



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 4 juillet 2011

Le Président

N/Réf. : BO11 180 01

Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie le rapport d'observations définitives sur le Centre hospitalier de Lavaur accompagné des réponses écrites qui ont été adressées à la chambre.

Ce rapport et l'ensemble de ces documents doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion.

Conformément à la loi, cette communication doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la prochaine réunion du conseil de surveillance. Le rapport, assorti le cas échéant des réponses reçues, doit être joint à la convocation adressée à ses membres. Il donnera lieu à un débat lors de sa présentation.

Vous voudrez bien me tenir informé des conditions de cette communication par tout moyen à votre convenance, par exemple en m'adressant copie d'un extrait du procès-verbal des débats ou du relevé des délibérations.

Je vous rappelle que ces observations ne sont, selon les dispositions de l'article R. 241-18 du code précité, communicables aux tiers qu'à l'issue de la première réunion du conseil de surveillance suivant leur réception.

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

Jean MOTTES

Monsieur le Directeur
du Centre hospitalier de Lavaur
1, place Vialas – BP 85
81502 – LAVAUUR



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

N/Réf. : BO11 180 01

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LES COMPTES ET LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU
DEPARTEMENT DU TARN
Exercices 2000 à 2009

SYNTHESE DES OBSERVATIONS DEFINITIVES CENTRE HOSPITALIER DE LAVAU (TARN)

Présentation

Etablissement situé dans le territoire de santé du Tarn Sud, le centre hospitalier de Lavaur propose une offre de soins de 568 lits et places en hospitalisation complète et incomplète, dont 11 % sont affectés à des activités de court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique, 10 % à des activités de moyen séjour de soins de suites et de réadaptation et 35 % à des activités de long séjour dédiées aux personnes âgées. L'établissement dispose également d'une activité de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie, représentant 44 % de ses capacités d'accueil.

La gouvernance

Le centre hospitalier peut s'appuyer, en ce qui concerne son projet médical, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé avec l'ARH le 31 mars 2007, pour une durée de cinq ans. Le CPOM a été modifié par trois avenants successifs en 2009, afin de prendre en compte les modifications apportées par la convention passée entre le CH de Lavaur et le CHU de Toulouse. Il n'empêche que le centre hospitalier n'a toujours pas élaboré de projet d'établissement et manque donc d'un cadre stratégique global, validé par l'autorité de tutelle.

L'établissement a été découpé en cinq pôles en décembre 2006. Cependant, quatre ans après, les pôles apparaissent toujours peu opérationnels. Les projets et les contrats de pôle restent à élaborer et les conditions de la délégation de gestion à définir.

La situation financière

L'exercice 2009 se termine sur un excédent du compte de résultat principal de 159 000 € après cinq années continûment déficitaires. La CAF est à un niveau très satisfaisant, ce qui permet à l'établissement de générer sur son exploitation courante suffisamment de flux financiers pour assurer le remboursement en capital des annuités d'emprunt à échoir et le financement de ses investissements. Le centre hospitalier maintient ainsi sa politique d'investissements tout en maîtrisant son niveau d'endettement. Ceci est rendu possible par l'optimisation de ses ressources internes.

La situation financière de l'établissement appelle néanmoins une certaine vigilance. Le résultat du budget principal apparaît plus dégradé après retraitement comptable. Plus de la moitié des recettes est constituée de la dotation annuelle de financement (DAF), en raison de l'importance de l'activité de psychiatrie, et, à un degré moindre, de l'activité de soins de suites et de réadaptation (SSR). L'établissement est donc fortement dépendant du taux d'évolution annuel de la dotation, déconnectée de l'activité, et des débasages qui résultent chaque année des économies à réaliser.

En l'état actuel, les recettes liées à l'activité ne représentent qu'un quart des produits du compte de résultat principal.

La convention de partenariat conclue avec le CHU de Toulouse, en avril 2009, devrait apporter des recettes d'activité nouvelles. Cependant, l'impact favorable n'est pas encore suffisamment probant. Par ailleurs, l'établissement présente un besoin en fonds de roulement négatif, caractérisé notamment par un allongement des délais de paiement aux fournisseurs, alors que, dans le même temps, il dispose d'une trésorerie confortable et de placements financiers.

Enfin, le centre hospitalier est exposé à un prêt structuré qui représente plus de 38 % de son encours.

L'activité

L'hôpital a un seuil d'activité correspondant à 5 000 séjours au cours de la période sous revue, ce qui est très insuffisant au regard des coûts fixes difficilement compressibles qu'il doit supporter. Avec un indice IP-MCO inférieur à l'unité, de l'ordre de 0,95 en 2008, l'établissement produit une activité MCO qui lui coûte plus que ce qu'elle ne lui rapporte. Globalement, le taux d'occupation des lits MCO du centre hospitalier de Lavaur n'est que de 68 % en 2009, avec un mode d'entrée qui relève principalement du non programmé (54 %), ce qui donne une indication sur le pouvoir d'attraction relatif de l'hôpital. Sur le bassin de santé de Lavaur, la part de marché de l'établissement n'est en effet que de 23 % en 2009, compte tenu de la forte attractivité de l'agglomération toulousaine pour près de 38 % des séjours, toutes activités confondues, de celle de l'agglomération albigeoise pour un peu plus de 21 %, et, à un degré moindre, de celle des établissements de santé castrais pour 6,5 %.

L'établissement a conclu, en avril 2009, une convention de partenariat avec le CHU de Toulouse qui repose sur la définition d'un projet médical commun. Il ressort des premiers éléments de bilan que les consultations avancées connaissent un succès très inégal selon les disciplines concernées, ne suffisant pas en soi pour limiter les taux de fuites et ce, compte tenu des filières existantes d'adressage. Par ailleurs, celles-ci génèrent pour l'instant peu d'activité pour le centre de Lavaur en séjours ambulatoires ou en actes externes. Enfin, la montée en charge du SSR de Lavaur pourrait être limitée par l'inadaptation actuelle des conditions d'hébergement de ce service à de la rééducation fonctionnelle.

La mesure de la performance

L'équilibre budgétaire de l'établissement dépend non seulement de son volume d'activité mais aussi de l'exhaustivité et de la qualité du codage permettant de valoriser l'activité. A cet égard, l'organisation qui a été retenue a conduit à un meilleur suivi des diagnostics associés significatifs, ce qui n'est pas sans incidence dans la mesure où leur recensement permet de modifier la valorisation du séjour dans un GHM davantage rémunérateur.

Le centre hospitalier a progressé dans la formalisation des outils médico-économiques qui sont nécessaires à son développement (élaboration de CREA, acquisition d'un logiciel du PMSI, reprise de la diffusion des tableaux de bord...). L'établissement n'est toutefois pas en mesure de connaître les coûts par séjour. La chambre regrette, également, qu'il ne se soit pas engagé dans une démarche de production de tableaux de coût case-mix, à l'échelle de l'établissement ou des pôles d'activité, ce qui présenterait l'avantage d'introduire une référence externe en matière de coûts, utile dans une perspective d'identification et de mesure des surcoûts des secteurs cliniques.

Enfin, en ce qui concerne l'optimisation de la chaîne de facturation, outre le développement des paiements en régie, la contractualisation en amont avec les principales mutuelles est une voie qui pourrait être utilement approfondie afin d'améliorer les échanges d'information sur les patients et connaître la situation des droits ouverts dès le jour de leur prise en charge.

Les ressources humaines

Les charges de personnel représentent 78 % des charges d'exploitation du budget principal et 91 % du montant des produits du titre 1 en 2009. Le taux d'absentéisme apparaît important (9,77 % en 2009). Une analyse approfondie des causes de l'absentéisme devra être conduite par la direction de l'établissement en vue de maintenir la qualité du service rendu, mais aussi de limiter son impact financier.

Le coût du personnel médical remplaçant, notamment intérimaire, apparaît également élevé. De surcroît, les modalités de rémunération sous la forme d'une indemnité exceptionnelle apparaissent irrégulières.

SOMMAIRE

1	Orientations et mode de gouvernance de l'établissement	5
1.1	Les orientations de l'établissement	5
1.2	La qualité et la sécurité des soins	6
1.3	La gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activité	6
2	Evolution de la situation financière	7
2.1	La situation financière réelle du centre hospitalier	7
2.2	La structure financière de l'établissement	9
2.3	Le niveau d'endettement	10
2.4	La politique d'investissements du centre hospitalier	12
3	Analyse de l'activité de l'établissement et de la convention de partenariat conclue avec le CHU de Toulouse	12
3.1	Les activités de court et moyen séjour	13
3.2	La convention de partenariat avec le CHU de Toulouse	14
4	La mesure de la performance	17
4.1	La valorisation de l'activité	17
4.2	La mesure des coûts	18
4.3	L'optimisation de la chaîne de facturation	19
5	La gestion des ressources humaines	21
5.1	La gestion du personnel non médical	21
5.2	La gestion du personnel médical	22

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER DE LAVOUR

Etablissement situé dans le territoire de santé du Tarn Sud, le centre hospitalier de Lavour propose une offre de soins de 568 lits et places en hospitalisation complète et incomplète, dont 11 % sont affectés à des activités de court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique, 10 % à des activités de moyen séjour de soins de suites et de réadaptation et 35 % à des activités de long séjour dédiées aux personnes âgées. L'établissement dispose, également, d'une activité de psychiatrie adulte (autour de deux secteurs géographiques) et de pédopsychiatrie (inter secteur), représentant 44 % de ses capacités d'accueil.

La restructuration de l'activité de l'établissement a conduit à la signature d'une convention de partenariat avec le CHU de Toulouse, le 24 avril 2009, et à la fermeture du service de chirurgie conventionnelle, le 1^{er} mai 2009.

1 ORIENTATIONS ET MODE DE GOUVERNANCE DE L'ETABLISSEMENT

1.1 Les orientations de l'établissement

Le centre hospitalier peut s'appuyer, en ce qui concerne son projet médical, sur le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé avec l'ARH le 31 mars 2007 pour une durée de cinq ans.

Le CPOM a été modifié par trois avenants successifs en 2009, afin de prendre en compte les modifications apportées par la convention passée entre le CH de Lavour et le CHU de Toulouse : prise en compte de l'évolution de l'offre de soins du centre hospitalier vers la chirurgie ambulatoire (avenants des 28 février et 13 octobre 2009) ainsi que de l'extension de son service de soins de suite et de réadaptation (avenant du 12 mai 2009).

