



Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER MÉMORIAL FRANCE – ÉTATS-UNIS DE SAINT-LÔ

(Manche)

Exercices 2011 et suivants

Observations délibérées le 18 janvier 2017

SOMMAIRE

SYNTHESE	1
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS	1
OBLIGATIONS DE FAIRE	2
I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE	2
II - L'ENVIRONNEMENT ET L'ACTIVITÉ	3
A - L'établissement dans son environnement	3
1 - Le découpage sanitaire territorial	3
2 - L'hôpital Mémorial de Saint-Lô	4
3 - Les actions de coopération externes	5
B - Les indicateurs d'activité	6
1 - La zone d'attractivité.....	6
2 - Les évolutions par secteur d'activité.....	7
III - LE PILOTAGE	9
A - Les démarches stratégiques	9
1 - La contractualisation avec l'ARS	9
2 - Les projets d'établissement	10
3 - Le plan de retour à l'équilibre 2013-2015	10
B - La gouvernance interne	11
1 - Le pilotage médico-économique.....	11
2 - Le pilotage des ressources humaines	13
IV - LA SITUATION FINANCIÈRE	15
A - La qualité des comptes	15
1 - La tenue de l'inventaire	16
2 - Divers provisionnements	16
B - L'exécution budgétaire	17
1 - Le fonctionnement.....	18
2 - L'investissement et l'endettement	24
3 - Les indicateurs financiers	25
ANNEXE	27
GLOSSAIRE	28

SYNTHESE

Le centre hospitalier (CH) de Saint-Lô est situé dans le centre du département de la Manche, en région Normandie. Etablissement de recours, il dispose, au 31 décembre 2015, de 520 lits et places, dont 327 en court séjour.

Son aire géographique de recrutement, d'environ 190 000 habitants, reste de faible taille et épouse les deux arrondissements de Saint-Lô et de Coutances. Elle est marquée par une forte concurrence de la part des établissements privés. Les parts de recrutement de l'établissement se sont ainsi effritées jusqu'en 2014, particulièrement en chirurgie où elles sont très faibles.

Si, entre 2011 et 2015, l'activité du centre hospitalier a globalement progressé de 13,30 % en volume, le principal facteur en a été l'évolution de l'activité de séances de dialyse et de chimiothérapie (+ 26,90 %). Sur la même période, les activités d'hospitalisation complète et d'hospitalisation à temps partiel n'ont progressé, respectivement, que de 4,18 % et 8,31 %.

Malgré des progrès notables, et en dépit des révisions capacitaires déjà mises en œuvre, les taux d'occupation et les durées moyennes de séjour peuvent encore progresser.

Au chapitre du management, l'établissement a optimisé son organisation, particulièrement depuis la mise en place du plan de retour à l'équilibre en 2013.

Les comptes produits n'appellent pas d'observations autres qu'une nécessaire actualisation de l'inventaire et divers ajustements de dotations aux comptes de provisions.

Sur le plan financier, de 2011 à 2014, les comptes du centre hospitalier de Saint-Lô ont été déficitaires sous l'effet d'une dérive des dépenses. En parallèle, les forts investissements antérieurs à la période sous revue, principalement financés par emprunt, l'ont fortement endetté. Pour redresser ses comptes, l'établissement s'est donc engagé dans un plan de retour à l'équilibre sur la période 2013-2015.

Ses résultats définitifs sont en-deçà des prévisions, tant en termes d'évolution des dépenses de personnel que des effectifs. Les dépenses de personnel ont continué de progresser, quand bien même le rythme se ralentit depuis 2013. Cette catégorie de dépenses reste le point de fragilité de l'établissement.

C'est principalement grâce à la progression des recettes qu'en 2015 l'établissement a pu retrouver un équilibre comptable. Or le maintien du haut niveau de recettes d'activité de fin de période n'est pas garanti sur les années à venir. De plus, malgré une décade récente, le niveau d'endettement handicape l'établissement dans sa capacité à investir. Ainsi, la situation budgétaire, revenue à l'équilibre, comme la situation financière restent fragiles.

Tant la maîtrise des dépenses de personnel que le désendettement demandent à être poursuivis. Ces points conditionnent la capacité de l'établissement à investir sur l'avenir.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Clore le travail en cours d'actualisation et de mise en place d'un suivi du dispositif conventionnel.
2. Actualiser l'inventaire de l'actif.
3. Mettre en place une stratégie permettant une reconquête de parts de recrutement en chirurgie.

4. Poursuivre les actions de maîtrise des dépenses de personnel.
5. Parachever la mise en conformité de l'organisation médicale aux dispositions réglementaires en vigueur (application stricte de la réglementation dans l'indemnisation des astreintes, exhaustivité des contrats individuels de temps de travail additionnel).
6. Poursuivre la politique de désendettement.

OBLIGATIONS DE FAIRE

7. Valoriser les avantages en nature octroyés aux médecins intérimaires dans le cadre de leurs contrats de travail.

I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier Mémorial France – Etats-Unis de Saint-Lô, à compter de 2011. Par lettre du 27 avril 2016, le président de la chambre en a informé M. Thierry Lugbull, ordonnateur en fonctions. L'entretien de fin de contrôle a été conduit le 1^{er} septembre 2016.

L'examen de la gestion s'est centré sur trois dimensions : les déterminants de l'activité, le pilotage et la situation financière.

Lors de sa séance du 15 septembre 2016, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à l'ordonnateur en fonctions et à la directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS), le 27 septembre 2016.

Le directeur en fonctions a fait parvenir sa réponse, en date du 15 novembre 2016 (enregistrée au greffe le 28 novembre 2016). Des éléments complémentaires ont été fournis le 30 novembre 2016 (enregistrés au greffe le 1^{er} décembre 2016), le 9 décembre 2016 (enregistrés au greffe le 12 décembre 2016) et le 16 décembre 2016 (enregistrés au greffe le même jour). L'ARS n'a pas transmis de réponse.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a arrêté, le 18 janvier 2017, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué le 16 février 2017 au directeur en fonctions. Ce rapport, auquel est jointe la copie de la réponse de M. Thierry Lugbull, enregistrée au greffe de la chambre le 16 mars 2017, devra être communiqué à l'assemblée délibérante du centre hospitalier Mémorial France – Etats-Unis de Saint-Lô.

En effet, en application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, ce document devra être communiqué à l'assemblée délibérante de votre établissement dès sa plus proche réunion. La loi précise que ce rapport « *fait l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de l'assemblée délibérante ; il est joint à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donne lieu à un débat.* »

L'article R. 241-18 du même code dispose également qu' « *à réception du rapport d'observations définitives, la collectivité ou l'établissement public concerné fait connaître à la chambre régionale des comptes la date de la plus proche réunion de l'assemblée délibérante ou de l'organe collégial de décision et communique, en temps utile, copie de son ordre du jour.* »

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

II - L'ENVIRONNEMENT ET L'ACTIVITÉ

L'appréciation de la chambre s'est fondée, d'une part, sur une étude du positionnement de l'établissement dans son environnement, d'autre part, sur une analyse de son activité.

A - L'établissement dans son environnement

1 - Le découpage sanitaire territorial

Avant constitution de la région Normandie au 1^{er} janvier 2016, la Basse-Normandie constituait la 17^{ème} région en termes de population (1 480 000 habitants en 2014) et de niveau de PIB.

Le département de la Manche¹ a vu sa population passer de 495 153 habitants en 2007 à 499 340 en 2012, soit une légère progression annuelle, sous le seul effet de la progression des habitants des tranches d'âge supérieures à 60 ans. Son taux de natalité est, en revanche, en décroissance continue depuis 1975 (16,7/000 en 1975 ; 10,6 /000 en 2012).

Selon les dernières statistiques disponibles (INSEE au 1^{er} janvier 2014), le département de la Manche comptait 499 860 habitants, soit 0,78 % de la population française métropolitaine (63 920 247), 15 % de celle de la Normandie (3 330 120) et 33,8 % de la population de l'ancienne région Basse-Normandie (1 478 211).

Au plan de l'organisation sanitaire, les territoires de santé de l'ancienne région Basse-Normandie sont passés de sept (deuxième schéma régional d'organisation sanitaire) à cinq (troisième schéma régional), puis à trois dans l'actuel schéma 2013-2018, avec un découpage calqué sur les départements bas-normands.

Pour la majorité des activités de soins, le schéma régional en vigueur distingue deux niveaux d'offre : le niveau de proximité et le niveau de recours² intermédiaire. En termes d'offre de soins, le schéma d'organisation sanitaire en vigueur met notamment l'accent sur la spécificité « *d'un nombre de plateaux de chirurgie important (25) avec une activité dans l'ensemble moyenne ou faible et en baisse.* »

Le territoire de santé de la Manche comprend trois principales zones géographiques : le Cotentin, le centre Manche et le sud Manche.

La population du territoire de centre Manche - zone de rattachement du CH de Saint-Lô – est d'environ 194 000 habitants (arrondissements de Saint-Lô et de Coutances), hors période estivale. Ce territoire souffre d'une démographie médicale fragile mais bénéficie toutefois d'un positionnement central au sein du département et reste relativement peu éloigné du CHU de Caen.

A l'identique de cinq³ autres établissements de l'ancienne région Basse-Normandie, le CH de Saint-Lô a été érigé en hôpital dit « *de recours* ».

Des établissements du secteur privé sont également présents sur sa zone d'influence : la polyclinique de la Manche (à Saint-Lô) et la clinique Henri Guillard (à Coutances). Un établissement psychiatrique privé (Fondation Bon Sauveur) y est par ailleurs implanté.

¹ Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) 2014, département de la Manche – chiffres clés et évolution de la structure de la population.

² Le niveau de recours est défini par rapport à un plateau technique spécialisé, accessible 24 heures sur 24 dans les spécialités chirurgicales, l'obstétrique et l'imagerie. Ce plateau est accessible à l'ensemble des patients du territoire de santé.

³ CHU de Caen, CH du Cotentin, CH d'Avranches-Granville, CH d'Alençon et CH de Flers.

La récente loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé met désormais en place une organisation obligatoire en groupements hospitaliers de territoire (GHT) : « I- *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins régionale, adhère à un groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale. II. - Le groupement a pour objet de permettre à ses membres la mise en œuvre d'une stratégie commune. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Chaque groupement élabore un projet médical commun à l'ensemble de ses membres. »*

La directrice générale de l'agence régionale de santé (ARS) a arrêté, le 1^{er} juillet 2016, dans le département de la Manche, un découpage en trois GHT de taille réduite, dont l'un dans le centre Manche (GHT du centre Manche), associant les CH de Saint-Lô (établissement-support), de Carentan et de Coutances.

2 - L'hôpital Mémorial de Saint-Lô

a - La reconstruction de l'après seconde guerre mondiale

Au cours de la seconde guerre mondiale, l'hôpital de Saint-Lô a été détruit dans la nuit du 6 au 7 juin 1944. Sur la période s'étalant de 1945 à 1956, la Croix-Rouge irlandaise a offert son aide et a créé un hôpital provisoire, en fonctionnement jusqu'en 1956.

