



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Centre hospitalier du Blanc

Indre

Observations délibérées le 7 décembre 2016

SOMMAIRE

SYNTHÈSE	5
RÉCAPITULATION DES RECOMMANDATIONS AU TITRE DU CONTRÔLE EN COURS	7
1. PROCÉDURE	9
2. LE PRÉCÉDENT CONTRÔLE ET LES AXES DE CONTRÔLE ENVISAGÉS	9
2.1. LE PRÉCÉDENT CONTRÔLE.....	9
2.2. LES AXES DU CONTRÔLE	9
3. LE CENTRE HOSPITALIER DU BLANC.....	10
3.1. LE PAYSAGE SANITAIRE DÉPARTEMENTAL.....	10
3.2. PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL.....	10
4. L'ACTIVITÉ MÉDICALE ORGANISÉE À PARTIR DU CH DU BLANC	11
4.1. L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, SSR ET AU SERVICE DES URGENCES.....	11
4.2. L'ACTIVITÉ DU SERVICE DE RADIOLOGIE ET DU BLOC OPÉRATOIRE	14
4.3. L'ACTIVITÉ EN CHIRURGIE.....	14
4.4. L'ACTIVITÉ EN OBSTÉTRIQUE.....	16
5. UNE COOPÉRATION INTER-HOSPITALIÈRE INDISPENSABLE QUI NE COUVRE PAS TOUS LES BESOINS DE L'ÉTABLISSEMENT	18
5.1. LA MISE EN PLACE D'UNE DIRECTION COMMUNE ET L'INTÉGRATION D'UN GROUPE HOSPITALIER COHÉRENT AUTOUR DE CHÂTEAURoux.....	18
5.2. LES PERSPECTIVES LIMITÉES DES COOPÉRATIONS MÉDICALES AVEC LE CHU DE POITIERS ET LE CH DE MONTMORILLON.....	21
5.2.1. ÉTAT DES LIEUX	21
5.2.2. LES COÛTS AFFÉRENTS AUX MISES A DISPOSITION DANS LE CADRE DE LA COOPERATION INTER HOSPITALIERE.....	22
6. LES MOYENS HUMAINS.....	22
6.1. DES DÉPENSES DE PERSONNEL GLOBALEMENT MAÎTRISÉES POUR L'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE	23
6.2. ÉVOLUTION DES EFFECTIFS	24
6.2.1. LE PERSONNEL NON MEDICAL	24
6.2.2. LE PERSONNEL MEDICAL.....	25
6.3. L'ABSENTEISME DES PERSONNELS ET LE RECOURS AUX HEURES SUPPLÉMENTAIRES.....	27
6.3.1. L'ABSENTEISME DES PERSONNELS.....	27
6.3.2. LES HEURES SUPPLEMENTAIRES	28
7. LE DIAGNOSTIC COMPTABLE.....	29
7.1. LA FIABILITE DES COMPTES.....	29
7.1.1. LA COMPTABILITE PATRIMONIALE	29
7.1.2. LE RATTACHEMENT DES CHARGES ET PRODUITS	35
7.1.3. LE SUIVI DES SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENTS « RENOUVELABLES » ET DES INTERETS COURUS NON ECHUS	37
7.2. LA SINCÉRITÉ DES COMPTES	37
7.2.1. LES PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES (COMPTE 15).....	38
7.2.2. LES PROVISIONS REGLEMENTEES ET LES PROVISIONS LIEES AUX COMPTES EPARGNE-TEMPS	41
7.2.3. LE REMBOURSEMENT DES CHARGES PAR LES BUDGETS ANNEXES (COMPTE 7087)	42
7.2.4. LA SINCERITE DES PREVISIONS DU BUDGET PRINCIPAL	44
7.2.5. SINCERITE DES BUDGETS ANNEXES.....	44
8. L'ANALYSE FINANCIÈRE	46
8.1. LE COMPTE DE RÉSULTAT	46
8.1.1. L'ÉVOLUTION GLOBALE DES RESULTATS ET LEUR AFFECTATION.....	46
8.1.2. L'ÉVOLUTION DES DEPENSES ET RECETTES DU BUDGET PRINCIPAL.....	48
8.2. LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT DU CENTRE HOSPITALIER.....	51
8.2.1. STRUCTURE ET ÉVOLUTION DES INVESTISSEMENTS REALISES.....	51

8.2.2.	LE FINANCEMENT DU CYCLE D'INVESTISSEMENT.....	55
8.3.	LA SITUATION DE LA DETTE.....	56
8.3.1.	LES RATIOS LIES A LA DETTE.....	56
8.3.2.	EVOLUTION ET STRUCTURE DE LA DETTE.....	57
8.4.	LA STRUCTURE FINANCIÈRE : LE BILAN FONCTIONNEL.....	57
8.4.1.	LE FONDS DE ROULEMENT DE L'INVESTISSEMENT.....	57
8.4.2.	LE BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR).....	58
8.4.3.	LA TRESORERIE.....	58
9.	DES RÉSULTATS 2015 PEU ENCOURAGEANTS.....	59
9.1.	LE CENTRE HOSPITALIER A SU PRÉSENTER UN RESULTAT PRÉVISIONNEL ÉQUILIBRÉ QU'IL N'EST CEPENDANT PAS PARVENU À CONCRÉTISER.....	59
9.2.	PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE ET PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE.....	60
9.2.1.	LE PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE (PMT) MAINTIEN UNE OFFRE DE SOINS CONSOMMATRICE DE RESSOURCES FINANCIERES POUR L'HOPITAL.....	60
9.2.2.	LE PLAN DE REDRESSEMENT FINANCIER SERA INSUFFISANT POUR RETABLIR UN EQUILIBRE DURABLE ET PERMETTRE AU CENTRE HOSPITALIER DE DEGAGER DES RESSOURCES SUFFISANTES POUR MAINTENIR SES EQUIPEMENTS.....	60

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier du Blanc réalise son activité au sein d'un territoire en déprise démographique sur lequel plusieurs établissements de tailles très différentes exercent leur offre de soins. En 2012 a été instaurée avec l'un d'eux, le centre hospitalier de Châteauroux, une direction commune au sein de laquelle un équilibre semble avoir été trouvé entre une dynamique de groupe et l'autonomie des établissements qui le composent.

L'activité médicale traditionnelle, qui constitue son « cœur de métier » et qu'il exerce avec efficacité, donne des signes d'érosion, les journées d'hospitalisation comme les résumés de sortie standardisés traduisent une diminution des taux d'occupation, alors même que l'activité n'apparaît pas contrainte en aval par des structures SSR qui seraient saturées. L'activité ambulatoire notamment en matière chirurgicale est elle-même fragile et reste très en-deçà des objectifs en ce domaine.

L'activité d'obstétrique dont la fermeture fût envisagée fin 2011, a été maintenue sous réserve de l'établissement de coopérations renforcées avec le CHU de Poitiers et le centre hospitalier de Châteauroux. Le maintien de cette activité est très largement accompagné par l'autorité de tutelle qui octroie à l'établissement des aides financières exceptionnelles « pérennes » de l'ordre de 2 M€ par an, et finance des équipements, afin de faciliter l'accessibilité aux soins de la population (l'hélistation). En dépit de ces efforts financiers, le nombre de naissances diminue fortement et régulièrement

La poursuite de l'exercice de l'activité obstétricale à l'hôpital du Blanc, mériterait d'être régulièrement réexaminée. Celle-ci nécessite, en effet, le maintien d'un plateau technique et d'une activité chirurgicale dont le coût génère un déficit structurel qui peut être estimé à 2 M€ par an.

Les difficultés connues en matière de démographie médicale pèsent aussi ici. Même au prix de solutions coûteuses, parfois dérogatoire en matière de rémunération, la permanence des soins reste difficile à maintenir. Ces constats peuvent alimenter des préoccupations en matière de garantie de qualité du fonctionnement de la structure, même si les évaluations de la Haute Autorité de Santé (HAS) restent positives.

La double coopération avec le CHU de Poitiers et le centre hospitalier de Châteauroux, qui avait notamment pour finalité de pallier ces contraintes n'a pas, jusqu'ici, apporté de solution susceptible de consolider durablement l'activité du centre hospitalier du Blanc. Manquant de perspective d'ensemble et de continuité, son fonctionnement devrait être clarifié, notamment pour favoriser l'appui matériel que le CH de Châteauroux apporte à l'hôpital du Blanc, préfigurant d'autres formes de coopérations.

Pour répondre aux exigences de la pérennisation de son offre de soins et du maintien de l'activité obstétricale, le centre hospitalier a adopté un plan de retour à l'équilibre financier qui lui permet de limiter l'ampleur du soutien qu'il sollicite de l'ARS de la région Centre. Cet effort louable n'a cependant pas empêché aujourd'hui le niveau de ses dépenses de rester supérieur de 15 % à ce qu'il était en 2010, ce alors que le produit de son activité est resté le même.

La réforme de la tarification à l'activité (T2A) n'explique pas ce constat dès lors que cette dernière ne s'applique qu'à moins de 40 % du total des produits de la structure.

Les effectifs employés ont diminué d'environ 5 %, mais l'absentéisme a augmenté de façon sensible entre 2008 et 2015.

Enfin, le niveau d'investissement atteint aujourd'hui un étiage problématique pour l'avenir de l'établissement. Le vieillissement des installations et des équipements appellera d'indispensables renouvellements, en cohérence avec le périmètre et la structuration du groupement hospitalier de territoire (GHT) déjà constitué autour du CH de Châteauroux, ceci afin de préserver au sein du nouvel ensemble la qualité de l'appareil de production de soins. En l'état, cependant, l'hôpital ne dispose pas des ressources nécessaires à cette fin.

Ainsi, malgré des efforts réels, la poursuite d'une trajectoire de soins inchangée conjuguée au déclin de sa patientèle, place le centre hospitalier du Blanc dans une situation très délicate, notamment au plan financier, sans pour autant offrir à la population les conditions de prise en charge qu'elle attend si l'on se réfère aux taux de fuite observés. Cette situation ne peut trouver de solution qu'au travers du renforcement de son intégration au sein du GHT, groupement hospitalier de territoire, constitué à l'échelle du département de l'Indre par arrêté de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire du 1^{er} juillet 2016.

RÉCAPITULATION DES RECOMMANDATIONS AU TITRE DU CONTRÔLE EN COURS

- 1- Elaborer un bilan social annuel, conformément à la réglementation ;
- 2- Poursuivre la mise en place d'une procédure de contrôle et de liquidation des heures supplémentaires, très récemment engagée.

1. PROCÉDURE

Le rapport d'observations provisoires (ROP), délibéré le 13 avril 2016, a été adressé le 5 août 2016 à la directrice du centre hospitalier de Châteauroux, qui est également directrice du centre hospitalier du Blanc, ainsi qu'aux ordonnateurs précédents. La directrice et son prédécesseur ont répondu à la chambre respectivement les 26 et 16 septembre 2016.

Une copie du ROP a été transmise à l'ARS de la région Centre qui a répondu le 10 octobre 2016. Des extraits ont été communiqués le 5 août 2016 aux personnes susceptibles d'être mises en cause, à savoir, le directeur du CHU de Poitiers, qui a répondu le 18 octobre 2016, et trois praticiens hospitaliers ; seul l'un d'entre eux a répondu à la chambre le 28 septembre 2016.

2. LE PRÉCÉDENT CONTRÔLE ET LES AXES DE CONTRÔLE ENVISAGÉS

2.1. LE PRÉCÉDENT CONTRÔLE

Le précédent contrôle, portant sur la gestion des exercices 1999 à 2006, avait fait le constat d'une très faible activité chirurgicale et de taux de fuite en hausse, notamment en obstétrique.

La chambre avait préconisé d'établir un programme pluriannuel d'investissement, de veiller à ce que les principes de régularité et de sincérité des comptes soient bien appliqués et de mieux respecter le principe de prudence, par le biais de provisionnements adéquats.

Elle avait également relevé que le résultat d'exploitation était structurellement déficitaire depuis 2002, ainsi qu'une situation de trésorerie dégradée et à un endettement important.

Face à cette situation délicate ainsi mise en exergue, l'établissement et l'agence régionale de santé (ARS) ont cherché des solutions, essentiellement à partir de 2011. Cela s'est notamment traduit, au-delà d'un soutien régulier de la tutelle, par la mise en place d'une direction commune avec le centre hospitalier de Châteauroux, par une évolution du positionnement de l'établissement au sein de son territoire et par la mise en œuvre d'un plan de redressement, à partir de 2013.

2.2. LES AXES DU CONTRÔLE

Le présent contrôle a porté prioritairement sur :

- la fiabilité des comptes ;
- l'analyse de l'activité ;
- la situation financière depuis 2008, notamment en matière de gestion des personnels ;
- l'organisation interne et la place de l'établissement dans le territoire de santé afin d'évaluer l'efficacité des mesures de redressement adoptées.

L'analyse du système d'information hospitalière a été effectuée dans le cadre de l'enquête « Systèmes d'informations hospitaliers » commune aux juridictions financières.

Enfin le contrôle a cherché à observer la pertinence de la gouvernance territoriale mise en place et anticipatrice des groupements hospitaliers de territoire (GHT¹) tout récemment constitués.

3. LE CENTRE HOSPITALIER DU BLANC

3.1. LE PAYSAGE SANITAIRE DÉPARTEMENTAL

Le centre hospitalier (CH) du Blanc est implanté sur un bassin de population plus âgé et à la croissance démographique plus faible que le reste du département de l'Indre, qui a vu sa population baisser de 3 % entre 2008 et 2012.

Le pourcentage de personnes âgées de 60 ans et plus s'élève à 32,1 %, et est supérieur aux moyennes régionales (26,5 %) et nationales (24,1 %). L'indice de vieillissement² est passé dans le département de l'Indre, de 112,7 % en 2010 à 117,8 % en 2013, largement au-dessus de l'indice national qui se situait à 68,8 % en 2010 et à 71,4 % en 2013.

Géographiquement, le centre hospitalier du Blanc qui dessert un bassin de population d'à peine 30 000 habitants est considéré comme isolé³. L'offre de soins, sur ce territoire aux confins de deux régions, subit au plan de la satisfaction des besoins sanitaires comme de l'implantation des praticiens, les effets de la présence de trois centres hospitaliers de tailles et de poids différents :

- le centre hospitalier de Châteauroux (60 km), qui constitue depuis le 1^{er} janvier 2013 un groupe hospitalier englobant le centre hospitalier du Blanc avec lequel il a fusionné le 1^{er} janvier 2017 ; une clinique est également implantée à Châteauroux ;
- Poitiers à 60 km est le siège d'un centre hospitalier universitaire (CHU) qui a fusionné à l'été 2015 avec le centre hospitalier de Montmorillon situé à 34 km du Blanc ;
- Châtelleraut, également à 60 km, où est implantée une clinique.

Cette proximité d'établissements possiblement en situation de concurrence pour soigner une patientèle limitée, pose naturellement la question de l'attractivité du centre hospitalier du Blanc, qui peut être confronté à des difficultés pour renforcer ses équipes médicales, les praticiens hospitaliers pouvant être tentés d'exercer dans des centres urbains plus conséquents.

3.2. PRÉSENTATION DE L'HÔPITAL

Le centre hospitalier a une autorisation pour 36 lits en médecine, 13 en chirurgie, 13 en obstétrique, 30 lits de SSR (Soins de suite et de réadaptation) et 30 lits d'USLD (Soins de longue durée), 5 places en HAD (Hospitalisation à domicile) et 36 en soins infirmiers à domicile.

¹ Le GHT couvrant le territoire du département de l'Indre a été constitué par arrêté de la directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre - Val de Loire du 1^{er} juillet 2016, postérieurement au délibéré.

² Indice de vieillissement : rapport entre le nombre de personnes de 60 ans et plus pour 100 personnes de moins de 20 ans.

³ Au sens du nouveau dispositif introduit par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2014.

L'établissement assure par ailleurs la gestion de trois établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et dispose ainsi de 145 lits d'hébergement permanent répartis sur trois sites ayant respectivement 80, 35 et 30 lits auxquels peuvent être ajoutés 2 lits temporaires et 6 d'accueils de jour pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Une école paramédicale rattachée à l'hôpital assure la formation de promotions de 32 étudiants infirmiers et de 30 aides-soignants chaque année.

L'histoire récente du centre hospitalier a été marquée par la décision de fermeture de la maternité, annoncée par l'ARS de la région Centre en novembre 2011, et finalement rapportée *sine die* par le ministère de la santé en décembre 2012.

Le centre hospitalier a mis en place toutes les instances issues de la loi du 21 juillet 2009, dite loi Hôpital Patient Santé et Territoire, et est désormais organisé en un pôle unique.

4. L'ACTIVITÉ MÉDICALE ORGANISÉE À PARTIR DU CH DU BLANC⁴

4.1. L'ACTIVITÉ EN MÉDECINE, SSR ET AU SERVICE DES URGENCES

La médecine est un élément structurant de l'activité hospitalière.

La performance de l'organisation médicale synthétisée par l'Indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS), inférieur à 1, situe l'établissement positivement parmi ceux de sa catégorie, même si cet indicateur a tendance à se dégrader sur la période. Une certaine diminution du taux d'occupation du service, inférieur de plus de 5 points aux établissements de même type en 2014, constitue un point à surveiller.

Les entrées en provenance des urgences situent l'établissement parmi ceux qui ont un relativement fort taux d'admission par cette voie, celle-ci étant d'ailleurs en nette progression : en 2009 seulement 50,2 % des patients hospitalisés en hospitalisation complète, dont la médecine est la principale activité, étaient passés par les urgences ; ce taux a évolué rapidement entre 2010 (59,2 %) et 2014 (64,2 %).

Le service de médecine a moins d'entrées directes et programmées comparativement à d'autres services de même activité, ce qui révèle une forme de dépendance de ce service vis-à-vis des urgences. C'est à la fois une source de complexité pour la régulation de l'activité et un indice d'érosion de son attractivité dès lors qu'il se conjugue également avec des parts de marché relativement modestes sur sa zone d'attractivité.

Ce point est d'autant plus préoccupant que, dans le même temps, le service des urgences n'oriente pas de façon excessive ses consultants vers l'hôpital afin de donner de l'activité à l'établissement au sein duquel il est implanté, puisque la proportion des entrées aux urgences donnant lieu à hospitalisation se situe dans la moyenne nationale⁵.

Avec en moyenne 21 passages par jour, l'activité du service des urgences varie autour du seuil des 7 500 ATU (Actes Techniques Urgents), notamment depuis 2014. Cette

⁴ Les tableaux présentant l'activité sont rassemblés en annexe 2.

⁵ Le taux moyen d'hospitalisation à l'issue d'un passage aux urgences est en France de 23 %. Source : rapport de la Cour des comptes sur le fonctionnement de la sécurité sociale. Septembre 2014. Page 355.

référence est importante puisqu'elle conditionne l'octroi à l'établissement d'un supplément de dotation de 170 000 € de la part de l'ARS.

La fluctuation de l'activité autour de ce nombre est source d'incertitude et générateur d'un effet de seuil qui ne peut qu'handicaper le pilotage de l'établissement. Cela ne doit cependant pas l'inciter à augmenter artificiellement cet indicateur, en comptabilisant systématiquement les « consultations initiales des parturientes n'ayant pas fait leur déclaration de grossesse comme des urgences⁶ », ce qui irait sans doute au-delà de l'application des règles de facturation des forfaits ATU établies par le ministère de la santé.

De façon plus stratégique, par-delà son caractère irrégulier, ce niveau d'activité ne suit pas la tendance nationale à la hausse de la fréquentation des services d'urgence, progressant en moyenne de 3 % par an.

Pourtant, ce service fonctionne sous tension, notamment lorsque le seul médecin urgentiste présent est parti en intervention avec le SMUR. Pour maintenir une présence médicale sur place durant cette absence, les anesthésistes-réanimateurs ont été sollicités. Ils ont refusé ce renfort des urgences. Cette situation pèse sur l'organisation de la continuité de la prise en charge qui est, par défaut et en conséquence, assurée par un médecin de médecine. Cela est d'autant moins compréhensible que les anesthésistes ne sont pas soumis à une charge de travail intensive, compte tenu de la faiblesse de l'activité du bloc et alors même que le coût annuel par anesthésiste est de 273 418 € en 2013⁷.

