transactionnel	89 885,38
Total Lot 1	3 444 859,31
Lot 2 : Gros œuvre – Valeur initiale	198 177 200,00
Protocole transactionnel	1 651 906,89
Intégration de 24 avenants et révisions prix	54 670 401,54
Total Lot 2	254 499 508,43
Marchés complémentaires (avenants inclus)	4 620 321,30
Aménagements péri et post ouverture	4 864 692,96
Autres prestations⁶⁵	6 172 251,17
Service d'échange électronique	101 809,50
Vidéosurveillance, interphonie	2 122 927,32
Informatique téléphonie	5 962 336,09
TOTAL général hors plans équipement (situation 2014 avant DGD et hors remboursement d'avances)	307 978 694,82

Source : CRC à partir données CHITS

Cette gestion chaotique de l'opération se traduit notamment dans les protocoles transactionnels signés.

Le 26 mars 2013 est signé un protocole transactionnel entre le CHITS et le groupement solidaire dont DUMEZ Méditerranée est le mandataire, avant établissement du décompte général définitif (DGD). Ce protocole s'inscrit dans le contexte particulier du marché de travaux du nouvel hôpital marqué par des changements de programme, des travaux modificatifs, une redéfinition des délais et la passation de nombreux avenants. Le protocole présente en apparence un caractère équilibré et proportionnel incluant des concessions de 3,703 M€ pour le CHITS et 3,667 M€ pour le groupement. Il fait toutefois état d'un solde de 1 651 906,89 € TTC à la charge de l'établissement.

La chambre constate que l'établissement s'est privé dans le cadre de la négociation de l'application des pénalités de retard, qui constitue sa plus forte concession (3,608 M€), même si le protocole indique sur ce point, dans son article 2.2 : « *Dans le cadre de ce contentieux prévisible, malgré l'objectivité avec laquelle les pénalités ont été définies, il faut souligner que le GE⁶⁶ aurait disposé d'arguments pour critiquer leur application, ou tout du moins pour minorer leur montant* ».

La chambre relève en outre qu'après avoir choisi, en accord avec le groupement, de substituer à la règle prévue au CCAP (application de pénalités de 10 000 € HT par jour calendaire) une nouvelle règle, à savoir une correction aux frais et risques du titulaire, l'établissement ne l'a pas mise en œuvre. Le résultat visé, l'exécution du chantier, a certes été atteint mais au prix de l'abandon de pénalités et sans mise en œuvre des stipulations prévues au protocole. L'établissement a fait le choix de simplement bloquer le paiement des sommes dues au titulaire sur le marché principal et les marchés complémentaires. Le centre hospitalier a précisé sur ce point que l'article relatif aux pénalités de retard « *était difficilement applicable* ».

⁶⁵ Missions études : géotechniques, acoustiques, électromagnétiques, inondabilité ; raccordement réseau EDF, contrôle technique, CSPS, conduite d'opération, assurance dommage ouvrage.

⁶⁶ Groupement d'entreprises.

3.4.2 Des cessions servant insuffisamment les intérêts de l'hôpital

3.4.2.1 Des écarts entre les estimations de France Domaine et les montants de cession (Cf. annexe 5.7)

La cession des sites de Chalucet, Font Pré et Réal Martin a été intégrée dans le plan de financement du site de Sainte-Musse. La somme des prix de cession retenue dans le PGFP 2012 – 2025, soit 34,8 M€, est inférieure de 10,7 M€, soit 23 %, aux estimations de France Domaine. Ce montant n'est de surcroît pas définitif puisque le prix de cession de Font Pré à Bouygues a fait l'objet d'avenants pour s'établir à 15,09 M€ (avenant du 16 juillet 2014).

La prise en compte de la valeur nette comptable de chacun des sites et les frais de vente vont encore minorer le solde dégagé sur les cessions d'actifs.

En 2012, la cession de la parcelle de Font Pré à Toulon Provence Méditerranée (TPM) et celle de Chalucet (1^{ère} tranche) a généré un produit de 13,065 M€ dont il faut déduire 7 % au titre des frais de vente, soit 0,914 M€, puis les amortissements restant à comptabiliser, soit 10,070 M€. Le solde de 2,080 M€ représente 16 % du produit de vente.

En 2014, l'établissement a actualisé ses prévisions de cessions et indique au titre de l'exercice un montant de vente de 17,235 M€ correspondant à la 2^{ème} tranche de la vente de Chalucet et de Font Pré. Les valeurs nettes comptables, 19,090 M€, conduisent à constater une perte de 1,8 M€.

Les cessions d'actifs auront, sous réserve de la conclusion des négociations en cours, rapporté 5,640 M€, hors frais de vente et 3,204 M€ frais de vente de 7 % inclus.

3.4.2.2 Des décalages dans les dates de cession (Cf. annexe 5.8)

Des décalages dans le temps ont par ailleurs dû être pris en compte. L'établissement indiquait ainsi en 2008 que les consultations concernant la vente de Réal Martin avaient été lancées. La promesse de vente était alors en cours de signature pour 6,5 M€ dont 5,5 M€ inscrits et 1 M€ utilisé pour solder les amortissements restants. Du fait des clauses suspensives de modification du plan local d'urbanisme (PLU) et des délais d'obtention du permis de construire, l'opération était alors inscrite sur 2009. Le compromis de vente signé avec un promoteur marseillais pour implanter un centre de vinothérapie, hôtel 5 étoiles, ... a toutefois été cassé en l'absence des financements requis. En 2010, la cession, désormais retenue à hauteur de 4 M€, a été reportée en 2012. En 2012, les produits étaient attendus sur l'exercice pour compenser la faiblesse de la CAF. En 2014, l'opération n'est toujours pas finalisée et a été repositionnée en 2016 dans l'EPRD.

Pour Font Pré, le décalage est moins important. C'est en 2013, et non en 2012, qu'une partie du site (partie sud) a été cédée à TPM pour 5,3 M€ pour l'aménagement de l'entrée nord du complexe sportif LEO LAGRANGE⁶⁷. La seconde partie (partie nord) doit être cédée en deux fois à Bouygues pour 15,9 M€. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'établissement a indiqué que l'acte de vente avait été signé en novembre 2014.

Ces décalages dans le temps, alors même que les estimations sont proches des dates de réalisation, ont eu des conséquences défavorables sur le fonds de roulement notamment en 2012. Ils illustrent, de surcroît, le défaut de maîtrise de l'opération.

⁶⁷ Acte de vente à TPM d'une partie du site de Font Pré.

3.4.2.3 Des modalités de cession contestables

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST, le conseil de surveillance formule un avis (article L. 6143-1 du code de la santé publique) sur les projets de cession ; le directeur décide « *après concertation avec le directoire* » sans que soit toutefois précisé quand doivent intervenir cet avis et cette concertation⁶⁸.

La chambre souligne tout d'abord que, pour aucune des cessions, il n'a été trouvé trace de la concertation du directoire.

Cession de Font Pré :

Le site a été cédé à deux acquéreurs distincts dans le cadre de deux procédures : l'exercice du droit de préemption et le lancement d'une consultation.

L'établissement a notifié à la commune son intention d'aliéner le site de Font Pré le 16 juillet 2014 (après une première transmission en mai 2012). A compter de cette notification, la commune disposait d'un délai de deux mois pour décider d'acquérir le bien concerné au prix déclaré ou proposer de l'acquérir à un prix inférieur en application des dispositions de l'article L. 3211-7 du code général de la propriété des personnes publiques (GPPP). L'établissement a transmis la réponse de la commune qui indique renoncer à l'exercice de son droit de préemption en date du 29 juillet 2014. La procédure ne semble toutefois pas à son terme dans la mesure où « *dans l'attente du respect de son (notre) obligation de traitement de la pollution conformément aux accords de la PUV, une annulation de la deuxième DIA est envisagée par le CHITS* ».

La question du traitement de la pollution du site n'a visiblement pas été correctement appréhendée conduisant à une, et potentiellement deux annulations de la DIA et une minoration du prix de cession (Cf. 3.4.2).

La cession de l'hôpital Font Pré, non acquis par TPM, a fait l'objet d'une consultation en deux phases, la première permettant de sélectionner les candidatures, la seconde de se prononcer sur les offres.

Suite à la publication de l'avis d'appel à projets le 21 février 2011 dans la presse, sept candidats ont répondu en date du 18 mars 2011. Le 28 mars, un comité technique de sélection a convié cinq candidats à poursuivre leurs études de faisabilité.

Les candidats autorisés à soumettre une offre proposent les prix et modalités suivants :

Première valorisation des offres

Opérateur	Offre	Projet sur le bâti
Bouygues Immobilier	10,2 M€	démolition
Vinci Immobilier	15 M€	démolition
Nexity	16,1 M€	restructuration
COGEDIM	16,63 M€	restructuration
LC2I	15 à 18,3 M€ selon variantes	restructuration

Source : synthèse CHITS de l'analyse des offres du 13 juillet 2011

Des auditions ont eu lieu le 13 septembre 2011, sans que les comptes rendus, rédigés sur feuille libre sans en tête et non signés, ne précisent qui les a menées. Celles-ci n'ont donné lieu, selon l'ordonnateur, qu'à deux procès-verbaux dans lesquels sont précisées notamment :

1. Pour Nexity, des « *possibilités d'évolution de l'offre en fonction des demandes du jury* »,

⁶⁸ Dynamisation des actifs Immobiliers des établissements sanitaires et médico-sociaux, Tome 3 : Annexes juridiques et techniques, ANAP, Décembre 2013 : « (...), afin que ces instances puissent se prononcer utilement, l'ANAP préconise que l'avis et la concertation interviennent sur la base d'un projet dont les caractéristiques substantielles sont arrêtées. Les textes demeurent cependant muets sur la chronologie des différentes saisies ; il semblerait qu'elles aient vocation à intervenir de manière concomitante dans la mesure où ces instances sont saisies du même projet ».

2. Pour Cogedim, une « *possibilité d'étendre le périmètre avec une offre financière intéressante* ».

La chambre déplore tout d'abord que les auditions des trois autres candidats n'aient pas été retranscrites dans un procès-verbal. En l'occurrence, l'établissement ne s'est pas conformé à la procédure qu'il avait lui-même définie. La chambre constate par ailleurs que les offres des deux candidats auditionnés, Nexity et Cogedim, n'ont pas été analysées et qu'on ne leur a pas laissé la possibilité de faire évoluer leurs propositions, s'agissant notamment de la démolition de la barre qui ne figurait pas au cahier des charges.

Sur les différentes insuffisances relevées par la chambre concernant la procédure, l'ordonnateur n'a pas répondu aux observations provisoires de la chambre.

Le 21 septembre suivant, le document d'analyse transmis ne portait en effet que sur deux offres : Bouygues à 16,5 M€ et Vinci Immobilier à 15 M€. Il est constaté à cette occasion que le prix d'achat proposé par Bouygues est passé de 10,2 M€ à 16,5 M€.

Le 22 septembre 2011, selon le procès-verbal de la réunion du conseil de surveillance, le président rappelle, entre autre, que cinq candidats ont répondu à l'appel à projets de l'établissement, Bouygues Immobilier, Vinci Immobilier, LC2I, Altarea et Nexity, que le choix du projet ne sera pas fait à cette réunion et que le directeur « *va revoir ces entreprises, discuter les prix, regarder l'intérêt général de l'hôpital* ».

En qualité de maire de Toulon, le président donne son avis défavorable sur les trois projets qui conservent le bâtiment (LC2I, Altarea et Nexity). Un membre du conseil de surveillance s'exprime dans le même sens. Deux projets ne conservent pas le bâtiment, celui de Bouygues (16,5 M€) et celui de Vinci (15 M€). Le projet de Bouygues reçoit l'avis favorable de l'instance au motif qu'il est de moindre densité (élément facilitant son intégration dans le quartier) et d'un montant plus élevé. Alors que ce point était inscrit à l'ordre du jour uniquement pour information, le conseil de surveillance a donné « *un avis favorable sur le projet de droite (Bouygues Immobilier) à M. le directeur et demande à M. le directeur de poursuivre la négociation avec le projet choisi de manière à ce que les choses soient finalisées au plus vite pour des problèmes de sécurité* ».

De fait, le président a demandé aux membres du conseil s'ils avaient eu le temps d'observer les projets, les a interrogés sur leur souhait de conserver la barre et a conclu ainsi : « *Personne [ne souhaite conserver la barre]. Nous pouvons donc déjà éliminer les 3 projets qui conservent la « barre ». Il est vrai que le changement se réalise par sa destruction.*

Il reste donc 2 projets : - L'un construit 55 000 m², l'autre construit 48 000 m², cela fait tout de même 7 000 m² de béton en moins ; - L'un donne 14 millions d'euros [Vinci], l'autre 16 millions et demi d'euros [Bouygues];

3^{ème} argument, et je m'exprime en tant que Maire, le projet de 16 millions et demi d'euros s'intègre beaucoup plus facilement dans le quartier quoique l'autre ne soit pas choquant, mais les 7 000 m² de densité en moins nous permettent de mieux intégrer le projet de 48 000 m² que le projet de 55 000 m² ».

La chambre constate au vu de ces éléments et de la conclusion du Conseil de surveillance que c'est en réalité bien plus qu'un avis qui a été donné au directeur à qui il a été demandé de poursuivre la négociation uniquement avec Bouygues.

Le projet de LC2I a ainsi été écarté alors qu'il était plus avantageux pour l'établissement, avec une proposition à près de 19 M€. Il apparaît également nettement que la destruction de la « barre⁶⁹ » et une proposition de SHON la plus réduite possible, ont été des critères déterminants de choix alors qu'ils n'avaient pas été inclus dans le cahier des charges.

⁶⁹ Terme utilisé dans le procès-verbal pour désigner le bâtiment du site de Font Pré.

Selon l'établissement, le désamiantage et la démolition n'avaient pas été inclus dans le cahier des charges afin de laisser une grande marge de manœuvre en termes de proposition des repreneurs potentiels. En réalité, le critère de la démolition a été utilisé pour restreindre la concurrence.

La chambre estime que si certains critères (démolition, désamiantage et SHON réduite) étaient déterminants, ils auraient dû figurer au cahier des charges afin de permettre à tous les candidats d'être informés et d'être placés dans une situation identique pour formuler leur meilleure proposition.

L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse aux observations de la chambre que le prix payé in fine par la société Bouygues avait été conforme au prix du marché actuel compte tenu du droit à construire. Cependant, il n'a produit aucun élément à l'appui de cette affirmation et n'a pas répondu à l'observation de la chambre sur le caractère insuffisamment abouti du processus de mise en concurrence retenu.

La société Bouygues a répondu aux observations provisoires de la chambre en indiquant que la prise en charge des frais de désamiantage et de dépollution avait été répartie entre les parties, l'entreprise assurant uniquement le désamiantage et la dépollution des activités non hospitalières, au surplus pour un montant plafonné à 600 000 €.

En conclusion, la chambre constate que les conditions de mise en concurrence telles qu'elles ont été définies et mises en œuvre n'ont pas permis à l'établissement de servir au mieux ses intérêts.

4. UN SURENDETTEMENT A RISQUE

4.1 Un surendettement coûteux

4.1.1 Un recours massif à l'emprunt

Au 1^{er} janvier 2008, les fonds propres de l'établissement s'élevaient à 84 M€, soit un niveau très insuffisant par rapport à l'importance des investissements que l'hôpital devait réaliser (de l'ordre de 400 M€). Outre une politique d'investissement très « ambitieuse », l'établissement a dû également financer un besoin en fonds de roulement croissant (Cf. supra, le point 3.3.1).

