



Le président
GD190689

Bordeaux, le 7 novembre 2019

à

Dossier suivi par :
Evelyne Legrand, Greffière de la 4^{ème} section
T. 05-56-56-47-00
Mel. : nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr

Contrôle n° 2018-0386

Objet : rapport d'observations définitives relatif au contrôle des
comptes et de la gestion du centre hospitalier de Haute-
Corrèze (Ussel)

P.J. : 1 rapport

Lettre recommandée avec accusé de réception

Monsieur le directeur du centre hospitalier de
Haute-Corrèze

2, av du docteur Roulet
19208 USSEL CEDEX

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Haute-Corrèze concernant les exercices 2011 jusqu'à la période la plus récente pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet, au directeur départemental des finances publiques de la Corrèze ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

Jean-François Monteils



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE HAUTE-CORREZE (Commune d'Ussel) (Département de la Corrèze)

Exercices 2011 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 29 août 2019.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	8
PROCEDURE	10
INTRODUCTION.....	11
1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	11
1.1 La gouvernance et les pôles	11
1.2 La politique de coopération	12
1.3 La capacité en lits et places.....	13
1.4 La zone d'attractivité	14
1.5 Les parts de marché	15
1.6 Les taux d'occupation des lits.....	18
1.7 Les durées moyennes de séjour.....	19
2 ACTIVITE.....	20
2.1 Répartition des séjours selon le type d'activité.....	20
2.2 L'évolution du nombre de résumés de sortie anonymes (RSA)	21
2.3 L'activité des urgences	23
2.4 L'activité de la maternité	24
3 INFORMATION FINANCIERE ET FIABILITE DES COMPTES	26
3.1 Les régies d'avances et de recettes	26
3.2 Les provisions	29
3.2.1 Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations.....	29
3.2.2 Les provisions réglementées pour charges de personnel – compte épargne-temps (CET)	30
3.2.3 Les autres provisions pour risques et les autres provisions pour charges	32
3.3 L'indépendance des exercices.....	35
3.3.1 Le rattachement des charges et des produits à l'exercice	35
3.3.2 Les dépenses et les recettes à classer ou à régulariser	37
3.3.3 Les reports de charges	38
3.4 La production immobilisée	40
4 SITUATION FINANCIERE	41
4.1 Les soldes intermédiaires de gestion.....	42
4.1.1 L'activité globale, tous budgets confondus	42
4.1.2 La contribution des différents budgets et pôles au budget global.....	44
4.2 La capacité d'autofinancement	46
4.3 Le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement.....	48
4.4 L'endettement	51
4.5 L'actualisation de la situation en 2018	51
4.6 Conclusion de l'analyse financière	52
5 RESSOURCES HUMAINES.....	53
5.1 Les effectifs.....	53
5.1.1 Le personnel médical.....	53

5.1.2 Le personnel non médical.....	54
5.1.3 Les difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement	55
5.2 Le temps de travail.....	56
5.3 La continuité des soins.....	57

SYNTHÈSE

La présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de Haute-Corrèze (CHHC) est implanté à Ussel, sous-préfecture de 10 176 habitants. La ville, bien que située dans l'ancienne région Limousin, est plus proche de Clermont-Ferrand que de Limoges. Son aire urbaine se caractérise par une diminution de sa population, une proportion importante de personnes âgées et une faible densité de médecins libéraux, en particulier de spécialistes.

L'hôpital dispose de 107 lits en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) auxquels s'ajoutent 40 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), 30 lits d'unité de soins de longue durée (USLD) et 116 lits d'EHPAD¹. La maternité (six lits d'obstétrique et six lits de gynécologie) réalise environ 200 accouchements par an, ce qui est inférieur au seuil réglementaire de 300 accouchements annuels. Une autorisation lui a donc été accordée à titre dérogatoire par l'agence régionale de santé, comme le prévoit le code de la santé publique (CSP), au motif qu'une fermeture de ce service imposerait un temps de trajet excessif à une partie significative de la population. En juin 2017, l'activité de psychiatrie, qui représentait 24 lits et 14 places, a été transférée au centre hospitalier du pays d'Eygurande (CHPE), établissement de santé privé d'intérêt collectif, situé à une vingtaine de kilomètres d'Ussel.

Le CHHC comprend dix pôles, ce qui est important pour un établissement de cette taille. Contrairement à ce que prévoit la réglementation, aucun contrat de pôle n'a été signé et aucun projet d'établissement n'est en vigueur. La politique de coopération mise en œuvre mériterait également un meilleur suivi à travers une évaluation régulière des conventions passées avec les structures partenaires.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du centre hospitalier s'est engagé à mettre en place des contrats de pôles et à élaborer un projet d'établissement d'ici la fin de l'année 2019. Les conventions seront également recensées et un suivi annuel sera réalisé.

L'activité

L'activité hospitalière a connu une baisse significative au cours de la période examinée. Ainsi, entre 2013 et 2017, le nombre de résumés de sortie anonymes (indicateur qui permet d'évaluer le volume d'activité d'un établissement) a diminué de 9,8 %. La baisse atteint 12,7 % en hospitalisation complète et 3,3 % en ambulatoire.

Le taux d'occupation des lits est plutôt faible en MCO (78 % en médecine en 2017, 71 % en chirurgie et seulement 28 % en obstétrique). Seuls les soins de suite et l'EHPAD enregistrent des taux d'occupation importants (respectivement 90 % et 97 % en 2017).

¹ EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Par ailleurs, la durée moyenne de séjour est plus élevée que celle enregistrée dans les hôpitaux comparables, le CHHC se situant au niveau du 8^{ème} décile des établissements ayant la même typologie d'activité². Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation, parmi lesquels une forte proportion de patientèle âgée ou le manque de lits d'aval, en particulier en SSR gériatrique.

La fiabilité des comptes

Le CHHC dispose de deux régies d'avances, trois régies de recettes et une régie de dépôt qui sont soumises au contrôle du comptable public mais également de l'ordonnateur (article R. 6145-54-1 du code de la santé publique). Or, ce dernier ne procède pas au contrôle qui lui incombe et n'a pas une connaissance exhaustive des régies en fonctionnement. Ainsi, par exemple, il ne dispose pas d'un dossier administratif complet regroupant tous les documents relatifs au fonctionnement de la régie et à la gestion du régisseur.

Le suivi administratif et comptable des provisions pour renouvellement des immobilisations n'est que partiellement réalisé. Par conséquent, les écritures de reprises de dotations ne sont pas effectuées. Alors que des risques potentiels ont été relevés, le centre hospitalier ne procède pas à la constitution de provisions pour risques, ce qui est contraire au principe de prudence. Par ailleurs, les montants inscrits au compte de provisions pour charges (1 377 k€ au 31 décembre 2017) ne concernent pas des provisions pour charges au sens de l'instruction budgétaire et comptable M 21. De plus, l'établissement n'a pas été en mesure de communiquer les pièces justificatives en rapport avec les sommes inscrites. Enfin, la provision réglementée relative aux comptes-épargne temps couvre les jours épargnés par les agents mais son montant ne correspond pas aux informations figurant dans les bilans sociaux qui, lorsqu'ils sont produits, sont erronés.

Dans le cadre de la procédure contradictoire, l'ordonnateur indique qu'il a engagé « un travail de refonte des régies » qui permettra de réaliser par la suite un contrôle annuel. Une évaluation des provisions est également en cours et ces dernières seront actualisées en fin d'exercice.

Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auquel ils se rapportent. L'établissement procède à ces rattachements même si ses taux de rattachement sont faibles. La pratique des reports de charges est supposée avoir disparu ou être exceptionnelle avec la mise en œuvre de l'EPRD³ en 2006. Néanmoins, l'importance des reports de charges, évaluée par le taux de charges sur exercices antérieurs, se situe à un niveau supérieur au seuil critique, sauf en 2014 et 2015, ce qui traduit généralement une situation financière tendue.

La procédure des « travaux en régie » est prévue par l'instruction budgétaire et comptable M 21. Elle permet d'enregistrer le coût des travaux faits par l'établissement pour lui-même. Or, les équipements réalisés par le centre hospitalier pour son propre compte ne sont pas comptabilisés dans son patrimoine et, jusqu'en 2017, le CHHC s'est privé des recettes qui en découlent (compte 72). Cependant, au cours de l'instruction, l'ordonnateur a décidé de procéder

² Source base de données HospiDiag.

³ Etat prévisionnel des recettes et des dépenses.

aux écritures comptables liées à la production immobilisée de l'exercice 2018 pour un montant de 20,9 k€.

La situation financière

La situation financière est préoccupante et s'est dégradée au cours de la période examinée. L'excédent brut d'exploitation est devenu négatif en 2017 (- 1,53 M€). Le résultat net, déjà déficitaire en 2013, a enregistré une perte de 2,87 M€ en 2017. Tous les budgets sont concernés à l'exception de celui de l'EHPAD qui ne dégage, toutefois, pas un excédent suffisant pour combler le déficit structurel du budget principal (- 3,17 M€ en 2017).

La capacité d'autofinancement brute est également devenue négative en 2017 (- 1,23 M€), malgré l'aide financière accordée par l'agence régionale de santé dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier. L'établissement ne dispose plus d'une marge suffisante pour autofinancer ses investissements et une fois pris en compte le remboursement en capital de la dette, sa capacité d'autofinancement nette est négative de 2,38 M€ en 2017 (- 389 k€ en 2016).

L'actualisation de la situation à la clôture de l'exercice 2018 laisse entrevoir une légère amélioration du résultat net mais ce dernier demeure encore largement déficitaire (- 939 k€). Par ailleurs, la capacité d'autofinancement, redevenue positive, ne couvre toujours pas le remboursement des emprunts⁴.

Compte tenu de ce constat, une attention toute particulière doit être portée à la maîtrise des charges. Toutefois, les économies dégagées ne seront probablement pas suffisantes pour rétablir les équilibres financiers. La relance de l'activité est donc indispensable mais elle se heurte, entre autres, aux difficultés de recrutement du personnel médical. La coopération avec d'autres établissements de santé mériterait d'être renforcée car un partage de compétences médicales permettrait probablement de maintenir une offre de soins diversifiée, préalable nécessaire à une reconquête de la patientèle. En parallèle, une réflexion sur le capacitaire (nombre de lits) devra également être menée au regard des taux d'occupation faibles en MCO.

Le personnel

L'établissement n'a pas réalisé de bilan social pour les exercices 2016 et 2017, alors que le décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 dispose que ce document doit être établi annuellement lorsque l'effectif de l'ensemble des personnels est au moins de 300 agents au 31 décembre de la dernière année civile.

En réponse, le directeur s'engage à produire le bilan social 2018 et à élaborer les suivants conformément à la réglementation en vigueur.

En 2017, l'hôpital disposait de 46 ETP⁵ médicaux et 434 ETP non médicaux, ce qui en fait le premier employeur local.

⁴ Données communiquées par le CH en fin d'instruction.

⁵ ETP : équivalent temps plein.

Entre 2013 et 2017, le nombre de praticiens statutaires a diminué de près de 30 % (- 7,9 ETP). Cette baisse n'a pas été compensée par une augmentation des praticiens contractuels mais par un recours massif à l'intérim médical. Cela a généré d'importants surcoûts, la présence d'un médecin intérimaire étant facturée entre 1 140 € et 2 071 € par jour selon les spécialités⁶. Le manque d'attractivité de l'hôpital, situé dans une zone relativement excentrée par rapport aux grands centres urbains, est une difficulté majeure à laquelle est confrontée le CHHC. Ainsi, en janvier 2019, sept postes vacants depuis plusieurs mois étaient à pourvoir au sein de l'établissement. L'absence de personnel stable est un frein à la reprise de l'activité et empêche la mise en place de projets à moyen terme. Dans certaines spécialités, une offre de soins adaptée ne peut pas être proposée (suivi gériatrique par exemple) et des liens durables peinent à être tissés avec les médecins de ville.

Le nombre d'ETP non médicaux a été réduit de 5,9 unités entre 2013 et 2017 (- 1,4 %). Les difficultés de recrutement sont moins prégnantes que pour le personnel médical mais bien réelles en ce qui concerne le personnel infirmier spécialisé (infirmiers anesthésistes et infirmiers de bloc opératoire). Comme pour les médecins, l'hôpital a donc régulièrement recours à du personnel intérimaire paramédical.

Le CHHC, qui verse des indemnités horaires pour travaux supplémentaires à son personnel non médical, ne dispose pas de système de contrôle automatisé du temps de travail, comme le prévoit le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. Par ailleurs, malgré les montants que représentent l'intérim (692,8 k€ pour le personnel médical en 2017 et 169,9 k€ pour le personnel non médical) l'hôpital n'a pas passé de marchés publics avec les prestataires externes qui mettent à disposition du personnel. Il est nécessaire que l'établissement se conforme désormais aux règles de la commande publique et, en particulier, aux dispositions du nouveau code entré en vigueur en 2019.

Dans le cadre de la phase contradictoire, la direction indique qu'une procédure de consultation concernant les prestations d'intérim a été lancée au niveau du GHT, ce qui permettra de répondre à l'observation formulée par la chambre régionale des comptes.

La continuité des soins :

Plusieurs dispositions qui figurent dans l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé ne sont pas respectées.

L'organisation annuelle n'a pas fait l'objet d'une décision du directeur et les tarifs forfaitisés appliqués les dimanches et jours fériés dépassent largement le plafond fixé par les textes (189,96 € depuis le 22 février 2017). Les astreintes opérationnelles sont rémunérées 239,96 € lorsque les déplacements cumulés sont inférieurs à trois heures et 479,64 € s'ils sont supérieurs à trois heures. L'adaptation du tarif en fonction du temps de déplacement est, de plus, contraire au principe de forfaitisation.

Une astreinte opérationnelle⁷ est versée le samedi matin en chirurgie, gynécologie et radiologie alors que la permanence des soins ne concerne normalement que les nuits, les

⁶ Revenus nets reversés aux praticiens compris entre 550 € et 1 000 € par jour (source : contrats 2017).

⁷ 88,27 € pour les praticiens hospitaliers et 81,60 € pour les praticiens attachés associés.

samedis après-midi, les dimanches et les jours fériés⁸. Par ailleurs, l'astreinte de sécurité est rémunérée 30,91 € les samedis après-midi (au tarif d'une nuit ou d'une journée complète) alors qu'elle devrait l'être au tarif de 15,47 € (article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003).

Enfin, le temps de travail des médecins durant les périodes d'astreinte n'est comptabilisé que le dimanche (lorsque le tarif appliqué varie en fonction du temps de déplacement cumulé) alors qu'il devrait l'être quel que soit le jour afin de se conformer aux dispositions de l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur s'engage à formaliser l'organisation de la permanence des soins et à mettre en place la traçabilité des interventions lors des astreintes médicales au cours du troisième trimestre 2019.

⁸ Article 1 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : signer les contrats de pôle en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 2 : conclure un nouveau projet d'établissement (articles L. 6143-1 et 2 du code de la santé publique). [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 3 : assurer un meilleur suivi des conventions de coopération en instaurant des évaluations périodiques. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 4 : organiser un contrôle des régies par l'ordonnateur (article R. 6145- 54- 1) et procéder aux corrections préconisées par le comptable public. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 5 : réaliser annuellement le bilan social de l'établissement comme le prévoit l'article 1 du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics de santé. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 6 : procéder au recensement, à l'évaluation et aux écritures comptables de provisions pour risques ainsi qu'à la rectification des écritures des provisions pour charges et renouvellement des immobilisations. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 7 : procéder à la signature de marchés publics lorsque les prestations d'intérim sont assurées par des sociétés externes, dans le respect des procédures et des seuils qui régissent les règles de la commande publique. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 8 : mettre en place un dispositif de contrôle automatisé du temps de travail conformément aux dispositions de décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires. [Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 9 : formaliser l'organisation de la permanence des soins par une décision du directeur après avis de la commission médicale d'établissement (article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé). [Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 10 : revoir les tarifs appliqués pour les astreintes opérationnelles des dimanches et jours fériés et les astreintes de sécurité du samedi après-midi afin de respecter les tarifs réglementaires en vigueur. Par ailleurs, le samedi matin ne doit pas donner lieu au versement d'astreinte, conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé. [Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 11 : comptabiliser le temps de travail des médecins durant les périodes d'astreinte quel que soit le jour afin de se conformer aux dispositions de l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

PROCEDURE

Le contrôle du centre hospitalier de Haute-Corrèze était inscrit au programme 2018 de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine.

Les lettres d'ouverture du contrôle ont été adressées à l'ordonnateur en fonctions et au président du conseil de surveillance le 14 août 2018.

L'entretien de fin de contrôle prévu à l'article L. 243-1 du CJF, s'est déroulé le 17 janvier 2019 au centre hospitalier. Les anciens ordonnateurs ont été contactés par téléphone les 28 janvier, 29 janvier et 6 février 2019.