En octobre 1946, le ministère de la santé a reconnu la nécessité de doter la ville d'un nouvel établissement d'environ 400 lits pour la construction duquel les Etats-Unis ont proposé leur aide. Après le conflit, une souscription privée fut lancée à travers l'organisation humanitaire « American Aid to France ». La construction s'est étalée sur huit ans, à compter de 1948.

L'établissement, inauguré le 10 mai 1956, a pris le nom d'hôpital Mémorial en remerciement au peuple américain pour sa contribution à la libération de la ville. L'hôpital est aujourd'hui jumelé avec le Carillon Memorial Hospital de Roanoke en Virginie.

En 2008, il a été classé au titre des monuments historiques pour les façades et toitures d'origine, le hall d'entrée, les deux couloirs de circulation avec les patios intérieurs, la salle d'opération ovoïde du premier étage, la mosaïque de Fernand Léger et les façades et toitures du pavillon d'entrée.

b - Le mécénat

Une fondation américaine, la « French Heritage Society » – plus particulièrement investie sur l'entretien et la restauration du patrimoine – a octroyé, en 2015, une subvention de 20 000 dollars, non encore encaissée. Elle doit contribuer, pour partie, à la restauration de la fresque de Fernand Léger qui orne l'entrée du bâtiment. L'Etat et le département participent également au financement de cette restauration.

Par ailleurs, un fonds de dotation (structure permettant de recevoir des dons des particuliers et des entreprises) a été créé⁴. Dénommé « Fonds de dotation Hôpital Mémorial, une nouvelle ère pour le patient », ses statuts ont été déposés à la préfecture de la Manche dans le but de collecter des dons en France et/ou à l'étranger. L'établissement en a informé son conseil de surveillance en date du 12 juin 2013.

⁴ Les fonds de dotation ont été créés en 2008. L'article 140 de la loi n° 2008-776 du 4 août 2008 dispose que : « *Le fonds de dotation est une personne morale de droit privé à but non lucratif qui reçoit et gère, en les capitalisant, des biens et droits de toute nature qui lui sont apportés à titre gratuit et irrévocable et utilise les revenus de la capitalisation en vue de la réalisation d'une œuvre ou d'une mission d'intérêt général ou les redistribue pour assister une personne morale à but non lucratif dans l'accomplissement de ses œuvres et de ses missions d'intérêt général.* »

Hormis le siège social du fonds situé au sein du CH Mémorial, aucune interférence entre l'hôpital et le fonds de dotation n'a été constatée à ce jour. En particulier, aucun mouvement ou flux financier entre le fonds de dotation et le centre hospitalier Mémorial n'est, pour l'instant, intervenu.

Les dons faits au fonds de dotation visent à financer divers projets d'investissement de modernisation de l'hôpital.

La gouvernance du fonds de dotation est assurée par un conseil d'administration, un bureau et un comité consultatif d'investissement. La chambre rappelle qu'il reviendra au conseil d'administration de délibérer sur l'utilisation des fonds et de définir l'affectation des ressources.

c - L'offre de soins

Au 31 décembre 2015, l'appareil capacitaire se monte à 520 lits et places, dont 327 lits en MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Le capacitaire de MCO se ventile entre 215 lits et places de médecine, 83 de chirurgie et 29 d'obstétrique.

Entre 2011 et 2015, si la capacité en lits de MCO s'est réduite de 27 lits (dont 23 en chirurgie, 7 en en obstétrique et, en contrepartie, une progression de 3 en médecine), en contrepoint, les places d'ambulatoire ont progressé de 15.

Par ailleurs, l'établissement comporte 45 lits en hospitalisation à domicile, 30 lits en soins de suite et de réadaptation (SSR), 60 lits d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 35 lits d'unité de soins de longue durée (USLD).

Enfin, il dispose d'un plateau médicotechnique complet avec un bloc opératoire constitué de huit salles d'opération, d'une salle de réveil, d'un bloc obstétrical doté de quatre salles de naissance, d'un service d'imagerie médicale avec IRM et scanner, d'un laboratoire de biochimie, hématologie et bactériologie, d'une pharmacie à usage intérieur et d'un service d'urgences-SAMU-SMUR et de coordination du centre 15 pour le département de la Manche.

3 - Les actions de coopération externes

L'établissement fonctionne en direction commune avec le CH de Coutances depuis 1996, une réflexion sur l'opportunité d'une fusion étant actuellement en cours.

Avec les CH de Coutances et de Carentan, le centre hospitalier de Saint-Lô a constitué, le 17 décembre 2011, la communauté hospitalière de territoire (CHT) du Centre Manche, dont le siège est situé à Saint-Lô. Cette CHT s'est transformée, au 1^{er} juillet 2016, en groupement hospitalier de territoire (GHT) du Centre Manche.

L'établissement a vocation à assurer, pour le compte des établissements membres du groupement, les quatre fonctions-socles mutualisées (information médicale, politique achat, système d'information et coordination des écoles).

En complément de la CHT précitée, des conventions ont été conclues avec divers établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD) pour y organiser l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs et de l'hospitalisation à domicile (HAD) de l'établissement.

Le centre hospitalier est également membre du groupement d'intérêt public (GIP) « Restauration centre Manche » avec la ville de Saint-Lô et le CH de Coutances. Cette structure fournit les repas pour ses trois membres, ainsi qu'à plusieurs EHPAD et au service départemental d'incendie et de secours (SDIS) de Saint-Lô.

Depuis sa création en 2009, il est aussi membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) « Télésanté Basse-Normandie ».

Enfin, l'établissement a noué de nombreuses conventions avec des établissements de santé publics et privés, médico-sociaux et diverses institutions du champ de la santé.

Le recensement des diverses conventions reste sommaire et leur suivi n'est pas organisé tant au plan administratif (durée, renouvellement, évaluation...) que financier. Pour y remédier, l'établissement travaille à la mise en place, à brève échéance, d'un tableau de bord de suivi de son dispositif conventionnel.

La chambre invite également l'établissement à adapter ce dispositif conventionnel aux réorganisations territoriales en cours et préconisations de l'ARS.

B - Les indicateurs d'activité

1 - La zone d'attractivité

Deux composantes du recrutement de la patientèle de l'établissement sont analysées ci-après – les taux de fuite et les parts de recrutement – jusqu'en 2014, dernière année disponible.

Le taux de fuite global des patients en hospitalisation du département de la Manche reste contenu et stable (2012 : 21 %, 2013 : 21 % et 2014 : 21 %)⁵. Sur ce dernier exercice, il est de 18 % en médecine, 34 % en chirurgie et 3 % en obstétrique.

La zone d'attractivité de l'établissement, définie comme l'aire géographique où il réalise 80 % de son activité, est principalement issue des agglomérations et zones d'influence des villes de Saint-Lô et de Coutances, comme indiqué précédemment.

La part de recrutement globale de l'établissement, sur sa zone d'attractivité, a diminué au cours de la période, pour se stabiliser à un peu plus de 35 % en 2015.

Ce repli a affecté les trois grandes disciplines de court séjour.

En médecine, sur l'ensemble de sa zone d'attractivité, la part de recrutement du centre hospitalier est de 44,4 % en 2015 (contre 47,2 % en 2011). L'établissement est principalement concurrencé d'abord par le CH de Coutances, puis par les cliniques de Saint-Lô et de Coutances, et par le CHU de Caen.

Même si certaines spécialités chirurgicales progressent (chirurgie digestive haute, gynécologie-sein...), d'autres diminuent (tissu cutané et sous-cutané, orthopédie...), de sorte que la part globale de recrutement de l'établissement en chirurgie est très faible, en dessous de 20 % en 2015 (contre 23,40 % en 2011). L'exercice de la chirurgie intervient dans un contexte concurrentiel fort (principalement cliniques de Saint-Lô et de Coutances) et en l'absence, au sein de l'hôpital, de deux spécialités chirurgicales à fort recrutement de patientèle (urologie et ophtalmologie).

En obstétrique, la part de recrutement du centre hospitalier est de 56,8 % en 2015, en régression constante depuis 2011 (62 %). L'activité d'obstétrique devrait néanmoins, pour l'avenir, évoluer dans sa répartition entre opérateurs depuis la fermeture récente (29 février 2016) de la maternité de la clinique de Coutances.

De ce qui précède, le défi d'avenir majeur pour l'établissement réside dans la reconquête de parts de recrutement en chirurgie.

⁵ Selon les données de la banque de données hospitalière de France.

2 - Les évolutions par secteur d'activité

a - En court séjour

Globalement, entre 2011 et 2015, l'activité de court séjour du Mémorial – mesurée en nombre de séjours – a connu une dynamique de croissance de 13,3 %.

Cette progression a été tirée principalement par la forte évolution de l'activité de séances (+ 26,90 %) et, secondairement, par celle d'hospitalisation à temps partiel (+ 8,31 %). L'activité d'hospitalisation complète n'a progressé que de 4,18 %.

L'hospitalisation à temps complet a, en particulier, connu une forte décélération en 2013 (- 2,75 % par rapport à 2012), avant de remonter significativement en 2014 (+ 1,64 %) et revenir, en 2015, à son niveau de l'année 2012. La progression de l'hospitalisation à temps partiel se tasse en fin de période (de 6,14 % en 2013 à 3,80 % en 2015).

Durant cette même période, les adaptations capacitaires ont permis d'améliorer globalement les taux d'occupation des différentes disciplines. En dépit de leurs progressions, les taux recèlent encore des perspectives d'optimisation. Ainsi en est-il en chirurgie (taux d'occupation ayant évolué de 66,92 % en 2011 à 74,65 % en 2015) et en gynécologie-obstétrique (de 60,14 % en 2011 à 72,14 % en 2015). Pour y parvenir, l'établissement se donne notamment comme objectif de supprimer 21 lits d'hospitalisation complète d'ici la fin 2017.

Les durées moyennes de séjours (DMS) se sont également améliorées, à l'exception de l'obstétrique. Ainsi, l'IP-DMS⁶ (base de données nationale « Hospi-diag »), en 2014, en médecine (0,931) place le centre hospitalier de Saint-Lô dans la moyenne des établissements de même typologie. Il en est de même pour la chirurgie (IP-DMS de 0,928). En contrepartie, l'obstétrique pâtit d'une sous-performance avec un IP-DMS de 1,082 supérieur au décile le plus défavorable pour les établissements de même typologie (1,037). Pour y remédier, l'établissement se donne comme objectif de transférer plus rapidement les nouveau-nés en service de néonatalogie et la mère en secteur enfant, en cas de complications.

