



**Chambre régionale des comptes  
d'Aquitaine**

Bordeaux, le 6 avril 2010

Le Président

Références à rappeler : Ph. L/CB/047030101/ROD II

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 23 mars 2009, vous avez été informé que la Chambre régionale des comptes d'Aquitaine allait procéder à l'examen des comptes de 2004 à 2007 et de la gestion jusqu'à la période la plus récente du Centre hospitalier de Villeneuve sur Lot. A la suite de ce contrôle, l'entretien préalable avec le conseiller-rapporteur prévu par les articles L. 243-1 et R.241-8 du code des juridictions financières a eu lieu le 8 octobre 2009.

Je vous ai fait connaître par lettre du 1<sup>er</sup> décembre 2009, les observations retenues à titre provisoire par la chambre lors de sa séance du 19 novembre 2009, en vous priant d'y répondre dans le délai de deux mois. Vous avez répondu par courrier du 22 janvier 2010.

Après avoir examiné le contenu de votre réponse, la chambre a arrêté au cours de sa séance du 11 février 2010 les observations définitives qui vous ont été notifiées le 17 février 2010.

Le délai légal d'un mois, imparti aux destinataires des observations définitives pour adresser leur éventuelle réponse à la chambre régionale des comptes étant expiré, je vous prie de bien vouloir trouver ci-après, le rapport d'observations définitives de la chambre.

**I - ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT**

L'établissement dispose à la fin 2008, d'après les tableaux fournis, de 271 lits installés en court séjour et en moyen séjour, et de 150 lits d'hébergement en EHPAD, auxquels il faut ajouter 10 lits d'hébergement temporaire. Le service d'aide à domicile dispose de 47 places ouvertes en activité (sur une autorisation de 61), soit un total global de 478 lits et places. L'effectif du personnel non médical présent au 31 décembre est, pour le même exercice et pour le budget H, de 615,3 ETP (agents titulaires et non titulaires rémunérés). L'activité financière réalisée, pour ce même exercice, est la suivante : les produits d'exploitation du budget général s'élèvent à 53 926 825 € et ceux des budgets annexes à 8 729 776 €; les emplois du tableau de financement s'élèvent à 6 341 296 €

Monsieur Marc KEREBEL  
Directeur du Centre hospitalier  
de Villeneuve sur Lot  
2, boulevard Saint Cyr de Cocquard

47300 – VILLENEUVE SUR LOT

Sur la période examinée, et selon les chiffres fournis par l'établissement, le nombre de lits installés est passé de 294 à 271 en court et en moyen séjours. Un élément surtout de cette évolution paraît regrettable. En effet, si les lits de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont été autorisés pour le chiffre de 35, seuls 22 ont été utilisés, en raison de l'inadaptation du bâtiment et des installations des 13 autres lits. L'exiguïté des structures immobilières n'a pas permis le redéploiement de cette activité. Le CH se trouve donc face à une insuffisance de capacité d'hébergement.

Par ailleurs, la création d'une UHTCD (unité d'hospitalisation de très courte durée) a été décidée, et réalisée en 2006, pour 7 places. Toutefois, pour des raisons principalement budgétaires, cette unité n'est pas ouverte en tant que telle, par insuffisance de crédits de fonctionnement. Cependant, vous avez fait savoir que « des séjours d'UHTCD (au nombre de 1825 dans la statistique SAE 2008) ont été en pratique réalisés dans le service pour 33 % des hospitalisations complètes prononcées en urgence la même année dans l'établissement : lors de ces UHTCD, les patients ont reçu effectivement la prise en charge médicale d'une UHTCD, et ont bénéficié de la surveillance paramédicale, des exploitations diagnostiques et traitements soignants d'une UHTCD ». Cette solution de remplacement reste, toutefois, peu satisfaisante.

Plusieurs observations peuvent être présentées sur l'évolution de l'activité de l'établissement. La réunion de l'activité des deux services de cardiologie et de surveillance continue révèle une forte diminution des entrées (de 2913 à 1060), mais une relative stabilité des journées réalisées, essentiellement grâce à une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) de cardiologie, ce qui aboutit à relever le taux d'occupation faible en début de période.

Les deux secteurs de médecine (hors hospitalisation de jour) connaissent une baisse du nombre des entrées (de 3 066 en 2004 à 2 671 en 2008), une baisse du nombre des journées réalisées, malgré une augmentation de la DMS en médecine « C » (de 7,16 à 8,24). Toutefois, le nombre de lits de médecine « C » est passé de 36 à 17. Les taux d'occupation sont satisfaisants. L'ouverture d'une unité d'hospitalisation de jour de médecine, réalisée en août 2008, diminue corrélativement les chiffres d'activité en médecine A et C. Cette précision montre que, jusqu'en 2008, des patients étaient hospitalisés en hospitalisation à temps complet de manière inadéquate, puisque pour des séjours de très courte durée. La pneumologie et la pédiatrie n'appellent pas d'observations particulières.

L'obstétrique-maternité (avec une diminution de trois lits) a une activité stable, avec un taux d'occupation qui ne dépasse pas environ 70 %. Entre 2006 et 2008, le nombre d'accouchements est le suivant : 962, 847 et 873 ; celui des naissances est : 988, 876 et 895 ; celui des IVG est : 273, 174 et 188. Le nombre de consultations externes de gynécologie-obstétrique est élevé : 16 654 venues externes en 2008.

Le service de gynécologie connaît une baisse continue de ses entrées, une baisse des journées réalisées et une relative stabilité de la DMS. Le taux d'occupation qui paraît modeste certaines années (62,5 % en 2005, 66,81 % en 2006), s'améliore en 2008 (81,15 %). Il convient, cependant, de tenir compte d'une modification dans le calcul des taux d'occupation, puisqu'en 2008 le ratio prend en compte les périodes effectives de fonctionnement de l'unité, hors journées de fermeture de lits pendant les congés d'été, ou du fait de la mise en place d'un fonctionnement en hospitalisation de semaine depuis le 2<sup>ème</sup> semestre 2008.

La chirurgie, en hospitalisation complète (H.C.), est marquée par des taux d'occupation assez modestes, surtout en chirurgie digestive (52,34 % en 2008), avec une tendance à la baisse du nombre d'entrées ; des journées réalisées stables jusqu'en 2006, mais en diminution ensuite, et particulièrement en 2008, pour la chirurgie digestive, avec une légère diminution de la DMS ; une forte diminution des journées à partir de 2007 pour la chirurgie orthopédique, avec une baisse de la DMS (de 5,89 à 5,48). Ces caractéristiques, même en tenant compte de l'absence d'un chirurgien pendant une partie de 2008, compensée en partie par le recrutement temporaire d'un chirurgien contractuel, révèlent une sous occupation des lits de chirurgie.