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 5 mars 2019. Il a été adressé à l'ordonnateur le 9 avril 2019 et un extrait intégral a été communiqué à la même date à l'ordonnateur en fonctions durant la période du 25 février 2013 au 31 mai 2017. Les trois autres anciens ordonnateurs concernés n'ont pas reçu d'extraits dans la mesure où ils n'ont exercé cette fonction que durant une durée limitée (inférieure à un an).

L'ordonnateur a répondu aux observations provisoires le 7 juin 2019 en évoquant chacune des recommandations formulées au stade du ROP. L'ancien ordonnateur a, quant à lui, répondu le 4 juillet 2019 en indiquant que le rapport n'appelait pas d'observations particulières de sa part.

La chambre régionale des comptes a délibéré le rapport d'observations définitives le 29 août 2019.

INTRODUCTION

Le centre hospitalier de Haute-Corrèze (CHHC) est implanté à Ussel, sous-préfecture de 10 176 habitants⁹. La communauté de communes regroupe 71 communes (dont certaines situées dans la Creuse) et environ 34 000 habitants. Ussel fait figure de « capitale » de la Haute-Corrèze, zone rurale peu dense, où se situe le plateau de Millevaches. Bien que faisant partie de l'ancienne région Limousin, la ville est plus proche de Clermont-Ferrand (environ 1 h 15 en voiture) que de Limoges (1 h 30). Elle est desservie par l'autoroute A89 (Bordeaux - Clermont Ferrand) et il faut environ cinquante minutes pour rejoindre Tulle (63 kilomètres) et une heure pour se rendre à Brive.

La démographie de l'aire urbaine d'Ussel se caractérise par une baisse de la population (- 0,5 % entre 2010 et 2015) et une forte proportion de personnes âgées. Les plus de 75 ans représentent 13 % de la population contre 9,2 % au niveau national et 11,4 % au niveau régional. La part des ménages fiscaux imposés (50 %) est inférieure à celle relevée en Nouvelle-Aquitaine (52,3 %) et à l'échelle nationale (55,4 %). La médiane du revenu disponible par unité de consommation calculée par l'INSEE¹⁰ (19 003 € à Ussel) est également plus faible que la moyenne nationale (20 566 € en France métropolitaine) et régionale (20 148 € en Nouvelle-Aquitaine).

L'économie locale est marquée par la forte présence de l'activité publique (l'hôpital est le principal employeur sur la commune) mais aussi de quelques entreprises industrielles des secteurs de la métallurgie, de l'emballage ou de la transformation du bois.

1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

1.1 La gouvernance et les pôles

Le directeur de l'établissement est entouré de deux directeurs adjoints, l'un en charge des services économiques, des travaux, de la qualité et du système d'information et l'autre des ressources humaines. Cette équipe est complétée par la présence d'une coordinatrice générale des soins, d'une directrice pour l'IFSI¹¹ et de plusieurs attachés d'administration.

Le pilotage est assuré à partir de tableaux de bord mensuels qui retracent l'évolution des recettes et des dépenses par rapport à l'année précédente et le taux de réalisation de l'EPRD¹². L'activité en volume et sa valorisation font également l'objet d'un suivi régulier par pôle.

A l'origine le centre hospitalier de Haute-Corrèze comptait 12 pôles. En 2015, le pôle « secteur personnes âgées » et « soins de suite et réadaptation » ont fusionné et en 2017 le pôle psychiatrie a disparu du fait du transfert de l'activité au centre hospitalier du pays d'Eygurande.

⁹ Population totale légale (recensement 2015) en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

¹⁰ Revenus nets des impôts directs divisés par le nombre d'unités de consommation que compte le ménage.

¹¹ IFSI : Institut de formation en soins infirmiers.

¹² EPRD : état prévisionnel des recettes et des dépenses.

Aujourd'hui, l'hôpital est organisé autour de 10 pôles, ce qui est encore important pour un établissement de cette taille :

- Pôle blocs opératoires – anesthésie ;
- Pôle cardiologie ;
- Pôle chirurgie ;
- Pôle gynécologie – obstétrique ;
- Pôle imagerie médicale ;
- Pôle médecine ;
- Pôle gériatrie ;
- Pôle urgences – USCP – UHCD – SMUR¹³ ;
- Pôle pharmacie – stérilisation – dépôt de sang ;
- Pôle DIM – santé publique.

Ce découpage induit des pôles ayant de faibles effectifs et multiplie les fonctions de chef de pôle. Toutefois, ces derniers ne bénéficient pas des indemnités liées à la fonction prévue par l'article R. 6146-7 du code de la santé publique.

Les contrats de pôle n'ont pas été signés, contrairement aux dispositions de l'article L. 6146-1 du CSP. Les pôles existent donc formellement dans l'organisation de l'hôpital mais n'ont pas de réelle activité ni d'autonomie dans la mesure où aucun objectif n'a été contractualisé et aucun crédit n'a été délégué. Il conviendrait donc que le centre hospitalier se conforme à l'obligation de signer des contrats de pôles, quitte à revoir l'organisation mise en place si cette dernière s'avérait trop lourde ou inadaptée.

Selon l'article L. 6143-2 du code de la santé publique « *le projet d'établissement définit...la politique générale de l'établissement* ». Il est établi pour une durée de cinq ans et peut-être révisé avant ce terme. Or, le dernier projet d'établissement du CHHC a été validé par les instances de direction en septembre 2011 et couvrait la période 2011-2015. La succession de nombreux ordonnateurs (cinq entre 2012 et 2019) n'a probablement pas facilité la mise en place d'un nouveau document. Il s'avère toutefois nécessaire que l'hôpital se dote désormais d'un projet d'établissement afin de se conformer aux dispositions du code de la santé publique.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du centre hospitalier a indiqué qu'un contrat de pôle type avait été validé le 18 mars 2019 par le directoire. Des dialogues de gestion ont été programmés au mois de septembre 2019 et les contrats de pôles devraient être signés avant la fin de l'année. Il est également prévu de rédiger un nouveau projet d'établissement d'ici fin 2019.

Recommandation n° 1 : signer les contrats de pôle en application de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

¹³ USCP : unité de soins continus polyvalents ; UHCD : unité d'hébergement de courte durée ; SMUR : service mobile urgent de réanimation.

Recommandation n° 2 : conclure un nouveau projet d'établissement (articles L. 6143-1 et 2 du code de la santé publique).

1.2 La politique de coopération

Le centre hospitalier de Haute-Corrèze est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Limousin, qui fédère les 18 établissements de l'ancienne région et dont l'établissement support est le CHU de Limoges.

L'hôpital adhère également à plusieurs groupements de coopération sanitaires : Epsilim (système d'information du Limousin), GIML (imagerie) ORULIM (observatoire des urgences du Limousin), GCS Pôle de santé de Haute-Corrèze, SIB (santé informatique Bretagne -systèmes d'information), SILPC (systèmes d'information), UNIHA (achats), GCSC (blanchisserie).

Par ailleurs, une vingtaine de conventions de coopération conclues avec des organismes tels que des centres hospitaliers, des collectivités, diverses structures publiques ou associatives ont été recensées par l'établissement. Or, ces conventions ne font pas l'objet d'une évaluation régulière. Il est donc recommandé à l'hôpital d'assurer un meilleur suivi de ses conventions de coopération en instaurant des évaluations périodiques.

Selon les réponses apportées à l'issue de la phase contradictoire du rapport, le recensement exhaustif des conventions est en cours et un suivi annuel devrait être réalisé à partir du 3^{ème} trimestre 2019.

Recommandation n° 3 : assurer un meilleur suivi des conventions de coopération en instaurant des évaluations périodiques.

1.3 La capacité en lits et places

Depuis le 1^{er} juin 2017, l'activité de psychiatrie (24 lits et 14 places de jour) a été transférée au centre hospitalier du Pays d'Eygurande, situé à Monestier-Merlines, sur le plateau de Millevaches, à une vingtaine de kilomètres au Nord-Est d'Ussel. Il s'agit d'un établissement de santé privé d'intérêt collectif de 223 lits spécialisé en psychiatrie.

Tableau 1. Capacité en lits et places (hors psychiatrie)

Capacité en lits et places	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nb de lits installés en médecine	69	73	74	74	71	71
- dont lits de soins intensifs	-	-	-	-		
- dont lits de surveillance continue	10	10	10	10	10	10
- dont lits de réanimation	-	-	-	-		
Nb de places installées en médecine	4	4	4	4	4	4
Nb de lits installés en chirurgie	24	24	24	24	24	24
Nb de places installées en chirurgie	4	4	4	4	4	4
Nb de lits installés en obstétrique	12	12	12	12	12	12
Nb de places installées en obstétrique	1	1	1	1	1	1
Nb de lits en EHPAD	116	116	116	116	116	116
Nb de lits en USLD	30	30	30	30	30	30
Nb de lits en SSR	30	40	40	40	40	40

Sources : tableau CRC d'après HospiDiag et données CHHC

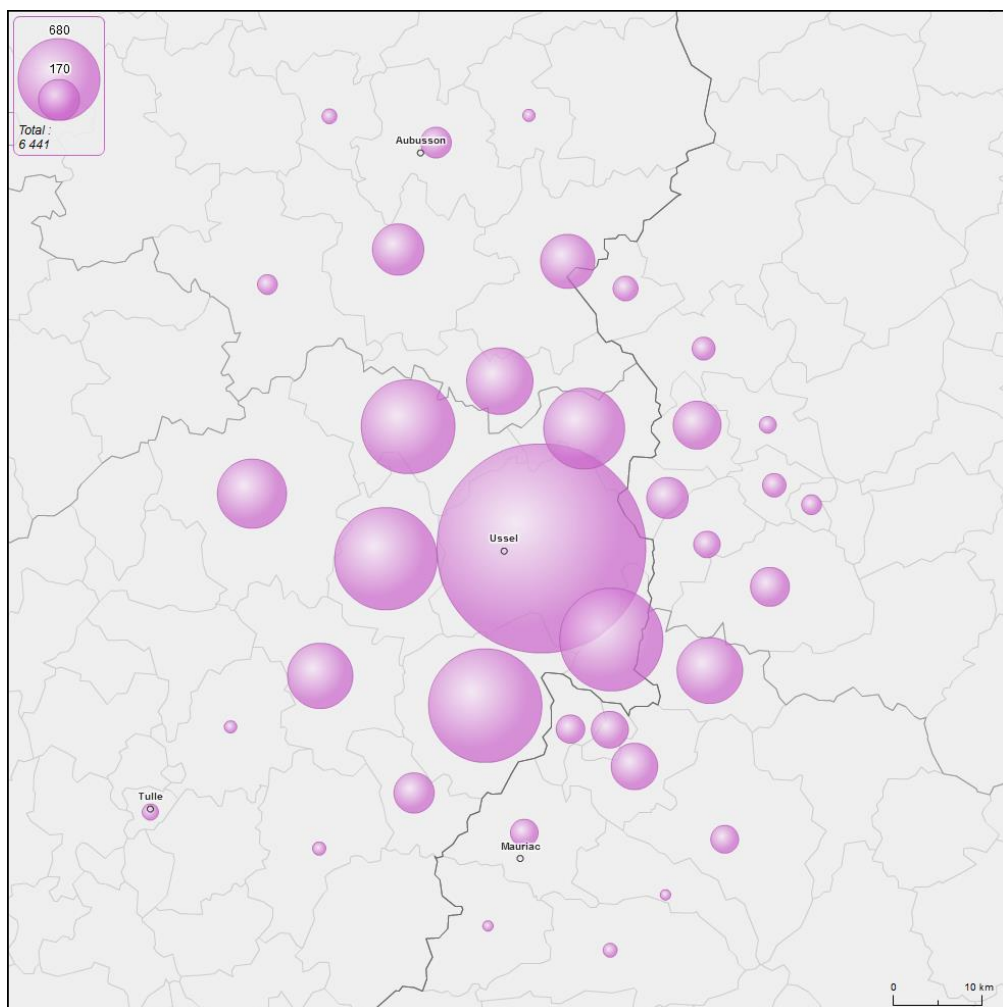
En médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), le nombre de lits et places a peu varié au cours de la période examinée. Il a diminué en médecine depuis 2014 mais il est resté stable en chirurgie et en obstétrique.

La capacité en soins de suite a, quant à elle, augmenté en 2014 (40 lits contre 30 auparavant).

L'EHPAD, qui a fait l'objet d'un programme de reconstruction qui s'est achevé en 2012, compte désormais 116 lits alors qu'il n'en avait que 81 auparavant. Sur le même site existe également une unité de soins de longue durée de 30 lits accueillant des personnes âgées dont la santé requiert des soins médico-techniques importants (SMTI). L'accueil de jour est constitué de sept places ouvertes du lundi au vendredi.

1.4 La zone d'attractivité

La zone d'attractivité du centre hospitalier se concentre autour d'une vingtaine de communes appartenant principalement aux bassins de vie d'Ussel, de Meymac et de Bort-les-Organes. Une partie de la patientèle provient également des départements limitrophes de la Creuse, du Cantal et du Puy-de-Dôme.

Carte n° 1 : Zone d'attractivité du CH de la Haute-Corrèze :

Source : HospiDiag

Les données issues du contrat local de santé, qui couvre la période 2018-2022, font état d'une faible densité de médecins libéraux installés sur le territoire de la communauté de communes de Haute-Corrèze. On dénombre 71 praticiens pour 100 000 habitants contre 90 en France métropolitaine et 99 en Nouvelle-Aquitaine. Le tiers de ces praticiens est concentré sur Ussel. Pour ce qui est des spécialistes, la densité est encore plus faible et bien inférieure aux données nationales et régionales.

Si l'on intègre l'offre de soins publique (CH d'Ussel et CH de Bort-les-Orgues), le taux d'équipement est plutôt bon en médecine (2,9 lits et places pour 1 000 habitants alors que les moyennes régionale et nationale s'établissent à 2,1) et en obstétrique mais faible en chirurgie (0,8 lits et places pour une moyenne nationale de 1,3).

1.5 Les parts de marché

Les parts de marché du CH de Haute-Corrèze ont diminué au cours de la période étudiée. La baisse est sensible en médecine, en obstétrique ainsi qu'en chirurgie, y compris en ambulatoire.

Tableau 2. Parts de marché sur la zone d'attractivité*En %*

Parts de marché sur la zone d'attractivité	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	54,8	52,2	52,6	53,1	49,9
Chirurgie (hospitalisation complète)	38,6	37,2	36,4	35,5	34,4
Obstétrique	70,6	71,4	68,4	61,6	62,1
Chirurgie ambulatoire	46,3	40,8	41,2	41,1	39,8
Cancérologie (hors séances)	48	46,8	44,8	47,5	40
Séances de chimiothérapie	36,4	32,8	29,8	30,2	32,5

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

En médecine, les établissements qui possèdent les plus fortes parts de marché derrière le CH de Haute-Corrèze sont les CHU de Clermont-Ferrand et de Limoges ainsi que le CH Cœur de Corrèze situé à Tulle (à une soixantaine de kilomètres d'Ussel).

Tableau 3. Parts de marché en médecine sur la zone d'attractivité*En %*

Etablissements	2015	2016	2017
CH Haute-Corrèze	52,6	53,1	49,9
CHU Clermont-Ferrand	10,2	9,6	11,3
CHU Limoges	6,6	6,7	7,7
CH Cœur de Corrèze (Tulle)	8	6,9	7
CH Brive	4,5	5,1	5,5

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Le CH de Haute-Corrèze dispose d'une maternité de type 1¹⁴ dont les parts de marché en obstétrique sont supérieures à 60 % mais diminuent sur la période examinée (elles étaient supérieures à 70 % jusqu'en 2014). Les autres établissements vers lesquels s'orientent les parturientes du secteur sont principalement des maternités de type 2 ou de type 3.

¹⁴ Il existe trois types de maternités. Les maternités de type 1 sont adaptées pour les accouchements ne présentant pas de problème particulier. Celles de type 2 possèdent une unité de néonatalogie (niveau 2A) et de soins intensifs (niveau 2B). Les maternités de type 3 disposent également d'une unité de réanimation néonatale.

Tableau 4. Parts de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité*En %*

Etablissements	2015	2016	2017
CH Haute-Corrèze – Niveau 1	68,4	61,6	62,1
CH Cœur de Corrèze (Tulle) – Niveau 2	16	19,7	17
CHU Clermont-Ferrand – Niveau 3	4,3	4,6	4,8
Clinique Châtaigneraie (Beaumont-Puy-de-Dôme) – Niveau 2	2,4	2	4,4
CH Henri Mondor (Aurillac) – Niveau 2	3,2	5,7	3,8
CHU Limoges – Niveau 3	2,6	3,3	3,8

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

La chirurgie est une activité fortement développée dans les établissements de santé privés. A l'exception du CHU de Clermont-Ferrand (10 % de parts de marché en hospitalisation complète), ce sont des cliniques, pour la plupart installées dans le département du Puy-de-Dôme, qui captent une part importante de la patientèle. En ambulatoire, ces dernières possèdent une part de marché globale supérieure à 25 %.