La faible activité de l'USC-HTCD (Unité de surveillance continue - Hospitalisation de très courte durée) traduit le fait que l'état de tension du service des urgences résulte plus de difficultés structurelles que de sa fréquentation, puisqu'il semble disposer de capacités d'accueil en aval sous employées, au sein de l'USC, ou en concurrence avec l'USC, au sein du service de médecine.

L'ensemble formé des urgences et de l'UHTCD contribue finalement négativement au résultat de l'hôpital⁸.

L'activité du service de soins de suite et de réadaptation (SSR⁹), fait ressortir deux faits saillants :

- le taux d'occupation de ce service (84, 4% en 2014) est notablement inférieur aux moyennes constatées habituellement en milieu hospitalier où le taux d'occupation en SSR oscille fréquemment entre 96 et 98 %¹⁰, ce qui est susceptible de traduire une sous occupation. Ce point est d'ailleurs étayé par le fait que le logiciel « trajectoire », destiné à faciliter les recherches de places en SSR, à partir des services d'hospitalisation complètes, est peu utilisé.
- inversement, la durée moyenne de séjour dans ce type de structure est fréquemment de l'ordre de 29 jours. Les durées inférieures, ici constatées, rendent compte d'un service bien organisé ou d'un service confronté à des pathologies dont le degré de sévérité est moindre.

⁶ Propos tenus lors du Directoire du 10 juin 2014

⁷ A titre de comparaison, la rémunération annuelle d'un chirurgien au dernier échelon, tel que donnée dans le rapport au ministre de la santé référencé ci-après, n'est que de 123 000 € (soit environ 180 000 €, chargé) : (<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/084000179.pdf>, page 18, notamment)

⁸ Voir Annexe 2, Compte de Résultat analytique des urgences

⁹ Voir Annexe 2, Compte de Résultat analytique et activité du service de SSR

¹⁰ Le taux d'occupation moyenne en soins de suite est de 98,70 % et de seulement 53,20% pour la rééducation, générant une « moyenne SSR » de 82,90 % (dans le secteur non lucratif). (Source : Conseil CNAMTS du 1^{er} juillet 2010).

La contribution du SSR à l'équilibre financier de l'hôpital est désormais légèrement positive. L'établissement attend de l'ouverture supplémentaire de 20 places de « SSR d'addictologie », prises en charge par les mêmes médecins que le service de SSR polyvalent, un surcroît de recettes de 1 M€. A ce stade et compte tenu que le taux d'occupation en SSR traditionnel n'apparaît pas optimal, il semble qu'une certaine prudence doive être de mise relativement à l'évaluation des recettes anticipées liées à la mise en place de ce nouveau service d'addictologie.

Ainsi, l'activité médicale constitue bien le cœur de métier de l'hôpital, au centre d'un parcours patient qui n'est pas, au sein de ce territoire, sous tension. La gestion de la partie aval de ce parcours doit pouvoir, en utilisant le logiciel trajectoire et en étant envisagée à l'échelle du territoire, améliorer le taux d'occupation en SSR.

4.2. L'ACTIVITÉ DU SERVICE DE RADIOLOGIE ET DU BLOC OPÉRATOIRE

Le service d'imagerie médicale dispose d'un scanner et de 4 salles de radiologie conventionnelle ainsi que d'un appareil de mammographie.

La productivité de ce service est significative, s'agissant notamment du scanner. Le rapport 2010 de la Cour des comptes sur le fonctionnement de la Sécurité Sociale indique, en reprenant des informations issues de la MEAH (Mission Nationale d'audit et d'Expertise Hospitalier), que le nombre moyen d'actes techniques effectués par scanner, et par heure d'ouverture, est compris entre 1,7 et 7,2 en France en 2009. Nonobstant le caractère ancien de ces données, sur la base d'une durée d'utilisation de 35 heures par semaine, le nombre d'actes réalisés au Blanc est de 3,48 par heure. Cela situe l'établissement dans une bonne moyenne alors même qu'il n'a pas forcément la ressource suffisante en termes de patientèle.

Le service rendu à la population, et la baisse des délais d'attente, sont donc réels.

Le bloc opératoire a des coûts faibles mais une activité anémique.

Le coût des ICR (indice des coûts relatifs, unité de mesure des ressources allouables à un acte) réalisés au bloc, est relativement bas. Cependant, la faiblesse du nombre d'ICR par salle d'intervention est à corréliser avec l'activité du bloc qui est aujourd'hui extrêmement réduite et très inférieure aux seuils posés par la réglementation ou issus de la réflexion des professionnels¹¹. Le nombre d'actes chirurgicaux, intégrant ceux accomplis lors des accouchements, a décru de 1279 en 2010 à 707 en 2014, du fait notamment de la disparition des actes d'ophtalmologie.

Finalement, l'hôpital a su développer une réelle activité diagnostique qui répond à une demande certaine en permettant un fonctionnement efficient, activité complétée à partir de 2014 par la mise en service d'un mammographe. En revanche, l'activité du bloc est désormais très inférieure au standard habituellement considéré nécessaire en matière de sécurité.

4.3. L'ACTIVITÉ EN CHIRURGIE

Le service de chirurgie comporte 6 lits d'hospitalisation complète et 7 lits d'hospitalisation de jour en capacité d'effectuer de la chirurgie générale, viscérale ou ophtalmologique. Le service de chirurgie orthopédique a fermé le 1^{er} janvier 2014, les interventions se déroulant désormais au centre hospitalier de Montmorillon.

¹¹ Le conseil national de la chirurgie considère ainsi que ce seuil devrait être fixé à 2000 actes : http://www.chirurgie-viscerale.org/data/upload/files/Conseil_National%20.pdf

Le projet régional de santé (PRS) 2012-2016 avait prévu¹² le renouvellement pour avril 2012 de l'activité de chirurgie ambulatoire sous la condition particulière du maintien d'une coopération avec le centre hospitalier de Châteauroux. De même le renouvellement de l'activité de chirurgie en hospitalisation complète en avril 2013, a été accordé sous réserve du maintien de liens avec le CHU de Poitiers au travers de la FMIH.

Le taux de fuite des patients vers d'autres structures est particulièrement élevé. La faiblesse des parts de marché, 23,2 % en chirurgie et 16 % en chirurgie ambulatoire en 2014, traduit le fait que, lorsqu'elle en a la possibilité, la population du territoire de santé du Blanc choisit de se faire soigner ailleurs. De façon concomitante, il est loisible de constater les faibles taux d'occupation de ces services.

Concernant la chirurgie ophtalmologique, le nombre annuel d'opérations de la cataracte a chuté de plus de 400 en moyenne à 3 en 2013. Cette baisse importante résulte du départ du Docteur A, chirurgien ophtalmologiste.

La convention FMIH (fédération Médicale Interhospitalière) avec le CHU de Poitiers a permis la mise à disposition à hauteur d'un temps partiel (60 %) d'un assistant spécialiste en ophtalmologie à compter de novembre 2013. Ce dernier n'a effectué que 41 interventions en 2014, activité très en retrait par rapport à l'activité antérieure.

En mars 2015, le centre hospitalier du Blanc a signé un contrat de professionnel libéral avec le Docteur A, lui permettant de revenir travailler au sein de l'établissement. Cette décision a amené le CHU de Poitiers à arrêter¹³ la mise à disposition de l'assistant spécialiste en ophtalmologie et à le réaffecter vers l'hôpital de Montmorillon.

Outre qu'ils révèlent les difficultés de la coopération entre établissements hospitaliers, ces attermoissements ont sans doute perturbé l'activité d'ophtalmologie en 2015. Celle-ci, apparemment stabilisée depuis novembre 2015, est assurée désormais par le Docteur A et un second praticien, également recruté sur un poste de praticien contractuel à temps plein.

En ce qui concerne la chirurgie viscérale, le CHU de Poitiers a recruté le Docteur E en qualité de praticien contractuel temps plein et l'a affecté partiellement (60 %) au centre hospitalier du Blanc. Il assure, d'une part, la prise en charge de l'activité de chirurgie viscérale conventionnelle sous la responsabilité du Professeur C et, d'autre part, la sécurité chirurgicale de la maternité.

Le volume de son activité demeure faible comme en témoignent les 40 consultations et 21 interventions qu'il a pu réaliser seul durant le 2^{ème} quadrimestre 2014.

Le Professeur C et le Docteur E ont envisagé de développer une chirurgie bariatrique et proctologique à l'hôpital du Blanc ce qui nécessite une réflexion approfondie sur les conditions de sa réalisation, notamment si l'on se réfère à la lourdeur de ce type de chirurgie¹⁴ telle que la considère la Haute Autorité de la Santé (HAS).

Il existe donc peu de pistes nouvelles susceptibles de développer l'activité chirurgicale.

¹² Source : Annexe du rapport 2014 relatif à la mise en œuvre du PRS

¹³ Compte-rendu réunion coopération CHU Poitiers, CH Montmorillon et le Blanc du 6 février 2015

¹⁴ Comme l'indique le communiqué de presse du 30 mars 2016 de la HAS relativement à cette pratique chirurgicale chez les mineurs, en l'occurrence : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2620574/fr/chirurgie-de-l-obesite-pour-les-moins-de-18-ans-a-n-envisager-que-dans-des-cas-tres-particuliers

Le redimensionnement réaliste du service, passé de 13 à 6 lits en 2013, explique la nette amélioration du taux d'occupation des lits en chirurgie, sans pour autant améliorer la fréquentation, 9 personnes étant accueillies en moyenne par jour en début de période, contre seulement 7,2 aujourd'hui.

La faible durée moyenne de séjour en chirurgie est un indice positif de sa performance qu'il est utile de mettre en rapport avec le niveau technique modeste des pathologies prises en charge.

Le taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire fléchit quant à lui d'environ 25 % alors que, dans le même temps, ce type d'activité connaît une réelle croissance au sein des structures hospitalières. La dégradation de cet indicateur peut être mise en relation avec la fragilité de l'activité de chirurgie traditionnelle, les deux activités étant indissociables.

Au plan financier, le compte de résultat analytique (CREA) de ce service, qui inclut à partir de 2012 les consultations externes, affiche un déficit annuel systématique très important. En moyenne sur la période, la consommation de ressources excède le produit de l'activité de 902 000 €.

Tableau 1 : Synthèse CREA de la chirurgie et de la chirurgie ambulatoire

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Chirurgie	-1 206 797	-842 434	-976 644	-943 830	-837 179	
Chirurgie HC / UMCA						-1 443 227

Source : Hospidiag

4.4. L'ACTIVITÉ EN OBSTÉTRIQUE

Le projet régional de santé (PRS) publié par arrêté du 22 mai 2012 envisageait la suppression de l'activité obstétrique et une reconfiguration des autres activités de l'établissement. Le directeur général de l'ARS de la région Centre a anticipé cette position en demandant aux directions de l'hôpital du Blanc et de Châteauroux, en décembre 2011, de réfléchir à un rapprochement.

Finalement, ce service a été maintenu sous réserve du respect de conditions de sécurité et de la mise en place d'une couverture chirurgicale réalisée avec l'aide du centre hospitalier de Châteauroux et du CHU de Poitiers. C'est à partir de cette époque qu'ont été relancées de façon dynamique les coopérations sanitaires aujourd'hui encore en place.

Tableau 2 : L'activité d'obstétrique

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Taux de fuite (%)	49	44,5	45,5	48,2	46	47,7	50,4
Parts de marché	51	55,5	54,5	51,8	54	52,3	49,6
Nombre de naissances		407	372	366	361	357	345
Nombre de césariennes		50	48	47	52	48	58
Taux de césariennes (%)		12,28	12,90	12,84	14,40	13,44	17,10

Source : Hospidiag

L'activité en obstétrique caractérise une maternité isolée au sein d'un territoire dont la population est vieillissante, ce qui écarte toute perspective d'amélioration à périmètre constant. Le nombre de naissances a diminué de 15 % depuis 2009 pour atteindre 296 en 2015, soit 49 naissances de moins qu'en 2014. Ce nombre peut encore diminuer dès lors que l'ARS a souhaité limiter l'activité du service au suivi des parturientes ne posant aucune difficulté.

Un rapport, datant de novembre 2012, d'un Professeur du CHU de Poitiers, missionné pour analyser le fonctionnement du service indique effectivement que, « *les activités médicales et non coordonnées reposent pour répondre aux exigences de sécurité réglementaires, sur le recrutement de médecins intérimaires. Ce fonctionnement permet d'obtenir un tableau de garde complet mais est insuffisant pour une structuration de l'activité et une continuité des soins sécuritaires* ».

Le maintien de cette activité obstétricale nécessite la présence d'un plateau technique et des compétences utiles à son fonctionnement. C'est dans ce cadre que le Docteur E, chirurgien au CHU de Poitiers, a été mis à disposition du CH du Blanc.

En ce qui concerne l'activité de ce service, il est possible de formuler les constats suivants :

- le très faible taux d'occupation des 13 lits installés révèle un service toujours surdimensionné, puisqu'en moyenne moins de 5 lits sont occupés ;

Tableau 3 : Taux d'occupation des lits dans le service de gynécologie-obstétrique

2009		2010		2011		2012		2013		2014	
40,3		35,9		35,8		37,1		34,9		33,4	
Taux des établissements de même catégorie											
2009		2010		2011		2012		2013		2014	
2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
		47,7	69,3	47,2	68	46,7	68,1	46,1	69,8	44,9	69,5

Source : Hospidiag

- le faible taux de césariennes¹⁵ confirme que le centre Hospitalier ne suit que des grossesses présentant des risques moindres, conformément à son classement ;
- la performance du service, si l'on retient comme critère la durée moyenne de séjour des parturientes, est convenable même si cette performance tend à diminuer par rapport à d'autres établissements dès lors que l'indicateur de durée moyenne de séjour tend vers 1 ;
- le service n'a pas eu à supporter les conséquences des réductions d'effectifs à la suite de l'adoption du plan de retour à l'équilibre financier dont une des motivations était, précisément, de permettre le maintien de la maternité ;
- la contribution du service au résultat de l'établissement est négative. Même si le compte de résultat analytique connaît des variations d'une année sur l'autre, la moyenne du déficit direct généré par cette activité sur les 6 dernières années est de 746 907 €.

¹⁵ Le taux moyen national des césariennes programmées à terme est de 19 %. Source : « Césariennes programmées à terme ». Etude HAS septembre 2014 : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/experimentation_cesarienne__taux_2011_a_2013_2014-09-16_17-11-16_366.pdf

Tableau 4 : Synthèse CREA du service de gynécologie Obstétrique

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Moyenne
Gynécologie Obstétrique.	- 809 749	- 563 125	- 833 040	- 700 261	- 919 226	- 656 041	- 746 907

Source : documents CREA Centre Hospitalier.

- le fonctionnement du service impose le maintien d'une présence chirurgicale qui peine à trouver sa propre dynamique. Les dépenses pesant sur le service de chirurgie liées à l'usage du bloc et à la disponibilité d'anesthésistes, requise par ailleurs par le service de gynécologie obstétrique, doivent être réaffectées à la maternité afin de mesurer précisément le coût réel du service.

Tableau 5 : Calcul des charges réelles induites par le fonctionnement du service de Gynécologie Obstétrique

En €	
Charges Gynécologie Obstétrique (GO)	2 472 215
Coût bloc attribué à la chirurgie	796 901
Coût anesthésistes attribué à la chirurgie	716 930
Total : Charges réelles générées par l'existence du service de GO	3 986 046

Source : CREA 2013

Ainsi retraité, le déficit du service de gynécologie obstétrique atteint 2 169 872 €, soit 6 078 € par naissance, le coût de chaque naissance réalisé sur le site du Blanc ressortant à 11 165 €¹⁶

Le maintien d'une activité fonctionnant au profit de parturientes dont la grossesse et, a priori, l'accouchement ne présentent aucun risque, ne peut être l'unique perspective du site, notamment parce que les parturientes, elles-mêmes, font le choix d'accoucher dans d'autres établissements ainsi que le révèlent la faiblesse des parts de marché et la chute des naissances en 2015. Le service de gynécologie apparaît en outre manifestement surdimensionné.

L'ARS a permis la mise en place d'une structure supplémentaire (l'hélistation) qui contribue à réduire les distances entre le centre hospitalier du Blanc et d'autres hôpitaux dont les maternités sont classées en niveau 2 ou 3.

Comme d'autres établissements de santé de régions aux caractéristiques et aux fragilités analogues, notamment en termes de liaisons routières, l'ont fait, le centre hospitalier doit réfléchir, tant au regard des critères de qualité et de sécurité que des coûts générés par le maintien de cette activité, à un regroupement départemental sur un seul plateau technique tout en garantissant une continuité de la prise en charge.

5. UNE COOPÉRATION INTER-HOSPITALIÈRE INDISPENSABLE QUI NE COUVRE PAS TOUS LES BESOINS DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1. LA MISE EN PLACE D'UNE DIRECTION COMMUNE ET L'INTÉGRATION D'UN GROUPE HOSPITALIER COHÉRENT AUTOUR DE CHÂTEAURoux

La coopération territoriale avec le centre hospitalier de Châteauroux est une donnée ancienne visant à pallier les difficultés de l'établissement du Blanc :

¹⁶ 11 165 = Somme des charges pesant sur le service (3 986 046 €) divisé par le nombre des naissances (357)

- depuis 1997, le CH de Châteauroux met à disposition du CH du Blanc du temps médical (un demi-praticien depuis 2005) en Gynécologie-Obstétrique ;
- le CH de Châteauroux assure 4 gardes de 24 heures sur 7 (soit 57 %) du service des urgences du Blanc ; depuis avril 2013, un pôle de territoire de médecine d'urgence a été constitué entre les deux centres hospitaliers ;
- les deux établissements sont en direction commune depuis le 1^{er} septembre 2012 et une fusion a été réalisée au 1^{er} janvier 2017.

Cette coopération prend en compte la réalité sanitaire locale mais ne permet cependant pas de faire face complètement à l'impérative continuité et à la nécessaire qualité de service requises, dès lors que sont maintenues des activités chirurgicales et obstétricales consommatrices de moyens médicaux pas toujours disponibles, même à l'échelle du territoire.

- Le centre hospitalier de Châteauroux peut être dans l'incapacité de fournir des ressources médicales, comme les urgentistes, à certaines périodes de l'année. Il ne peut pas solliciter ses praticiens, qui ne le souhaiteraient pas, afin d'assurer des services de garde au CH du Blanc. La fusion des établissements serait seule à même de lever cette limitation.
- Le centre hospitalier du Blanc n'a pas, malgré cet appui, les ressources internes utiles pour compléter l'offre de soins. Il recourt à des praticiens attachés associés qui ne peuvent effectuer des gardes qu'en étant supervisés.
- Les compétences médicales locales, souvent détenues par un seul praticien, obligent d'ores et déjà l'établissement à recourir à des astreintes communes à plusieurs services. C'est le cas en SSR, en USLD voire en EHPAD ou encore, de façon plus nette aux urgences, qui sont renforcées par un praticien du service de médecine comme cela a pu être indiqué plus haut. L'établissement complète également son offre de soins en ayant recours à la télé-imagerie, ou encore fonctionne sans assurer de permanence de sécurité, par exemple pour la pharmacie.
- Ces difficultés se conjuguent avec l'obligation d'assurer la permanence des soins pour peser financièrement sur le budget de l'hôpital indépendamment du volume de l'activité.

La permanence des soins ne peut donc se concevoir, afin d'en garantir la sécurité, que dans une perspective géographique élargie.

La coopération avec Châteauroux fonctionne sur la base d'une gouvernance respectueuse des spécificités de chacun des acteurs tout en s'attachant à mutualiser au maximum les ressources et à faire baisser les dépenses.

Le directeur général du groupe « Indriance », qui correspond au périmètre du GHT, a mis en place un système de management qui laisse une réelle place aux acteurs locaux. Ainsi, au CH du Blanc, la présidence du directoire est assumée par la directrice adjointe en charge du site, ce qui lui permet d'être véritablement identifiée comme la directrice d'un hôpital ayant une autonomie de gestion locale tout en pouvant s'appuyer sur la solidité d'un groupe.

L'établissement a, par ailleurs, fait le choix de conforter son ancrage territorial en conviant deux membres du comité de défense de l'hôpital du Blanc aux réunions du directoire. Cette initiative, permise par les textes réglementaires mais qui dépasse leurs exigences, donne aux acteurs locaux une possibilité d'expression au sein même du GHT.