Dans le cadre du plan hôpital 2007, l'hôpital a certes reçu une subvention de fonctionnement, mais aucun apport en capital. Le CHITS a donc massivement recouru à l'emprunt qui représente la quasi-totalité des sources de financement de ses investissements soit 364,6 M€ pour 371,3 M€ de dépenses, dont 98,2 % pour l'opération Sainte-Musse (318,2 M€).

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a souligné le contexte initial ayant conduit à cet endettement tenant à l'insuffisance des fonds propres pour mener à bien un programme d'investissement ambitieux et aux modalités de financement du Plan Hôpital 2007 qui ont « encouragé » le recours à l'emprunt. Il fait valoir cependant que ces investissements étaient nécessaires et avaient été décidés avec l'accord des autorités de tutelle.

Ces explications ne peuvent toutefois être retenues comme des justifications à la dérive de l'endettement constatée par la chambre.

Comme vu précédemment, le coût de construction du bâtiment qui, lors du concours de maîtrise d'œuvre, était estimé à 125,58 M€, atteignait 307,98 M€ à la fin du mois d'août 2014, soit + 182,4 M€, en raison des modifications actées en cours d'opération.

L'encours de la dette a été multiplié par plus de cinq en 5 ans, passant de 52,6 M€ début 2008 à 286,6 M€ fin 2013 alors que l'hôpital avait prévu une stabilisation, voire une baisse⁷⁰ après 2011, grâce aux ressources attendues des ventes immobilières et à la fin de la construction du nouvel hôpital.

⁷⁰ Procès-verbal du Conseil d'administration – Séance du 17 avril 2009 – p. 16.

Depuis 2008, la situation de trésorerie s'est également dégradée. Les besoins de financement issus du cycle d'exploitation ont été croissants et ont nécessité, afin d'éviter une trésorerie négative, la mobilisation d'un fonds de roulement très élevé.

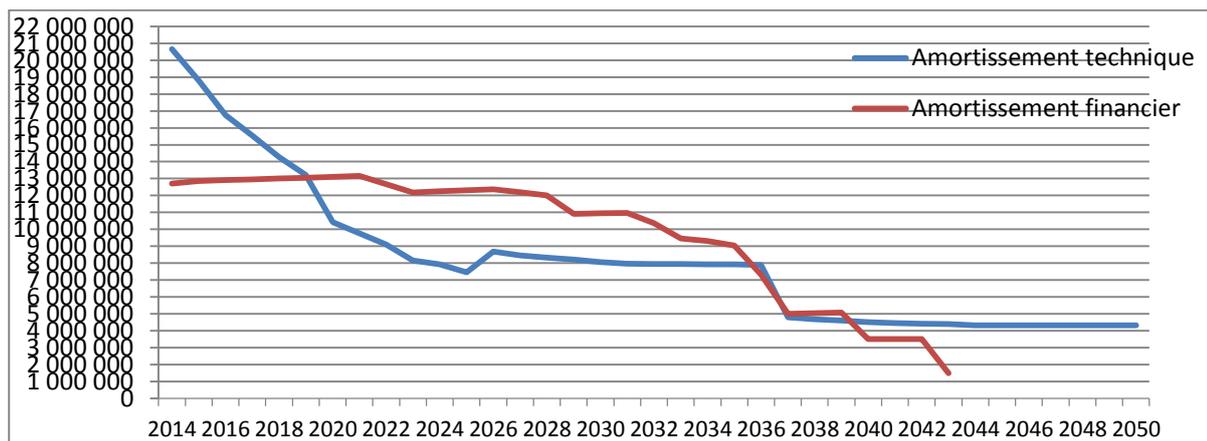
Cette situation induit un niveau de dépendance de l'hôpital à l'égard des banques particulièrement préoccupant. La dette représentait ainsi, fin 2013, 70 % des capitaux permanents contre 47 % en 2008⁷¹. En fait, dès 2009, la dette est devenue supérieure aux capitaux propres et cette part n'a fait ensuite que croître d'année en année. Ce ratio d'indépendance financière atteint désormais un niveau très supérieur au seuil d'alerte communément admis de 50 %, l'hôpital se situant même au-delà des hôpitaux les moins performants de même catégorie au niveau national pour lesquels le ratio est de 63 %⁷².

Devant le conseil d'administration du 17 avril 2009, la direction de l'hôpital a cherché à minimiser la gravité de cette situation alors que cette évolution était prévisible et que ce ratio était déjà, en 2009, supérieur à 50 %⁷³ en indiquant ce jour-là que « l'évolution des ratios d'indépendance financière et de capacité de remboursement de la dette par rapport aux amortissements montre que le niveau d'endettement est supportable. Il est effectivement important mais au niveau du ratio de dépendance financière, il atteindra un maximum d'un peu plus de 80 % aux alentours des années 2017, 2018, 2019, ce qui reste un niveau à peu près supportable puisqu'il faut être en dessous de 100 % ».

Cette présentation est pour le moins surprenante. En effet, les capitaux permanents sont la somme des fonds propres et de la dette. L'encours bancaire ne peut donc, par définition, pas être supérieur aux capitaux permanents.

Un autre ratio, couramment utilisé en analyse de dette, est la durée apparente de la dette qui mesure « le nombre d'années d'autofinancement nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'ensemble des ressources d'autofinancement étaient consacrées à cet objectif. Plus le ratio est élevé, moins l'établissement dispose de marge pour financer le remboursement de sa dette, le renouvellement de ses immobilisations et des investissements nouveaux le cas échéant »⁷⁴. Au CHITS, ce ratio s'est lui aussi rapidement et fortement dégradé puisqu'il est passé de 5 ans en 2008 à 22 ans en 2013⁷⁵ ce qui confirme la gravité du surendettement de l'hôpital.

A partir de 2020, les amortissements techniques ne couvriront d'ailleurs plus le remboursement du capital de la dette. L'hôpital s'est donc endetté très au-delà de ses capacités de remboursement.



Source : direction des services financiers du CHITS

⁷¹ Tableau de bord des indicateurs financiers de l'hôpital ch intercom Toulon Seyne sur mer.

⁷² Hospidiag ratio F5 2012 (dernières données disponibles).

⁷³ Hospidiag, ratio F 5 2009 : 51 %.

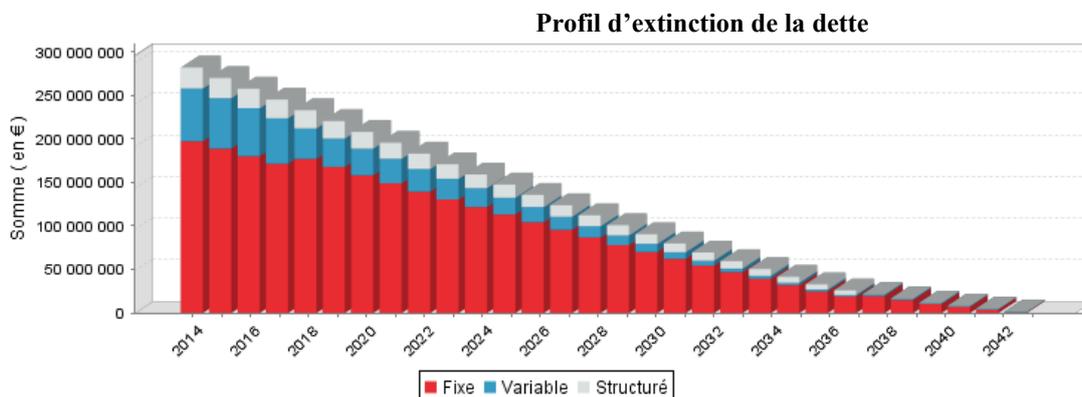
⁷⁴ Hospidiag fiche explicative du ratio F 4.

⁷⁵ Tableau de bord des indicateurs financiers de l'hôpital ch intercom Toulon Seyne sur mer. La durée apparente de la dette est calculée hors retraitements réalisés par la chambre.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur confirme cette perspective mais se propose de remédier à cette situation dès 2015 en révisant les profils d'amortissement des biens, conformément aux instructions réglementaires.

La chambre en prend acte mais souligne que cet engagement ne pourra être tenu que si l'hôpital parvient à financer en fonctionnement, cette hausse envisagée des dotations aux amortissements, ce qui paraît à l'heure actuelle hors de portée compte tenu de la situation financière très dégradée de l'hôpital.

De surcroît, pour pouvoir financer un programme d'investissements qui dépasse ses capacités financières, l'hôpital s'est endetté sur des durées très longues, reportant ainsi sur un futur très éloigné les remboursements de capital. Ainsi, le profil d'extinction de la dette court jusqu'en 2043.



Source : audit de la dette réalisé par le conseil actuel de l'hôpital en mars 2013

L'ordonnateur reconnaît que « l'endettement de l'établissement reste important et préoccupant » et affirme que l'hôpital a pour objectif de se désendetter, comme le lui demande l'ARS qui a rejeté sa demande d'autorisation d'emprunt en 2013 : « Le Plan Pluriannuel d'investissement a dû être très sérieusement revu à la baisse. Consécutivement, tous les projets pouvant être annulés ou décalés l'ont été [...] L'établissement prévoit en effet de faire un effort très important de modération des investissements ».

Ces propos confirment le constat fait par la chambre d'un niveau d'endettement qui compromet la capacité de l'établissement à investir et à se moderniser dans le futur.

La chambre souligne que le redressement de la situation financière de l'hôpital exige certes une maîtrise du volume de ses investissements mais surtout une amélioration de ses capacités d'autofinancement et donc de ses résultats d'exploitation.

Sa dette bancaire particulièrement élevée génère naturellement un montant important de frais financiers. En février 2011, la direction se montrait pourtant, là encore, faussement rassurante, puisqu'elle indiquait, en réponse à l'inquiétude du président du conseil de surveillance demandant « *quel est le prix de la dette* »⁷⁶ : « *Nous sommes tout à fait compétitifs, le taux moyen est de 3,28 % fin 2010* ».

Ce taux moyen est certes dans la norme puisque l'observatoire de la dette de la société de conseils Finance Active indique un taux moyen, pour les hôpitaux de même strate que le CHITS, de 3,40 % à fin 2010 mais il ne rend pas compte du poids réels des frais financiers qui représentent un montant particulièrement important à l'hôpital de Toulon, du fait d'un encours qui n'a cessé de croître. Après une forte montée en charge (+ 600 % de 2008 à 2013, hors indemnités de renégociation), ils grèvent ainsi de façon conséquente le budget de l'hôpital. En 2013, ils représentaient près du quart des charges du titre 4 « charges d'amortissements, provisions, financières et exceptionnelles » et plus de 3 % du budget total, contre moins de 1 % en 2008 et 2009⁷⁷.

⁷⁶ Conseil de surveillance du 4 février 2011, p. 8.

⁷⁷ Voir le tableau retraçant l'évolution des charges d'emprunt (2008-2013) en annexe 1.

En répondant aux interrogations du président du conseil de surveillance sur le prix de la dette par des données sur le taux moyen, le directeur n'a donc pas fourni au conseil de surveillance une information appropriée pour qu'il puisse prendre conscience du niveau inquiétant atteint par les frais financiers.

Un ratio plus couramment utilisé pour apprécier l'importance des frais financiers est celui de leur poids rapporté à la marge brute non aidée, qui correspond aux ressources dégagées par l'établissement sur son exploitation courante, déduction faite des subventions exceptionnelles, pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions (Cf. 3.2.3). Ce ratio confirme, si nécessaire, le constat de surendettement, les frais financiers représentant en 2012 et 2013 respectivement 71 et 43 % de la marge brute non aidée.

	2010	2011	2012	2013
Charges emprunt avec indemnité de renégociation étalée	4 042 588	5 859 661	8 762 133	10 084 687
Marge brute non aidée	19 304 324	16 895 613	12 330 734	23 669 325
Poids des frais financiers sur marge brute non aidée	21 %	35 %	71 %	43 %

Source : comptes financiers retraités par la CRC

Enfin, si le taux d'intérêt moyen affiché a pu être présenté par la direction en 2011 comme étant peu élevé, il convient de souligner le caractère artificiel de ce résultat du fait de la conclusion, à partir de 2007, d'emprunts structurés. Ces emprunts débutent en effet par une phase à taux dits « bonifiés », inférieure au marché, qui entraîne mécaniquement une baisse artificielle et surtout transitoire du taux moyen. Cette phase bonifiée a d'ailleurs pris fin, pour le CHITS en février 2014. En contrepartie l'emprunteur s'expose à un risque élevé d'augmentation significative des taux sur les années qui suivent. Or en 2008, la dette de l'hôpital était composée essentiellement d'emprunts porteurs de tels risques financiers.

L'hôpital se trouve donc dans une situation de surendettement caractérisant une stratégie de fuite en avant puisque les investissements très importants liés au projet Sainte-Musse ont été exclusivement financés par de la dette, dette que l'établissement ne sera plus en mesure de financer par ses amortissements techniques dès 2020. En outre, les frais financiers pèsent lourdement sur son fonctionnement courant. L'existence, dans cet encours, d'emprunts spéculatifs qui engendrent des risques d'augmentation forte des frais financiers ajoute une autre menace pour l'avenir.

Alors que cet état est connu de longue date par la direction, l'information donnée aux instances de gouvernance en a minimisé la gravité, tant en ce qui concerne le volume de la dette et le poids des frais financiers qu'au niveau de la connaissance des risques réellement pris, comme cela est démontré au travers des analyses qui suivent sur l'évolution de la structure de la dette et les renégociations d'emprunts.

4.1.2 Une structure de dette risquée

Si, fin 2008, l'endettement n'était pas encore préoccupant en volume (87,2 M€), il l'était déjà en termes d'exposition au risque de taux. En effet les emprunts structurés représentaient 100 % de l'encours (contre 58 % au 1^{er} janvier de la même année) avec trois lignes correspondant à des produits structurés de nature spéculative car reposant sur des valeurs d'indices sans rapport avec l'environnement de gestion d'un hôpital, à savoir :

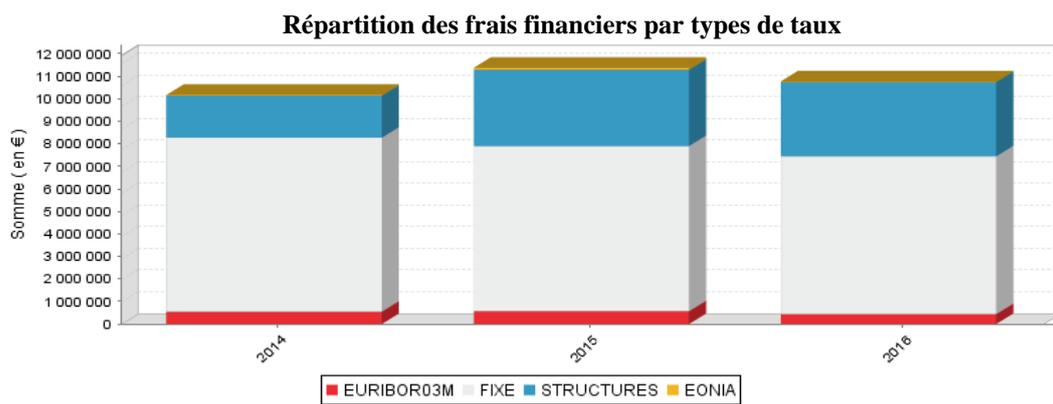
- Un prêt avec un taux indexé sur les taux d'intérêt du dollar américain (Libor USD) intégrant un multiplicateur du risque si la barrière fixée au contrat est dépassée ;
- Deux prêts avec des taux indexés sur des variations de cours de devises (USD/YEN pour le premier et EUR/CHF pour le second) avec, là aussi, un multiplicateur du risque en cas d'évolution défavorable.