Tableau 5. Parts de marché en chirurgie sur la zone d'attractivité*En %*

Etablissements	2015	2016	2017
Chirurgie hospitalisation complète			
CH Haute-Corrèze	36,4	35,5	34,4
CHU Clermont-Ferrand	10,6	8,2	10
Clinique Châtaigneraie (Beaumont-Puy-de-Dôme)	7	8,9	7,4
CHU Limoges	6,6	9,2	7
Pôle Santé République (Clermont-Ferrand)	3,5	3,8	4,9
Chirurgie ambulatoire			
CH Haute-Corrèze	41,2	41,1	39,8
Clinique Châtaigneraie (Beaumont-Puy-de-Dôme)	12,3	10,8	13,9
Clinique des Chandiot (Clermont-Ferrand)	7,8	6,7	6,4
Pôle Santé République (Clermont-Ferrand)	4,5	6,1	6,3
CHU Clermont-Ferrand	3,5	3,2	4,7
Centre médico-chirurgical Les Cèdres (Brive)	4,3	5,1	4,2

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

En cancérologie, derrière le CH de Haute-Corrèze, ce sont les CHU de Limoges et de Clermont-Ferrand, ainsi que le centre spécialisé Jean Perrin (centre de lutte contre le cancer de Clermont-Ferrand) qui possèdent les parts de marché les plus élevées.

Tableau 6. Parts de marché en cancérologie sur la zone d'attractivité

En %

Etablissements	2015	2016	2017
Hospitalisation Cancérologie			
CH Haute-Corrèze	44,8	47,5	40
CHU Limoges	7,5	8,6	10,6
CHU Clermont-Ferrand	12,3	8,1	9,7
Centre régional Jean Perrin (Clermont-Ferrand)	6,9	8,3	9,3
CH Brive	5,2	5,6	6,1
Séances de chimiothérapie			
CH Haute-Corrèze	29,8	30,2	32,5
Centre régional Jean Perrin (Clermont-Ferrand)	17,8	19,5	17,4
CHU Clermont-Ferrand	13,1	10	9,1
CHU Limoges	10,5	12,3	7
Pôle Santé République (Clermont-Ferrand)	7,6	8,9	6,9

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

L'évolution des parts de marché est préoccupante dans la mesure où le centre hospitalier a tendance à perdre des patients au bénéfice d'établissements publics ou privés situés parfois à une centaine de kilomètres d'Ussel. La commune étant assez excentrée par rapport aux autres hôpitaux corréziens (Brive et Tulle), une part importante de la population se fait soigner en Auvergne.

1.6 Les taux d'occupation des lits

Les taux d'occupation des lits (78 % en médecine et de 71 % en chirurgie en 2017) ont eu tendance à diminuer sensiblement au cours de la période examinée. En obstétrique, le taux d'occupation est de 28 % en 2017, en légère augmentation par rapport à l'année précédente mais en diminution par rapport aux années 2013-2015.

Tableau 7. Taux d'occupation des lits

Taux d'occupation des lits	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine (hors ambulatoire)	84,7	80,1	75,5	77,6	78
Chirurgie (hors ambulatoire)	84	79,6	78,2	74,3	71,2
Obstétrique (hors ambulatoire)	37,5	40,7	34,1	27	28,3

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

En revanche, en SSR le taux d'occupation est bon (90 %). Il en est de même pour l'EHPAD (97 % en 2017) qui bénéficie de locaux récents (Résidence Les Ecureuils) offrant de bonnes conditions d'hébergement, adaptées à la prise en charge de toutes les catégories de personnes âgées¹⁵.

¹⁵ La première tranche du bâtiment été livrée en 2010 (103 lits) et la seconde en 2012 (43 lits dont 30 lits de SMTI - soins médico-techniques importants - et 14 lits d'hébergement renforcé).

1.7 Les durées moyennes de séjour

En parallèle aux faibles taux d'occupation en MCO, la durée moyenne de séjour est plutôt élevée.

L'indicateur IP-DMS synthétise la performance d'un établissement en rapportant le nombre de journées de court séjour réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques (hors activité ambulatoire). Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées moyennes de séjour plus longues que la moyenne des autres hôpitaux, ce qui peut traduire des dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, etc.).

Quelle que soit l'activité, l'IP-DMS du centre hospitalier de Haute-Corrèze est supérieur à 1 en 2017 et a tendance à augmenter en médecine et chirurgie. L'obstétrique se caractérise quant à elle par un IP-DMS qui a toujours dépassé 1 sur la période 2013-2017.

Tableau 8. Indicateur IP - DMS

Indicateur IP-DMS	2013	2014	2015	2016	2017
IP - DMS Médecine (hors ambulatoire)	0,954	1,021	1,004	0,989	1,100
IP - DMS Chirurgie (hors ambulatoire)	1,046	0,957	1,026	1,079	1,102
IP - DMS Obstétrique (hors ambulatoire)	1,058	1,118	1,099	1,056	1,057

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Indicateur IP- DMS 2017	Etablissement	Catégorie		Typologie	
		2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
IP - DMS Médecine	1,1	0,963	1,321	0,858	1,081
IP - DMS Chirurgie	1,102	0,968	1,306	0,894	1,096
IP - DMS Obstétrique	1,057	0,927	1,032	0,942	1,007

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Le CHHC se situe aujourd'hui parmi le huitième décile des établissements appartenant à la même typologie. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ce constat pour les activités de médecine et de chirurgie (mais pas pour l'obstétrique). La part que représentent les personnes âgées parmi la patientèle est à prendre en compte. Environ 56 % des admissions concernent des malades de plus de 65 ans et 16 % ont plus de 85 ans¹⁶. Le manque de lits d'aval en SSR gériatrique aggrave également la situation, de même que le refus de certains EHPAD d'accueillir leurs pensionnaires de retour d'hospitalisation le week-end. Par ailleurs, le centre hospitalier indique que certains médecins intérimaires sont parfois réticents à effectuer les tâches administratives nécessaires à la sortie des patients, en particulier en fin de contrat de travail. Cette situation a pour effet d'augmenter la durée moyenne de séjour car la sortie des patients n'intervient alors qu'au retour du médecin titulaire dans son service.

¹⁶ Source : site Internet de l'établissement.

2 ACTIVITE

2.1 Répartition des séjours selon le type d'activité

Le traitement des affections du système digestif, des pathologies cardio-vasculaires et, dans une moindre mesure, l'orthopédie, l'ophtalmologie et la pneumologie constituent les principaux domaines d'activités du centre hospitalier. Leur poids dans le total des séjours est d'ailleurs supérieur à la moyenne des établissements appartenant à la même catégorie (ayant entre 20 M€ et 70 M€ de recettes).

Tableau 9. Répartition des séjours selon le domaine d'activité (2016)

Domaine d'activité (hors séances)	Nombre de séjours	Poids pour l'Etablissement	Poids pour la Catégorie
D01 - Digestif	1 652	23,60%	17,90%
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	852	12,20%	9,00%
D02 - Orthopédie traumatologie	691	9,90%	8,10%
D11 - Ophtalmologie	519	7,40%	3,50%
D09 - Pneumologie	484	6,90%	7,90%
D15 - Uro-néphrologie et génital	416	5,90%	5,50%
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	324	4,60%	5,70%
D13 - Obstétrique	310	4,40%	8,30%
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	297	4,20%	5,30%
D14 - Nouveau-nés et période périnatale	195	2,80%	6,10%
D16 - Hématologie	193	2,80%	1,90%
D22 - Psychiatrie	144	2,10%	2,50%
D23 - Toxicologie, Intoxications, Alcool	142	2,00%	3,50%
D19 - Endocrinologie	123	1,80%	2,50%
D04 - Rhumatologie	118	1,70%	2,30%
D12 - Gynécologie - sein	112	1,60%	2,00%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	114	1,60%	2,30%
D10 - ORL, Stomatologie	108	1,50%	3,30%
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	89	1,30%	0,40%
D24 - Douleurs chroniques, Soins palliatifs	76	1,10%	0,90%
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	24	0,30%	0,80%
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	14	0,20%	0,20%
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	1	0,00%	0,10%
D21 - Brûlures	2	0,00%	0,00%
TOTAL (hors séances)	7 000	100,00%	100,00%

Source : tableau CRC d'après la base de données Scan Santé (données 2016)

L'activité ambulatoire (tous domaines confondus) représente environ 27 % des séjours (source base de données Scan-Santé). Ce taux, qui n'est pas atypique, est néanmoins supérieur à la moyenne de l'ensemble des établissements publics de santé (22 %). L'ophtalmologie, en particulier la chirurgie de la cataracte, est particulièrement concernée : les extractions extracapsulaires du cristallin par phakoémulsification représentent, à elles seules, plus de 40 % des actes réalisés en ambulatoire¹⁷.

En revanche, le poids des séances est sensiblement inférieur à la moyenne nationale (13 % contre 29 % pour l'ensemble de la France).

Tableau 10. Poids de l'activité ambulatoire

Type d'hospitalisation	2014		2015		2016	
	Nombre de séjours	%	Nombre de séjours	%	Nombre de séjours	%
Ambulatoire	1 968	26%	1 988	26%	2 140	27%
Hospitalisation complète	4 972	65%	4 808	63%	4 860	61%
Séances	721	9%	782	10%	1 022	13%
TOTAL	7 661	100%	7 578	100%	8 022	100%

Source : tableau CRC d'après la base de données Scan-Santé

Depuis le 29 août 2016, l'hôpital accueille un nouvel appareil IRM mobile partagé entre plusieurs établissements. Le semi-remorque, géré par le groupement d'imagerie médicale du Limousin (GIML), est présent deux jours par semaine à Ussel, une journée étant consacrée à l'activité hospitalière. Ce moyen mobile constitue un atout pour l'hôpital et permet aux patients de réaliser leur examen sur place sans se déplacer à Tulle ou à Brive. Actuellement, les manipulateurs qui font fonctionner l'appareil sont ceux du GIE mais à terme, le CHHC envisage de déployer ses propres équipes, ce qui lui permettrait d'économiser les frais liés au remboursement du personnel mis à disposition. En 2017, la machine a enregistré 1 360 passages pour le centre hospitalier (dont 1 261 pour des patients externes). Les dépenses générées par cet équipement sont évaluées à 176,2 k€ et les recettes à 185,3 k€. Au-delà du simple aspect financier, la présence, même non permanente, de cette machine contribue à l'attractivité de l'hôpital et améliore le service rendu à la population.

2.2 L'évolution du nombre de résumés de sortie anonymes (RSA)

Le nombre de résumés de sortie anonymes (RSA)¹⁸ est un indicateur permettant d'évaluer le volume d'activité de l'établissement, que ce soit en hospitalisation complète ou en ambulatoire.

¹⁷ Source : base de données Scan Santé – données 2017.

¹⁸ La production du résumé de sortie anonyme (RSA) est effectuée à partir du résumé de sortie standardisé. Ce dernier est un recueil de l'ensemble des informations standard relatives à un séjour hospitalier en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Il est constitué d'un ou de plusieurs résumé(s) d'unité médicale, selon le nombre d'unités médicales fréquentées par le malade pendant le séjour concerné.

Tableau 11. Nombre de résumés de sortie anonymes (RSA)

Résumés de sorties anonymes	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de RSA de médecine (hosp. complète)	3 482	3 296	3 236	3 427	3 106
Nombre de RSA de chirurgie (hosp. complète)	1 272	1 282	1 214	1 149	1 067
Nombre de RSA d'obstétrique (hosp, complète)	377	394	358	284	307
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	1 056	908	925	995	975
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	1 075	1 025	1 032	1 119	1 116
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	113	104	105	89	78

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Les statistiques couvrant la période 2013-2017 reflètent une baisse de l'activité (mesurée en nombre de RSA) en médecine, en chirurgie et en obstétrique. Un constat similaire peut être fait en ambulatoire, sauf en chirurgie où l'activité 2017 est équivalente à celle de 2016 et en augmentation par rapport à la période 2013-2015.

Au total, toutes activités confondues, le nombre de RSA enregistrés en MCO a diminué de 9,8 % entre 2013 et 2017 (12,7 % en hospitalisation complète et 3,3 % en ambulatoire).

Tableau 12. Taux de chirurgie ambulatoire

En %

Taux de chirurgie ambulatoire		Catégorie		Typologie	
	Etablissement	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2013	45,8	0	38,33	29,93	57,99
2014	44,43	0	39,77	33,33	60,6
2015	45,95	0	42,04	35,45	62,66
2016	49,34	0	44,4	37,44	64,94
2017	51,12	0	45,95	38,34	67,23

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Le nombre de séances de chimiothérapie a également diminué (837 en 2016 et 787 en 2017), de même que le nombre d'actes chirurgicaux (2 046 en 2016 et 1 987 en 2017) et d'endoscopies (1 310 en 2016 et 1 230 en 2017). Seules les urgences font exception avec une activité croissante.

La baisse d'activité enregistrée à la fin de la période examinée peut, notamment, s'expliquer par le fait que plusieurs praticiens ont quitté l'établissement en 2016 et 2017 (cardiologue, chirurgien orthopédiste, gynécologue-obstétricien, gériatre, ORL). Leur remplacement n'a pu être effectué que partiellement et avec un décalage dans le temps. L'absence de stabilité de l'effectif médical est préjudiciable à l'hôpital car il engendre un manque de visibilité pour la population et plus particulièrement pour les médecins de ville. La pénurie de médecins empêche également la mise en place d'une offre de soins pour laquelle des besoins se font sentir (comme par exemple en court séjour gériatrique).

2.3 L'activité des urgences

Le service des urgences enregistre environ 35 passages par jour avec un pic d'activité en été et en hiver (période grippale). Au cours de la période estivale, le service enregistre parfois plus de 55 passages journaliers.

Globalement, l'activité a tendance à augmenter en raison de la croissance importante des soins externes (+14,8 % entre 2014 et 2017). Cette situation est révélatrice des difficultés rencontrées en matière de permanence des soins assurée par les médecins de ville. Ainsi, les soins externes ne donnant pas lieu à une hospitalisation ont augmenté de 22,2 % entre 2014 et 2017. Ces derniers représentaient 73 % des passages aux urgences en 2014 et 77,8 % en 2017.

Tableau 13. Nombre de passages aux urgences

Urgences	2014	2015	2016	2017
Hospitalisations	3 045	3 014	3 151	2 887
Soins externes	8 278	9 169	9 705	10 113
Total	11 323	12 183	12 856	13 000

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC, rapport du DIM 2017

Comme c'est souvent le cas dans les hôpitaux de cette taille, le service des urgences génère en aval une activité importante d'hospitalisation. Sans être particulièrement atypique, cette proportion atteint 57,8 % en 2017.

Tableau 14. Hospitalisations en provenance des urgences

Hospitalisations en provenance des urgences		Catégorie		Typologie	
	Etablissement	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2014	55,1	46,4	66,1	32	62,5
2015	56	47,7	68	24,5	64,8
2016	57,4	49,1	68,9	28,6	66,4
2017	57,8	50,1	69,8	29,9	66,5

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Le nombre de sorties enregistrées par le SMUR est également en augmentation même si sur une année cela ne représente, en moyenne, que 1,5 sorties par jour. La durée moyenne des sorties du SMUR augmente également (120 minutes en 2017). Le temps d'intervention est lié à la zone géographique couverte par le service, qui comprend un vaste territoire rural parfois difficile d'accès.

Tableau 15. Nombre de sorties SMUR

Activité du SMUR	2014	2015	2016	2017
Nombre de sorties	451	440	459	536
Nombre de patients pris en charge	445	443	456	533

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC, rapport du DIM 2017

Durant la période examinée, le SMUR fonctionnait selon une organisation qui n'était pas réglementaire car la nuit, c'était l'unique médecin de garde des urgences qui assurait le service. En cas de départ en intervention, l'hôpital faisait alors appel à un médecin et à un infirmier d'astreinte pour remplacer l'équipe mobilisée. Selon la direction, cette organisation n'a pas engendré de dysfonctionnements mais, afin de se conformer à la réglementation, le centre hospitalier procède actuellement au recrutement de quatre urgentistes et cinq infirmiers. Par ailleurs, le véhicule était conduit par l'infirmier ou le médecin partant en intervention et non par un ambulancier. L'hôpital s'est également adjoint les services de six ambulanciers afin de se conformer aux dispositions prévues par l'article D. 6124-13 du code de la santé publique qui dispose que « l'équipe d'intervention de la structure mobile d'urgence et de réanimation comprend au moins un médecin, un infirmier et un conducteur ou pilote ».