Une charte de direction commune a été élaborée et des valeurs, des principes, des règles de fonctionnement comme les missions de chacun sont définis et appliqués.

Des synergies et des économies d'échelle sont recherchées pour les activités support. C'est le cas à travers l'élaboration d'une politique de système d'information commune « architecturée » autour du GCS « infotech 36 »¹⁷. Un même effort s'observe en matière de ressources humaines, que ce soit au travers de la fixation de règles identiques sur les deux sites et de modalités de travail communes ou via des postes partagés. L'adoption d'un système unique d'élaboration de la paye permet, par exemple, à l'hôpital de Châteauroux de relayer le cas échéant celui du Blanc, en cas de défaillance. La direction commune sécurise ainsi les modes de fonctionnement. La mise en place d'une direction des soins partagée va dans le même sens.

Le centre hospitalier du Blanc doit pouvoir profiter de la fusion avec Châteauroux qui est intervenue au 1^{er} janvier 2017 pour construire une organisation la plus intégrée possible.

5.2. LES PERSPECTIVES LIMITÉES DES COOPÉRATIONS MÉDICALES AVEC LE CHU DE POITIERS ET LE CH DE MONTMORILLON

5.2.1. État des lieux

L'application du projet médical territorial validé début 2013 à la demande du ministère de la santé, permet au CH du Blanc de bénéficier d'un chirurgien viscéral à 80 % (20 % et 60 %), d'un ophtalmologue à 60 %, ainsi que de consultations avancées spécialisées (ortho-rachis, urologie, cancérologie digestive, rhumatologie). Cette collaboration émanant du CHU de Poitiers, initiée par les ARS des régions Centre et Poitou-Charentes, est définie dans le cadre d'une « fédération médicale inter-hospitalière » (FMIH).

En contrepartie de la présence de chirurgiens viscéraux sur le site du Blanc, le CHU de Poitiers entendait faire diriger vers le CH de Montmorillon la patientèle relevant de la chirurgie orthopédique, réalisant ce que le directeur du CHU de Poitiers appelle une « triangulation »¹⁸. Indépendamment du fait que cette patientèle est peu nombreuse, l'adressage vers Montmorillon, réalisé par la médecine de ville essentiellement, n'a pas répondu aux attentes du CHU de Poitiers. Le CH du Blanc, quant à lui, confronté à l'érosion de certaines patientèles, peut être tenté par des solutions non-coopératives comme dans le cas de l'ophtalmologie précédemment mentionné.

Ces constats sont symptomatiques des difficultés que suscite la répartition des « parts de marché » sur un même territoire peu dynamique, où intervient également l'hôpital de Châteauroux, regroupé avec l'hôpital du Blanc

Les bénéfices attendus pour le centre hospitalier du Blanc de la coopération avec le CHU de Poitiers sont ainsi limités, d'autant que ce dernier s'est engagé dans une démarche de coopération puis de fusion avec le centre hospitalier de Montmorillon qui peut encore accroître les effets de concurrence entre les structures sanitaires les plus proches.

C'est en matière médico-économique que cette coopération semble avoir eu l'impact le plus significatif. Ainsi, la mise en place de la « biologie du territoire » a doté le CH du Blanc d'une antenne de biologie délocalisée lui permettant de réaliser un gain financier non négligeable, avec un passage du coût initial du B de 0,27 € à 0,21 €.

¹⁷ Voir ROP « Enquête SIH »

¹⁸ Cf Compte rendu Réunion Bilan Coopération avec le CHU de Poitiers du 6 février 2015.

Il demeure que, dans son état actuel, cette coopération ne règle donc pas les difficultés de l'hôpital du Blanc et doit être mieux articulée dans le contexte de son intégration au sein du GHT constitué autour de l'hôpital de Châteauroux.

5.2.2. Les coûts afférents aux mises à disposition dans le cadre de la coopération inter hospitalière

Le centre hospitalier du Blanc a calculé que le coût de la mise à disposition des médecins du CHU de Poitiers s'élève à 113 112,92 € pour l'année 2013. Le centre hospitalier précise que ce coût « *ne prend pas en compte les coûts de fonctionnement autres que ceux du personnel médical* » indispensable pour supporter l'activité.

En moyenne, pour 1 000 € dépensés au titre des rémunérations des personnels médicaux, le centre hospitalier a besoin de 2 910 € de dépenses d'autres personnels¹⁹.

Ainsi, la dépense en personnel non médical pour l'exercice d'activités médicales assurées par des médecins du CHU de Poitiers est de 329 158²⁰ €. Le coût lié à la mise en place de cette coopération avec Poitiers peut donc être estimé à 442 271€.

Le centre hospitalier du Blanc a chiffré les recettes liées à cette coopération à 314 367,54 €. Dès lors, en ne comptant que les charges de personnel (qui correspondent à « seulement » 68 % du total des charges pesant sur l'hôpital), le déficit entraîné par la coopération est évaluable à 127 904 €. Ce qui peut aussi être présenté en considérant que pour chaque euro d'activité permise par cette coopération, le centre hospitalier du Blanc perd 0,40 €²¹.

La mise en place de consultations spécialisées sur le site du Blanc afin d'élargir l'offre de soins locale, et d'accroître les recettes de l'hôpital, avec des praticiens dont la présence est requise sur le site pour faire fonctionner le bloc opératoire, maintenu notamment pour la réalisation sur place des accouchements²², fait supporter à l'établissement une charge financière réelle. Elle complique également la construction d'un ensemble hospitalier cohérent autour de l'établissement de Châteauroux.

Le centre hospitalier du Blanc a une politique d'élaboration de partenariats médicaux explicite et régulièrement évaluée, comme l'illustre le rapport relatif à la situation de ses personnels médicaux élaboré en avril 2014, qui montre que les coopérations médicales ne sont pas équilibrées financièrement et n'apportent pas de solution pérenne à ses difficultés.

6. LES MOYENS HUMAINS

Les données ci-après ont été élaborées à partir des comptes financiers et des bilans sociaux, et concernent le seul budget principal. Depuis 2013, l'hôpital n'élabore plus de bilan social annuel, contrevenant ainsi à la réglementation réactualisée par le décret 2012-1292 du 12 novembre 2012.

¹⁹ Ces données sont calculées à partir des charges de personnel médical et non médical des années 2012 à 2014. Les charges de personnel médical représentent ainsi 34,36 % de celles consacrées au personnel non médical. (Chiffres extraits du rapport KPMG de juin 2015 « Analyse du résultat structurel 2014 du CH du Blanc »)

²⁰ $2,91 \times 113\,112,92 = 329\,158$

²¹ $127\,904 / 329\,158 = 0,3885$

²² Cf Le compte rendu de la réunion Bilan de la coopération avec le CHU de Poitiers du 6 février 2015, en présence des deux DG d'ARS concernés et notamment les propos de Mme MARBOT-FAUCONNEAU, directrice du site du Blanc : « ...en précisant que l'objectif de ces dernières (les coopérations) était la sécurisation chirurgicale de l'activité de gynécologie obstétrique », propos confirmés par M DEWITTE, directeur du CHU de Poitiers.

6.1. DES DÉPENSES DE PERSONNEL GLOBALEMENT MAÎTRISÉES POUR L'ENSEMBLE DE LA STRUCTURE

En 2014, les dépenses de personnel représentent 68,26 % des dépenses totales de l'établissement, soit une légère baisse par rapport à 2013 (1,86 % en moins). L'évolution moyenne annuelle de ces charges s'établit à 0,532 % (taux le plus bas depuis 2008), alors que les dépenses globales augmentent de 3,44 % (0,68 % en rythme annuel).

Tableau 6 : Comparaison de l'évolution des dépenses de personnel avec celle des recettes et des dépenses totales, ainsi qu'avec les produits versés par l'assurance maladie

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2008/14
Dépenses totales (en €)	21 175 886	22 110 380	24 452 450	22 732 643	21 799 482	21 905 358	3,44%
dont titre 1, charges de personnel (D1)	14 560 747	15 692 271	15 534 191	15 382 587	15 286 327	14 952 529	2,69%
Poids des charges de personnel par rapport aux dépenses totales	68,76%	70,97%	63,53%	67,67%	70,12%	68,26%	
Recettes totales (en €)	21 140 031	21 135 316	22 634 594	22 647 350	21 513 436	22 010 182	4,12%
Titre 1	15 535 113	15 737 243	16 809 923	17 074 390	15 442 321	15 031 580	-3,24%

Source : comptes financiers

Ces données illustrent une volonté de maîtrise par l'établissement de ces dépenses. Il apparaît un différentiel de plus de 6 points entre l'évolution des dépenses et celle des recettes liées à l'activité, effet ciseau à l'origine de difficultés structurelles de l'hôpital.

Dans le détail, il y a lieu de distinguer la baisse des charges concernant le personnel médical (- 11,24 %) de celle relative au personnel non médical (- 2,70 %).

Si la première n'est pas nécessairement de bon augure, dès lors qu'elle illustre également les difficultés de recrutement de la structure, la seconde est la traduction de l'effectivité de la mise en œuvre du plan de redressement adopté fin 2012.

Celui-ci s'est concrétisé par la suppression d'ETP (emplois à temps plein) dans les services administratifs, techniques et ouvriers, en préservant les emplois soignants, malgré la suppression du pool de remplacement. Ont également été réorganisés le bloc opératoire et les services de chirurgie et d'imagerie médicale, dans la logique des préconisations faites par le conseil de l'hôpital et la société KPMG Consultant.

Les dépenses occasionnées par le recours au personnel extérieur à l'établissement ont été multipliées par plus de 13 en six ans. Elles sont essentiellement imputées sur le compte 6215 et correspondent donc, peu ou prou, au coût des coopérations mises en œuvre. Elles contribuent naturellement à l'activité de l'établissement.

Au total, les dépenses de personnel du budget principal après intégration des dépenses des personnels extérieurs, passent de 9 574 562 € en 2008 à 9 962 833 € en 2014, soit + 3,89 %. L'écart entre l'évolution des dépenses de personnel et les recettes du titre 1 (- 3,24 points) est supérieur à 7 %.

6.2. ÉVOLUTION DES EFFECTIFS

Le nombre d'ETP, toutes catégories et tous statuts confondus, est passé de 275,67 ETP en 2008 à 260,93 ETP en 2014, soit une baisse de 5,35 %.

6.2.1. Le personnel non médical

6.2.1.1. *Analyse d'ensemble*

Les effectifs du personnel non médical baissent de 3,83 % entre 2008 et 2014. Cette quasi-stagnation (- 0,75 % par an, en moyenne) s'est accompagnée d'une évolution des statuts des personnels employés et même d'une légère hausse du nombre de personnels soignants, dont le nombre d'ETP a progressé de 2,73.

En 2014, le taux des personnels permanents (*les titulaires, stagiaires et personnels sous contrat à durée indéterminée*) s'établit à 88,20 % du total de l'effectif du personnel non médical après en avoir représenté jusqu'à 100 %, en 2009. Une lente évolution vers une recherche de plus de souplesse dans cette catégorie de personnels est ainsi perceptible.

Pour autant, la recherche de flexibilité n'exclut pas la consolidation, ainsi s'agissant des personnels soignants dont le nombre d'ETP est passé de 154,22 à 156,95.

Malgré la récente mise en œuvre d'un plan de redressement, il est donc possible de faire le constat que la fonction première de l'hôpital a été préservée.

Le rapprochement entre l'évolution des effectifs et l'évolution des dépenses sur l'ensemble de la période illustre une réelle maîtrise des rémunérations qui sont restées quasiment stables. Ce point positif doit toutefois être tempéré par la prise en compte de la diminution simultanée de l'activité entre 2008 et 2014, conséquence de la rigidité d'un certain nombre de charges fixes.

Les marges de manœuvre de l'établissement afin de dégager des ressources sont donc réduites, toutes choses égales par ailleurs. Elles ne peuvent être trouvées que par une plus grande adéquation entre l'activité et les effectifs employés, ce qui renvoie à des mesures structurelles. Une analyse du coût induit par l'octroi d'autorisations de travail à temps partiel à 80 ou à 90 %, lorsque celles-ci ne sont pas « de droit » permet d'esquisser une autre piste, certes modeste.

6.2.1.2. *La pratique des temps partiels sur autorisation*

L'ensemble des textes auxquels il est fait ici référence est rassemblé dans un guide édité par la direction générale de la fonction publique datant de 2006 et toujours d'actualité²³.

Le dispositif réglementaire identifie deux situations de travail à temps partiel : le temps partiel sur autorisation et le temps partiel de droit. Le temps partiel sur autorisation :

- est octroyé « sous réserve des nécessités du service », c'est-à-dire que l'organisation du calendrier de travail de l'agent (choix des périodes travaillées ou non) est soumise à la bonne organisation du service ;
- est permis au sein de la fonction publique pour des quotités de travail de 50, 60, 70, 80 ou 90 % ; la fonction publique hospitalière peut également utiliser une quotité de 75 % ;

²³ http://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/IMG/Guide_temps_partiel_FPE-2.pdf

- donne lieu à une rémunération calculée au prorata de la durée effective réalisée, exceptée pour le temps partiel à 80 %, rémunéré à hauteur de 85,7 % et celui à 90 %, rémunéré à 91,4 %.

Par suite, l'employeur se pénalise lorsqu'il accorde des quotités de travail de 80 et 90 %, en raison de la « sur rémunération » que les textes instaurent pour ces temps partiels, ce qui justifie d'autant l'attention portée aux nécessités de service.

Indépendamment des contraintes organisationnelles qui méritent une analyse spécifique, il est possible de faire apparaître le coût de l'octroi de ces quotités de temps partiel.

Sur la base des « traitements chargés » du mois d'octobre 2013 des agents travaillant à temps partiel sur autorisation pour des quotités de travail de 80 et 90 %, le surcoût annuel de ces autorisations est estimé à 80 880 € environ (*il convient cependant de regarder ce coût comme « théorique » dès lors qu'une suppression des temps partiels n'entraînerait pas des économies à la hauteur de ce coût, notamment du fait de la fongibilité limitée des emplois*).

Tableau 7 : calcul du surcoût lié au travail à 80 % et à 90 % sur autorisation

En €		Montant des charges patronales ²⁴ (Di ²⁵ X 1,4795)	Total annuel Di X 12
Total des rémunérations « temps partiel à 80 % » octobre 2013 : R1	67 973		
Rémunération due si celle-ci était proratisée à la durée du travail effectif : R1 X 80/85,7	63 451		
Différentiel : D1	4 522	6 690	80 280
Total des rémunérations « temps partiel à 90 % » octobre 2013 : R2	2 226		
Rémunération due si celle-ci était proratisée à la durée du travail effectif : R2 X 90/91,4	2 192		
Différentiel : D2	34	50	600
Total général			80 880

Source : comptes financiers et construction CRTC

Nonobstant le caractère global d'une telle estimation, ainsi que les éventuels reversements émanant du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), le coût pour l'établissement de l'octroi du temps partiel sur autorisation, pour des quotités de 80 et 90 % au profit, dans le cas présent, de 45 salariés, n'est pas à négliger même s'il ne peut être qu'insuffisant pour contribuer au rétablissement de l'équilibre financier de la structure.

6.2.2. Le personnel médical

6.2.2.1. *Personnel médical propre et personnels mis à disposition*

Les effectifs médicaux ont diminué de 20,07 % alors que les dépenses de personnel médical n'ont baissé que de 11,24 %. Le coût de l'ETP médical s'est donc enchéri de près de 9 %.

Des praticiens (3,49 ETP) sont également mis à disposition par le CH de Châteauroux et par le CHU de Poitiers.

²⁴ Les taux retenus sont les suivants : Maladie (11,8%), CNRACL (28,85 %), FEH (1%), ATI (0,4%), Logement (0,1%), Assurance Facultative (5,4%), FNACL (0,4%)

²⁵ Di = dépense induite

Les charges du personnel extérieur à l'établissement ont considérablement augmenté entre 2008 et 2014. Ces charges concernent le personnel médical pour 547 785,45 €.

6.2.2.2. *L'évolution des dépenses additionnelles, et liées à la permanence des soins, fournit une information complémentaire sur une situation de tension médicale ressentie*

Les dépenses induites par la permanence médicale sont restées dynamiques au cours de la période puisqu'elles augmentent de 9,45 %. En revanche, leur structure s'est modifiée.

- Les dépenses du compte 6425 « permanence des soins » ont diminué de 41,82 % entre 2008 et 2014.
- Cette diminution a pour contrepartie l'accroissement des sommes figurant au compte 6215 « personnel affecté à l'établissement » permettant ainsi une comptabilisation plus exacte des salaires versés aux personnels mis à disposition par les conventions de coopération entre les centres hospitaliers du Blanc, de Châteauroux et le CHU de Poitiers.
- En outre, les dépenses du compte 6426 « temps additionnel de jour » ont augmenté de 83,13 % sur la même période, ce qui traduit l'allongement du temps de travail « ordinaire » de praticiens moins nombreux pour assurer une continuité de service même « de jour ».

L'établissement a recours à des mesures dérogatoires du droit commun explicitement assumées afin d'assurer la permanence ou la continuité des soins sur place :

- c'est le cas des astreintes rémunérées à hauteur de 200 € net par 24 heures²⁶, correspondant à une majoration de 30 % du forfait réglementaire ;
- c'est également le cas en ce qui concerne les rémunérations des praticiens remplaçants pour lesquels le conseil de surveillance²⁷ a « donné son aval » pour que la direction passe outre les plafonds fixés par la réglementation pour la rémunération de ces médecins.

6.3. L'ABSENTÉISME DES PERSONNELS ET LE RECOURS AUX HEURES SUPPLÉMENTAIRES

6.3.1. L'absentéisme des personnels

Le changement de la présentation des bilans sociaux en 2012 limite la pertinence d'une comparaison avec les années antérieures.

²⁶ Rapport relatif à la situation des personnels médicaux du CH du Blanc

²⁷ PV du Conseil de surveillance du 19 décembre 2014

Tableau 8 : Taux d'absentéisme

% d'absentéisme	2011	2012	2013	2014	jan à août 2015
budget H	6,80%	6,00%	7,89%	7,10%	7,00%
Budget E + P1 + P2	8,80%	11,60%	16,00%	15,30%	17,50%
Budget USLD			10,77%	16,20%	10,30%
Budget N			4,47%	13,60%	12,30%
Budget C			2,11%	6,50%	4,60%
Tous budgets confondus	7,20%	7,40%	7,40%	9,90%	9,70%

Source : Bilan social 2012 et documents du CH

L'absentéisme, de 9,90 % en 2014, soit un niveau inférieur au taux national qui s'établissait à 13 % cette année-là, connaît une évolution similaire à la hausse de 19 % observée au plan national²⁸ sur les 5 dernières années.

L'absentéisme a augmenté de façon importante dans les structures gériatriques. Cela s'observe à partir de l'accroissement des dépenses de personnels en CDD affectés à des remplacements qui sont passées de 336 022 € à 576 290 € en 2014.

6.3.2. Les heures supplémentaires

L'analyse n'a pu concerner que les années 2008 à 2012, le centre hospitalier n'ayant pas élaboré de bilan social en 2013 et 2014 et n'étant pas en mesure de produire un décompte précis des heures supplémentaires pour ces deux années.

Il n'existe pas de document formalisé rassemblant les règles de déclenchement, de récupération ou de règlement des heures supplémentaires. Par ailleurs, la présentation des bilans sociaux a été modifiée en 2012, rendant par impossible l'individualisation des heures supplémentaires effectuées par catégorie de personnel, excepté pour le personnel soignant.

Tableau 9 : Récapitulatif des heures supplémentaires rémunérées.

	2008	2009	2010	2011	2012
Secteur administratif	759	893	1 059	601	
Secteur soignant	3 518	4 095	3 757	4 756	5 070
Secteur médico-social	270	117	146	18	
Secteur médico-technique	1 774	2 207	3 203	2 615	
Total	6 321	7 312	8 165	7 990	7 833

Source : bilans sociaux du CH

Globalement, le recours aux heures supplémentaires représente une charge croissante. Celles rémunérées, les heures supplémentaires récupérées n'étant pas précisées, augmentent de 23,92 % entre 2008 et 2012. Ces chiffres sont à relier à l'absentéisme croissant du personnel soignant.