L'EPHAD a une activité satisfaisante en 2008. Son taux d'occupation est très proche de 100 %.

En définitive, on doit considérer que l'établissement est affecté par une baisse d'activité, surtout dans plusieurs de ses services essentiels pour son activité globale. Cette conclusion est corroborée par les résultats de la valorisation de l'activité, sous le nouveau régime financier de la tarification à l'activité (T2A). Entre 2006 et 2008, selon les données du département d'information médicale (DIM), la valorisation totale de l'activité (hospitalisation et recettes d'activité externes et des urgences) a baissé de 10 % (de 43 228 375 € à 39 098 276 €). La valorisation de l'hospitalisation diminue de 7 %, celle des groupes homogènes de séjour (GHS) baisse de 10 %. Celle des actes et consultations externes baisse de 29 % et celle de l'activité externe dans son ensemble, de 28 %. En dehors de l'activité de surveillance continue (2,5 % de la valorisation globale en 2008) et de l'activité concernant les molécules onéreuses (7,8 % de la valorisation globale en 2008), toutes les autres activités subissent une baisse de valorisation.

Cette caractéristique d'ensemble révèle que le passage accru à la T2A n'a pas encore été profitable à l'établissement. Il faut toutefois tenir compte des baisses de tarifs appliquées depuis 2006 au niveau national, même si l'établissement n'a pu chiffrer le manque à gagner. Par ailleurs, l'activité d'hospitalisation à temps partiel a du être modifiée à la suite d'un contrôle de l'Assurance maladie pendant l'été 2008, un ensemble de séjours ayant du être déclassés en consultations externes, moins tarifés. De même, le déclasserement tarifaire des séjours en soins intensifs de cardiologie, classés maintenant en soins de surveillance continue, consécutif au changement d'autorisation imposé par la réglementation pour cette activité, a entraîné une perte de recettes pour l'établissement.

L'examen de l'évolution de l'activité ne peut ignorer l'état de la « concurrence » dans l'offre de soins que représentent le secteur privé de soins du territoire de santé villeneuvois, ainsi que les établissements publics et privés de soins d'Agen, relativement proches. La répartition de l'activité réalisée entre les établissements public et privé villeneuvois est à peu près inverse, suivant qu'on considère la chirurgie ou la médecine. Dans le premier cas, l'activité privée est principale ; dans le second, l'activité du CH est principale. La chirurgie du CH ne représente en 2008 que 20 % de la valorisation en H.C., et 19 % de la valorisation totale, en prenant en compte les séjours de moins de 2 jours. Par contre, en obstétrique, le CH réalise la plus grande part de l'activité, avec un taux de « fuite » de patients hors territoire faible. Ces dernières caractéristiques ont incité les deux établissements à se rapprocher, comme on le verra.

Cette situation de diminution d'activité, qui est constatée depuis 2006 et d'activité plutôt répartie sur des GHS à tarifs moyens, peut s'expliquer par plusieurs facteurs : un tableau capacitaire d'hébergement parfois insuffisamment adapté aux besoins qui provoque des coûts inutiles ou des recettes diminuées ; la concurrence du secteur privé local de soins, qui justifie le projet de création d'un pôle de santé public-privé dans le Villeneuvois comme on le verra; le développement des prises en charge des patients en dehors de l'hospitalisation complète, qui modifie les coûts, mais aussi les recettes (l'établissement développe une activité importante en soins de courte durée, inférieure à deux jours et en séances, essentiellement pour la chimiothérapie du cancer) ; peut-être également l'attractivité globale de l'établissement ; mais aussi, probablement, phénomène constaté au niveau national, le moindre recours aux soins dans un contexte de santé plus chère.

L'examen de l'activité a enfin porté sur la réalisation des dispositions du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS III de 2006). L'annexe du SROS pour le territoire de recours de Lot-et-Garonne détaille les activités et les équipements et matériels lourds prévus pour le CH de Villeneuve. L'offre de soins prévue reprend l'existant et le développe. La plus grande part des dispositions du SROS concerne des activités du CH déjà existantes. L'application actuelle du schéma peut être regardée comme satisfaisante.

## **II - STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT**

L'examen de la stratégie de l'établissement a principalement été mené à partir du projet d'établissement, du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), et de la démarche d'accréditation.

L'établissement a élaboré un projet d'établissement qui couvre la période 2001-2006. Ce projet a fait l'objet d'un examen de son contenu lors du précédent contrôle de la chambre et d'une mention dans le rapport d'observations définitives, adressé en septembre 2006. La chambre a examiné cette fois la réalisation du projet. L'examen permet de conclure à une large réalisation des opérations retenues dans le projet. Quelques unes d'entre elles, cependant, n'ont pas reçu d'application. Il en est ainsi, surtout, en matière de service d'urgences, du développement de la thrombolyse sur site, de la mise en activité de l'UHTCD, on l'a vu, ainsi que du maintien de l'antenne du SMUR à Fumel, d'ailleurs non retenue en définitive dans le SROS III. En matière de SSR, comme déjà mentionné, seule une partie des lits a été installée.

S'agissant de l'activité de médecine cardiologique, les consultations externes n'ont pu être maintenues en raison d'une insuffisance d'effectif médical. Il est par contre prévu un regroupement des soins continus cardiologiques et des soins continus polyvalents sur un seul site. Pour les services de médecine, la coopération avec les urgences n'est pas développée dans la gestion commune des lits disponibles. Il en est de même de la gestion commune du personnel soignant, la mise en place récente des pôles n'ayant pas encore abouti à des mutualisations de moyens organisées.

Les deux services de chirurgie disposent d'une hospitalisation de jour, mais qui reste très modeste, puisque chacun des services ne dispose que d'un lit en hospitalisation à temps partiel. L'établissement a toutefois reçu l'autorisation de création d'une activité de chirurgie ambulatoire, qu'il prévoit d'installer en avril 2010 dans des locaux réaménagés, après regroupement sur un même niveau des unités d'hospitalisation complète des deux services de chirurgie viscérale et orthopédique.

En définitive, on peut conclure de ce bilan une réalisation assez largement satisfaisante, bien que des opérations aient été réalisées avec retard. Quelques projets n'ont pas été réalisés, ou insuffisamment, en partie pour des raisons financières, mais ils sont peu nombreux. D'autres ont été reportés pour être intégrés dans l'opération de complémentarité arrêtée avec la clinique de Villeneuve.