La charte Gissler⁷⁸ définit une échelle de mesure des risques financiers à deux composantes qui va, par ordre croissant de risque, de 1A (emprunts classiques à taux variable ou fixe) à 5E. Les autres prêts ne sont pas autorisés par cette charte car trop risqués et sont dès lors classifiés « hors charte » ou 6F. Au regard de cette classification, 80 % de l'encours de la dette au 31 décembre 2008 étaient composés de produits classés « hors charte » et les 20 % restants en 4E.

Ces emprunts contractés par l'hôpital sont difficiles à renégocier en raison de deux caractéristiques : une indexation très risquée et une durée très longue.

La souscription en 2010 et 2011 de nouveaux emprunts pour financer le nouvel hôpital pour des montants significatifs (145 M€) a eu pour effet de réduire la part relative des emprunts structurés dans le total de la dette. En outre, fin 2011, plusieurs de ces produits structurés ont fait l'objet de renégociations qui en ont diminué le risque en contrepartie du paiement d'indemnités coûteuses. Sur un encours de dette de 286,6 M€ au 31 décembre 2013, la part relative de l'emprunt à risque 6F représente toutefois encore 8,5 % (24 M€).

Malgré le prix élevé payé pour sécuriser une partie importante de la dette structurée, un risque important d'augmentation des frais financiers persiste donc. Le conseil financier de l'hôpital a ainsi estimé en mars 2013 le surcoût du prêt indexé sur l'évolution de la parité de l'euro contre le franc suisse, toujours en vigueur, à environ 2,8 M€ en moyenne chaque année sur la période 2015-2019⁷⁹. Dès lors, bien que cet emprunt ne représente plus que 8,5 % de l'encours total, les frais financiers qu'il génère vont continuer à peser lourdement dans le total des charges financières de l'hôpital, à hauteur d'au moins 30 % comme le montre le graphique ci-dessous.



Source : direction des services financiers du CHITS

Les renégociations opérées ont eu un coût parfois élevé et pas toujours apparent. Il convient donc d'examiner chacune de ces opérations pour en analyser le bien-fondé et apprécier dans quelles conditions ces décisions, souvent contestables, ont été prises.

⁷⁸ Charte de bonne conduite signée en 2009 entre les établissements bancaires et les collectivités et reprise dans la circulaire interministérielle n° NOR/IOCB1015077C du 25 juin 2010 relative aux produits financiers offerts aux collectivités territoriales et à leurs établissements publics. Elle est également annexée à la circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DB/DGFIP/2012/195 du 9 mai 2012, relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.

⁷⁹ Un audit de la dette réalisé en mars 2013 donnait une estimation de 2,1 M€ en moyenne annuelle sur la période 2014-2019. L'écart est dû à la poursuite de la dégradation du cours de change €/CHF et au fait qu'en 2014, une échéance était encore en période sécurisée. Les taux futurs retenus par le conseil étaient les taux anticipés à cette époque. Depuis, la banque centrale suisse a décidé de ne plus intervenir pour défendre une parité plancher de 1,20 CHF pour 1 € ce qui a entraîné une baisse brutale de près de 20 % de l'euro face au franc suisse. Cette évaluation de mars 2013 risque donc d'être inférieure à la réalité, du fait des évolutions récentes des marchés

4.2 Analyse des renégociations

4.2.1 Présentation générale

4.2.1.1 Une « gestion active de la dette » qui a privilégié les gains à court terme malgré des risques connus

L'hôpital s'est engagé depuis 2007 dans une gestion dite « active » de sa dette qui s'est traduite par de nombreuses renégociations, certains contrats pouvant avoir une durée de vie inférieure à un an, avec parfois des renégociations avant même que les fonds n'aient été mobilisés.

Le 6 septembre 2006, l'hôpital avait contracté son premier emprunt destiné à l'opération d'investissement du nouvel hôpital Sainte-Musse pour 90 M€. Il s'agissait d'un emprunt à droits de tirage multi index, à taux variable (EONIA, EURIBOR, T4M, TAG, TAM) ou taux fixe, et donc d'un emprunt classique.

Moins d'un an plus tard, le 26 septembre 2007, cet emprunt a fait l'objet d'une renégociation : 30 M€ ont été refinancés dans le cadre d'un prêt structuré indexé sur le cours de change de l'euro par rapport au franc suisse, et 40 M€ en un prêt indexé sur le cours de change Yen/Dollar. Le plafond résiduel de tirage du prêt initial était donc de 20 M€.

Le rapport de présentation du directeur concernant l'EPRD 2008 donne le détail de ces renégociations et souligne que l'objectif était, dans un contexte de grave déficit structurel, de dégager des économies à court terme avec, en contrepartie, la prise de risques financiers mais qui sont évoqués de manière générale et sans qu'il soit possible d'en mesurer la portée réelle. Il indique ainsi que « *les renégociations menées en 2007 ont consisté à positionner les emprunts sur des taux structurés plus intéressants, mais comportant une part de risques liés aux comportements monétaires. Cette renégociation conduit à une économie de 14 M€ cumulés sur les périodes de mobilisation* ». Lors de l'entretien de fin de contrôle, le directeur général du centre hospitalier a confirmé que telle avait bien été la stratégie suivie par l'établissement qu'il dirige.

La chambre constate que cette stratégie a été validée en son temps et en toute connaissance de cause par l'autorité de tutelle qui, lors de l'approbation de l'EPRD 2008, a pris note, s'agissant des opérations prévues au plan global de financement pluriannuel (PGFP), de « *l'impact financier de la renégociation des emprunts qui va permettre de réaliser une économie de 14 M€ cumulés sur les périodes de mobilisation* »⁸⁰.

La chambre observe également que cette stratégie a été conduite en pleine connaissance des enjeux par la direction puisque celle-ci était assistée, de 2003 à 2012, par un conseil financier qui avait, depuis 2006, publié sur son site plusieurs alertes⁸¹ déconseillant le recours à ce type d'emprunts.

Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, le directeur général du centre hospitalier a reconnu que la renégociation de 2007 avait été une erreur mais en attribue la responsabilité à son directeur adjoint qui avait délégué de signature et n'aurait pas attiré son attention sur les risques encourus.

Cet argument peine à convaincre eu égard aux montants en jeu, et démontrerait en tout état de cause une absence totale de contrôle des délégations données alors que les enjeux financiers l'imposaient.

En outre, la présentation de cette renégociation dans le rapport sur l'EPRD 2008 montre que le directeur savait qu'il pariait sur des évolutions monétaires.

⁸⁰ Approbation en date du 29 mai 2008, p.2.

⁸¹ Notamment les 4 juillet 2005, 5 juin 2006, 8 janvier 2007, 29 janvier 2007 et 17 septembre 2007.

En conclusion, alors que la dette de l'hôpital était sans risque en 2006, cette situation s'est rapidement et fortement dégradée avec la souscription, à compter de 2007, d'emprunts structurés particulièrement risqués, destinés avant tout à réaliser des gains financiers à court terme.

4.2.1.2 Une gestion à hauts risques sans les moyens nécessaires pour en assurer le suivi

Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 30 juin 2009, pas moins de six réaménagements de dette ont été réalisés. Pendant toute cette période, tous les contrats d'emprunt signés l'ont donc été, non pas pour financer l'investissement, mais pour rembourser des dettes existantes, à l'exception d'un emprunt (au taux fixe de 4 % sur 30 ans).

Ces opérations complexes ont été gérées avec une certaine désinvolture par l'hôpital. En effet, alors qu'il connaissait les risques et l'importance des enjeux induits par la gestion « active » de sa dette, l'hôpital n'a sollicité que rarement son cabinet de conseil pour avis, seulement à partir de 2009 et, de l'aveu même des deux partenaires, jamais par écrit. De fait, les contrats conclus par le CHITS avec son conseil financier, ne prévoyaient pas de missions de conseil spécifiques et étaient limités à un accès à une plateforme de gestion de la dette.

La direction le confirme dans sa réponse aux observations provisoires, en exprimant un « *ressenti* » de n'avoir pas été suffisamment conseillée en raison d'un « *contrat socle basique, toute prestation supplémentaire étant facturée* ». Le cabinet de conseil de l'hôpital de l'époque indique pour sa part qu'en 2006, un accompagnement spécifique en complément du contrat de service global, avait été conclu, pour permettre la production d'un rapport complet présentant la stratégie et le choix des offres relatives aux emprunts finançant la construction du nouvel hôpital mais qu'il n'avait pas été reconduit une fois cette opération de financement réalisée, l'établissement étant revenu au contrat de service global prévoyant l'accès à la plateforme et l'accompagnement d'un consultant. Le surcoût représenté par un contrat d'assistance à la gestion de la dette n'était pourtant que de l'ordre de 2 000 à 4 000 €, ce qui peut sembler dérisoire par rapport à l'importance des enjeux financiers qui portaient sur des millions d'euros.

De juillet 2009 et à septembre 2011, aucun réaménagement de dette n'a été opéré, les emprunts nouveaux étant assis sur des investissements (respectivement 110 M€ et 35 M€ sur 2010 et 2011). Ainsi, alors que depuis 2009, les risques des emprunts structurés étaient largement connus, l'hôpital a fait le choix du statu quo pour continuer à bénéficier de taux dits bonifiés et n'a pas cherché à mettre à profit les opportunités de sécurisation qui s'offraient à cette époque mais que les banques ont désormais cessé de proposer.

C'est seulement fin 2011, au moment où les marchés des changes étaient devenus très défavorables pour les produits que l'hôpital avait souscrits, la pression médiatique forte et les demandes de l'autorité de tutelle pressantes⁸², que l'établissement a entamé des négociations pour sécuriser sa dette dite structurée. C'est au cours de cette période qu'ont été remboursés et refinancés en produits non structurés la plupart des emprunts à risque. Or, à cette époque, l'hôpital n'avait toujours pas conclu de contrat d'assistance spécifique pour la gestion de la dette. Il ne le fera qu'en 2012, auprès d'un autre conseil, soit donc très tardivement, puisqu'il ne lui restait plus alors en portefeuille qu'un seul contrat structuré à risque.

Les tentatives de renégociations menées à partir de 2012 n'ont cependant pu se concrétiser.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur tire argument de la baisse significative de la part des emprunts structurés pour affirmer qu'il a bien géré son encours. Un tel raisonnement n'est pas recevable dans la mesure où, comme cela a déjà été souligné, la diminution relative de la part des emprunts structurés est due, d'une part, au montant élevé des emprunts nouveaux réalisés à partir de 2010 et, d'autre part, à des renégociations coûteuses et donc d'un intérêt financier

⁸² Mél de l'ARS du 14 octobre 2011.

discutable qui, en tout état de cause, laissent toujours subsister un risque important d'augmentation significative des frais financiers.

En l'absence d'une stratégie globale et d'une gestion transparente, il est nécessaire pour comprendre celle-ci, de « dérouler » le fil des renégociations par type de produits.

4.2.2 Les renégociations portant sur l'emprunt indexé sur la parité EUR/CHF

4.2.2.1 La renégociation de 2008

Un prêt avec un taux indexé sur la l'évolution de la parité euro contre franc suisse a été conclu par l'hôpital le 4 août 2008 avec la banque DEXIA. Il ne s'agit pas d'un nouveau financement mais de la renégociation d'un précédent contrat souscrit le 26 septembre 2007, soit 10 mois plus tôt, lequel refinançait déjà un emprunt de 2006 comme cela a déjà été indiqué plus haut.

L'emprunt refinancé de 2007 présentait les caractéristiques suivantes⁸³ : un capital emprunté de 30 M€, pour une durée de 35 ans (et trois mois de phase de mobilisation jusqu'au 31 décembre 2007) avec des échéances de remboursement annuelles réparties en trois phases s'étendant jusqu'en 2043⁸⁴. Le calcul des intérêts variait selon ces trois périodes de la manière suivante :

- pendant la **première phase**, le taux d'intérêt appliqué était fixe à 2,32 % l'an ;
- pendant la **deuxième phase**, il était fait application d'un taux ainsi défini :
 - si le cours de change de l'euro en francs suisses est supérieur ou égal à 1,45 (barrière), alors le taux d'intérêt est fixe à 3,70 % ;
 - si le cours de change de l'euro en francs suisses est inférieur à 1,45, alors le taux d'intérêt est égal à un taux fixe de 4,20 % augmenté de la moitié de l'écart entre le cours pivot et le cours de change.

Ces conditions sont de nature spéculative, contrairement à ce que soutient la SFIL⁸⁵ dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, car le taux applicable à la deuxième période repose sur un pari sur l'évolution du cours de deux devises et fait ainsi courir à l'hôpital un risque financier sans aucun lien avec son environnement économique puisqu'il ne paye aucune dépense et n'encaisse aucune recette en francs suisses.

En concluant en 2007 cet emprunt, l'hôpital a donc fait le pari d'un euro fort par rapport au franc suisse. En outre, si l'hôpital s'expose ainsi, sans aucune limite, à tous les risques induits par une situation d'euro faible puisque, contrairement à ce qu'affirme la SFIL, le contrat ne plafonne pas les intérêts en cas de baisse de l'euro en dessous de la barrière⁸⁶, il ne bénéficie pas, en revanche, d'une appréciation de l'euro au-delà de la barrière de 1,45 puisque le taux de 3,70 % constitue de fait un taux plancher.

- pendant la **dernière phase**, le taux d'intérêt appliqué au décompte était à nouveau fixe à 3,70 % l'an.

⁸³(CORIALYS + TOFIX DUAL EUR CHF FLEXI) si 1 EUR >= 1,45 CHF => 3,70 % // si 1 EUR <1,45 CHF => 4,20 % + 50 % x [(1,45/FX EUR /CHF(i))-1].

⁸⁴ Jusqu'à la date du 1^{er} janvier 2014 exclue pour la première phase, puis de la date du 1^{er} janvier 2014 incluse jusqu'à la date du 1^{er} janvier 2036 exclue pour la deuxième, et de la date du 1^{er} janvier 2036 incluse jusqu'à la date du 1^{er} janvier 2043 exclue pour la troisième.

⁸⁵ Société de Financement Local, détenue par l'Etat français, la Caisse des dépôts et consignations et la Banque Postale qui a repris la majeure partie de l'encours de dette détenue par Dexia sur les collectivités locales et donc la plupart des emprunts structurés souscrits à l'origine auprès de Dexia.

⁸⁶ Ce que reconnaissait d'ailleurs clairement Dexia dans le document transmis en 2012, qui soulignait comme risque associé à cet emprunt son « taux d'intérêt non plafonné »

Il convient de rappeler que ce type d'indexation sur le change EUR/CHF était déjà, clairement déconseillé par le conseil financier de l'époque de l'hôpital, qui écrivait en janvier 2007 que « *cette indexation est selon nous à écarter d'office* »⁸⁷.