La chambre recommande à l'établissement d'élaborer un bilan social annuel conformément à la réglementation et de mettre en place une procédure de contrôle et de liquidation des heures supplémentaires.

²⁸ [http://www.directhopital.com/Etablissements-hospitaliers-un-taux-d-absenteisme-de-13_-en-2014-\(etude-Sofaxis\)-NS_1736.html](http://www.directhopital.com/Etablissements-hospitaliers-un-taux-d-absenteisme-de-13_-en-2014-(etude-Sofaxis)-NS_1736.html)

7. LE DIAGNOSTIC COMPTABLE

L'étude financière du centre hospitalier du Blanc a été réalisée sur les exercices allant de 2008 à 2013.

7.1. LA FIABILITE DES COMPTES

7.1.1. La comptabilité patrimoniale

Le suivi des immobilisations constitue un élément essentiel de la qualité comptable. Il concerne notamment des écritures relatives aux acquisitions et aux cessions de patrimoine de l'entité ainsi que le traitement comptable des opérations annuelles sur les comptes d'immobilisations (amortissement, provisions...) qui contribuent à la détermination du résultat. L'état de l'actif et l'inventaire 2010 n'appellent pas d'observation.

7.1.1.1. *Le suivi des immobilisations et leur intégration au patrimoine de l'hôpital*

Le compte 23 « immobilisations en cours » a pour objet de faire apparaître la valeur des immobilisations ni terminées, ni mises en service, à la fin de chaque exercice. Lorsque les immobilisations sont terminées ou mises en service, le coût des immobilisations constatées au compte 23 est viré au compte 20 s'il s'agit d'immobilisations incorporelles ou au compte 21 pour celles qui sont corporelles.

L'établissement apure régulièrement les comptes 2315 et 2381 au profit des comptes 20 « immobilisations incorporelles » ou 21 « immobilisations corporelles ».

Les comptes 2372 et 2382 qui sont débités des avances ou acomptes connaissent un apurement non régulier et à parfaire, ce point étant de nature à fausser la fiabilité de la comptabilité patrimoniale de l'hôpital.

7.1.1.2. *La correcte imputation des dépenses d'investissement*

7.1.1.2.1. *Le cas particulier des logiciels*

Un logiciel se compose, d'une part, du support matériel et, d'autre part, de la prestation intellectuelle qui est l'élément lui donnant sa valeur. Les programmes informatiques dénommés sous le terme générique de logiciels sont ainsi classés en deux catégories :

- les logiciels « indissociés » : parce que leur prix ne peut pas être distingué de celui du matériel, ils sont alors comptabilisés sous le compte 2183 « matériel informatique » ;
- les logiciels « dissociés » dont le prix est distingué du matériel informatique, sont alors comptabilisés au compte 205 « concessions et droits similaires, brevets, licences, marques et procédés, droits et valeurs similaires ».

Cette distinction s'applique également aux licences.

L'étude du bilan d'inventaire de l'exercice 2013 montre que plusieurs logiciels et licences sont toujours comptabilisés au compte 218321 bien qu'ils aient été acquis de manière dissociée du matériel lui-même et qu'ainsi, ils auraient dû être enregistrés au compte 205. Le montant de ces matériels informatiques comptabilisés par erreur sur le compte 218321 s'élève à la somme de 164 259 €, soit 17,90 % du montant total des sommes figurant à l'actif de ce compte.

Tableau 10 : Liste des logiciels dissociés comptabilisés par erreur au compte 21832

Logiciel			
date	N° fiche	Libellé	montant (€)
2001	7	Winrest serveur telem licences	3 217,44
2001	66	Winrest serveur telem licen1800ces Kalyx et Lakyx	6 490,03
2005	738	logiciel études, accompagnement	12 212,58
2006	1363	Hexagone (migration) installaton	1 441,18
2007	1554	Hexagone logiciel recettes	7 003,29
2007	1595	MAJ prestation instal	5740,8
2007	1597	prestation pour serveur fiche 1594	3 588
2011	2635	Hexagne solde prestation	14 105,1
2002	10018	Gala logiciel organisateur	4 011,24
2002	10019	Gala logiciel biblio	3 464,25
2002	10021	Winrest : assistance au démarrage	1 746,03
2002	100175	Logiciel gestion financière	88 651,39
1998	970042	Logiciel Apozeme	1 890,37
1998	9800121	Acczss	421,02
2000	9900064	Office 97	517,26
2000	9900066	Office pro	713,97
2000	9900106	MAJ Office pro	1 909,32
2000	9900109	MAJwindowd dt pro	3 409,71
TOTAL			158 786,95

Source : Bilan d'inventaire du CH

Ces erreurs d'imputation faussent l'actif de l'établissement.

L'étude du bilan d'inventaire fait apparaître également des formations qui auraient dû être inscrites non sur le compte 218321 mais sur le compte 6184 « concours divers ». Il est, en effet, difficile de les considérer comme des éléments devant figurer à l'actif de l'établissement.

Tableau 11 : Liste des formations comptabilisées sur le compte 218321 en lieu et place du compte 6184.

Formation			
Date	N° fiche	Libellé	montant (€)
2004	500	Formation Paidis	2 700
2004	644	Formation Tradis	1 800
2004	666	Formation Hodis +cpte adm	2 700
2005	738	Formation	22 651,65
2005	749	Formation	547,17
2005	750	Formation	547,17
2005	832	Logiciel Hodis-dispen (phar)	300
2006	1195	Hexagone (pmsi)	1 927,8
2006	1363	Hexagone (migration)	3 615
2007	1554	Hexagone logiciel recettes	7 229,25
2002	10021	Winrest : formation	1 433,02
2002	100175	Formation Logiciel gestion financière	7 200
TOTAL			52 651,06

Source : Bilan d'inventaire du CH

Il ressort de ces constatations que des dépenses de fonctionnement présentant des montants non négligeables ont été comptabilisées à tort comme des dépenses d'investissement.

7.1.1.2.2. Les frais d'études et d'insertion

Les frais d'études enregistrés au compte 2031 « frais d'études » « sont virés à la subdivision du compte 23 « immobilisations en cours » lors du lancement des travaux ou au compte d'imputation définitive (subdivision du compte 21) si les travaux sont achevés dans l'année ». « Si les études ne sont pas suivies de réalisations, les frais correspondant sont intégralement amortis lors de l'année de l'abandon du projet » en étant réintégrés en tant que charge d'exploitation.

En ce qui concerne les comptes 2031 « frais d'études » et 2033 « frais d'insertion », « si les études ou les appels d'offres ne sont pas suivis de réalisation, ces frais sont réintégrés en totalité dans les charges d'exploitation par le biais de l'amortissement lors de l'année d'abandon du projet ».

Le tableau ci-après indique que le volume de frais d'études et d'insertion encore présents au compte 2031, bien qu'en baisse sur la période, reste conséquent puisque 761 388 € y sont encore inscrits en 2014. Le constat est identique en ce qui concerne le compte 2033.

Les montants de frais d'étude résiduels, non encore amortis, viennent ainsi « surévaluer » les résultats annuels à due proportion de la valeur qui devrait annuellement être amortie. La fiabilité des comptes s'en trouve altérée.

En outre, l'examen détaillé des mêmes comptes 2031 et 2033 met en évidence une utilisation inappropriée desdits comptes. En effet, les frais d'études sont amortis directement sur ces comptes, sans opérer une bascule via le compte 68111, dans l'hypothèse où l'investissement n'est pas réalisé, ou via l'utilisation des comptes 23 et 21 qui devraient alors constituer le point de déclenchement des amortissements.

Tableau 12 : Frais d'études et frais d'insertion

c/2031 Frais études							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Balance entrée	3 166 436	3 178 716	3 210 547	3 249 238	3 256 945	3 255 151	3 277 978
Débit	12 280	80 739	96 933	35 263	2 763	22 827	984
Crédit	0	48 908	58 242	27 556	4 557	0	0
Balance sortie	3 178 716	3 210 547	3 249 238	3 256 945	3 255 151	3 277 978	3 278 962
Bs c/28031 Amt frais d'études	1 995 605	2 094 683	2 169 898	2 331 757	2 416 474	2 465 562	2 517 574
Frais d'études non amortis	1 183 111	1 115 864	1 079 340	925 188	838 677	812 416	761 388
c/2033 Frais d'insertion							
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Balance entrée	38 542	38 652	38 717	39 307	38 725	38 725	38 869
Débit	110	828	700	476	822	825	335
Crédit	0	763	110	1 058	822	682	108
Balance sortie	38 652	38 717	39 307	38 725	38 725	38 868	39 096
Bs c/28033 Amt frais d'insertion	22 427	24 219	25 423	26 628	27 232	27 811	28 389

Source : comptes financiers

Enfin, une troisième anomalie réside dans le choix des durées d'amortissement effectué pour ces frais d'études et d'insertion.

- Dans l'hypothèse où ils accompagnent un projet qui se réalise, ils doivent être amortis sur la même durée que le projet dont ils constituent une condition essentielle, non dissociable.
- Dans l'hypothèse où ils ne donnent pas lieu à la réalisation d'un projet ensuite, ils devraient être passés en totalité en charge l'année même où le projet est abandonné.

Tableau 13 : Echantillon d'écritures passées sur le compte 2031 (frais d'études) au lieu du compte 4031 (Fournisseurs – effets à payer)

Cpte 2031 - Frais d'études LA CUBISSOLE				
N°fiche	Libellé	date	durée amort	Montant
160	Restructuration	01/01/01	5ans	16 774
163	Mise en sécurité	01/01/01	5ans	1 532
350	Etude de sols	01/01/03	5ans	4 425
352	Etudes thermiques	01/01/03	5ans	5 277
358	Restructuration	01/01/03	5ans	2 015
10031	Restructuration	01/01/02	5ans	11 250
10046	Restructuration	01/01/02	5ans	22 734
10047	Restructuration	01/01/02	5ans	1 495
TOTAL				65 502

Source : Bilan d'inventaire du CH

Des frais d'insertion pour des bâtiments mis en service depuis 2006 n'ont pas été virés au compte d'imputation définitive et demeurent toujours sur le compte 2033. En outre, ces frais d'insertion, même d'un faible montant, ont fait l'objet d'amortissement sur des durées très souvent inférieures aux durées d'amortissement des immobilisations concernées (5 ans au lieu de 20 à 30 ans).

Tableau 14 : Echantillon d'écritures toujours comptabilisées sur le compte 2033 « frais d'insertion »

Compte 2033 - Frais d'insertion				
N° fiche	Libellé	date d'amortissement	durée d'amortissement	Montant en €
351	Restructuration LA CUBISSOLE	01/01/03	5 ans	112
100020	Annonce restructuration LA CUBISSOLE	01/01/02	5 ans	599
100022	Restructuration LA CUBISSOLE	01/01/02	5 ans	803
920010	Annonce plateau technique	01/01/93	5ans	1 002
930006	Honoraires plateau technique	01/01/94	5ans	1 308
970008	Annonce travaux St Lazare	01/01/98	5 ans	2 084
970008	Annonce travaux St Lazare	01/01/98	5 ans	1 631
970008	Annonce travaux St Lazare	01/01/98	5 ans	1 313
TOTAL				8 852

Source : Bilan d'inventaire du CH

L'apurement de ces comptes, en liaison avec le comptable, apparaît donc nécessaire. Ces frais d'études et d'insertion doivent également être amortis sur des durées comparables à celles retenues pour les projets auxquels ils se rattachent.

7.1.1.3. Cession et sorties des actifs et suivi des amortissements

Seul le budget principal comporte un compte 462 « créances sur cessions d'immobilisations ».

7.1.1.3.1. Cession et sortie des actifs

En ce qui concerne les cessions des éléments d'actif : le compte 462 « créances sur cessions d'immobilisations » est débité, lors de la cession d'immobilisations, du prix de cession des éléments d'actifs cédés par le crédit du compte 775 « produits des cessions d'éléments d'actif ».

En ce qui concerne les sorties d'éléments d'actif, l'instruction codificatrice M 21 précise que « le compte 675 « valeur comptable des éléments d'actif cédés » est débité, lors de la cession d'immobilisations, de la valeur des immobilisations devenues sans valeur par le crédit des comptes 21, 26 ou 27 ».

Ces écritures permettent de sortir de l'actif de l'établissement les biens cédés. Les écarts suivants apparaissent pourtant sur la période 2008-2013 :

Tableau 15 : Comparaison des soldes des comptes 675 et 775

Comptes	Nature des budgets	Libellé	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
db 675	Budget principal	Valeur net comptable immob cédées	18 284	10 863	27 574	37 854	8 328	8 771	0
	Budget annexe B0 USLD/CH		0	0	0	1 236	4 033		0
	Budget annexe C0 Ecole paramédicale		5 026	32	0	0	0		0
	Budget annexe E02 maison de retraite		0	537	648	3 709	78 862	12 551	0
total c/675			23 310	11 433	28 221	42 799	91 223	21 322	0
db28		Rétrocession d'amortissement	449 795	75 164	283 978	596 760	780 415		72 219
cr21		Immobilisations corporelles	473 105	86 596	354 507	660 911	884 325	21 322	83 454
cr 21-db28			23 310	11 433	70 529	64 151	103 910	21 322	11 235
Différence constatée (cr 675 -(cr21 - db28)			0	0	-42 308	-21 352	-12 687	0	-11 235

Source : comptes financiers

Tableau 16 : Cession des éléments d'actif

en euros	Nature des budgets	Libellé	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
cr 775	Budget principal	produits cession éléments d'actif	2050	7 252	350	17 634	1 921	1 921	9 532
cr 775	Budget annexe	produits cession éléments d'actif	0	0	100	700	300	600	0
total c/775			2 050	7 252	450	18 334	2 221	2 521	9 532
db 4621		créances sur cessions immob.	2050	7 252	450	18 334	2 226	2 521	9 532
Différence constatée			0	0	0	0	-5	0	0

Source : comptes financiers

La valeur des cessions est faible et systématiquement inférieure à la valeur nette comptable des éléments d'actifs cédés. Même si le manque à gagner constaté a peu d'impact

sur le compte de résultat, ce point interroge soit sur la valeur de la cession soit sur la pertinence du rythme d'amortissement retenu pour les biens ensuite cédés.

La comptabilisation des cessions des éléments d'actifs doit être effectuée avec une plus grande rigueur.

7.1.1.3.2. *Suivi des amortissements*

L'amortissement consiste à mettre en réserve, sur la durée probable de vie du bien, la valeur dudit bien de façon à être en capacité de le renouveler à la fin de sa vie, et de manière à s'assurer que le processus de production n'a pas induit « consommé cette valeur ».

Une charge est constatée au compte de résultat prévisionnel, au compte 68. Parallèlement une ressource est inscrite au tableau de financement qui vient conforter la capacité d'autofinancement.

Les durées d'amortissement et méthodes (en l'occurrence linéaire) sont conformes à celles préconisées par l'instruction codificatrice M21. En revanche, la modification du plan d'amortissement, certes de faible ampleur au cours de la période et sur certains biens, est de nature à modifier le résultat net comptable.

7.1.2. Le rattachement des charges et produits

« Le rattachement des charges et des produits à l'exercice auquel ils se rapportent est effectué en application du principe d'indépendance des exercices...et il permet de dégager un résultat sincère de l'exercice ».

7.1.2.1. *Rattachement des charges*

7.1.2.1.1. *Le volume des charges rattachées*

Le centre hospitalier procède au rattachement des charges (titres I à IV) à l'exercice tant sur le budget général que sur les budgets annexes. Le ratio de rattachement du compte 408²⁹ « fournisseurs factures non parvenues » est passé de 8,10 % à 3,37 %, illustrant ce qui apparaît être une pratique régulière.

L'année 2013 semble cependant atypique dans la mesure où le montant total des charges à payer a diminué de façon importante passant de 1 359 052 € à 970 654 € (- 28,58 %). Cela peut s'expliquer par la perspective du changement institutionnel affectant le centre hospitalier à travers la mise en place de la direction commune ; cette perspective inclinant à régulariser au plus tôt les charges devant être réglées avant le 1^{er} janvier 2013.

L'établissement tient, conformément à l'article R. 6145-6 du code de la santé publique, une comptabilité des dépenses engagées.

²⁹ Calcul du ratio : balance sortie compte 408/ sommes des comptes 60,61 et 62

Tableau 17 : Le rattachement des charges

RATTACHEMENT DES CHARGES (en €)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
C/ 408 Fournisseurs factures non parvenues	548 604	417 415	387 545	312 451	440 185	268 687	282 734
c/4281 primes de service à répartir	336 974	331 864	345 273	379 297	382 400	308 631	501 044
c/4286 Autres charges à payer	456 552	475 869	386 959	476 850	522 520	135 473	81 188
c/4386 organismes sociaux, charges à payer	16 922	5 316	4 075	18 061	3 750	24 232	0
c/4486 Etat, charges à payer	0	0	0	0	0	233 631	663 872
c/4686 Autres charges à payer	0	0	0	0	0	0	0
Total	1 359 052	1 230 464	1 123 852	1 186 660	1 348 855	970 654	1 528 839
Evolution des rattachements		-10,43%	-8,66%	5,59%	13,67%	-27,04%	57,51%
Charges totales (Total c/ 60,61, 62 tous budgets confondus)	6 775 824	7 486 055	7 784 385	7 401 745	7 634 620	7 961 851	8 005 762
Evolution des charges		10,48%	3,99%	-4,92%	3,15%	4,29%	0,55%
Ratio de rattachement du 408 par rapport aux comptes 60, 61 et 62 tous budgets confondus (doit être compris entre 5 et 10%)	8,10 %	5,58 %	4,98 %	4,22 %	5,77 %	3,37 %	3,53 %

Source : comptes de gestion et financiers

7.1.2.1.2. Les charges sur exercices antérieurs

Tableau 18 : Taux de charges sur exercices antérieurs

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Charges sur exercices antérieurs c/672 en €	244 391	44 395	123 174	79 977	318 554	34 015	69 450
Taux de charges sur exercices antérieurs ³⁰ (tous budgets) en %	1,0	0,2	0,5	0,3	1,2	0,1	0,3

Source : Tableau de bord des indicateurs financiers (TBFEPS)

Le seuil de référence du taux de charges sur exercices antérieurs se situe à 0,2 %³¹. Il est alors considéré qu'il s'agit de reports de charges « techniques » (ex : factures légèrement supérieures aux montants engagés). Au-delà de 0,2 %, le taux de charges reportées traduit l'existence de tensions budgétaires pérennes.

Le centre hospitalier du Blanc connaît régulièrement des taux de charges reportées supérieurs à ce seuil de référence de 0,2 % pour la période allant de 2008 à 2012.

L'hôpital pratique donc un rattachement régulier de ses charges qui ne laisse pas entrevoir d'amélioration significative de sa situation financière.

7.1.2.2. Rattachement des produits

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

³⁰ Calcul du ratio : Rapport du c/672 sur montant total des dépenses

³¹ cf : guide méthodologique des TBFEPS du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées et du ministère de l'économie, des finances et de l'industrie

Tableau 19 : Rattachement des produits à recevoir

(en €)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Cpte 4181- hospitalisés et consultants. Produits à recevoir	0	0	0	0	0	1 037 723	0
cpte 4182 - caisse pivot - produits à recevoir	1 282 639	1 948 694	1 142 398	974 900	1 838 737	0	1035 813
cpte 4188 - Autres-produits à recevoir	172032	106 955	234 550	228 860	234 839	200 043	279 907
Total des produits rattachés à l'exercice	1 456 679	2 057 659	1 378 958	1 205 771	2 075 588	1 237 767	1 315 721
Total des produits d'exploitation CRP et CRA	28 525 878	29 407 947	30 315 094	32 205 850	31 699 778	30 810 425	31 717 793
dont Budget principal	20 340 512	21 175 886	22 110 380	24 452 450	22 732 643	21 799 482	22 010 182
dont produits des séjours (C/H 731111)	10 346 145	10 530 562	10 028 761	9 646 485	9 696 335	8 873 732	8 662 107
Part des produits rattachés de l'exercice/ Total produits d'exploitation CRP et CRA	5,11 %	7,00 %	4,55 %	3,74 %	6,55 %	4,02 %	4,15 %

Source : comptes financiers

Le volume des produits à rattacher évolue entre 3,7 et 7 % du total des produits, situant le centre hospitalier dans une moyenne tout à fait acceptable.