L'établissement n'a pas finalisé de nouveau projet d'établissement complet à la date de fin du premier semestre 2009. Le conseil d'administration a estimé que le « contexte de préparation du futur pôle de santé villeneuvois ne rendait pas pertinente en 2007 la rédaction d'un nouveau projet médical...l'année 2008 a justement pu être consacrée à la rédaction d'un projet médical harmonisé hôpital/clinique » (délibération du 27 novembre 2008). Seuls ont été adoptés les volets social, de soins infirmiers et qualité-gestion des risques, du nouveau projet d'établissement. La rédaction du projet de système d'information hospitalier a également été repoussée pour tenir compte des contraintes de convergence des systèmes d'information des deux établissements. Si ce retard dans la rédaction du nouveau projet d'établissement complet peut être ainsi expliqué, il n'en demeure pas moins que l'établissement est resté pendant plus de deux ans sans projet d'établissement d'ensemble.

Toutefois, le projet de création d'un pôle de santé villeneuvois, associant le CH et la clinique de Villeneuve, préparé depuis de longues années, et qui correspond à une orientation du SROS III, a été approuvé par commission nationale de validation en mai 2009. Le projet consiste dans la construction d'un ensemble immobilier sur un site regroupant les deux établissements, localisé route de Fumel à Villeneuve, sur un terrain de 146 088 m<sup>2</sup> acquis par l'hôpital. Le coût estimé de la construction pour celui-ci est de 88 513 000 € (78 400 000 € de travaux et 10 100 000 € d'équipements). L'échéancier prévu fait courir la réalisation jusqu'en 2013. Le bâtiment existant du CH devrait être vendu. L'opération a été inscrite au Plan « Hôpital 2012 » et devrait donc bénéficier de crédits d'Etat.

Un projet de G.C.S. (groupement de coopération sanitaire) a été préparé en 2008, d'une part pour réaliser les bâtiments, d'autre part pour gérer des mutualisations de moyens et des activités d'intérêt commun que la convention constitutive du G.C.S. doit lister. Celle-ci doit encore préciser les éléments pratiques du groupement.

Cette opération de grande envergure devrait donc modifier à la fois le positionnement du CH dans son territoire de santé, et ses modalités d'organisation et de fonctionnement internes. Comme on le verra, l'établissement connaît de fortes tensions budgétaires ; elles seront impactées par le coût de la réalisation du pôle, mais celui-ci peut être de nature à améliorer l'attractivité et donc l'activité de l'établissement. La chambre recommande la plus grande précision dans la rédaction des clauses conventionnelles de gestion entre les deux établissements.

Le second document stratégique de l'établissement est le CPOM. Le « contrat socle » du CPOM a été signé par l'établissement et l'Agence régionale d'hospitalisation en mai 2007, soit après la date prévue de fin de réalisation du projet d'établissement. Cette disjonction dans le temps des deux principaux documents stratégiques suscite l'interrogation, d'autant que les annexes du CPOM sur les orientations stratégiques et sur les objectifs quantifiés d'activité, ont été signées en décembre 2008 et en mars 2009, soit avant l'approbation du projet médical du nouveau projet d'établissement. Par ailleurs, le projet doit couvrir la période 2007-2011. Ces différentes dates jettent un doute sur la bonne articulation des documents stratégiques.

Par ailleurs, l'établissement s'est engagé dans la procédure d'accréditation en octobre 2004. Après l'autoévaluation et la visite des experts de la Haute autorité en santé (HAS) en avril 2005, la certification a été obtenue en octobre 2005. La HAS a assorti sa décision de six recommandations et d'une réserve, transformée en recommandation en 2007, après une seconde visite de la HAS. Entre 2006 et 2008, l'établissement a pris un ensemble de mesures correctrices pour assurer le suivi des recommandations.

L'une de ces recommandations concerne les insuffisances en matière de politique budgétaire, de mise en place d'outils de pilotage et d'évaluation des objectifs fixés. Le dernier rapport de la HAS (mars 2009) indique : « les outils sont disponibles, mais n'ont pas encore été mis en place de manière suivie et régulière, notamment au niveau des pôles, les contrats de pôle n'étant pas encore formalisés ».

En matière d'outils de pilotage, la situation est la suivante à l'heure actuelle. Un attaché d'administration hospitalière a été recruté en janvier 2005, affecté à la direction des services économiques et financiers, avec à mi-temps la fonction de contrôleur de gestion et l'autre moitié une fonction plus classique dans le service financier. A partir de 2005, plusieurs démarches de connaissance de coûts ont été mises en œuvre. L'établissement a ainsi mené une analyse du coût de distribution des médicaments ; un suivi des dépenses par centre d'activité, dont le plateau technique, avec la méthodologie des coûts complets, donc comportant les charges indirectes ; une analyse des coûts des formations dispensées par l'IFSI ; une analyse des coûts pour chaque activité relevant des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), pour lesquelles des crédits spécifiques sont attribués dans le nouveau dispositif de la T2A, et qui figurent dans le CPOM.

Ces dispositifs ont amélioré la connaissance des coûts et permis un suivi de l'activité des gestionnaires. Cependant, même si la communication des résultats est mensuelle, et si un suivi est permis en temps réel pour différentes consommations de l'établissement (pharmaceutiques ou non), le suivi de l'activité des gestionnaires reste encore surtout budgétaire, permettant d'obtenir les dépenses et les recettes par activité, et le coût de revient pour certaines productions (laboratoire, cuisines). Il ne s'agit pas encore de véritables tableaux de bord permettant en continu le pilotage de l'activité de l'établissement. Le pilotage nécessite l'interfaçage informatisé des données à caractère financier (coûts complets/recettes totales), à caractère de production (activités de soins, logistiques, médico-techniques) et en matière de moyens en personnel. Par ailleurs, il paraît souhaitable que ce croisement soit opéré jusqu'au niveau de l'unité fonctionnelle, pour pouvoir identifier et analyser les éventuelles sources de difficultés. L'établissement, cependant, devrait mettre en œuvre des tableaux de bord informatisés en 2009. Il est également prévu une association au sein d'un même bureau à la direction des services économiques et financiers, du contrôleur de gestion, d'un informaticien et d'un agent du DIM, en vue de l'interfaçage des données des futurs tableaux de bord.