Il n'empêche que le centre hospitalier n'a toujours pas élaboré de projet d'établissement. Or, ce document, prévu par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique, constitue un outil de pilotage indispensable, permettant de définir des orientations stratégiques pluriannuelles intéressant tous les aspects de la gestion de l'établissement. Il ne constitue pas seulement un projet médical et un projet de soins infirmiers, mais aussi un projet qualité et de gestion des risques, un projet social, un projet logistique et de système d'information.

L'établissement manque donc d'un cadre stratégique global, validé par l'autorité de tutelle et permettant de définir ses orientations à venir. Ce cadre ne saurait se résumer au seul projet médical de la convention de partenariat avec le CHU de Toulouse, ni aux modifications intervenues depuis au niveau du CPOM.

1.2 La qualité et la sécurité des soins

Le CH de Lavour assure une gestion des vigilances sanitaires qui apparaît structurée, avec une sous-commission de la CME¹ chargée de la coordination de l'ensemble des vigilances sanitaires. L'objectif de l'établissement est d'évoluer vers une gestion globale des risques et de créer un Comité de coordination de la qualité et de la sécurité des soins, permettant d'étendre les missions à la sécurité des soins et non plus uniquement à la gestion des risques.

Il ressort toutefois des dernières données disponibles portant sur l'année 2008 que l'établissement doit progresser en matière de prévention et de gestion des infections nosocomiales. Il n'obtient qu'un score agrégé de 63,84 sur 100, ce qui correspond à un indice C dans un classement qui va de A, pour les établissements les mieux classés, à E.

L'hôpital s'est aussi engagé dans une procédure de certification de ses pratiques auprès de la Haute Autorité de Santé, qui a abouti, en mars 2009, à une certification avec suivi², donnant un délai de 12 mois à l'établissement pour indiquer les améliorations apportées sur la gestion des risques, sur la prise en charge médicamenteuse et sur les règles de tenue du dossier patient.

1.3 La gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activité

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 sur la gouvernance hospitalière a introduit un certain nombre de nouveautés dans l'organisation des centres hospitaliers, avec notamment la création de pôles d'activité (article L 6146-1 à 6), afin d'associer la communauté médicale à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement. La loi « Hôpital, patients, santé, territoires » du 21 juillet 2009 apporte de nouvelles modifications substantielles dans le sens d'un renforcement des pouvoirs du directeur de l'hôpital et de la création d'un directoire et d'un conseil de surveillance. Elle conforte, toutefois, l'existence des pôles d'activité au sein des établissements de santé.

Dans le cas présent, l'organisation retenue par le conseil d'administration de l'établissement, le 14 décembre 2006, a conduit à la constitution de cinq pôles (cf. annexe 1).

Quatre ans après, les pôles apparaissent toujours peu opérationnels. Les projets et les contrats de pôle restent à élaborer et les conditions de la délégation de gestion à définir. A cet égard, la chambre rappelle les dispositions du décret n° 2010-656 du 11 juin 2010, qui pose l'obligation d'un contrat de pôle dans les six mois suivant la publication dudit décret et d'un projet de pôle dans les trois mois suivant la conclusion dudit contrat.

L'arrivée à échéance en mars 2011 du mandat des chefs de pôle, ainsi que le renouvellement de la CME au cours de l'année 2011, devront être l'occasion pour l'établissement de se mettre en conformité avec les dispositions du décret.

¹ Commission médicale d'établissement

² Il existe 5 niveaux de certification par la HAS : la certification, la certification avec recommandations, la certification avec suivi, la certification conditionnelle, la non certification

Cette mise en conformité pourrait conduire, également, à une réflexion concertée sur la pertinence du découpage retenu (un pôle unique MCO et médico-technique, deux pôles psychiatrie), sur la consolidation nécessaire du système d'information médico-économique (mise à jour et diffusion de tableaux de bord) et sur les modalités d'un intéressement collectif des pôles.

2 EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE

L'analyse porte sur le budget principal et couvre la période 2004 à 2009. Les masses financières des budgets annexes ont été jugées peu significatives à l'échelle globale pour être prises en compte. En effet, avec un montant de 44,239 M€, le budget principal³ représentait 87 % des charges d'exploitation consolidées de l'établissement en 2009 qui s'élevaient à 50,777 M€.

2.1 La situation financière réelle du Centre hospitalier

La DGOS⁴ et la DGFIP⁵ ont, par circulaire commune du 10 février 2010, mis en place un dispositif de détection (« *réseau d'alerte* ») des situations financières les plus dégradées des établissements publics de santé, reposant sur les critères d'appréciation suivants et sur un système de cotation de 1 à 10 par critère :

- *niveau du déficit d'exploitation* (p/r aux produits d'exploitation)
- *niveau de la CAF brute* (p/r aux produits d'exploitation)
- *couverture des remboursements en capital des emprunts par la CAF brute*
- *poids de l'encours de la dette* (p/r aux produits d'exploitation).

En obtenant un score de 24/40 en 2008⁶, dernière année disponible, le centre hospitalier ne fait pas partie des établissements considérés comme structurellement en difficulté (seuil fixé à 12/40). Le budget principal de l'établissement redevient excédentaire en 2009 (149 000 €), après cinq années continûment déficitaires (cf. annexe 2).

L'amélioration de la situation financière est à considérer, toutefois, avec prudence.

Le résultat de chaque exercice depuis 2004 a été retraité des reports de charges et de produits sur l'exercice suivant, déduction faite des charges et produits payés au cours de l'exercice mais relatifs à l'exercice précédent.

³ Le budget principal inclut l'activité psychiatrique

⁴ DGOS = Direction générale de l'offre de soins du ministère de la santé

⁵ DGFIP = Direction générale des finances publiques du ministère du budget

⁶ 3/10 pour le premier critère, 6/10 pour le second, 7/10 pour le troisième et 8/10 pour le quatrième

Ce redressement apparent repose aussi, pour partie, sur le provisionnement insuffisant du compte épargne temps à hauteur de 366 601 € sur le c/143 au 31 décembre 2009 pour couvrir un risque estimé à 753 500 €, personnels non médical et médical confondus. La charge nette non couverte est évaluée à 386 899 € (cf. annexe 3). La chambre constate également que l'établissement n'a pas provisionné le c/491 « dépréciation des comptes de tiers » en 2007 et en 2008, minorant ainsi artificiellement ses charges d'exploitation.

Afin de mesurer l'effort réel de gestion chaque année, la juridiction a en outre neutralisé toute aide qui ne présente pas un caractère pérenne. Il s'agit notamment de l'aide non reconductible de 350 000 € attribuée par l'ARH en 2006, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre conclu avec l'établissement le 18 décembre 2006. Il s'agit aussi de l'aide que représente le coefficient de transition⁷ qu'il convient de neutraliser.

Certes, en ayant un coefficient de transition applicable à ses tarifs de 0,9693 au 1^{er} janvier 2008, au moment du passage à la T2A à 100%, l'établissement a une base de remboursement assurance maladie inférieure à ce qu'elle aurait dû être avec un coefficient = ou > à 1. Cependant, cela signifie que le centre hospitalier était jadis sous doté en DAC et que, par conséquent, à activité identique, le passage à la T2A à 100% a un impact positif. Enfin, l'évolution positive progressive de ce coefficient vers l'unité (0,9929 au 1^{er} mars 2010) génère mécaniquement des recettes supplémentaires pour l'établissement, estimées par ce dernier à 110 352 € en 2009. Il convient de les neutraliser car il s'agit d'une variable exogène, indépendante de l'évolution du case-mix et de tout effort de gestion.

Il ressort ainsi des éléments qui précèdent, et sans prétendre pour autant à l'exhaustivité, que le résultat du budget principal n'est pas en excédent de 149 000 € en 2009, mais en déficit de 358 000 € (cf. annexe 2). D'ailleurs, l'état de prévisions des recettes et des dépenses 2010, dans sa première version, a été établi sur la base d'un déficit prévisionnel de 278 000 €.

Il faut toutefois tenir compte dans l'analyse du poids des provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (c/142), qui ne manquent pas d'impacter les charges d'exploitation chaque année mais dont la constitution est nécessaire pour financer le moment venu, par des reprises, les projets d'investissement (modernisation du SSR et de la gynécologie-obstétrique...) et notamment les surcoûts du titre 4 (frais financiers et charges d'amortissement).

C'est ainsi qu'au 31 décembre 2009, le montant des provisions s'élève à 6,776 M€, dont 4,641 M€ sur le c/142.

En ce qui concerne les charges d'exploitation dans leur ensemble (cf. annexe 4), le poids des charges de personnel représente 78 % des charges d'exploitation de l'établissement en 2009, et « absorbent » jusqu'à 91 % des produits du titre 1.

⁷ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a instauré, en son article 62, l'application d'un coefficient de transition aux tarifs nationaux, permettant de lisser et donc d'amortir les effets du passage à la T2A à 100% sur les recettes des établissements de santé.

La fermeture du service de chirurgie conventionnelle en mai 2009, dont l'effet en année pleine devrait se faire sentir en 2010, devrait avoir un impact tant sur les charges de personnel (départ de cinq chirurgiens dont l'échelon variait du 6^{ème} jusqu'au 12^{ème}), que sur les charges médicales (en diminution déjà de 241 000 € en 2009). La chambre rappelle, à ce propos, que le compte de résultat analytique établi par l'établissement faisait ressortir un déficit de la chirurgie de l'ordre de 915 000 € en 2008.

En ce qui concerne les recettes d'exploitation (cf. annexe 5), plus de la moitié est constituée de la dotation annuelle de financement (DAF) (53 %), en raison de l'importance de l'activité de psychiatrie, et, à un degré moindre, de l'activité SSR. L'établissement est donc fortement dépendant du taux d'évolution annuel de la dotation et des débasages qui résultent chaque année des économies à réaliser. La juridiction note que la DAF progresse fortement en 2009 en raison de l'allocation d'une dotation supplémentaire de 2,1 M€ destinée à l'ouverture des 20 lits supplémentaires en SSR. Cependant, 300 000 € ne sont pas reproductibles en 2010. Qui plus est, en l'état actuel du mode de financement du SSR, le centre hospitalier de Lavaur ne tire guère avantage d'une augmentation d'activité. Le manque à gagner est, par exemple, de 442 000 € en 2008, si l'on se réfère au modèle reposant sur l'Indice de Valorisation de l'Activité (point IVA). L'établissement n'a ainsi perçu au cours de cet exercice, que 81 % de ce qu'il aurait dû percevoir au regard de son activité.