Tableau 20 : Produits sur exercices antérieurs

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Produits exercices antérieurs (c/772) en €	102 290	83 012	116 976	47 078	82 097	57 364	53 219
dont Budget principal	29 736	60 706	64 157	25 797	39 159	41 849	36 113
Part des produits sur exercices antérieurs rapportée aux produits de l'exercice.	0,36 %	0,28 %	0,39 %	0,15 %	0,26 %	0,19 %	0,17 %

Source : comptes financiers

Le volume des produits sur exercices antérieurs représente une part très faible de produits de l'exercice. Le rattachement des produits est ainsi régulier.

7.1.3. Le suivi des subventions d'investissements « renouvelables » et des intérêts courus non échus

Le suivi des subventions d'investissements « renouvelables » et des intérêts courus non échus n'appelle pas de remarque particulière.

7.2. LA SINCÉRITÉ DES COMPTES

L'étude des provisions et dépréciations constitue un élément-clé permettant d'apprécier la sincérité des comptes.

Tableau 21 : Provisions

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Provisions règlementées							
c/ 142 provisions pour renouvellement immobilisations	931 730	669 074	456 127	352 630	0	0	0
c/ 143 provisions pour charges perl CET	165 781	1 042 243	159 574	426 812	1 084 630	1 192 585	1 042 243
Provisions pour risques et charges							
c/ 1511 Provisions pour litiges	0	0	0	0	30 000	0	0
c/1572 Provisions gros entretien et grosses révisions	0	0	0	0	0	0	503 500
c/ 158 Autres provisions pour charges	443 291	172 254	497 910	3 471 212	0	0	0
c/ 1518 Autres provisions pour risques	0	0	50 000	0	0	0	0
Sous-Total des provisions	1 540 802	1 883 571	1 163 611	4 250 654	1 114 630	1 192 585	1 042 243
Dépréciations							
c/49 Dépréciations des comptes de tiers	75 000	75 000	75 000	75 000	262 365	305488	606 756
dont c/491 comptes de tiers redevables	75 000	75 000	75 000	75 000	262 365	305488	606 756
Sous-Total des dépréciations	150 000	150 000	150 000	150 000	524 730	610 976	673 513
Total des provisions et dépréciations	1 690 802	2 033 571	1 313 611	4 400 654	1 639 360	1 803 561	1 715 756

Source : comptes financiers

De 2008 à 2014, le volume des provisions et des dépréciations tous budgets confondus est passé de 1 690 802 € à 1 715 756 € soit une hausse modeste de 1,48 %.

Le centre hospitalier a comptabilisé par erreur les aides et ressources allouées par l'ARS sur les comptes 158 « autres provisions pour charges » et 142 « provisions pour renouvellement des immobilisations ».

S'appuyant sur l'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 dite loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST), et sur la circulaire ministérielle N°DGOS/DGFIP/PF/PF1/CLIB/2011/391 du 10 octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé, le centre hospitalier a corrigé les erreurs d'imputations réalisées précédemment.

7.2.1. Les provisions pour risques et charges (compte 15)

Les provisions pour risques et charges sont des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise.

7.2.1.1. *Les provisions pour litiges (compte 1511)*

Elles sont constituées « pour faire face au paiement de dommages-intérêts, d'indemnités ou de frais de procès ».

Le compte 1511 « Provisions pour litiges » n'était pas utilisé par l'établissement de 2008 à 2011. En revanche, l'hôpital l'a abondé de 30 000 € en 2012 en prévision d'un contrôle de l'assurance maladie qui aurait pu déboucher sur des modifications de codifications à réaliser entraînant un remboursement ou une sanction financière éventuels. Ce contrôle

n'ayant pas eu lieu, le centre hospitalier a procédé en 2013 à la reprise de cette provision devenue sans objet.

Compte tenu de l'objet de cette provision, elle n'aurait pas dû être effectuée sur ce compte, mais sur le compte 1518.

7.2.1.2. Les autres provisions pour risques (compte 1518)

Le centre hospitalier n'utilisait pas le compte 1518 en 2008 et 2009. Cependant, le solde au 31 décembre 2010 du compte 1518 de 50 000 € a fait l'objet d'une reprise totale en 2011, la provision devenant sans objet.

Cette constitution de provision avait pour objet « *le risque de baisse d'activité de l'établissement et la baisse du tarif journalier* ».

La constitution de provisions pour un tel motif qui n'est pas prévu par la réglementation est contestable au sein d'un établissement en difficulté financière.

7.2.1.3. Autres provisions pour charges (compte 158)

Le solde du compte 158 s'élève à 443 291 € en 2008. Ce montant a fait l'objet d'une reprise dans sa totalité en 2012 dans le cadre d'une décision concernant les écritures de correction passées après la mise en œuvre de la circulaire ministérielle ci-dessus évoquée.

Les montants figurant sur le compte 158 avaient pour origine des financements sous forme de dotations attribuées à l'établissement dans un cadre contractuel et pluriannuel (dotations d'aide à la contractualisation versées par l'ARS...), des charges probables ou certaines dont l'échéance ou le montant étaient connus (anticipation du renouvellement de conventions tripartites telle que la convention blanchisserie, contrats avec des sociétés de consulting pour l'évaluation externe des sites...) et enfin, des provisions afin de prémunir l'établissement contre les aléas liés à la réalisation de l'objet de contrats ou conventions de recherche qu'il a passés.

Ces sommes ne correspondaient pas aux critères règlementaires d'une provision pour charges au titre du compte 158³².

7.2.1.4. Les provisions liées aux créances irrécouvrables (compte 491)

« *Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à minorer cette dépréciation* ».

Tableau 22 : Provisions et dotations liées aux créances irrécouvrables

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Solde c/491 Provision pour dépréciations des c/ de redevables	75 000	75 000	75 000	75 000	262 365	305 488	606 756
c/4152 Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur	0	0	0	0	0	9 595	0
68174 dotations aux provisions pour dépréciations des créances	0	0	0	0	187 365	52 718	301 268
78174 reprises sur dépréciations des créances	0	0	0	0	0	9 595	0
654 pertes sur créances irrécouvrables	0	0	0	0	0	9 595	0

Source : comptes financiers

³² Les provisions pouvant être comptabilisées au compte 158 sont celles concernant la remise en état d'un site, le désamiantage, l'élimination des déchets issus des équipements électriques et électroniques, le droit individuel à la formation, la restructuration, les frais de démolition d'un immeuble.

L'hôpital a constitué en 2007 une provision de 75 000 € sur le compte 491 « provisions pour dépréciations des comptes de redevables ». Il a ensuite reporté le solde ainsi constitué de 75 000 € d'année en année de 2008 à 2011 pour finalement provisionner ce compte à hauteur du montant total des créances irrécouvrables qu'il a identifié lors de la mise en place du plan de redressement en 2013.

En décembre 2013, il a décidé de ne pas admettre en non-valeur, en totalité, les créances irrécouvrables présentées par le comptable, « *la somme proposée par le receveur constituant une charge trop importante* ». Seule la somme de 9 595,38 € sera admise en non-valeur³³.

Puis, début 2014, le centre hospitalier a validé un plan d'admission en non-valeur pour un montant de 250 710, 42 €.

En 2014, l'hôpital a finalisé son analyse et a considéré que le montant total des créances irrécouvrables de 1999 à 2012 serait de 606 756,42 €. Il a donc abondé à nouveau le compte 491 de 301 268 €.

Pourtant au 31 décembre 2014, le compte 416 « redevable contentieux » s'établit à 147 349,47 €. Ce dernier compte censé comprendre les créances dont le recouvrement est fortement compromis présente ainsi un solde manifestement inférieur à la somme considérée comme irrécouvrable par le centre hospitalier (606 756,42 €).

Il existe ainsi des distorsions entre le niveau des créances irrécouvrables, celui du plan d'apurement décidé et l'apurement effectivement réalisé.

En outre, si les créances sont irrécouvrables, il doit y avoir apurement. Le provisionnement n'est pas justifié.

Ainsi il apparaît que s'agissant des provisions, il n'y a pas d'analyse des risques documentée permettant de justifier les montants passés.

7.2.2. Les provisions réglementées et les provisions liées aux comptes épargne-temps

7.2.2.1. *Les provisions pour le renouvellement des immobilisations (compte 142)*

Aux termes de l'instruction M21 « *Ce 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* ».

L'enchaînement des soldes, d'une année sur l'autre, durant la période de contrôle pour le compte 142 ne laisse apparaître aucune irrégularité.

« *Ces provisions réglementées sont fondées sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par de nouveaux investissements... des dotations budgétaires compensant les charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers sont octroyées en amont des investissements à réaliser* ». Ces aides sont affectées temporairement en provisions.

³³ Voir tableau de détail en annexe.

Le centre hospitalier a comptabilisé des sommes par erreur sur le compte 142. Il a souhaité corriger ces imputations erronées en débitant en totalité la somme de 332 630,49 € figurant au compte 142 afin de créditer les comptes des budgets annexes concernés.

Cette décision prend appui sur l'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 (HPST), et sur la circulaire ministérielle précédemment évoquée. Elle est régulièrement retracée dans la comptabilité de l'organisme.

7.2.2.2. *Les provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) (compte 153)*

Ces provisions renvoient aux règles de financement du CET. Les crédits attribués à ce titre, notamment par le biais du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH), sont provisionnés. Chaque année les crédits nécessaires à la couverture des charges inhérentes au financement des droits à congés acquis, au remplacement des agents faisant valoir leurs droits à congés épargnés ou les charges nécessaires au transfert des CET des agents en mutation, sont repris. Depuis 2008 et les décrets 2008-454 et 455 du 14 mai 2008³⁴, les personnels non médicaux et les personnels médicaux peuvent obtenir le paiement des jours épargnés sur leurs comptes épargne-temps.

Tableau 23 : Détail des provisions comptabilisées au C /153 (provisions CET tous budgets confondus)

En €	Stocks jours CET au 31/12/2014	Valorisation au 31/12/2014 (A)	Provisions constituées au 31/12/2014 (B)	Ecart
Personnel médical	1785,5	803 475	803 475	0
<i>dont budget général</i>	1711,5	770 175	770 175	0
Personnel non médical	571	126 626	238 768	112 142
<i>dont budget général</i>	473	108 251	186 001	77 750
<i>dont directrice</i>	90	36 439	36 439	0
TOTAL	2 356,5	930 101,36	1 042 243,41	112 142
<i>dont budget général</i>	2 184,5	878 426,36	956 176,36	77 750

Source : documents fournis par le CH

Le centre hospitalier abonde effectivement et de façon suffisante le compte 153. Il va même, pour certaines catégories de personnel³⁵, au-delà des sommes nécessaires à la couverture monétaire des jours épargnés et il doit pouvoir avoir ici un décompte plus précis.

Pour le personnel non médical, l'écart constaté entre la valorisation et les provisions constituées correspond à la comptabilisation à tort des heures supplémentaires réalisées. Une correction a depuis été réalisée.

7.2.3. Le remboursement des charges par les budgets annexes (compte 7087)

Les budgets annexes remboursent au budget principal les charges que ce dernier a supportées et qui leur incombent.

³⁴ Complété par les décrets 2012-1366 et 2012-1481, explicités par la circulaire N°DHOS/RH4/2013/116 du 15 mars 2013.

³⁵ Cf La directrice de l'établissement : la provision qui aurait dû ici être constituée étant de 90 X 125 soit 11 250 €.

Tableau 24 : Remboursement des charges par les budgets annexes au budget principal

EN K€		2008			2009			2010			2011				2012			2013				2014			
		6288	602	Total	6 286	602	Total	6 286	602	Total	6 286	602	65	Total	6 286	602	Total	6 286	602	65	Total	6 286	602	65	Total
GRP	C/ 7087	1758		1 758	1 752		1 752	1 725		1 725	2 193		2 193	1 693		1 693	1 686		1 686	1 893					1 893
CRA	EHPAD	1 021	233	1 254	1 028	246	1 274	1 080	243	1 323	1 074	224	1 298	1 065	227	1 292	1 057	215		1 272	1 046	173			1 219
	USLD	284	44	328	254	37	291	245	34	279	277	43	486	806	250	59	309	243	54		297	239	48	300	587
	SSIAD	57	3	60	70	2	71	91	1	93	30	1		31	31	2	33	26	2	32	60	30	0,45		30,45
	IFSI	109	7	116	112	4	116	27	4	31	54	4		58	54	5	59	52	4		56	54	4		58
	Hébergement									0				0			0				0				0
	Accueil Jour								0,18	0,18		0,84		0,84		0,96	0,96		0,90		0,90		0,25		0,25
Total	6288-602	1 471	287	1 758	1 464	289	1 752	1 443	283	1 726	1 434	273	486	2 193	1 400	294	1 694	1 378	276	32	1 686	1 369	225	300	1 894
Ecart				0			0			-1			0			0				0					0

Source : comptes financiers et de gestion 2008 à 2014

Ces charges correspondent, d'une part, aux consommations d'achats stockés et au remboursement de diverses prestations (blanchisserie, entretien...) et, d'autre part, à une participation aux charges courantes d'administration générale (direction, services finances, ressources humaines...).

Le tableau ci-dessus montre une progression du volume des remboursements effectués par les comptes annexes au profit du budget principal de l'ordre de 7,65 % entre 2008 et 2014. Cependant, en 2011, 2013 et 2014, ces transferts sont impactés par des versements « exceptionnels » :

- les sommes transférées à partir du compte 65 « *Autres charges de gestion courante* » en 2011, pour 486 471 €, et en 2014 pour 300 000 € en provenance du budget USLD correspondent à un soutien au compte de résultat principal mis en place par le biais du forfait de soin USLD³⁶. Aucune explication ne semble pouvoir justifier que le forfait soins destiné à l'USLD soit reversé au budget principal ;
- en 2013, la somme de 31 764 € figurant au compte 65 du budget des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) correspond à un remboursement lié à une affectation à tort de personnel non médical sur le budget principal.

Ainsi, corrigés de ces éléments exceptionnels, les budgets annexes assument une part décroissante des charges (1 594 K€ en 2014 contre 1 758 K€ en 2008). Cette baisse de 9,4 % des versements au profit du budget principal peut être interprétée de trois manières :

- soit elle traduit le fait que ces versements étaient trop importants en 2008 et l'on assiste au rétablissement d'une réalité des contributions ;
- soit elle est le signe d'une insuffisante contribution actuelle de la part des budgets annexes au fonctionnement de l'hôpital ;
- soit enfin, elle prend en compte un effet indirect du plan de retour à l'équilibre financier qui, en diminuant le poids du budget principal diminue proportionnellement les charges à répartir et donc les apports des budgets annexes au budget principal. Effet « collatéral » de la mise en place d'une politique vertueuse par le budget principal, ce mécanisme en diminue d'autant la portée.

³⁶ Arrêté ARS-10-OSMS-T2A 36-03 C /DM3

Il est difficile de mesurer de façon précise le poids de chacune de ces hypothèses tout en considérant que la troisième est sans doute la plus probable.

Au plan comptable, les remboursements des charges dues par les budgets annexes au budget principal sont correctement effectués. Cependant, il est étonnant que les budgets annexes concernant l'accueil de jour et l'hébergement temporaire Alzheimer n'effectuent aucun remboursement sur le compte de résultat principal.

Tableau 25 : Part des remboursements des budgets annexes au compte de résultat principal en 2014

Budget principal		
c/7087	1 892 648	
Budgets annexes	Remboursement par budget annexe	Part de remboursement de chaque budget annexe
EHPAD	1 219 098	64,41%
USLD	586 274	30,98%
SSIAD	30 100	1,59%
IFSI	57 173	3,02%

Source : comptes financiers

7.2.4. La sincérité des prévisions du budget principal

7.2.4.1. *La section d'exploitation*

Malgré la date tardive à laquelle sont encore adoptés les EPRD à l'hôpital, les charges, hormis les charges de personnel à caractère limitatif, sont ici systématiquement sous évaluées dans l'EPRD, comparativement aux réalisations.

Le même constat peut être fait vis-à-vis des produits, attendu que naturellement le soutien « non reconductible » apporté par l'ARS ne peut pas, par définition, être envisagé en début de période. Il est ainsi la variable explicative du décalage entre prévision et réalisation.

7.2.4.2. *La section d'investissement*

Le poids des remboursements liés à la dette financière est globalement bien anticipé ; parce qu'il est le fruit d'un endettement passé il est précisément calculé. Les prévisions en termes d'immobilisation sont cependant mal maîtrisées.

Le taux de réalisation des investissements est de l'ordre de 20 % en 2008 pour atteindre un maximum de 61 % en 2011, avant de décliner à nouveau. Cela est d'autant plus significatif que, faute de ressources, les sommes allouées aux immobilisations s'effondrent. Un bien meilleur taux de réalisation des investissements pouvait, en effet, être attendu en 2012 ou en 2013, années où la valeur des investissements a été divisée par 6 par rapport à 2008.

En ce qui concerne les produits, la sous-estimation régulière de la CAF à partir de 2010, comme la faible réalisation des emprunts envisagés, s'expliquent en grande partie par l'appui financier octroyé par la tutelle, limitant à due proportion la fiabilité des prévisions initiales faites.

7.2.5. Sincérité des budgets annexes

Les charges et les recettes totales des budgets annexes restent, de 2008 à 2013, dans les limites de l'enveloppe initiale envisagée. En revanche, 2014 connaît une très forte dégradation :

- *Pour l'école paramédicale et de sages-femmes*

Les charges du titre 2 sont plus de 4 fois plus importantes (341 %) que ce qui était envisagé au moment de l'EPRD. Les produits du titre 2 sont sous-estimés en 2008, 2009 et 2010 et surestimés à partir de 2012.

- *Pour le budget dit « P », autres activités médico-sociales : (Services de soins infirmiers à domicile, accueil de jour et hébergement temporaire Alzheimer)*

Les charges du titre 3 « charges de la structure » sont systématiquement sous-estimées excepté en 2012 et 2014, années où ces charges sont maîtrisées. Les réalisations des produits sont quant à eux proches des prévisions faites par l'hôpital.

- *Pour le budget dit « E » regroupant les budgets de l'EHPAD et de l'USLD*

Les recettes de l'unité de soins longue durée et de l'établissement d'accueil des personnes âgées dépendantes sont bien appréhendées du fait de leur structure (tarifs prix de journée connus, taux d'occupation stable...).

La sincérité des comptes est ainsi perfectible.

8. L'ANALYSE FINANCIÈRE

8.1. LE COMPTE DE RÉSULTAT

8.1.1. L'évolution globale des résultats et leur affectation

Tableau 26 : Produits, charges et résultats des budgets : principal et annexes

En €		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Budget principal	produits	20 344 237	21 140 031	21 135 316	22 634 594	22 647 350	21 513 436	22 010 182
	charges	20 340 512	21 175 886	22 110 380	24 452 450	22 732 643	21 799 482	21 905 358
	résultat	3 725	-35 854	-975 064	-1 817 857	-85 293	-286 046	104 824
Budget C - IFSI	produits	1 043 326	914 202	1 047 349	773 574	891 410	922 731	997 856
	charges	890 880	915 247	878 277	854 353	929 611	937 231	996 926
	résultat	152 447	-1 045	169 072	-80 779	-38 201	-14 500	929
Budget P - Autres activités SMS	produits	459 408	537 592	604 016	606 156	637 103	628 677	708 093
	charges	458 740	501 971	523 345	577 652	542 747	632 723	681 470
	résultat	669	35 620	80 671	28 504	94 356	-4 047	26 623
Budget E - EHPAD	produits	6 678 906	6 816 123	7 528 413	8 191 526	7 523 916	7 745 582	8 001 662
	charges	6 689 005	6 860 225	7 468 971	8 046 469	7 337 568	7 378 976	7 772 035
	résultat	-10 098	-44 102	59 442	145 057	186 349	366 606	229 627
Résultat consolidé	produits	28 25 878	29 407 947	30 315 094	32 205 850	31 699 778	30 810 425	31 717 793
	charges	28 379 136	29 453 328	30 980 974	33 930 925	31 542 568	30 748 413	31 355 789
	résultat	146 742	-45 381	-665 880	-1 725 075	157 210	62 013	362 004

Source : comptes financiers

Les principales lignes de forces qui se dégagent, à propos du budget principal, sont les suivantes :

- La volatilité des charges : ainsi, les charges augmentent de 7 % entre 2009 et 2010 ou baissent de 5 % entre 2012 et 2013 ;
- Par contraste le niveau des produits, lesquels semblent avoir atteint un niveau asymptotique en 2011 ou 2012, apparaît relativement constant ;
- Entre 2008 et 2014, les produits globaux ont crû, en valeur, d'un montant équivalent à la croissance des charges, ne laissant donc pas entrevoir une amélioration des résultats de la structure. Ce point peut être corrélé à la nature même de ces produits et à leur lien avec l'activité réelle du centre hospitalier. Les recettes du titre 1 (versées par l'assurance maladie) et donc essentiellement issues de la T2A n'ont progressé durant toute la période que de 0,5 %, alors même que les produits globaux augmentaient de 8,18 %.