L'établissement n'a pas élaboré de véritables budgets de service. A l'heure actuelle, cette notion est remplacée par les contrats de pôle, qui doivent normalement comporter les moyens financiers des pôles, et en particulier les crédits délégués par la direction de l'établissement. Cependant, comme on le verra, les contrats de pôle n'existent pas encore au CH de Villeneuve. Seul a été mis en place un CREA (compte de résultats analytiques) pour les pôles cliniques, en 2009, donc pour l'exercice 2008. Le CREA comporte la décomposition des dépenses et des recettes de T2A et hors T2A (forfaits, MIGAC, produits exceptionnels, remboursements, ventes de produits fabriqués ou de prestations de service...). Néanmoins, la présentation annuelle des CREA n'a pas encore donné lieu à discussion avec les responsables des pôles.

Des avancées significatives ont donc été effectuées en matière d'outils de contrôle de gestion. Il est prévu que cette évolution soit poursuivie en 2009 de manière à estimer la contribution de chaque pôle, et à partir de là, des unités fonctionnelles, à l'équilibre financier global de l'établissement. La chambre recommande la poursuite de ces mesures, rendues d'autant plus nécessaires depuis la mise en œuvre du nouveau système d'allocation des ressources hospitalières.

En définitive, pour l'ensemble des recommandations de la HAS, le suivi par l'établissement est réel. La plupart des objectifs opérationnels et des actions, décidés par l'établissement pour répondre aux recommandations de la HAS, sont à l'heure actuelle réalisés. Le plan d'action mené en référence à la procédure d'accréditation a été intégré dans le CPOM sous la forme d'une annexe. La deuxième phase de l'accréditation est intervenue pour le CH de Villeneuve-sur-Lot en février 2009. L'établissement a reçu le rapport provisoire de la HAS fin mars 2009. Le rapport définitif a été adressé en juin 2009.

La HAS a prononcé une « certification avec suivi » qui porte sur les points suivants : la prévention et la maîtrise du risque infectieux et l'élimination des déchets, notamment d'activité de soins. Ces points doivent faire l'objet d'un rapport de suivi dans un délai de six mois. Par ailleurs, la HAS a demandé que l'établissement poursuive sa démarche d'amélioration de la qualité dans quatre domaines : la qualité et l'hygiène en restauration ; la prévention des chutes des patients ; les conditions de dispensation des médicaments ; les délais d'attente.

Le fait que l'établissement a dû pour répondre aux recommandations élaborer un plan d'action, comportant au total une cinquantaine d'opérations, révèle que les insuffisances organisationnelles étaient nombreuses jusqu'à une date très récente. L'intégration de ce plan au CPOM traduit la prise de conscience que les améliorations nécessaires représentent indéniablement une part des orientations stratégiques de l'établissement, au moins en termes d'efficacité de son organisation et par là de son attractivité.

### **III - NOUVELLE GOUVERNANCE**

Par une délibération du Conseil d'administration du 21 décembre 2006, le périmètre des pôles d'activité a été arrêté. La structuration de l'activité comprend dorénavant six pôles cliniques, un pôle médico-technique, et un pôle de gestion.

La définition des périmètres est surtout basée sur des objectifs de cohérence et de complémentarité dans l'organisation des soins, pour les pôles cliniques, combinés avec l'exigence de la taille significative des pôles. Le résultat obtenu est assez satisfaisant. Les pôles cliniques regroupent un nombre de services, de lits et un effectif médical et paramédical cohérents et suffisants pour atteindre une masse critique. Le pôle de santé publique suscite plus d'interrogations, dans la mesure où la composition est disparate : DIM, service des dossiers médicaux, pharmacie, stérilisation, addictologie, UCSA, équipe de soins palliatifs, hygiène et prévention des risques, médecine préventive. De ce fait, tous les services médico-techniques ne sont pas regroupés dans le pôle médico-technique, et le DIM se trouve associé à certains services avec lesquels il a peu de relations.

L'organisation institutionnelle des pôles est récente. Si les responsables de pôles ont été désignés en mars 2007, les élections aux conseils de pôle ne datent que de mars 2008 et leur installation de mai 2008. Compte tenu de la taille de certains pôles, des conseils ont une composition qui risque de freiner leur fonctionnement. Ainsi, le pôle de médecine SSR-gériatrie et le pôle de management ont chacun 30 membres titulaires.

La fréquence de réunion des conseils de pôle depuis un an est faible : une seule réunion pour six pôles et aucune pour les deux autres (pôle de médecine-cancérologie et pôle de gestion). La possibilité de mettre en place des bureaux de pôle a été utilisée pour tous les pôles, sauf pour le pôle de gestion. Mais, dans quatre pôles, le bureau n'a pas été réuni une seule fois. Dans trois pôles, le bureau s'est réuni cinq fois ou neuf fois.

L'établissement a élaboré une charte de la nouvelle gouvernance, validée par le Conseil d'administration en juin 2007. Cette charte dispose que chaque responsable de pôle élabore un projet de pôle avec le conseil de pôle. Chaque responsable doit préparer son contrat de pôle, dont le contenu en termes de rubriques obligatoires, est précisé dans la charte. La disposition de cette dernière suivant laquelle les moyens budgétaires délégués sont « répartis en tant que de besoin entre les centres de responsabilités de chaque pôle », paraît mal rédigée, puisque, selon la direction, dans tous les cas, et non « en tant que de besoin », la répartition des crédits doit se faire, non par les responsables de pôle, mais dans la négociation préalable entre eux et le directeur de l'établissement.

Par ailleurs, la disposition selon laquelle « les moyens budgétaires sont constitués par les droits de tirage du pôle sur les divers magasins d'approvisionnement du Centre hospitalier, ainsi que par les autres dépenses engagées par bons de commande dans la limite des autorisations budgétaires définies par le contrat de pôle », paraît signifier que les « droits de tirage » représentant les crédits délégués, ne portent que sur des catégories de dépenses limitées. Implicitement, cette disposition signifie que, au moins pour le moment, les délégations de gestion restent très réduites en montant financier.

En juin 2008, le Conseil d'administration a prévu que la mise en œuvre de ce nouveau schéma de fonctionnement débiterait à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2008. Plus d'un an après, le bilan est le suivant, sur les sept éléments principaux de cette restructuration, à savoir : le projet de pôle ; le contrat de pôle ; les délégations de gestion par pôle ; le recrutement de l'assistant de gestion ; les tableaux de bord et indicateurs d'évaluation ; l'intéressement collectif ; les délégations budgétaires. Les projets médicaux de pôle sont en préparation et devraient normalement constituer l'essentiel du futur projet d'établissement. Par contre, les contrats de pôle ne sont pas signés, ni même préparés. Il est vrai qu'ils sont logiquement dépendants des projets de pôle. Néanmoins, les pôles non cliniques ne sont pas plus avancés dans la contractualisation interne. De ce fait, les délégations de gestion et l'intéressement collectif n'existent pas encore. Le recrutement d'assistants de gestion auprès des pôles a été remplacé par le dispositif du directeur référent, comme dans d'autres établissements, mais il n'est pas encore en place. Le bilan de la nouvelle structuration interne de l'activité révèle donc que l'essentiel reste encore à mettre en place. Cette réorganisation est d'autant plus nécessaire depuis la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009, qui a réaffirmé le rôle des pôles de santé.