Les recettes liées à l'activité ne représentent, pour leur part, qu'une faible part des produits du compte de résultat principal (24 % en 2009). La comparaison d'une année sur l'autre est rendue délicate par la mise en place progressive de la tarification à l'activité à hauteur de 10 % en 2004, de 25 % en 2005, de 35 % en 2006, de 50 % en 2007 puis de 100 % en 2008. Cependant, la valorisation à 100 %, chaque année, des recettes liées aux séjours GHS permet de constater une perte de chiffre d'affaires de 561 000 € de 2006 à 2008, à périmètre constant, hors impact de la fermeture du service de chirurgie conventionnelle, intervenue en mai 2009 (cf. annexe 5).

2.2 La structure financière de l'établissement

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 a remplacé le budget par l'état de prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) à compter du 1^{er} janvier 2006. La capacité d'autofinancement (CAF) prend alors tout son sens dans la logique de l'EPRD dans la mesure où elle permet l'articulation entre le compte de résultat (exploitation) et le financement de l'investissement, le «cloisonnement» des anciennes sections d'exploitation et d'investissement n'existant plus.

Dans le cas présent, bien que le niveau de la CAF soit en diminution de 103 000 € en 2009, il reste à un niveau très satisfaisant, permettant à l'établissement de financer sa politique d'investissement tout en maîtrisant son endettement (cf. annexe 6). Les dotations aux amortissements et provisions en sont la principale variable explicative.

C'est ainsi que le taux de CAF, qui mesure le poids de l'autofinancement dans les produits réels d'exploitation est à 5,90 % en 2009, soit un niveau supérieur à la médiane de la strate correspondante qui s'établit à 5,59 %. La CAF couvre trois fois le remboursement en capital des emprunts. Il en ressort, ainsi, une CAF nette de 2,044 M€ au cours de l'exercice (cf. annexe 6).

Le fonds de roulement ressort à 2,874 M€ au 31 décembre 2009 (cf. annexe 7).

Le fonds de roulement d'investissement⁸ est négatif depuis 2008, connaissant à nouveau une baisse de son niveau de 1,439 M€ en 2009. Cette situation résulte de la progression des immobilisations (+2,161 M€ en 2008, + 3,598 M€ en 2009) et de la volonté de l'établissement de limiter le recours à l'emprunt (aucune mobilisation en 2008 et en 2009). Ainsi, les financements stables ne couvrent que 93 % des emplois. Les immobilisations sont donc financées par des ressources issues du cycle d'exploitation. Le fonds de roulement d'exploitation⁹ connaît, en effet, une progression continue depuis 2006 (+ 3,2 M€), et ce en dépit d'un report à nouveau débiteur de 2,568 M€ au 31 décembre 2008. L'apurement partiel de la créance de l'article 58 pour sa partie MCO en 2008¹⁰ (dont le niveau a été ramené de 1,829 M€ à 1,040 M€), conjugué au doublement du montant des provisions (dont le niveau est passé de 3,203 M€ en 2006 à 6,776 M€ en 2009, expliquent cette progression et, in fine, le niveau satisfaisant du fonds de roulement net global.

Le niveau élevé de trésorerie (5,252 M€ en 2009) résulte de cette situation mais aussi de l'apparition d'un besoin en fonds de roulement négatif en 2009 (-2,378 M€). Autrement dit, le cycle d'exploitation dégage un excédent de financement au cours de l'exercice, caractérisé notamment par un allongement des délais de paiement aux fournisseurs (délai de rotation de 50,55 jours), alors que la situation confortable de la trésorerie en 2009 permettrait de les améliorer.

Dans cette approche, la notion de trésorerie s'entend au sens large, c'est à dire englobant, outre les liquidités, tous les financements et créances à court terme hors cycle d'exploitation (fonds déposés par les malades...). Il ressort, cependant, que le c/515 « compte au Trésor », présente un solde moyen de 2,451 M€ par mois au cours de l'exercice 2009 (cf. annexe 8), ce qui montre l'absence de toute tension et ce sans recours à des tirages sur ligne de trésorerie, contrairement aux exercices précédents. L'établissement effectue, également, des placements financiers (3 626 € d'intérêts perçus sur le c/764), correspondant à des excédents momentanés de trésorerie suite à la mobilisation finale d'emprunts.

2.3 Le niveau d'endettement

Le niveau d'endettement reste modéré et soutenable, avec un montant d'encours s'établissant à 9,286 M€ au 31 décembre 2009 (cf. annexe 9). Après une phase 2004-2007 d'endettement (+ 4,7 M€ en volume), l'établissement s'est désendetté en 2008 et en 2009 (- 1,6 M€ en volume).

⁸ Le FRI correspond à la différence entre les emplois stables (immobilisations, charges à répartir) et les ressources stables (les apports, la réserve d'investissement, les subventions d'investissement, les amortissements, les dettes financières à plus d'un an à l'origine).

⁹ Le FRE résulte de la différence entre les financements stables d'exploitation (réserves de trésorerie et de compensation, reports à nouveau déficitaires ou excédentaires, résultat de l'exercice, provisions pour risques et charges, provisions réglementées) et les créances stables d'exploitation (créances dites de l'article 58).

¹⁰ L'article 5 du décret n° 2007-1931 du 26 décembre 2007 a instauré une compensation entre le remboursement du solde des avances faites par l'assurance-maladie en 2005 et 2006, et l'apurement de la créance de l'article 58 reconnue au titre de l'activité MCO

Ainsi, le taux de dépendance financière, qui démontre le poids pris par l'endettement sur l'ensemble des ressources stables, ressort à 35,66 % en 2009, soit un niveau nettement en deçà de la médiane de la strate correspondante qui s'élève à 41,84 %. Au-delà de 50 %, l'établissement devient fortement dépendant des organismes prêteurs, ce qui n'est donc pas le cas.

La durée apparente de la dette, qui traduit la capacité de l'établissement à rembourser ses dettes financières s'il utilise l'intégralité de son épargne, s'établit à 3,2 années en 2009 (la médiane de la strate étant à 4,8 années), soit une durée bien inférieure à la durée résiduelle de la dette d'un peu plus de 16 années et à la durée de vie moyenne de la dette qui correspond à un peu plus de 11 années.

En l'état actuel, le coût moyen de la dette de l'établissement est à 3,7 %, soit un niveau proche de celui du TEC 10, taux auquel l'Etat empruntait en 2009 pour couvrir son déficit (taux d'intérêt moyen de 3,65 % en 2009). Néanmoins, la situation appelle une certaine vigilance compte tenu du taux d'exposition de l'établissement à un prêt structuré, représentant 38,6 % de son encours au 31 décembre 2008.

L'établissement a, en effet, souscrit, en juillet 2008, un contrat auprès d'un établissement financier portant sur un produit structuré d'un montant de 3,9 M€ sur une durée de 13 ans et 3 mois. C'est un produit de pente dont le taux d'intérêt payé dépend de l'évolution de l'écart entre les taux courts (CMS EUR 2 ans) et les taux longs (CMS EUR 30 ans) (cf. annexe 9).

Il s'agit d'un refinancement visant à limiter l'exposition au risque en desserrant les conditions du produit de pente (remplacement du CMS 10 par le CMS 30). Néanmoins, dans la formule actuelle, en cas d'inversion de la courbe des taux, le taux fixe initial de 4,39 % augmente de près de trois points et intègre l'écart du moment entre les taux, affecté d'un coefficient multiplicateur de 5, et ce sans qu'une limite ait été contractuellement fixée (le prêt n'est pas « capé »).

Cette situation n'est pas théorique. Certes, les taux longs sont, en principe, plus élevés que les taux courts parce qu'ils incorporent le risque lié à la durée du prêt. Cependant, une simulation rétrospective sur la période 2004-2010 a permis de constater des cas d'inversion de la courbe des taux au cours de l'année 2008. C'est ainsi qu'au 1^{er} décembre 2008, date de la première échéance, le taux supporté a été de 4,39 % (CMS EUR 30 ans de 3,557 % > CMS EUR 2 ans de 3,093 %). Mais le taux aurait été de 7,315 % (CMS EUR 30 ans de 3,015 % < CMS EUR 2 ans de 3,018 %) si l'échéance était tombée le 3 décembre 2008, et de 8,34 % (CMS EUR 30 ans de 2,677 % < CMS EUR 2 ans de 2,885 %) si l'échéance était tombée le 4 décembre 2008. L'établissement aurait été amené à payer un supplément d'intérêts respectivement de 114 000 € et de 154 000 €.

Si la direction décide de maintenir cette prise de risque, elle doit simultanément se mettre en situation de pouvoir renégocier¹¹ le moment venu ses prêts dans le cadre de la gestion active de sa dette, en se dotant en interne de moyens propres à assurer un suivi régulier de l'évolution des taux sur les marchés.

¹¹ Les conditions contractuelles rendraient au demeurant particulièrement coûteux un remboursement anticipé
Rapport d'observations définitives – Centre hospitalier de Lavaur

2.4 La politique d'investissements du centre hospitalier

Le Centre hospitalier a pu maintenir une politique dynamique d'investissements tout en maîtrisant son niveau d'endettement. Le volume des immobilisations corporelles a augmenté de 14,960 M€ de 2004 à 2009, soit + 55 % en six ans : +18 % en valeur pour les équipements et + 66 % en valeur pour les constructions (cf. annexe 10).

Dans la première version du PGFP¹², joint à l'EPRD 2010, l'établissement projetait de réaliser sur la période 2010-2014, un montant de 29,621 M€ d'investissements. Ce plan a été rejeté par l'ARS le 20 août 2010, au motif que les opérations d'investissement présentées ne sont pas compatibles avec la situation patrimoniale de l'établissement.

En effet, il apparaissait un financement des investissements à hauteur de 88 % par l'emprunt, un taux d'endettement de 68 % en 2014, un abaissement du fonds de roulement à un faible niveau de 137 K€ et un compte de résultat principal déficitaire chaque année d'environ 0,60 % des recettes.

Le nouveau PGFP présenté est plus modeste, ramené à un montant total d'investissements de 12,893 M€ sur la période 2010-2014, soit un effort d'investissements réduit de 56 %. Il a été accepté par l'ARS. Cependant, il n'inclut pas l'opération de construction d'un nouveau bâtiment pour les services de SSR et de gynécologie-obstétrique, prévue pour un coût de 16,578 M€ (15,149 M€ de travaux et 1,429 M€ d'équipements). Le devenir de ce projet ne manquera pas de se poser à nouveau, dans l'avenir, dans la mesure où il présente un intérêt d'une part pour rendre attractif la maternité dans un bassin de population en pleine expansion attiré par l'agglomération toulousaine, d'autre part pour mettre aux normes le SSR, appelé à se développer dans le cadre de la convention de partenariat avec le CHU de Toulouse.