L'emprunt conclu en août 2008⁸⁸, soit moins d'un an plus tard, refinance la totalité du capital restant dû de l'emprunt déjà refinancé en 2007, soit 30 M€, à de nouvelles conditions mais qui sont moins favorables à l'hôpital, tant au niveau des risques pris que des taux.

Ainsi, si la durée totale de l'emprunt reste inchangée, sa décomposition en 3 phases est modifiée : la première période est identique (à un mois près) mais la suivante, exposée au risque de variation de taux, est allongée de deux ans (24 ans contre 22 ans) et s'étend désormais jusqu'au 1^{er} janvier 2038. La troisième période de retour au taux fixe se trouve, en revanche, réduite de deux ans.

Les nouvelles conditions augmentent par ailleurs les taux fixés a minima et le risque pris pendant la deuxième phase, soit à partir de 2014⁸⁹. En effet, si la barrière reste fixée à 1,45 francs suisses pour un euro, il ne s'agit en rien d'une faveur du prêteur puisqu'elle se situait déjà au départ à un niveau très élevé. En revanche, dans l'hypothèse favorable à l'hôpital où le cours de l'euro par rapport au franc suisse serait supérieur à cette barrière, le taux augmente puisqu'il passe à 3,85 % en échéances trimestrielles (soit 3,95 % en équivalent annuel) alors que ce taux « plancher » était de 3,70 % l'an dans le précédent contrat.

De même, dans l'hypothèse contraire (cours de change inférieur à la barrière), scénario défavorable à l'hôpital, le taux fixe inclus dans la formule passe à 4,35 % en échéances trimestrielles (soit 4,45 % en équivalent annuel), au lieu de 4,20 % annuel initialement, le reste de la formule étant inchangé (+ 50 % X le taux de l'écart entre la barrière et le cours de change). Ainsi, si le cours EUR/CHF est par exemple de 1,20, le taux payé pendant cette deuxième période sera de 4,35 % + 50 % X 20,83 %, soit 14,77 % en échéances trimestrielles⁹⁰, soit environ 14,87 % en annuel, alors que dans le contrat précédent, le taux obtenu aurait été de 4,20 % + 50 % X 20,83 %, soit 14,62 % en annuel.

Quelle que soit l'hypothèse d'évolution comparée des deux devises, ces nouvelles modalités de calcul sont donc défavorables à l'hôpital. En outre, ces conditions défavorables s'appliquent, comme cela a déjà été souligné, sur deux années de plus. Enfin, la dernière période voit aussi ses conditions de taux augmentées de 0,15 %.

L'hôpital a donc renégocié en 2008 l'emprunt conclu en 2007 à des conditions de taux objectivement plus défavorables que celles de 2007 et en augmentant son exposition au risque sur deux années supplémentaires, sans contrepartie, si ce n'est la répartition trimestrielle et non plus annuelle des échéances et avec un surcoût en frais financiers.

L'ordonnateur a tenté de justifier ainsi cette renégociation objectivement perdante pour l'hôpital⁹¹ par le souci « *de lisser les paiements en trésorerie sur l'année, afin d'éviter une grosse échéance en janvier de chaque année. Cela me semble la seule explication à l'acceptation de dégrader les conditions financières, et d'augmenter le risque de 2 ans* ».

Il évalue le surcoût à seulement 0,223 M€, chiffre qui apparaît contestable pour deux raisons :

⁸⁷ Publication du conseil en date du 8 janvier 2007, p 1.

⁸⁸ Contrat n° MPH261678EUR. (DUAL EUR CHF FIXE).

⁸⁹ si 1 EUR >= 1,45 CHF => 3,85 % // si 1 EUR < 1,45 CHF => 4,35 % + 50 % x [(1,45/FX EUR /CHF(i))-1].

⁹⁰ si 1 EUR CHF est égal à 1,10, le taux passe à 20,26 % trimestriel.

⁹¹ Audit du 13 mars 2013.

- Le taux appliqué sur la période exposée est le taux bas de 3,85 %, ce qui suppose un cours de change supérieur au cours pivot de 1,45 sur toute la période exposée, alors que depuis la signature de ce contrat le cours n'a eu de cesse de diminuer et se trouvait déjà en dessous de cette barrière dès début 2010. De surcroît, ce chiffrage ne prend pas en compte l'impact sur deux années supplémentaires d'une évolution défavorable.

- Ce calcul n'est pas actualisé alors qu'il devrait l'être pour tenir compte de l'amortissement désormais plus rapide. En effet, après renégociation, l'hôpital paie par anticipation en mai, août et novembre de l'année « n », ce qu'il aurait payé avec l'ancien contrat en janvier « n + 1 » seulement. Il y a donc un amortissement anticipé de plusieurs mois et un rythme d'amortissement plus rapide (sur quatre échéances annuelles au lieu d'une seule) sur toute la durée de vie du contrat. Or l'hôpital, qui n'a pas de trésorerie disponible, doit emprunter pour pouvoir rembourser plus rapidement le capital. Il aurait donc fallu tenir compte des frais financiers supplémentaires induits par le remboursement plus rapide de cet emprunt.

Il est par ailleurs pour le moins surprenant qu'une direction financière comprenne seulement quelques mois après l'avoir signé, que le contrat de 2007 n'était pas adapté à ses flux de trésorerie. Cette explication peine donc à convaincre.

Aussi, l'ordonnateur a-t-il mis en avant d'autres arguments en soutenant ultérieurement qu'il s'agissait également, en cas d'évolution défavorable, d'éviter un risque majeur sur les annuités de janvier en lissant le risque sur l'année.

Ainsi, l'hôpital aurait accepté ce surcoût pour que, dans l'hypothèse d'une réalisation du risque, l'augmentation des frais financiers soit répartie dans l'année sur quatre échéances et non sur une seule. Il a toutefois accepté aussi en contrepartie de ce lissage une exposition au risque sur deux années supplémentaires, ce qui montre l'incohérence de cette stratégie.

Il est en outre, particulièrement difficile d'expliquer, dans ce cas, pourquoi l'hôpital n'a pas procédé au même lissage des échéances quatre mois plus tôt lorsqu'il a renégocié un autre contrat de 40 M€, indexé sur les cours de change USD/YEN, lequel prévoyait aussi des échéances annuelles au 1^{er} janvier de chaque année et pourquoi il a donc attendu mars 2009 pour le faire.

Les dirigeants de l'hôpital ont donc accepté cette offre en toute connaissance de cause. Ils étaient pourtant assistés d'un conseil financier lequel, de leur propre aveu, n'a pas été consulté sur cette opération pourtant de grande ampleur puisqu'elle portait sur un encours de 30 M€. Aucun document ne fournit d'ailleurs le montant de la soulte correspondant au coût de sortie de l'emprunt de 2007 ce qui signifie que l'hôpital a accepté en l'état la proposition de la banque sans en connaître précisément le coût et donc sans en vérifier le bien-fondé. Or, une telle analyse était indispensable pour s'assurer que la renégociation était bien réalisée dans l'intérêt de l'hôpital.

Cet exemple illustre à nouveau l'absence de pilotage dans un domaine pourtant stratégique et aux enjeux financiers considérables.

4.2.2.2 A partir de fin 2011, des opportunités de sortie restées sans suites

La négociation de mai 2012

Compte tenu de l'appréciation du franc suisse par rapport à l'euro, la direction de l'hôpital a entamé des négociations avec la banque DEXIA fin 2011, pour sécuriser cet emprunt qui était encore, à l'époque, en phase bonifiée, avec un taux fixe de 2,32 % jusqu'au 1^{er} février 2014 exclus. Toutefois les conditions de marché étaient très défavorables pour envisager une sortie, puisque la barrière de 1,45 prévue au contrat et déclenchant un taux dégradé avait été franchie et largement dépassée.

La banque DEXIA a fait à l'hôpital une offre en mai 2012. Pour un capital restant dû (CRD) qui s'élevait à 26,4 M€, Dexia estimait le montant de l'indemnité à déboursier pour déboucler ce contrat sur le marché à 64,3 M€, ce qui représentait près de deux fois et demi le capital restant dû. Ce coût, s'il avait été inclus dans les conditions d'un prêt de refinancement du CRD aurait nécessité de mettre en place un taux fixe de 21,30 %. La sécurisation d'un tel emprunt sur toute sa durée était donc manifestement trop onéreuse, le niveau prohibitif de son coût de sortie confirmant son caractère hautement risqué et spéculatif.

Compte tenu de ce coût élevé, la banque a proposé une solution alternative reposant sur une sécurisation partielle sur trois ans du taux en y joignant le réaménagement, sur toute sa durée résiduelle, d'un emprunt existant⁹², dont la valorisation du coût de sortie était estimée à 2,5 M€ pour un capital restant dû de 18 M€ (soit 14 %).

Les conditions en étaient les suivantes :

- sécurisation temporaire de l'emprunt indexé sur le cours de change EUR/CHF sur 3 années et 7 mois (du 1^{er} juillet 2012 au 1^{er} février 2016) au taux fixe de 5,60 % ;
- s'agissant du deuxième emprunt, suppression de l'option en faveur de DEXIA avec passage au taux fixe de 5,60 %, pour l'intégralité du capital restant dû (18 M€) et la totalité de la durée restant à courir, soit 30 ans, jusqu'au 1^{er} janvier 2043.

A l'appui de sa proposition, DEXIA présentait un encadré sur les risques associés à l'emprunt indexé sur le cours de change EUR/CHF, soulignant l'incertitude et la volatilité des taux de change, le rôle de valeur refuge du franc suisse en temps de crise conduisant à une appréciation tendancielle de celui-ci face à l'euro et le caractère non plafonné du taux d'intérêt. La banque précisait, à titre d'exemple, que dans l'hypothèse d'un cours de change à 0,80, le taux d'intérêt serait de 44,98 %. Enfin, elle mentionnait qu'à la date de cette offre de renégociation, le cours de change⁹³ était de 1,2013. Le taux d'intérêt aurait donc été de 14,70 % si l'emprunt était sorti sur cette base de la phase à taux fixe (2,32 %).

Pour analyser cette proposition alternative de sécurisation partielle, l'hôpital a pris l'attache d'une autre société de conseil avec laquelle il avait passé un contrat ponctuel pour cette renégociation, en 2012. Il ne s'agissait donc pas d'une assistance globale à la gestion de sa dette qui aurait permis à l'hôpital d'agir dans le cadre d'une véritable stratégie d'endettement, mais d'une mission spécifique.

L'offre de DEXIA a été jugée satisfaisante par ce conseil financier, lequel, par note du 29 mai 2012, soulignait que cette proposition permettrait, de prolonger la période sécurisée et de figer le taux du second emprunt au bon moment (le contexte de l'époque était marqué par des taux considérés comme historiquement bas). En revanche, le niveau de taux fixe à 5,60 % était jugé trop élevé. Le conseil financier recommandait donc à l'hôpital de négocier une baisse à 5,20 %, taux considéré comme correspondant au bon prix et proposait d'autres alternatives comme une sécurisation sur deux ans seulement afin d'en réduire encore le coût.

Cette offre de DEXIA était par ailleurs cohérente avec l'analyse faite pour l'hôpital deux mois plus tôt (13 mars 2012), par ce même conseil financier, à partir des conditions du marché, jugées défavorables et qui écrivait : « *Aujourd'hui la Banque Nationale Suisse maintient artificiellement le taux EUR/CHF au-dessus de 1,20- Potentiel de hausse avec un Euro à 1,2053 CHF- Attention, cette politique est coûteuse pour la BSN et il se peut qu'elle ne puisse la maintenir indéfiniment* ». Le conseil ajoutait que le taux d'intérêt pouvait atteindre un niveau très élevé car le levier était important (50 %) et le taux non plafonné.

⁹² CRD au 01/07/2012 : 18 074 074 euros Échéance : 01/01/2043 Périodicité : trimestrielle Taux : 2.65 % jusqu'au 01/01/2017 puis Euribor 3M jusqu'à l'échéance Option : le 01/01/2017, Dexia à la possibilité de figer le taux de l'emprunt à 2,65 % jusqu'à l'échéance.

⁹³ En date du 10 mai 2012.

A partir de ce double constat, sa recommandation était de sécuriser temporairement l'emprunt car, dans un contexte de marché défavorable, cette solution était jugée moins coûteuse et permettait « *de se laisser du temps pour que les variables de marché reviennent dans des configurations plus amicales, mais rien n'est garanti* ». A l'inverse une sécurisation sur toute la durée présentait un coup trop élevé car les coupons lointains sont structurellement chers du fait d'une plus grande probabilité de dégradation du cours à long terme. En cas de persistance d'une parité défavorable à l'issue de la période de sécurisation temporaire, les coupons futurs seraient alors moins lointains, d'où un coût de sortie qui deviendrait plus abordable.

Dans le contexte de fortes craintes d'une dégradation du cours de change, le principe d'une sécurisation temporaire correspondait donc à une stratégie prudente de « petits pas » et aurait mérité d'être étudiée plus avant.

Malgré cette proposition et l'existence d'une analyse d'un de ses conseils qui l'estimait globalement favorable aux intérêts de l'hôpital, l'équipe dirigeante n'a adressé aucune réponse écrite à la banque, pas même pour lui demander de réétudier les conditions que son conseil estimait améliorables. Cette proposition est donc restée sans suite.

En toute fin d'instruction, l'hôpital a cherché à démontrer le bien-fondé de son absence de réaction à la proposition de sécurisation de Dexia en soutenant que cette attitude avait été validée a posteriori par son conseil actuel : « *Rétrospectivement [notre conseil actuel] nous indique que la proposition de Dexia ne semblait pas si intéressante parce ce que ne portant que sur deux années de sécurisation moyennant un coût inacceptable sans aucune concession sur le montant de la soulte* », analyse que le conseil actuel a lui-même confirmée à la chambre⁹⁴.

La conclusion du conseil (« *Ce que compte-tenu de la politique actuelle de la SFIL donne raison a posteriori, car en 2016 il n'y aurait pas certainement pas eu de solutions comme aujourd'hui* ») contredit cependant l'ensemble du raisonnement qu'il développe avant puisqu'il est effectivement exact que la SFIL qui a succédé à Dexia pour la gestion de ce prêt ne propose plus aujourd'hui, de sécurisation temporaire. Il est donc regrettable de ne pas avoir saisi, à l'époque, cette opportunité ou à tout le moins de ne pas avoir tenté de négocier une amélioration de cette proposition, intéressante dans son principe.

Dans sa réponse, l'hôpital maintient sa contestation de l'observation sur son absence de réaction. Toutefois, il continue à s'appuyer sur l'étude déjà citée de son conseil actuel, réalisée a posteriori pour répondre aux questions de la chambre et non pas à l'époque des faits et qui dès lors ne peut avoir de valeur explicative. En outre, le calcul effectué de ce « coût inacceptable » qui serait de 6 M€ apparaît erroné. En effet, il prend en compte la dégradation du taux du prêt swaption non pas à partir du taux fixe équivalent qui était à l'époque de 3,13 % mais à partir du taux optionnel de 2,65%. En tout état de cause, le calcul tel qu'il ressort du document transmis à la chambre apparaît incomplet et sommaire et ne permet pas d'en vérifier la pertinence.