#### **IV - FIABILITE DES COMPTES ET ANALYSE FINANCIERE**

L'examen de la fiabilité des comptes révèle que les éléments suivants doivent être soit régularisés, soit améliorés.

Les discordances entre le tableau d'actif établi par l'ordonnateur et le compte financier 2007, d'un montant total de 3 119 805 € résultent de l'absence, dans les services de la Trésorerie, de logiciel de suivi des immobilisations. Les différences ont toutefois fait l'objet en 2008 d'une vérification conjointe des services de la Trésorerie et des services de l'hôpital portant sur l'exactitude des opérations comptables et sur la fiabilité des enregistrements. La discordance, qui constitue en définitive une recette nette exceptionnelle d'amortissement, doit être régularisée budgétairement, en lien avec le comptable, selon la procédure comptable la plus adaptée.

L'établissement réalise de manière globalement satisfaisante l'amortissement des investissements. Toutefois, au vu des difficultés budgétaires, l'établissement a fait le choix, à deux reprises, de différer d'un an la charge annuelle d'amortissement pour un certain nombre de biens, allongeant ainsi la durée totale des biens concernés. Cette pratique, contraire aux dispositions de l'instruction M 21, a concerné une part modeste de la charge totale d'amortissement en 2005 (17 902,26 €), mais une part plus importante en 2008 (238 575,82 €). Cette pratique aboutit à reporter la charge sur un autre exercice et à diminuer les dépenses de l'exercice. Elle conduit également à réduire la capacité d'autofinancement de l'établissement en affaiblissant la part d'autofinancement produite par l'amortissement des biens.

Les provisions constituées par l'établissement ne sont pas toujours suffisantes. Il en est ainsi des montants provisionnés au titre des charges de personnel liées aux comptes épargne temps (compte 143), qui ne reflètent pas l'intégralité des dépenses nées des créances sur les comptes épargne temps ouverts au bénéfice du personnel de l'établissement. Il en va ainsi également des montants provisionnés afférents aux charges à répartir (compte 157), dont le solde est inchangé depuis 2003. L'établissement n'est donc pas en mesure d'abonder budgétairement ce compte, alors même que les locaux de l'hôpital sont majoritairement vétustes. C'est le cas aussi des provisions du compte 491, pour les créances dont le recouvrement est compromis. Cette situation aboutit à une sous estimation de dépenses potentielles et à un report de charges.

L'absence de reprise des subventions transférables est contraire aux dispositions de l'instruction comptable M 21. Elle diminue en outre indûment le solde de la section d'exploitation et fait apparaître un fonds de roulement d'investissement plus important qu'il ne l'est en réalité.

L'ensemble de ces points montrent que l'établissement connaît des tensions budgétaires non négligeables. La situation financière de l'établissement confirme ces tensions et paraît dégradée entre 2004 et 2008. Il convient cependant de préciser que la limitation des reports de charges (taux de report de 0,2 % en 2007) par l'établissement, contribuent à améliorer la sincérité des comptes et à faire ressortir une image réelle de la situation financière, sous réserve des éléments mentionnés ci-dessus.

La structure des bilans se caractérise par un fonds de roulement net global, très variable, mais assez peu conséquent (24,8 jours en 2007, 25 jours en 2008), au vu de la valeur de la médiane des établissements de taille comparable (29,7 jours). Il est maintenu par un fonds de roulement d'investissement globalement renforcé (3 848 K€ en 2007 contre 2 673 K€ en 2004), mais il est affecté par un fonds de roulement d'exploitation (FRE) détérioré et fluctuant (2 498 K€ en 2005, -39 K€ en 2007). La croissance globale du fonds de roulement d'investissement provient de la progression un peu plus forte des financements stables entre 2004 et 2007 (+12 %) que des biens stables (+10,4 %), notamment celle des amortissements et de l'endettement.

L'encours de dette est en nette augmentation sur la période (+40,5 %) en raison du volume des investissements réalisés. Les ratios de dette positionnent défavorablement l'établissement par rapport à la médiane des établissements comparables. Le ratio d'indépendance financière, qui rapporte la dette aux ressources stables (57,6 % en 2007, 60,3 % en 2008), est supérieur à la valeur de la médiane (40,28 % en 2008). Le ratio de durée apparente de la dette, égal à la dette divisée par la capacité d'autofinancement brute multipliée par 365 jours, exprimant le nombre d'années nécessaires pour rembourser la dette au moyen de la capacité d'autofinancement brute, atteint 8,5 ans en 2007 (7 ans en 2008) contre 4,09 ans en 2007 (4,76 ans en 2008) pour la valeur de la médiane.

En revanche, le taux de renouvellement des immobilisations, qui traduit le rythme d'investissement de l'hôpital, est égal à 7,7 % en 2007 et en 2008, ce qui situe l'établissement à un niveau favorable par rapport à la médiane (5,48 % en 2007 et 2008). Le taux de vétusté des équipements est également favorable (67,4 % en 2007, 64 % en 2008 pour une valeur médiane de 76,6 % en 2007 et 2008). Les principales opérations d'investissement réalisées par l'hôpital entre 2004 et 2008 (soit au total 14,8 M€) ont concerné particulièrement des équipements médicaux (4,811 M€) et des travaux de construction (4,587 M€). Toutefois, la principale opération d'investissement est à venir, avec la création du pôle de santé villeneuvois dont le coût prévisionnel se situe à 88,5 M€ et devrait être réalisé d'ici 2013. Cette opération prioritaire, financièrement très lourde, limite d'autant la prévision d'autres investissements qui s'avèrent pourtant nécessaires au vu de la vétusté des locaux.