3 ANALYSE DE L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT ET DE LA CONVENTION DE PARTENARIAT CONCLUE AVEC LE CHU DE TOULOUSE

Le Centre hospitalier de Lavaur propose une offre de soins très complète, allant d'une activité court séjour (MCO) à une activité psychiatrique adulte et infanto-juvénile, en passant par des activités moyen (soins de suite et de réadaptation) et long séjour (prise en charge des personnes âgées).

Les taux d'occupation sont importants en 2009 pour les activités de long séjour, avec des taux de 99,54 % pour l'USLD, de 97,25 % pour la MAPAD et de 81,23 % pour le SSIAD.

En ce qui concerne l'activité psychiatrique, les modalités de prise en charge peuvent être ambulatoires (dans les centres médico-psychologiques), à temps partiel (dans le cadre des hospitalisations de jour et des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel) ou à temps complet (principalement, les hospitalisations à temps plein). La juridiction relève, à ce propos, que le nombre de journées en hospitalisation complète augmente en 2009, aussi bien pour la psychiatrie adulte que pour la psychiatrie infanto-juvénile, alors que celui en hospitalisation incomplète diminue sensiblement dans les deux domaines (cf. annexe 11).

¹² Plan Global de Financement Pluriannuel

Par ailleurs, la carte des implantations extra-hospitalières montre que l'activité de psychiatrie adulte de l'établissement repose essentiellement sur des hôpitaux de jour et peu sur des centres médico-psychologiques¹³, présents seulement à Castres et à Mazamet mais absents à Lavour et à St Sulpice. Or, le développement de la prise en charge ambulatoire, comme de la prise en charge à temps partiel, sont une priorité de la politique régionale de santé définie dans le SROS psychiatrie 2001/2006, complété en 2008.

La chambre a davantage analysé les activités de court et moyen séjour de l'établissement dans la mesure où elles ont conduit à la conclusion d'une convention de partenariat avec le CHU de Toulouse, le 24 avril 2009.

3.1 Les activités de court et moyen séjour

L'hôpital a un seuil d'activité correspondant peu ou prou à 5 000 séjours au cours de la période sous revue (cf. annexe 12), ce qui est très insuffisant au regard des coûts fixes difficilement compressibles qu'il doit supporter (normes techniques et charges de personnel). Avec un indice IP-MCO¹⁴ inférieur à l'unité, de l'ordre de 0,95 en 2008, l'établissement produit une activité MCO qui lui coûte plus que ce qu'elle ne lui rapporte.

Ne disposant pas de la taille critique nécessaire dans un système de financement T2A lié à l'activité, l'avenir de cet établissement en MCO s'inscrit dans une perspective de reconfiguration de l'offre de soins.

Le mode d'entrée en hospitalisation relève principalement du non programmé (54 % en 2009, dont 53 % pour la médecine, cf. annexe 12), ce qui donne une indication sur le pouvoir d'attraction relatif de l'hôpital. Ce constat n'est pas anodin dans la mesure où les hospitalisations non programmées ont en général un coût plus élevé.

Sa part de marché dans le territoire de santé du Tarn Sud est effectivement faible, de l'ordre de 6,4 % en 2009, toutes activités confondus. Si l'on raisonne sur le bassin de Lavour uniquement (à savoir une population de 48 000 habitants, répartie sur les communes de Lavour, St Sulpice, Briatexte, Rabastens, St Paul Cap de Joux, Graulhet), la part de marché de l'établissement n'est que de 23 % en 2009, compte tenu de la forte attractivité de l'agglomération toulousaine pour près de 38 % des séjours, toutes activités confondus, de celle de l'agglomération albigeoise pour un peu plus de 21 %, et, à un degré moindre, de celle des établissements de santé castrais (CHIC, Polyclinique du Sidobre) pour 6,5 % (cf. annexe 12).

¹³ Fonctionnant en milieu ouvert, les centres médico-psychologiques sont chargés d'organiser les actions de prévention et de diagnostic, les soins ambulatoires et les interventions à domicile. C'est à partir de ce pivot, que s'organisent les actions extra-hospitalières (CATTP, HJ...) et que s'élaborent les projets individuels visant à éviter les hospitalisations ou à en réduire la durée. Le CMP est ainsi un élément primordial du maintien ou de la restauration de l'insertion sociale et professionnelle des patients.

¹⁴ L'indice de performance IP-MCO mesure la couverture de l'ensemble des charges nettes MCO par un financement à 100 % : IP-MCO = valorisation activité 100% + forfaits annuels + molécules et DMI // charges nettes retraitées MCO (hors ZRR) + HAD + urgences – MERRI fixe.

C'est ainsi que le taux d'occupation de l'ensemble des lits de court séjour est nettement insuffisant, de 68 % en 2008 comme en 2009. Le taux d'occupation des lits de médecine (75,6 % en 2008) est inférieur de 10 points à la médiane des établissements de la strate correspondante (86 %), celui des lits d'obstétrique (62,4 %) de 5 points à la médiane (67,8 %), sans compter le taux d'occupation des lits de chirurgie (59,8 %), avant la fermeture du service de chirurgie conventionnelle, en deçà de plus de 10 points à la médiane correspondante (70,2 %).

La chambre relève, toutefois, que malgré un faible taux d'occupation des lits MCO, la durée moyenne de séjour n'apparaît pas pour autant élevée. Avec un indice de performance global supérieur à l'unité en 2008 (1,012), l'établissement produit dans l'ensemble moins de journées que le nombre de journées théoriques qu'il aurait réalisé si les durées moyennes de séjour par GHM avaient été égales à celles de la base nationale, base sur laquelle repose le calcul des tarifs nationaux GHS. Autrement dit, il économise, pour des prises en charge identiques, un certain nombre de journées, ce qui a nécessairement un impact positif sur le coût des séjours.

Quoi qu'il en soit, cette situation devrait nécessiter une réflexion d'ensemble de la direction de l'établissement sur son programme capacitaire. Pour l'instant, la seule réponse apportée a été la transformation des 20 lits de chirurgie conventionnelle en 20 lits supplémentaires SSR dans le cadre de la convention avec le CHU de Toulouse.

La capacité du service des soins de suite et de réadaptation a ainsi été portée à 53 lits en mai 2009. Ce service polyvalent qui traitait les affections de la personne âgée poly-pathologique dépendante ou à risque de dépendance, est désormais autorisé à accueillir les affections de l'appareil locomoteur. Il devient, également, depuis la convention de partenariat précitée, un service de lits d'aval pour le CHU de Toulouse. Cependant, en dépit de l'élargissement de son champ d'intervention et du transfert de patients du CHU (cf. développements ultérieurs), son taux d'occupation (78 % en 2009 et 86 % prévu en 2010) reste en deçà de la moyenne régionale (90 %) (cf. annexe 13).

L'inadaptation actuelle des conditions d'hébergement pourrait être le principal facteur explicatif. En effet, 33 des 53 lits disponibles sont dans des chambres à 2, voire même 3 lits, avec une absence de douche pour certaines et, en tout état de cause, un agencement inadapté à de la rééducation fonctionnelle.

3.2 La convention de partenariat avec le CHU de Toulouse

Le Centre hospitalier de Lavaur a conclu une convention de partenariat avec le CHU de Toulouse le 24 avril 2009.

Ce partenariat repose sur la définition d'un projet médical commun, se traduisant par des consultations avancées par le personnel médical du CHU dans les domaines de la gynécologie-obstétrique (depuis janvier 2009), de l'orthopédie-traumatologie, du digestif (depuis mai 2009) et de l'urologie et de la chirurgie plastique (depuis décembre 2009). L'ouverture de nouvelles consultations en néphrologie et en pneumologie est envisagée.

Le service de chirurgie conventionnelle du Centre hospitalier de Lavaur est fermé, la chirurgie ambulatoire continue cependant à y être réalisée. Tous les examens pré et post opératoires (consultation pré-anesthésique, bilans biologiques, radiologie), jusqu'y compris la pré-admission administrative au CHU de Toulouse, sont réalisés au CH de Lavaur, qui devient, également, un établissement de lits d'aval pour le CHU pour les patients souffrant d'affection de l'appareil locomoteur. En ce qui concerne le non programmé, le CH continue à recevoir les urgences chirurgicales. En fonction, les malades sont traités sur place, ou transférés au CHU pour des soins complémentaires dans le cadre du contrat relais des urgences.

Les objectifs du partenariat sont, ainsi, rappelés dans la convention : *« Ce partenariat sert une logique de renforcement de l'offre publique de soins pour et sur le bassin de vie de Lavaur. Il renforce les filières d'adressage et de soins du bassin de population du grand nord-est de Toulouse vers le CH de Lavaur et le CHU de Toulouse, dans une logique de filière d'adressage du secteur public vers le secteur public. Il fournit des appuis permettant au Centre hospitalier de Lavaur d'ancrer son projet médical en réponse à des besoins de santé non satisfaits, dans une perspective de croissance d'activité, avec une amélioration forte de la qualité et de la sécurité des soins nécessitant le recours à un plateau technique opératoire complexe ».*

La chambre a cherché à appréhender les effets de cette coopération pour l'établissement sur le plan de l'activité et en termes financiers, dans la mesure où cet examen se situe dans le cadre de l'enquête en cours de la Cour des comptes et des chambres régionales des comptes sur la coopération hospitalière. Elle a néanmoins conscience du caractère prématuré de cette évaluation un an et demi après la signature de la convention mais la présente évaluation peut être de nature à alimenter la réflexion des parties sur l'évolution de leur projet médical.

Il ressort de cette approche que si les consultations avancées se développent en 2010, elles connaissent, par contre, un succès très inégal selon les disciplines concernées.

A la fin juin 2010, 1 525 consultations avancées (dont 1 364 consultations externes) ont été réalisées à Lavaur au cours du premier semestre, ce qui devrait conduire, si la tendance se confirme, à un peu plus de 3 000 consultations à la fin de l'exercice, à comparer aux 1 288 consultations avancées réalisées au cours des huit derniers mois de l'année 2009. Cependant, si l'on ramène les consultations réalisées au cours du premier semestre à la demi-journée afin de tenir compte des différences de vacation par discipline, la chirurgie gynécologique ne réalise en moyenne que trois consultations par demi-journée et le viscéral-digestif cinq consultations, alors que, par exemple, l'orthopédie-traumatologie compte seize consultations (cf. annexe 14).