⁹⁴« *Ce coût était inacceptable car il fallait dégrader fortement le taux du prêt swaption (2,65 % actuellement contre 5,60 % proposé) en contrepartie d'une sécurisation de seulement 2 ans supplémentaires sur l'EUR/CHF : la contrepartie de la sécurisation nous paraît donc inacceptable a posteriori car le surcoût sur la swaption était très important par rapport à une sécurisation de seulement 2 ans supplémentaire sur l'EUR/CHF (alors que la durée résiduelle est jusqu'en 2043), en maintenant la problématique totalement au-delà. Le calcul de la soulte a été fait avec le niveau de volatilité prévalant en mai 2012 (9 %), les taux anticipés et l'application d'un facteur d'actualisation.*

Cette soulte est un calcul mathématique, Dexia traite de son côté directement avec ses contreparties, ce qui peut expliquer des écarts entre le calcul mathématique et le prix final pratiqué. Dans ce cas, le calcul de la soulte intégrée dans la proposition à 5,60 % nous paraît un peu élevée et conforme aux explications de [la société ayant contracté précédemment la mission de conseil spécifique] (prix plutôt à 5,10 % - 5,20 %), ce qui nous fait dire qu'il n'y avait pas de concessions. Mais même si la banque avait baissé son prix à 5,10 % conforme aux calculs, il ne nous semblait pas stratégique de faire l'opération compte tenu du faible bénéfice de 2 ans supplémentaires par rapport aux contreparties demandées.

Conséquence d'une gestion passée à haut risque, l'hôpital s'est donc retrouvé dans une situation difficile qu'il s'est avéré être dans l'incapacité de gérer, soit parce qu'il a pris des décisions graves mais sans se faire assister d'un véritable conseil, soit parce qu'il n'a pas donné suite aux conseils qui lui étaient prodigués à sa demande. L'exemple de cette négociation entamée mais non poursuivie sans justification convaincante confirme l'absence de stratégie et d'anticipation de la direction de l'hôpital dans la gestion de sa dette.

La négociation de mai 2013

Faisant suite à un mél de l'hôpital en date du 5 avril 2013 la menaçant de contentieux, la banque publique SFIL (qui a donc repris la plus grande partie de l'encours toxique de DEXIA) a fait une nouvelle offre en mai 2013. La valorisation de l'emprunt y est estimée à 55 M€ soit 9 M€ de moins que la proposition de base de Dexia de 2012 mais tout de même plus de deux fois l'encours (25,5 M€).

Compte tenu du niveau extrêmement élevé de cette indemnité pour une sortie sur toute la durée du prêt, la SFIL fait une offre alternative de désensibilisation mais qui ne repose plus sur une sortie temporaire, comme précédemment, dans le cadre de l'offre de DEXIA, mais sur seulement 10 % du CRD (2,570 M€). Pour ces seuls 10 %, la valeur de l'indemnité est estimée à 5,651 M€. L'offre précise qu'elle serait financée par l'intégration dans le capital du contrat de prêt de refinancement pour 4 M€ et la prise en compte du solde (1,651 M€) dans les conditions financières du contrat de prêt de refinancement. L'offre est par ailleurs conditionnée par la souscription d'un nouveau prêt de 8 M€ pour financer les investissements 2013.

Le refinancement proposé porte ainsi sur un montant total de 14,570 M€, répartis en trois prêts dont les caractéristiques sont les suivantes :

- Date de refinancement : 1^{er} novembre 2013 ;
- Un prêt de 2,570 M€ (refinancement de 10 % du CRD) au taux fixe de 4,95 % en échéances trimestrielles, sur toute la durée résiduelle (jusqu'en 2043) ;
- Un prêt de 4 M€ pour refinancer une partie de l'indemnité au taux fixe en échéances trimestrielles de 2,80 % sur 15 ans ;
- Un prêt de 8 M€ pour financer les investissements nouveaux au taux fixe de 3,70 % en échéances trimestrielles, sur 15 ans.

Pour expliquer les différences de conditions financières en termes de taux proposés, selon qu'il s'agit du financement des 10 % de l'ancien prêt, de l'indemnité et des 8 M€ d'emprunts nouveaux, la SFIL s'est contentée d'une réponse de principe très générale qui fait référence notamment à des financements à prix coûtant mais qui n'explique pas l'origine de ces différences de taux et ne permet donc pas d'apprécier la compétitivité financière de la proposition.

L'hôpital a soumis cette offre de la SFIL à son conseil actuel, qui a conclu à un avis défavorable, communiqué par écrit à l'ordonnateur le 30 mai 2013. Il repose sur une comparaison des flux financiers entre la poursuite du prêt actuel et le refinancement proposé par la SFIL⁹⁵ et conclut que « *cette opération globale ne semble donc pas avantageuse pour l'établissement* » sauf dans quelques cas précis⁹⁶.

⁹⁵ Sur la base des taux forwards au 30 mai 2013.

⁹⁶ - *pour bénéficier d'un nouveau financement de 8 M€ si ce besoin n'est pas couvert par une autre banque,*
- *si le cours de change EUR/CHF se dégrade très fortement à l'avenir (appréciation du Franc Suisse en-dessous de 1),*
- *si la banque ramène le montant d'indemnité refinancée à 3,175 M€ au lieu de 4 M€, ce qui permettrait que l'opération soit équilibrée entre la situation actuelle (sur la base des taux forwards de ce jour) et la situation nouvelle ».*

Le conseil actuel souligne par ailleurs que cette opération « *ne permet de sécuriser totalement que 10 % de la ligne avec barrière EUR/CHF, ce qui est très faible (au cours de change actuel, il faudrait donc répéter pendant 10 ans cette opération)* » et conclut que « *le fait que la banque ne fasse plus de passages temporaires à taux fixe est extrêmement préjudiciable, la stratégie de désensibilisation unique validée par le conseil d'administration de la SFIL n'est pas adaptée au cas de l'établissement* ».

Cet avis confirme le fait que, eu égard aux conditions du marché, toute sortie sur la durée totale a un coût excessivement élevé mais aussi que le remboursement d'une partie du capital a peu de sens alors que la sécurisation temporaire proposée en 2012 et restée sans suite répond toujours à une logique financière. Elle permet en effet d'attendre un éventuel retour à meilleure fortune pour éviter de tout renégocier alors que 2 ou 3 ans après la barrière pourrait ne plus être franchie comme cela s'est produit pour les emprunts indexés sur la parité yen/dollar (Cf. infra). En outre, elle permet de minimiser le coût de sortie, la visibilité sur le change étant à court terme (de deux à trois ans).

L'hôpital a suivi cette fois l'avis défavorable de son nouveau conseil et a demandé à la banque une baisse de l'indemnité. Toutefois, sans attendre sa réponse et bien que sachant l'offre inadaptée, il a curieusement soumis cette proposition de refinancement à l'ARS pour autorisation⁹⁷. Cette demande était officiellement motivée par le fait que l'hôpital était « *pressé par besoin de trésorerie* »⁹⁸ et qu'il devait rapidement trouver 8 M€ de financement. Dans ses réponses à la chambre, l'ordonnateur a cependant mis en avant une toute autre explication qui tiendrait au souci ne pas se voir reprocher de ne pas avoir tenté le maximum.

L'ARS a finalement rejeté la demande de l'hôpital⁹⁹, tant pour la renégociation que pour l'emprunt nouveau de 8 M€, en fondant notamment sa décision sur l'impact financier élevé de l'opération pour sécuriser seulement 10 % de cette dette mais en demandant à l'établissement de poursuivre les négociations¹⁰⁰.

Un contentieux à l'issue incertaine

Le 1^{er} juillet 2013, l'hôpital a assigné les banques DEXIA et SFIL devant le tribunal de grande instance de Nanterre. L'issue de ce contentieux est incertaine car, depuis la loi du 29 juillet 2014, le motif tenant à l'absence de TEG ou à son calcul erroné n'est plus opérant¹⁰¹. Les chances de succès de l'hôpital dépendent donc de sa capacité à démontrer, notamment, que les risques induits par ces produits liés à des parités de change lui auraient été cachés ou mal expliqués.

Une médiation qui n'a débouché sur aucun résultat concret

Le médiateur désigné pour traiter les problèmes liés aux emprunts structurés a été saisi le 27 septembre 2013 de ce dossier. Une réunion s'est tenue le 22 janvier 2014, en l'absence du conseil de l'hôpital, ce qui est regrettable.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, la SFIL a fourni des documents de travail qui auraient été présentés à cette réunion ainsi qu'un courriel de compte rendu. Les deux propositions qui auraient servi de base aux discussions portaient d'une désensibilisation, non plus de 10 % mais de 20 % du capital restant dû. Les modalités de financement de l'indemnité étaient toujours mixtes avec intégration pour partie au capital et prise en compte du solde dans les conditions financières.

⁹⁷ En application du décret 2011-1872 du 14 décembre 2011, ses décisions d'emprunt sont soumises à l'autorisation préalable de l'ARS.

⁹⁸ Mél du directeur financier du 31 mai 2013.

⁹⁹ Le 1^{er} juillet 2013.

¹⁰⁰ « *Compte tenu d'une part de l'impact financier de cette opération pour sécuriser 10 % de la dette et d'autre part, de la nécessité de renouveler l'opération pour les 90 % restant. [...] La demande associée à cette sécurisation relative à un nouvel emprunt de 8 000 000 € est également rejetée. Vous pourrez déposer un nouveau dossier [...] en fonction de vos capacités à restaurer l'équilibre financier de votre établissement. Le niveau de risque se situant en 2015, je vous demande de poursuivre les négociations* ».

¹⁰¹ La loi du 29 juillet 2014 relative à la sécurisation des contrats de prêts structurés souscrits par les personnes morales de droit public a validé rétroactivement les contrats de prêt structurés pour lesquels le taux effectif global n'a pas été mentionné.

Ces offres étaient également liées à l'octroi d'un prêt nouveau dont le montant était ramené à 5 M€. Compte tenu de l'évolution des marchés, le montant de l'indemnité était proportionnellement en légère baisse mais restait conséquent (proche du double du capital restant dû). Ces deux propositions étaient conditionnées à l'abandon de la procédure judiciaire.

Le courriel de compte rendu transmis par la SFIL fait état d'une nouvelle proposition suite à la médiation.

Une nouvelle proposition infructueuse en février 2014

La proposition du 10 février 2014, qui est, selon la SFIL, le résultat de la réunion du 22 janvier 2014 tenue avec le Médiateur, a été considérée, à juste titre, par le conseil actuel de l'hôpital, comme étant sans intérêt.

En effet, elle reposait sur la sortie partielle, à hauteur de 50 % du capital restant dû (12 M€), avec refinancement obligatoire d'une indemnité de 20,4 M€ par 10 M€ de nouveaux prêts. Le conseil actuel de l'hôpital soulignait ainsi le caractère particulièrement onéreux de ce réaménagement qui conduisait à accroître le niveau de l'endettement de l'hôpital de plus de 20 M€. Une telle sécurisation partielle aurait obligé, en outre, à renouveler ultérieurement l'opération sur les 50 % de CRD restant, générant un endettement supplémentaire total d'environ 41 M€.

Si cette stratégie présentait à l'évidence un intérêt pour la SFIL, puisqu'elle lui permettait de nettoyer progressivement son bilan, elle se révélait par contre très coûteuse pour l'emprunteur qui payait au prix fort la désensibilisation d'une partie du prêt.

La valorisation de l'emprunt correspond en effet au coût de rachat par une contrepartie, des options incluses dans l'emprunt structuré. S'agissant d'emprunts classiques à taux fixes, son calcul est transparent puisque c'est un calcul purement actuariel. En revanche, pour les prêts structurés, il est nécessaire de trouver une contrepartie en gré à gré car il n'existe pas de véritable marché. Ces produits sont peu liquides, et peu d'opérateurs sont présents pour proposer de retourner le prêt dans de bonnes conditions. En outre, les évolutions de parité sont par essence extrêmement difficiles à anticiper surtout sur des durées longues. Or, dans le cas présent, la dernière échéance se situe en 2043. Le manque de lisibilité des évolutions de parité accroît donc le risque, ce qui vient encore renchérir le coût de sortie.

Enfin les anticipations et la volatilité intrinsèque des taux de change pèsent lourdement sur la valorisation. Dans le cas de l'euro et du franc suisse, comme l'euro est sur une tendance longue de dépréciation, plus l'échéance est lointaine comme c'est le cas en l'espèce puisque le prêt court jusqu'en 2043, et plus les anticipations de poursuite de cette dépréciation sont élevées et plus les conditions de sortie actuelles sont donc défavorables.

Le conseil actuel de l'hôpital, soulignait dès lors que le fait d'accepter l'offre de la SFIL reviendrait à acter comme certaine une dégradation forte et à long terme du cours de change EUR/CHF.

En résumé, la valorisation actuelle du prêt ne permet donc qu'une sécurisation à court terme, ce qui ne correspond pas à la stratégie de négociation de la SFIL.

Dans sa réponse, la SFIL conteste l'observation de la chambre relayant l'analyse du conseil de l'hôpital selon laquelle sa proposition était sans intérêt, en soutenant que « les conditions de désensibilisation, même sur 50 % du capital, étaient bien moins défavorables qu'elles ne le sont aujourd'hui, car le cours de change était au 6 février 2014, de 1,2224 CHF pour un euro ».

Cet argument de la SFIL ne prouve en rien l'intérêt du refinancement proposé en 2014 qui doit être analysé au regard des conditions qui prévalaient à cette époque et souligne au contraire qu'une proposition plus acceptable aurait permis à l'hôpital de ne pas subir les conséquences de la dépréciation récente de l'euro.

Il convient enfin de souligner à nouveau le manque de cohérence de l'hôpital qui reproche aujourd'hui à la banque de ne plus proposer de sécurisation temporaire alors qu'il n'avait pas donné suite à l'offre faite en ce sens en mai 2012 par Dexia.

Le refinancement des indemnités par un nouvel emprunt pose aussi question dans la mesure où il s'agit d'une dette nouvelle non assise sur un actif, qui consiste à transférer des frais financiers (dépenses de fonctionnement) dans de l'amortissement de capital (dépenses d'investissement).

Le 23 avril 2014, l'établissement a fait une demande auprès de l'ARS pour bénéficier du fonds de soutien mis en place pour aider financièrement les hôpitaux à supporter le coût de sortie des emprunts structurés les plus risqués. En réponse l'ARS a indiqué que l'hôpital ne répondait pas aux critères d'éligibilité de ce fonds qui excluent du dispositif les hôpitaux présentant un total de produits supérieur à 100 M€¹⁰².

4.2.3 Les renégociations portant sur l'emprunt indexé sur la parité USD/ YEN

4.2.3.1 La renégociation de 2008

Le contrat souscrit le 4 mars 2008 avait pour objet le refinancement d'un précédent emprunt du 26 septembre 2007, lequel refinançait déjà pour 40 M€ l'ancien emprunt du 24 octobre 2006, emprunt multi index classique de 90 M€ qui avait fait, le même jour, l'objet d'un refinancement sur l'index EUR/CHF pour 30 M€.

Ce contrat de 2007 pariait sur une appréciation du dollar face au yen. En effet, pour un capital refinancé de 40 M€, sur une durée de 35 ans (et trois mois de phase de mobilisation jusqu'au 31 décembre 2007) avec des échéances de remboursement annuelles fixées au 1^{er} janvier de chaque année, la période d'amortissement était divisée en trois phases ainsi indexées :

- pendant la première phase, jusqu'au 1^{er} janvier 2014, le taux d'intérêt appliqué au décompte est fixe : 2,71 % l'an ;
- pendant la deuxième phase, du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} janvier 2027, il est fait application d'un taux structuré déterminé comme suit :
 - si le cours de change du dollar en yen est supérieur ou égal au cours pivot (barrière) de 85 yens pour un dollar alors le taux d'intérêt est fixe : 2,71 % ;
 - si le cours de change du dollar en yen est inférieur au cours pivot de 85, alors le taux d'intérêt est égal à un taux fixe de 2,71 % augmenté de 20 % de l'écart (en pourcentage) entre le cours pivot et le cours de change ;
- pendant la dernière phase, du 1^{er} janvier 2027 au 1^{er} janvier 2043, le taux d'intérêt appliqué est de nouveau fixe : 2,71 % l'an.