Tableau 27 : Recettes du titre 1

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Recettes du titre 1	14 945 706	15 535 113	15 737 243	16 809 923	17 074 390	15 442 321	15 031 580

Source : comptes financiers

Les produits d'exploitation ont donc atteint un plafond alors même que leur origine est de moins en moins liée à l'activité. Les charges, malgré leur diminution enregistrée sur les deux dernières années, n'ont fait que retrouver leur niveau de 2008, traduisant une efficience de moyen terme stable.

8.1.1.1. Un résultat comptable obtenu grâce à un soutien constant de la tutelle.

Les résultats du budget consolidé du centre hospitalier du Blanc ont été déficitaires de 2009 à 2011. Depuis 2012, l'hôpital renoue avec des résultats excédentaires grâce à un appui de l'ARS. La mise en œuvre du plan de redressement a permis de conforter cette évolution.

Le déficit du budget principal est constant jusqu'en 2014, l'année 2011 étant singulière du fait notamment d'un versement effectué « *par erreur* » au compte 158 « *Autres provisions pour charges* ». Il s'agit de la dotation de 2,6 M€ consentie par l'ARS pour soutenir l'établissement. Cette somme sera reprise en 2012 et virée au compte 119 « *report à nouveau déficitaire* ».

La situation des EHPAD est différente. Sur l'ensemble de la période, le budget EHPAD dégage un excédent de 703 204 €³⁷, particulièrement en fin de période. En 2013, l'équilibre consolidé de la structure semble ainsi permis grâce au résultat obtenu sur ce budget spécifique.

Durant toute la période, le centre hospitalier du Blanc a été régulièrement accompagné financièrement par sa tutelle. Sans l'aide récurrente précédemment évoquée, son résultat d'exploitation apparaît structurellement plus sérieusement dégradé qu'il ne l'est en apparence. Le tableau des aides et mesures allouées par l'ARS figurent en annexe.

Tableau 28 : Résultat net, déflaté des aides « pérennes » de l'ARS

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Aides	1 004 900	278 58	1 516 833	3 220 449	3 038 450	2 570 000	2 090 605
Résultat	146 742	- 453 81	- 665 886	- 1 725 075	157 210	62 013	362 004
Résultat déflaté du montant des aides ARS.	- 858 158	- 732 39	- 2 182 713	- 4 945 524	- 3 195 660	- 2 507 987	- 1 728 601

Source : tableau construit par CRC sur base documents fournis par CH et sur base comptes financiers et de gestion

8.1.1.2. Affectation des résultats

L'établissement est dans une situation défavorable au regard du solde déficitaire du compte 119 « *Report à nouveau déficitaire de l'activité principale* » en 2013 et 2014 (*solde débiteur de 550 159 € fin 2014*). Il ne dispose donc pas sur le compte de résultat principal de marge de manœuvre pour préparer l'avenir.

³⁷ Nonobstant les réserves émises ci-avant et relative aux reversements de charges des budgets annexes en direction du budget principal.

8.1.1.3. Réserves

Les réserves sont les résultats excédentaires affectés définitivement aux capitaux propres.

Tableau 29 : Comptes de réserves, en €

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
c/10682 réserve investissements	1 011 707	1 043 706	1 011 706	1 011 706	1 011 707	1 205 898	1 205 898
c/10685 réserve de trésorerie	718 957	718 957	718 957	718 957	718 957	718 957	718 957
c/10686 réserve compensation CRA	139 594	165 471	187 944	517 128	627 063	1 849 173	2 196 195
Total	1 870 258	1 928 134	1 918 608	2 247 792	2 357 727	3 774 028	4 121 050

Source comptes financiers et de gestion

« Le compte 10682 est constitué de résultats excédentaires affectés durablement et définitivement à l'investissement. Aucune reprise n'est donc possible sur ce compte. ».

Pourtant, le compte 10682 a fait l'objet d'une reprise de 32 000 € en 2010 alors même que l'instruction M21 ne le permet pas. L'établissement a procédé à un tel mouvement (débit du 10682 et crédit du 10686 pour 32 000) à la demande expresse du conseil régional.

L'évolution constatée entre 2013 et 2014 sur le compte 10686 des CRA est en lien direct avec les excédents constatés sur ces derniers en 2013.

Ainsi, au-delà d'une reprise non autorisée sur un compte de réserve, un report à nouveau désormais très négatif et des réserves liées à l'activité hospitalière qui stagnent fragilisent la solidité financière de l'établissement.

8.1.2. L'évolution des dépenses et recettes du budget principal

La progression des recettes (+8,18 %) reste plus dynamique que celle des dépenses (+7,69 %). Toutefois, l'évolution des résultats consolidés entre 2008 et 2014 montre que l'établissement continue à souffrir d'une baisse d'activité dans les domaines de la chirurgie, de la chirurgie ambulatoire et en gynécologie obstétrique.

Cette progression de recettes sur 6 ans peut être mise en relation avec l'évolution des dépenses nationales en soins hospitaliers. Celle-ci, révélatrice d'une dynamique de la demande nationale moyenne, a crû en valeur³⁸ en moyenne de 19,85 %³⁹. La croissance de l'activité de 8,18 % est donc à relativiser à l'aune du dynamisme d'un secteur hospitalier qui voit son activité croître de presque 20 % durant la période.

L'évolution des dépenses, enfin, est inférieure à l'inflation sur 6 ans et est, à cet égard, le signe d'une maîtrise des coûts de production plus que le reflet d'un rétablissement de conditions d'efficience durables.

³⁸ Valeur = Prix X volume

³⁹ Ce chiffre correspond à l'évolution moyenne de l'ONDAM hospitalier sur la période. Les données sont issues de l'assurance maladie (http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_lfss_2014_en_chiffres.pdf). La décomposition du calcul étant la suivante : 1,1985 = 1,04 X 1,04 X 1,025 X 1,027 X 1,025 X 1,027.

8.1.2.1. Les charges d'exploitation

L'évolution des charges est modérée (+ 7,69 %) sur la période, démontrant ainsi les efforts que réalise l'établissement dans la maîtrise de ses dépenses. La structure des dépenses est strictement identique à celle des établissements de la catégorie.

Tableau 30 : Charges d'exploitation : structure, évolution annuelle et poids de chaque titre par rapport aux charges totales

En €		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2008-2014	Evolution moyenne Annuelle
titre 1	Charges de personnel	14 157 383	14 560 747	15 692 271	15 534 191	15 382 587	15 286 327	14 952 529	5,62%	1,38%
	Evolution annuelle		2,85%	7,77%	1,01%	0,99%	0,63%	-2,23%		
	part des charges de personnel / charges totales	69,60%	68,76%	70,97%	63,53%	67,67%	70,12%	68,26%		
titre 2	charges à caractère médical	2 052 888	2 501 105	2 369 925	2 278 864	2 381 247	2 388 608	2 685 507	30,82%	6,95%
	Evolution annuelle		21,83%	-5,24%	-3,84%	4,49%	0,31%	12,43%		
	part des charges à caractère médical/ charges totales	10,09%	11,81%	10,72%	9,32%	10,48%	10,96%	12,26%		
titre 3	charges à caractère hôtelier et général	2 369 843	2 506 268	2 360 852	2 237 880	2 279 734	2 369 480	2 284 183	-3,61%	-0,92%
	Evolution annuelle		5,76%	-5,80%	-5,21%	1,87%	3,94%	-3,60%		
	part des charges à caractère hôtelier et général/ charges totales	11,65%	11,84%	10,68%	9,15%	10,03%	10,87%	10,43%		
	charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	1 760 398	1 607 766	1 687 333	4 401 515	2 689 075	1 755 067	1 983 792	12,69%	3,03%
	Evolution annuelle		-8,67%	4,95%	160,86%	-38,91%	-34,73%	-34,73%		
	part des charges d'amortissements, provisions financières et exceptionnelles/ charges totales	8,65%	7,59%	7,63%	18,00%	11,83%	8,05%	9,06%		
total des charges		20 340 512	21 175 886	22 110 380	24 452 450	22 732 643	21 799 482	21 905 358	7,69%	1,87%
% Evolution des charges totales			4,11%	4,41%	10,59%	-7,03%	-4,10%	0,49%		

Source : comptes financiers et de gestion

8.1.2.1.1. Les dépenses de personnel

Ces dépenses précédemment analysées (cf. supra) sont en constante augmentation de 2008 à 2013. Elles ont représenté jusqu'à 70,12 % des charges totales avant de diminuer en 2014 de 2,23 %, reflétant ainsi la mise en place effective d'un plan de redressement.

Cette croissance annuelle moyenne quasi nulle, sans que l'effet GVT ait été évalué, se situe dans un contexte de pénurie de la ressource médicale qui peut être parfois, en partie, compensée par une augmentation du recours à des personnels non médicaux.

La fragilité de la ressource médicale se traduit également par une sollicitation plus grande de l'intérim, solution coûteuse pour tout établissement comme l'admet indirectement le conseil de surveillance⁴⁰.

⁴⁰ En témoigne par exemple le vote du conseil de surveillance du 25 octobre 2013 par lequel celui-ci donne son aval à la direction « obligée de recourir à des pratiques dérogatoires et coûteuses en matière de rémunération des médecins remplaçants »

8.1.2.1.2. Les charges à caractère médical

Elles représentent 12,26 % du total des charges d'exploitation et ont connu une hausse de 21,83 % entre 2008 et 2009. Depuis, elles s'étaient stabilisées mais augmentent à nouveau en 2014. Au total, la hausse annuelle moyenne est de 6,95 %.

L'essentiel de ces dépenses est lié à la hausse des achats du compte 6021 « produits pharmaceutiques à usage médical » et à l'accroissement des dépenses du compte 6131 « location à caractère médical ». Cette augmentation des dépenses sur ce poste trouve sa contrepartie et son explication dans la forte augmentation des recettes du compte 7071 « rétrocession de médicaments » : le solde de ce compte passant de 171 374 € en 2008 à 832 909 € en 2014.

La maîtrise de ce poste de dépenses est nécessaire mais sans doute extrêmement dépendante, pour une petite structure, de l'évolution des pathologies (et donc des thérapeutiques mises en œuvre) d'une année sur l'autre.

8.1.2.1.3. Les charges à caractère hôtelier et général

Ces charges sont maîtrisées. Leur montant a diminué de 0,92 % par an, comparativement à une inflation moyenne de 6,72 %⁴¹ entre 2009 et 2013. Ce résultat est la preuve d'une gestion contenue de cette catégorie de dépenses, étant relevé que les mesures d'économies déjà réalisées ne permettront sans doute pas à l'établissement de trouver de nouvelles marges de manœuvres significatives à l'avenir sur ce poste de dépenses.

8.1.2.2. Les recettes d'exploitation

Les recettes des titres 1 et 2⁴² sont constantes. Le produit de la tarification des séjours baisse ainsi de 17,71 % depuis son maximum atteint en 2009, en corrélation avec la dégradation de l'activité hospitalière tout au long de la période.

Cette baisse semble même s'accélérer depuis le 1^{er} janvier 2013, année de mise en place d'un plan de redressement. Le poids des ressources issues de la tarification des séjours, et donc provenant de la T2A, est passé de 50,85 % des produits en 2008 à seulement 39,42 % aujourd'hui.

Tableau 31 : Structure des recettes d'exploitation

en €		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolut. 2008-2014	Evolut. Moyen. Annuel
titre 1	produits versés par l'assurance maladie	14 945 706	15 535 113	15 737 243	16 809 923	17 074 390	15 442 321	15 031 580	0,57%	0,14%
	Dont produit de la tarification des séjours	10 346 144	10 543 515	10 041 988	9 658 906	9 709 521	8 890 314	8 676 104		
titre 2	autres produits de l'activité hospitalière	1 797 862	1 729 697	1 645 999	1 847 526	1 841 923	1 737 957	1 806 732	0,49%	0,12%
titre 3	autres produits	3 600 669	3 875 222	3 752 074	3 977 145	3 731 036	4 333 159	5 171 870	43,54%	9,48%
total des produits		20 344 237	21 140 031	21 135 316	22 634 594	22 647 350	21 513 436	22 010 182	8,19%	1,99%

Source : comptes financiers et de gestion

⁴¹ <http://france-inflation.com/inflation-depuis-1901.php>

⁴² Pour rappel, le titre 1 correspond aux recettes issues de l'activité (T2A), et aux versements associés : Produit des DMI et des médicaments facturés en sus, forfaits annuels, dotations MIGAC. Le titre 2 regroupe les produits issus des mutuelles, ou les différents forfaits journaliers.

Les recettes de titre 3 connaissent une augmentation de 43,54 % entre 2008 et 2014, soit une évolution annuelle de 9,48 %. Cette croissance s'explique par le versement de dotations exceptionnelles de la part de l'ARS. L'introduction du Fonds d'intervention régional (FIR), à partir de 2012, qui est comptabilisé en titre 3 et qui a repris un certain nombre de financements autrefois assurés par le biais de MIGAC⁴³, enregistrées eux en titre 1, explique aussi cette forte évolution sur la période de ce titre 3.

Le titre 3 comprend enfin des ressources provenant du produit de la vente au public de médicaments onéreux par la pharmacie hospitalière. Dans une petite structure, le niveau de ces ventes est très fluctuant et il est en outre compensé par une augmentation concomitante des achats correspondants.

La diminution des recettes issues de l'activité propre de l'établissement est compensée par un recours croissant et désormais quasi pérenne à des aides de l'ARS afin de maintenir constant le niveau des produits.

8.2. LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT DU CENTRE HOSPITALIER

8.2.1. Structure et évolution des investissements réalisés

Dans un contexte de recherche d'un retour à l'équilibre financier, il est difficile pour un établissement d'avoir une politique d'investissement dynamique alors même que celle-ci peut être un « passage obligé » pour rétablir des conditions de fonctionnement plus efficaces.

Il importe donc d'évaluer sur la période l'effort d'investissement consenti et de mettre également en lumière l'appui éventuel de la tutelle en la matière.

8.2.1.1. *Niveau d'investissement et obsolescence des immobilisations*

Depuis 2012, le niveau d'investissement antérieur, autour de 1 100 000 €, est rompu et limité au strict minimum⁴⁴. Par rapport aux établissements de la catégorie, le volume d'investissement devrait être cinq fois supérieur, notamment sur la dernière période.

Tableau 32 : Dépenses d'investissement de 2008 à 2014

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Moyenne 2008-2014
Immobilisation (T2)	668 860	797 270	1 734 374	1 239 835	190 126	292 179	1 058 604	854 464

Source : comptes de gestion et comptes financiers

L'intensité de l'investissement, qui rapporte les flux d'investissements de l'année au total des produits, a tendance à décroître de façon régulière au cours de la période, excepté le rebond de 2014.

⁴³ Mission d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation

⁴⁴ L'IGAS (Rapport sur l'investissement hospitalier, mars 2013 : http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-032P_Tome_I_-_Volume_I.pdf) évalue ce niveau à 3% des produits. Appliqué au Centre hospitalier du Blanc, cela donne un niveau minimum d'investissement de 700 000 euros, non atteint à plusieurs reprises.

Tableau 33 : Intensité de l'investissement

Intensité de l'investissement (en %)	2010	2011	2012	2013	2014
CH Le Blanc	5,9	3,9	0,6	1	3,4
Région 2 ^{ème} décile	3,7	3	2,4	2,8	2,6
Région 8 ^{ème} décile	10,8	6,2	8,6	9,1	11,9
Catégorie 2 ^{ème} décile	3,1	2,9	2,4	1,9	1,9
Catégorie 8 ^{ème} décile	12,3	11,6	11,3	8,4	7,1

Source Hospidiag

L'obsolescence accélérée des équipements et des bâtiments que ce constat augure imposera au centre hospitalier du Blanc de trouver des moyens de financement d'autant plus importants que les opérations nécessaires auront été différées. Cette tendance est déjà visible en matière de vétusté des immobilisations (Cf. tableau ci-dessous).

Tableau 34 : Taux de vétusté

Taux de vétusté... ⁴⁵	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Des équipements	74,4	73,1	75	80,1	85,9	87,8
Des bâtiments	37,9	40,1	43,5	46,1	49,9	

Source : indicateurs Hospidiag

Le taux de vétusté permet d'évaluer l'état des immobilisations en rapprochant la part des amortissements effectués de la valeur brute des immobilisations considérées. Il mesure ainsi la part moyenne des bâtiments et des équipements déjà amortis.

Tableau 35 : Taux de vétusté des bâtiments

(en €)	2008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2014
Total immobilisations (Bâtiments) c/213	20 620 634	20 680 057	21 544 414	21 776 983	21 908 017	22 060 864	22 208 234
Total amortissement Bâtiments c/28131	7 060 667	7 844 749	8 638 335	9 466 520	10 094 838	11 010 798	11 903 266
Taux de vétusté des bâtiments	34,24%	37,93%	40,10%	43,47%	46,08%	49,91%	53,60%

Source : comptes financiers

Tableau 36 : Taux de vétusté des équipements

(en €)	2008	009	2010	2011	2 012	2 013	2014
Total immobilisation Equipements c/ 215 – 218	9 696 149	10 166 083	10 742 979	10 565 859	10 140 979	10 201 714	10 569 608
Total amortissements Equipements c/2815,2818	7 132 968	7 564 913	7 851 917	7 926 305	8 127 225	8 762 692	9 281 335
Taux de vétusté des équipements	73,6%	74,4%	73,1%	75,0%	80,1%	85,9%	87,8%

Source : comptes financiers

Ces taux n'ont pas cessé de se dégrader, passant, entre 2008 et 2014, de 34,24 % à 53,60 % pour les bâtiments et de 73,6 % à 87,8 % pour les équipements. Cette dégradation s'observe notamment lorsque le CH du Blanc est comparé aux autres centres hospitaliers (NB. Les établissements appartenant au 2^{ème} décile sont les plus performants).

⁴⁵ Taux de vétusté = Amortissements cumulés de l'équipement ou du bâtiment, rapportés à la valeur brute des équipements ou des bâtiments.

Tableau 37 : Comparaison du taux de vétusté entre le CH du Blanc et d'autres établissements

		2009		2010		2011		2012		2013		2014	
		E	B	E	B	E	B	E	B	E	B	E	B
CH Le Blanc		74,4	37,9	73,1	40,1	76	43,6	80,1	46,1	85,9	49,9	87,8	53,6
Région	2eme décile	69,1	29,8	68,8	31,6	70,9	33,5	72,3	35,5	74,3	37,3	73,8	38,1
	8ème décile	78,5	51,6	78,4	55	78,2	57,6	80,8	56,8	83,5	56,9	83,9	55,8
Catégorie	2eme décile	71	35	70,5	35	71	33,9	70,5	33,8	71,8	33,5	73,3	36,7
	8ème décile	82,4	56,8	82,4	57,3	93,1	57,9	83,2	58,9	84,4	30	86	61,1
Typologie	2eme décile	69,2	34,8	68,9	32,9	69,8	33,9	69,2	34	69	33,6	72,4	36,2
	8ème décile	76,5	47,2	76,5	46,5	77,3	45,6	78	47,7	79,2	48,1	80	50,8

Source : Hospidiag

E = Equipements ; B = Bâtiments.

Les taux de vétusté du centre hospitalier du Blanc sont systématiquement supérieurs à ceux des établissements se situant dans le 8^{ème} décile, alors qu'en 2013 le centre hospitalier du Blanc se situait dans la fourchette médiane.

Avec un taux de vétusté de 87,81 %, le centre hospitalier du Blanc se situe à un niveau très faible, laissant supposer que le renouvellement des équipements est insuffisant, entraînant de fait un vieillissement important des immobilisations.