Les taux d'occupation en hospitalisation incomplète en médecine progressent substantiellement par effet de bascule d'une activité antérieurement prise en charge en hospitalisation complète. En chirurgie, malgré la hausse du taux global de chirurgie ambulatoire (de 25,09 % en 2011 à 33,48 % en 2015) et les évolutions positives des taux de réalisation des gestes marqueurs⁷, les perspectives de progression d'activité ayant motivé la création des sept places supplémentaires en 2015 ne sont pas encore atteintes, le taux d'occupation n'atteignant que 54,85 % en 2015.

Conscient des marges d'évolution en matière de chirurgie ambulatoire, l'établissement s'est inscrit dans les démarches d'amélioration pilotées par l'ANAP⁸ (chantier de transformation organisationnelle et virage ambulatoire). En particulier, il entend développer son taux de chirurgie ambulatoire rapporté à l'ensemble de l'activité de chirurgie (taux cible attendu à 43,1 % en 2017, contre un taux de 33,48 % au 31 décembre 2015).

⁶ Indice pondéré de la moyenne de séjours.

⁷ Geste marqueur : une ou plusieurs interventions chirurgicales, d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire.

⁸ Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Tableau n° 1 : Evolution de l'activité médicalisée (en séjours)

Nombre de séjours	2011	2012	2013	2014	2015	évolution 2015/2011
Hospitalisation complète	11 717	11 960	11 631	11 822	12 207	490
% évolution		2,07%	-2,75%	1,64%	3,26%	4,18%
Hospitalisation temps partiel	6 209	5 835	6 193	6 479	6 725	516
% évolution		-6,02%	6,14%	4,62%	3,80%	8,31%
Séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...)	10 134	10 790	11 694	12 895	12 860	2 726
% évolution		6,47%	8,38%	10,27%	-0,27%	26,90%
Total	28 060	28 585	29 518	31 196	31 792	3 732
% évolution		1,87%	3,26%	5,68%	1,91%	13,30%

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

b - Au sein des plateaux techniques

Une augmentation très significative du nombre de passages aux urgences (de 36 746 en 2011 à 42 806 en 2015) est intervenue sur la période examinée. Elle s'explique par deux principaux facteurs : d'une part, un taux de recours aux urgences dans la région, supérieur à la moyenne nationale (356 pour 1 000 habitants contre 220 en moyenne nationale, selon le rapport sur la Sécurité Sociale 2014 élaboré par la Cour des comptes), d'autre part, un dynamisme de la population du territoire durant l'été.

Bien qu'en régression significative depuis 2011 (25,48 %, 21,46 % en 2015 et 21,38 % en 2016), le taux d'hospitalisation après passage aux urgences ne présente pas de spécificités par rapport aux moyennes rencontrées dans les établissements de même strate.

L'activité de la maternité, mesurée en nombre d'accouchements, a progressé de 14 % entre 2011 et 2014 (1 049 accouchements en 2011 et 1 200 en 2015). Une nouvelle progression est enregistrée début 2016 (+ 13,20 % sur les cinq premiers mois, par rapport à 2015), depuis la fermeture de la maternité de la clinique de Coutances le 10 février 2016. Le centre hospitalier de Saint-Lô s'est organisé pour accueillir une grande partie de l'activité accouchement antérieurement réalisée par cette clinique sur la base d'une hypothèse de 500 accouchements supplémentaires par an, soit au total 1 700 accouchements annuels.

Les autres activités des plateaux techniques, qu'il s'agisse des interventions dans les blocs opératoires (5 875 interventions en 2011, 6 012 en 2015) ou de l'activité d'imagerie et de biologie, n'ont pas significativement évolué au cours de la période.

c - Dans les autres secteurs

Les activités d'hospitalisation à domicile (HAD), de soins de suite, de réadaptation et d'hébergement de personnes âgées affichent des taux d'occupation de très bonne tenue (compris selon les secteurs entre 93 % et 98 %), relativement peu évolutifs sur la période.

*

En conclusion, sur une aire géographique d'importance moyenne et atone sur le plan démographique, l'offre de soins est abondante et concurrentielle.

En conséquence, sur la période examinée, les parts de recrutement du centre hospitalier de Saint-Lô se sont effritées et son activité d'hospitalisation a peu progressé.

Si l'établissement dispose de marges de reprise d'activité (à titre d'exemple, en coronarographie où il aurait une clientèle potentielle mais où il ne détient pas d'autorisations), elles sont conditionnées par un remaillage territorial dont il n'est que l'un des acteurs.

III - LE PILOTAGE

Le pilotage de l'établissement a été examiné sous deux angles : les démarches stratégiques et la gouvernance interne.

A - Les démarches stratégiques

1 - La contractualisation avec l'ARS

Sur la période en examen, deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) se sont succédé, hors CPOM transitoire de 2012 à 2013. Le premier a porté sur la période de 2007 à 2012, celui en cours court de 2013 à 2018.

a - Le CPOM 2007- 2012

Le 1^{er} août 2007, l'établissement a signé un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), pour une période allant de 2007 à 2012. 16 avenants sont venus l'actualiser.

Ce CPOM comportait quatre objectifs stratégiques : positionner le centre hospitalier dans son bassin d'attraction, dans le territoire de santé Nord-Ouest (en complémentarité avec la clinique de Saint-Lô et le CH de Coutances), mettre en œuvre une démarche qualité pérenne, mettre en place des pôles d'activité, moderniser le pilotage et garantir le maintien d'un équilibre budgétaire.

Une revue d'avancement des objectifs de ce contrat était prévue annuellement avec l'ARH/ARS, sur la base d'un rapport annuel fourni par l'établissement. Ce suivi devait notamment porter sur les indicateurs de résultats prévus au contrat.

Or, aucun bilan annuel formel n'a été produit, tant en interne qu'en externe, avec l'ARS. Si, selon l'établissement, les objectifs attendus ont bien été atteints, ces dires ne peuvent être attestés, même si l'ordonnateur indique disposer d'évaluations des engagements signés dans le CPOM, formalisées dans chaque dossier d'autorisation sanitaire.

b - Le CPOM 2013-2018

Le CPOM 2013-2018, signé le 11 mars 2014, a pris effet au 31 décembre 2013. Ses orientations stratégiques sont au nombre de trois : structurer une offre de santé graduée (en termes de prévention, soins, médico-social), conforter une organisation des soins territorialisée et mutualisée avec les autres établissements de santé et inscrire le service rendu dans le parcours de santé du patient, en décloisonnant les prises en charge (ville, hôpital, médico-social). Ces objectifs sont déclinés en mesures opérationnelles.

Une revue annuelle de contrat doit permettre l'examen contradictoire du bilan de réalisation des actions prévues de l'année N-1 et l'évaluation des résultats à partir des indicateurs prévus et la définition d'avenants. L'ordonnateur a précisé qu'une première revue annuelle de contrat avait eu lieu en 2015 et une seconde en juin 2016.

19 avenants sont venus compléter et préciser le contrat. L'avenant numéro 15, en date du 1^{er} décembre 2015, décline le « *plan triennal national pour l'efficience et la performance du système de soins 2015-2017*. » Des objectifs quantifiés et qualitatifs ont été fixés annuellement à l'établissement, dans le champ du pilotage médico-économique (optimisation de la trajectoire financière, virage ambulatoire et transformation organisationnelle, pertinence de la prescription des produits de santé).

Les axes de la déclinaison locale du plan triennal constituent, pour les trois années à venir, une « *feuille de route* », socle de référence des démarches stratégiques de l'établissement. L'exécution des objectifs 2015 a fait l'objet d'un dialogue de gestion avec l'ARS en date du 22 avril 2016.

2 - Les projets d'établissement

a - Le projet d'établissement 2009-2013

Ce projet d'établissement commun entre les centres hospitaliers de Saint-Lô et de Coutances a été adopté par le conseil d'administration de l'établissement du 11 décembre 2008 et validé par l'ARS, avec réserves, en date du 16 mars 2010.

Il comportait un projet médical actualisé en date du 31 août 2009, un projet qualité et de gestion des risques, un schéma directeur informatique, un projet de management, un projet social, un projet de soins et un plan directeur architectural.

La mise en œuvre de ce projet d'établissement ne s'est pas accompagnée d'une démarche structurée de suivi périodique. Il n'aurait donné lieu qu'à un bilan final – non soumis aux instances internes – sur plusieurs volets (projet social, projet qualité et risques, projet médical et projet de soins), en perspective de l'élaboration du nouveau projet 2014-2018.

b - Le projet d'établissement 2014-2018

Un nouveau projet d'établissement des centres hospitaliers de Saint-Lô et de Coutances, couvrant la période 2014-2018, a été adopté par le conseil de surveillance du 11 janvier 2015. Il définit la politique globale de l'établissement, conformément aux orientations stratégiques des CPOM des deux établissements.

Ce projet d'établissement 2014-2018 est structuré autour de cinq axes prenant appui sur les objectifs du SROS⁹ : la recherche d'excellence, de sécurité et de performance dans toutes les activités ; des soins personnalisés au sein d'un parcours de prise en charge structuré du patient ; « *des hôpitaux dont les professionnels sont fiers et qui attirent les talents* » ; une ambition numérique au service des patients et des professionnels ; une communauté hospitalière responsable et engagée pour l'équilibre financier durable de l'établissement.

Ce projet a été traduit, dans ses grandes orientations, dans un programme d'actions intégré au programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins (PAQSS). Ce dernier fait l'objet d'un suivi régulier auprès des pilotes identifiés. Par ailleurs, un bilan synthétique devrait être réalisé avant la fin 2016 au sein des instances concernées.

La chambre prend acte de cette démarche qui demande à être révisée à l'aune de la nouvelle organisation territoriale des soins, dans le cadre du GHT.

3 - Le plan de retour à l'équilibre 2013-2015

116 postes (en équivalents temps plein) avaient été créés entre 2009 et 2012, dont 74 depuis 2010, dernier exercice budgétaire en équilibre, générant une hausse de la masse salariale de 14,3 %, soit 6 178 055 euros (€). Cette envolée des dépenses et une chute des recettes, en 2013, ont justifié la mise en place du plan de retour à l'équilibre (PRE).

Présenté en octobre 2013 aux instances de l'établissement, ce plan a porté uniquement sur la maîtrise des dépenses de personnel.

A la suite de la demande de l'ARS, huit fiches-actions ont ainsi été bâties (révision du guide de gestion du temps de travail, redimensionnement des effectifs structurels, maîtrise de l'absentéisme, des dépenses du personnel médical permanent, évolution de l'effectif médical, maîtrise des dépenses d'intérim médical, analyse et diminution de l'activité des praticiens attachés, permanence et continuité des soins).

⁹ Schéma régional de l'organisation sanitaire.

Les objectifs à atteindre ont été chiffrés et séquencés sur la période de 2013 à 2015. L'ARS a été tenue informée régulièrement de l'avancement des mesures mises en œuvre par l'établissement dans ce cadre.