2.4 L'activité de la maternité

La maternité du CH de la Haute-Corrèze est une maternité de type 1 comptant 12 lits (six lits de gynécologie et six lits d'obstétrique) et deux salles de naissance. Le bloc opératoire utilisé pour les césariennes est situé à proximité immédiate du secteur naissance.

Deux audits de la maternité ont été réalisés récemment à la demande de l'ARS. Le premier a été conduit en janvier 2017 par le réseau « Périnat Aquitaine ». Le second a été mené en avril 2018 par deux praticiens du CHU de Clermont-Ferrand. L'établissement, qui réalise environ 200 accouchements par an est en deçà du seuil réglementaire des 300 accouchements annuels mentionné à l'article R. 6123-50 du code de la santé publique. C'est donc à titre dérogatoire qu'une autorisation d'exercer lui a été accordée par l'agence régionale de santé pour une durée de sept ans à compter du 26 septembre 2018. Cette possibilité est prévue par le code de la santé publique « lorsque l'éloignement des établissements pratiquant l'obstétrique impose des temps de trajet excessifs à une partie significative de la population ». C'est le cas pour certaines parturientes de la Haute-Corrèze qui résident à plus d'une heure de route de Tulle (maternité la plus proche d'Ussel).

Tableau 16. Activité de gynécologie-obstétrique

Activité de gynécologie-obstétrique	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	377	394	358	284	307
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	113	104	105	89	78
Nombre d'accouchements	252	248	218	194	209

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

La maternité du CH d'Ussel est l'une des plus petites de France. Selon un rapport de la Cour des comptes, remis au Sénat en décembre 2014, le nombre de maternités réalisant moins de 300 accouchements par an a diminué de 55 % entre 2002 et 2012. En 2013, seuls 13 établissements étaient dans ce cas et deux autres avaient une activité très proche de ce seuil. A Ussel, en 2017, le nombre d'accouchements a augmenté par rapport à 2016 mais demeure inférieur à la période 2013-2015. L'activité de la maternité ne se limite toutefois pas aux seules hospitalisations. En 2017, 6 675 consultations et 3 947 actes externes ont été réalisés en gynécologie obstétrique et pédiatrie (source rapport du DIM 2017).

L'indicateur du nombre d'accouchements par gynécologue- obstétricien et sage-femme est naturellement peu élevé et place le CHHC au niveau du deuxième décile des établissements appartenant à la même catégorie ou ayant la même typologie d'activité.

Tableau 17. Nombre d'accouchements par gynécologue et sage-femme

Nombre d'accouchements par gynécologue et sage-femme		Catégorie		Typologie	
Années	Etablissement	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
2013	22	25	44	23	30
2014	29	25	43	22	29
2015	18	22	42	19	27
2016	18	20	40	20	28
2017	18	18	40	18	22

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Compte tenu du niveau d'activité, le taux d'occupation des lits est faible (27 % en 2016 et 28,3 % en 2017). Malgré l'amélioration du ratio constaté en 2017, l'établissement se situe en deçà du deuxième décile de sa catégorie et légèrement au-dessus si l'on raisonne en termes de typologie d'activité. A cette situation, s'ajoute une durée moyenne de séjour plutôt élevée (IP-DMS supérieur à 1) qui place l'hôpital au-delà du huitième décile des établissements comparables.

Tableau 18. Taux d'occupation des lits en gynécologie-obstétrique

En %

Taux d'occupation		Région		Catégorie		Typologie	
Années	Etablissement	2ème	8ème	2ème	8ème	2ème	8ème
2014	40,7	36,8	66,1	45,1	69,2	33,2	48,3
2015	34,1	36,1	66,5	43,4	69,3	30,6	45,7
2016	27	35,4	63,9	42,7	68,4	27,2	44,7
2017	28,3	34,5	65	43,3	68,7	25,8	47

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

Le dernier rapport d'audit d'avril 2018 souligne que « *malgré l'appel à des remplaçants, le pourcentage de césariennes et d'épisiotomies est contrôlé à un niveau acceptable* ». Effectivement, selon les données HospiDiag, le pourcentage de césariennes ne classe pas l'établissement parmi les déciles les plus extrêmes. Il en est de même en ce qui concerne les péridurales.

Tableau 19. Taux de césarienne et de péridurale

En %

Césariennes et péridurales	Etablissement					Catégorie 2017		Typologie 2017	
	2013	2014	2015	2016	2017	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Taux de césarienne	18,65	22,98	16,51	18,56	18,66	15,1	21,68	16,49	24,41
Taux de péridurale	71,22	69,11	69,23	74,05	71,18	63,66	81,79	65,18	78,03

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

L'une des difficultés majeures rencontrée par la maternité a trait à la permanence des soins. Un seul obstétricien est présent à plein temps, épaulé par deux praticiens représentant 0,7 ETP à eux deux. Le chef de service réalise 14 astreintes par mois et il est fait appel à des médecins intérimaires pour assurer les astreintes supplémentaires. L'effectif médical est complété par un pédiatre représentant 0,8 ETP qui assure dix astreintes par mois et un autre médecin réalisant deux vacations par semaine. La procédure de recrutement d'un gynécologue-obstétricien à temps plein a été lancée, mais sans succès pour l'instant. Le recours à l'intérim est donc nécessaire. En 2017, son coût a représenté 52,8 k€, soit 7,7 % du total des charges de personnel médical du pôle gynécologie-obstétrique¹⁹.

L'effectif médical est complété par la présence de 7,94 ETP de sages-femmes qui assurent un service de 12 h15 (8 h – 20 h 15 et 20 h – 8 h15).

3 INFORMATION FINANCIERE ET FIABILITE DES COMPTES

3.1 Les régies d'avances et de recettes

La tenue des régies par l'ordonnateur

Les régies créées par les établissements publics de santé sont assujetties aux articles R. 1617-1 à 18 du code général des collectivités territoriales (CGCT) par le biais d'un renvoi prévu à l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique (CSP). L'article R.1617-17 du CGCT précise que les régisseurs de recettes et/ou d'avances ainsi que les régisseurs intérimaires et les mandataires sont soumis aux contrôles de l'ordonnateur ou de leurs délégués auprès desquels ils sont placés.

L'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006, relative aux régies, apporte des précisions. D'une part, l'ordonnateur doit effectuer un contrôle administratif en constituant un dossier pour chaque régie, dans lequel il regroupe tout document relatif au fonctionnement de la régie et à la gestion du régisseur et notamment l'acte constitutif de la régie, l'acte de nomination du régisseur, les décisions relatives à son cautionnement et à son indemnité de responsabilité ainsi que les procès-verbaux de vérification effectuées par ses soins et ceux effectués par le comptable. D'autre part, l'ordonnateur doit effectuer un contrôle comptable en veillant à ce que le régisseur intervienne seulement pour les opérations prévues par l'acte constitutif de la régie et respecte ses modalités de fonctionnement. Il s'assure de

¹⁹ Source : compte de résultat analytique 2017.

l'encaissement normal des produits au vu des bordereaux des régies de recettes et il exerce les mêmes contrôles que ceux qui lui incombent pour les dépenses payées.

L'instruction de la direction des finances publiques n° 2012-12-7596 du 28 janvier 2013 relative à la sécurisation des régies et des dépenses du secteur public local et la circulaire n° 2013-05-1118 du 5 juin 2013 portant sur les consignes actualisées de contrôle des régies, qui s'appliquent également aux établissements publics de santé, rappellent l'obligation de contrôle du régisseur par l'ordonnateur. Celui-ci doit notamment opérer un contrôle de fond des pièces qui lui sont soumises par le régisseur et réaliser des contrôles sur place.

Le CHHC n'a pas été en mesure d'établir la liste exhaustive de ses régies précisant notamment la date de l'acte de création et le montant maximal de l'avance ou de l'encaisse autorisée, et il ne dispose pas non plus des décisions ou arrêtés de création des régies. Ces informations ont été recueillies auprès de la comptable.

Le CHHC dispose de deux régies d'avances, trois régies de recettes et une régie de dépôt.

Il appartient à l'ordonnateur d'effectuer un contrôle administratif en constituant un dossier pour chaque régie, dans lequel il regroupe tout document relatif à son fonctionnement et à la gestion du régisseur. Si des contrôles sont effectués par le comptable public, il appartient également à l'ordonnateur d'établir un plan de contrôle, si possible en concertation avec le trésorier, et de procéder à la vérification des régies de l'établissement, conformément aux dispositions réglementaires.

Les suites données aux observations du comptable

La régie d'avances « menues dépenses de fonctionnement » a fait l'objet d'un contrôle du comptable public le 18 juin 2014. Celui-ci préconisait une remise en ordre des comptes, la régularisation de l'intégralité de l'avance de 99,90 € afin de solder le solde débiteur du compte 5411 et la clôture définitive de cette régie.

Jusqu'à l'examen de la gestion en cours, l'établissement n'avait pas donné suite aux observations du comptable public. Cependant, à la faveur de l'instruction, il annonce que le régisseur va procéder à la restitution de son avance et que l'ordonnateur va clôturer cette régie.

Le contrôle de la régie de recettes « consultations externes et activité libérale » réalisé par le comptable public s'est déroulé le 17 décembre 2015. Certaines des observations formulées par ce dernier n'ont toujours pas été suivies de corrections :

- la mise en place d'une régie prolongée²⁰, déjà préconisée dans le procès-verbal de vérification du 11 octobre 2012 ;
- la modification de la décision de création afin de prévoir les encaissements par virements bancaires (déjà signalée en 2012) ;

²⁰ La régie prolongée permet au régisseur d'adresser une demande de paiement, une relance, à un usager lorsque le règlement au comptant n'a pas été effectué. Il s'agit d'un aménagement au principe de recouvrement spontané des recettes par un régisseur. (Articles R. 1617-6 et suivants du CGCT ; Instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 relative aux régies de recettes, d'avances et de recettes et d'avances des collectivités territoriales et de leurs établissements publics).

- la formation du régisseur et de ses mandataires au logiciel PASTEL, qui n'est pas maîtrisé ;
- l'instauration dès janvier 2016 d'un rapprochement bancaire mensuel afin de comparer et ajuster les encaissements et les droits constatés.

Il en est de même pour la régie de recettes « recettes diverses », contrôlée par le comptable public le 18 décembre 2015, qui a pour objet d'encaisser les dons, différents produits liés à la prise de repas au self, les communications téléphoniques, les frais d'inscription des élèves de l'IFSI, les droits de reprographie et l'abonnement au journal interne « Hop'Uss ». En effet, au cours de l'instruction, aucune réponse portant sur les préconisations du comptable relevées dans son procès-verbal n'a été apportée par l'ordonnateur. Il apparaît ainsi que les observations suivantes énoncées par le comptable n'ont pas fait l'objet d'une rectification :

- la modification de l'objet de la régie pour tenir compte de l'absence de recettes du point-phone, de la reprographie et du journal interne ;
- la prise d'une décision du directeur fixant les tarifs des services facturés, comme par exemple ceux des frais d'inscription à l'IFSI, déjà mentionnée lors de la vérification du 11 octobre 2012 ;
- l'ouverture d'un compte courant DFT à l'ordre du régisseur pour l'encaissement par carte bancaire, afin de mettre fin à « cette organisation comptable qui relève d'un autre âge », également déjà citée lors de la vérification du 11 octobre 2012 ;
- les modalités de recouvrement des droits doivent être modernisés et apporter les garanties requises en matière de quittancement et de numérotation continue (prescrite par la réglementation).

Les régies d'avances et de recettes ne font pas l'objet d'un suivi attentif de l'ordonnateur et certaines pratiques ne sont pas réglementaires. De plus, les observations du comptable, visant à y mettre fin, ne sont pas suivies d'effet.

Cette situation révèle une réelle désorganisation administrative. Par conséquent, l'ordonnateur est invité à procéder à un contrôle permanent et appliqué de chacune des régies et à procéder, si besoin, aux corrections qui s'imposent.

Dans sa réponse aux observations provisoires, ce dernier s'engage à mener, en 2019, un travail de refonte des régies qui permettra par la suite de mettre en place un contrôle annuel.

Recommandation n° 4 : organiser un contrôle des régies par l'ordonnateur (article R. 6145- 54- 1) et procéder aux corrections préconisées par le comptable public.

3.2 Les provisions

3.2.1 Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations correspondent aux aides versées par l'assurance maladie de façon anticipée pour couvrir les surcoûts d'exploitation des nouveaux investissements. Il s'agit d'un mécanisme de « préfinancement » des surcoûts occasionnés par les opérations d'investissement qui permet d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt et les frais financiers qui s'y attachent. L'instruction budgétaire et comptable M21 précise que la constitution de ces provisions au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue.

La constitution d'une provision réglementée s'effectue au crédit d'une subdivision du compte 14, qui n'est pas budgétaire, par un débit d'une subdivision du compte 6874 (opération d'ordre semi-budgétaire). 1 195 512 € figure à ce compte au 31 janvier 2017.

Un million d'euros correspond à une aide financière de soutien à l'investissement destinée à financer les travaux de restructuration du bloc opératoire, notifiée par l'ARS du Limousin le 16 janvier 2012. Cette somme a tout d'abord été inscrite au compte 142, puis, sur demande de l'ARS du Limousin par un courrier du 1^{er} mars 2014, réaffectée au compte 1022. Enfin, à nouveau inscrite au compte 142 en 2016 après la réception d'un mail daté du 22 novembre 2016 de l'ARS Nouvelle-Aquitaine, ce qui explique les discordances relevées dans l'enchaînement des provisions imputées au compte 142 au cours de la période 2013-2017.

Tableau 20. Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

En €

Compte	Libellé	2013	2014	2015	2016	2017
142	Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations	195 512	195 512	195 512	1 195 512	1 195 512

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Selon l'hôpital, la somme de 195 512 € se décline en trois dotations : 85 346 € et 80 166 € représentant des aides pour la réalisation du projet « annuaire et sécurisation des accès » dans le cadre du plan « hôpital 2012 ». D'après l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens du 1^{er} avril 2007, signé le 4 décembre 2009, la réalisation du projet devait être achevée en décembre 2012 ; l'ordonnateur précise qu'elle l'est depuis la fin de l'exercice 2014. 30 000 € ont été attribués à l'établissement dans le cadre du soutien au financement à l'intégration au réseau régional de télé-radiologie, d'après un extrait du rapport EPRD DC2 de 2009. L'ordonnateur estime probable que l'objet de cette dotation ait été réalisé.

L'établissement doit reprendre de sa propre initiative les provisions dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement et financières débute. Or, le compte 142 n'a pas fait l'objet de reprise au cours de la période examinée. La provision liée à l'aide financière d'un million n'a pas été reprise car l'immobilisation n'a pas été réalisée. En revanche, 195 512 € aurait dû l'être.

Le CHHC éprouve des difficultés à assurer le suivi administratif (production des justifications, suivi des réalisations) et comptable des provisions pour renouvellement des immobilisations. Il est invité à procéder à la régularisation du compte 142.

3.2.2 Les provisions réglementées pour charges de personnel – compte épargne-temps (CET)

En application de l'article 11-1 du décret n° 2002-788 modifié du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la fonction publique hospitalière, les établissements publics de santé ont l'obligation de comptabiliser un passif pour chaque jour épargné par les agents sur leur CET. La provision doit être valorisée en fonction des montants forfaitaires fixés par catégorie d'agents, majorée des cotisations patronales en vigueur²¹.

Les informations relatives aux CET dans les bilans sociaux

Le décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 modifié précise que la réalisation du bilan social est obligatoire pour les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux dont l'effectif global l'année précédente est d'au moins 300 agents. Ce document comporte notamment des informations sur les comptes épargne-temps. La DGOS a publié une instruction afin d'aider ces établissements dans l'élaboration de leur bilan social²².

Le CHHC n'a pas élaboré de bilan social en 2016 et a réalisé un document incomplet en 2017. De plus, les éléments relatifs aux CET présentés dans les bilans sociaux ne sont pas fiables. En effet, la valorisation des jours épargnés est incohérente, ce qui conduit à obtenir un coût moyen d'un jour de CET variant de 2,81 € à 23,27 € pour le personnel non médical et de 35,64 € à 66,23 € pour le personnel médical.

²¹ 125 € pour les personnels de catégorie A, 80 € pour les personnels de catégorie B, 65 € pour les personnels de catégorie C (article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps dans la FPH) ; 300 € pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques (article 2 de l'arrêté du 27 décembre 2012 pris en application du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des EPS).

²² Direction générale de l'offre de soins (DGOS), instruction n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/15 du 2 janvier 2013.