La présence de praticiens du CHU en consultation avancée à Lavaur ne suffit pas donc en soi pour limiter les taux de fuites, et ce compte tenu des filières existantes d'adressage des médecins généralistes-référents du bassin de Lavaur. Ceci est notamment vrai pour le viscéral-digestif, discipline qui connaît déjà un taux de fuite important vers les cliniques privées de l'agglomération toulousaine, et notamment vers la clinique de l'Union, qui compte 23 % de parts de marché sur ce bassin pour la chirurgie digestive majeure en 2009, et 25 % pour la chirurgie viscérale. En ce qui concerne la gynécologie-obstétrique, le recrutement d'un nouveau gynécologue obstétricien à compter du 1^{er} octobre 2010, à temps partagé avec le CHU de Toulouse, a conduit à supprimer les consultations avancées du CHU.

Les hospitalisations assurées au CHU suivent la montée en charge des consultations avancées à Lavour : 119 sur les 8 mois de 2009, 225 sur les 6 mois 2010. Il apparaît, dans une étude du médecin, responsable du département d'information médicale du centre hospitalier de Lavour, portant sur 20 000 séjours en 2009, que le CHU de Toulouse a renforcé ses positions sur le bassin de Lavour, en particulier pour la chirurgie gynécologique (+ 6,4 % de parts de marché), la chirurgie digestive (+ 12,4 % de parts de marché), la chirurgie hépato-biliaire (+ 19,2 %), et pour la chirurgie de l'appareil locomoteur (+ 16,4 %). Malgré tout, la clinique de l'Union garde encore une certaine prédominance dans la plupart de ces disciplines. L'objectif posé par la convention de partenariat d'un renforcement des filières d'adressage public-public semble donc pouvoir être atteint.

Par contre, les consultations avancées réalisées génèrent, pour l'instant, peu d'activité MCO pour le Centre hospitalier de Lavour, si l'on se réfère aux données du premier semestre 2010. En effet, les 1 364 consultations externes, toutes disciplines confondues, n'ont généré que 59 séjours de chirurgie ambulatoire et 148 actes externes (cf. annexe 14). Le bilan de l'orthopédie-traumatologie apparaît, par exemple, décevant, discipline qui rencontre pourtant un certain succès dans le cadre des consultations avancées (704 consultations externes au cours du premier semestre 2010) mais qui se traduit peu en activité (29 séjours de chirurgie ambulatoire et 3 actes médicaux externes). La chirurgie conventionnelle au CHU y est peut être davantage privilégiée.

Enfin, 125 patients du CHU ont été transférés, au cours du 1^{er} semestre 2010, au SSR de Lavour (contre 118 entre le 1^{er} mai et le 31 décembre 2009). Cependant, la montée en charge du service est contrainte par l'inadaptation des conditions actuelles d'hébergement à de la rééducation fonctionnelle (cf. développements précédents).

La réussite du partenariat repose sur la dynamique développée par les équipes médicales des deux établissements, inscrite dans les projets médicaux, fondement de la convention cadre.

La chambre observe que cette dynamique se traduit aussi par la participation de médecins du CHU à la permanence des soins (astreintes pour les hémorragies de la délivrance en obstétrique, et réflexion en cours sur la participation du pôle imagerie à l'interprétation des examens urgents de scanner). Elle aboutit aussi à la création de postes médicaux à temps partagé entre les deux établissements. Des projets sont en cours de mise en œuvre ou envisagés en hygiène hospitalière (poste d'assistant spécialiste), en urologie (postes de PH à temps partiel sur les deux établissements), en pédiatrie (poste d'assistant), en imagerie (postes de PH).

Sur un plan financier, il ressort de la réunion d'évaluation du 9 avril 2010 entre les deux établissements, que les recettes d'activité du CHU, procurées par cette coopération, s'élèvent à 719 658 € sur les huit derniers mois de 2009 (recettes d'hospitalisations après consultations avancées ou après transferts des urgences).

En ce qui concerne le centre hospitalier de Lavour, la fermeture du service de chirurgie conventionnelle (et la mise à disposition auprès du centre national de gestion des cinq chirurgiens concernés) a permis de limiter l'impact sur les comptes de l'établissement d'une activité déficitaire à hauteur de 915 000 € en 2008.

Toutefois, l'analyse de la chambre tend à montrer que le bilan est pour l'instant déficitaire pour les consultations et actes externes à hauteur de 92 647 € sur le premier semestre 2010 (dont - 62 492 € pour les seuls actes externes). La chirurgie ambulatoire présente un bilan excédentaire de 16 434 € au cours du même semestre mais son développement reste encore très embryonnaire dans le cadre de ce partenariat.

Le maintien d'une stratégie commune entre les deux établissements devra donc reposer sur une coopération équilibrée dans une logique de filière d'adressage public-public.

La cohérence de cette initiative bilatérale et isolée avec le projet médical du territoire de santé du Tarn reste toutefois à établir. La chambre n'a pas obtenu de réponse sur les éventuelles coopérations que le Centre hospitalier de Lavaur envisagerait de développer, en complément, avec le centre hospitalier de Castres-Mazamet dont l'ouverture a eu lieu au 1^{er} janvier 2011.

4 LA MESURE DE LA PERFORMANCE

4.1 La valorisation de l'activité

L'équilibre budgétaire de l'établissement dépend non seulement de son volume d'activité mais aussi mais aussi de l'exhaustivité et de la qualité du codage, permettant de valoriser l'activité.

En ce qui concerne le secteur MCO, l'organisation retenue repose sur une centralisation du codage et de la saisie des diagnostics au niveau du département d'information médicale (DIM). Le codage des actes est par contre décentralisé au niveau des praticiens des services, la saisie restant centralisée. Le département d'information médicale assure, ensuite, le contrôle des données, puis le groupage dans les GHM¹⁵ correspondants, et enfin la télétransmission mensuelle des GHM en vue de la tarification dans le cadre des GHS.

La chambre relève que le département d'information médicale de l'établissement exerce, avant l'export des données PMSI, un contrôle spécifique sur le codage des diagnostics associés significatifs, et sur leur exhaustivité. C'est ainsi que le pourcentage de GHM de l'établissement avec CMA ou CMAS¹⁶ a augmenté de près de quatre points de 2006 à 2008. Depuis la mise en œuvre de la nouvelle classification V11 en 2009, le % de GHM de niveau de sévérité 2, mais surtout de niveaux 3 et 4, a également sensiblement augmenté (+ 8 points pour le niveau 2, + 4 points pour le niveau 3 et + 1,5 points pour le niveau 4) (cf. annexe 15). Cette évolution n'est pas sans incidence dans la mesure où le recensement des diagnostics associés significatifs permet de modifier la valorisation du séjour dans un GHM davantage rémunérateur.

¹⁵ GHM : groupe homogène de malades // GHS : groupe homogène de séjours

¹⁶ Séjours avec Complications ou Morbidités Associées (CMA) et séjours avec Complications ou Morbidités Associées Sévères (CMAS)

Enfin, l'établissement est doté d'un dossier patient ayant un support informatisé, commun à tous les services, quel que soit le secteur (MCO, SSR, psychiatrie adulte, psychiatrie infanto-juvénile et long séjour) et quel que soit le statut du patient, externe ou hospitalisé.

La chambre recommande à la direction de poursuivre sa réflexion sur l'amélioration du dispositif en parvenant à une sensibilisation et à une mobilisation accrues du personnel médical, ce qui pourrait passer par le développement d'une politique de formation continue des unités médicales dans le cadre d'un plan de formation interne, mais aussi par de nouvelles mesures organisationnelles (mise en ligne dans l'infocentre du système d'information de l'hôpital des redressements de séjours effectués par le DIM ; valorisation de l'activité comme indicateur de suivi des prochains contrats de pôle). A cet égard, la mise en place d'une instance de type collège de l'information médicale permettrait de faire du recueil des données médicales une question centrale en associant pleinement la communauté médicale ainsi que le personnel soignant à la réflexion.

4.2 La mesure des coûts

Le développement de la comptabilité analytique hospitalière rencontre un intérêt croissant depuis l'organisation des centres hospitaliers en pôles d'activités et la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Participant à la connaissance des coûts et des facteurs qui les déterminent, cette démarche constitue un préalable à une déconcentration de la gestion par la fixation d'un certain nombre d'objectifs contractualisés au niveau des pôles.

Le contrôle de gestion est assuré, au sein de l'établissement, par un contrôleur de gestion à temps plein.

Le Centre hospitalier de Lavaur a bénéficié d'un accompagnement par la MEAH¹⁷ et par le CNEH courant 2008/2009 afin de mettre en place la comptabilité analytique et d'élaborer des comptes de résultat analytiques (CREA). Il a ainsi produit des CREA pour 2008, par pôle puis par service (cf. annexe 16), ce qui permet d'apprécier leur équilibre économique, en confrontant directement leurs dépenses à leurs recettes. La démarche prend bien en compte les charges indirectes (les prestations de logistique médicale, des plateaux médico-techniques, hôtelières et logistiques, les charges de structure), en raisonnant sur un coût complet.

Il ressort du contrôle que la mise en évidence des pôles fortement déficitaires ou excédentaires a, d'un commun accord avec les chefs de pôle, entraîné la non diffusion de ces CREA au sein des pôles, « *l'établissement étant engagé plus dans une réforme globale que dans une concurrence par pôle* ». Toutefois, les CREA ne pourront constituer un préalable nécessaire à l'élaboration des contrats de pôle et à la fixation des objectifs notamment financiers, que s'ils font l'objet d'une adhésion collective.

¹⁷ MEAH : [Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers](#) // CNEH : Centre National d'Expertise Hospitalière

Par ailleurs, il apparaît, dans la réponse de l'ordonnateur, que la priorité est donnée actuellement au développement des tableaux de bords plutôt qu'à la production de tableaux de coûts case-mix (TCCM). C'est ainsi que l'établissement a repris la diffusion depuis mars 2011, de manière régulière (tous les mois ou tous les deux mois suivant les services et les données concernées), de tableaux de bord, diffusion qu'il avait interrompue en juin 2009 avec le départ du précédent contrôleur de gestion. La chambre regrette, toutefois, que l'établissement ne se soit pas engagé dans une démarche complémentaire de production de TCCM¹⁸, à l'échelle de l'établissement ou des pôles d'activité, démarche qui présenterait l'avantage d'introduire une référence externe en matière de coûts, utile dans une perspective d'identification et de mesure des surcoûts des secteurs cliniques. La chambre prend acte, toutefois, de l'intention du directeur de l'établissement d'adhérer à la base d'Angers dans l'année à venir, ce qui lui permettra de disposer d'une référence externe en matière de coûts pour les secteurs non cliniques.

Enfin, la juridiction relève que l'établissement vient d'acquérir le logiciel PMSI Pilot pour son activité MCO et externes, ce qui devrait constituer un outil d'aide au pilotage et de reporting de l'activité PMSI pour les chefs de service.