Même si l'établissement a retrouvé, en 2015, un équilibre financier, la chambre regrette que l'exécution de ce plan n'ait pas donné lieu à un suivi davantage formalisé. En particulier, les fiches-actions n'ont été actualisées dans leurs réalisations annuelles qu'en cours de contrôle. Les réalisations définitives, au regard des prévisions, sont analysées *infra* dans les développements sur la situation financière (B - Exécution budgétaire ; 1 - Le fonctionnement ; b) Les dépenses).

B - La gouvernance interne

1 - Le pilotage médico-économique

a - Le pilotage central

Le contrôle de gestion constitue l'une des missions de la direction des finances. Cette dernière transmet mensuellement à l'ensemble des praticiens et cadres, les tableaux de suivi de l'activité et leur valorisation, par pôle et service. L'ensemble des tableaux de bord de gestion sont accessibles par tout agent de l'établissement sur l'intranet.

Le contrôleur de gestion réalise les comptes de résultats analytiques hospitaliers (CREAH) depuis l'année 2012. La direction des finances participe aux réunions des bureaux de pôle, ainsi qu'aux réunions de service.

Le Mémorial est reconnu comme établissement moteur au niveau de la comptabilité analytique à l'échelle de la région. L'établissement est particulièrement investi dans les actions de parangonnage et d'analyse comparative de ses scores économiques et financiers, au regard des différentes sources comparatives. Entre autres, il a impulsé, début 2014, une démarche de « benchmarking » régional en ressources humaines, le projet « Arc-en-ciel »¹⁰, permettant, à partir d'informations chiffrées sur les effectifs, d'établir des tableaux comparatifs.

Au titre de son management interne, l'établissement s'est vu remettre, le 22 juin 2016, par le jury de l'association nationale pour la formation hospitalière (ANFH), un prix pour la formation « *Manage'up – des actions pour développer les pratiques managériales au service de la performance collective* ». Cette formation, destinée aux cadres, a eu pour finalité de consolider leurs compétences, notamment en matière de conduite du changement.

b - La déconcentration de gestion

Jusqu'en mai 2016, l'établissement avait constitué six pôles d'activités : pôle chirurgie, pôle médecine, pôle gériatrique, pôle ressources, pôle medicotechnique et transversalités, pôle urgences réanimation. Depuis le 17 mai 2016, l'organisation en pôles est désormais commune aux deux établissements de Saint-Lô et Coutances.

Chaque pôle est animé par un trio comprenant un praticien chef de pôle, un directeur délégué de pôle et un cadre de pôle.

Dans le cadre de la nouvelle gouvernance du Mémorial (nouveaux trios de pôle, pôles bi-sites Saint-Lô et Coutances), un rythme de trois réunions de pôle minimum par an est prévu, dont une présentation des CREAH en séance plénière par la direction des finances.

¹⁰ Le projet « Arc-en-ciel », initialement mis en place entre les sept établissements-pivots de la Basse-Normandie, s'est étendu récemment aux établissements de même type de la Haute-Normandie. S'y ajoutent plusieurs autres établissements, hors MCO (SSR et psychiatrie).

Les contrats de pôle sont mis en œuvre et comportent des engagements réciproques entre la direction et le pôle. Ceux de la direction sont relatifs, notamment, à la mise à disposition de moyens matériels et humains, la diffusion d'informations d'activités et budgétaires, avec tableaux de bord et comptes de résultats analytiques, un appui humain, méthodologique, juridique et matériel permettant d'engager des actions et de mener les projets du pôle. Les engagements du pôle portent, en particulier, sur la mise en place de démarches internes permettant de conforter la dynamique de l'établissement, de développer la complémentarité entre les centres hospitaliers de Saint-Lô et Coutances, la réalisation et la mise en œuvre du projet de pôle, en cohérence avec le projet d'établissement, le développement de la communication entre les services du pôle et le respect d'objectifs de qualité, d'activité et médico-économiques.

Aucun projet de pôle n'a cependant encore été formalisé. A la suite des formations des trinômes de pôle prévues en juin 2016 et à l'entrée en application des pôles bi-sites, l'établissement projette de formaliser les projets de pôle pour la fin 2016.

Des délégations de gestion sont mises en place sur deux champs : d'une part, en investissement, sous la forme d'enveloppes relatives à l'investissement biomédical et hôtelier, d'autre part, en fonctionnement, dans le domaine de la formation.

Les nouveaux contrats de pôle qui devaient voir le jour à la fin d'année 2016, devraient intégrer de nouveaux champs de délégation de gestion et la possibilité d'intéressements.

c - La valorisation des données d'activité

Le codage des actes – hospitalisation et activité externe – est décentralisé, à l'exception de l'activité de bloc opératoire.

Le taux d'exhaustivité moyen mensuel atteignait 99,56 % en 2015 et 99,27 % en début d'année 2016.

L'indice de facturation de la base de données « Hospi-diag », qui mesure l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie, s'est amélioré au cours de la période examinée et atteste d'une bonne performance de l'établissement.

Diverses mesures ont été mises en place afin d'optimiser encore les recettes, au plan du système d'information avec, notamment, la mise à disposition d'un dossier médical informatique (DPI Orbis), le codage à partir des comptes rendus d'hospitalisation (CRH) et l'utilisation des outils de détection d'atypie et de revalorisation des séjours (Société AMEDIM), au plan organisationnel avec un audit d'organisation et d'optimisation du circuit de l'information médicale (Altao, septembre 2012) et, au plan du partage d'informations, avec la diffusion d'un journal interne dédié à l'information médicale à périodicité mensuelle « DIM Flash ».

Parmi les pistes qui pourraient encore permettre d'améliorer l'optimisation du codage, la chambre suggère la structuration de l'implication du corps médical, en l'absence de toute commission ou groupe d'émanation médicale impliqué dans la valorisation de l'activité.

*

En substance, les lignes du pilotage stratégique de l'établissement sont définies et ses outils sont en place. Sans doute l'établissement peut-il encore gagner dans la formalisation du suivi de ses démarches internes.

2 - Le pilotage des ressources humaines

a - Le personnel non médical

Sept thématiques ont été auditées par la chambre : la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), le pilotage de la masse salariale, l'adaptation des effectifs aux besoins, le temps de travail, l'absentéisme et le reclassement, les primes et indemnités diverses et les modalités d'avancement.

S'agissant de la GPMC, bien qu'axe stratégique du projet social, la démarche initiée en 2011 a été suspendue en 2013, en raison de la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre (PRE) et sa réactivation n'est prévue qu'à compter de l'année 2017. Si elle s'est traduite par la réalisation d'une cartographie des métiers, l'instauration de l'entretien professionnel et de formation, l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité de vie au travail, la mise à jour des fiches de poste des agents et l'acculturation à la démarche de l'encadrement restent à poursuivre.

En ce qui concerne le pilotage de la masse salariale, l'établissement a créé un poste de contrôleur de gestion aux ressources humaines, chargé du suivi des dépenses et de la production des tableaux de bord. Mensuellement, un point sur les dépenses est réalisé entre les directions des ressources humaines, de soins et des affaires financières, afin d'analyser et expliciter les écarts éventuels et en tirer des ajustements, si nécessaire.

Les organisations de travail ont été revues dans le cadre du plan de retour à l'équilibre (PRE), avec un objectif de dimensionnement au plus près des besoins et sont, depuis, réévaluées lors d'une réorganisation d'activité. Au moyen du logiciel de temps de travail, mensuellement, les effectifs théoriques nécessaires définis dans chaque secteur de soins sont rapprochés des effectifs réels, permettant ainsi de les réajuster si nécessaire.

L'accord-cadre local relatif à la réduction du temps de travail, conclu en 2002 entre le Mémorial de Saint-Lô et les partenaires sociaux, prévoyait, notamment, l'octroi de quatre jours de congés extraréglementaires, appelés « *jours habillage-déshabillage* », par an et par agent. En octobre 2013, l'établissement les a supprimés et il se conforme désormais à la réglementation en vigueur. A cette occasion, l'établissement a formalisé l'ensemble de ses règles de gestion du temps de travail dans un guide interne, validé en comité technique d'établissement (CTE) en 2013 et mis à jour régulièrement en fonction des évolutions réglementaires.

Un plan d'action de maîtrise de l'absentéisme a également été engagé dans le cadre du PRE, l'établissement estimant que la progression de son taux d'absentéisme en 2012 (7,64 % contre 6,73 % en 2011), tous motifs confondus, appelait des mesures correctives. Le plan d'action mis en place a défini des modalités de prévention de l'absentéisme, des modalités de remplacement et de mise en œuvre des dispositifs d'encouragement à la mobilité et au reclassement professionnel. Ces différentes mesures ont ainsi permis de ramener ce taux à 5,42 % en 2015. De plus, une équipe de compensation et de suppléance a été mise en place pour les métiers paramédicaux les plus représentés (infirmiers et aides-soignants).

Au plan des primes et indemnités, les règles de répartition de la prime de service, actées en comité technique d'établissement (CTE) en novembre 2014, sont conformes à la réglementation. La partie constituée des abattements fait l'objet d'une deuxième distribution valorisant le présentéisme aux agents absents moins de cinq jours (pour 50 % du montant) et les actions et projets menés ayant permis aux agents de s'illustrer, sous la forme d'un bonus de 0,25 à 1 point de la note (pour les 50 % restants).

Depuis 2013, l'établissement s'est attaché à mettre fin aux versements irréguliers de diverses primes et indemnités. Il y est parvenu en février 2016 avec l'arrêt du versement aux agents contractuels de primes réglementairement réservées aux agents stagiaires et titulaires aides-soignants, infirmiers en soins généraux et sages-femmes (prime forfaitaire, prime spéciale de sujétion, prime spécifique). L'économie générée (320 000 €) a été réinvestie dans la mise en place d'échelles de rémunération des contractuels, leur garantissant un parcours de carrière.

Enfin, en termes de barème d'avancement, les réductions d'ancienneté ou bonifications appliquées au Mémorial se réfèrent à une grille établie au 1^{er} octobre 1993 et validée en commissions paritaires départementales de la Manche. Cette grille est, depuis, applicable à l'ensemble des établissements du département, sans qu'à ce jour, l'établissement ait pu fournir la délibération qui en fixe l'application en interne. Le surcoût annuel, par rapport à l'application stricte de la réglementation, est estimé par l'établissement à 228 500 €. A ce stade, la réflexion engagée entre les trois établissements-pivots du département de la Manche quant à la redéfinition de ces bonifications n'est qu'embryonnaire.

b - Le personnel médical

La chambre a centré ses investigations sur les trois dimensions suivantes : la politique de recrutement, le temps de travail médical et l'intérim.

Le recrutement du personnel médical connaît des difficultés dans les spécialités reconnues déficitaires nationalement que sont l'anesthésie, les urgences, la gériatrie, la pédiatrie et l'oncologie. Pour y remédier, l'établissement a mis en place une politique de recrutement active – recours aux assistants spécialistes régionaux, création de postes de cliniciens (deux sur la période en examen), recrutements partagés, mises à disposition de praticiens du CHU de Caen – et mis en place diverses actions d'accueil et d'intégration.