Le nouveau contrat conclu en mars 2008¹⁰³, soit cinq mois avant celui indexé sur l'EUR/CHF, refinance la totalité du capital restant dû, soit 40 M€, sur la même durée.

Ce réaménagement de 2008 ne répond pas à une demande de l'hôpital de lisser les échéances, celles-ci restant prévues en janvier de chaque année, mais il permet de baisser légèrement le taux fixe des première et dernière périodes de 2,71 % annuel à 2,65 % annuel. La barrière reste également identique mais il est ajouté une deuxième barrière, plus haute, au-delà de 123 yens pour un dollar qui permet de bonifier le taux en cas d'appréciation du dollar :

- jusqu'au 1^{er} janvier 2014, le taux d'intérêt appliqué au décompte est fixe : 2,65 % l'an.
- du 1^{er} janvier 2015 au 1^{er} janvier 2029, le taux structuré est déterminé comme suit :

¹⁰² Conformément à l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DGFIP/CL2A/2014/363 du 22 décembre 2014 relative au dispositif d'accompagnement des établissements publics de santé dans la sécurisation de leurs prêts structurés.

¹⁰³ Contrat n°MPH256956EUR. DUAL JPY USD FIXE OPTIMISE : si cours change 1USD YEN >= 123 YEN => 2,65%-20% (1-cours pivot bas/ change usd yen)/ si cours 1USD>=85YEN et <= 123 YEN => 2,65% / si cours 1USD <85YEN =>2,65%+20%(var° cours de change USD YEN).

- Si le cours de change du dollar en yen est supérieur ou égal à 123 yens pour un dollar (cours appelé « cours pivot haut ») alors le taux d'intérêt est égal à un taux fixe de 2,65 % minoré de 20 % du taux de variation entre le cours de change et le cours pivot haut. L'ajout d'une deuxième barrière, plus haute que la précédente, vient donc améliorer l'impact d'une évolution favorable en permettant le calcul d'un taux inférieur au taux fixe de 2,65 %. Ainsi, pour un cours de 125 yens pour un dollar, le taux à payer sera de 2,33 % au lieu de 2,71 % dans le contrat précédent.
- Si le cours de change du dollar en yen est inférieur au cours pivot haut mais supérieur au cours de 85 yens pour un dollar (appelé « cours pivot bas »), alors le taux d'intérêt est fixe : 2,65 % (contre 2,71 % précédemment) ;
- Si le cours de change du dollar en yen est inférieur au cours pivot bas de 85, alors le taux d'intérêt est égal au taux fixe de 2,65 % (contre 2,71 % auparavant) augmenté de 20 % de l'écart (en pourcentage) entre le cours pivot et le cours de change. Ainsi, pour un cours de 75 yens pour un dollar, soit un écart par rapport au cours pivot de 13,33 %, le taux à payer sera de 5,32 % au lieu de 5,38 % dans le contrat précédent.
- du 1^{er} janvier 2029 au 1^{er} janvier 2043, le taux d'intérêt appliqué est de nouveau fixe : 2,65 % l'an, contre 2,71 % auparavant).

Les conditions de taux ne sont donc que légèrement améliorées. L'ajout d'une barrière haute profite peu à l'hôpital car il faudrait que le dollar s'apprécie très fortement pour qu'il puisse en profiter. Un dollar à 130 yens permettrait un taux de 1,57 % (à 140, un taux de 0,22 %). Ces améliorations sont donc peu profitables à l'hôpital. En revanche, l'exposition au risque est accrue puisque la durée d'exposition au risque de variation de taux est allongée de deux ans (15 ans contre 13 ans) et s'étend désormais jusqu'au 1^{er} janvier 2029.

Enfin, cette proposition a été faite à un moment favorable, en phase d'appréciation du dollar, mais l'amélioration relative des conditions pour l'hôpital qui devait en résulter apparaît peu lisible. Il aurait été en réalité plus transparent d'accorder une amélioration sans changer profondément la structure d'indexation afin de mieux pouvoir apprécier la portée positive réelle des changements proposés.

La chambre constate par ailleurs qu'aucune indemnité de sortie n'est mentionnée dans les documents en sa possession. L'hôpital a donc accepté les réaménagements proposés par la banque sans en connaître réellement les conditions financières. En outre, l'hôpital n'a, une nouvelle fois, pas demandé l'avis de son conseil¹⁰⁴ avant d'accepter cette renégociation. Au vu des pièces transmises à la chambre, l'intérêt de ce réaménagement pour l'hôpital n'est donc pas démontré, alors que l'exposition au risque est objectivement accrue.

4.2.3.2 Les renégociations de 2009

Un an plus tard, en mars 2009, ce contrat a été renégocié, à nouveau, en deux contrats de 20 M€ chacun. Les deux nouveaux contrats sont désormais sur des échéances trimestrielles.

Le premier contrat¹⁰⁵ reste indexé sur le cours de change USD/YEN. La première période reste aux mêmes conditions. La deuxième voit ses conditions modifiées : le cours pivot bas est abaissé de 85 à 79, ce qui augmente pour l'hôpital la probabilité de profiter du taux fixe, mais ce dernier est en contrepartie augmenté de 10 points (2,75 % au lieu de 2,65 %). Enfin, la dernière période voit son taux fixe majoré de 10 points (2,75 %). Il est donc à nouveau très difficile d'identifier l'intérêt de ces modifications aux effets croisés et donc, au-delà, l'intérêt intrinsèque d'une telle renégociation.

¹⁰⁴ Lors de l'instruction, l'ordonnateur a répondu avoir demandé l'avis de son conseil mais a reconnu ne pas être en mesure d'apporter un élément écrit qui le confirme ni même d'en expliquer le contenu.

¹⁰⁵ MPH264734EUR ; DUAL JPY USD FIXE OPTIMISE ; si cours change 1USD YEN >= 123 YEN => 2,75 %-20 % (1- cours pivot bas/ change usd yen)/ si cours 1USD >= 79YEN et <= 123 YEN => 2,75% / si cours 1USD < 79YEN => 2,75 %+20 %(var° cours de change USD YEN).

Le deuxième contrat¹⁰⁶ est indexé sur le différentiel des taux à court et à long terme (écart CMS EUR 30 ans et CMS EUR 2 ans). Il s'agit donc d'un produit dit de pente, qui joue sur l'évolution de la courbe des taux et qui est classé 3E en raison d'un effet multiplicateur du risque de 5.

En principe, les taux longs sont supérieurs aux taux courts pour tenir compte du risque lié à la durée du prêt. Un tel produit est donc généralement considéré comme étant peu risqué. Toutefois, ce contrat a été signé juste après la crise financière de l'automne 2008 qui avait débouché sur une inversion de la courbe des taux suite à la crise de liquidités. En outre, les CMS 2 ans et 30 ans sont largement non corrélés ce qui génère une grande volatilité. L'hôpital affirme avoir demandé l'avis de son conseil avant de souscrire ce deuxième emprunt mais n'apporte aucun élément écrit à ce sujet.

Moins de trois mois plus tard (le 10 juin 2009), ce deuxième emprunt a été à nouveau renégocié, mais cette fois dans le sens d'une nette désensibilisation. L'emprunt comporte désormais deux phases : jusqu'en 2017 (la première phase est donc étendue de 3 ans), un taux fixe de 2,65 %, puis l'Euribor 3 mois sans marge ensuite¹⁰⁷. Par ailleurs, à compter du 1^{er} janvier 2017 et jusqu'à l'extinction du prêt, la banque peut décider de passer sur un taux fixe de 2,65 %.

Pour tous ces réaménagements, aucun document ne mentionne les indemnités éventuellement demandées et facturées par la banque en contrepartie du remboursement anticipé des emprunts. Il est donc impossible de savoir si ces montants étaient conformes aux conditions du marché et étaient favorables à l'hôpital.

Interrogé à ce sujet lors de l'instruction, le conseil actuel de l'hôpital, n'a pas été en mesure de donner le montant de ces indemnités. Il a seulement indiqué que la banque « *a certainement appliqué son coût de sortie aux nouvelles conditions, ce coût de sortie étant extrêmement complexe à redéfinir car surtout dépendant des négociations de la banque avec sa contrepartie dans un contexte complexe déjà pour Dexia* », confirmant ainsi l'existence d'indemnités.

Il est donc au final difficile de voir l'intérêt de l'hôpital dans cette intense activité de réaménagement de dette. A l'exception de l'opération qui a permis à l'hôpital de désensibiliser en partie l'emprunt indexé sur le cours de change dollar/yen, mais pour un coût non identifié, force est de constater, pour le reste, une aggravation de l'exposition au risque qui ne permet dans la plupart des cas que de minimiser les taux mais seulement dans un avenir immédiat.

Ces renégociations successives ont des contreparties en termes de coûts et de risques qui n'apparaissent pas clairement compte tenu, d'une part, de l'absence de mention du montant des indemnités de sortie et, d'autre part, de l'opacité des structures de taux qui empêchent une comparaison globale et objective entre le passé et l'avenir. Faute de s'être fait assister de son conseil, l'hôpital a donc accepté les conditions de la banque sans essayer de les négocier au mieux de ses intérêts.

4.2.3.3 Les renégociations de 2011

Aucune autre renégociation n'est intervenue pendant plus de deux ans, soit jusqu'à fin 2011. Pendant cette période, l'hôpital a pu bénéficier du taux bonifié de 2,65 % sur les 20 M€ de l'emprunt resté indexé sur la parité dollar/yen. Ce n'est que début octobre 2011 qu'il a entamé de nouvelles négociations avec DEXIA pour sortir de cette indexation. Les conditions de la renégociation ont été les suivantes :

¹⁰⁶MPH264742EUR ; FIXMS Optimisé : Si CMS EUR 30 ans - CMS EUR 2 ans $\geq 0,00\%$ \Rightarrow 2,65 % - (1 x(CMS EUR 30 ans - CMS EUR 2 ans)) ; Si CMS EUR 30 ans - CMS EUR 2 ans $< 0,00\%$ \Rightarrow 2,65 % - (5 x(CMS EUR 30 ans - CMS EUR 2 ans)).

¹⁰⁷ MPH265666EUR ; TOFIX DF ; EURIBOR 3 mois +0,00 % ou 2,65 % à l'initiative du prêteur.

- Le capital restant dû est de 18,4 M€.
- L'indemnité de sortie est estimée à 10,5 M€ soit 57 % du capital restant dû. Parmi les différentes options proposées par la banque, l'hôpital a choisi le refinancement pour moitié de l'indemnité dans le nouvel emprunt, soit 5,25 M€ et pour moitié dans le nouveau taux. Le capital refinancé s'élève ainsi à 23,6 M€.
- Le taux du nouvel emprunt est un taux fixe de 4,97 % trimestriel après intégration de la moitié de l'indemnité.
- La durée résiduelle de l'emprunt reste à 31 ans.

L'établissement a suivi l'avis favorable de son conseil de l'époque qui estimait que l'indemnité et le taux fixe étaient correctement évalués. En revanche, aucun élément n'a été demandé ou fourni par le conseil quant à l'opportunité d'une telle renégociation à un moment où le marché était très défavorable puisque le dollar s'était fortement déprécié. Le contrat de refinancement a été signé le 2 novembre 2011¹⁰⁸.

Cette renégociation pose plusieurs questions en ce qui concerne le choix du moment et le manque de transparence quant à l'indemnité payée. Sur le premier point, l'établissement a négocié la sortie de l'emprunt USD/YEN au moment le plus défavorable, alors même que la période protégée courait encore jusqu'en 2014 et que l'hôpital n'était donc pas dans une situation d'urgence. L'argument qu'a tenu l'hôpital vis-à-vis de son autorité de tutelle quasiment au même moment (le 25 octobre 2011) pour expliquer qu'il ne renégociait pas dans l'immédiat l'emprunt EUR/CHF car la phase structurée ne serait active qu'à compter de 2014, était ainsi tout aussi valable pour l'emprunt USD/YEN. Depuis, le dollar n'a cessé de s'apprécier par rapport au yen. Le taux aujourd'hui applicable serait donc le taux bas de 2,75 % si l'emprunt n'avait pas été renégocié. L'indemnité de 10,5 M€ a donc été payée en pure perte suite à une décision précipitée qu'aucune urgence n'imposait.

Cette indemnité n'apparaît clairement qu'au niveau de la moitié refinancée. L'autre moitié, qui est intégrée dans le taux, est en effet « invisible », l'hôpital étant incapable d'expliquer comment elle a été concrètement intégrée au taux. Les présentations de l'EPRD 2012 à la tutelle et au conseil de surveillance ne font d'ailleurs état que de la moitié refinancée. Les instances de gouvernance et la tutelle ont donc reçu une information incomplète minimisant considérablement le coût de cette sécurisation.

Le contenu de l'information budgétaire et comptable qui doit obligatoirement être fournie en cas d'indemnité de renégociation de prêts a été rappelé en 2012 par le conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP)¹⁰⁹ qui souligne que le coût global des indemnités doit être comptabilisé en assurant un traitement homogène quelles que soient les modalités de paiement de ces soultes ou indemnités.

L'avis précise en effet qu'« afin d'assurer la transparence de l'information en matière de coût global de l'opération de restructuration et d'assurer un traitement comptable identique, quelle que soit la structure de la renégociation, il convient de définir le coût de l'opération de renégociation, en particulier : lorsqu'une indemnité est payée immédiatement ; lorsque l'indemnité est capitalisée ; lorsque l'indemnité est incluse dans les conditions financières du nouvel emprunt (i.e. intégrée aux intérêts futurs).

Pour assurer un traitement comptable homogène à l'ensemble de ces situations, la seule mention en annexe du coût de la renégociation n'est pas suffisante, car ce coût doit être comptabilisé. Il convient donc d'identifier le montant de l'indemnité de restructuration ; [...] Cette indemnité doit figurer dans les charges de l'exercice ».

¹⁰⁸ MON276538EUR ; Taux fixe 4,97 %.

¹⁰⁹ Avis n° 2012-04 du 3 juillet 2012.

La fiche établie par la DGOS et la DGFIP (Cf. le point 2.1.1) sur la comptabilisation des dettes financières précise pour sa part le traitement comptable à opérer : « Lorsque l'indemnité est incluse dans les conditions financières du nouvel emprunt, elle doit être comptabilisée en charges pour son montant au moment du réaménagement (débit du compte 668 « Autres charges financières » par le crédit du compte 796 « Transferts de charges financières »). L'indemnité ainsi comptabilisée fera l'objet d'une mention en annexe « engagements hors bilan » du compte financier. L'indemnité incluse dans les charges d'intérêt du nouvel emprunt est comptabilisée chaque année lors du paiement des intérêts : Débit du compte 66111 par le crédit du compte 4671 pour le montant des intérêts dus (y compris l'indemnité compensatrice). La part de l'indemnité remboursable au moyen des charges d'intérêt pour les exercices à venir doit être retracée dans l'annexe du compte financier, au titre des engagements hors bilan ».