En outre, des tensions financières sont mises en évidence au niveau des prévisions : réétalement des investissements déjà prévus ou diminution des prévisions budgétaires, voire abandon de certaines opérations. Ces ajustements du programme prévisionnel des investissements à la capacité financière de l'hôpital s'apparentent à une gestion prudente des investissements, mais ils rendent les prévisions peu fiables. On peut citer l'exemple des travaux de pharmacie prévus en 2007 à hauteur de 500 000 € pour être réalisés en totalité en 2008, et qui ont été ensuite reportés sur 2008 (180 455 €) et 2009 (323 060 €). Les travaux du service de pneumologie, initialement prévus pour 2008 à hauteur de 269 100 €, ont été reportés en 2008, sur 2009 (170 000 €) et 2010 (80 000 €). Le coût prévisionnel de certaines opérations a été également revu à la baisse : de 448 500 € (en 2007) à 119 464 € en 2008 pour les travaux du service de cardiologie, soit une baisse des crédits prévus de 73 % ; de 430 560 € en 2007 à 262 302 € en 2008 pour les travaux du bloc opératoire, soit une baisse de 39 % des crédits. Des opérations ont enfin été abandonnées, notamment l'équipement de vidéo surveillance pour 153 745 €, ou le renforcement du réseau pour 200 000 €.

Il convient en définitive de s'interroger sur la capacité réelle d'investir de l'établissement au vu de sa marge d'endettement très restreinte et de sa faible capacité d'autofinancement, et sur les conséquences de la réalisation de l'opération du pôle de santé sur les finances de l'hôpital. Pour cette dernière, toutefois, le rapprochement entre l'hôpital et la clinique a été estimé déterminant pour l'avenir de l'établissement. Ce projet a obtenu en juin 2009 on l'a vu, l'autorisation du ministère de la santé d'inscrire la construction du pôle de santé au programme « Hôpital 2012 ». Cette inscription permet à l'établissement de bénéficier des subventions et des aides financières qui pourraient couvrir jusqu'à 50 % du coût de l'investissement. L'établissement estime que le versement effectif de ces financements permettrait d'envisager un retour à l'équilibre budgétaire de l'établissement en 2011, et un retour sur investissement 10 ou 11 ans plus tard.

L'évolution du FRE entre 2005 (2 498 K€) et 2007 (-39 K€) est liée aux reports à nouveau déficitaires, aux résultats comptables déficitaires en 2006 et 2007, et au niveau des provisions. En 2007, le FRE est insuffisant pour couvrir les besoins courants de l'établissement et leur financement s'effectue par des ressources de long terme destinées à l'investissement. Il se situe à -0,25 jours de charges courantes, ce qui situe l'établissement en dessous de la valeur médiane (18,45 jours). En 2008, la tendance est inchangée (2,76 jours de charges courantes ; 18,50 jours pour la valeur médiane).

La dégradation du besoin en fonds de roulement (BFR) entre 2004 (2 541 K€) et 2007 (3 402 K€, 4 556 K€ en 2008) est liée essentiellement à la mise en œuvre de la tarification à l'activité. La nette augmentation des créances à l'encontre de la caisse pivot (1 664 K€ en 2005 ; 6 434 K€ en 2007) est liée aux mesures de financement réalisées par la caisse accompagnant la disparition progressive des dotations globales, ces soldes étant partiellement compensés au passif par l'attribution d'une avance de trésorerie. La T2A a également eu pour effet d'accroître fortement le nombre de titres de recettes émis à l'égard des hospitalisés et consultants (de 45 217 en 2003 à 63 477 en 2007). Un travail conjoint entre les services de la Trésorerie et les services de l'hôpital a été entrepris en 2007 pour améliorer la qualité des émissions de titres de recettes et favoriser le recouvrement.

Il a, toutefois, été également constaté qu'un volume important de créances non recouvrées, ayant fait l'objet de rejets ou d'observations de la CPAM, et susceptibles d'annulations, n'ont toujours pas fait l'objet de décisions de l'ordonnateur. Ces créances non recouvrées susceptibles d'annulations représentent, selon le Trésorier, un volume de 300 000 €, ce qui constitue une perte conséquente de recettes pour l'hôpital. Elles pèsent en outre sur le bilan et faussent le fonds de roulement. Vous avez fait savoir que des réunions à ce sujet se sont tenues avec la Caisse d'assurance maladie et qu'une solution n'a pu encore être apportée.

Sous l'effet conjugué des variations du FRNG et de l'augmentation du BFR, la trésorerie se dégrade en 2006 et 2007. Fin 2007, elle s'établit à 408 K€ soit 2,65 jours de charges courantes, ce qui ne situe pas l'établissement favorablement (valeur médiane : 10,82 jours). En 2008, la trésorerie est négative (-651 K€) et l'établissement utilise 725 000 € de ligne de trésorerie, renouvelée en 2009. En outre, après compensation entre la fraction exigible de la créance dite de l'article 58 fixée par arrêté du 21 avril 2008 du directeur de l'ARH, et le montant de l'avance restant à rembourser, le solde restant à payer par l'établissement s'élève à fin 2008 à 2 804 857 €. Dans l'attente de l'arrêté interministériel qui doit définir les conditions de remboursement et de calendrier du reliquat, cette charge pèse potentiellement sur la trésorerie de l'hôpital.

L'ensemble des résultats de l'établissement sont déficitaires en 2006 et 2007. La marge brute, qui mesure la marge dégagée par l'établissement sur son exploitation pour couvrir les charges financières, d'amortissement et de provision, diminue très nettement sur ces exercices. En 2006 et 2007, les charges d'amortissement et de frais financiers ne sont pas couvertes par des ressources d'exploitation. En outre, l'absence de constitution ou l'insuffisance du niveau des provisions relèvent des difficultés financières de l'hôpital. En particulier, en 2007, un montant de 165 367 € est repris au compte 158 « autres provisions pour charges » au titre du règlement d'un litige avec un fournisseur, ce qui ne correspond pas à l'objet initial de la provision constituée en 2006 au titre de la formation des personnels. L'absence de constitution de provision pour litige et l'utilisation de sommes provisionnées à un autre titre constituent bien un indice des difficultés financières du centre hospitalier. Enfin, en 2007, la reprise en totalité de la provision pour risque d'exploitation (400 000 €) aboutit à ce que l'hôpital, fin 2008, ne dispose plus de « réserve » pour atténuer voire combler de nouveaux déficits.