Au chapitre du temps de travail médical, l'établissement s'est doté d'une charte du temps de travail - modifiée par avenant le 18 octobre 2016 - et d'un règlement intérieur des astreintes.

La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) s'est réunie régulièrement au cours de la période examinée par la chambre. Elle a, à plusieurs reprises, acté des révisions de l'organisation générale des gardes et des astreintes.

Dans le champ des astreintes, seule l'indemnisation forfaitaire en chirurgie orthopédique, vasculaire et viscérale n'est pas encore conforme à la réglementation, les montants excédant les seuils maxima autorisés. Ainsi, au regard de la réglementation applicable en 2013, le montant de l'indemnité forfaitaire versée pour une nuit en semaine était de 258,03 €, à comparer aux 187,70 € maxima prévus par la réglementation et, pour un week-end, de 911,81 € comparativement aux 646,95 € maxima autorisés.

Depuis l'exercice 2016, l'établissement satisfait à la réglementation disposant que le directeur présente au conseil de surveillance et à la CME un bilan annuel des contrats, celui-ci devant être transmis chaque année à l'agence régionale de santé (ARS).

Les contrats individuels relatifs au temps additionnel, qui ne sont pas tous mis en œuvre au sein de l'institution, devraient l'être, selon le directeur, en 2017.

Malgré les difficultés récurrentes des établissements de santé en la matière, le recours à l'intérim médical appelle trois observations. En premier lieu, aucune mise en concurrence formalisée avec les sociétés d'intérim, au sens du code des marchés publics, n'a été mise en œuvre, même si le choix s'effectuerait par référence à la qualité, la promptitude et aux coûts moyens habituellement pratiqués. En deuxième lieu, les bases de rémunération des intérimaires, recrutés directement par le centre hospitalier (praticien contractuel à temps plein – mission spéciale), dépassent les montants maxima fixés par la réglementation en vigueur (quatrième échelon de la grille de praticien hospitalier + 10 %). Enfin, bien que ces agents soient logés et nourris au sein de l'établissement, les avantages en nature ne sont pas pris en compte sur les bulletins de paye.

*

Au total, les divers points de contrôle dans le champ de la gestion du personnel, non-médical comme médical, attestent d'une réelle volonté de l'établissement d'optimiser sa gestion. Toutefois, plusieurs mises en conformité avec les textes réglementaires sont encore à mettre en œuvre, principalement dans le champ du personnel médical.

IV - LA SITUATION FINANCIÈRE

L'assurance de la fiabilité des comptes constituant un préalable à toute analyse financière, en amont de son appréciation sur la situation financière du centre hospitalier de Saint-Lô, la chambre a examiné divers aspects de la qualité des comptes produits.

A - La qualité des comptes

Le total des produits du compte de résultat principal de l'établissement étant égal ou supérieur à 100 millions d'euros (M€) depuis 2014, l'établissement devrait être soumis à la certification de ses comptes en 2017.

Pour s'y préparer, outre la conclusion d'une convention de service comptable et financier (CSCF) avec le Trésor public en décembre 2015 et la signature, en juin 2016, d'une convention portant mise en place d'un dispositif expérimental de contrôle allégé en partenariat (CAP), il a, en cours de contrôle, fiabilisé divers points, tels les dépenses à classer ou à régulariser, les imputations sur les comptes 23 « Immobilisations en cours », les comptes de provisions (renouvellement des immobilisations pour litiges, autres provisions pour charges), les apports et les subventions d'investissement, les intérêts courus non échus (ICNE)¹¹, l'apurement des créances admises en non-valeur¹², les amortissements depuis 2014 (suppression des amortissements progressifs), les remboursements des budgets annexes (avec la signature de la convention tripartite 2012-2016), les produits comptabilisés d'avance depuis 2012, le rattachement aux exercices concernés des recettes liées aux séjours dits « à cheval » depuis l'autorisation par l'ARS en 2015.

Les quelques points de contrôle appelant des observations de la chambre sont développés ci-dessous. Ils concernent des anomalies peu significatives dans leur globalité mais assez nombreuses.

¹¹ Faibles écarts observés entre les comptes 661-12 et 1688 : 391,84 € en 2012, 466,66 € en 2014 et 12 666,68 € en 2015, liés, selon l'ordonnateur, à un mauvais rattachement dans le logiciel comptable. En 2015, un mandat de rattachement a été réalisé mais concerne les intérêts d'une ligne de trésorerie qui, par conséquent, aurait dû être imputé au compte 661-5.

¹² Faibles écarts de concordance entre les mouvements des comptes admissions en non-valeur et 654, soit 10 € en 2011, 9,28 € en 2012, - 125,09 € en 2013 et - 177,72 € en 2015, qui ne peuvent être expliqués par le centre hospitalier (écritures d'ordre).

1 - La tenue de l'inventaire

Même si les montants des actifs, des amortissements et des valeurs comptables nettes sont conformes entre les comptes de l'ordonnateur et ceux du comptable, l'inventaire – hors volet du matériel biomédical qui a fait l'objet d'un premier ajustement en 2015 – n'est pas actualisé.

Quatre types d'anomalies entachent la fiabilité de l'inventaire au 31 décembre 2015.

La première tient à la présence d'actifs très anciens qui, selon toute vraisemblance, pour une large part d'entre eux, ne sont plus présents dans l'établissement (voir annexe n° 1 - 1).

La deuxième porte sur l'imputation erronée en investissement de biens relevant comptablement de la section de fonctionnement (voir annexe n° 1 - 2).

La troisième consiste en des libellés par trop génériques qui ne permettent pas de réaliser les sorties (voir annexe n° 1 - 3).

La dernière est relative à des erreurs d'imputation budgétaire. Ainsi, à titre d'illustration, des armoires de laboratoires (fiche 2015 00111) ou des dictaphones (fiche 2015 00057) sont inscrits dans le compte 215411 « Matériel médical », alors que ces biens relèveraient davantage du compte 218311 « Matériel de bureau CRPP ».

Afin de parfaire le suivi du patrimoine, l'établissement gagnerait également à reporter les durées d'amortissement retenues sur le tableau d'actif.

Conscient des progrès à réaliser en la matière, l'ordonnateur a indiqué que l'inventaire exhaustif de l'actif constituait une priorité institutionnelle en 2017, en préparation de la certification des comptes en 2018 ou 2019.

2 - Divers provisionnements

a - Les créances irrécouvrables

Si le montant des dotations et des reprises est variable selon les exercices, le solde du compte est parfois supérieur à celui des restes à recouvrer, amiables ou contentieux. A titre d'exemple, en 2015, le montant des provisions inscrites au compte 491 « Dépréciations des comptes de redevables » est de 258 326 €, alors que le montant des créances contentieuses n'est que de 145 885 € pour les hospitalisés et consultants, 6,8 € pour l'Etat, 256 € pour les autres tiers payants et 391 € pour les autres débiteurs.

Afin de fiabiliser ces provisions, le centre hospitalier devra se rapprocher du comptable pour déterminer en commun le risque réel à provisionner et en adapter le montant.

b - Les comptes épargne-temps

Bien que non obligatoires en 2011, des provisions avaient été constituées à hauteur de 1 088 038 € mais, faute d'historique dans le décompte du nombre de jours des comptes épargne temps (CET) alors stockés, les écarts éventuels par rapport au juste provisionnement ne peuvent être reconstitués.

En revanche, alors que depuis 2012 le provisionnement est devenu obligatoire (décret modifié n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne temps dans la fonction publique hospitalière), des insuffisances de provisionnement sont constatées jusqu'en 2013 (respectivement 823 457 € en 2012 et 567 937 € en 2013).

A l'inverse, et depuis l'exercice budgétaire 2014, les provisions relatives aux CET sont supérieures à la valorisation financière du nombre de jours épargnés annuellement, à hauteur de 121 693 € en 2014 et 132 741 € en 2015.

Ainsi, les provisions constituées divergent du risque encouru et contribuent à majorer le déficit ou à réduire l'excédent.

Tableau n° 2 : Evolution des provisions pour CET

Brut non chargé	2011	2012	2013	2014	2015
Coût estimé pour le personnel non médical		277 567,20	280 277,10	303 058,23	292 011,00
Coût estimé pour le personnel médical		1 591 927,50	1 813 515,59	2 096 619,87	2 377 921,67
Total		1 869 494,70	2 093 792,69	2 399 678,10	2 669 932,67
Provisions constituées personnel non médical	295 080,00	278 080,00	442 254,00	424 751,65	424 751,65
Provisions constituées personnel médical	792 958,00	767 958,00	1 083 602,00	2 096 619,87	2 377 921,67
Total	1 088 038,00	1 046 038,00	1 525 856,00	2 521 371,52	2 802 673,32
Provisions sous évaluées		823 456,70	567 936,69		
Provisions sur évaluées				121 693,42	132 740,65

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

c - Les heures supplémentaires non récupérées et non rémunérées

Selon le bilan social de 2014, l'établissement comptabilisait 6 467 heures supplémentaires non encore récupérées ou rémunérées, stockées pour le personnel non médical. Conformément à la réglementation, certaines heures ont été converties en jours et déposées sur des comptes épargne temps, ramenant ainsi ce stock, à fin 2015, à 5 000 heures, selon les dires de l'établissement.

Aucun relevé n'a pu être fourni antérieurement, faute de recensement avant mise en place du logiciel du temps de travail « Chronos » à compter de 2013.

Ces heures supplémentaires non récupérées auraient dû faire l'objet d'une évaluation et d'un provisionnement sur chaque exercice concerné. La nomenclature M21 applicable depuis décembre 2015 rend obligatoire ce provisionnement pour l'avenir.

La chambre encourage l'établissement à évaluer annuellement le stock d'heures supplémentaires et à le provisionner. L'établissement en prend acte et s'engage, à compter de 2016, à constituer des provisionnements adéquats pour ce type de risques.

*

En conclusion, peu d'anomalies significatives affectent la qualité des comptes produits. La chambre recommande cependant à l'établissement de lever les observations pendantes afin de préparer dans les meilleures conditions l'exercice à venir d'une certification de ses comptes.

B - L'exécution budgétaire

L'entité juridique comporte un budget principal (activité sanitaire) et quatre budgets annexes (unité de soins de longue durée, hébergement de personnes âgées dépendantes, dotation non affectée et institut de formation en soins infirmiers).

L'activité sanitaire représentant environ 95 % des dépenses totales de fonctionnement de l'établissement, l'analyse de la chambre est donc centrée sur le seul budget principal.