Le centre hospitalier progresse ainsi dans la formalisation des outils médico-économiques qui sont nécessaires à son développement. Il n'est pas encore en mesure de connaître les coûts par séjour (par GHM). Il est vrai que cette capacité est aujourd'hui réservée à un nombre restreint d'établissements de santé, participant à l'Etude nationale commune des coûts (ENCC). En outre, comme le souligne le directeur du centre hospitalier, cette connaissance présente un intérêt limité compte tenu du case mix de son établissement limité dans la variété de ses GHM.

4.3 L'optimisation de la chaîne de facturation

Les produits versés par l'assurance maladie le sont, pour l'instant, sur la base d'un récapitulatif global mensuel d'activité et non sur la base d'une facturation directe et individuelle. En revanche, les prestations restant à la charge des patients ou de leur organisme complémentaire sont facturées directement, qu'il s'agit du complément de dépenses non pris en charge par le régime obligatoire (ticket modérateur¹⁹, forfait journalier hospitalier²⁰...) ou du supplément de dépenses hors champ de couverture (supplément chambre seul...).

A titre liminaire, la chambre relève que l'établissement n'a pas provisionné le c/491 « dépréciation des comptes de tiers » en 2007 et en 2008, minorant ainsi artificiellement ses charges d'exploitation. En 2009, le montant de la provision, soit 100 K€, ne couvre qu'un tiers du montant des créances sur exercices antérieurs détenues à l'égard des hospitalisés et des consultants (295 K€) (cf. annexe 17). L'établissement devrait revoir sa politique de provisionnement pour dépréciation de créances, qui ne prend pas suffisamment en compte les risques d'irrecouvrabilité.

¹⁸ La production de tableaux de coûts « case-mix » permet une comparaison, par grandes lignes de dépenses, des coûts constatés dans les pôles avec ceux de même nature encourus par des pôles fictifs, ayant la même activité en GHM mais munis des coûts de référence issus de l'échelle nationale des coûts (ENC).

¹⁹ Le ticket modérateur est la part financière qui reste à charge après le remboursement de l'assurance maladie, soit environ 20 % des frais d'hospitalisation.

²⁰ Le forfait journalier de 18 € par jour représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par une hospitalisation supérieure à 24 heures

Par ailleurs, il apparaît sur le c/4152, un montant de créances irrécouvrables en attente d'admission en non valeur à hauteur de 76 000 € en 2009 (cf. annexe 17). Selon la réponse apportée par l'ordonnateur, il s'agit essentiellement d'une créance concernant principalement le compte de résultat annexe de l'unité de soins de longue durée. Un de ces dossiers représente à lui seul plus de 50 000 €. Or, ce compte de résultat, ayant une surface financière bien moindre que le budget principal, n'a pas permis d'admettre en non-valeur cette créance et n'a pas permis de constituer des provisions suffisantes. La chambre prend toutefois acte de l'engagement de l'ordonnateur d'apurer progressivement cette charge en l'intégrant sur plusieurs exercices.

L'optimisation de la chaîne de facturation suppose la fiabilité et l'exhaustivité du recueil et de la saisie des données administratives sur le patient, une fois la traçabilité de l'activité assurée. Les problèmes soulevés renvoient souvent au mode d'entrée du patient. Autant dans le cadre d'une admission programmée en hospitalisation, le risque est moindre dans la mesure où le patient a le temps d'être identifié, autant la collecte de l'information administrative est plus problématique dans le cadre des admissions en urgence (multitude d'intervenants) ou dans le cadre des consultations externes (passage aléatoire au bureau des entrées).

La chambre prend note, à cet égard, des mesures déjà engagées par la direction à la suite notamment de l'audit réalisé par le MIPIH²¹, le 11 septembre 2008 : augmentation de l'amplitude horaire de l'accueil administratif aux urgences (présence de 2 secrétaires de 9 h à 19 h), rapprochement du bureau des entrées du lieu des consultations externes des praticiens du CHU.

La récente ouverture d'un nouveau bâtiment pour le scanner et les consultations avancées du CHU devrait améliorer le paiement en régie. En effet, les deux guichets des admissions ouverts au public se situent dans ce même bâtiment et simplifient ainsi le flux de patients avant et après leurs consultations.

Les problèmes de prise en charge sont aussi des problèmes récurrents pour les établissements dans le recouvrement des créances et vont induire un allongement du délai de recouvrement lorsqu'ils conduisent à l'annulation puis à la réémission des titres, entraînant des conséquences négatives sur le besoin de trésorerie de l'établissement.

A cet égard, la contractualisation en amont avec les principales mutuelles est une voie qui pourrait être utilement approfondie afin d'améliorer les échanges d'information sur les patients et connaître la situation des droits ouverts dès le jour de leur prise en charge par l'hôpital.

²¹ Midi-Pyrénées Informatique Hospitalière (MIPIH), structure publique de coopération inter-hospitalière (GIP), créée le 12 Mars 1994.

5 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Parallèlement, un groupe de travail a été mis en place associant la DRH, le directeur des soins, le médecin du travail et des représentants de pôles.

En 2009, les charges de personnel représentent 78% des charges d'exploitation du budget principal et 91 % du montant des produits du titre 1.

5.1 La gestion du personnel non médical

L'effectif non médical apprécié en ETP moyens rémunérés, a augmenté de 63,89 ETP en sept ans (2003-2009) (cf. annexe 18). Les principales explications de cette évolution ont trait à la mise en place des 35 h et des 32 h 30 de nuit, à l'extension du service de soins infirmiers à domicile, à la mise en œuvre de la convention tripartite de la maison de retraite, à l'ouverture de l'établissement pour mineurs.

La densité du personnel soignant et éducatif et social ainsi que celle du personnel technique et ouvrier y apparaissent quelque peu élevées au regard de la strate correspondante des établissements de santé entre 20 M€ et 70 M€ de budget (cf. annexe 18).

Les données communiquées en cours de contrôle font ressortir un niveau élevé de l'absentéisme, dont le taux s'établit à 9,77 % en 2009 (cf. annexe 19).

Le nombre de journées d'absence pour raisons médicales a augmenté de 22 % de 2003 à 2009, alors que, dans le même temps, les effectifs non médicaux évoluaient de 11 %. La maladie ordinaire représente 53 % des motifs d'absence pour raison médicale en 2009, connaissant une moyenne importante de 10 jours absence par agent. Ce motif est en progression continue depuis 2006 (+ 46 %) et représente un taux d'absentéisme de 5,17 % en 2009. La juridiction relève, également, la proportion importante des absences pour accident du travail, qui représentent près de 10 % du total des absences en 2009.

En divisant le nombre de journées totales d'absences constatées pour raison médicale (15 052) par la moyenne annuelle de jours travaillés (205 jours), puis en multipliant ce résultat par le coût moyen du personnel non médical (37 000 €), on aboutit à un coût théorique de l'absentéisme supérieur à 2,7 M€ en 2009, soit un équivalent théorique de 73 ETP et 5,4 % des charges d'exploitation consolidées de l'exercice.

Cette approche indicative de coût montre la nécessité pour la direction de l'établissement de poursuivre les efforts engagés pour réduire l'absentéisme afin d'améliorer le service rendu mais aussi de réduire son impact financier. La chambre note, à cet égard, qu'un tableau de suivi a été mis en place en 2011, mettant en perspective, mois par mois, les taux d'absentéisme, général et par pôle. L'analyse de l'absentéisme, désormais au fil de l'eau, s'en trouvera facilitée, d'autant plus qu'un groupe de travail, associant la DRH, le directeur des soins, le médecin du travail et des représentants de pôles, a été mis parallèlement en place.

5.2 La gestion du personnel médical

Après avoir connu une progression modérée de + 4,29 ETP de 2003 à 2007, l'effectif médical, apprécié en ETP moyens rémunérés, est depuis en baisse (cf. annexe 21).

Cette réduction s'explique principalement par la fermeture du service de chirurgie conventionnelle au 1^{er} mai 2009 (départ de cinq praticiens). Il est vrai que la productivité du personnel chirurgical était, en 2008, sensiblement inférieure à la médiane de la strate correspondante (cf. annexe 20).

A l'instar d'autres établissements de santé, le Centre hospitalier de Lavaur a été confronté à la difficulté de recruter du personnel statutaire dans certaines disciplines, même si ces difficultés semblent, actuellement, moins prégnantes, à l'exception de l'anesthésie-réanimation. Comme l'indique le directeur dans sa réponse, les partenariats avec le CHU de Toulouse, notamment, permettent de trouver des solutions utiles au niveau de la permanence des soins et sont des gages permettant une meilleure fidélisation et attractivité des professionnels médicaux, dans des métiers plus que sensibles.

Le contrôle de chambre a montré que si les personnels remplaçants sont bien rémunérés sur la base²² du 4^{ème} échelon de la carrière de praticien hospitalier +10 %, ils perçoivent également, au cas présent, une indemnité exceptionnelle dont le fondement réglementaire apparaît incertain.

C'est ainsi, par exemple, qu'un médecin anesthésiste recruté du 21 au 26 avril 2008, a perçu une rémunération brute de 4 140,06 € pour 6 jours de travail, dont 2 678,18 € au titre de l'indemnité exceptionnelle, soit 65 % de ce qu'il a perçu au total. Egalement, un autre médecin anesthésiste recruté le 9 décembre 2008, a perçu une rémunération brute de 740,48 € pour un jour de travail (hors frais de déplacement), dont 582,73 € au titre de l'indemnité exceptionnelle, soit 79 % de ce qu'il a perçu.

Il s'avère que cette indemnité exceptionnelle serait en fait destinée à répondre aux exigences salariales du médecin remplaçant, et ce sans aucune mesure avec son temps de travail et les obligations qui lui incombent. Elle correspond à la différence entre la rémunération réglementaire (4^{ème} échelon + 10 % + indemnité éventuelle de sujétion) et celle négociée dans son contrat d'embauche et traduit le déséquilibre du marché en faveur des médecins remplaçants, en position de négocier leur venue et leur salaire.

A tout le moins, les modalités de rémunération du personnel contractuel devraient être déterminées dans la plus grande transparence, en veillant à l'information du conseil de surveillance, dont la fonction est recentrée, depuis la loi du 21 juillet 2009, sur le contrôle de la gestion de l'établissement.

Telles sont les observations définitives que la chambre a décidé de vous communiquer.

*

* *

²² Articles R.6152-401 et suivant du code de la santé publique.