L'hôpital devra, pour les éventuelles futures renégociations, se conformer à ces règles de transparence comptable et financière.

Recommandation n° 11 : Comptabiliser en charges toutes les soultes et indemnités de renégociation quel que soit le mode de règlement retenu.

En réponse aux observations de la chambre, l'ordonnateur a reconnu le manque de transparence concernant la partie de l'indemnité qui a été intégrée dans le taux d'intérêt mais l'a expliqué par l'absence de règles comptables applicables selon lui à l'époque des faits.

Si l'avis du CNoCP et l'instruction DGOS/DGFIP prise pour son application sont effectivement postérieurs à la renégociation de 2011, il convient toutefois de souligner que, contrairement à ce qu'affirme l'ordonnateur, la nomenclature comptable M21 a toujours prévu la comptabilisation d'une telle indemnité, qui constitue une charge. L'avis du CNoCP et l'instruction n'ont donc fait que rappeler une obligation que le CHIST n'a certes pas été le seul à ne pas appliquer, mais qui s'imposait déjà à lui en 2011.

La chambre prend cependant acte de l'engagement de l'hôpital de se conformer à l'avenir aux règles de transparence comptable.

4.2.4 Les autres opérations

Deux autres opérations sont intervenues en 2011 : l'une consiste en une renégociation proprement dite et l'autre en une opération d'échange de taux (swap), toutes deux visant à un passage en taux fixe.

4.2.4.1 La renégociation de l'emprunt indexé sur les taux d'intérêt du dollar américain

Cet emprunt souscrit en mars 2008 refinançait déjà huit emprunts classiques : six à taux fixe et deux à taux variable sans marge. L'indemnité de sortie s'était élevée à 581 764 € et avait été payée par intégration au capital à refinancer. En outre, une commission d'environ 19 000 € avait été réglée par l'hôpital lors de la première échéance du nouvel emprunt (25 juin 2008).

Le nouvel emprunt issu de la renégociation de 2008, portait sur un capital de 18,7 M€ et comprenait deux phases, la première, à taux fixe, et la deuxième avec un taux structuré¹¹⁰ pour une durée totale de 15 ans. Cet emprunt était classé hors charte car il n'intégrait pas moins de 6 options :

- Phase 1 : du 25 juin 2007 au 25 juin 2013 : taux fixe de 3,57 %
- Phase 2 : du 25 juin 2013 au 25 juin 2022 :

¹¹⁰ CFFBONIFIX LIBOR DOLLAR A LEVIER; 2^{ème} phase : TF bonifié de 3,57 % si tx LIBOR 12 mois USD <= 7 % sinon TF bonifié 3,57 % + 6 x (tx de ref LIBOR 12 mois USD -7 %).

- taux fixe de 3,57 % si le Libor USD 12 mois¹¹¹ est inférieur ou égal à 7 % (taux barrière) ;
- sinon, le taux payé est égal au taux de 3,57 % majoré de six fois l'écart par rapport à la barrière.

Il n'y a donc aucun plafond qui limite le risque. En revanche, en cas d'évolution favorable du Libor USD, il sera fait application d'un taux de 3,57 % qui est donc, de fait, un taux plancher.

Cet emprunt a fait l'objet d'une proposition de renégociation à l'initiative de la banque, début 2011. Le conseil financier de l'hôpital de l'époque a précisé à ce sujet que « *durant la consultation bancaire réalisée pour la souscription de nouveaux financements en mai 2011, la Caisse d'Epargne a conditionné son offre de financement à la sécurisation de l'emprunt structuré indexé sur le Libor Dollar* ».

Ces négociations, qui ont débuté en avril 2011, sont restées sans suite car l'hôpital n'a finalement pas souscrit de nouveau financement. Elles ont repris plusieurs mois plus tard et ont abouti à la signature le 9 septembre 2011 d'un contrat prévoyant le refinancement de la totalité du capital restant dû au titre du contrat précédent au 26 septembre 2011, soit 11,7 M€ sur toute la durée résiduelle (10 ans et 9 mois).

L'indemnité de remboursement anticipé a été fixée à 1 165 000 €. Elle a été intégrée dans le taux de l'emprunt de refinancement qui est un taux fixe porté à 4,46 % sur des échéances mensuelles.

Dans cette opération, le conseil de l'hôpital indique avoir « *accompagné le CHI lors de la préparation à la sécurisation de l'emprunt* » mais, ni la société de conseil, ni l'hôpital ne sont en mesure de produire d'éléments écrits, au motif que les échanges auraient eu lieu par téléphone, ce qui ne permet pas de savoir sur quels points cet avis a porté et si le conseil a validé le montant de l'indemnité demandée et ses conditions d'intégration dans le taux. De même, aucun document n'a été fourni par la banque indiquant le taux sans intégration de l'indemnité. Il est dès lors difficile de vérifier que la majoration de taux correspond bien à l'intégration de l'indemnité dont le paiement n'est retracé dans aucun document comptable et dont l'existence n'a pas été signalée aux instances de l'hôpital.

La chambre constate enfin que cet emprunt a été renégocié au prix du paiement d'une indemnité de plus d'un million d'euros alors que le niveau élevé de la barrière en faisait un produit peu risqué. De plus, la phase sécurisée courait encore jusqu'en 2013 et l'établissement n'avait plus besoin du nouveau financement.

Au final, il s'agit d'un emprunt dont le surcoût aura été de 1,765 M€¹¹² si l'on prend en compte les indemnités et commissions des deux renégociations de 2008 et 2011 auxquelles il a donné lieu.

4.2.4.2 Le swap taux variable contre taux fixe

Durant l'été 2011, l'hôpital a entamé des négociations pour une opération de swap (échange de taux) visant 70 % du capital restant dû d'un emprunt signé le 30 juin 2010 en taux variable (Euribor 3, 6 ou 12 mois + 0,39 %).

Le 29 août 2011, il a signé un contrat d'opération d'échange de taux d'intérêt pour 22,869 M€, sur la durée totale de l'emprunt sous-jacent sur 25 ans, soit jusqu'au 30 juin 2036, aux conditions suivantes : Euribor 3 mois contre taux fixe de 2,92 % en échéances trimestrielles (hors marge crédit).

Le taux final payé par l'hôpital est donc de 2,92 % majoré de la marge sur Euribor (0,39 %) soit au total 3,31 % en échéances trimestrielles. Cette opération se traduit pour l'hôpital, par un gain ou une perte qui est égal au différentiel entre l'Euribor 3 mois et le taux fixe. Depuis la mise en place du swap, cette différence est négative pour l'hôpital qui enregistre une perte d'environ 0,5 M€ par an constitutive du coût de la sécurisation à taux fixe.

¹¹¹ Taux interbancaire sur le marché de Londres des dépôts en dollar américain à 12 mois.

¹¹² Ce montant ne tient pas compte des intérêts générés par le paiement différé de ces indemnités.

Une fois de plus, l'établissement est dans l'incapacité de fournir l'avis de son conseil financier de l'époque. Celui-ci indique avoir été consulté mais ne pas avoir « *participé au top final de l'opération* ». L'offre de la banque était accompagnée de conseils et d'alternatives de couverture. Elle recommandait notamment de ne pas opter pour un refinancement immédiat en taux fixe et de protéger la durée réelle du risque (15 ans)¹¹³ et non la durée totale (25 ans), ce qui aurait effectivement permis à l'hôpital de profiter pendant quelques années des taux encore très bas et d'obtenir également, pour la suite, un taux fixe moins élevé. La chambre regrette donc, à nouveau, que cette opération ait été réalisée sans l'appui d'un conseil qualifié afin d'étudier l'ensemble des alternatives proposées, dans le cadre d'une stratégie globale.

Cette opération, qui présente un intérêt pour l'hôpital, puisqu'elle lui permet de se garantir contre une hausse future des taux, n'a donc pas été suffisamment optimisée.

4.3 En conclusion, une gestion critiquable de ces renégociations

4.3.1 Un recours insuffisant aux conseils extérieurs

L'ensemble des constats faits précédemment montre que la direction de l'hôpital a mis en place à compter de 2007 une gestion active de la dette engageant l'établissement sur des positions spéculatives à haut risque et pour des durées longues (jusqu'en 2043) afin de réaliser des gains financiers à très court terme. Ce constat caractérise une stratégie de fuite en avant.

Alors qu'elle en connaissait les risques, puisqu'elle avait reçu de son conseil de l'époque, plusieurs alertes mettant en garde contre la souscription des emprunts en question, la direction a tardé à prendre la mesure des enjeux. La plupart des renégociations ont par ailleurs été effectuées sans recours à l'assistance d'un conseil spécialisé puisque la direction n'avait opté que pour un contrat a minima consistant en un accès à une plateforme de gestion, et ce jusqu'en 2012. Il existe donc peu d'avis écrits des conseils sur les renégociations opérées et, lorsqu'il y en a, ceux-ci sont généralement de portée réduite.

Faute de s'en être donné les moyens, l'hôpital a géré les différentes renégociations au coup par coup, dans la précipitation et sans stratégie d'ensemble. Or bien souvent, les conditions financières des renégociations manquent de transparence et l'intérêt pour l'hôpital de les avoir conclues est loin d'être démontré.

4.3.2 Une information des instances de gouvernance et de tutelle peu transparente

Un manque de transparence apparaît également au travers des informations données aux instances de gouvernance et à la tutelle.

En 2008, le conseil d'administration n'a été informé, à l'occasion de la présentation de l'EPRD, que de la renégociation effectuée fin 2007 pour l'emprunt indexé sur le change EUR/CHF et de celles réalisées en mars 2008 pour l'emprunt indexé sur le change USD/YEN et l'emprunt indexé sur les taux d'intérêt du dollar américain. L'économie de frais financiers a été mise en avant par la direction mais les risques financiers ont alors été à peine mentionnés et l'indemnité de 0,6 M€ payée par intégration au capital pour l'emprunt indexé sur les taux d'intérêt du dollar américain n'a fait l'objet d'aucune information.

Les réaménagements d'août 2008, mars et juin 2009 n'ont, quant à eux, jamais été évoqués devant le conseil d'administration ou de surveillance. En outre, la gravité du surendettement de l'hôpital a été minimisée par la direction devant cette instance, tant en volume (capacité à rembourser la dette) qu'en termes de frais financiers, lesquels pèsent lourdement sur les capacités budgétaires de l'établissement.

¹¹³ En effet, sur l'emprunt concerné, les charges financières se répartissent dans le temps de la façon suivante : 55 % sont payées au bout de 10 ans et 80 % au bout de 15 ans.

Depuis 2009, il n'était certes plus obligatoire de présenter au conseil de surveillance la politique de gestion de la dette. Cependant, compte tenu de l'importance des enjeux liés à la dette en général et au CHITS en particulier, une telle présentation aurait été hautement souhaitable. L'ordonnateur a confirmé lors de l'instruction que « *la stratégie de gestion de dette n'a pas fait l'objet d'une présentation formelle en tant que telle aux instances de gouvernance* » mais qu'« *au travers des EPRD, des PGFP et des comptes financiers, les instances ont été régulièrement tenues informées des questions se rapportant aux nouveaux emprunts à contracter, aux renégociations d'emprunts et à l'évolution de la dette* ». La chambre constate que seules les présentations des EPRD 2012 et 2013 font état des renégociations et encore, de manière très partielle. La seule information donnée en 2012 concerne la part d'indemnité refinancée dans le capital emprunté pour l'emprunt indexé sur le change USD/YEN. Aucune information n'est donnée s'agissant de la sortie de l'emprunt indexé sur les taux d'intérêt du dollar américain, laquelle a pourtant donné lieu à une indemnité de 1,2 M€. En 2013, la présentation de l'EPRD fait état de négociations en cours sur l'emprunt indexé sur le change EUR/CHF, mais là encore, seule la part de l'indemnité devant être financée par intégration au capital restant dû est mentionnée, soit 4 M€. Aucune information n'est donnée sur le solde de 1,7 M€ qu'il était prévu de prendre en compte dans les nouvelles conditions de taux.

La gestion prudentielle de la dette a certes nécessairement un coût, mais dans le cas présent, il est particulièrement élevé et a donc été en grande partie occulté. Ainsi, sur l'ensemble des renégociations menées à leur terme, les instances de gouvernance n'ont été informées que d'un coût d'environ 5 M€ alors qu'il est en réalité d'environ 12 M€¹¹⁴.

Si l'hôpital affiche aujourd'hui une dette dont la part d'encours structuré a été significativement réduite, cette diminution a donc été obtenue au prix du paiement de plus de 12 M€ d'indemnités et soultes, et elle ne s'est pas pour autant accompagnée d'une réduction dans la même proportion du risque de hausse importante des frais financiers, qui pèse toujours sur l'établissement du fait de l'existence de l'emprunt indexé sur le cours de change EUR/CHF.

L'hôpital tente de relativiser les conséquences de la souscription d'emprunts structurés en soutenant que le taux actuariel de l'encours actuel ne serait pas sensiblement supérieur aux taux fixes en vigueur lors de la souscription des emprunts en octobre 2006. A supposer que les calculs sur lesquels reposent cette affirmation soient justes, ils prennent en tout état de cause comme point de départ un raisonnement qui n'est pas recevable, pour plusieurs raisons.

En premier lieu, les emprunts structurés n'étaient pas des financements nouveaux mais des refinancements d'emprunts existants conclus en 2006 qui étaient non pas à taux fixe mais pour la plupart indexés sur des taux variables avec des marges très faibles, voire pour certains sans marge¹¹⁵. En outre, la dette est aujourd'hui constituée en grande majorité d'emprunts contractés non pas en 2006 mais en 2010 et 2011 (respectivement 110 M€ et 35 M€) sur des taux variables Euribor avec marges de 0,39 % à 1,15 % ou fixes allant de 3,66 % à 3,92 %. La comparaison avec les taux qui prévalaient sur les marchés en 2006 et uniquement pour des taux fixes revient donc à mettre en regard des situations qui ne sont en rien comparables avec comme point de départ des hypothèses particulièrement réductrices.

En second lieu, le calcul proprement dit est biaisé par l'existence de refinancements d'indemnités de renégociation, qui ont été fréquents et pour des montants non négligeables. L'assiette de calcul est alors artificiellement gonflée par cette dette supplémentaire.

¹¹⁴ Comprenant 10,5 M€ pour la sortie de l'emprunt YEN USD et 1,165 M€ pour la sortie de l'emprunt Libor USD ; Si l'on y ajoute les indemnités payées en 2008 pour la mise en place de l'emprunt Libor USD, soit 0,6 M€, le coût des indemnités payées est de 12,3 M€.