1 - Le fonctionnement

Si, entre 2011 et 2015, les recettes ont évolué plus rapidement (9,27 %) que les dépenses (8,30 %), ce n'est que sur l'exercice budgétaire 2015 que l'établissement a pu retrouver un excédent comptable de clôture.

a - Les recettes

(1) *Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1)*

Les produits versés par l'assurance maladie comprennent deux composantes majeures : des recettes directement liées à l'activité, facturées à l'assurance maladie (T2A), et des dotations diverses allouées par l'ARS.

En 2015, les produits totaux de titre 1 s'élèvent à 81 636 968 €, soit la part prédominante (78 %) des recettes. Ils sont en progression de 9 % par rapport à 2011, intégration faite des crédits du fonds d'intervention régional (FIR), antérieurement inscrits en titre 3. En neutralisant les recettes du FIR, le titre 1 n'aurait évolué que de 4,32 %, soit + 3 219 339 €.

Les produits de la tarification des séjours et des consultations s'élèvent à 64 298 049 € en 2015. Ils ont crû de 10,47 % sur la période, soit + 6 093 076 €.

En leur sein, les seuls produits de la tarification des séjours¹³ sont en hausse de 9,33 %. Pour la seule hospitalisation complète, ils ont crû de 5,91 %, alors que l'activité de même nature n'a progressé que de 4,18 %.

L'année 2013 est atypique dans cette évolution, car marquée par une régression de 3 % des produits de tarification des séjours, alors que l'activité, tous modes de prise en charge confondus, a progressé de 3 %.

Globalement, sur la période, cet accroissement des recettes d'activité s'explique par la progression d'activité, les modifications de « case-mix » et l'alourdissement sensible des cas de sévérité (le poids moyen journalier du malade traité étant passé de 519 € en 2011 à 516 € en 2012, 519 € en 2013, 537 € en 2014 et 553 € en 2015).

Tableau n° 3 : Evolution de la valorisation de l'activité

Recettes groupe homogène de séjours (GHS) - assurances maladie (AM)	2011	2012	2013	2014	2015	évolution 2015/2011 en €	évolution 2015/2011 en %
Hospitalisation complète	47 126 472	48 475 596	46 356 441	47 954 877	49 888 460	2 761 988	5,86%
Hospitalisation temps partiel	2 107 826	2 051 184	2 423 311	2 880 970	3 193 681	1 085 855	51,52%
Séances (dialyse, chimiothérapie, radiothérapie...)	3 324 052	3 568 488	3 812 434	4 383 086	4 400 081	1 076 029	32,37%
TOTAUX (a)	52 558 350	54 095 268	52 592 186	55 218 933	57 482 222	4 923 872	9,37%
Recettes réelles GHS perçues (b)*	49 518 367	51 328 009	49 674 242	52 469 833	54 137 118	4 618 751	9,33%
Ecart en € (a) - (b) = (c)	3 039 983	2 767 259	2 917 944	2 749 100	3 345 104		
Ecart en % (c)/(a)	5,78%	5,12%	5,55%	4,98%	5,82%		

* données du centre hospitalier (courriel du 01/07/2016) / Recettes GHS-AM dont "Lamda".

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

(2) *Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)*

Ces produits, non pris en charge par l'assurance maladie (part assurés payants, organismes de protection complémentaires et aide de l'Etat), représentent 8 % du total des recettes en 2015.

¹³ Base réelle de remboursement, c'est-à-dire 100 % du T2A, sans tenir compte des impacts du coefficient prudentiel et du taux de remboursement définitif par l'assurance maladie (c'est-à-dire 100 % totale ou partielle par l'assurance maladie).

Ils régressent de 6,63 %, soit - 589 959 € de 2011 à 2015, sous l'effet de deux facteurs : d'une part, la baisse des produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non prise en charge par l'assurance maladie, tels que les mutuelles, les tickets modérateurs et forfaits journaliers (- 22,60 %, soit - 331 665 €), d'autre part, celle des produits des prestations de soins délivrés aux patients étrangers (de 1 047 596 € en 2011, ils ne sont plus que de 759 665 € en 2015).

(3) Les autres produits (titre 3)

Selon les années, les recettes diverses ont représenté entre 14 % et 17 % du total.

Si les recettes de titre 3 ont globalement progressé de 19,51 % entre 2011 et 2015, des fluctuations annuelles sont constatées, y compris après neutralisation des crédits du FIR, versés sur ce titre de 2012 à 2014¹⁴.

Le mandatement direct des factures au profit du groupement d'intérêt public « *restauration centre Manche* » sur les budgets annexes EHPAD et USLD depuis 2014 a induit une baisse des remboursements au budget général. De 1 035 812 € en 2011, ils n'atteignent plus que 690 109 € en 2014 et 667 228 € en 2015.

Les produits exceptionnels ont fortement régressé : de 2 235 564 € en 2011, ils n'atteignent plus que 785 528 € en 2015, sous l'effet des variations des rémissions de titres sur exercice clos et les autres produits sur exercices antérieurs.

A l'inverse, les ventes, notamment celles des médicaments, progressent significativement (traitement hépatite C) depuis 2012¹⁵.

Tableau n° 4 : Evolution des recettes par titres

	Produits (en milliers d'€)	Réalisations 2011	Réalisations 2012	Réalisations 2013	Réalisations 2014	Réalisations 2015	Ecart 2015/2011	Ecart 2015/2011 en %
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	74 596 496	75 849 020	72 214 070	76 874 158	81 636 968	7 040 472	9,44%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	8 893 856	9 412 188	8 946 002	8 781 520	8 303 897	-589 959	-6,63%
Titre 3	Autres produits	12 559 044	13 316 126	16 135 975	18 552 056	15 009 858	2 450 814	19,51%
Total des produits		96 049 395	98 577 334	97 296 048	104 207 733	104 950 723	8 901 328	9,27%
Déficit prévisionnel		0	0	0	0	0	0	
Total du compte de résultat principal		96 049 395	98 577 334	97 296 048	104 207 733	104 950 723	8 901 328	9,27%

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

(4) Les dotations de l'ARS

Les diverses dotations allouées par l'ARS – missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), fonds d'intervention régional (FIR), dotations annuelles de financement en soins de suite et de réadaptation (DAF – SSR) – ont progressé de 8,81 % (soit + 920 925 €) de 2011 à 2015.

Elles ont régressé légèrement entre 2014 et 2015 (- 340 812 €), en raison de la suppression des aides de trésorerie non reconductibles allouées sur les deux exercices précédents (502 220 € en 2013 et 2 000 000 € en 2014).

¹⁴ 1 391 018 € en 2012, 4 188 184 € en 2013 et 3 380 905 € en 2014.

¹⁵ 2 956 311 € en 2011, 3 535 250 € en 2012, 3 898 781 € en 2013, 4 076 867 € en 2014 et 4 916 334 € en 2015.

Ces aides non reconductibles ont permis d'atténuer, à due proportion, les déficits comptables apparents annuels en 2013 et 2014, et doivent, en conséquence, participer au retraitement des résultats annuels.

Tableau n° 5 : Evolution des dotations versées par l'ARS

	Comptes financiers	Comptes financiers	Comptes financiers	Comptes financiers	Comptes financiers
Années	MIGAC	FIR (ex MIG et ex AC)	MIGAC+FIR (2)	DAF SSR	TOTAUX BUDGET H
2011	8 753 824 €	0 €	8 753 824 €	1 696 192 €	10 450 016 €
2012	7 772 914 €	1 391 019 €	9 163 933 €	1 719 874 €	10 883 807 €
2013	5 439 576 €	4 188 184 €	9 627 760 €	1 730 002 €	11 357 762 €
2014	6 626 250 €	3 380 905 €	10 007 155 €	1 704 598 €	11 711 753 €
2015	5 835 573 €	3 821 133 €	9 656 706 €	1 714 235 €	11 370 941 €
Evolution 2015/2011 en €	-2 918 251 €	3 821 133 €	902 882 €	18 043 €	920 925 €
Evolution 2015/2011 en %	-33,34%		10,31%	1,06%	8,81%

Source : retraitement CRC

Au total, sur le volet des recettes, l'établissement a pu compter sur une évolution favorable de la principale composante, les produits de la tarification à l'activité.

b - Les dépenses

(1) *Les dépenses de personnel (titre 1)*

Premier poste de dépenses, les charges de personnel représentent 64,7 % du total des dépenses d'exploitation en 2015.

De 2011 à 2015, ces dépenses ont crû de 8,28 %, soit + 5 182 324 €, en dépit de la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre en 2013 et sans corrélation avec les évolutions d'activité.

Le rythme annuel de progression est toutefois en décélération. De 3,90 % entre 2011 et 2012, 2,03 % entre 2012 et 2013, il n'est plus que de 0,80 % entre 2013 et 2014 et 1,33 % entre 2014 et 2015.

(a) *Les évolutions respectives des dépenses de personnel non médical et médical*

Les dépenses de personnel non médical ont continûment progressé (hormis en 2014), passant de 47 505 469 € en 2011 à 50 694 305 € en 2015, du fait des mesures réglementaires et des augmentations des taux de certaines cotisations patronales.

Celles relatives au personnel médical ont crû de 9,22 %¹⁶ en raison de la progression des effectifs (+ 8,7 ETP¹⁷ hors assistants, attachés et internes). Le taux de vacance des postes médicaux a ainsi fortement régressé, passant de 14,6 % à 2,7 %, contribuant ainsi à réduire significativement le recours à l'intérim. Bien qu'en forte décroissance depuis 2011¹⁸, le coût de l'intérim repart à la hausse en 2015 (403 847 €), tendance qui se maintiendrait en 2016.

¹⁶ Neutralisation faite des remboursements de personnel médical mis à disposition du centre hospitalier de Coutances.

¹⁷ Equivalents temps plein.

¹⁸ 2011 : 1 538 102 € ; 2014 : 191 213 €

(b) *Le bilan d'exécution du plan de retour à l'équilibre*

Selon le cadrage du plan de maîtrise des dépenses de Saint-Lô présenté au conseil de surveillance du 10 octobre 2013, un objectif d'économies en dépenses de personnel net d'environ 3 000 000 € avait été décidé, dont 83 000 € en 2013, 1 980 000 € en 2014 et 940 000 € en 2015.

Or les dépenses du titre 1 ont progressé de 1 422 511 € en 2013. En 2014, en neutralisant les recettes supplémentaires de 600 000 € liées à la facturation au coût réel des praticiens mis à disposition entre les deux centres hospitaliers, elles ont baissé de seulement 70 000 €, avant d'amorcer une nouvelle hausse en 2015, de 893 131 €.

En termes d'évolution des effectifs, les fiches-actions évoquées précédemment prévoyaient une réduction sur trois ans de 60,2 ETP. A la fin 2015, les diminutions effectives se montent à - 49 ETP seulement.

En fin de compte, tant en masses financières qu'en effectifs, les objectifs annuels du PRE n'ont pas été atteints. Alors que l'établissement escomptait, à échéance 2015, une réduction des dépenses de titre 1 d'environ 3 000 000 €, les résultats du PRE n'ont permis que de ralentir l'évolution à la hausse des dépenses de personnel.