ANNEXES

- ◆ **Annexe 1** : la constitution des pôles d'activités
- ◆ **Annexe 2** : l'évolution du résultat comptable de l'établissement
- ◆ **Annexe 3** : le provisionnement du compte épargne temps
- ◆ **Annexe 4** : l'évolution des charges d'exploitation
- ◆ **Annexe 5** : l'évolution des recettes d'exploitation
- ◆ **Annexe 6** : la capacité d'autofinancement
- ◆ **Annexe 7** : le fonds de roulement
- ◆ **Annexe 8** : la trésorerie
- ◆ **Annexe 9** : l'endettement de l'établissement
- ◆ **Annexe 10** : la politique d'investissements
- ◆ **Annexe 11** : l'activité de psychiatrie
- ◆ **Annexe 12** : l'activité MCO
- ◆ **Annexe 13** : l'activité SSR
- ◆ **Annexe 14** : la convention de partenariat avec le CHU de Toulouse
- ◆ **Annexe 15** : la valorisation de l'activité
- ◆ **Annexe 16** : le compte de résultat analytique par pôle et par service
- ◆ **Annexe 17** : la facturation
- ◆ **Annexe 19** : la gestion du personnel non médical
- ◆ **Annexe 19** : la mesure de l'absentéisme
- ◆ **Annexe 20** : la gestion du personnel médical

♦ **Annexe 1 : constitution des pôles d'activités**

Pôle	Spécialités	ETP PNM	ETP PM	Total Personnel	Lits et places installés
Pôle MCO et médico-techniques (Dr DESBOEUF)	MCO, SSR, Urgences, Surveillance continue, Anesthésie-réanimation, radiologie, pharmacie, biologie médicale, DIM	233,43	33,20	266,63	119
Pôle personnes âgées (Dr MARTY)	USLD, consultations mémoire, équipe mobile gériatrie, MAPAD, SSIAD	111,53	2,10	113,63	197
Pôle pédopsychiatrie (Dr DU MANOIR)	Service de pédopsychiatrie	75,25	4,30	79,55	34
Pôle psychiatrie adultes (Dr LAURENT)	Les 2 services de psychiatrie adultes	205,77	10,15	215,92	218
Pôle administratif et logistique (M. ROGEZ)	Les services administratifs	150,38		150,38	

♦ **Annexe 2 : évolution du résultat comptable de l'établissement**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Résultat Budget H	- 13 824	- 126 167	- 982 854	- 841 915	- 579 907	148 744
Résultat EHPAD	77 127	34 310	182	7 000	0	37 824
Résultat MAPAD	651 248	1 078 542	921	- 15 836	19 600	- 29 555
Résultat SSIAD	- 33 692	17 584	3 069	0	-	263
Résultat IFSI		60	-11 277	- 1 281	12 558	2 044
Autre	112 981					
Résultat consolidé	793 840	1 004 329	- 989 959	- 852 032	- 547 749	159 320

Après retraitement

Budget H	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Résultat comptable de l'exercice	- 13 824	- 126 167	- 982 854	- 841 915	- 579 907	148 744
Résultat retraité des reports de charges et de produits	204 235	- 209 204	- 882 989	- 807 531	- 591 244	138 680
+ Ajustement des provisions						386 899
- Aides exceptionnelles			350 000			110 352
Résultat corrigé	204 235	-2 09 204	- 1 232 989	- 807 531	- 591 244	- 358 571

♦ **Annexe 3 : le provisionnement du compte épargne temps**

Un montant de 366 601 € est provisionné sur le c/143. Or, le nombre de jours stockés sur CET au 31 décembre 2009 s'élève à 1 246 jours pour le PNM, soit une valorisation de 144 500 € en appliquant les critères du protocole du 6 février 2008 (65 € brut pour les agents de la catégorie C, 80 € brut pour les B, 125 € brut pour les A).

Si on ajoute les 1 764,50 jours stockés par le PM sur CET au 31 décembre 2009, soit une valorisation de 609 000 € en appliquant le critère du protocole du 15 janvier 2008 (300 € brut par jour), la charge nette, non provisionnée, qui pèse sur le centre hospitalier de Lavaur, peut être évaluée dans ce contexte à 386 899 €, sous réserve de l'obtention de financements ultérieurs.

♦ **Annexe 4 : évolution des charges d'exploitation**

	2006	Ecart 06/05 (%)	2007	Ecart 07/06 (%)	2008	Ecart 08/07 (%)	2009	Ecart 09/08 (%)
Titre I	32 870 753	+ 7,6	33 487 559	+ 1,9	34 406 348	+ 2,7	34 807 633	+ 1,2
Titre II	2 621 774	+ 2,5	2 803 207	+ 6,9	2 811 087	+ 0,3	2 570 315	- 8,6
Titre III	3 798 948	+ 4,7	4 057 395	+ 6,8	4 038 420	- 0,5	4 417 423	+ 9,4
Ss total	39 291 475	+ 6,9	40 348 161	+ 2,7	41 255 855	+ 2,3	41 795 371	+ 1,3
Titre IV	2 577 433	+ 30,0	2 452 010	- 4,8	3 240 501	+ 32,0	2 443 798	- 24,0
TOTAL	41 868 908	+ 8,0	42 800 171	+ 2,0	44 496 356	+ 4,0	44 239 169	- 0,6

♦ **Annexe 5 : évolution des recettes d'exploitation**

	2006	Ecart 06/05 (%)	2007	Ecart 07/06 (%)	2008	Ecart 08/07 (%)	2009	Ecart 09/08 (%)
Titre I	35 523 820	+ 5,2	36 222 859	+ 2,0	37 542 233	+ 3,6	38 110 306	+ 1,5
Titre II	2 627 593	+ 34	2 589 681	- 1,4	2 916 630	+ 12,6	3 005 647	+ 3,0
Titre III	2 734 641	+ 5,0	3 145 716	+ 15,0	3 457 585	+ 10,0	3 271 961	- 5,4
TOTAL	40 886 054	+ 5,9	41 958 256	+ 2,6	43 916 448	+ 4,7	44 387 914	+ 1,1

	CF 2006	CF 2007	CF 2008	CF 2009	2009/2006
FAU (c/73114)	964 633	964 633	964 633	964 633	
DAF (c/73117)	20 188 956	21 110 128	22 209 189	23 788 204	+ 3 599 248
MIGAC (c/73118)	2 697 494	2 474 361	2 520 908	2 883 637	+ 186 143
Total Dotations	23 851 083	24 549 122	25 694 730	27 636 474	
Total Titre 1	35 523 820	36 222 859	37 542 233	38 110 306	
Total des produits	40 886 054	41 958 256	43 916 448	44 387 914	

	CF 2006	CF 2007	CF 2008	CF 2009	2009/2006
GHS (c/731111)	10 373 704	10 291 562	9 812 476	8 519 793	- 1 853 911
IVG (c/731114)	29 368	32 228	33 964	32 764	+ 3 396
MO et DMI (c/73112 et c/73113))	179 841	187 911	216 582	114 498	- 65 343
Actes externes (c/73121)	1 397 188	1 403 168	1 497 209	1 508 259	+ 111 071
ATU (c/73122)	256 150	263 840	271 800	289 301	+ 33 151
Sécurité environnement (c/73124)			15 472	9 217	
Total Activité	10 839 063	12 178 709	11 847 503	10 473 832	
Total Titre 1	35 523 820	36 222 859	37 542 233	38 110 306	
Total des produits	40 886 054	41 958 256	43 916 448	44 387 914	

♦ **Annexe 6 : la capacité d'autofinancement**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Résultat comptable	793 841	1 004 331	-989 958	-852 032	-547 745	159 320
+ valeur comptable des éléments d'actif cédés (c/675)	0	2 314	303	3 780	1 318	9 409
+ dotations aux amortissements et provisions (C68)	2 098 073	2 458 248	2 963 679	2 726 643	3 680 083	2 788 500
- produit de cession des éléments d'actif (c/775)	0	3 550	9 691	0	40 052	6 500
- quote-part des subventions virées au compte de résultat (c777)						
- reprise sur provisions pour risques et charges (c/7815)	74 500	229 437	24 631	180 976	111 279	71 721
Capacité ou insuffisance d'autofinancement	2 817 414	3 231 906	1 939 702	1 697 415	2 982 325	2 879 008

En K€	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Capacité ou insuffisance d'autofinancement	2 817	3 232	1 940	1 697	2 982	2 879
Remboursement des dettes financières	461	582	643	826	783	835
CAF nette	2 356	2 650	1 297	871	2 199	2 044

♦ **Annexe 7: le fonds de roulement**

En K€	2004	2005	2006	2007	2008	2009
FRE	3 006	3 729	2 725	2 784	4 899	5 896
FRI	-1 647	- 1 804	1 810	362	-1 583	-3 022
F.R.N.G	1 359	1 925	4 535	3 146	3 316	2 874
BFR	49	604	985	183	297	-2 378
Trésorerie	1 310	1 321	3 550	2 963	3 019	5 252

♦ **Annexe 8: la trésorerie**

31 janv 3009	2 350 507	30 avril	2 279 737	31 juillet	1 939 558	31 octobre	2 379 457
28 fév	2 340 591	31 mai	2 370 607	31 août	2 990 317	30 nov	2 353 058
31 mars	3 046 543	30 juin	1 880 352	30 sept.	1 809 878	31 déc 2009	3 674 219

♦ **Annexe 9 : l'endettement de l'établissement**

(compte de gestion)	2 004	2 005	2 006	2 007	2 008	2009
Dette en fin d'exercice n-1	1 094 464	6 174 474	5 592 499	7 949 159	10 904 398	10 121 600
Emprunts de l'exercice	7 329 762	0	4 526 706	3 781 000	0	45 894
Remboursement en capital	2 249 752	581 975	2 170 046	825 761	782 798	880 708
Dette en fin d'exercice	6 174 474	5 592 499	7 949 159	10 904 398	10 121 600	9 286 786

	(MON260458EUR)
Montant	3 904 417,12 €
Commission	
Durée	13 ans et 3 mois
Date de versement	1 ^{er} septembre 2008
1 ^{ère} échéance	1 ^{er} décembre 2008 (échéance trimestrielle)
Taux d'intérêt	- Si (CMS EUR 30 ans – CMS EUR 2ans) >ou = 0 → Taux 4,39% - Si (CMS EUR 30 ans – CMS EUR 2ans) < 0 → Taux 7,30 % - 5 x (CMS EUR 30 ans – CMS EUR 2ans)

♦ **Annexe 10 : la politique d'investissements**

DEPENSES (en K€)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
20- Immobilisations incorporelles	361	462	509	573	581	644
21- Immobilisations corporelles	27 226	29 134	30 385	36 497	38 650	42 186
Dont						
- Terrains	38	38	38	38	245	566
- Constructions	17 228	19 735	19 918	21 195	27 753	29 645
- Constructions en cours	1 686	517	1 296	5 780	969	1 816
- Installations, matériel, outillage...	4 868	51 56	5 287	5 618	5 399	5 733
- autres	3 406	3688	3 846	3 866	4 284	4 426