Le taux de marge brute confirme la situation défavorable de l'établissement : égal à 4,15 % en 2007, il situe l'hôpital au niveau des 20 % d'établissements de même catégorie les moins bien placés (ceux qui ont une valeur inférieure à 4,58 %). La médiane se situe, quant à elle, à 6,85 % en 2007. En outre, le CH est en deçà du seuil plancher habituellement admis de 4,5 %, ce qui traduit une situation assez inquiétante. En 2008, il s'améliore (4,66 %), mais l'établissement se situe bien en dessous de la médiane (6,83 %). Cette situation résulte pour l'essentiel de la conjonction de la croissance très modérée des produits bruts d'exploitation entre 2004 et 2007 (+5,2 %), en raison du recul de l'activité de l'établissement, et de la baisse des tarifs décidée par l'Etat, et ceci, malgré la hausse des tarifs journaliers d'hospitalisation. Elle provient aussi de la hausse plus forte des charges, en particulier des charges de personnel. Les charges de rémunération des personnels non médical et médical connaissent toutefois une évolution modérée, respectivement +9,3 % et +12,1 % entre 2005 et 2008. L'impact financier de ces charges réside non dans leur évolution qui reste contenue, mais dans l'accroissement de leur poids par rapport aux dépenses d'exploitation totales, qui passe de 64,6 % en 2005 à 66,7 % en 2008. En outre, ces charges absorbent une part croissante des produits bruts de l'établissement (près de 73 % en 2007). Ceci résulte, on l'a vu, du recul de l'activité de l'établissement.

La capacité d'autofinancement (CAF), qui retrace les ressources réelles dégagées par l'activité de l'hôpital lui permettant d'autofinancer ses investissements (remboursement de la dette en capital et opérations d'investissement), est en nette diminution en 2006 (1 769 K€) et 2007 (1 792 K€) et suit l'évolution de la marge brute. Elle est en outre insuffisante. En 2007, elle permet seulement de couvrir le remboursement de la dette en capital (1 560 K€), l'établissement devant mobiliser d'autres ressources, notamment l'emprunt, pour financer son effort d'équipement. En 2008, le taux de CAF s'établit à 3,9 % contre 3,1 % en 2006 et 2007. Toutefois, il reste limité et en dessous de la médiane (5,32 % en 2008).

En 2009, l'hôpital a fait l'objet d'un audit suite à la dégradation des équilibres globaux de gestion et au projet de création du pôle de santé villeneuvois. Face aux déficits d'exploitation constatés en 2007 et 2008, le cabinet d'audit a proposé des plans d'action repris dans le contrat de retour à l'équilibre financier adopté par délibération du conseil d'administration le 2 avril 2009. La mise en place des actions préconisées pourrait générer une amélioration totale du niveau de financement de l'hôpital estimée à 5 074 K€, d'ici 2012.

En définitive, confronté à des problèmes structurels liés aux contraintes du site – emprise foncière restreinte ; hôpital de centre ville ; bâtiments implantés dans les dernières décennies ne permettant pas toujours une organisation des soins facilitée ; double emplois liés à la dispersion de certains services devant coopérer et donc mutualisation de moyens rendue parfois difficile ; peut être aussi la présence, à côté de 110 chambres particulières, de 73 chambres double en 2008 – l'établissement développe une gestion serrée de ses coûts. Les difficultés financières de l'établissement proviennent pour une part sensible de recettes insuffisantes, pour les différentes raisons analysées antérieurement. Mais, l'établissement n'a pas encore suffisamment d'outils pour analyser finement les causes de son manque à gagner, bien qu'il ait fait l'objet de plusieurs audits et qu'il ait entamé récemment une démarche de connaissance du rapport coût / recettes de son activité. Cet établissement se trouve donc fortement contraint, aux deux bouts de la chaîne financière. La solution la plus radicale a été choisie, qui vise à décroquer le CH en le repositionnant au niveau de son territoire de santé par une réorganisation d'ensemble de l'offre de soins qui associe le CH et la clinique villeneuveoise.

A cette analyse financière, peut être rattachée une observation sur un élément de contrôle interne des fonds maniés par l'établissement. L'hôpital, dans son ensemble, a créé quatre régies de recettes et d'avances. Or, la direction ne procède pas au contrôle sur place de ses régies, ce qui est contraire aux dispositions de l'instruction codificatrice n°06-031-A-B-M du 21 avril 2006, qui prévoient de tels contrôles.

## **V - PERSONNEL DE L'ETABLISSEMENT**

Les dépenses de personnel s'élèvent à 39 797 K€ en 2008, dont 34 128 K€ au titre du compte principal. Elles constituent une part prépondérante du budget d'exploitation, on l'a vu. La gestion de ces dépenses est contrainte en raison de leur part prépondérante dans le budget de l'établissement, mais également parce que le levier d'amélioration de la situation budgétaire de l'établissement passe plutôt par une diminution des dépenses que par une augmentation des ressources. Leur gestion se concrétise donc par des efforts continus de productivité sur les dépenses depuis la mise en place de la T2A, afin d'obtenir une réduction des coûts. Ceci explique, notamment, la baisse des effectifs budgétés (-27,60 ETP en 2008) et la diminution de crédits prévus dans les états prévisionnels de recettes et de dépenses (moins 100 000 € dans l'EPRD 2008). La maîtrise des charges de personnel apparaît comme un objectif dans la résorption des difficultés financières du centre hospitalier.

S'agissant des effectifs, le total des effectifs rémunérés non médicaux s'élève à 615,3 ETP pour l'hôpital (budget H). Ils se caractérisent par leur stabilité entre 2005 et 2007 et par la part majoritaire des agents titulaires. Toutefois, les effectifs sont en baisse en 2008, en particulier les infirmiers, dont la part dans le total des soignants passe de 40,1 % en 2006 à 38,4 % en 2008. La stabilité globale de l'effectif médical (72 médecins en 2008) masque une tendance à la baisse des praticiens hospitaliers (43 à fin 2008 contre 47 à fin 2006) au profit des praticiens contractuels (12 à fin 2008 contre 9 à fin 2006).

Ces tendances traduisent une gestion tendue des effectifs par rapport aux besoins réels de l'établissement, due à un ensemble de facteurs : absentéisme assez élevé du personnel non médical ; difficultés de recrutement et de maintien sur place des personnels médical et non médical, en particulier des infirmiers dont le taux de départ, égal à 10,2 % en 2007 et à 6,8 % en 2008, se situe au-delà du taux moyen national de départ des IDE (4,3 %) ; volume non

négligeable des départs à la retraite. Le recours plus fréquent aux contractuels compense en partie les départs des agents titulaires et assure, également en partie, les remplacements. Il apporte aussi une flexibilité plus grande à l'hôpital dans la gestion des effectifs. L'application du plan de retour à l'équilibre financier devrait conduire à une réduction de la masse salariale (38 emplois prévus), et s'accompagner du non remplacement de postes vacants et d'agents sous contrat à durée déterminée, à l'expiration de leur contrat.