Tableau 21. Valorisation des jours épargnés sur les CET

Année	Personnel non médical			Personnel médical		
	Nombre de jours épargnés (d'après bilan social)	Valorisation des jours - montants chargés (d'après bilan social) en €	Coût moyen d'un jour en €	Nombre de jours épargnés (d'après bilan social)	Valorisation des jours - montants chargés (d'après bilan social) en €	Coût moyen d'un jour en €
2013	2 394	55 703,16	23,27	2 220	147 025,00	66,23
2014	2 336	6 554,16	2,81	2 017	73 208,00	36,30
2015	1 542	4 602,00	2,98	2 127	75 804,00	35,64
2016	nc	nc		nc	nc	
2017	6 122	nc		1 689	nc	

Source : tableau CRC d'après les bilans sociaux

L'établissement se doit de produire annuellement un bilan social et de réviser la procédure utilisée pour renseigner les bilans sociaux afin de présenter des informations fiables et vérifiées.

En réponse, la direction s'est engagée à produire le bilan social 2018 et à élaborer les bilans suivants conformément au décret précité.

Recommandation n° 5 : réaliser annuellement le bilan social de l'établissement comme le prévoit l'article 1 du décret n° 88-951 du 7 octobre 1988 relatif au bilan social dans les établissements publics de santé.

Le provisionnement des CET

Au CHHC, le montant de la provision pour charges de personnel liées aux CET est passé de 865 k€ à 1 225 k€ entre 2013 et 2017, soit une progression de 42 %.

Tableau 22. Provisions pour charges de personnel liées aux CET des budgets général et annexes

En €

Comptes	Libellés	2013	2014	2015	2016	2017	Evol. 2013-2017
681 53	Dot. prov charges pers. CET	322 310	190 410	326 162	291 504	127 833	
781 53	Rep. Prov. charges pers. CET	218 930	104 322	154 902	86 099	230 645	
153	Prov. charges de pers. CET	864 656	950 744	1 122 004	1 327 409	1 224 597	42%

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

En cours d'instruction, le CHHC a produit des données rectifiées portant à la fois sur le nombre de jours épargnés par les agents (ce qui explique les différences entre les tableaux n°

22 et 24) et sur le montant de leur valorisation. D'après une décision du directeur en date du 31 janvier 2018, celle-ci est obtenue en appliquant un coefficient multiplicateur aux montants forfaitaires fixés par catégorie d'agents.²³

Le taux de provisionnement est supérieur à 100 % en 2015. En 2017, le provisionnement relatif au personnel médical est surévalué d'environ 21 k€, alors que celui ayant trait au personnel non-médical est, quant à lui, sous-évalué pour un montant comparable.

Il est rappelé à cet effet que les modalités de comptabilisation des droits liés au compte épargne-temps ont récemment fait l'objet d'un arrêté modificatif (NOR : SSAH1834918A du 20 décembre 2018) qui établit que la valorisation des jours se fait sur une base individuelle en retenant le coût moyen journalier de chaque agent concerné ou sur une base statistique en retenant le coût moyen journalier par catégorie d'agent.

Tableau 23. Taux de provisionnement des jours de CET

Année	Personnel non médical				Personnel médical			
	Nombre de jours épargnés	Valorisation des jours - montants chargés en €	Provisions pour charges de personnel CET (compte 153 2) en €	Taux de provisionnement	Nombre de jours épargnés	Valorisation des jours - montants chargés en €	Provisions pour charges de personnel CET (compte 153 1) en €	Taux de provisionnement
2013	2 394	233 195,22	nc		2 220	800 598,60	nc	
2014	2 336	229 054,35	nc		2 017	727 390,71	nc	
2015	3 901	373 929,78	423 697,00	113%	1 641	591 721,70	698 307,00	118%
2016	6 326	582 744,27	584 646,00	100%	2 065	744 664,53	742 763,00	100%
2017	6 205	575 137,75	554 140,00	96%	1 801	649 458,21	670 457,00	103%

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers et la réponse du CHHC

3.2.3 Les autres provisions pour risques et les autres provisions pour charges

L'instruction budgétaire et comptable M21 (tome 1) mentionne au paragraphe « Compte 15 – Provisions pour risques et charges » : « *Évaluées à l'arrêté des comptes, les provisions pour risques et charges sont des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise. Une provision doit être constatée :*

- *s'il existe, à la clôture de l'exercice, une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement ;*
- *s'il est probable ou certain à la date d'établissement des comptes qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci ;*
- *si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable. ».*

²³ Personnel médical : 300 € * 1,2021 ; personnel non médical : 125 € (catégorie A) ou 80 € (catégorie B) ou 65 € (catégorie C) * 1,0867.

Provisions pour risques

Sont inscrites au compte 151, les provisions pour risques inhérents à l'activité de l'établissement. Peuvent constituer notamment d'*autres provisions pour risques (compte 151 8)*, celles inscrites pour indemnités de licenciement, indus de la caisse d'assurance maladie, amendes et pénalités et redressements fiscaux.

Seul l'exercice 2014 enregistre d'*autres provisions pour risques* d'un montant de 229 626 €. Il se décompose en deux éléments :

D'une part, une provision de 165 350 € représentant une partie de la valorisation de « jours reportés » du personnel non médical. Ces jours reportés sont en fait des heures supplémentaires réalisées qui ne sont ni payées, ni récupérées et non inscrites sur les comptes épargne-temps. D'après la décision du directeur datée du 31 janvier 2015, cette provision correspond à 20 % du risque total valorisé (soit 827 k€ en 2014).

D'autre part, une provision d'un montant de 64 276 € se rapportant à des traitements dus à un médecin (Cf. décision du directeur du 31 janvier 2015).

L'instruction budgétaire et comptable M 21 précise au paragraphe consacré au compte 15 « Provisions pour risques et charges » qu'il n'y a pas lieu de constituer de provision de droit commun dans les cas suivants : sous-activité future ou perte d'exploitation future, congés payés, heures supplémentaires, accidents du travail, congés de maladie, congés de maternité, capital décès, mise en réserve budgétaire, franchise d'assurance. Concernant les heures supplémentaires, l'instruction précise qu'elles constituent un élément de rémunération et suivent le même traitement comptable que la rémunération principale. Les droits acquis à la clôture de l'exercice donnent lieu à la comptabilisation de charges à payer (compte 4286).

Par conséquent, les provisions inscrites à ce compte en 2014 n'étaient pas régulières car le système de jours reportés et non-épargnés dans les CET n'est pas prévu par la réglementation.

Tableau 24. Provisions pour risques – Compte 151

En €						
Comptes	Libellés	2013	2014	2015	2016	2017
151	Provisions pour risques <i>dont Autres provisions pour risques</i>	0	229 626,00 229 626,00	0	0	0

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Depuis l'année 2015, l'établissement n'inscrit plus de provisions pour risques. Or, il fait face à plusieurs contentieux en cours vis-à-vis du personnel (un dossier au Conseil de Prud'hommes de Tulle, sept au Tribunal administratif de Limoges et un à la Cour administrative d'appel de Bordeaux) sans qu'une évaluation de ceux-ci n'ait été produite. Le paiement potentiel de dommages – intérêts, d'indemnités ou de frais de procès représentent des risques contentieux qui doivent être évalués et provisionnés dès la naissance du litige.

Par conséquent, à l'avenir, le CHHC devra procéder au recensement et à l'évaluation du montant de ses risques et à l'inscription de provisions pour risques si nécessaire.

Suite aux observations provisoires, le directeur indique que l'évaluation des provisions pour risques est en cours et que les écritures comptables correspondantes seront passées en fin

d'année. Il ajoute, par ailleurs, que les provisions pour charges et renouvellement des immobilisations seront actualisées annuellement.

Autres provisions pour charges

Au 31 décembre 2017, les *autres provisions pour charges* représentaient 1 377 k€.

Tableau 25. Autres provisions pour charges – Compte 158

En €						
Comptes	Libellés	2013	2014	2015	2016	2017
158	Autres provisions pour charges	1 573 570	1 482 460	1 420 605	1 398 605	1 376 605

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

L'instruction budgétaire et comptable M21 présente, à titre d'exemples, une liste des provisions pour charges qui peuvent être comptabilisées au compte 158. Il s'agit des provisions pour :

- remise en état d'un site ;
- désamiantage ;
- élimination des déchets issus des équipements électriques et électroniques (DEEE) ;
- droit individuel à la formation (DIF) ;
- allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE) ;
- indemnité de précarité ;
- paiement rétroactif des cotisations CNRACL suite à validation de services ;
- restructuration qui mettrait fin aux contrats de travail d'agents contractuels et
- démolition d'un immeuble.

Par ailleurs, la fiche n°6 portant sur « l'apurement du compte 158 « autres provisions pour charges » rédigée par la DGOS et la DGFIP présente les éléments parfois enregistrés *à tort* à ce compte :

- les dotations et financements pluriannuels. Les financements reçus sous forme de dotations destinés à des projets s'étalant sur plusieurs exercices ne doivent pas faire l'objet d'une provision de droit commun, celle-ci ayant pour objet de couvrir une charge probable ou certaine et non de servir à la constitution de réserves budgétaires ;
- les charges probables ou certaines dont l'échéance ou le montant sont connus ou sur lesquelles pèsent très peu d'incertitude. Une charge doit être inscrite au bilan comme une dette et non comme une provision dès lors que l'échéance et le montant sont connus ;
- les contrats ou conventions de recherches.

Une provision se distingue d'une charge à payer par le fait qu'aucune échéance ou montant précis ne lui sont associés. L'établissement, qui éprouve des difficultés à assurer le

suivi administratif et comptable des provisions pour charges, n'a pas été en mesure de justifier certains montants, ce qui devrait le conduire à procéder à des écritures de correction de ses provisions pour charges.

Tableau 26. Provisions pour charges en 2017

En €

Budget	Nature de la provision	Compte 158 au 31/12/2016	Dotation	Reprise	Compte 158 au 31/12/2017
E	EHPAD lissage tarifs	237 730			237 730
H	Travaux CHIR	220 000		22 000	198 000
H	H2007- Aide surcoûts phase IV	103 928	384 067	384 067	103 928
H	H2007 - Aide surcoûts pôle gériatrique	834 116	301 848	301 848	834 116
H	H2012 - SIH ONDAM	2 831			2 831
	Total	1 398 605	685 915	707 915	1 376 605

Source : tableau CRC d'après la réponse du CHHC

Recommandation n° 6 : procéder au recensement, à l'évaluation et aux écritures comptables de provisions pour risques ainsi qu'à la rectification des écritures des provisions pour charges et renouvellement des immobilisations. [Recommandation en cours de mise en œuvre]

3.3 L'indépendance des exercices

3.3.1 Le rattachement des charges et des produits à l'exercice

Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auquel ils se rapportent. L'établissement procède à ce rattachement. Selon l'ordonnateur, un recensement des charges et des produits à rattacher est réalisé auprès de chaque direction, sans qu'une procédure écrite ne soit formalisée.

Tableau 27. Rattachement des charges et des produits à l'exercice

En €

Compte	Libellé	2013	2014	2015	2016	2017
408	Fournisseurs - factures non parvenues	97 374,96	301 406,17	243 148,44	100 323,29	185 626,21
428	Personnel - charges à payer	949 364,87	666 334,46	637 631,25	600 819,11	656 108,81
438	Organismes sociaux - charges à payer	149 644,27	90 573,52	120 661,78	32 093,13	51 327,51
4486	Etat - charges à payer	85 369,00	90 041,29	92 535,73	72 718,96	87 861,43
4686	Divers - charges à payer	12 709,50	0	0	0	0
418	Redevables - produits à recevoir	1 767 361,98	2 131 301,20	1 740 362,95	1 726 770,14	198 763,00
4287	Personnel - produits à recevoir	0	0	0	0	0
4387	Organismes sociaux - produits à recevoir	24 411,50	46 290,55	26 863,57	32 716,40	41 956,63
4487	Etat - produits à recevoir	19 080,00	0	0	0	0
4687	Divers - produits à recevoir	55 059,99	32 283,32	0	0	0

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Cependant, les montants semblent faibles. Ainsi en matière de charges, est traditionnellement considéré comme acceptable, un taux de rattachement correspondant à un douzième des dépenses sur factures de l'année, soit 5 à 10 % de leur montant. Or, les taux de rattachement constatés au CHHC s'échelonnent de 0,8 % à 2,5 %. Il en est de même concernant les produits où les taux sont bas, notamment en 2017 : 0,45 %.

Concernant les charges, l'ordonnateur explique cette situation par le fait qu'un nombre important de factures sont mandatées au cours de la journée complémentaire, ce qui diminue les charges à rattacher. Quant aux produits, il précise que, contrairement à la période 2013-2016 où l'activité du mois de décembre faisait l'objet d'un rattachement, seuls les séjours « à cheval » sont rattachés depuis 2017.

Tableau 28. Taux de rattachement des charges – Budget général et budgets annexes

En €

Compte	Libellé	2013	2014	2015	2016	2017
408	Fournisseurs - factures non parvenues	97 374,96	301 406,17	243 148,44	100 323,29	185 626,21
60	Achats	5 351 391,61	5 753 742,20	5 818 512,93	6 167 972,82	6 454 418,25
61	Services extérieurs	2 073 864,38	2 213 424,56	2 476 718,09	2 502 642,92	2 437 392,62
62	Autres services extérieurs	1 877 289,19	4 070 548,18	4 010 392,89	3 788 161,89	4 238 723,40
Total des comptes 60, 61 et 62		9 302 545,18	12 037 714,94	12 305 623,91	12 458 777,63	13 130 534,27
Taux de rattachement		1,0%	2,5%	2,0%	0,8%	1,4%

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Tableau 29. Taux de rattachement des produits – Budget général et budgets annexes

En €

	2013	2014	2015	2016	2017
Compte 418 - Redevables, produits à recevoir	1 767 362	2 131 301	1 740 363	1 726 770	198 763
Produits courants de fonctionnement	43 632 670	44 924 265	45 722 308	45 390 507	44 509 124
Taux de rattachement	4,05%	4,74%	3,81%	3,80%	0,45%

Source : tableau CRC d'après ANAFI

3.3.2 Les dépenses et les recettes à classer ou à régulariser

Les comptes 47 « comptes transitoires ou d'attente » permettent tout au long de l'année d'enregistrer des opérations pour lesquelles, ni les services administratifs ni le comptable ne disposent des éléments nécessaires pour les imputer directement. Ces comptes, qui enregistrent des opérations en attente de régularisation, doivent faire l'objet d'un apurement régulier et aussi rapide que possible.

Dépenses

Le compte 472 recense les dépenses à classer ou à régulariser et comporte trois sous comptes : 4721 « dépenses réglées sans mandatement préalable », 4722 « commissions bancaires en instance de mandatement » et 4728 « autres dépenses à régulariser ».

Les montants inscrits au compte 4728 de 2013 à 2015 représentent des éléments de régularisation de la paye. Le compte 472 est soldé à la clôture des exercices 2016 et 2017.

Tableau 30. Dépenses à classer ou à régulariser

En €

Compte	Intitulé	2013	2014	2015	2016	2017
4721	Dépenses réglées sans mandatement préalable	3 204,78	0,00	0	0	0
4722	Commission bancaire en instance de mandatement (carte bancaire)	0,0	6	0	0	0
4728	Autres dépenses à régulariser	6 339,02	10 200,22	316,00	0,00	0,00
472	Dépenses à classer ou à régulariser	9 543,80	10 206,01	316,00	0,00	0,00

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Recettes

Les comptes de tiers concernés en recettes sont les déclinaisons du compte 471 « recettes à classer ou à régulariser ». Le montant important inscrit en 2015 sur ce compte résulte d'une erreur d'imputation de 870 k€. Cette somme n'aurait pas dû apparaître en recettes à classer (passif circulant) mais venir réduire le poste de créances de l'actif circulant (autres créances pour 125 k€ et caisse de sécurité sociale pour 745 k€). Cela n'a, toutefois, pas d'impact sur le besoin en fonds de roulement.

Tableau 31. Recettes à classer ou à régulariser

En €

Compte	Intitulé	2013	2014	2015	2016	2017
4711	Versement des régisseurs	0	0	1 417,38	788,77	0
4713	Recettes perçues avant émission des titres	15,93	0	117 189,43	984,34	0
4714	Excédent à ré imputer	10 478,34	1 331,82	12 001,13	8 947,41	11 099,53
4717	Recettes relevé Banque de France	2 482,78	834,86	172,45	84,68	9,23
4718	Autres recettes à régulariser	51 777,08	5 469,54	757 836,55	10 530,56	0
471	Recettes à classer ou à régulariser	64 754,13	7 636,22	888 616,94	21 335,76	11 108,76

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

3.3.3 Les reports de charges

La pratique des reports de charges va à l'encontre du principe de sincérité des comptes. Ces reports de charges sont supposés avoir disparu depuis 2006 avec la mise en œuvre de l'EPRD. En effet, l'entrée en application de la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé, par le décret EPRD n° 2005-1474 du 30 novembre 2005, a mis fin à la procédure de report de charges. L'aménagement à ce principe dans l'instruction budgétaire et comptable M21 avait pour objectif de permettre la transition entre l'ancien et le nouveau

dispositif budgétaire, notamment pour les établissements connaissant des reports de charges importants. Par conséquent, le recours à la procédure dérogatoire par l'emploi du compte 672 doit désormais être exceptionnel.