Ces risques d'obsolescence portent par exemple sur les salles de radiologie, dont l'une sur les deux devrait être soumise à réfection, car n'étant plus réglementairement conforme aux prescriptions de l'ASN. Un coût de rénovation de l'ordre de 438 000 € est à prévoir pour la simple mise aux normes des appareils de radiologie. Le scanner devra également être remplacé en 2017 pour un coût d'environ 650 000 €.

L'établissement se situe aujourd'hui parmi ceux qui ont des besoins de renouvellement d'équipements ou d'immobilisations importants. Il fait face à une contradiction difficile à résoudre entre une trajectoire de vieillissement et l'insuffisance de moyens financiers pour l'inverser.

Cette quasi impossibilité à réaliser les investissements nécessaires explique ainsi que l'ARS ait pu suggérer un montage original afin de réaliser un investissement conséquent sur l'emprise territoriale du centre hospitalier : l'hélistation.

8.2.1.2. *Un investissement emblématique de la dernière période : l'hélistation*

8.2.1.2.1. *Une décision fortement sollicitée par l'ARS de la région Centre*

Les courriers du 21 décembre 2011, adressés aux directeurs des centres hospitaliers de Châteauroux et du Blanc, définissent les grandes lignes d'un rapprochement entre les deux sites.

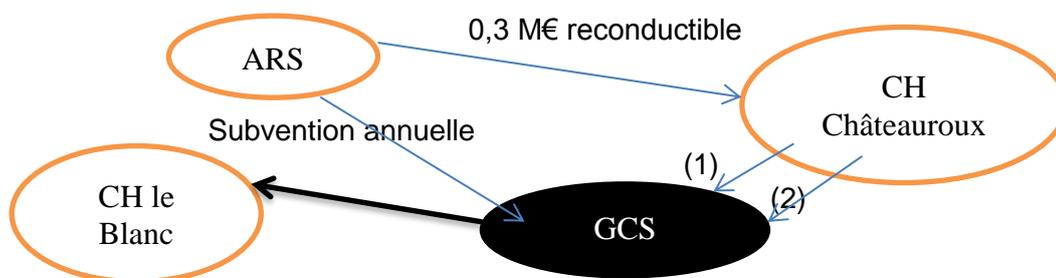
- Le directeur général de l'ARS précise clairement, alors, les « missions principales » du centre hospitalier du Blanc :
 - l'accueil et la prise en charge des urgences ;
 - un service de médecine générale ;
 - une médecine adaptée à la population, à savoir une filière gériatrique complète.

Ces courriers insistent sur la mise en place d'une « *procédure d'orientation des parturientes vers une autre maternité* » ou encore « *la mise en place dès maintenant d'une procédure d'évacuation des urgences chirurgicales* ».

L'organisation commune appelée de ses vœux par l'ARS renvoie ainsi explicitement à l'idée de désenclavement du site du Blanc. L'ARS a accompagné sa politique de moyens conséquents et suggère une mise en œuvre spécifique qui peut interroger.

Le « support » choisi pour conduire l'investissement est extérieur au centre hospitalier. Même si la convention constitutive du GCS « Infotech 36 » lui permet de réaliser « *des opérations d'investissement visant à renforcer la qualité et la sécurité des soins* », sa spécificité tournée en direction des systèmes d'information aurait pu limiter la possibilité pour cette structure de réaliser des investissements de cette nature. Cependant, le règlement intérieur de ce GCS indique que « *les attentes communes exprimées par les membres ou par l'ARS du Centre doivent permettre de définir des projets thématiques* », donnant ainsi indirectement à l'ARS un levier d'action utile.

Les moyens consentis par l'ARS sont conséquents et l'engagent par le biais d'une dotation reconductible et d'un montage financier dont le schéma est le suivant.



(1) et (2) : avances remboursables de deux fois 0,6 M€ sur dix ans.

8.2.1.2.2. *Des modalités de réalisation efficaces qui ouvrent des perspectives sans pour autant être accompagnées d'éléments précis relatifs à la mesure de l'efficacité de l'investissement*

Cette réalisation a respecté le calendrier relativement serré et les coûts initiaux envisagés. Estimé à 1,6 M€, le coût de revient de l'hélistation est de 1 531 478 €. Le respect de l'enveloppe initiale s'accompagne également d'un respect des délais de réalisation puisque la mise en service n'a subi qu'un mois de retard du fait de travaux supplémentaires liés à la présence d'amiante.

Ce projet ne s'appuie cependant pas sur une nécessité documentée par un nombre de transferts héliportés qui le justifierait. Cet investissement n'a pas de visée économique mais dote le territoire sanitaire d'une infrastructure contribuant à limiter l'isolement géographique du centre hospitalier du Blanc.

L'existence d'une hélistation permet, par le recours au transport aérien, à la fois d'optimiser et de sécuriser la phase de transfert du patient et, en cas de nécessité, de réduire à une douzaine de minutes de la durée de trajet vers des structures hospitalières de prise en charge plus adaptées, lesquelles sont distantes de 60 kms du CH Le blanc par voie routière.

L'hôpital, sous l'impulsion et avec l'aide de l'ARS, s'est doté d'un outil utile contribuant à l'aménagement du territoire, sécurisant la prise en charge sanitaire alors même que le centre hospitalier n'a pas eu à supporter le coût de cet équipement réalisé sans analyse de besoin spécifique.

8.2.2. Le financement du cycle d'investissement

La marge brute dégagée sur l'exploitation courante doit permettre de couvrir les amortissements et provisions et de dégager une trésorerie suffisante afin de rembourser ses dettes et de réaliser des investissements.

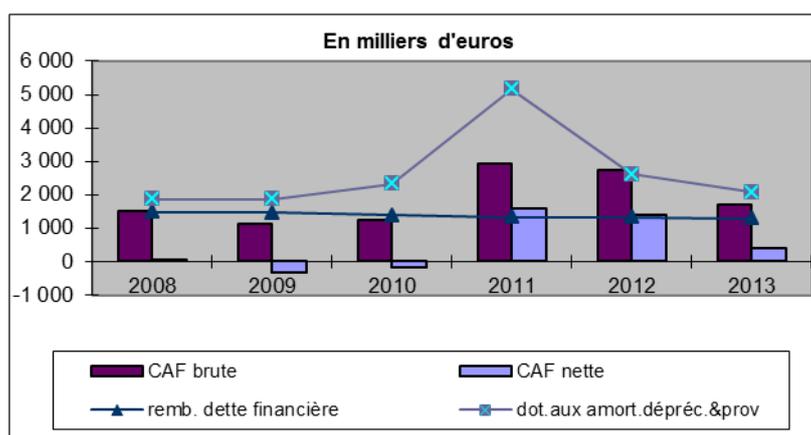
Tableau 38 : Capacité d'autofinancement, remboursement de la dette financière et dotations aux amortissements et provisions

En milliers d'euros	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
CAF brute	1 519	1 123	1 232	2 938	2 725	1 719	2 385
remboursement de la dette financière	1 488	1 488	1 392	1 333	1 333	1 301	1 284
CAF nette	32	-345	-157	1 605	1 392	418	1 101
Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	1 859	1 864	2 336	5 156	2 612	2 073	2 396

Source : Comptes financiers et de gestion

L'autofinancement est totalement absorbé par le remboursement de la dette, voire même insuffisant en début de période (2008 et 2009). Depuis l'embellie de l'année 2011, permise par des ressources exceptionnelles, la capacité d'autofinancement nette des remboursements de la dette (CAF nette) ne cesse de s'éroder, ne laissant que peu de marge de manœuvre à l'établissement pour investir au-delà des amortissements réalisés comme l'illustre le graphique ci-dessous.

[1] Graphique comparant la capacité d'autofinancement, le remboursement de la dette financière et les dotations aux amortissements et provisions



Source : comptes financiers

La capacité d'investissement de l'établissement confronté à une insuffisance de ressources, est donc très faible, alors même que ses besoins ne peuvent que croître.

8.3. LA SITUATION DE LA DETTE

8.3.1. Les ratios liés à la dette

L'hôpital du Blanc a un niveau d'endettement correct.

Tableau 39 : Poids de l'endettement

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Durée apparente de la dette (en années) ⁴⁶	8,57	10,96	10,62	4,01	4,04	5,65	3,53
<i>moyenne des établissements de même catégorie 2ème décile</i>			2,40	2,50	2,90	3,30	3,5
<i>moyenne des établissements de même catégorie 8ème décile</i>			10,50	11,70	11,90	14,70	15,5
Taux moyen de la dette	4,20 %	4,00 %	3,60 %	3,50 %	3,50 %	3,50 %	3,50 %
Indépendance financière ⁴⁷	62,0 %	62,4 %	65,4 %	58,4 %	54,7 %	50,4 %	45,5 %

Source : Hospidiag

8.3.1.1. *La durée apparente de la dette*

La durée apparente de la dette de 4 années en 2011 est affectée par une CAF qui est sans doute majorée. Pourtant, l'établissement demeure encore en 2014 parmi les centres hospitaliers qui doivent pouvoir rembourser leur dette de manière assez rapide s'ils y consacraient l'ensemble de leurs ressources propres. La moyenne régionale est ainsi comprise entre 2,5 années (2^{ème} décile) et 13,5 années (8^{ème} décile).

8.3.1.2. *Le taux moyen de la dette*

Ce taux mesure le taux d'intérêt « moyen » de l'encours de la dette en capital en rapportant les charges financières à l'encours de la dette. Il a baissé entre 2008 (4,2 %) et 2011 (3,5 %) et est resté stable jusqu'en 2014, situant l'établissement à un niveau correct.

8.3.1.3. *Le ratio d'indépendance financière*

Le ratio d'indépendance financière qui, traditionnellement, est considéré comme convenable s'il est inférieur à 50 %, s'améliore de façon constante au cours de la période. Il est passé de 50,4 % en 2013 à 45,5 % en 2014.

Si cette situation peut paraître « confortable » et à même de permettre, en théorie, une politique d'investissement dynamique, il faut rappeler que la capacité d'autofinancement des quatre dernières années est en partie générée par des résultats intégrant les dotations exceptionnelles de soutien à l'activité octroyées par l'ARS.

Le centre hospitalier dispose en réalité d'une capacité limitée à emprunter. Sans l'aide de l'ARS, il n'aurait ainsi pas pu rembourser, en février 2012, la ligne de trésorerie qui arrivait à échéance et qu'il avait entièrement utilisée à hauteur de 1,3 M€.

⁴⁶ Mesuré par l'encours de la dette rapporté à la CAF

⁴⁷ Construit en rapportant l'encours de la dette aux capitaux permanents

8.3.2. Evolution et structure de la dette

Tableau 40 : Structure de la dette (en €)

	Libellé	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014
c/164	Balance d'entrée	13 634 327	12 197 309	11 550 106	12 419 674	11 146 927	10 436 900	9 195 568
	remboursement de la dette (débit)	1 437 018	1 407 203	1 330 432	1 272 746	1 270 027	1 303 832	1 224 082
	nouveaux emprunts (crédit)	0	760 000	2 200 000	0	560 000	62 500	0
	Balance de sortie	12 197 309	11 550 106	12 419 674	11 146 927	10 436 900	9 195 568	7 971 486
c/167	Balance d'entrée	869 406	818 809	757 546	696 283	636 196	576 109	516 022
	remboursement de la dette (débit)	50 596	61 263	61 263	60 087	60 087	60 087	60 087
	nouveaux emprunts (crédit)	0	0	0	0	0	0	0
	Balance de sortie	818 809	757 546	696 283	636 196	9	516 022	455 935
	TOTAL comptes 164 et 167	13 016 119	12 307 652	13 115 957	11 783 124	10 436 909	9 711 590	8 427 421

Source : comptes de gestion et financiers

Le processus de désendettement commencé en 2009 a continué jusqu'en 2014. La dette de l'hôpital s'établit en 2014 à 8 427 421 €, en baisse de 45,55 % depuis 2008.

Ainsi, le centre hospitalier a pu se désendetter au cours de la période en limitant de façon drastique tout investissement et en bénéficiant d'un soutien dynamique de l'ARS. Les ratios d'endettement sont redevenus mécaniquement corrects alors même que le déficit structurel limite fortement les perspectives de souscription de nouveaux emprunts pour les investissements futurs.

8.4. LA STRUCTURE FINANCIÈRE : LE BILAN FONCTIONNEL

Le bilan fonctionnel a pour objet de faire apparaître la manière dont les actifs bruts (emplois : constructions, équipements, stocks...) sont financés par les ressources durables, amortissements et provisions compris.

8.4.1. Le fonds de roulement de l'investissement

Tableau 41 : Le fonds de roulement d'investissement (FRI)

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fonds de roulement d'investissement	416 422	604 249	1 463 176	735 620	1 477 236	2 039 725	1 083 315

Source : comptes financiers et de gestion

Il est constitué par la différence entre les financements stables obtenus et les valeurs immobilisées, biens stables acquis par l'établissement.

Le fond de roulement de l'investissement (FRI) est en progression de 489,82 % entre 2008 et 2013 du fait de la constante augmentation des financements stables (les subventions essentiellement) obtenus par le centre hospitalier. En 2014, le FRI diminue cependant de moitié passant de 2 039 725 € à 1 083 315 € du fait du choix d'une reprise des investissements financée sans recours à l'emprunt.

Tableau 42 : Le fonds de roulement d'exploitation (FRE)

En €	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014
Fonds de roulement d'exploitation	2 428 860	1 899 091	1 441 712	2 783 682	3 816 075	3 804 975	4 821 405

Source : comptes financiers et de gestion

Il est constitué par la différence entre les financements stables liés à l'exploitation (en particulier les réserves de compensation et les provisions pour risques et charges) et la créance de l'article 58. Il a doublé entre 2008 et 2014.

Tableau 43 : Le fonds de roulement net global (FRNG)

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Fonds de roulement net global	2 845 282	2 503 340	2 904 888	3 519 302	5 293 311	5 844 700	5 904 720

Source : comptes financiers et de gestion

Le fonds de roulement net global (FNRG) est la somme du FRI et du FRE et représente la différence entre la totalité des ressources stables et la totalité des emplois stables. Il reste positif sur toute la période et atteint un niveau conséquent de 5 904 720 € en 2014.

L'établissement s'appuie sur ses ressources propres pour financer des investissements actuellement faibles. Avec un FRNG équivalent à 82,32 jours de charges courantes, l'hôpital se situe très légèrement au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie.

8.4.2. Le besoin en fonds de roulement (BFR)

Tableau 44 : Besoin en fonds de roulement

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Besoin en fonds de roulement	1 490 686	2 018 216	1 597 564	4 274 754	1 823 241	3 076 293	3 399 940

Source : comptes financiers et de gestion

Il désigne le besoin en trésorerie que nécessite l'activité de l'établissement. Il a vocation à être couvert par le FNRG. Il est en hausse de 12,4 % par rapport à 2013 et de 89,7 % par rapport à 2012, passant de 1 823 241 € à 3 399 940 €. Ce point est assez paradoxal alors même que l'activité de l'établissement n'a pas augmenté durant la période.

8.4.3. La trésorerie

La trésorerie nette résulte de la différence constatée entre le fonds de roulement net global et le besoin en fonds de roulement.

Tableau 45 : Trésorerie du centre hospitalier

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Trésorerie nette au 31 décembre	1 354 596	485 124	1 307 324	-29 655	3 470 070	2 768 407	2 504 780

Source : comptes financiers et construction CRC

La trésorerie représente 34,6 jours de charges courantes en 2014. Ce niveau peut être qualifié de correct dès lors qu'il est généralement admis qu'un minimum de 30 jours est souhaitable. L'évolution historique de ce ratio illustre cependant les difficultés auxquelles l'établissement a pu être confronté.

8.4.3.1. Le ratio de couverture du BFR par le FNRG

Tableau 46 : Ratio de couverture du BFR par le FNRG

En €	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ratio FRNG/BFR	1,91	1,24	1,82	0,82	2,90	1,90	1,74

Source : comptes financiers et construction CRC

Une règle de sécurité veut que le FRNG couvre le BFR. Le ratio de couverture doit être supérieur à 1 dans le cas d'une gestion optimale de trésorerie. Le ratio de l'hôpital du Blanc est supérieur à ce chiffre, sauf en 2011.

8.4.3.2. La variation de la trésorerie

Tableau 47 : Evolution de la trésorerie du CH (en €)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0	0	0
Disponibilités	1 544 888	664 659	1 401 285	44 319	3 536 688	2 848 248	2 589 914
dotation globale attendue							
Liquidités	1 544 888	664 659	1 401 285	44 319	3 536 688	2 848 248	2 589 914
fonds déposés par les hospitalisés et les hébergés	179 077	170 055	79 588	61 665	54 647	69 881	76 868
ICNE	11 215	9 480	14 373	12 309	11 970	9 959	8 266
financement court terme	190 292	179 535	93 961	73 974	66 617	79 841	85 134
Trésorerie	1 354 596	485 124	1 307 324	-29 655	3 470 070	2 768 407	2 504 780

Source : comptes financiers

L'évolution du niveau de trésorerie de l'établissement a été erratique entre 2008 et 2011. Depuis 2012, le niveau de trésorerie est confortable notamment grâce aux aides exceptionnelles au soutien d'une activité déficitaire.

Les niveaux de trésorerie et du fonds de roulement net global de l'hôpital sont bons mais ils sont obtenus par un établissement soutenu financièrement par sa tutelle et à l'activité atone.

9. DES RÉSULTATS 2015 PEU ENCOURAGEANTS

9.1. LE CENTRE HOSPITALIER A SU PRÉSENTER UN RESULTAT PRÉVISIONNEL ÉQUILIBRÉ QU'IL N'EST CEPENDANT PAS PARVENU À CONCRÉTISER

Le centre hospitalier a présenté, à la demande de l'ARS a-t-il indiqué, un EPRD 2015 équilibré notamment grâce à l'inscription de produits attendus pour 718 090 € versés par le fonds d'intervention régional (FIR) au titre du soutien de l'établissement.

L'établissement a, par ailleurs, pris en compte l'intégralité du financement du SSR addictologie, alors même que ce dernier n'a ouvert que fin 2015, élément représentant une aide indirecte de l'ordre de 800 000 €⁴⁸.

Sans ces financements complémentaires, l'établissement aurait présenté un EPRD déséquilibré à hauteur de leur montant (environ 1,5 millions €), valeur approchée de ce qu'est le montant de son déficit structurel.

Le résultat de clôture de l'exercice donne un déficit de 1,075 million €. Le déficit de fonctionnement global de la structure peut donc être correctement évalué à 2,6 millions €.

Les dépenses de personnel ont augmenté de 2 % (contre 1,35 % envisagés) et sont prévues en hausse de 4,32 % pour l'EPRD 2016. Cette augmentation résulte de l'extension en année pleine de l'ouverture du service de SSR en addictologie.

Le déficit de l'hôpital, de l'ordre de 11,5 % de ses produits, confirme le caractère artificiel ou, à tout le moins, optimiste de l'équilibre de l'EPRD 2015.

9.2. PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE ET PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE

9.2.1. Le projet médical de territoire (PMT) maintient une offre de soins consommatrice de ressources financières pour l'hôpital

Le projet médical de territoire définit les axes stratégiques dans lesquels doit s'inscrire le centre hospitalier. Il évoque le réaménagement des activités médicales (médecine, urgences, hospitalisation de jour et de courte durée), l'optimisation des ressources administratives, logistiques et techniques ou encore la création d'un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) d'addictologie et le développement des coopérations. La mise en œuvre de ces axes a déjà largement été engagée par la direction du centre hospitalier du Blanc, dans le cadre de la mise en place de la direction commune.

Le projet médical de territoire (PMT) prévoit le maintien de la maternité et de la chirurgie, ce qui contraindra l'hôpital à supporter un déficit structurel pérenne, dans des conditions de prise en charge sanitaire dont la sécurité doit interroger compte tenu du faible niveau d'activité précédemment exposé (cf. § 3.4 supra) et des difficultés à disposer des praticiens nécessaires.

9.2.2. Le plan de redressement financier sera insuffisant pour rétablir un équilibre durable et permettre au centre hospitalier de dégager des ressources suffisantes pour maintenir ses équipements

La construction du plan de redressement prend en compte les préconisations du projet médical de territoire. Les grandes orientations du PMT s'articulent sur la pérennisation et la sécurisation de l'offre de soins, d'une part, et sur la recherche d'efficacité, d'autre part.