5. ANNEXES

5.1 Synthèse des observations relatives aux 18 procédures examinées

Groupes de travail	Procédures ou instructions analysées	Commentaires
Achats et immobilisations	INS.ACHAT.001 Consultation	<p>L'instruction est rédigée par une attachée d'administration hospitalière (AAH).</p> <p>L'existence au sein de l'établissement d'une cellule des marchés influence sans doute la rédaction. Des délais sont par exemple précisés, ce que l'on ne retrouve pas dans toutes les procédures ou instructions pour lesquelles ce serait pertinent (ex : délai de paiement). Des vérifications sont incluses à certaines étapes mais elles décrivent l'organisation existante et non véritablement les risques identifiés. Il est ainsi prévu une vérification par la cellule des marchés du dossier de consultation qui existe vraisemblablement aujourd'hui. En revanche, rien n'est décrit concernant la date d'expiration du marché qui est éventuellement à renouveler. Il est juste indiqué que la réunion de cadrage a lieu "12 mois avant l'expiration du marché précédent ou le début du besoin".</p> <p>A l'étape 3 de l'instruction (contractualisation) est prévu le changement de titulaire sans que la façon de procéder ne soit décrite. L'instruction mérite d'être précisée et les risques plus explicitement décrits ainsi que les mesures prises pour les maîtriser.</p>
	INS.ACHAT.007 Saisie Hexagone bon de commande	<p>L'instruction est rédigée par un adjoint administratif.</p> <p>Elle consiste essentiellement en une succession de copies d'écran. Des points de vérification sont signalés mais pas le risque associé et la façon de le maîtriser (ex : il est indiqué de vérifier l'identité du fournisseur mais rien n'est ajouté dans l'hypothèse où un problème surviendrait à ce niveau. Le cas de figure n'aurait rien d'exceptionnel sauf à ce que le fichier fournisseur soit exempt de tout doublon).</p>
	INS.ACHAT.012 Réception pièces justificatives et contrôle service fait	<p>La procédure fait référence aux textes sur les délais de paiement, aux pièces justificatives puis décrit les tâches à réaliser sans préciser comment maîtriser le risque de non-respect des délais. La procédure indique que le document doit être signé par une personne habilitée à attester du service fait, identifie qu'une signature par une personne non habilitée est une non-conformité à traiter en renvoyant à une autre procédure qui ne prévoit pas ce cas.</p>
	INS.ACHAT.021 Modification des commandes par l'UCP	<p>L'instruction est rédigée par un adjoint des cadres hospitalier. Elle consiste en une succession de logigrammes. La notion de risque n'apparaît pas et le niveau de description serait parfois utilement plus précis. Ex : l'instruction inclut les commandes imprévues sans grande précision ni aucun risque identifié : la demande de commande urgente donne lieu à la création de la commande sans que soit précisé comment est transmise l'information, si une contrainte horaire existe, les solutions dégradées en cas de problème pour transmettre la commande, ...</p>
	PRO.ACHAT Réception de biens	<p>La procédure est rédigée par un AAH. Elle se présente sous la forme d'un logigramme complété par un tableau listant les lieux de livraison et les personnes habilitées à certifier le service fait. Cette liste est relativement étendue et non nominative. Indépendamment du fait qu'il serait utile de savoir comment il est possible de s'assurer que cette version est à jour, le nombre de personnes susceptibles de réceptionner des biens fait apparaître un risque de non maîtrise de la réception.</p>
	PRO.ACHAT Liquidation - section d'exploitation	<p>La procédure est rédigée par un adjoint des cadres administratif. Elle intègre le nécessaire respect du délai global de paiement (25 jours sont réservés à la liquidation) sans toutefois prévoir le risque de non-respect et les moyens de le maîtriser.</p>
	INS.ACHAT.015 Traitement factures/acomptes de classe 2	<p>L'instruction est rédigée conjointement par un ingénieur et un attaché d'administration hospitalière. Elle comprend les différents documents nécessaires à sa mise en œuvre ainsi qu'une check-list des points de contrôle de la facture. La notion de délai global de paiement n'est pas reprise dans ce document.</p>

Recettes	Facturation forfait technique libéral	La procédure est rédigée par l'un des stagiaires. Elle se présente sous la forme d'un logigramme et renvoie sur certains points à d'autres supports dont un concernant les critères de facturation, modification, annulation. Ce document liste les points de contrôle sans indiquer les modalités de contrôle, les risques associés (ex : contrôle de l'adresse du patient, contrôle du nom du praticien, ...).
	Soins urgents non bénéficiaires AME	Le statut du document n'est pas précisé mais il s'agit uniquement d'une description de ce que recouvrent les soins urgents. La procédure sera à rédiger.
	Procédure régies	La procédure est rédigée par l'un des stagiaires. Elle se présente sous la forme d'une série de copies d'écran complétées par quelques commentaires incluant les étapes de vérifications. Il n'y a pas de risque identifié et traité comme la discordance entre les documents ou les montants, l'égarement d'un règlement, ...
	IVG sur mineure sans consentement	La procédure est rédigée par l'un des stagiaires. Il s'agit d'un logigramme succinct qui ne comprend pas certaines précisions tenant notamment à l'accompagnant majeur : les points de vérification, la traçabilité s'il y a lieu de l'accompagnement, ... Le risque comptable n'est en l'espèce pas le plus significatif.
	Parcours de soins	La procédure est rédigée par un adjoint des cadres hospitalier. Elle précise les différents cas de figure justifiant l'inscription ou non dans le parcours de soins mais sans préciser les moyens de vérifier la situation dans laquelle se trouve le patient, la conduite à tenir vis-à-vis de ce dernier.
Ressources Humaines	Lancement paye à blanc (IIC)	Les mêmes remarques s'appliquent aux trois procédures examinées. Les noms des rédacteurs sont absents sauf pour le personnel médical. Les procédures incluent des points de contrôles qui sont listés, renvoient à la matrice des risques (présentant certains risques de façon trop globalisée) et prévoient les corrections en cas d'anomalie.
	Intégration de la mise à jour	
	Intégration éléments de paye	
Finances	Procédure de rejet, réduction, annulation de mandats	Le nom du rédacteur ne figure pas dans la procédure. Elle correspond à une succession de copies d'écran. Elle n'intègre aucun risque et peu de contrôles, pas de notion de délai, de modalité de suivi.
	Traitement et mise en facturation des recettes diverses	Le rédacteur est l'un des stagiaires de l'IAE. La procédure se présente sous la forme de logigrammes. Ces derniers incluent des points de contrôle mais sans préciser ce que l'on contrôle et sans alternative après le contrôle : la mise en œuvre de la procédure se poursuit systématiquement.
	Choix de l'organisme bancaire et contractualisation	Le rédacteur est l'un des stagiaires de l'IAE. La procédure prévoit des points de contrôle avec plusieurs possibilités à l'issue du contrôle. Certains points demeurent à préciser car risqués : il n'est pas prévu de validation du cahier des charges au terme de sa rédaction ...

Source : CRC

5.2 Produits et charges rattachés (2010-2013)

En €	2010	2011	2012	2013
Produits rattachés				
418 : redevables - produits à recevoir	12 399 596,00	12 187 799,00	0	48 495,00
4287 : personnel - produits à recevoir	90 608,61	11 166,60	0	non ouvert
4387 : organismes sociaux - produits à recevoir	non ouvert	non ouvert	non ouvert	non ouvert
4487 : Etat - produits à recevoir	non ouvert	non ouvert	non ouvert	138 600,00
Charges rattachées				
408 : factures non parvenues	1 756 871,37	1 768 964,43	2 488 562,17	2 814 430,97
4281 : perso charges à payer : Prime de service	1 220 762,07	1 321 987,22	1 253 872,00	1 857 956,48
4286 : perso autres charges à payer	9 000,00	54 180,89	0	non ouvert
4386 : sécu charges à payer	28 000,00	55 729,35	900,00	40 351,66
4486 : État charges à payer	213 063,57	39 651,88	76 837,41	111 500,00

Source : comptes financiers 2010 – 2013

5.3 Evolution des durées d'amortissement (2010 – 2013)

	Durées CH				M 21	
	2010	2011	2012	2013	En années	En %
Bâtiments	30 ans	30 ou 50 ans (nouvel hôpital)	30 ou 50 ans	30 ou 50 ans	20 ou 30 ans	3,33 à 5%
Matériel	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	7 à 10 ans	10 à 15 %
Matériel biomédical	7 ans	7 ans	7 ans	7 ans	4 à 5 ans	20 à 25 %
Matériel informatique	5 ans	4 ou 8 ans	4 ou 8 ans	4 ou 8 ans	2 à 3 ans	33,33 à 50 %
Outillage	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	5 à 10 ans	10 à 20 %
Automobiles et matériel roulant	5 ans	5 ans	10 ans	10 ans	4 à 5 ans	20 à 25 %
Mobilier	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	10 %
Matériel de bureau	10 ans	10 ans	10 ans	10 ans	5 à 10 ans	10 à 20 %
Agencements et installations	10 ans	10 ou 25 ans	10 ou 25 ans	10 ou 25 ans	10 à 20 ans	5 à 10 %
Logiciels	5 ans	4 ou 8 ans	4 ou 8 ans	4 ou 8 ans	2 à 3 ans	33,33 à 50 %

Sources : Comptes financiers 2009 à 2013 et instruction budgétaire et comptable M. 21 (page 393)

5.4 Délai moyen de recouvrement des créances sur patients/mutuelles

Etablissement						Région 2013		Catégorie 2013		Typologie 2013	
2008	2009	2010	2011	2012	2013	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
182	158,5	107,4	134,2	160	147,2	102,5	230,7	96,8	184,3	121,7	155,5

Source : Hospidiag¹¹⁶ : Créances patients et mutuelles non recouvrées en nombre de jours d'exploitation

¹¹⁶ Le ratio F11 apprécie le risque d'impayés. « Un ratio inférieur à 90 jours est généralement observé ; une valeur inférieure est préférable. Au-delà de 120 jours, la situation est préoccupante ».

5.5 Produits bruts d'exploitation (2010 – 2013)

Soldes	2010	2011	2012	2013
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	133 125 547	131 220 626	139 348 954	152 557 804
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	0	0	0	0
..Sous-total MCO & HAD (A + B)	133 125 547	131 220 626	139 348 954	152 557 804
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	23 235 467	24 292 675	24 307 647	28 421 183
..Sous-total variable selon l'activité (A + C)	156 361 014	155 513 301	163 656 601	180 978 987
MIGAC	30 311 971	33 055 347	28 480 147	25 512 798
Forfaits annuels	4 213 762	4 213 762	4 392 151	4 748 258
Dotation annuelle de financement (DAF)	40 770 754	43 230 058	42 941 838	44 629 259
Produits afférents aux soins (CRA)	2 963 578	3 053 870	3 039 286	3 081 231
Produits afférents à la dépendance	882 146	905 481	951 307	964 130
Produits de l'hébergement	2 639 986	2 764 137	2 718 035	2 671 763
Autres produits de tarification des CRA	405 291	591 177	565 174	501 989
Ventes de marchandises	6 861 839	7 384 421	8 370 312	8 758 946
Autres produits	944 905	1 970 634	2 573 242	3 427 210
Produits bruts d'exploitation	246 355 246	252 682 188	257 688 093	275 274 571

Source : Rapport du comptable 2013

5.6 Indicateurs liés à la politique d'investissement du CHITS (2009 – 2012)

	Etablissement				Région 2012		Catégorie 2012		Typologie 2012	
	2009	2010	2011	2012	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Intensité de l'investissement	36.6	32	30.2	15.9	1.8	9.4	2.5	11.2	3.6	6.3
Taux de vétusté des équipements	80.4	75.4	66.3	51.8	69	86.6	70.8	83.4	70.7	78.4
Taux de vétusté des bâtiments	61.4	62.3	19.4	20.4	30.7	67.1	33.8	58.9	34.9	47.9

Source : Hospidiag

5.7 Ecarts entre l'estimation de France Domaine et les imputations comptables

	Estimation des Domaines	Montant imputé sur le compte 775	Montant imputé sur le compte 675
Réal Martin	6 688 000	4 000 000	0
Font Pré	24 000 000	16 000 000	Font Pré TPM et 1 ^{ère} tranche Chalucet : 10 070 000 €
Font Pré (parcelle TPM)	5 300 000	5 300 000	Font Pré et 2 ^{ème} tranche Chalucet : 19 089 946 €*
Chalucet	9 500 000	9 500 000	
TOTAL	45 488 000	34 800 000	29 159 946

Source : EPRD et PGFP 2012 – Rapport du Directeur

* Sur la base d'une cession à hauteur de 15 500 000 € de Font Pré à Bouygues

5.8 Années de cession prévisionnelles (EPRD 2012 et 2013)

EPRD 2012			
	2012	2013	2014
Réal Martin	4 000 000		
Font Pré		8 000 000	8 000 000
Font Pré (parcelle TPM)	5 300 000		
Chalucet	7 765 000	1 735 000	
TOTAL	17 065 000	9 735 000	8 000 000

Source : EPRD et PGFP 2012 – Rapport du Directeur

EPRD 2013				
	2012	2013	2014	2015
Réal Martin			4 000 000	
Font Pré			7 000 000	8 500 000
Font Pré (parcelle TPM)		5 300 000		
Chalucet	7 765 000		1 735 000	
TOTAL	7 765 000	5 300 000	12 735 000	8 500 000

Source : EPRD et PGFP 2013 – Rapport du Directeur

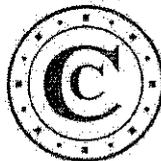
5.9 Evolution des charges d'emprunt (2008-2013)

budget principal	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Evo. en %
cpte 661 intérêts	1 440 420	2 417 657	4 042 588	5 780 464	8 116 668	9 328 187	
cpte 668 autres charges (indemnité rené+SWAP)	581 764	0	0	79 197	490 223	587 145	
cpte 68620 étalement indemnité rené.	0	0	0	0	155 242	169 355	
total charges emprunt hors indemnité rené.	1 440 420	2 417 657	4 042 588	5 859 661	8 606 891	9 915 332	588,36 %
total charges emprunt avec indemnité rené.	2 022 183	2 417 657	4 042 588	5 859 661	8 762 133	10 084 687	398,70 %
titre 4	24 587 250	28 987 050	28 737 678	28 572 232	42 033 046	41 585 101	69,13 %
poids charges dette hors indemnité rené/titre 4	5,86 %	8,34 %	14,07 %	20,51 %	20,48 %	23,84 %	
poids charges dette avec indemnité rené/titre 4	8,22 %	8,34 %	14,07 %	20,51 %	20,85 %	24,25 %	
total budget H	240 033 952	248 604 276	256 162 339	260 922 804	292 116 070	302 488 299	26,02 %
poids charges dette hors indemnité rené/total	0,60 %	0,97 %	1,58 %	2,25 %	2,95 %	3,28 %	
poids charges dette avec indemnité rené/total	0,84 %	0,97 %	1,58 %	2,25 %	3,00 %	3,33 %	

Source : Comptes financiers retraités CRC

Chambre régionale
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Le Président

Marseille, le 10 SEP. 2015

Référence à rappeler : Greffe/BM/VB n° 2394
Recommandée AR n° 2008672751258

Monsieur le Directeur,

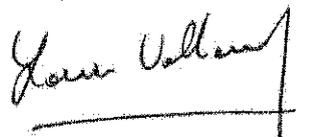
Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer à compter de l'exercice 2008.

Ce rapport accompagné de la réponse jointe devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à cette instance dès sa plus proche réunion. Conformément à la loi, l'ensemble doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

Après cette date, ce document deviendra communicable et sera mis en ligne sur le site des juridictions financières (www.ccomptes.fr).

Je vous précise qu'en application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations définitives est transmise au préfet, au directeur général de l'Agence régionale de santé et au directeur départemental des finances publiques du département du Var.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.


Louis VALLERNAUD

Monsieur Michel PERROT
Directeur du centre hospitalier
intercommunal de Toulon-La Seyne-sur-Mer
54, rue Henri Sainte Claire Deville
CS 31412
83056 TOULON Cedex