En excluant les comptes liés aux réémissions de mandats suite à annulations sur exercice clos²⁴, il apparaît que les subdivisions « autres », qui enregistrent à leur débit les charges sur exercices antérieurs qui n'ont pas fait l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent restent élevées, notamment en 2013 (915 k€), 2016 (188 k€) et 2017 (242 k€).

Certains de ces reports ont été identifiés par l'ordonnateur. En 2013, il s'agit d'un redressement de l'URSSAF d'un montant de 506 191 € et d'une somme de 79 740 € due au FIPHFP (fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique). En 2016, deux factures du GIP SIB pour un montant de 17 600 € et une autre du GCS Corrèzien (26 125 €) sont arrivées tardivement. En 2017, un redressement de l'URSSAF a été reporté pour un montant de 150 206 €.

Ces reports, qui vont à l'encontre du respect du principe d'indépendance des exercices, modifient le résultat annuel, a fortiori lorsqu'ils portent sur des montants importants.

Tableau 32. Report de charges, budgets général et annexes

En €

Compte	Intitulé	2013	2014	2015	2016	2017
672 18	Charges de personnel - autres	857 777,49	62 258,18	33 914,61	73 249,71	200 548,32
672 28	Charges à caractère médical - autres	7 655,77	1 392,77	8 994,89	29 824,44	5 132,01
672 38	Charges à caractère hôtelier et g.al - autres	49 262,02	20 505,42	7 045,83	85 201,52	36 123,84
672 8	Autres charges	1	364,82	1 441,99	0	0
Total		914 696,28	84 521,19	51 397,32	188 275,67	241 804,17

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

L'importance des reports de charges peut être évaluée par le taux de charges sur exercices antérieurs. Il correspond au rapport entre le compte 672 « charges sur exercices antérieurs » et les principaux comptes de charges, hors amortissements et dotations aux provisions et mesure le niveau de charges reportées, au sens comptable, d'un exercice sur l'autre, sans crédit budgétaire correspondant. Les analyses conduites en la matière permettent de penser qu'en dessous de 0,2 %, les éventuels reports de charges peuvent être qualifiés de « techniques ». Au-delà de 0,2 %, ce taux peut traduire des tensions budgétaires²⁵. Au CHHC, le ratio se situe à un niveau supérieur au seuil critique, sauf en 2014 et 2015.

²⁴ 672 11 « Charges de personnel – réémissions de mandats suite à annulations sur exercice clos », 672 21 « Charges à caractère médical – réémissions de mandats suite à annulations sur exercice clos », 672 31 « Charges à caractère hôtelier et général - réémissions de mandats suite à annulations sur exercice clos ».

²⁵ Source : Guide de présentation IDAHO, Tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé (TBFEPs), Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées / Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie / Direction générale de la comptabilité publique, février 2003, § « Indicateur R45 », page 25.

Tableau 33. Taux de charges sur exercices antérieurs

En €

	2013	2014	2015	2016	2017
Charges sur exercices antérieurs	914 696	84 521	51 397	188 276	241 804
Charges totales	43 118 883	43 285 751	44 672 121	44 614 003	46 045 212
Taux de charges reportées	2,12 %	0,20 %	0,12 %	0,42 %	0,53 %

Source : tableau CRC d'après ANAFI

3.4 La production immobilisée

La procédure des travaux en régie est prévue par l'instruction budgétaire et comptable M 21. Le compte 72 « production immobilisée » enregistre le coût des travaux faits par l'établissement pour lui-même. Il est crédité, soit par le débit du compte 23 « immobilisations en cours », du coût réel de production des immobilisations créées par les moyens propres de l'établissement, au fur et à mesure de la progression des travaux, soit directement par le débit des comptes d'immobilisations intéressés.

La procédure comptable des travaux en régie n'est pas appliquée par le CHHC.

Tableau 34. Production immobilisée des budgets général et annexes

En €

Compte	Intitulé	2013	2014	2015	2016	2017
72	Production immobilisée	0	0	3 457,61	0	0

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes

Pourtant, 31 838 € en 2016 et 41 933 € en 2017 de travaux ont été exécutés par les agents de l'établissement. Les équipements réalisés par le centre hospitalier pour son propre compte ne sont pas comptabilisés dans son patrimoine et le CHHC s'est privé des recettes qui en découlent (compte 72).

Tableau 35. Travaux réalisés par le CHHC

En €

	Travaux réalisés	Fournitures	Evaluation du coût du temps de travail agents	Total	Total annuel
2016	Réfection bureau IFSI	1 613,63	2 243,15	3 856,78	31 837,76
	Réfection salle de bain collective médecine 2	6 595,66	6 326,60	12 922,26	
	Réfection office SSR1	2 504,96	923,35	3 428,31	
	Réfection office SSR2	943,77	923,35	1 867,12	
	Création box lingerie en psychiatrie	750,35	1 363,74	2 114,09	
	Réfection parking PMR et voirie	3 480,51	2 826,30	6 306,81	
	Abri fumeurs	803,19	539,20	1 342,39	
2017	Travaux mise en place d'une chambre PMR en médecine 2	6 144,12	7 584,85	13 728,97	45 933,04
	Travaux réfection office SSR1 suite	448,16	923,35	1 371,51	
	Travaux réfection office SSR2 suite	1 179,05	923,35	2 102,40	
	Réfection logements de fonction et direction	12 024,60	6 326,60	18 351,20	
	Réfection dalle oxygène	261,52	1 500,90	1 762,42	
	Accessibilité	3 768,65	1 412,25	5 180,90	
	Abri fumeurs	603,73	943,60	1 547,33	
	Réfection self	281,51	233,80	515,31	
	Bandes d'éveil aux urgences	100,80	131,74	232,54	
	Réfection salle RX suite à changement équipement	570,23	570,23	1 140,46	

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC

Au cours de l'instruction, l'ordonnateur a pris la mesure de cette question et a décidé de procéder aux écritures comptables liées à la production immobilisée de l'exercice 2018 pour un montant de 20 913 €.

Par conséquent, le centre hospitalier pourrait poursuivre la comptabilisation exhaustive des équipements effectués par ses soins et procéder aux écritures comptables des travaux en régie.

4 SITUATION FINANCIERE

Le centre hospitalier de Haute-Corrèze dispose d'un budget principal (81 % du total des dépenses) et de trois budgets annexes (USLD, EHPAD et IFSI).

Le budget relatif aux personnes âgées dépendantes n'est pas négligeable car il représente un peu plus de 11 % du total des charges de fonctionnement. En y associant l'unité de soins de longue durée (USLD), le poids du secteur gériatrique atteint 16 % du budget total.

Tableau 36. Le poids des différents budgets du CHHC*En €*

Poids des différents budgets dans le total des dépenses (2017)	Dépenses 2017	%
Budget principal - H	40 188 753	81,3%
USLD (Unité de soins de longue durée) - B	2 408 061	4,9%
EHPAD (Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) -E1	5 518 548	11,2%
IFSI (Institut de formation en soins infirmiers) -C0	1 342 057	2,7%
Total	49 457 419	100,0%

Source : tableau CRC d'après le compte financier 2017

L'analyse financière porte sur la période 2013-2017, après la mise en service de la dernière tranche du nouvel EHPAD intervenue en 2012. Les données sont, pour la plupart, issues du logiciel IDAHO (instrument d'analyse hospitalière) et une actualisation portant sur l'exercice 2018 figure à la fin de cette partie consacrée aux finances.

4.1 Les soldes intermédiaires de gestion

4.1.1 L'activité globale, tous budgets confondus

Les produits liés à l'activité hospitalière ont diminué de 7 % depuis 2013 (- 1,57 M€). La hausse des recettes en provenance des dotations (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation et fonds d'intervention régional) et des forfaits annuels (+1,44 M€) n'est pas suffisante pour compenser la baisse d'activité enregistrée au cours de la période. La dotation globale de fonctionnement liée à la psychiatrie a, quant à elle, été réduite de 1,2 M€ en 2017 en raison du transfert en cours d'exercice de cette activité au centre hospitalier du Pays d'Eygurande. En 2017, après prise en compte des produits liés aux budgets annexes (produits afférents aux soins, à la dépendance ou à l'hébergement) les produits bruts d'exploitation augmentent de 1,2 % par rapport à 2013 mais ont tendance à diminuer par rapport aux trois années précédentes (- 2 % sur la période 2014-2017).

De leur côté, les consommations intermédiaires ont augmenté de 12 % (+ 1,1 M €) et les charges de personnel de 8,4 % (+ 2,6 M€). De ce fait, l'excédent brut d'exploitation a fortement diminué pour devenir négatif de 1,5 M€ en 2017. En l'espace de cinq exercices il s'est réduit de 2,88 M€.

Dès 2014, la marge brute n'était plus suffisante pour couvrir le solde net des dotations aux amortissements et provisions (dotations – reprises). Le résultat d'exploitation s'est donc fortement dégradé au cours de la période examinée pour atteindre un déficit de 3,1 M€ en 2017.

Les charges financières et exceptionnelles ont contribué à creuser le déficit malgré des produits exceptionnels conséquents en raison des aides accordées par l'ARS, notamment dans le cadre d'un contrat de retour à l'équilibre financier signé en 2014 : 380 k€ jusqu'en 2015 et 320 K€ en 2016 en soutien aux activités déficitaires (maternité) auxquels s'ajoutent, 300 k€ en 2014, 720 k€ en 2015 et 1 M€ en 2017.

Le résultat net consolidé a toujours été déficitaire depuis 2011. Ce déficit s'est, toutefois, fortement aggravé pour atteindre 2,87 M€ fin 2017.

Tableau 37. Tableau des soldes intermédiaires de gestion*En k€*

Soldes (k€)	2013	2014	2015	2016	2017
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	20 092	20 011	19 183	19 641	18 434
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (B)	2 381	2 579	2 776	2 666	2 471
Sous-total variable selon l'activité (A + B)	22 473	22 591	21 959	22 307	20 905
Produits du financement des activités de SSR	0	0	0	0	184
MIGAC et FIR	3 741	4 583	4 321	4 070	4 604
Forfaits annuels	801	801	1 581	1 335	1 378
Dotation annuelle de financement (DAF)	4 246	4 188	4 750	4 227	2 826
Produits afférents aux soins (CRA)	3 183	3 335	3 589	3 578	3 643
Produits afférents à la dépendance	876	954	959	985	993
Produits de l'hébergement	2 930	3 014	3 031	3 030	3 013
Ventes de marchandises	548i	726	730	906	1 425
Autres produits	2 061	1 990	1 896	1 889	2 364
Produits bruts d'exploitation	40 859	42 182	42 816	42 328	41 335
Consommations en provenance de tiers	5 440	5 468	5 515	5 891	6 210
Charges externes	5 367	5 735	5 775	5 843	5 814
Remboursements de frais des CRA	1 750	1 927	1 796	1 796	1 878
- Consommations intermédiaires	9 057	9 276	9 494	9 938	10 146
Valeur ajoutée	31 803	32 906	33 322	32 390	31 189
+ Subventions d'exploitation	346	155	293	405	356
- Impôts et taxes	8	8	13	15	15
- Charges de personnel (en net)	30 506	31 149	32 407	31 893	33 058
Excédent brut d'exploitation	1 635	1 903	1 195	887	-1 528
+ Autres produits de gestion courante	367	354	505	583	692
- Autres charges de gestion courante	105	70	141	111	138
Marge brute	1 897	2 187	1 560	1 359	-974
+ Reprises sur amort. et prov. et transf. charges	1 035	952	1 059	942	1 062
- Dotations aux amortissements	2 129	2 212	2 237	2 138	2 318
- Dotations aux provisions et dépréciations	754	1 200	1 160	1 100	895
Résultat d'exploitation	49	-273	-779	-938	-3 125
- Charges financières	468	464	458	598	319
Résultat courant	-419	-737	-1 237	-1 536	-3 444
+ Produits exceptionnels	802	569	617	787	1 015
- Charges exceptionnelles	1 365 (*)	161	127	347	441
Résultat exceptionnel	-563	409	490	440	573
RESULTAT NET	-982	-329	-747	-1 096	-2 871

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

(*) En 2013, une part importante des charges exceptionnelles est liée à un redressement URSSAF.

Les difficultés financières proviennent de la conjonction de deux phénomènes : la baisse tendancielle de l'activité et la hausse des charges parmi lesquelles le poids des charges de personnel est très élevé. Elles absorbaient 81 % des produits d'exploitation en 2017 (76 % les années précédentes).

Tableau 38. Charges de personnel*En k€*

Charges de personnel (en K€)	2013	2014	2015	2016	2017
Rémunérations du personnel non médical (en brut)	15 699	15 590	15 888	16 083	16 484
Rémunérations du personnel médical (en brut)	4 478	4 711	5 029	4 805	4 888
Autres charges de personnel (en brut)	436	456	280	395	216
TOTAL REMUNERATIONS (en brut)	20 612	20 758	21 197	21 283	21 588
Charges sociales du personnel non médical	5 896	5 983	6 259	6 059	6 288
Charges sociales du personnel médical	1 387	1 460	1 636	1 450	1 600
Autres charges sociales	252	242	256	273	353
TOTAL CHARGES SOCIALES	7 535	7 685	8 152	7 782	8 241
Impôts et taxes	2 678	2 624	2 711	2 682	2 744
TOTAL CHARGES SOCIALES ET FISCALES	10 214	10 309	10 863	10 464	10 985
Personnel extérieur à rétablissement	110	549	712	448	863
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL	30 936	31 616	32 772	32 195	33 436
Charges de personnel / Produits bruts d'exploitation (en %)	75,7	75	76,5	76,1	81,3

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Le montant de la rémunération du personnel médical a augmenté de 5 % entre 2013 et 2017 et celui du personnel non-médical de 9,2 %. En valeur relative, l'évolution est particulièrement importante en ce qui concerne le personnel extérieur à l'établissement : + 684,5 %, ce qui représente une augmentation de 753 k€. En 2013, la rémunération de ces personnels représentait à peine 0,4 % du total des dépenses de personnel alors qu'en 2017 elle atteignait 2,6 % (863 k€). Ce constat est lié aux difficultés récurrentes de recrutement du personnel médical et d'infirmiers spécialisés. Cela constitue l'un des problèmes majeurs rencontré par l'établissement.

4.1.2 La contribution des différents budgets et pôles au budget global

Une approche par budget permet de constater que le budget principal (H) et celui de l'USLD sont déficitaires depuis de nombreuses années. Seul le budget de l'EHPAD dégage régulièrement un excédent, qui a d'ailleurs tendance à croître de façon importante. Il n'est, toutefois, pas suffisant pour combler le déficit structurel enregistré sur le budget de l'activité hospitalière.

Tableau 39. Contribution des différents budgets au résultat consolidé*En €*

Budgets (en €)	2013	2014	2015	2016	2017
Budget H	-1 124 473	-266 544	-880 051	-1 274 603	-3 173 932
Budget B (USLD)	-76 180	-78 573	-26 184	-116 794	-65 672
Budget E (EHPAD)	99 203	81 389	173 868	223 615	456 996
Budget C (IFSI)	119 248	-64 951	-14 838	72 038	-88 249
Total	-982 202	-328 679	-747 205	-1 095 744	-2 870 857

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Une meilleure valorisation de la filière gériatrique pourrait constituer une source de recettes supplémentaires car l'hôpital prend en charge de nombreux patients âgés, souffrant de poly pathologies, dans le cadre de son activité MCO. Or, beaucoup de ces personnes pourraient faire l'objet d'un suivi gériatrique (consultations mémoire, parcours gériatrique etc.) qui n'est pas réalisé faute de praticiens disponibles (en décembre 2018, deux postes de médecins gériatres étaient proposés sur le site Internet de l'établissement).

En 2017, les tableaux des comptes de résultat analytiques (CRéA) retracent une activité déficitaire pour tous les pôles MCO ainsi que pour la psychiatrie (activité aujourd'hui transférée au CH d'Eygurande). Il en était de même en 2016, à l'exception du pôle de médecine. En 2017, le résultat dégagé par ce dernier est devenu négatif en raison d'une forte baisse de l'activité (- 630 k€) engendrée par le départ de trois praticiens.