La cible d'évolution des dépenses de personnel médical et non-médical inscrite dans le plan triennal n'a pas été atteinte en 2015 (taux de + 1,4 % pour une cible de 0,95 %).

Tableau n° 6 : Evolution des dépenses de personnel de 2011 à 2015

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 2015/2011	Evolution 2015/2011 en %
Personnel non médical	47 505 469	49 340 526	50 275 325	49 986 765	50 694 305	3 188 836	6,71%
Personnel médical	15 116 144	15 722 751	16 106 100	16 924 040	17 109 632	1 993 488	13,19%
Totaux	62 621 613	65 063 277	66 381 425	66 910 805	67 803 937	5 182 324	8,28%

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

(2) *Les dépenses à caractère médical (titre 2)*

En 2015, les dépenses à caractère médical représentent 18,43 % des dépenses totales d'exploitation, taux élevé comparativement aux établissements de même importance (en moyenne 10 %).

La progression en tendance, de 2011 à 2015, de + 11,79 % (soit 2 036 081 €), s'explique principalement par l'envolée des rétrocessions supplémentaires liées, notamment, à la diffusion du traitement de l'hépatite C (+ 1 834 184 €).

Hors rétrocessions, cette progression ne ressort plus qu'à 1,43 %, soit + 201 897 €, ce qui reste faible au regard des évolutions d'activités.

Cette quasi-stagnation des dépenses à caractère médical s'explique principalement par une politique d'optimisation des achats¹⁹. Pour l'avenir, l'établissement escompte encore optimiser cette catégorie d'achats et réaliser des gains supplémentaires.

(3) *Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3)*

En 2015, ces dépenses représentent 8,23 % des charges totales d'exploitation, soit un niveau proche de celui des établissements de même catégorie (9 %).

¹⁹ Gains sur achats en 2013 : 454 270 €, en 2014 : 46 060 € et en 2015 : 157 707 €.

En tendance, entre 2011 et 2015, cette catégorie de dépenses connaît un repli important (- 8,14 %, soit - 763 528 €), en particulier depuis 2014 avec la mise en place d'un paiement direct, par les budgets annexes, des prestations alimentaires fournies par le groupement d'intérêt public (GIP) à hauteur de 456 000 €. Ce repli affecte également le poste transports et plus particulièrement les « transports SMUR²⁰ secondaire », dont la dépense était de 549 318 € en 2011 et ne se situe plus qu'à 33 991 € en 2015²¹. Une légère progression a été enregistrée entre 2014 à 2015 (+ 178 478 €), aucune dépense relative au transport SMUR primaire n'ayant été comptabilisée en 2014.

Les économies constatées sont essentiellement liées à la mise en œuvre du programme d'optimisation des achats « PHARE » et à l'adhésion à des groupements d'achats (fournitures pour ateliers, produits lessiviels...). En témoignent les gains sur achats constatés : 275 700 € en 2013, 535 011€ en 2014 et 188 818 € en 2015.

Au total, la gestion de cette catégorie de dépenses a été maîtrisée sur la période en examen et cette tendance devrait se confirmer en 2016.

(4) Les charges d'amortissements, provisions, frais financiers et charges exceptionnelles (titre 4)

En 2015, ce poste de dépenses s'établit à 8,60 % du total des dépenses d'exploitation. Son poids est comparable à celui relevé dans les établissements de santé ayant un budget supérieur à 70 000 000 €.

Au cours de la période examinée, une progression de 21 % est enregistrée, la principale explication tenant à la mise à niveau des comptes de dotation aux provisions, notamment celle des comptes épargne temps²².

Les charges financières n'amorcent une décrue qu'à compter de l'année 2015.

Tableau n° 7 : Evolution des dépenses par titres

Chapitres	Charges (en milliers d'€)	Réalisations 2011	Réalisations 2012	Réalisations 2013	Réalisations 2014	Réalisations 2015	écart 2015/2011	écart 2015/2011 EN %
Titre 1	Charges de personnel	62 621 613	65 063 276	66 381 425	66 910 805	67 803 936	5 182 324	8,28%
Titre 2	Charges à caractère médical	17 269 406	18 370 835	16 940 510	19 848 646	19 305 488	2 036 081	11,79%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et gé	9 381 988	10 026 128	9 485 107	8 439 982	8 618 460	-763 528	-8,14%
Titre 4	Charges d'amortissements, provis	7 443 514	7 700 379	8 739 019	9 697 882	9 011 722	1 568 208	21,07%
Total des charges		96 716 521	101 160 618	101 546 061	104 897 315	104 739 606	8 023 085	8,30%
Excédent prévisionnel						211 117		
Total du compte de résultat principal		96 716 521	101 160 618	101 546 061	104 897 315	104 950 723	8 234 202	8,51%

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

*

S'agissant des dépenses, l'évolution marquante tient à la progression continue du principal poste, les rémunérations de personnel, quand bien même son rythme se ralentit depuis 2013. Cette catégorie de dépenses reste le point de fragilité et de vigilance de l'établissement.

²⁰ Service médical d'urgence et de réanimation.

²¹ Arrêt de la convention avec le centre hospitalier d'Avranches Granville.

²² + 500 000 € entre 2012 et 2013 et 1 000 000 € entre 2013 et 2014.

c - Les résultats annuels

(1) *Les résultats comptables apparents*

Conséquence des évolutions respectives des recettes et des dépenses décrites *supra*, le résultat déficitaire du budget principal s'est creusé, passant de - 667 126 € en 2011 à - 4 250 014 € en 2013.

Le poids du déficit ramené au montant des recettes de titres 1 a été supérieur au seuil des 2 % en 2012 et 2013, justifiant ainsi des mesures de redressement décidées par l'établissement.

Une décrue est amorcée en 2014 avec - 698 582 € et un léger excédent est retrouvé en 2015 (211 117 €). Au vu des projections au 31 août 2016, l'exercice 2016 devrait également être excédentaire.

En raison de leur faible poids, les résultats des budgets annexes n'ont que légèrement atténué les niveaux annuels du déficit comptable consolidé de l'entité juridique.

Tableau n° 8 : Résultats du budget H

EVOLUTION ET POIDS DU RESULTAT COMPTABLE (en €)					
	2011	2012	2013	2014	2015
Résultat comptable budget H	- 667 126	- 2 583 284	- 4 250 014	- 698 582	211 117
Montant des recettes du titre I	74 596 496	75 849 020	72 214 070	76 874 158	81 636 968
%	- 0,89 %	- 3,41 %	- 5,89 %	- 0,91 %	0,26 %

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

(2) *Les résultats retraités*

Les résultats apparents des exercices 2011 à 2015 ont fait l'objet d'un retraitement comptable, corrigeant les anomalies constatées précédemment au titre de la fiabilité des comptes, réintégrant sur les justes exercices les charges et les produits, y compris les LAMDA²³, et neutralisant les aides de trésorerie non reconductibles allouées par l'ARS.

Après retraitement, les résultats annuels²⁴ demeurent déficitaires jusqu'en 2014, le montant le plus faible étant enregistré en 2011 pour - 1 713 310 € et le plus élevé, en 2013, pour - 5 214 744 €. En 2015, ce résultat redressé est excédentaire de 563 511 €.

Tableau n° 9 : Retraitement des résultats annuels

SAINT LO - retraitement hors heures supplémentaire et temps additionnels non récupérées, non rémunérées					
	2011	2012	2013	2014	2015
résultat net après retraitement					
résultat comptable de l'exercice	-667 126,00	-2 583 284,00	-4 250 014,00	-698 582,00	211 117,00
insuffisance de dotations pour financer les CET		-823 456,70	-567 936,69		
sur provisionnement des dotations pour financer les CET				121 693,42	132 740,65
compte 67 N sur N-1 et corrections	642 201,75	-274 220,86	-102 191,79	-11 252,51	483 535,05
compte 77 N sur N-1 et corrections	-1 688 385,45	-367 810,66	207 618,75	41 015,77	-263 880,97
aide trésorerie			-502 220,00	-2 000 000,00	
résultat annuel après retraitement (CRC)	-1 713 309,70	-4 048 772,22	-5 214 743,73	-2 547 125,32	563 511,73

Source : retraitement CRC

²³ Logiciel d'aide à la mise à jour des données d'activité. Correction des erreurs de cotation des actes sur les exercices précédents.

²⁴ Détermination d'un résultat retraité à partir des constats annuels. Il ne s'agit pas de reconstituer le montant du déficit cumulé qui apparaît au bilan.

2 - L'investissement et l'endettement

a - Les investissements passés

Après une phase ascendante jusqu'en 2009 (année au cours de laquelle ils ont atteint 12 000 000 € pour la construction du pavillon Nelson abritant le pôle mère et enfants), les investissements sont en décline significative sur la période en examen. De 5 640 133 € en 2011, les enveloppes annuelles n'atteignent plus que 1 689 189 € en 2015.

Sur la période examinée, les investissements ont été financés à hauteur de près de 92 % par emprunt. Des décalages sont apparus parfois entre le moment où l'établissement a mobilisé ses emprunts et celui où il a dû régler ses dépenses. Par exemple, en 2014, les investissements ont été financés à hauteur de 56 % par emprunt, alors qu'en 2013 et 2015, le montant des emprunts a excédé celui des investissements de 119 %.

Tableau n° 10 : Part des emprunts dans le financement des investissements, de 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015	total
Emprunts	6 100 000,00	3 200 000,00	6 415 833,00	3 260 700,00	2 011 800,00	20 988 333,00
Total investissement	5 640 133,00	4 277 430,00	5 402 570,00	5 814 134,00	1 689 189,59	22 823 456,59
financement par emprunt	108,15%	74,81%	118,76%	56,08%	119,10%	91,96%

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

b - Les projets d'avenir

Selon l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2016, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2016-2020 intègre un programme d'investissement de 19 830 000 €. Les deux opérations majeures retenues dans le plan sont l'achèvement de la rénovation des services de médecine et le déploiement du système d'information.

Dans les hypothèses proposées au sein du PGFP 2016-2020, la marge brute d'exploitation couvrirait la charge annuelle de la dette mais ne permettrait pas de couvrir les investissements de la période. En conséquence, il est prévu de mobiliser de nouveaux emprunts, à hauteur de 15 200 000 € au total.

La capacité d'autofinancement resterait positive et couvrirait les remboursements d'emprunt sur l'ensemble de la période. Le fonds de roulement net global de l'établissement passerait de 8 954 000 € en 2016 à 11 375 000 € en 2020.

Hors aides extérieures, ce plan peut apparaître hypothétique et est d'abord conditionné à la pérennité du retour à l'équilibre. Une seconde incertitude tient à la capacité de l'établissement à contractualiser de nouveaux emprunts, compte tenu de son niveau d'endettement exposé ci-dessous.

c - L'état de l'endettement

Fin 2015, cette dette était constituée de 51 contrats. Au regard de la charte « Gissler²⁵ », 68,5 % du montant des emprunts sont classés « 1A » et le restant en « 1B » (prêts à taux fixe sur barrière Euribor puis Euribor net sans marge). Au total, ces emprunts ne présentent donc pas de risques majeurs.