L'établissement a entrepris une démarche de réorganisation des services en vue de mutualiser des personnels. Certaines de ces mesures ont déjà vu le jour : bureau des entrées, standard, services administratifs, funérarium, bloc opératoire. Toutefois, les contraintes architecturales du centre hospitalier, et la dispersion des services restreignent la portée de ces aménagements. Des mesures spécifiques pour les personnels ont également été prises : diminution des suppléances médicales par le recrutement de praticiens, pôle de suppléance par pôle. Cependant, le caractère encore limité de la démarche de « pôle » freine la recherche de mutualisation de moyens. Il est évident toutefois que le futur pôle de santé changera l'organisation actuelle de la gestion des effectifs.

La gestion tendue des effectifs contribue à durcir les conditions de travail des agents (en particulier, les difficultés à prendre la totalité des jours de congés ou d'ARTT). Cette situation contribue à accroître le volume de jours conservés dans les CET et à créer potentiellement pour l'établissement des dépenses importantes à venir.

## **VI - COOPERATION AVEC D'AUTRES ETABLISSEMENTS**

L'établissement a conclu à partir des années 1990, plusieurs conventions avec le secteur privé, le Département, l'Etat et avec d'autres établissements hospitaliers. La coopération interhospitalière appelle plusieurs observations.

Avec le CHS de La Candélie d'Agen, deux conventions ont été passées. La première, de 1988, permet à un praticien du CHS d'exercer « une activité d'intérêt général » au CH pour assurer des remplacements à raison d'une demi-journée par semaine. La convention devrait préciser la nature de l'activité pour laquelle le CH a recours à ce praticien. De plus, contrairement à la convention, aucun relevé d'activité annuel de ce praticien n'a pu être fourni par le CH.

La seconde convention, de 1998, est une convention de complémentarité interhospitalière. L'objet est défini de la manière suivante : « en application des orientations définies par les pouvoirs publics pour l'amélioration de la prise en charge psychiatrique dans les Centres Hospitaliers notamment l'accueil psychiatrique en urgence, il est procédé à la création d'une garde médicale de psychiatrie au Centre hospitalier de Villeneuve-sur-Lot.

La chambre a cherché à examiner les principaux éléments de l'application de cette convention : les catégories de médecins volontaires ; le nombre de déplacement effectués ; les justificatifs fournis pour le paiement des indemnités ; la fréquence des demandes de paiement et les dates des paiements. Or, seul un récapitulatif des montants des gardes payées a été produit par l'établissement. L'application de la convention reste donc incertaine.

Deux conventions ont été passées avec le CH d'Agen. L'une, conclue en 2003, permet l'admission dans le service de réanimation du CH d'Agen, de tout malade du CH de Villeneuve, selon des états pathologiques pouvant donner lieu à cette prise en charge, que définit la convention. Or, contrairement aux clauses de la convention, aucun suivi de cette activité n'a été formalisé, en l'absence de mise en place du comité de suivi commun aux deux établissements, et d'évaluation de la qualité de l'activité.

L'établissement n'a pas passé d'autres « contrats-relais » ou d'autres conventions, à l'exception de la coopération en matière d'urgences, avec le CH –pôle du territoire de recours de Lot-et-Garonne, compétent pour certaines prises en charge, au sens du SROS III. Certes, en matière de coopération interhospitalière, le principe est celui de la liberté contractuelle, hormis les cas, prévus par le Code de la santé publique, de coopération obligatoire. Néanmoins, le SROS incite à la coopération volontaire. La coopération peut ne pas être organique, mais simplement fonctionnelle. Votre attention est appelée sur la contribution à la bonne gestion hospitalière de la passation de conventions de coopération interhospitalière, particulièrement lorsque celle-ci nécessite une répartition de la charge financière ou des recettes d'activité. Il en est de même lorsque la coopération exige un suivi de l'activité, surtout dans les cas de partage complexe des responsabilités et de l'organisation des prises en charge.

L'établissement a, en outre, conclu plusieurs conventions avec l'hôpital local de Penne d'Agenais, qui appellent des régularisations. La convention, conclue en 1997, relative à la mise à disposition d'un directeur par le CH de Villeneuve a été signée par les deux présidents des conseils d'administrations, et non par les directeurs des établissements, contrairement aux dispositions de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique. La convention de liaison téléphonique conclue en 1991 pour une durée de 5 ans, a été renouvelée tardivement, en 2005. Elle aurait dû ensuite être renouvelée au mois d'octobre 2008. Elle n'est pas renouvelée à l'heure actuelle. Enfin, la convention, conclue en 2004, de mise à disposition d'un agent de l'hôpital local de Penne d'Agenais auprès du service économique et financier du CH de Villeneuve, est rendue caduque depuis l'intégration de l'intéressé au CH de Villeneuve en mai 2008. Il conviendrait donc de mettre fin à cette convention.

Une observation peut être ajoutée ici, relative à la convention signée avec le centre de détention d'Eysses, au titre des prestations de soins assurées par l'unité de consultation et de soins ambulatoires en milieu pénitentiaire (UCSA). Son application n'est pas toujours conforme aux termes de la convention. L'établissement ne fournit pas au centre les états prévisionnels annuels des dépenses et des recettes de l'UCSA. Il produit un bilan annuel des dépenses et des recettes réalisées au cours de l'année précédente, mais ce bilan est incomplet. Il ne comprend pas, en effet, les remboursements opérés par le centre, ni les dépenses d'investissement afférentes. Les remboursements opérés par le centre de détention n'interviennent pas systématiquement au plus tard le dernier jour du mois suivant celui de l'émission du titre de recettes. Les avis à payer ne sont pas accompagnés d'un état des prestations réalisées. Enfin, les consommations de l'unité sont remboursées à hauteur de 30 %, sans que ce soit précisé par la convention. Toutefois, la Chambre prend acte qu'un projet de convention clarifiant les relations financières entre le centre hospitalier de Villeneuve sur Lot et le centre de détention est en cours d'élaboration.

En application des dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, le présent rapport d'observations définitives de la chambre doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de l'assemblée délibérante. Il doit être joint à la convocation de chacun de ses membres et doit faire l'objet d'un débat.

La chambre vous serait obligée de lui faire connaître dans quelles conditions aura été réalisée cette communication.

En outre, j'appelle votre attention sur le fait que ce rapport deviendra communicable à tout tiers demandeur dès qu'aura eu lieu la réunion précitée.

Je vous informe qu'une copie du présent rapport est transmise au préfet et au trésorier-payeur général du département de Lot-et-Garonne, en application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, ainsi qu'au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Une copie de ce rapport a été adressée à Monsieur Jérôme CAHUZAC, président du conseil d'administration du Centre hospitalier de Villeneuve sur Lot.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma considération distinguée.

Bernard GIREL  
conseiller maître  
à la Cour des comptes