Tableau 40. Résultats dégagés par les principaux pôles MCO et psychiatrie*En €*

Résultats CRéA MCO et psychiatrie (hors ambulatoire)	2015 avec soutien exceptionnel ARS	2015 sans soutien exceptionnel ARS	2016	2017
Médecine	811 881	668 055	928 515	-116 757
Cardiologie	2 527	-86 391	-130 766	-490 655
Chirurgie	-1 379 304	-1 559 083	-1 508 679	-1 576 912
Gynécologie-obstétrique	158 938	82 524	-363 881	-749 341
Urgences	142 258	56 916	-152 769	-196 121
USCP (soins continus polyvalents)	-192 057	-223 593	-191 570	-213 914
Psychiatrie (*)	-457 897	-457 897	-395 458	-66 705

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC (CRéA par pôles)

(*) activité transférée le 1^{er} juin 2017

Au cours des deux derniers exercices (2016 et 2017), les activités de chirurgie, de gynécologie obstétrique et, dans une moindre mesure, de cardiologie étaient les plus déficitaires. Pour chacun de ces CRéA, les charges de personnels pèsent lourdement sur le résultat. Ainsi, en 2017, la couverture des seules charges de personnel mobilisait plus de 90 % du total des recettes en gynécologie-obstétrique (78,4 % en 2016).

Tableau 41. Extrait du CRéA gynécologie obstétrique*En €*

DEPENSES	2016	2017	RECETTES	2016	2017
Charges de personnel	1 693 069	1 804 019	Recettes hospitalisation	1 870 970	1 606 699
Charges médicales et pharma.	143 477	131 980	Recettes consultations	277 624	262 761
Charges hôtelières	26 699	27 835	Produits divers	113 561	118 054
Amortissements	22 525	25 428			
Ch. induites médicales	65 365	63 045			
Ch. induites médico-techniques	304 217	262 586			
Ch. induites hôtelières	370 683	421 962			
Dépenses totales	2 626 035	2 736 855	Recettes totales	2 262 154	1 987 514
			DEFICIT	-363 881	-749 341

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC (CRéA par pôles)

Au regard du personnel nécessaire pour assurer la sécurité et la permanence des soins, le niveau de l'activité ne permet pas de générer des recettes suffisantes pour équilibrer les comptes. Un constat similaire peut également être fait pour la chirurgie, pôle pour lequel les charges de personnel représentaient 60,5 % du total des recettes en 2017 et 58,2 % en 2016.

Tableau 42. Extrait du CRéA chirurgie*En €*

DEPENSES	2016	2017	RECETTES	2016	2017
Charges de personnel	2 776 732	2 757 895	Recettes hospitalisation	4 448 564	4 259 666
Charges médicales et pharma.	929 497	797 759	Recettes consultations	267 587	229 087
Charges hôtelières	35 435	38 226	Produits divers	51 483	68 139
Amortissements	47 326	48 522			
Ch. induites médicales	212 315	188 097			
Ch. induites médico-techniques	1 608 583	1 598 575			
Ch. induites hôtelières	666 424	704 730			
Dépenses totales	6 276 313	6 133 804	Recettes totales	4 767 634	4 556 891
			DEFICIT	-1 508 679	-1 576 912

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC (CRéA par pôles)

4.2 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) permet d'évaluer la capacité de l'établissement à dégager des ressources pour rembourser sa dette et autofinancer ses investissements. Elle découle de l'excédent brut de fonctionnement auquel on ajoute les « autres produits et charges » ainsi que les charges et produits financiers et exceptionnels, seuls les produits encaissables et les charges décaissables étant pris en compte.

Logiquement, l'évolution de la CAF suit celle de l'excédent brut d'exploitation qui a fortement diminué au cours de la période 2013-2017. Son montant est devenu négatif de 1,26 M€ en 2017, ce qui situe l'établissement bien en deçà du 2^{ème} décile quelle que soit la référence prise en compte (région, catégorie ou typologie d'établissements).

Tableau 43. Formation de la capacité d'autofinancement

En k€

Formation de la capacité d'autofinancement (en k€)	2013	2014	2015	2016	2017
Excédent brut d'exploitation	1 635	1 903	1 195	887	-1 528
+ Autres produits d'exploitation	367	354	505	583	692
- Autres charges d'exploitation	105	70	141	111	138
- Charges financières (sauf dotations)	468	464	458	598	319
+ Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)	369	252	190	309	478
- Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)	1 025	154	116	329	440
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	773	1 821	1 175	742	-1 255

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Le ratio du taux de CAF brute (avant remboursement des annuités de la dette en capital)²⁶, qui était déjà peu élevé dans le passé, est désormais négatif (- 2,93 % en 2017).

Tableau 44. Taux de CAF brute

En %

	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de CAF brute	1,8 %	4,2 %	2,7 %	1,7 %	-2,9 %

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Cette faiblesse récurrente de l'autofinancement ne permet pas à l'établissement de dégager une CAF suffisante pour couvrir le remboursement en capital de sa dette. Il ne dispose donc pas de la marge nécessaire pour autofinancer une partie de ses investissements futurs.

Tableau 45. Capacité d'autofinancement nette

En k€

Capacité d'autofinancement net (k€)	2013	2014	2015	2016	2017
Capacité d'autofinancement brute	773	1 821	1 175	742	-1 255
Remboursement du capital des emprunts	849	920	1 029	1 131	1 120
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT NETTE	-76	901	146	-389	-2 375

Source : tableau CRC, calcul à partir des tableaux IDAHO (rapports financiers)

²⁶ CAF brute / total des produits

Le niveau de la CAF nette est préoccupant même si le taux de vétusté des bâtiments et des équipements demeure, pour le moment, acceptable au regard des ratios constatés dans les établissements comparables. Toutefois, ce ratio est impacté par les importants investissements réalisés récemment à l'EHPAD (dernière tranche de construction terminée en 2012).

Tableau 46. Taux de vétusté*En %*

<i>Taux de vétusté</i>	Etablissement		Catégorie 2016		Typologie 2016	
	2016	2017	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
<i>Taux de vétusté des bâtiments</i>	43,9	NC	36,6	62,7	40,7	64,5
<i>Taux de vétusté des équipements</i>	78,1	79,6	75,1	86,8	78,1	88,9

Source : tableau CRC d'après HospiDiag

4.3 Le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement

Le fonds de roulement, qui résulte de la différence entre les financements stables et les immobilisations, a augmenté de 2,3 M€ en 2014 en raison du volume des amortissements et des provisions. Il est demeuré relativement stable jusqu'en 2017, exercice au cours duquel il a diminué de 2,4 M€, notamment à cause de l'augmentation du déficit cumulé. Exprimé en nombre de jours de charges courantes, le fonds de roulement représentait 44 jours en 2017, 50 jours en 2016 et 52 jours en 2015.

Tableau 47. Fonds de roulement*En k€*

ACTIF	2013	2014	2015	2016	2017
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	590	629	832	1 080	1 259
Immobilisations incorporelles	590	629	832	1 080	1 259
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	60 963	61 407	60 680	61 066	61 471
Terrains	485	485	485	485	485
Constructions	46 292	47 090	45 992	46 189	46 218
Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	13 598	13 691	14 062	14 251	14 768
Avances et acomptes sur cdes d'immo. corporelles	589	141	141	141	0
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	5	5	5	5	5
Participations et créances rattachées	4	4	4	4	4
Autres immobilisations financières	1	1	1	1	1
Créances de l'article 58	213	213	213	213	213
Biens stables	61 771	62 254	61 730	62 364	62 947
PASSIF	2013	2014	2015	2016	2017
Apports	8 872	8 872	8 872	7 875	7 875
Excédents affectés à l'investissement	4 434	4 589	4 696	5 112	5 431
Subventions d'investissement	6 668	7 293	6 915	7 428	7 606
Emprunts et dettes assimilées	15 212	15 592	15 563	14 639	13 519
Amortissements	28 881	30 244	31 173	32 473	34 634
Réserve de trésorerie	1 364	1 364	1 364	1 364	1 364
Réserve de compensation	15	15	59	59	15
Report à nouveau excédentaire	220	86	0	24	0
Report à nouveau déficitaire	-2 253	-3 257	-3 484	-4 533	-5 880
Résultat comptable	-982	-329	-747	-1 096	-2 871
Provisions réglementées	1 060	196	196	1 196	1 196
Provisions pour risques et charges	1 574	2 663	2 543	2 726	2 601
Autres dépréciations	68	92	148	123	81
Financements stables	65 132	67 421	67 296	67 390	65 571
FONDS DEROULEMENT NET GLOBAL	3 361	5 167	5 567	5 027	2 623

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Fin 2017, le fonds de roulement (2,6 M€) était tout juste suffisant pour couvrir le besoin en fonds de roulement (2,3 M€). Ce dernier a pourtant diminué de 1,1 M€ au cours du dernier exercice examiné en raison de l'augmentation assez sensible des dettes à court terme.

Tableau 48. Besoin en fonds de roulement*En k€*

ACTIF	2013	2014	2015	2016	2017
Stocks	583	560	562	581	605
Hospitalisés et consultants	636	634	569	592	526
Caisses de Sécurité Sociale	3 704	3 906	4 631(*)	3 235	3230
Départements	77	107	180	154	92
Mutuelles et autres tiers-payants	555	679	1 292	952	750
Créances irrécouvrables admises en non-valeur	0	0	-4	0	0
Etat et collectivités locales	19	92	0	0	0
Autres créances	972	1379	805	849	843
Dépenses à classer	10	10	0	0	0
Créances	6 556	7 367	8036	6 362	6 045
PASSIF	2013	2014	2015	2016	2017
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	960	1 148	1 825	1 489	2 325
Dettes fiscales et sociales	1 408	967	1 079	967	1 104
Avances reçues	12	4	111	180	170
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	52	72	45	32	32
Autres dettes diverses	385	721	325	196	100
Recettes à classer ou à régulariser	65	8	889 (*)	21	11
Dettes	2 881	2 920	4 274	2 885	3 742
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	3 675	4 447	3 762	3 477	2 303

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers) – En 2015, 870 k€ figuraient à tort en recettes à classer au lieu de venir en réduction des créances de sécurité sociale (745 k€) et des autres créances (125 k€).

La différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement permet de calculer le niveau de la trésorerie en fin d'année. Il s'agit d'un stock à un moment donné et non d'un flux représentatif du niveau de la trésorerie dégagée au cours de l'exercice.

Tableau 49. Trésorerie*En k€*

	2013	2014	2015	2016	2017
FRNG	3 361	5 167	5 567	5 027	2 623
BFR	3 675	4 447	3 762	3 477	2 303
TRESORERIE	-314	720	1 804	1 550	321

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Les besoins de trésorerie ont été atténués par une aide financière de l'ARS (1 M€) versée au mois de décembre 2017. Toutefois, l'établissement a eu recours à une ligne de trésorerie contractée auprès du Crédit Agricole en juin 2017. En fin d'exercice, un solde créditeur de 500 k€ figurait au compte 519 – Crédits de trésorerie. Un nouveau contrat a été conclu auprès du même prêteur en août 2018 pour un montant similaire à celui de 2017 (taux Euribor 3 mois + 0,8 %).

4.4 L'endettement

L'encours de la dette a diminué en 2016 et 2017, l'établissement n'ayant souscrit aucun emprunt au cours du dernier exercice étudié. Fin 2017, le stock de dettes s'établissait à 13,52 M€ alors qu'il avait précédemment atteint 15,59 M€ en 2014. Le montant de l'annuité à rembourser demeure toutefois élevé (1,44 M€ en 2017 dont 1,12 M€ au titre du capital) au regard de la CAF brute dégagée (742 k€ en 2016 et négative de 1,25 M€ en 2017).

Tableau 50. Endettement

En k€

Endettement (en K€)	2013	2014	2015	2016	2017
Remboursements d'emprunts	849	920	1 029	1 131	1 120
- Refinancement de dette	0	0	0	0	0
= Remboursements d'emprunts (nets)	849	920	1 029	1 131	1 120
+ Intérêts des emprunts	468	464	458	392	318
Annuité de la dette	1 317	1 384	1 487	1 523	1 438
Emprunts nouveaux (nets)	0	1 300	1 000	207	0
"					
Encours de la dette au 31/12/N	15 212	15 592	15 563	14 639	13 519

Source : tableau CRC d'après les tableaux IDAHO (rapports financiers)

Le ratio de la durée apparente de la dette n'est plus significatif depuis que la CAF est devenue négative. En 2016, il fallait près de 20 années de CAF pour rembourser la totalité des emprunts, ce qui situait le CH de Haute-Corrèze parmi les établissements présentant la situation la plus dégradée. Le ratio dit de « l'indépendance financière », qui mesure en réalité le degré de dépendance de l'établissement (rapport entre la dette et les capitaux permanents) tempère un peu ce constat car il est moins volatile que celui de la durée apparente de la dette. En 2017, sa valeur était 40,1 en deçà de la médiane nationale (44,21).

Plus que le volume d'endettement par rapport aux capitaux permanents, c'est la capacité de l'hôpital à faire face aux remboursements de sa dette qui devient très préoccupante.

4.5 L'actualisation de la situation en 2018

Cette actualisation est fondée sur des données provisoires communiquées par l'établissement en cours d'instruction.

Selon les éléments fournis par le CHHC, le déficit consolidé se réduirait par rapport aux exercices 2016 et surtout 2017 mais resterait néanmoins conséquent. Cette situation s'explique principalement par la diminution du déficit du budget principal, qui retrouverait son niveau de 2016.

Tableau 51. Résultats prévisionnels 2018 (données provisoires)*En k€*

Budgets (en €)	2018 (données provisoires)
Budget H	-1 223 110
Budget B (USLD)	22 782
Budget E (EHPAD)	280 292
Budget C (IFSI)	-18 525
Total	-938 561

Source : CHHC

En parallèle, la capacité d'autofinancement redeviendrait positive (728,7 k€) sans toutefois être suffisante pour couvrir le remboursement en capital de la dette (1,13 M€). L'hôpital continuerait à se désendetter légèrement malgré la mobilisation d'un nouvel emprunt de 1 M€ qui constituerait un apport supplémentaire pour le fonds de roulement.

Tableau 52. Equilibre du tableau de financement 2018 (données provisoires)*En €*

EMPLOIS		RESSOURCES	
		Capacité d'autofinancement	728 738
Remboursement dettes financières	1 126 910	Emprunts	1 000 000
Immobilisations	586 229	Dotations et subventions	17 097
Total des emplois	1 713 139	Total des ressources	1 745 835
Apport au fonds de roulement	32 696		
Total	1 745 835	Total	1 745 835

Source : CHHC

4.6 Conclusion de l'analyse financière

L'analyse financière met en évidence une baisse tendancielle de l'activité qui s'accompagne, en parallèle, d'une hausse des charges de personnel, en particulier à la fin de la période examinée. De ce fait, une attention toute particulière devra être portée à la maîtrise des dépenses mais cela ne sera probablement pas suffisant pour rétablir les équilibres financiers.

Sans une relance de son activité, le CH rencontrera beaucoup de difficultés pour faire face à ses échéances, qu'il s'agisse du remboursement des emprunts ou du financement des investissements. L'établissement, qui a déjà bénéficié d'importantes aides de l'ARS, est toujours dépendant de ces ressources externes. Un nouveau contrat de retour à l'équilibre est en négociation, mais, au-delà de ces financements ponctuels à venir, ce sont les difficultés structurelles du centre hospitalier qu'il faudra résoudre. La relance de l'activité est indispensable mais elle se heurte aux difficultés de recrutements du personnel médical. Or, sans un personnel stable, il est difficile d'envisager une reprise de l'activité qui nécessite de tisser des liens pérennes avec la médecine de ville. Le recours croissant à l'intérim est motivé par la nécessité d'assurer la continuité des soins mais cela a un coût de plus en plus important et ne facilite pas la mise en place de projets à moyen terme dans les pôles et les services.

La coopération avec d'autres établissements de santé mérite d'être renforcée car un partage de compétences médicales permettrait de maintenir une offre de soins diversifiée, préalable nécessaire à une reconquête de la patientèle. En parallèle, une réflexion devra également être engagée concernant l'ajustement du capacitaire au regard des taux d'occupation faibles enregistrés en MCO.

5 RESSOURCES HUMAINES

5.1 Les effectifs

5.1.1 Le personnel médical

Sur la période 2013-2017, le nombre de praticiens statutaires a diminué de près de 30 % (- 7,88 ETP par rapport à 2013). Cette baisse des effectifs n'est pas compensée par le recrutement de praticiens non statutaires. Ainsi, en 2017, on recense 8,45 ETP médicaux de moins qu'en 2013 (hors internes). La présence des internes permettait d'atténuer un peu la baisse des effectifs mais l'hôpital rencontre de plus en plus de difficultés pour en recruter. Deux raisons peuvent expliquer ce phénomène. L'établissement manque de praticiens titulaires pour encadrer les jeunes médecins en formation et ces deniers privilégient généralement les hôpitaux plus importants ou plus proches du CHU.

La reprise de l'activité de psychiatrie par le CH d'Eygurande, intervenue le 1^{er} juin 2017, a eu un impact sur les effectifs médicaux. Les trois praticiens en poste dans le service ont refusé leur transfert vers le nouvel établissement, ce qui a conduit au non renouvellement d'un CDD, au licenciement d'un médecin contractuel et à une mutation vers le CH d'Aurillac.