Ce plan a donné lieu à un audit de l'établissement réalisé par la société KPMG Consultants qui a débouché en novembre 2013 sur la formulation d'un certain nombre de fiches actions destinées à améliorer l'efficacité de la production de soins par l'établissement.

⁴⁸ 10/12^{ème} de 1 000 000 €

L'objectif était de permettre à l'établissement de dégager 1 613 000 € par an de ressources supplémentaires. Les préconisations édictées dans les fiches action sont regroupées par titre de charges ainsi que le synthétise le tableau ci-dessous

Tableau 48 : Gains ETP prévus par le plan de redressement de 2013 à 2015

	2013	2014	2015
EN ETP			
GAINS DU TITRE1	26,45	4,05	3

Source : Rapport KPMG de novembre 2013

[2] Gains en euros prévus par le plan de redressement de 2013 à 2015

EN EUROS	2013	2014	2015
TITRE 1	337 205	1 262 467	1 415 568
TITRE 2	93 300	121 300	112 500
TITRE 3	-41 225	-32 775	-14 775
TOTAL GAINS EN EUROS	391 319	1 353 037	1 515 342

Source : Rapport KPMG de novembre 2013

Les gains du titre 1 sont dus à la réorganisation de certains services cliniques (suppression du pool de remplacement, réorganisation bloc opératoire...) et à la suppression de postes dans les services administratifs (DRH, Direction...), les services techniques et ouvriers, et les services médico-techniques (radiologie, laboratoire..).

Les gains du titre 2 sont liés à la renégociation de contrats de maintenance et à la passation de marchés avec de nouveaux adjudicataires.

A l'inverse des deux autres titres, il est envisagé un accroissement des charges du titre 3, dont le pic se situe en 2014 (plus 32 775 €), notamment avec l'augmentation des frais de transport (+ 30 000 €) entre le laboratoire du CHU de Poitiers et le CH du Blanc.

Au 7 août 2014, 25,80 emplois⁴⁹ ont été supprimés. Les suivants le seront d'ici 2016.

Il ressort, notamment au vu du bilan de suivi que le centre hospitalier a réalisé à la fin de l'année 2014 avec la société KPMG, corroboré par les observations de la chambre, que la trajectoire d'économie est globalement bien suivie mais qu'elle n'empêchera pas le maintien d'un déficit structurel de l'ordre de 1,5 à 2 M€ par an.

Ces économies liées à des efforts internes significatifs sont complétées par l'adjonction d'une nouvelle activité (SSR addictologie) dont il est attendu 1 M€ de recettes supplémentaires. Celles-ci risquent d'être insuffisantes, même si ce service fonctionne à pleine capacité, pour assurer un retour à l'équilibre des comptes de l'hôpital.

Le bilan financier de la mise en place d'un tel service risque en outre d'être mince s'il n'est pas obtenu par un redéploiement interne de personnels, puisque les charges de personnel augmenteraient d'environ 720 000 € dans l'hypothèse de recrutements supplémentaires. En tout état de cause, il ne permettra pas de combler le déficit structurel important de la structure.

⁴⁹ Source : Rapport d'exécution du plan de redressement du CH du Blanc. KPMG et Centre Hospitalier du Blanc

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : FONDEMENT ET DEROULEMENT DE LA PROCEDURE.....	64
ANNEXE 2 : DONNEES SUR L'ACTIVITE.....	65
ANNEXE 3 : CHARGES DE PERSONNEL	68
ANNEXE 4 : LES AIDES ET MESURES ALLOUEES PAR L'ARS	71

Annexe 1 : Fondement et déroulement de la procédure

Les bases juridiques et le champ du contrôle L'examen de la gestion du centre hospitalier du Blanc est fondé sur les dispositions de l'article L. 211-8 du code des juridictions financières⁵⁰. Ce contrôle a été inscrit au programme 2015 de la chambre. Il a été attribué par arrêté du président de la chambre à M. Marc Tirvaudey, premier conseiller.

Les étapes de la procédure.

Le tableau ci-dessous retrace les différentes étapes de la procédure telles qu'elles ont été définies par le code des juridictions financières (articles L. 243-1 à L. 243-6) :

Objet	Dates	Destinataires	Dates de réception des réponses éventuelles
Envoi de la lettre d'ouverture de contrôle	6 février 2015	M. Lionel Desmots, ordonnateur en fonction, directeur de la direction commune, directeur du CH de Châteauroux Mme Joëlle Gabilleau, ancien ordonnateur du CH du Blanc	
Entretien d'ouverture du contrôle	24 février 2015	M. Lionel Desmots	
Entretiens préalables	23 février 2016	Mme Evelyne Poupet, nouvel ordonnateur, directrice générale des centres hospitaliers du Blanc et de Châteauroux	
	23 février 2016	M. Lionel Desmots	
	25 février 2016	Mme Joëlle Gabilleau (entretien téléphonique)	
Délibéré de la chambre	13 avril 2016		
Envoi du rapport d'observations provisoires (ROP)	5 août 2016	Mme Evelyne Poupet M. Lionel Desmots Mme Joëlle Gabilleau	29 septembre 2016 29 septembre 2016 Sans réponse
Délibéré de la chambre	7 décembre 2016		
Envoi du rapport d'observations définitives (ROD1)	9 février 2017	Mme Evelyne Poupet M. Lionel Desmots Mme Joëlle Gabilleau	Sans réponse Sans réponse Sans réponse

⁵⁰ Aux termes de l'article L. 211-8 du CJF, « L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Annexe 2 : Données sur l'Activité

1. Médecine

Taux d'occupation des lits, IP DMS, Parts de marché

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Entrées	1 777	1 762	1 505	1 549	1 391	1 436	1 464	
Journées	9 679	9 836	9 542	9 834	9 935	9 489	9 662	
DMS	5,45	6,3	6,34	6,35	7,3	6,61	6,6	
IP-DMS			0,813	0,871	0,914	0,865	0,881	0,902
Taux d'occupation		93,2	85,2	82,9	84,4	84,2	86,1	-
Parts de marché (par rapport à la zone d'attractivité)		43,5	44,4	44	44,1	42,7	41,1	40,3

Source : Informations Hospdiag 2008 à 2014 (période 2010/2014), CH et SAE pour les années 2013 et 2014

Activité

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de Résumés de Sorties en médecine (Séjours)	2 324	2 453	2 449	2 366	2 318	2 230
Nombre de RSA Médecine et médecine ambulatoire ⁵¹ (1)	3 087	3 154	3 165	2 866	2 865	2 749
Entrées en provenance des urgences en médecine (en %) (2)	59,2	60,6	62,9	64	64,7	-
Entrées en provenance des urgences (8 ^{ème} décile, Région) (en %)	63,1	64	64,1	68,5	68,3	-
Effectifs en provenance des urgences (2) = (3) (1) X	1 827	1 911	1 991	1 834	1 839	-
Nombre de passages aux urgences (ATU) (4)	6 813	7 565	7 081	7 420	7 806	7 316
Proportion des entrées aux urgences hospitalisées en % = (3)/(4)	26,82	25,26	28,11	24,72	23,56	-

Source : Hospidiag et reconstruction par CRC

2. Urgences, USC, HTCD

Compte de résultat analytique (CREA) du service des urgences, de l'unité de surveillance continue (USC) et unité d'hospitalisation de très courte durée (HTCD)

en euros	2008	2009	2010	2011	2012	2013
USC	321 469	109 176	-117 083	1 515	23 495	
USC – HTCD						-217 020
URGENCES	-698 139	-797 650	-1 097 409	-968 836		
URGENCES (ATU/SMUR)					-760 964	- 474 395

⁵¹ Les urgences obstétriques ne passent à priori pas par les urgences.

3. Service de soins de suite et de réadaptation (SSR)

Compte de résultat analytique (CREA)

En euros	2008	2009	2010	2011	2012	2013
SSR	-10 769	-134 318	-293 843	- 148 781	70245	153 197

Taux d'occupation des lits, IP DMS, Parts de marché

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Lits installés	30	30	30	30	30	30	30
Entrées	416	437	425	416	448	489	461
Séjours	9 391	9 525	9 486	9 347	9 433	9 607	9 247
DMS	22,57	21,8	22,32	22,47	21,06	20,62	21,21
Taux d'occupation	85,53	86,99	86,63	85,36	85,91	87,70%	84,40%

Source : Rapports d'activité et de gestion du CH pour la période 2008-2012 et pour 2013- 2014, SAE

4. Imagerie Médicale

Activité du service d'imagerie médicale et de radiologie

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Scanner						6 161	6 336
Radio conventionnelle						17 885	18 151
Mammographie						2	1 220
Total	34 991	16 094	16 634	18 833	18926	24 048	25 707

Source : rapport activité et de gestion de 2008 à2012, SAE en 2013 et 2014

5. Salles d'intervention

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Nombre de salles	4	4	5	5	3	3	3
Nombre d'actes chirurgicaux	1 286	1 279	1 238	1 246	674	707	881
Nombre d'actes d'endoscopies	533	557	542	533	599	509	561

Source : Hospidiag

6. Chirurgie

Parts de Marché en chirurgie et en chirurgie ambulatoire.

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Parts de marché Chirurgie	29,8	32	31,2	27,3	27,1	20,3	21	19,9
Parts de marché Chir. Ambulatoire	35,5	42,8	42,6	30,3	28,5	12,8	12,6	19,2

Taux d'occupation des lits de chirurgie et éléments de comparaison (Hospidiag)

2009		2010		2011		2012		2013		2014	
71		68,7		65,6		64,6		91,4		120,6	
Taux des établissements de même typologie											
2009		2010		2011		2012		2013		2014	
2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
		28,8	73,9	27,6	72,3	24,7	74,4	24,8	91,1	25,5	93,7

NB : les données 2015 ne sont pas disponibles sur Hospidiag au 16.11.2016

Annexe 3 : Charges de personnel

1. Personnel Médical

	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2015	2008-2015
6421 PHTP et PHPT	1 025 258	951 854	964 262	899 503	877 811	856 537	758 591	739 637	-27,86%
6422 Prat att renouv de droit	85 422	51 289	63 293	60 657	40 254	83 342	221 424	43 978	-48,52%
6423 Prat contr sans renouvellement de droit	616 379	574 569	513 884	545 404	495 426	451 187	369 858	547 948	-11,10%
Total Rém. principale PM	1 727 060	1 577 713	1 541 439	1 505 564	1 413 491	1 391 065	1 349 873	1 331 563	-22,90%
Evolution annuelle rémunération principale PM		-8,64%	-2,30%	-2,32%	-6,11%	-1,58%	-2,96%	-1,36%	
6425 Permanence des soins	829 336	765 215	596 433	547 051	500 559	450 618	482 516	545 430	-34,23%
64251 Permanence sur place intég obligation service	380 139	481 252	349 144	333 785	304 820	299 975	54 739	93 811	-75,32%
64252 Permanence sur place temps travail addit,	170 738	0	0	0	0	0	42 655	56 398	-66,97%
64253 Permanence de soins par astreinte	278 460	283 963	247 289	213 266	195 739	150 644	385 123	395 219	+41,93%
6426 Temps travail additionnel de jour	54 357	144 532	220 479	260 673	341 456	413 446	322 247	330 307	+407,66%
6428 Autres rém. PM	1 600	4 800	14 800	11 230	4 483	7 740	164 174	193 624	+1199 %
6429 Rembt rém. PM			-800	0	0		0	0	
Total comptes 6425, 6426 et 6428	885 293	914 547	830 912	818 955	846 498	871 804	968 938	1 069 361	+20,79%
Evolution annuelle comptes 6425, 6426 et 6428		3,30%	-19,06%	-1,53%	3,36%	2,99%	11,14%		
642 TOTAL REMUNERATIONS Personnel Médical	2 612 353	2 492 260	2 372 351	2 324 519	2 259 989	2 262 869	2 318 812	2 437 214	-6,70%
Evolution annuelle charges PM		-4,60%	-4,81%	-2,02%	-2,78%	1,30%	2,47%		

Source : comptes financier.

2. Personnel extérieur

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
621 Pers. extérieur à CH	66 998	46 327	708 226	502 042	541 233	856 618	873 718	693 768
62113 PM (frais d'agence intérim pm)	38 664	24 163	16 935	13 777	11 882	4 483	10 004	
62114 PNM (intérim PNM)	28 334	22 164	431 835	52 919	5 535	799	1 885	
6215 Personnel affecté à l'établissement	0	0	258 198	433 641	523 815	834 513	861 829	693 768
6218 Autre personnel	0	0	1 258	1 705	0	0	0	

3. Personnel non médical

	2 008	2 009	2 010	2 011	2 012	2 013	2 014	2015
6411 Pers. titul et stagiaire	6 130 399	6 364 785	6 588 624	6 717 012	6 624 615	6 004 525	5 716 010	5 971 608
64111 Rém. Principale	4 570 552	4 737 263	4 901 861	4 997 910	4 918 986	4 525 792	4 193 424	4 471 979
64112 NBI et indemnité de résidence	38 089	37 204	36 341	35 450	30 259	21 330	17 187	16 380
64113 Prime de service	291 079	305 186	320 397	363 007	349 163	278 104	353 498	349 692
64115 Supplément familial	70 805	69 413	70 470	62 915	59 112	54 190	48 307	55 654
64118 Aitres indemnités	1 159 873	1 215 720	1 259 555	1 257 729	1 267 095	1 125 108	1 103 594	1 077 901
6413 Persel sous CDI (crédits limitatifs)	428 790	446 918	464 343	493 294	503 972	507 543	489 890	375 565
64131 rémunération principale	362 503	369 989	401 420	418 586	422 899	420 770	398 373	310 245
64135 supplément familial	4 222	4 929	5 870	4 041	4 354	4 021	4 538	5 612
64136 Indemnité de préavis de licenciement	0	0	0	0	0	0	5 441	0
64138 Autres indemnités	62 065	71 999	57 053	70 666	76 720	82 753	81 538	59 707
6415 Persel sous CDD	336 022	421 156	465 812	440 056	493 631	673 997	576 290	631 894
64151 Rémunération principale	255 678	310 359	333 227	309 245	367 639	529 731	473 778	515 765
64155 supplément familial	1 369	1 435	3 865	4 513	7 263	6 646	5 772	4 689
Total	6 895 211	7 229 859	7 518 779	7 650 362	7 622 218	7 186 065	6 782 190	6 979 067

Source : Comptes financiers

4. Evolution des effectifs.

41. ETP des personnels médicaux

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution 2008-2015
PH temps plein	11,83	13,94	10,75	10,55	10,27	10,25	10,50	9,26	-21,72%
PH temps partiel	1,77	1,97	1,85	1,20	0,85	0,60	0,60	0,54	-69,49%
Praticiens attachés renouvelables	1,30	1,13	1,10	1,30	0,88	1,15	3,15	1,3	0%
Total 1	14,90	17,04	13,70	13,05	12,00	12,00	14,25	11,1	-25,5%
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	10,81	10,95	8,77	9,19	7,99	8,03	6,30	9,66	-10,63%
Total 2	10,81	10,95	8,77	9,19	7,99	8,03	6,30	9,66	-10,63%
TOTAL PM	25,71	27,99	22,47	22,24	19,99	20,03	20,55	20,76	-19,25%
Evolution annuelle		8,87%	-19,72%	-1,02%	-10,12%	0,20%	2,60%	1,02%	

42. ETP des personnels non médicaux

Personnels stagiaire et titulaire								
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution moyenne 2008-2014
Personnel administratif	26,73	25,67	28,19	27,77	26,52	20,98	21,60	-19,19%
Personnel soignant	150,65	161,67	162,13	165,76	165,12	156,93	146,08	-3,03%
Personnels éducatifs et sociaux	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	1,00	
personnels technique et ouvrier	22,69	21,20	20,74	19,52	16,87	15,25	16,50	-27,28%
Personnel médico-technique	7,60	6,60	7,87	8,15	8,43	6,96	7,40	-2,63%
Total 1	207,67	215,14	218,93	222,20	217,94	201,12	192,58	-7,27%
% titulaires et stagiaires	83,08%	91,98%	82,95%	83,61%	82,85%	79,26%	80,11%	
Contrat à durée indéterminée								
Personnel administratif	8,91	8,60	6,57	5,86	6,36	6,36	5,36	-39,84%
Personnel soignant	3,57	4,83	5,83	6,59	5,56	6,36	10,87	204,48%
personnels technique et ouvrier	5,00	4,33	4,08	4,79	4,50	5,50	2,50	-50,00%
Personnel médico-technique	1,00	1,00	1,72	1,00	0,83	0,70	0,70	-30,00%
Total 2	18,48	18,76	18,20	18,24	17,25	18,92	19,43	5,14%
Total persel permanent (total 1 et 2)	226,15	233,90	237,13	240,44	235,19	220,04	212,01	-6,25%
%CDI	7,39%	8,02%	6,90%	6,86%	6,56%	7,46%	8,08%	-134,13%
% personnel permanent titul et CDI	90,47%	100 %	89,84%	90,47%	89,41%	86,72%	88,20%	
Contrat à durée déterminée	14,12	0,00	17,28	17,58	21,07	28,51	22,67	60,55%
Total 3	14,12	0,00	17,28	17,58	21,07	28,51	22,67	60,55%
Contrat soumis à dispositions particulières								
Contrat soumis à dispositions particulières	9,69	0,00	9,53	7,75	6,78	5,19	5,70	-41,18%
Total 4	9,69	0,00	9,53	7,75	6,78	5,19	5,70	-41,18%
Total 3 et 4	23,81	0,00	26,81	25,33	27,85	33,70	28,37	19,15%
TOTAL GENERAL PNM	249,96	233,90	263,94	265,77	263,04	253,74	240,38	-3,83%
TOTAL C.H.	275,67	261,89	286,41	288,01	283,03	273,77	260,93	-5,35%
EVOLUTION ANNUELLE		-6,43%	12,84%	0,69%	-1,03%	-3,54%	-5,27%	

Annexe 4 : les aides et mesures allouées par l'ars

2008		2009		2010		2011	
Aides au fonctionnement							
aide non reductible à la réduction déficit	1 000 000	Contribution au chèque emploi service universel SSR	871	Maintien activité déficitaire maternité non reductible	900 000	au titre de dotation au financement, mesure non reductible	600 000
		aide non reductible à la permanence des soins hospitalière	25 899	Soutien aide à la contractualisation	56 833	au titre de mission d'intérêt général, mesure non reductible	20 449
		alignement de la rémunération des praticiens hospitaliers temps partiel en SSR	1 088	Soutien au titre aide à contractualisation	500 000	allocation ressources établissement déficitaire mesure non reductible	2 600 000
Aides à l'investissement							
achat appareils dépistage auditifs	4 900			achat mammographe (1ère partie)	60 000		
TOTAL aides de la tutelle	1 004 900		27 858		1 516 833		3 220 449
Résultat déflaté de la valeur de l'aide	-1 001 175		-63 712		-2 491 897		-5 038 306

	2012		2013		2014		2015
Aides au fonctionnement							
mesure non reductible USLD	38 450	Soutien		fongibilité (dvpt SSR et arrêt fermeture chir ortho)	488 855		718 090
			2444 000				
soutien au plan de retour à l'équilibre	3 000 000	SI SSR	10 000	soutien trésorerie	300 000		
				soutien trésorerie (aide nationale)	500 000		
				Soutien établissement	200 000		
				Etablissement isolé	601750		
Aides à l'investissement							
		achat mammographe (partie 2)	120 000				
TOTAL aides de la tutelle	3 038 450		1 920 000		2 090 605		719 090
Résultat déflaté de la valeur de l'aide	-3 123 743		-2570000		- 2 090 605		-1 793000

NB : En 2015, il convient d'ajouter les ressources en provenance de l'ARS obtenues grâce à un financement sur 12 mois du SSR addictologie qui n'a fonctionné que 3 mois



« La société a le droit de demander compte
à tout agent public de son administration »
Article 15 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen

L'intégralité de ce rapport d'observations définitives
est disponible sur le site internet
de la chambre régionale des comptes du Centre-Val de Loire
www.ccomptes.fr/Centre-Val-de-Loire

Chambre régionale des comptes du Centre-Val de Loire

15 rue d'Escures

BP 2425

45032 Orléans Cedex 1

Tél. : 02 38 78 96 00

www.ccomptes.fr/Centre-Val-de-Loire