♦ **Annexe 11 : l'activité de psychiatrie**

Psychiatrie adultes

Hospitalisation complète	2006	2007	2008	2009
4 ^{ème} secteur				
-entrées	969	811	839	873
-journées	24 707	24 515	25 710	26 570
-DMS	25,50	30,23	30,64	30,44
-TO	76,92 %	76,32 %	79,82 %	82,72 %
5 ^{ème} secteur				
-entrées	681	702	557	592
-journées	3 187	2 942	2 860	2 983
-DMS	4,68	4,19	5,13	5,04
-TO	87,30 %	80,60 %	78,14 %	81,73 %

Hospitalisation incomplète* (hors hosp. de nuit)	2006	2007	2008	2009
4 ^{ème} secteur				
-journées	12 159	10 623	9 730	9 205
-TO	72,30 %	63,20 %	58,53 %	55,65 %
5 ^{ème} secteur				
-journées	7 804	7 208	6 388	5 769
-TO	152,40 %	140,80 %	126,25 %	114,46 %

(* sont inclus les hôpitaux de jour et le centre de post cure de Fiac)

Psychiatrie infanto-juvénile

Hosp complète	2006	2007	2008	2009
Journées	2 247	1 909	1 924	2 163
TO	82,31 %	71,28 %	70,14 %	79,61 %

Hosp incomplète	2006	2007	2008	2009
Journées	4 348	5 086	4 723	4 354
TO	116,70 %	139,90 %	124,40 %	115,74 %

♦ **Annexe 12 : l'activité MCO**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nombre de séjours et séances (RSA)	4 367	4 895	5 155	5 115	5 488	4 889
Nombre de séjours	4 345	4 822	5 078	5 047	5 411	4 798
Nombre de séances	22	73	77	68	77	91

Nombre de RSA (séjours + séances)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
ASO Médecine	2 659	2 997	3 005	2 958	3 375	3 432
ASO Chirurgie	921	995	1 216	1 118	1 063	495
ASO Obstétrique	787	903	934	1 039	1 060	962
TOTAL	4 367	4 895	5 155	5 115	5 498	4 889

Nombre de RSA 2009	Activité programmée	Activité non programmée	Activité globale
ASO Médecine	1 607 (46.8 %)	1 825 (53.2 %)	3 432
ASO Chirurgie	204 (41.2 %)	291 (58.8 %)	495
ASO Obstétrique	422 (43.9 %)	540 (56.1 %)	962
total	2 233 (45.7 %)	2 656 (54.3 %)	4 889

Parts de marché sur le territoire	
Discipline (Classif Aso de l'ATIH)	PdM
Médecine	8,2 %
Chirurgie	1,9 %
Obstétrique	16,5 %
TOTAL ACTIVITE	6,4 %

(Source FHF : PDM par territoire)

Etablissement (source FHF)	Type EJ	Nb	PdM 2009	PdM 2008	PMCT relatif	PdM séances 2009
CH LAVAUUR (810000455)	CH	3 854	23,1%	26,0%	85	2%
NOUVELLE CLIN. DE L UNION ST JEAN (310780283)	Privé	3 304	19,8%	18,4%	96	7%
CHR TOULOUSE (310781406)	CHR	2 615	15,7%	13,9%	115	12%
CLIN. CLAUDE BERNARD ALBI (810000224)	Privé	1 612	9,7%	10,2%	102	36%
CH ALBI (810000331)	CH	1 124	6,7%	6,8%	104	3%
SA CLIN TOULOUSE LAUTREC (810101170)	Privé	828	5,0%	5,3%	94	0%
CHIC CASTRES-MAZAMET (810000380)	CH	641	3,8%	3,3%	106	2%
S A POLYCLIN DU SIDOBRE (810101444)	Privé	451	2,7%	2,6%	90	0%
HOP GRAULHET (810000398)	HL	361	2,2%	2,4%	161	0%
CLIN. ST JEAN LANGUEDOC TOULOUSE (310780101)	Privé	356	2,1%	2,0%	88	1%
---Autres publics et parapublics---		474	2,8%	3,0%		18%
---Autres privés lucratifs---		1 072	6,4%	6,1%		19%
TOTAL		16 692			100	

(Source FHF)

♦ **Annexe 13 : l'activité SSR**

Hosp. complète	2006	2007	2008 (33 lits)	2009 (33+20 lits)	2010 (Prév. EPRD)
Entrées	272	283	280	434	555
Journées	9 343	9 976	10 146	13 229	16 650
DMS	34,35	35,25	36,24	30,48	30
TO	79,70 %	82,82%	84,66 %	78,07 %	86,07 %

♦ **Annexe 14 : la convention de partenariat avec le CHU de Toulouse**

	Consultations Avancées Fin juin 2010	Dont consultations externes	Prévisions 2010 (x 2)	Total 2009
Chir.Gynéco	46	46	92	100 (a/c janvier)
Ortho-Traumato	763	704	1 526	987 (a/c mai)
Viscéral/ Digestif	106	69	212	143 (a/c mai)
Urologie	191	152	382	29 (a/c décembre)
Chir.Plastique	407	387	814	29 (a/c décembre)
Néphrologie (a/c juin 2010)	12	6	36	
TOTAL	1 525	1 364	3 062	1 288

Fin juin 2010	Consultations avancées réalisées	Nbre de ½ journées	Nbre de consultations par ½ journées
Chir.Gynéco	46	14	3
Ortho-Traumato	763	48	16
Viscéral/ Digestif	106	20	5
Urologie	191	22	9
Chir.Plastique	407	22	19
Néphrologie (a/c juin 2010)	12	2	6
TOTAL	1 525		

2010 -1 ^{er} semestre- (source DIM)	Consult externes à Lavar par CHU	Séjours Chirurgie Ambulatoire
Ortho-Traumato	704	29
Chir.Plastique	387	21
Urologie	152	9
TOTAL	1 243	59

2010 -1 ^{er} semestre- (source DIM)	Actes externes
Ortho-Traumato	3
Chir.Plastique	129
Urologie	16
TOTAL	148

♦ **Annexe 15 : la valorisation de l'activité**

	Année 2006	Année 2007	Année 2008
GHM avec CMA ou CMAS	813 (52.4 %)	813 (55.8 %)	833 (56 %)
GHM sans CMA	738	643	654

	Année 2009	Année 2010	
GHM avec niveau 1	245 (59.6 %)	231 (45.7 %)	- 13,9
GHM avec niveau 2	87 (21.2 %)	149 (29.4 %)	+ 8,2
GHM avec niveau 3	66 (16.1 %)	102 (20.2 %)	+ 4,1
GHM avec niveau 4	13 (3.2 %)	24 (4.7 %)	+ 1,5

♦ **Annexe 16 : le compte de résultat analytique par pôle et par service**

CREA	2008
Pôle MCO, SSR et Médico-techniques	-1 720 274
Dont :	
- médecine	649 415
- chirurgie	-915 522
- gynéco-obstétrique	-657 508
-UHCD	-257 723
-surveillance continue	-351 710
-urgence	-108 038
-SSR	-46 506
Pôle Personnes âgées	63 270
Pôle Pédopsychiatrie	383 337
Pôle Psychiatrie adultes	716 788

♦ **Annexe 17 : la facturation**

	Montant des provisions (solde créditeur du c/491)	Créances sur hosp et cons rattachables aux exercices antérieurs	Rapport provisions/créances
2005	46 806	141 823	33 %
2006	27 976	258 941	10,8 %
2007	0	316 419	
2008	0	231 108	
2009	100 000	295 379	33,8 %

	Montant des provisions (solde créditeur du c/491)	Créances irrécouvrables admisses en non valeur (c/654)	Créances irrécouvrables en attente admission en non valeur (c/4152)
2005	46 806	25 865	14 281
2006	27 976	18 830	35 441
2007	0	35 441	23 881
2008	0	32 667	149 296
2009	100 000	78 549	75 654

♦ **Annexe 18 : la gestion du personnel non médical**

En ETP	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2003
PNM	643,47	664,38	688,45	702	693,43	706,87	707,36	+ 10 %

(source : centre hospitalier de Lavaur)

Année 2008	Etablissement	Moyenne nationale de la catégorie (211 étabs)
Personnels soignants / effectifs PNM	71,7 %	72 %
Personnels administratifs / effectifs PNM	9,7 %	11,8 %
Personnels médico-techniques / effectifs PNM	2,6 %	4,4 %
Personnels techniques et ouvriers / effectifs PNM	11,6 %	10,8 %
Personnels éducatifs et sociaux / effectifs PNM	4,3 %	0,8 %

(source : Fédération hospitalière de France)

♦ **Annexe 19 : la mesure de l'absentéisme**

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Journées théoriques travaillées (1)	142 567	145 730	147 026	149 076	148 871	151 003	153 986
Journée de présence (2)	131 057	133 498	138 463	139 784	140 534	144 519	144 469
Nombre total de jours d'absence pour raisons médicales (3)	12 373	12 232	13 180	12 603	13 749	13 177	15 052
Taux d'absentéisme (3) / (1)	8,68 %	8,39 %	8,96 %	8,45 %	9,24 %	8,73 %	9,77 %
Taux de présence (2) / (1)	91,93 %	91,61 %	94,18 %	93,77 %	94,40 %	95,71 %	93,82 %

(source : centre hospitalier de Lavaur)

Nature du congé	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
LM et LD	3 398	2 880	3 547	3 243	3 155	2 109	2 175
Maladie ordinaire	5 987	6 567	6 432	5 471	6 409	7 297	7 970
Maternité et adoption	2 141	1 715	2 121	2 540	3 474	2 396	3 411
Accident de travail	847	1 070	1 080	1 349	711	1 375	1 496
TOTAL GENERAL	12 373	12 232	13 180	12 603	13 749	13 177	15 052
Effectif personnel non médical en ETP	699,66	710,88	739,72	743,35	752,6	769,25	778,15
Moyenne par agent	17,68	17,21	17,82	16,95	18,27	17,13	19,34

*hors motif syndical, journées de formation, autorisation d'absence

♦ **Annexe 20** : la gestion du personnel médical

En ETP	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
PM	51,7	51,49	53,8	55,09	55,99	54,13	51,49

(source : centre hospitalier de Lavaur)

Année 2008	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie (12 étabs)	Moyenne nationale de la catégorie (194 étabs)
CA chirurgie / ETP chirurgiens	456 563	775 184	574 833

(source : Fédération hospitalière de France)