²⁵ La classification « Gissler » a été définie fin 2009 par un groupe de travail national réunissant des représentants des collectivités locales et des principaux établissements bancaires, animé par M. Éric Gissler, inspecteur général des finances. Ce groupe a ainsi élaboré une charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales, signée en 2009. Elle comporte une classification des produits d'emprunt en fonction des risques qu'ils sont susceptibles de faire porter aux collectivités. Le chiffre (de 1 à 5) traduit le degré de risque et la lettre (de A à E) exprime le degré de complexité de la structure de calcul des intérêts.

Le taux moyen d'intérêt de 3,97 % en 2015 devrait conduire l'établissement à s'interroger sur les voies possibles d'une renégociation de certains prêts, ce qu'il comptait faire en 2016.

Malgré une diminution récente de l'encours de la dette, le centre hospitalier de Saint-Lô se classe parmi les 20 % des établissements présentant des ratios très dégradés sur le plan national.

La durée apparente²⁶ de la dette, exprimée en mois, issue des rapports du comptable, a progressé fortement jusqu'en 2013²⁷ mais a amorcé une décrue depuis 2014 (121 mois en 2014 et 110 mois en 2015). Pour ces motifs, l'établissement a relevé, jusqu'en 2015, d'une autorisation préalable du directeur de l'ARS pour recourir à l'emprunt.

Au final, malgré une décrue récente, le niveau d'endettement hypothèque l'avenir en ce qu'il réduit fortement la capacité de l'établissement à investir.

Tableau n° 11 : Evolution du désendettement du centre hospitalier de Saint-Lô

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015
Encours de la dette	58 256 760	57 574 128	59 908 766	58 760 219	55 987 792
Remboursement annuel	3 077 819	3 882 632	4 081 195	4 409 247	4 779 826

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

3 - Les indicateurs financiers

a - La marge brute

La marge brute est dégagée par l'établissement sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissement et de provisions, c'est-à-dire ses investissements.

De 5,4 % des produits d'exploitation en 2011, le taux de marge brute n'était plus que de 4,7 % en 2012 et de 4,5 % en 2013. Sur ces deux années, il n'a plus permis de couvrir les amortissements et les frais financiers.

En 2014, le taux de marge s'est redressé à 7,7 % (contre 6,9 % pour les établissements publics de santé de sa catégorie), permettant à l'hôpital, pour la première fois depuis 2011, de couvrir les amortissements et les frais financiers. Ce début d'amélioration de la rentabilité du cycle de fonctionnement demande à être confirmé sur les années à venir.

b - La capacité d'autofinancement

Les évolutions de la capacité d'autofinancement (CAF) nette confirment les déséquilibres du cycle d'exploitation. La CAF a accusé un recul significatif jusqu'en 2013, année au cours de laquelle, tout comme en 2012, elle n'a plus permis de couvrir le remboursement de l'annuité en capital des emprunts souscrits et a placé, sur ces deux années, le centre hospitalier parmi les 10 % des établissements de même catégorie ayant le ratio le plus dégradé.

Le redressement amorcé depuis 2014 doit être poursuivi sur les années à venir.

²⁶ Durée apparente de la dette = rapport de l'encours de la dette au montant net des provisions et amortissements réalisés au cours de l'année.

²⁷ 156,4 mois en 2011, 279,4 mois en 2012 et 358,9 mois en 2013.

Tableau n° 12 : Evolution (en €) de la capacité d'autofinancement (CAF)

CAF	2011	2012	2013	2014	2015
CAF brute	4 469 811	2 472 771	2 003 045	5 837 839	6 109 625
CAF nette	1 391 992	-1 409 861	-2 078 150	1 428 592	1 329 799

Source : centre hospitalier de Saint-Lô

c - La trésorerie

Sur l'ensemble de la période examinée, grâce aux provisionnements, à la mobilisation par anticipation des emprunts et aux aides de trésorerie de l'ARS, le fonds de roulement a permis de couvrir le besoin en fonds de roulement. La trésorerie est donc restée positive.

En conséquence, l'inscription, depuis 2013, de l'établissement dans le dispositif régional de veille sur la trésorerie a été levée par décision de l'ARS en date du 4 août 2016.

Tableau n° 13 : Evolution des principaux ratios bilanciaux

	Exercices				
	2011	2012	2013	2014	2015
Fonds de roulement net global	10 813 931	8 371 024	8 110 533	7 949 558	10 283 101
Besoin en fonds de roulement	8 775 235	7 227 050	6 807 438	7 171 357	5 814 758
Trésorerie	1 750 417	1 143 974	1 303 095	778 200	4 468 343

Source : centre hospitalier de Saint-Lô)

*

En conclusion, sous l'effet d'une hausse croissante de ses dépenses, le centre hospitalier de Saint-Lô a généré des déficits annuels en forte progression jusqu'en 2013. Dans le même temps, les importants investissements passés l'ont fortement endetté. Dans un tel contexte, l'établissement n'a eu d'autre choix que de mettre en place un plan de redressement qui a couru de 2013 à 2015.

Ses résultats sont en-deçà des prévisions initiales, tant en termes d'évolution des dépenses de personnel que des effectifs. C'est principalement grâce à la progression des recettes qu'en 2015 l'établissement a pu retrouver un équilibre comptable.

La situation financière reste donc fragile. La maîtrise des dépenses de personnel et le désendettement demandent à être poursuivis. Sous ces conditions, l'établissement devrait être en mesure de préparer l'avenir.

Les perspectives d'assainissement durable sont également conditionnées par un renforcement de son attractivité et de son positionnement sur son territoire d'influence. La réorganisation de l'offre publique de soins au sein du groupe hospitalier de territoire (GHT) du centre Manche et le positionnement en son sein du centre hospitalier de Saint-Lô constituent, de ce point de vue, une occasion à ne pas manquer.

*

ANNEXE

Annexe n° 1 – Tenue de l'inventaire

1) Actifs anciens

Compte 213518 « Autres IGACC » – 1967 : ensemble bureau (fiche 0047), service admission, pour une valeur de 6 451 €, 1978 : caissons lumineux aux urgences (406 €), 1981 : tableau synoptique aux consultations externes (978,33 €) ; compte 215411 « Matériel médical » – 1993 : pipette automate pour un coût de 264,87 €, 1996 : 30 pousse seringue acquis pour une valeur de 33 921 €, une imprimante couleur en médecine (3 830 €), 2006 : divers instrumentations pour le bloc opératoire, pour des coûts d'achat variant de 3,5 €, pour le montant le plus faible, à 438 € pour le plus important ; compte 215412 « Matériel d'aide aux soins » – 1968 : adaptateurs tables en chirurgie (fiche 0065) pour 116 €, 1976 : 2 plateaux inox (9 €) ; compte 218311 « Matériel de bureau » – 1981 et 1987 : machines à dicter, 1988 : machine à écrire ; compte 218411 « Mobilier hôtelier » – 1969, 20 chaises pour les consultations externes (322 €).

2) Imputations erronées

A titre d'exemple, au compte 213518 « Autres IGACC » – 1971 : exposaire chêne, pour un coût d'achat de 24 €, un groupe de vid acheté à 694,67 €, 1973 : huissier métal restauration pour une valeur de 36 € ; compte 215411 « Matériel médical » – 1981 : (fiche 00151) rongeur codman (419 €), 1997 : (fiche 00078) un pousse nœud (99 €), 2012 : (fiche 565) clamp Dietrich : 39 €, 2013 : poubelle en médecine gastro (79 €), 2014 : canule à héparine (52 €) ; compte 215412 « Matériel d'aide aux soins » – 2011 : 2 rail normalisé (29 €), 2014 : (fiche 00247) une toise verticale (93 €), amortie sur cinq ans.

3) Libellés génériques

Par exemple, sur le compte 21311 « Bâtiments hospitaliers et administratifs » – fiches 1962 012 ou 1964 005 : fin des travaux, bâtiments indifférenciés, fournisseur divers, pour une valeur d'achat de 131 667 € et 1 867,93 € ; fiche 1996 00093 : solde restructuration bâtiments indifférenciés, divers études, travaux pour une valeur d'acquisition de 23 440 €, toujours en cours d'amortissement. Sur une période plus récente, compte 213511 « Matériels électriques » – fiche 2014 00750 : sécurité électrique bâtiments indifférenciés, fournisseur divers, pour un montant de 48 616 € toujours amortis.

GLOSSAIRE

(Par ordre alphabétique)

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ANFH	Association nationale pour la performance hospitalière
ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignante
ASH	Agent de service hospitalier
ASQH	Agent de service qualifié hospitalier
BFR	Besoin en fonds de roulement
CAF	Capacité d'autofinancement
CAP	Contrôle allégé en partenariat
CET	Compte épargne temps
CH	Centre hospitalier
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CLD	Congé longue durée
CME	Commission médicale d'établissement
COPERMO	Comité interministériel de performance et de modernisation de l'offre de soins
COPS	Commission de l'organisation et de la permanence des soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA	Comptes de résultats analytiques
CTE	Comité technique d'établissement
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DIM	Département d'informations médicales
DMS	Durée moyenne de séjour
DNA	Dotation non affectée
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
EPS	Etablissement public de santé
ETP	Equivalent temps plein
EURIBOR	Euro Interbank offered rate (en français : taux interbancaire offert en euro)
FAU	Forfait annuel urgences
FFI	Faisant fonction d'internes
FIR	Fonds d'intervention régional
FHF	Fédération hospitalière de France

FRNG	Fonds de roulement net global
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHM	Groupes homogène de malades
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIP	Groupement d'intérêt public
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GRH	Gestion relations humaines
GVT	Glissement vieillesse technicité
HAD	Hospitalisation à domicile
HDJ	Hospitalisation de jour
ICNE	Intérêts courus non échus
IDE	Infirmière diplômée d'Etat
IP-DMS	Indice de performance de durée moyenne de séjour
IVG	Interruption volontaire de grossesse
JO	Journaux officiels
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
ONDAM	Objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie
PAQSS	Programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité et des soins
PGFPI	Plan global de financement pluriannuel d'investissement
PHARE	Performance hospitalière pour les achats
PM	Personnel médical
PNM	Personnel non médical
PRE	Plan de retour à l'équilibre
RSA	Résumé standardisé anonyme
RSS	Résumé standardisé de sortie
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDIS	Service départemental d'incendie et de secours
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
SROSS	Schéma régional d'organisation sanitaire et social
T2A	Tarifcation à l'activité
UCA	Unité de chirurgie ambulatoire
UNIHA	Union des hôpitaux pour les achats
USLD	Unité de soins de longue durée