Tableau 53. Effectifs du personnel médical

En ETPR

Personnel médical (ETPR)	2013	2014	2015	2016	2017
Praticiens Hospitaliers temps plein	26,34	22,32	19,88	18,43	18,46
Sous-total praticiens statutaires	26,34	22,32	19,88	18,43	18,46
Praticiens contractuels	14,39	15,72	13,45	10,36	10
Attachés	2,18	2,00	2,83	2,75	2,5
Cliniciens hospitaliers	0	0	1,83	3,52	3,5
Sous-total praticiens non-statutaires	16,57	17,72	18,11	16,63	16,00
Internes	7,45	9,50	14,72	12	11,86
Total des praticiens	50,37	49,54	52,71	47,06	46,32

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC

En janvier 2019, sept postes de praticiens non pourvus figuraient sur le site Internet de l'hôpital à la rubrique « offres d'emplois »²⁷. Cette situation n'est malheureusement pas exceptionnelle. Les difficultés de recrutement étant structurelles et concernant de nombreuses spécialités.

Pour pallier la diminution des effectifs, le centre hospitalier doit faire appel à l'intérim médical, ce qui génère des coûts importants.

5.1.2 Le personnel non médical

Le nombre d'ETP non médicaux a diminué de 1,4 % entre 2013 et 2017 (- 5,95 ETP) mais a progressé de 4,4 % si l'on prend pour référence l'année 2014. L'effectif des titulaires représente entre 78 % et 80 % de l'ensemble des ETP sur la période examinée. Alors que le nombre d'agents en contrat à durée indéterminé (CDI) a eu tendance à diminuer, les contrats à durée déterminée (CDD) sont un peu plus nombreux qu'en début de période.

Tableau 54. Effectifs du personnel non médical

En ETPR

Personnel non médical (ETPR)	2013	2014	2015	2016	2017
Administratifs	39,45	41,91	43,79	46,29	48,17
Soignants, Educatifs et sociaux	264,67	247,72	245,43	250,23	256,52
Techniques	29,37	27,76	28,30	32,91	31,68
Médico-techniques	10,09	10,34	12,06	11,25	10,31
Sous-total titulaires	343,58	327,73	329,57	340,68	346,69
Administratifs	16,02	13,69	10,78	10,53	9,64
Soignants, Educatifs et sociaux	38,03	34,25	30,43	34,11	35,83
Techniques	6,86	7,62	7,55	1,68	3,22
Médico-techniques	4,01	4,31	2,60	5,02	5,43
Sous-total CDI	64,93	59,88	51,36	51,34	54,12
Administratifs	8,29	6,67	8,52	7,12	10,48
Soignants, éducatifs et sociaux	18,04	15,99	21,92	21,10	20,35
Techniques	3,18	3,23	3,54	3,22	2,68
Médico-techniques	2,25	2,33	3,80	1,38	0,00
Sous-total CDD	31,77	28,23	37,79	32,82	33,52
Total personnel non médical	440,28	415,84	418,72	424,83	434,33

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC

En mai 2017, 32 ETP non médicaux étaient affectés en psychiatrie. 18 ont accepté leur transfert vers le CH du pays d'Eygurande (CHPE) et 14 ont refusé. Parmi les personnels transférés, certains ont demandé leur réintégration à Ussel et aujourd'hui 12 ETP restent mis à disposition du CHPE, ce qui constitue un défi pour l'hôpital qui doit réaffecter ces agents et, si besoin, les former.

²⁷ Deux gériatres, deux médecins qualifiés en médecine polyvalente, deux urgentistes et un médecin qualifié en gynécologie-obstétrique.

5.1.3 Les difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement

L'établissement est confronté à d'importantes difficultés de recrutement pour le personnel médical ainsi que pour certains personnels infirmiers spécialisés.

Concernant le personnel médical, la médecine polyvalente, la gynécologie-obstétrique, les urgences, la cardiologie, l'ORL et la pédiatrie sont plus particulièrement concernés. L'hôpital assure pourtant une large diffusion de ses offres d'emploi sur son site Internet, sur celui de la Fédération Hospitalière de France (FHF) ainsi que dans des revues spécialisées. Des efforts sont également consentis pour attirer des médecins à Ussel : mise à disposition temporaire d'un logement dépendant du centre hospitalier, accompagnement à la recherche d'un logement pérenne et à la recherche d'emploi pour le conjoint.

Malgré ces initiatives, les recrutements sont rares et les emplois ont du mal à être pourvus. Une augmentation du temps partagé avec le CHU, établissement support du GHT, pourrait être un facteur attractif mais les deux établissements sont éloignés géographiquement (1 h 40 de route). Des contacts ont également été pris avec le CH de Brive, plus proche que le CHU (environ 1 h de route), pour évaluer les possibilités de coopération qui pourraient être mises en œuvre.

Cette situation engendre un recours important et accru à l'intérim car les contrats de gré à gré, dont la rémunération est plafonnée au 4^{ème} échelon de la grille de praticien hospitalier plus 10 %, sont souvent jugés peu attractifs par les médecins²⁸. L'hôpital fait donc appel à des agences d'intérim.

Tableau 55. Coût de l'intérim médical et paramédical (hors frais d'agence)

En €

Comptes	Libellés	2013	2014	2015	2016	2017
62113	Personnel médical		194 173	247 407		692 790
62114	Personnel paramédical	110 379	354 634	465 028	447 632	169 808

Source : tableau CRC d'après les balances des comptes 2013-2017

Pour les médecins, le coût de l'intérim atteint 692,7 k€ en 2017. Les forfaits journaliers facturés par le prestataire étaient compris entre 1 140 € et 2 071 € selon les spécialités. La rémunération nette versée au praticien était, quant à elle, comprise entre 550 € par jour (médecin généraliste) et 1 000 € par jour (gynécologue obstétricien), les frais de déplacement et d'hébergement étant généralement laissés à la charge de l'établissement.

En plus du personnel médical, les difficultés de recrutement concernent également le personnel infirmier spécialisé. L'hôpital dispose d'un IFSI/IFAS (institut de formation en soins infirmiers et institut de formation pour les aides-soignants), ce qui réduit les problèmes de recrutements d'IADE (infirmier diplômé d'état). En revanche, le manque d'infirmiers de bloc opératoire (IBODE) engendre, chaque année, un recours important et coûteux à l'intérim (159,8 k€ en 2017 au titre des seuls IBODE).

²⁸ Cf. rapport de décembre 2013 rédigé par M. Olivier Véran, député de l'Isère.

Les prestations d'intérim médical et non médical n'ont pas fait l'objet de marchés publics malgré les montants élevés que représentaient ces dépenses réalisées auprès de plusieurs sociétés spécialisées. Certaines années, les sommes mandatées dépassaient le seuil des procédures formalisées figurant à l'article 42 de l'ordonnance 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics (209 000 € HT puis 221 000 € HT à compter du 1^{er} janvier 2018 pour les marchés de fournitures et de services). A l'avenir, la chambre recommande donc à l'établissement de procéder à la passation de marchés publics, par exemple sous la forme de marchés à bons de commandes, afin de se conformer aux règles de procédure et de publicité imposées par la réglementation relative à la commande publique. Selon les précisions apportées par la direction en cours d'instruction, les marchés d'intérim médical et paramédical devraient être encadrés par le GHT du Limousin courant 2019.

Tableau 56. Coût de l'intérim médical et paramédical (hors frais d'agence)

En €

Comptes	2015	2016	2017
62113 - Médical	247 407	0	692 790
62114 - Paramédical	465 028	447 632	169 808

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur confirme qu'une consultation concernant les prestations d'intérim a été lancée dans le cadre du GHT et que l'analyse des offres est en cours.

Recommandation n° 7 : procéder à la signature de marchés publics lorsque les prestations d'intérim sont assurées par des sociétés externes, dans le respect des procédures et des seuils qui régissent les règles de la commande publique.

5.2 Le temps de travail

Aucun système d'enregistrement automatique du temps de travail n'est déployé dans l'établissement alors que des indemnités horaires pour travaux supplémentaires sont régulièrement versées au personnel. L'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 dispose que « *le versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires (...) est subordonné à la mise en œuvre (...) de moyens de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires (...) accomplies* ». Seules deux exceptions sont prévues par la réglementation lorsque les personnels exercent leur activité en dehors de leurs locaux de rattachement ou lorsque l'effectif des agents susceptible de percevoir des IHTS est inférieur à dix, ce qui n'est pas le cas au centre hospitalier de Haute-Corrèze. La chambre régionale des comptes recommande donc à l'établissement de se conformer aux dispositions réglementaires en vigueur en instaurant un dispositif de contrôle automatisé du temps de travail.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur du centre hospitalier précise que la mise en place d'un tel dispositif n'est pas d'actualité mais qu'il dispose d'un logiciel permettant une informatisation des plannings et donc un contrôle des heures supplémentaires.

Ce dispositif, aussi utile soit-il, ne permet toutefois pas de répondre aux obligations imposées par le décret précité.

Le protocole d'accord local relatif à l'aménagement, l'organisation et la réduction du temps de travail a été signé en 2002. Ce document, qui concerne le personnel non médical, a fait l'objet de modifications ultérieures. Ainsi, dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), signé en 2014, un avenant à l'accord a été conclu en juin 2014 pour la période courant du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2016. Le temps de travail journalier des agents ne travaillant pas en horaire dérogatoire a été ramené de 7 h 35 à 7 h 30, générant une baisse du nombre de jours RTT de 17 à 15. Cette mesure est toujours en application même si les organisations syndicales demandent régulièrement un retour au régime antérieur.

Deux services fonctionnent selon un horaire dérogatoire en 12 heures. Il s'agit de la maternité (19 personnes dont huit sages-femmes) et des urgences (34 personnes dont 19 infirmiers).

L'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015, relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence, prévoit qu'un « *contrat, de principe annuel, détermine en fonction des priorités établies par le chef de service, en lien avec le chef de pôle, les activités non postées définies par missions propres à chaque praticien après concertation avec celui-ci* ». Ce contrat est signé entre le praticien et le chef de service, et doit être visé par le chef de pôle et par le directeur de l'établissement. Or, au CHHC, ces contrats ont été formalisés mais n'ont pas été signés.

Récemment, entre juin et septembre 2018, plusieurs documents ont été réalisés par un élève attaché d'administration hospitalière dans le cadre de son stage de mise en situation : guide d'utilisation de l'outil de gestion du temps de travail e-planning (déployé au second semestre 2016), guide de gestion des rappels et guide de gestion du temps de travail.

Ce dernier document (45 pages) fait le point sur l'ensemble des règles applicables pour le personnel non médical. Afin de compléter ce travail, il pourrait s'avérer utile de rédiger un guide portant sur le personnel médical. Par ailleurs, il n'existe pas non plus de guide pour les nouveaux salariés, à l'exception d'un livret d'accueil destiné aux internes rédigé courant 2018. Une information à destination des nouveaux médecins a bien été réalisée en 2014 mais elle nécessite aujourd'hui une mise à jour.

Recommandation n° 8 : mettre en place un dispositif de contrôle automatisé du temps de travail conformément aux dispositions de décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 modifié relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

5.3 La continuité des soins

La continuité des soins est une problématique majeure et récurrente au sein des centres hospitaliers qui peinent à recruter des médecins. C'est le cas à l'hôpital d'Ussel qui dispose par ailleurs d'une offre de soins diversifiée.

Le mode opérationnel en vigueur repose sur des astreintes, sauf bien sûr pour les urgences qui fonctionne avec un double système de gardes et astreintes.

La forfaitisation des astreintes a été décidée en 2006, comme le permet l'arrêté du 30 avril 2003 modifié relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.

Les tarifs appliqués au CHHC pour rémunérer les astreintes opérationnelles varient selon les services et les périodes. La grille est assez complexe car le calcul fait également intervenir la durée de l'astreinte bien que cette dernière soit forfaitisée.

Plusieurs de ces tarifs ne respectent pas les dispositions réglementaires en vigueur, en particulier ceux appliqués les dimanches et jours fériés. En effet, l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 indique que *« sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 189,96 € pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les établissements bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-1 du code de la santé publique ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place »*. Or, les astreintes opérationnelles réalisées les dimanches et jours fériés sont rémunérées au tarif de 239,83 € lorsque les déplacements cumulés sont inférieurs à trois heures et au tarif de 479,64 € s'ils sont supérieurs à trois heures.

Ce dispositif n'est pas conforme à la réglementation parce que, d'une part, les tarifs appliqués sont supérieurs à ceux mentionnés dans l'arrêté et, d'autre part, parce qu'ils varient en fonction de la durée des déplacements, ce qui est contraire au principe d'une astreinte forfaitisée qui, normalement, ne tient pas compte des déplacements réalisés.

Tableau 57. Rémunération des astreintes opérationnelles forfaitisées*En €*

Plages horaires	Tarifs des astreintes opérationnelles (€)
Urgences	
Nuit 18h30-8h30	176,54
Samedi après midi	PH = 88,27 PAA = 81,60
Dimanche/férié	AO moins de 3H : 239,83
	AO plus de 3H : 479,64
Anesthésie	
Nuits de 18H30 à 8h30	176,54
Samedis après-midi	159,72
Dimanche / Férié	AO moins de 3H : 239,83
	AO plus de 3H : 479,64
Chirurgie / Gynécologie / Radiologie	
Nuits de 18H30 à 8h30	176,54
Samedis matin	PH = 88,27 PAA = 81,60
Samedis après-midi	PH = 88,27 PAA = 81,60
Dimanche / Férié	AO moins de 3H : 239,83
	AO plus de 3H : 479,64
Médecine / Cardiologie	
Nuits de 18H30 à 8h30	176,54
Samedis après-midi	PH = 88,27 PAA = 81,60
Dimanche / Férié	AO moins de 3H : 239,83
	AO plus de 3H : 479,64

Source : tableau CRC d'après les données du CHHC

Au CHHC, l'astreinte de sécurité est rémunérée 30,91 €, y compris les samedis après-midi²⁹. Or, le tarif applicable fixe la rémunération à 30,91€ pour une nuit ou deux demi-journées mais à 15,47 € pour une demi astreinte le samedi après-midi³⁰.

Par ailleurs, en chirurgie, gynécologie et radiologie, une astreinte opérationnelle est comptabilisée le samedi matin alors que la période de permanence des soins débute normalement le samedi après-midi. L'arrêté susmentionné rappelle que « l'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologiques comprend un service quotidien de jour et un service relatif à la permanence des soins, pour la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés, sous forme de permanence sur place ou par astreinte à domicile ».

²⁹ Extrait de l'article 3 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé :

« L'astreinte à domicile peut prendre la forme :

- d'une astreinte opérationnelle de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités qui peuvent donner lieu régulièrement à des appels ;
- d'une astreinte de sécurité de nuit, de samedi après-midi, de dimanche ou de jour férié dans les activités qui ne donnent lieu qu'à des appels peu fréquents ».

³⁰ Article 14 de l'arrêté du 30 avril relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé

Le dispositif retenu pour l'organisation et la rémunération des astreintes s'explique probablement par les difficultés rencontrées en matière de recrutement. Toutefois, il n'est pas conforme au dispositif réglementaire en vigueur et n'a, selon l'hôpital, pas fait l'objet d'une décision formelle du chef d'établissement. La chambre régionale des comptes recommande donc que le dispositif retenu soit revu afin de respecter les dispositions prévues par la réglementation.

Enfin, le temps de travail des médecins durant les périodes d'astreinte n'est pas comptabilisé. Les bons d'intervention ne sont renseignés que le dimanche car l'indemnité varie selon la durée du travail réalisé en astreinte. Or, l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 prévoit un suivi des déplacements et le recueil des informations suivantes : heure de l'appel reçu, heure d'arrivée et de départ de l'hôpital, nom du malade soigné et indication des soins dispensés. La forfaitisation n'exonère pas le directeur de l'établissement de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement passé, indépendamment du forfait fixé. Ce décompte reste nécessaire de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de quarante-huit heures.

En réponse, le directeur indique que la traçabilité des interventions en période d'astreinte sera mise en place au troisième trimestre 2019, ce qui permettra d'évaluer et d'actualiser les tarifs appliqués pour la fin de l'année.

Recommandation n° 9 : formaliser l'organisation de la permanence des soins par une décision du directeur après avis de la commission médicale d'établissement (article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé).

Recommandation n° 10 : revoir les tarifs appliqués pour les astreintes opérationnelles des dimanches et jours fériés et les astreintes de sécurité du samedi après-midi afin de respecter les tarifs réglementaires en vigueur. Par ailleurs, le samedi matin ne doit pas donner lieu au versement d'astreinte, conformément aux dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.

Recommandation n° 11 : comptabiliser le temps de travail des médecins durant les périodes d'astreinte quel que soit le jour afin de se conformer aux dispositions de l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé.



Les publications de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine