



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE FIGEAC (Lot)

Exercices 2012 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. UN CENTRE HOSPITALIER DE PROXIMITÉ DANS UN TERRITOIRE VIEILLISSANT	8
1.1. Un territoire dynamique mais enclavé, avec une population vieillissante.....	8
1.2. Une offre de soin diversifiée assurée dans des locaux inadaptés	8
2. DES COMPTES GLOBALEMENT FIABLES	9
3. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI S'AMÉLIORE MAIS RESTE ENCORE FRAGILE.....	12
3.1. Un résultat déficitaire en début de période mais qui s'améliore à compter de 2015.....	12
3.1.1. Une progression des produits supérieure à celle des charges	13
3.1.2. Une évolution contrastée des charges	15
3.2. Un financement insuffisant pour couvrir l'investissement, se traduisant par un prélèvement sur le fonds de roulement et des difficultés de trésorerie.....	16
3.3. Une situation qui reste fragile.....	17
4. UN REGROUPEMENT AVEC UNE CLINIQUE PRIVÉE QUI N'A PAS PERMIS DE DYNAMISER SUFFISAMMENT L'ACTIVITÉ	18
4.1. Un transfert d'activité censé améliorer la situation de l'établissement	18
4.1.1. Deux activités de chirurgie regroupées sur un seul plateau technique	18
4.1.2. Le gain financier attendu de l'opération	19
4.1.3. Un impact en termes d'activité moins favorable que prévu	20
4.2. Un projet coûteux et insuffisamment encadré	22
4.2.1. Des conditions favorables à la clinique	22
4.2.2. Les conséquences sur le projet de rénovation d'ensemble des bâtiments ...	23
4.2.3. Un encadrement insuffisant de l'activité SSR	24
5. UNE AMÉLIORATION DES RÉSULTATS QUI S'EXPLIQUE D'AVANTAGE PAR LES EFFORTS ENTREPRIS EN TERMES DE CODAGE QUE PAR L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ.....	26
5.1. Une activité qui augmente faiblement	26
5.1.1. Après une hausse entre 2012 et 2013, l'activité s'est stabilisée	26
5.1.2. Un bassin peu dynamique en termes de demande de soins, la présence de nombreux établissements concurrents	27
5.2. Une augmentation des recettes résultant d'une amélioration du codage des séjours.....	30
6. RENFORCER LES EFFORTS ENTREPRIS ET MIEUX ADAPTER L'OFFRE DE L'ÉTABLISSEMENT AUX BESOINS DU TERRITOIRE DE SANTÉ	32
6.1. Poursuivre les actions engagées.....	32
6.1.1. Accroître les partenariats	32
6.1.2. Améliorer l'efficacité de l'établissement.....	33
6.1.3. S'assurer de l'adéquation du niveau de redevance versée dans le cadre du GCS.....	35
6.1.4. Mieux encadrer l'activité libérale des praticiens hospitaliers.....	36
6.1.5. Maîtriser le budget dédié à la permanence des soins.....	37

6.2. Renforcer l'adaptation de l'offre aux besoins du territoire	42
6.2.1. Une rénovation immobilière essentielle, mais insuffisante	42
6.2.2. Une offre de soins davantage adaptée à la population.....	45
ANNEXES.....	48
GLOSSAIRE.....	61

SYNTHÈSE

La ville de Figeac (près de 10 000 habitants) est localisée dans la partie est du département du Lot. Le centre hospitalier (CH), situé dans le centre historique, est un établissement de proximité, traditionnellement tourné vers le département de l'Aveyron, très proche ; il ne détient globalement qu'une part de marché inférieure à 50 %.

Jusque-là déficitaire, sa situation financière s'est nettement améliorée depuis 2015, les produits ayant augmenté davantage que les charges. Ce redressement ne résulte pas, comme cela était espéré, par le regroupement d'activité engagé en 2012 avec une clinique privée. Alors que le transfert de l'activité chirurgicale de la clinique sur le seul site de l'hôpital devait lui permettre d'accroître son activité et de dégager un excédent, cette opération s'est traduite par une perte pour l'établissement, évaluée à 70 000 € annuels en 2014. De surcroît, ce projet, financé sur fonds publics, ne s'est pas réalisé sur des bases profitables à l'hôpital. Ce dernier a dû déléguer une activité de soins de suite et de réadaptation à l'équilibre, tout en restant juridiquement responsable de son exercice. Enfin, la priorité donnée à l'activité de chirurgie a conduit à différer notamment la rénovation du service de médecine, indispensable à l'accroissement de l'efficacité et de l'attractivité de l'établissement.

L'amélioration de la situation financière s'explique donc davantage par les efforts engagés pour accroître l'exhaustivité et la qualité du codage des séjours, ce qui lui a permis d'augmenter les recettes versées par l'assurance maladie. Son volume d'activité est resté stable, voire en diminution. L'établissement doit en effet composer avec une demande de soins peu dynamique, et il est soumis à la concurrence des établissements qui l'entourent.

La pérennité de son équilibre financier repose sur sa capacité à continuer les efforts engagés pour renforcer son efficience : s'appuyer sur le groupement hospitalier de territoire (GHT) en construction, renforcer ses liens avec la médecine de ville, appliquer le plan d'économie élaboré, s'assurer que la rémunération versée par les médecins libéraux corresponde aux charges engendrées par leur activité et maîtriser le coût de la permanence des soins.

Le centre hospitalier doit également continuer à adapter son offre de soins aux attentes du territoire. Si la reconstruction de son service de médecine a été engagée en 2018, la modernisation des urgences n'est prévue qu'en 2019. L'établissement doit aussi proposer une offre de soins davantage centrée sur les personnes âgées, par la prise en charge directe de ces patients, la structuration d'une filière de soins palliatifs et l'anticipation de la reprise de l'activité de soins de suite et de réadaptation.

RECOMMANDATIONS

1. Réaliser, en partenariat avec le comptable public, une revue des restes à recouvrer, afin d'organiser un recouvrement contentieux concerté et de simplifier l'admission en non-valeur des créances irrécouvrables, notamment les créances de faible montant. *Mise en œuvre en cours.*
2. Poursuivre avec le comptable un travail de mise en concordance entre l'état de l'actif et l'inventaire des immobilisations. *Mise en œuvre en cours.*
3. Établir des durées d'amortissement conformes à l'instruction comptable M21 et respecter les choix effectués. *Non mise en œuvre.*
4. Renégocier la convention avec la clinique Font Redonde pour fixer un montant de loyer adéquat. *Non mise en œuvre.*
5. S'assurer que le niveau de la redevance versée dans le cadre du groupement de coopération sanitaire corresponde aux charges supportées par l'établissement pour cette activité. *Non mise en œuvre.*
6. Produire pour chaque praticien, conformément au code de la santé publique, le récapitulatif quadrimestriel individuel du tableau de service détaillant le temps de travail effectué. *Non mise en œuvre.*
7. Opérer des contrôles réguliers des conditions de participation à la permanence des soins pour vérifier la réalité du service fait. *Mise en œuvre en cours.*
8. Anticiper la reprise de l'activité de SSR, en exigeant de la clinique des rapports d'activité répondant à un cahier des charges précis. *Mise en œuvre en cours.*

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières « Par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Figeac a été ouvert le 13 décembre 2017 par lettre du président de section à M. Francis Teulier, ordonnateur en fonctions. Un courrier a également été adressé le 24 janvier 2018 à MM. Jean-Paul Maréchal et Eric Fradet, précédents ordonnateurs.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 12 avril, 3 et 4 mai 2018.

Lors de la séance du 5 juin 2018, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises le 31 juillet 2018 à M. Francis Teulier. M. Eric Fradet, en qualité d'ordonnateur précédent, en a également été destinataire pour la partie afférente à sa gestion. Quant à M. Jean-Paul Marechal, il a été destinataire d'une lettre de clôture de procédure en date du 31 juillet 2018. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 14 février 2019, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. UN CENTRE HOSPITALIER DE PROXIMITÉ DANS UN TERRITOIRE VIEILLISSANT

1.1. Un territoire dynamique mais enclavé, avec une population vieillissante

Figeac, dont la population stable s'élève à 9 826 habitants¹, s'inscrit dans une aire urbaine de 25 000 habitants. Située à l'est du département du Lot, la ville est plutôt tournée vers le département voisin de l'Aveyron.

Son territoire profite d'un certain dynamisme économique avec une zone d'emploi située au sein de la « Mecanic Vallée », qui accueille des établissements industriels œuvrant dans les métiers de l'industrie mécanique, en particulier dans les domaines de l'aéronautique, de l'automobile et de la machine-outil, ainsi que les industries agroalimentaires. Avec une évolution de + 2,3 % de ses effectifs salariés en 2016, le bassin d'emploi de Figeac fait partie des dix bassins d'Occitanie présentant les hausses les plus sensibles.

Le territoire est néanmoins marqué par un vieillissement de la population, qui se retrouve en situation d'isolement et de fragilité compte tenu de l'enclavement et de l'éloignement des grandes villes. La part des plus de 75 ans représente 13,2 % de la population en 2014, alors qu'elle n'est que de 9,2 % en moyenne en France. Les plus de 65 ans représentent 25 % de la population à Figeac contre 18 % dans la France dans son ensemble. La population susceptible de se rendre à l'hôpital est donc relativement âgée, et nécessite une prise en charge adaptée. Selon le diagnostic établi dans le cadre de l'élaboration du projet régional de santé 2018-2022 de la région Occitanie, 24 % de la population du Lot² d'au moins 75 ans et plus se déclare en mauvais état de santé, contre 22 % pour la moyenne régionale, et 21 % pour la moyenne nationale.

1.2. Une offre de soin diversifiée assurée dans des locaux inadaptés

Le centre hospitalier compte 92 lits, répartis dans les services suivants : 50 lits de médecine (23 lits de gastro-entérologie, 21 lits de cardiologie, 6 lits en unité de soins continus (USC)), 40 lits de chirurgie, 2 lits en unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD). S'y ajoutent 10 places en ambulatoire. Sa maternité a fermé en 2009, remplacée par un centre de périnatalité.

Il est également doté d'un plateau technique comprenant un service d'urgence, avec un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), un service d'imagerie médicale avec scanner, un bloc opératoire comprenant quatre salles aseptiques, une salle d'endoscopie, une salle post-interventionnelle de neuf places, une pharmacie à usage intérieur (PUI) et une antenne du laboratoire du centre hospitalier de Decazeville.

L'établissement comprend également une partie logistique, avec une cuisine autonome (alimentant l'hôpital, les deux EHPAD et la clinique de Font Redonde), une lingerie relais et un magasin.

¹ Source : données Insee de janvier 2018 basées sur la population légale au 1^{er} janvier 2015.

² Le département du Lot dans son ensemble est confronté au vieillissement, qui en fait un des territoires les plus âgés de France. D'ici 2050, près de la moitié de la population aura au moins 60 ans (*Questions de santé, l'ARS en action dans le Lot 2013-2017*).

Cet hôpital de proximité (en 2016, 80 % de ses patients proviennent du département du Lot et 14 % de l'Aveyron) a développé des coopérations avec les établissements de Decazeville et de Villefranche-de-Rouergue, bien qu'ayant intégré le GHT du Lot.

Situé dans le centre historique, l'établissement est édifié sur les fondations de l'ancien hôpital Saint-Jacques, étape du chemin de Compostelle, inscrit au patrimoine mondial de l'Unesco. Une partie des activités de l'hôpital est donc aujourd'hui installée dans des bâtiments inadaptés malgré deux opérations de réhabilitation, ayant concerné le service des urgences en 2008 et le bloc opératoire suite au regroupement sur le site du centre hospitalier de l'activité de chirurgie de la clinique voisine de Font Redonde. Plusieurs bâtiments, composant l'ancien EHPAD du centre hospitalier, sont aujourd'hui vétustes et désaffectés.

Les travaux de rénovation des services de médecine, pharmacie, admissions et consultations externes devraient s'achever en 2020.

2. DES COMPTES GLOBALEMENT FIABLES

Les établissements publics de santé sont soumis à une obligation constitutionnelle de fiabilité de leurs comptes (article 47-2³ de la Constitution). L'article 17 de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a renforcé cette exigence par l'obligation de certification des comptes des hôpitaux par un auditeur externe indépendant dès lors que le total des produits du compte de résultat principal est égal ou supérieur à 100 M€ au cours de trois exercices successifs.

Au titre des exercices sous revue, l'hôpital de Figeac n'est pas soumis à cette obligation, le total des produits variant entre 33 M€ et 36 M€. Pour autant, l'exigence de qualité comptable ne vaut pas uniquement pour les seuls établissements dont les comptes doivent être certifiés mais s'impose à l'ensemble des hôpitaux publics. Le centre hospitalier de Figeac a ainsi débuté une démarche de fiabilisation des comptes à partir de 2009 et a régularisé de nombreux aspects de sa comptabilité (provisions, rattachements...). Aucune convention partenariale n'a cependant été signée entre le comptable et l'établissement, alors qu'une telle convention aurait pu conforter le travail engagé.

Plusieurs aspects peuvent encore être améliorés. Ainsi, la qualité des prévisions budgétaires pourrait être renforcée. En effet, il existe des écarts parfois importants (cf. tableaux en annexe 1), de - 5 % à + 42 %, entre les prévisions (décisions modificatives comprises) et les réalisations, qu'il s'agisse des charges à caractère médical (charges de titre 2), des charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles (charges de titre 4), des produits versés par l'assurance maladie (titre 1), des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), ou des autres produits (titre 3). De même, les réalisations de chaque exercice sont systématiquement en-deçà des prévisions d'investissement, tout particulièrement en 2012 (taux de réalisation de 29 %) et 2014 (taux de réalisation de 14 %). L'établissement le justifie par une situation financière ne permettant pas de disposer de la trésorerie nécessaire pour assurer le mandatement des dépenses d'investissement prévues. Il n'en demeure pas moins que ces écarts affectent la fiabilité de l'état de prévision de recettes et de dépenses (EPRD).

Si le rattachement des charges et des produits à l'exercice est de manière globale correctement effectué, tant s'agissant des charges à payer sur exercice précédent que des charges

³ « Les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière ».

et produits sur exercices antérieurs et de l'apurement des comptes transitoires, le rattachement des produits à recevoir n'est, en revanche, pas effectué de manière exhaustive.

En effet, certaines recettes de l'établissement proviennent de deux exercices (séjours à cheval sur deux années), ou ne sont versées que l'année suivante (produits liés à l'activité hospitalière du dernier trimestre de l'année, mais non encore encaissés). Or ces produits devraient être retracés au compte 418, pour respecter le principe d'indépendance des exercices, ce qui n'est pas le cas depuis 2011.

Par ailleurs, le rattachement des charges et des produits constatés d'avance n'est pas mis en œuvre (aucun mouvement sur les comptes 486 et 487). L'instruction M21 précise pourtant que sont exclus du résultat annuel les charges et les produits constatés d'avance, qui donnent lieu à émission d'un mandat de paiement ou d'un titre de recettes, mais qui se rapportent partiellement ou totalement à l'exercice suivant. C'est le cas notamment des contrats de maintenance, ou des polices d'assurance. La mise en œuvre d'une telle procédure permettrait pourtant de fiabiliser le résultat de l'établissement.

La comptabilisation des provisions est conforme à la réglementation : les comptes épargne-temps sont correctement provisionnés, de même que le renouvellement des immobilisations. Le centre hospitalier respecte la réglementation en matière de provisions pour risques et charges, tout comme pour les provisions pour créances irrécouvrables. Pour autant, en l'absence d'un partenariat étroit entre l'ordonnateur et le comptable public, le montant des admissions en non-valeur est insuffisant. En effet, l'examen des comptes a révélé la présence de nombreux restes à recouvrer d'un montant inférieur à 30 € (plus de 122 000 € sur plus de 8 000 titres). Or seuls les titres supérieurs à 30 € peuvent faire l'objet de moyens de poursuites efficaces. Les titres inférieurs à ce montant doivent donc être admis en non-valeur en l'absence de paiement spontané, pour éviter qu'ils ne faussent le bilan par leur présence. A la suite du contrôle de la chambre, l'ordonnateur a indiqué s'être rapproché du comptable public afin d'élaborer une procédure à mettre en œuvre pour traiter de manière régulière les admissions en non-valeur. Aucun protocole concernant le recouvrement contentieux n'étant pour l'instant envisagé, la chambre ne peut que maintenir sa recommandation.

Recommandation

1. Réaliser, en partenariat avec le comptable public, une revue des restes à recouvrer, afin d'organiser un recouvrement contentieux concerté et de simplifier l'admission en non-valeur des créances irrécouvrables, notamment les créances de faible montant. *Mise en œuvre en cours.*

Des discordances entre le compte financier et l'inventaire ont été constatées (cf. tableaux en annexe 1). Certes, l'inventaire 2016 présente une différence globalement minime par rapport au compte financier, à hauteur de 19 060 €, mais cette différence couvre des disparités plus importantes dans le détail des comptes (132 479 € pour le compte 20 ou 118 879 € pour le compte 28 par exemple). Les différences sont encore plus importantes avec l'état de l'actif établi par le comptable. Ainsi, une différence de plus de 9 M€ apparaît au compte 21, entre l'actif (33,3 M€) et l'inventaire (43,2 M€). De même, les amortissements des immobilisations sont inscrits pour 10 M€ dans l'état de l'actif du comptable, et pour 21 M€ dans l'inventaire tenu par l'ordonnateur.

L'inventaire immobilier réalisé par l'ordonnateur ne renvoie donc pas une image fidèle du patrimoine de l'établissement. Aucune procédure formalisée pour le recensement et le suivi des immobilisations n'a été mise en place, non plus que de convention avec le comptable. Seul un numéro d'inventaire est attribué à chaque nouvelle immobilisation, numéro ensuite transmis au

comptable au mandatement de la facture. L'absence de travaux sur une partie de la période sous revue aurait pourtant pu être mise à profit pour fiabiliser les comptes dans ce domaine et mettre en place une procédure adaptée. L'ordonnateur s'est engagé à collaborer avec le comptable pour mettre en concordance l'inventaire avec l'état de l'actif.

Recommandation

2. Poursuivre avec le comptable un travail de mise en concordance entre l'état de l'actif et l'inventaire des immobilisations. *Mise en œuvre en cours.*

Par ailleurs, les durées des amortissements sont variables, et supérieures aux préconisations de la M21. C'est le cas notamment du matériel biomédical, amorti entre sept et dix ans sur la période, alors que l'instruction conseille quatre à cinq ans, ou du matériel informatique, amorti sur sept à dix ans, alors que la M21 indique deux à trois ans. De plus, les durées d'amortissement peuvent varier au sein d'une même catégorie, pour des immobilisations identiques. C'est le cas des micro-ordinateurs, dont les achats en 2011 sont amortis sur sept ans, ceux réalisés en 2014 sur cinq ans et ceux effectués en 2016 sur sept ans. Un matelas à air acheté en 2012 est amorti sur dix ans, alors que le même matelas acheté en 2015 est amorti sur sept ans.

La chambre rappelle que l'instruction M21 prévoit qu'une durée choisie doit être identique pour une même catégorie de biens, utilisés dans des conditions similaires, afin de donner une image fidèle du patrimoine de l'établissement.

Recommandation

3. Établir des durées d'amortissement conformes à l'instruction comptable M21 et respecter les choix effectués. *Non mise en œuvre.*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si le centre hospitalier de Figeac s'est engagé dans une démarche de fiabilisation des comptes dès 2009, des améliorations peuvent encore être apportées. Les prévisions budgétaires pourraient être plus précises. Le rattachement des séjours à cheval et la comptabilisation des charges et produits constatés d'avance devraient être mis en œuvre, pour renforcer encore le principe d'indépendance des exercices. L'établissement respecte le principe de prudence et a constitué des provisions conformes à la réglementation. En revanche, l'absence de partenariat entre le comptable et l'établissement a pour conséquence la persistance, à l'actif, de créances irrécouvrables qui devraient être admises en non-valeur. La chambre a enfin constaté l'absence de concordance entre les écritures du compte financier, l'inventaire immobilier de l'établissement et l'actif du comptable, ainsi que des durées d'amortissement des biens, fluctuantes, et supérieures aux préconisations de l'instruction M21. Un rapprochement est actuellement en cours avec le comptable, afin de remédier à ces anomalies.

L'examen réalisé par la chambre n'a pas débouché sur le constat d'erreurs graves, de nature à rendre insincères les résultats de l'établissement, les irrégularités constatées pouvant être corrigées par la mise en œuvre d'un partenariat étroit avec le comptable.

3. UNE SITUATION FINANCIÈRE QUI S'AMÉLIORE MAIS RESTE ENCORE FRAGILE

Le budget consolidé du centre hospitalier regroupe le budget principal (budget H) et trois budgets annexes : le budget E1, qui regroupe les charges et produits de l'EHPAD de Montviguier, le budget E2 dédié à l'EHPAD Orthabadial et le budget A « dotation non affectée » qui regroupe le loyer de la permanence d'accès aux soins et les produits de la location des logements de l'ancien EHPAD.

Au cours de la période précédente (2003-2009), le budget principal n'a été excédentaire qu'à deux reprises, affichant même un déficit de 1,4 M€ en 2008. La réduction de ce déficit en 2009 (0,3 M€) est en large partie imputable à une aide octroyée au titre de l'activité de soins de suite et de réadaptation, ouverte seulement en juillet 2010.

L'analyse financière porte, à titre principal, sur la période 2012-2017.

3.1. Un résultat déficitaire en début de période mais qui s'améliore à compter de 2015

Le résultat consolidé du centre hospitalier est déficitaire cinq exercices sur neuf. Les résultats du budget principal sont toujours déficitaires entre 2009 et 2014, et les résultats positifs des budgets annexes ne parviennent à compenser cette situation qu'en 2010. Elle s'améliore à compter de 2015, avec un excédent consolidé annuel autour de 1 M€.

tableau n° 1 : résultats consolidés 2009-2016 (en M€)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Centre hospitalier	-0,30	-0,32	-0,89	-1,35	-1,31	-0,68	0,82	0,96	0,24
EHPAD CH	0,14	0,93	0,33	0,16	0,05	0,15	0,21	0,20	0,12
EHPAD ORTA	-0,05	0,10	0,11	0,05	0,00	0,04	0,01	0,16	0,12
DNA	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,02	0,01	0,01	0,06
Résultat consolidé	-0,21	0,72	-0,44	-1,12	-1,25	-0,47	1,05	1,33	0,55

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

L'équilibre atteint par le budget H en 2015 puis en 2016 doit cependant être retraité des aides à la trésorerie, versées par l'ARS : 800 000 € en 2015 et 500 000 € en 2016. Sans ces aides, le résultat du budget aurait été de + 23 105 € en 2015 (et non 823 105 €) et + 463 646 € en 2016 (963 646 €).

Il reste toutefois excédentaire. L'analyse des soldes intermédiaires de gestion (cf. tableau en annexe 3) montre en effet que cette évolution positive s'explique surtout par la croissance des produits d'exploitation depuis 2015 (+ 7 % en 2015 et + 4 % en 2016), combinée à la maîtrise des charges de gestion.

C'est ainsi que la marge brute d'exploitation, qui constitue la ressource générée par la seule exploitation, est en forte progression. Elle atteint 3,2 M€ en 2016, représentant 9 % des produits

courants consolidés (7,4 % hors aides de l'ARS)⁴. Toutefois, son niveau de 2017 (2,11M€) est légèrement inférieur à celui atteint en 2015.

tableau n° 2 : marge brute 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Marge brute d'exploitation	2,01	- 0,22	0,47	2,28	3,20	2,11
<i>en % des produits courants</i>	<i>7 %</i>	<i>- 1 %</i>	<i>2 %</i>	<i>7 %</i>	<i>9 %</i>	<i>6 %</i>
Marge brute budget H	1,39	- 0,45	0,08	1,76	2,26	1,22
Marge brute budgets annexes	0,60	0,21	0,38	0,51	0,92	0,83

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

La capacité d'autofinancement a également progressé sur la période : elle atteint 2,8 M€ en 2016, soit 8 % des produits courants consolidés, mais 1,7M€ en 2017 (5% des produits courants).

tableau n° 3 : capacité d'autofinancement brut 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Capacité d'autofinancement brute	1,84	- 0,41	0,34	1,97	2,82	1,66
<i>en % du total des produits courants</i>	<i>6 %</i>	<i>- 1 %</i>	<i>1 %</i>	<i>6 %</i>	<i>8 %</i>	<i>5 %</i>
CAF brute budget H	1,24	- 0,62	- 0,04	1,59	2,15	1,04
CAF brute budgets annexes	0,59	0,19	0,36	0,37	0,66	0,57

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

3.1.1. Une progression des produits supérieure à celle des charges

Entre 2012 et 2017, les produits d'exploitation ont augmenté de 6,65 M€. Dans le même temps, les charges ont augmenté de 6,27 M€.

Les produits d'exploitation (tous budgets confondus) sont majoritairement composés des produits de l'activité (94 %), les subventions, produits annexes et autres produits ne représentant qu'une part mineure.

87 % de la croissance des produits d'exploitation depuis 2012 provient de la progression des produits de l'activité (+ 5,2 M€) et plus particulièrement de ceux du budget principal qui connaissent une augmentation moyenne annuelle de 4 % de 2012 à 2017 (+ 5,8 M€).

tableau n° 4 : évolution des produits de l'activité 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Évolution 2012-2017
Produits de l'activité hospitalière (Budget H)	20,39	23,09	22,96	24,74	25,76	25,58	4 %	5,19
+ Dotations et produits de tarification des BA	6,10	5,80	6,08	6,41	6,60	6,69	2 %	0,59
= Produits de l'activité	26,49	28,88	29,04	31,15	32,36	32,28	3 %	5,79

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

La croissance des produits de l'activité du budget principal s'explique majoritairement par celle des produits issus de la tarification des séjours, versés par l'assurance maladie (+ 5,97 M€),

⁴ Pour les établissements s'engageant dans des projets d'investissement lourds conduisant à un endettement important, l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des EPS préconise l'atteinte d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits, hors aides financières.

et dans une moindre mesure, des produits faisant l'objet d'une tarification spécifique (consultations externes et forfaits essentiellement, + 0,48 M€).

Les produits non pris en charge par l'assurance maladie ont augmenté de 3 % par an en moyenne sur la période (+ 0,32 M€ en cumulé), hausse provenant des produits sur patients étrangers et de la modification des modalités de tarification des SMURS. Les produits à la charge des patients et des complémentaires santé ont également augmenté sur la période, de 0,17 M€.

Cette croissance compense la baisse des produits forfaitaires de 1,95 M€ de 2012 à 2017 (diminution des dotations annuelles de financement et des missions d'intérêt général et aide à la contractualisation).

tableau n° 5 : évolution des produits 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Ev. 2012-2017
Produits de la tarification des séjours (A)	10,73	14,48	14,52	15,34	16,5	16,7	0,08	5,97
Produits des médicaments et dispositifs médicaux (B)	0,27	0,42	0,49	0,51	0,46	0,45	0,09	0,19
Produits de la tarification à l'activité (C=A+B)	10,99	14,9	15,01	15,85	16,96	17,15	0,08	6,16
Forfait urgences, prélèvements et transplantations (D)	0,8	0,8	0,8	0,97	1,01	1,01	0,04	0,21
Missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (E)	1,86	1,06	1,12	1,06	1	1,01	-0,1	-0,85
Dotations annuelles de financement (F)	3,25	2,27	2,11	2,88	2,59	1,94	-0,08	-1,31
Produits forfaitaires (G=D+E+F)	5,91	4,13	4,04	4,91	4,6	3,96	-0,06	-1,96
Produits de l'hospitalisation (H=C+G)	16,91	19,03	19,04	20,75	21,56	21,11	0,04	4,2
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique (I)	1,75	1,96	1,99	2,14	2,22	2,23	0,04	0,48
Produits versés par l'assurance maladie (J=H+I)	18,66	20,99	21,03	22,89	23,78	23,54	0,04	4,63
Produits non pris en charge par l'assurance maladie (K)	1,73	2,1	1,93	1,85	1,98	2,05	0,03	0,32
Produits de l'activité hospitalière (L=J+K)	20,39	23,09	22,96	24,74	25,76	25,59	0,04	4,95
Tarif hébergement pris en charge par le département (M)	0,73	0,61	0,6	0,63	0,58	0,56	-0,04	-0,18
+ Participation du résident à l'hébergement (N)	1,90	1,9	2	2,47	2,71	2,71	0,06	0,81
+ Tarif dépendance couvert par l'APA et l'AM (O)	0,67	0,67	0,74	0,7	0,68	0,7	0,01	0,03
+ Participation du résident au tarif dépendance (P)	0,24	0,25	0,24	0,28	0,32	0,4	0,09	0,16
+ Dotation globale de financement tarifs soins (Q)	2,56	2,37	2,49	2,33	2,31	2,32	-0,02	-0,23
Dotations et produits de tarification des BA (R=M+N+O+P+Q)	6,1	5,8	6,08	6,41	6,6	6,69	0,02	0,6
Produits de l'activité (S=L+R)	26,49	28,88	29,04	31,15	32,36	32,03	0,03	5,54
Produits annexes (T)	0,22	0,29	0,3	0,41	0,39	0,36	0,08	0,14
Autres produits (U)	0,94	1,26	1,61	1,53	1,76	1,66	0,1	0,72
Total des produits (V=S+T+U)	27,65	30,43	30,95	33,1	34,51	34,05	0,04	6,4

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

En ce qui concerne les budgets annexes, l'augmentation des produits est principalement due à la participation des résidents des EHPAD à l'hébergement (+ 0,81 M€) et à la dépendance (+ 0,16 M€), compensant la baisse de la prise en charge du département (- 0,18 M€ sur la période) et la baisse de la dotation globale de financement des soins (- 0,23 M€).

Les produits annexes du budget principal se sont accrus de 8 % en moyenne sur la période, soit + 135 099 €. Cette augmentation s'explique par les majorations de chambre particulière (+ 72 994 €) et les locations diverses et redevances (+ 60 823 €). Les autres produits ont augmenté en moyenne de 10 % chaque année, soit + 722 482 € sur la période, du fait de l'augmentation des ventes de marchandises (+ 385 368 €, correspondant aux rétrocessions de médicaments) et des subventions d'exploitations versées en contrepartie d'activités (+ 336 010 €, correspondant au fonds d'intervention régional versé par l'ARS).

3.1.2. Une évolution contrastée des charges

Les principales charges de l'établissement sont les consommations intermédiaires (achats et services extérieurs) et les charges de personnel.

Les consommations intermédiaires représentent 30 % des charges de l'établissement. Elles sont composées pour 43 % des achats et pour 57 % des services extérieurs.

tableau n° 6 : consommations intermédiaires 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Évolution 2012-2017
Achats	3,5	4,2	4,4	4,5	4,6	4,4	4 %	0,9
+ Services extérieurs	3,6	5,8	5,2	5,3	5,3	5,9	9 %	2,3
+ Impôts et taxes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	- 2 %	0,0
Consommations intermédiaires	7,0	10,0	9,7	9,7	9,8	10,4	7 %	3,4

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

La hausse des achats de 0,9 M€ sur la période (+ 4 % en moyenne annuelle) est principalement due à la hausse des fournitures et matériels à caractère médical ou médico-technique. La chambre constate cependant des efforts en fin de période qui se traduisent par une baisse de ce poste en 2017. Les achats, matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général sont restés stables sur la période, tout comme la consommation de fluides et autres consommables. Les groupements d'achats réalisés par l'établissement semblent donc avoir eu un impact favorable (cf. développements infra).

Le poste services extérieurs augmente de 2,3 M€ (+ 9 % en moyenne annuelle), principalement du fait des autres prestations à caractère non médical (+ 2,1 M€). Les crédits-baux ont augmenté, l'établissement ayant davantage recouru au crédit-bail pour l'achat de son matériel, faute de disposer des crédits lui permettant d'investir directement. Les autres locations (+ 0,2 M€), les entretiens et réparations à caractère non médical (+ 0,3 M€) sont également en hausse. La diminution du montant consacré aux transports d'usager (changement de mode de facturation du SMUR) n'a pas permis de compenser ces hausses.

Les charges de personnel (cf. tableau en annexe 5) représentent 67 % des charges de l'établissement. Elles ont augmenté de 2,95 M€ au cours de la période.

Les charges de personnel du budget principal représentent 83 % du total, et 93 % de l'augmentation relevée sur la période. Elles connaissent une variation moyenne annuelle de + 3 %.

tableau n° 7 : charges de personnel consolidées 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM	Évolution 2012-2017
Charges de personnel totales budget H	16,18	17,91	18,09	18,14	18,69	18,92	3 %	2,74
+ Charges de personnel totales budgets annexes	3,67	3,78	3,82	3,99	3,74	3,87	1 %	0,20
= Charges de personnel consolidées	19,85	21,69	21,91	22,13	22,42	22,80	2 %	2,95

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

Leur progression s'explique principalement par trois éléments : la rémunération du personnel non médical (+ 0,71 M€), la rémunération du personnel médical (+ 0,80 M€), et les honoraires de la médecine libérale (+ 0,42 M€).

La hausse des honoraires versés aux médecins libéraux correspond à la fusion des deux plateaux techniques chirurgicaux, l'hôpital reversant aux anciens chirurgiens de la clinique Font Redonde, 90 % des honoraires perçus.

La rémunération du personnel non médical n'a augmenté que de 1 % en variation moyenne annuelle, en raison de l'intégration de personnel sous CDD en CDI et de la hausse des contrats aidés et apprentis. Ce poste reste toutefois maîtrisé malgré les évolutions réglementaires intervenues sur la période.

S'agissant de la rémunération du personnel médical, la variation moyenne annuelle ressort à + 4 % alors que la masse financière et le nombre d'ETP concernés sont bien moins élevés (31 ETPR contre 378). L'augmentation s'explique par celle de la rémunération des praticiens hospitaliers (+ 0,25 M€), des praticiens hospitaliers contractuels (+ 0,30 M€), et par les autres rémunérations, y compris celles liées à la permanence des soins et au temps de travail additionnel (+ 0,26 M€).

3.2. Un financement insuffisant pour couvrir l'investissement, se traduisant par un prélèvement sur le fonds de roulement et des difficultés de trésorerie

Si l'on isole l'opération de reconstruction de l'EHPAD de Montviguier, réalisé en bail emphytéotique hospitalier (8,56 M€ comptabilisés en 2015), 10,5 M€ ont été consacrés sur la période aux investissements courants et à la fin des travaux de réaménagement de la clinique et du plateau de chirurgie de l'hôpital, soit 1,75 M€ par an, ce qui est peu élevé.

tableau n° 8 : tableau de financement 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Moyenne 2012- 2017
Capacité d'autofinancement	1,84	0,00	0,34	1,97	2,82	1,67	1,44
Titre 1 Emprunts	0,39	1,90	0,00	8,56	0,00	0,00	1,81
Titre 2 Dotations et subventions	0,00	1,08	0,56	0,72	0,12	0,19	0,44
Titre 3 Autres ressources	0,02	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01
Total des ressources	2,25	3,00	0,90	11,26	2,94	1,86	3,70
Insuffisance d'autofinancement	0,00	0,41	0,00	0,00	0,00	0,00	0,07
Titre 1 Remboursement des dettes financières	0,62	0,60	0,67	0,69	0,73	0,68	0,67
Titre 2 Immobilisations	1,51	5,45	1,56	9,57	0,38	0,62	3,18
Titre 3 Autres emplois	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Total des emplois	2,14	6,45	2,23	10,26	1,11	1,29	3,91

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers, données exprimées en M€

Les ressources mobilisées par l'établissement se sont révélées insuffisantes pour couvrir un investissement courant pourtant limité. Le centre hospitalier explique cette situation par son incapacité à accéder à l'emprunt, en raison de sa situation financière dégradée en début de période.

L'établissement a ainsi dû prélever sur son fonds de roulement en 2013 (à hauteur de 3,46 M€) et en 2014 (à hauteur de 1,33 M€). En cumulé, le niveau du fonds de roulement a diminué de 1,38 M€ au cours de la période sous revue.

tableau n° 9 de financement : apport ou prélèvement sur le fonds de roulement 2012-2017 (en M€)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total 2012-2017
Total des ressources	2,25	3	0,9	11,26	2,94	1,86	21,91
Total des emplois	2,14	6,45	2,23	10,26	1,11	1,29	23,48
Apport au fonds de roulement	0,11			1	1,83	0,57	
Prélèvement sur le fonds de roulement		-3,46	-1,33				
Fonds de roulement	7,1	3,64	2,31	3,31	5,15	5,72	-1,38

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

Dans le même temps, l'établissement a connu des difficultés de trésorerie importantes, expliquant le report de certaines dépenses d'investissement. Il n'a pu mobiliser de lignes de trésorerie et a fini par obtenir, comme déjà indiqué, une aide de l'ARS de 800 000 € en 2015, puis de 500 000 € en 2016.

3.3. Une situation qui reste fragile

Il ressort de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2018 (cf. tableau en annexe 6), un résultat global toujours excédentaire (0,11 M€) mais en forte baisse depuis 2016 (- 1,22 M€). La même tendance prévaut pour le budget H (- 0,92 M€). La CAF brute n'atteindrait que 0,74 M€ en 2018.

La situation financière de l'établissement demeure donc fragile, d'autant plus que l'établissement conduit un projet de rénovation ambitieux. En effet, pour améliorer les conditions d'accueil de ses patients, et renforcer ainsi son attractivité, le centre hospitalier souhaite construire un nouveau bâtiment et rénover une partie de ceux existants. Les espaces rénovés sont destinés à accueillir les services de médecine, de pharmacie, de consultation externe et d'admission, pour un budget prévisionnel de 6,3 M€ HT. Après avoir sélectionné un maître d'œuvre, l'établissement engage les travaux en 2018 et 2019, pour une mise en service prévue au début de l'année 2020.

L'année 2018 s'est donc caractérisée par des investissements importants, de l'ordre de 4,88 M€. Leur financement devrait se traduire, selon le tableau de financement joint à l'EPRD, par un nouveau prélèvement sur le fonds de roulement à hauteur de 1,49 M€, les ressources mobilisées couvrant insuffisamment les dépenses projetées (cf. tableau en annexe 7).

L'analyse de la prospective réalisée par l'établissement (plan global de financement pluriannuel, PGFP, cf. tableaux en annexe 8) montre que la mobilisation d'un emprunt de 3 M€ en 2019, de même que les dotations et subventions versées, devraient permettre à l'établissement de terminer le projet immobilier débuté en 2018 (4,88 M€ en 2018, 4 M€ en 2019), sans dégrader davantage le fonds de roulement. L'établissement reste cependant mesuré dans les investissements prévus ces prochaines années. Hormis ce projet mené en 2018-2019, les investissements courants devraient se limiter à 0,5 M€ par an, ce qui est faible.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Déficitaire depuis de nombreuses années, la situation financière de l'établissement s'est améliorée à compter de l'exercice 2015, grâce à une progression des produits issus de la tarification des séjours. Malgré l'augmentation des achats et des services extérieurs, la relative maîtrise des charges de personnel non médical a permis l'amélioration de la marge brute et de la capacité

d'autofinancement brute. Les ressources ont été insuffisantes cependant sur la période pour permettre à l'établissement de financer ses investissements, pourtant peu élevés. Il a donc dû mobiliser ses réserves et a connu des difficultés de trésorerie importantes, notamment en 2015 et 2016, qui ne se sont résolues que grâce à deux aides de l'agence régionale de santé.

La situation de l'établissement reste donc fragile en 2018. Si l'EPRD prévoit un résultat tout juste à l'équilibre, la capacité d'autofinancement brute est insuffisante pour permettre à l'établissement de tenir ses engagements en matière d'investissement, malgré un recours à l'emprunt pour la première fois depuis 2012, excepté le bail emphytéotique conclu pour la rénovation de l'EHPAD. Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) propose donc une approche prudente, basée sur une augmentation faible des produits, légèrement supérieure à celle des charges, permettant à l'établissement de conserver un résultat tout juste équilibré, mais ne lui offrant pas la possibilité de procéder, au-delà du projet de rénovation engagé en 2018 et financé par l'ARS, à des investissements courants importants.

4. UN REGROUPEMENT AVEC UNE CLINIQUE PRIVÉE QUI N'A PAS PERMIS DE DYNAMISER SUFFISAMMENT L'ACTIVITÉ

4.1. Un transfert d'activité censé améliorer la situation de l'établissement

4.1.1. Deux activités de chirurgie regroupées sur un seul plateau technique

Pour tenter de répondre aux difficultés de l'hôpital et de la clinique Font Redonde voisine (dont la situation financière tendait à se dégrader), l'ARS a souhaité, en 2010, rationaliser l'offre chirurgicale offerte sur le bassin figeacois.

Pour ce faire, deux protocoles ont été signés, sous l'égide de l'ARS, par le centre hospitalier et la clinique, en 2010 et 2011. Depuis 2013, le site du centre hospitalier accueille le plateau technique unique du bassin figeacois, avec une capacité de 40 lits de chirurgie, de 11 places en ambulatoire, de 50 lits de médecine et de 6 lits de surveillance continue. En contrepartie de la perte d'activité liée à la chirurgie⁵, la clinique s'est vue confier la gestion des activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalents et lourds (10 lits de SSR polyvalents, 20 lits de SSR pour personnes âgées polypathologiques) ainsi que des activités d'hospitalisation à domicile (15 lits). Le centre hospitalier s'est engagé à lui adresser préférentiellement ses patients. La clinique a conservé, en sus, les activités de soins palliatifs, bien qu'elles soient également exercées sur le site du centre hospitalier.

Le personnel non médical concerné de la clinique a été transféré sur le site hospitalier, dans les blocs opératoires, les services chirurgicaux ou les services logistiques en liaison avec les plateaux techniques. Un groupement de coopération sanitaire (GCS) a été créé afin que les praticiens de la clinique, sous statut libéral, puissent exercer leurs activités sur le plateau technique du centre hospitalier, moyennant une redevance de 10 à 15 %. Ces praticiens sont autorisés à continuer de consulter sur le site de la clinique.

Les directions des deux institutions s'étaient engagées, dans un souci de bonne gestion tant en termes de ressources humaines qu'en termes financiers, à se concerter afin de vérifier, avant toute embauche, si la ou les compétences désirées pouvaient être trouvées dans une des deux institutions. Elles devaient également développer des stratégies communes et mutualiser leurs

⁵ Ophtalmologie, ORL, orthopédie-traumatologie, viscéral-urologie-gynécologie, y compris ambulatoire.

moyens. Ces démarches devaient concerner, dès la mise en œuvre du protocole, la restauration, la pharmacie et le département d'information médicale. Dans un deuxième temps, était envisagée une mutualisation de l'informatique, de la biologie et de l'imagerie.

Le soutien de l'ARS devait se concrétiser par un accompagnement destiné à financer les investissements mobiliers et immobiliers nécessaires au projet.

Pour le centre hospitalier, l'ARS devait financer la restructuration du plateau technique pour un montant de 2,5 M€, et l'investissement mobilier pour un montant de 0,35 M€, soit un total de 2,9 M€. Pour la clinique, l'ARS devait prendre en charge la restructuration de l'ensemble des locaux d'hospitalisation, la restructuration des blocs opératoires en zone de rééducation (kinésithérapeute, balnéothérapie...), la création de locaux d'accueil des patients et de leurs familles ainsi que le déplacement du secteur de chimiothérapie, pour un total de 3,3 M€.

Au total, les aides allouées par l'ARS représentent 6,2 M€, cette dernière s'engageant aussi à financer la restructuration du service de médecine du centre hospitalier de Figeac pour un montant de 5,1 M€ lorsque ce dernier retrouverait un équilibre financier.

L'ARS a indiqué qu'un phasage de cette opération en deux temps a été retenu pour ne pas fragiliser la situation financière de l'établissement et mettre en péril la restructuration. Le regroupement de l'activité chirurgicale sur un seul site a ainsi constitué la priorité devant permettre à l'établissement d'augmenter son nombre de séjours, et donc d'assurer sa viabilité financière, ce que la restructuration des seuls services de médecine n'aurait pas rendu possible.

4.1.2. Le gain financier attendu de l'opération

L'étude préalable au transfert réalisée par le centre hospitalier estimait à 3,46 M€ les recettes supplémentaires pour l'hôpital et à 2,13 M€ les dépenses, soit un gain net attendu de l'opération de 1,33 M€ en 2013.

S'agissant des recettes, l'étude escomptait un surplus lié aux séjours de 4,95 M€, reposant sur un taux de reprise de l'activité de la clinique à hauteur de 90 %⁶ (cf. tableau en annexe n° 10).

À ces recettes d'hospitalisation des titres 1 et 2 (montant payé par l'assurance maladie, par les mutuelles et les patients), s'ajoutaient d'autres sources de revenus pour 441 k€, comme les dispositifs médicaux implantables, les forfaits journaliers, la majoration des chambres particulières. L'étude tenait bien compte de la perte de recettes liées au transfert de l'activité de SSR, estimée à 1,9 M€. En particulier, le centre hospitalier ne devait plus percevoir 1,7 M€ de dotation annuelle de financement (cf. tableau en annexe 11).

Concernant les dépenses, trois types de conséquences étaient attendues : une augmentation des effectifs, le reversement des honoraires médicaux, et la hausse de charges à caractère médical.

Sur le premier point, 38 ETP (équivalent temps-plein) non-médicaux supplémentaires étaient jugés nécessaires pour répondre à la nouvelle organisation (plateau technique de chirurgie, service de chirurgie en hospitalisation complète et en chirurgie ambulatoire) ; 19 ETP devant être transférés à la suite de la suppression du service de SSR, les besoins nets exprimés en ETP étaient

⁶ Méthode de calcul : nombre de séjours effectués par la clinique en 2011 x tarifs publics de chaque séjour x 0,90 (taux de report estimé de l'activité de la clinique vers l'hôpital, sauf pour les séjours plus spécifiques – GHS médicaux hors en Z – pour lesquels le taux de report appliqué était de 50 %).

donc estimés à 19 ETP, soit un surcoût de 964 000 €, sur la base du coût moyen par poste concerné. À ce montant, devaient être déduits 43 000 € correspondant à un poste de brancardier, non renouvelé, et 100 000 € de dépenses de personnel médical correspondant à l'activité de SSR.

Par ailleurs, le montage choisi pour le transfert d'activité de chirurgie étant un GCS, les honoraires perçus par l'hôpital devaient être reversés aux chirurgiens sous statut libéral de la clinique, déduction faite d'une redevance fixée à 10 % conservée par l'hôpital. Le montant des honoraires nets reversés était estimé par l'étude à 800 000 € pour l'activité supplémentaire envisagée.

Enfin, des charges supplémentaires devaient également être envisagées par l'hôpital, comme la location d'un certain nombre d'équipements pour faire face à la hausse d'activité anticipée (charges de titre 2), pour un montant estimé à 489 811 €, ou des charges hôtelières et générales supplémentaires (charges de titre 3), pour un montant estimé à 21 000 €.

4.1.3. Un impact en termes d'activité moins favorable que prévu

Au lieu d'un gain net de 1,33 M€, la fusion s'est traduite, un an après la réalisation de l'opération, par une perte de 0,07 M€ pour le centre hospitalier, selon les éléments communiqués à la chambre.

tableau n° 10 : gain ou perte lié à la fusion (en M€), en 2014

	Prévues	Réalisées	Différence
Assurance maladie	4,95	4,1	-0,85
Perte DAF SSR	1,74	1,74	0
Autres recettes	0,25	0,5	0,25
Total des recettes	3,46	2,86	-0,6
Charges de titre 1	1,62	1,91	-0,29
Charges de titre 2	0,49	1	-0,51
Charges de titre 3	0,02	0,06	-0,04
Charges de titre 4	0	-0,03	0,03
Total des dépenses	2,13	2,93	-0,8
Gain ou perte lié à la fusion	1,33	-0,07	-1,4

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des éléments communiqués par l'organisme

Contrairement à ce qu'avait anticipé l'établissement, l'activité chirurgicale générée par le site unique a été inférieure à l'activité cumulée clinique + hôpital constatée en 2011.

tableau n° 11 : différentiel d'activité 2011-2014 (global)

	CH + clinique en 2011	Site unique CH en 2013	Site unique CH en 2014
séjours (GHS)	2 861	2 550	2 503
Valorisation TAA (en M€)	8,10	7,28	7,15
Montant séjour (en €)	2 831	2 856	2 857
Evolution des séjours par rapport à 2011		- 311	-358
Evolution de la valorisation par rapport à 2011		- 0,81	-0,95
Evolution des GHS par rapport à 2012		26	27

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des rapports d'activité de l'établissement

Le nombre de séjours chirurgicaux (ophtalmologie, ORL, orthopédie-traumatologie, viscéral-urologie-gynécologie, y compris ambulatoire) a diminué de 311 séjours en 2013 et de 358 séjours en 2014, par rapport à l'exercice 2011. La valorisation des séjours est passée de 8,1 M€ à 7,1 M€, soit un différentiel de 1 M€.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation : le départ de médecins, l'intégration de certains d'entre eux en salariat, des dissensions entre certains chirurgiens publics et privés, peu propices à rendre attractive l'image de l'hôpital, et l'absence de coopération entre la clinique et l'établissement hospitalier.

Par ailleurs, les dépenses réalisées ont été, selon l'établissement, supérieures aux prévisions. Alors que l'organisme avait évalué à 2,13 M€ les dépenses supplémentaires, celles-ci se seraient élevées à 2,93 M€, selon les éléments communiqués.

tableau n° 12 : dépenses issues de la fusion (en M€) en 2014

	Prévision	Réalisation	Différence
Charges de titre 1	1,62	1,91	+0,29
Charges de titre 2	0,49	1,00	+0,51
Charges de titre 3	0,02	0,06	+0,04
Charges de titre 4	0,00	-0,03	-0,03
Total	2,13	2,93	+0,80

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des éléments communiqués par l'organisme

Les dépenses supplémentaires du titre 1 (charges de personnel) s'expliquent notamment par l'intégration comme salariés de deux praticiens jusque-là libéraux (en orthopédie et en anesthésie), le coût de l'astreinte ORL non prévue initialement (+ 0,05 M€), le surcoût en personnel non médical (0,7 M€). Les dépenses du titre 2 ont été fortement impactées par l'activité chirurgicale et ambulatoire supplémentaire, avec notamment des dépenses de laboratoire (+ 0,9 M€) et de petit matériel médico-chirurgical et des DMI (+ 0,6 M€) plus élevées, des loyers correspondant à la reprise de certains contrats de la clinique en équipement médical (+ 0,09 M€) et la maintenance et la réparation supplémentaire de certains matériels de la clinique rachetés par l'hôpital (0,09 M€).

De plus, alors que le protocole d'accord du 9 novembre 2011 évoque la mise en place de mutualisations entre les deux établissements, en matière de restauration, de pharmacie, d'information médicale, d'informatique, de biologie et d'imagerie, seules ont été mises en œuvre la livraison de repas à la clinique par l'hôpital et la mutualisation de la biologie. Chaque structure est demeurée autonome dans l'exploitation de son département d'information médicale, l'activité de codage de la clinique a été confiée à un prestataire extérieur par ses soins, et celle du centre

hospitalier à un praticien salarié à 80 %. Aucune autre action de mutualisation n'a été mise en œuvre, laissant subsister deux infrastructures logistiques, alors que des regroupements auraient permis de diminuer les coûts de fonctionnement des deux établissements.

4.2. Un projet coûteux et insuffisamment encadré

4.2.1. Des conditions favorables à la clinique

Le transfert de l'activité SSR s'est révélé sans risque pour la clinique Font Redonde. Le résultat comptable a toujours été positif depuis 2013 (cf. tableau en annexe 13), cette activité restant sous le régime de la dotation globale, et non de la tarification à l'activité. Depuis 2013, le nombre de séjours a augmenté de 75 %, le nombre de journées de 65 % (cf. tableau en annexe n° 13).

De surcroît, selon les termes du protocole d'accord du 9 novembre 2011, l'ARS s'était engagée, dans la mesure où la prise en charge de l'activité de SSR entraînerait un déficit d'exploitation, à soutenir la clinique pendant quatre ans, pour la première année sur la base du montant constaté, et pour les trois années consécutives avec une dégressivité minimum de 15 % par an.

L'ARS s'était également engagée à ce que les murs de la clinique soient rachetés par l'hôpital, pour un montant de 1,4M€⁷. La négociation a été menée directement entre l'ARS et la clinique, sans que le centre hospitalier n'y soit véritablement associé. L'hôpital a également dû racheter le matériel opérationnel à un prix fixé par la clinique ; selon l'établissement ce matériel s'est en grande partie révélé en mauvais état ou obsolète.

Au total, ce projet a coûté 7,4 M€, montant pris en charge intégralement par l'ARS.

tableau n° 13 : récapitulatif de l'opération de transfert d'activité clinique-hôpital

	Montant en €
Rachat des équipements et fournitures de la clinique	350 000
Rachat des murs de la clinique	1 416 614
Travaux de restructuration de la clinique	3 043 518
Travaux de restructuration du centre hospitalier	2 589 013
Coût total de l'opération	7 399 145

Source : CRC, à partir des documents transmis par le centre hospitalier

Enfin, bien qu'ayant racheté les murs de la clinique, l'hôpital ne disposait pas de la jouissance de ces lieux, la clinique continuant de les occuper, sans versement de loyer pour son activité de soins de suite et de réadaptation (espace de 2 655 m²). Les seuls loyers recouverts par l'hôpital concernent les bureaux de consultation occupés par des médecins libéraux mais pour des montants minimes. La recette annuelle n'est que de 59 526 € pour 347 m² loués. La chambre recommande donc à l'hôpital d'engager des négociations avec la clinique pour fixer un loyer en adéquation avec l'espace occupé.

⁷ Ce bien a été estimé par France Domaine à 2,38M€ en février 2012

Recommandation

4. Renégocier la convention avec la clinique Font Redonde pour fixer un montant de loyer adéquat. *Non mise en œuvre.*

4.2.2. Les conséquences sur le projet de rénovation d'ensemble des bâtiments

Les difficultés financières de l'établissement ne lui permettant pas d'accéder au crédit bancaire, les seules aides en matière d'investissement dont il pouvait bénéficier provenaient de l'ARS, lesquelles ont été consacrées au transfert de l'activité de SSR et du regroupement de la chirurgie sur un plateau unique. Ne pouvant investir, l'établissement a conservé des locaux inadaptés. Pour les investissements indispensables, notamment médicaux, il a dû recourir au crédit-bail, augmentant ses charges de fonctionnement, et dégradant encore sa situation financière.

Une partie des activités de l'hôpital est installée dans des bâtiments historiques. C'est le cas par exemple de la pharmacie, qui ne répond pas aux normes réglementaires⁸ et ne dispose pas d'une surface de stockage suffisante et ne permet pas l'accueil des usagers dans de bonnes conditions (pas d'accès pour les personnes à mobilité réduite, manque de confidentialité).

L'aile accueillant les séjours de médecine est vétuste, peu fonctionnelle et n'est plus aux normes en terme d'accessibilité et de sécurité incendie. Aucune réhabilitation majeure n'a été entreprise depuis 1973. Ces locaux ne correspondent plus aux attentes des patients : chambres majoritairement à deux lits (34 lits sur 44 en chambre double), parfois en face à face, posant des difficultés en cas de différence de sexe ou de fin de vie, et sans douche (une seule douche par étage). Le manque de lieux de stockage conduit à des stockages sauvages, notamment sur les paliers. Un ascenseur unique dessert ces services, qui est donc utilisé pour les malades, les personnes décédées et les visiteurs, mais aussi pour le transfert des repas et des déchets. De plus, l'installation actuelle des deux services pose des problèmes majeurs concernant la sécurité incendie. Les planchers en bois ne sont pas coupe-feu une heure, comme l'impose la réglementation incendie et comme chaque rapport de la commission de sécurité le recommande depuis 1999. De surcroît, ces planchers se déforment en raison de l'augmentation des charges appliquées au fur et à mesure de l'évolution des matériels (lits plus lourds par exemple).

Les consultations externes, éclatées dans quatre lieux différents, sont effectuées dans des locaux exigus au regard des besoins, ne comprenant que deux bureaux pour deux box. Le service des admissions souffre d'un manque de lisibilité. La confidentialité requise lors des admissions ne peut être mise en œuvre du fait de l'implantation des locaux. Il n'existe pas de séparation entre l'espace d'accueil et de facturation.

Au-delà de ces travaux d'envergure qui n'ont pu être engagés, les investissements courants ont également été limités⁹, faute de financements accessibles. Par exemple, en 2016, le montant consacré aux opérations courantes s'est élevé à 381 586 € sur un besoin estimé à 650 000 €. Le taux de vétusté des équipements (amortissements cumulés sur valeur brut des équipements) était de 89 % en 2016 (cf. tableau en annexe 15). Depuis 2012, l'établissement s'est toujours situé en-dessous ou au niveau des deux derniers déciles (cf. graphique en annexe 16). Bien que cet indicateur doit être pris en compte avec précaution, puisqu'il dépend des durées d'amortissements choisies et respectées par les établissements, il donne cependant une idée du niveau de sous-investissement du centre hospitalier de Figeac. Or l'absence d'investissement a une incidence sur

⁸ Normes édictées par l'arrêté NOR SANH0122497A du 22 juin 2001 relatif aux bonnes pratiques de pharmacie hospitalière.

⁹ L'instruction précitée du 5 février 2016 mentionne un socle minimum d'investissements courants d'environ 3 % des produits d'exploitation courants.

les conditions de travail, et donc un effet dissuasif sur les médecins. Les difficultés de recrutement en résultant peuvent se traduire par un amoindrissement de l'activité, une dégradation de la situation financière de l'établissement et de nouvelles difficultés à investir.

4.2.3. Un encadrement insuffisant de l'activité SSR

4.2.3.1. Un montage atypique, reposant sur la délégation par l'hôpital d'une autorisation SSR dont il est juridiquement responsable

L'autorisation d'activité de soins de suite et de réadaptation a été délivrée à l'hôpital et non à la clinique (par arrêté en date du 15 décembre 2010, renouvelé le 23 décembre 2014). Cependant, afin de permettre à la clinique de gérer cette activité, l'autorisation lui a été déléguée par le centre hospitalier, par une convention tripartite d'une durée de cinq ans, renouvelée en 2017.

Ce montage ne permet pas de distinguer clairement les responsabilités de chacun des acteurs. En effet, c'est normalement le titulaire de l'autorisation qui gère l'activité et en est donc responsable. Pour justifier ce dispositif, la convention de délégation de gestion du 24 décembre 2012 s'appuie sur les articles L. 6111-1 et L. 6112-1 du code de la santé publique, ainsi que sur la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 : l'activité de SSR ne constituant pas une mission de service public pourrait faire l'objet d'une délégation de gestion ou d'exploitation, au sens de l'article L. 6122-3 du code de la santé publique.

En signant la convention, le délégataire s'engage à accueillir les patients du centre hospitalier nécessitant des soins de suite et de réadaptation, et à assurer leur prise en charge de manière optimale, dans le respect de l'autorisation ainsi que toutes les normes législatives et réglementaires en vigueur. Le délégant demeure cependant seul responsable de la mise en œuvre de l'autorisation, notamment au regard des obligations relatives à l'organisation et à la sécurité des soins. En tant que détenteur de l'autorisation d'activité de soins SSR, il s'engage à élaborer le projet médical en consultation avec le délégataire. Aucun projet médical commun n'a pourtant été réalisé.

4.2.3.2. L'absence de moyens de contrôles efficaces permettant à l'hôpital de s'assurer de la bonne gestion financière et juridique de l'activité SSR

Le codage des actes et des pathologies, pour l'activité de SSR, devait être confié au médecin du centre hospitalier, responsable du DIM, dont la mise à disposition est fixée à 0,10 ETP. Cela n'a été le cas que jusqu'en 2014. Depuis le départ en retraite du médecin DIM, la clinique fait appel à son propre prestataire.

Un système d'information devait être mis en œuvre, de sorte que le dossier hospitalier des patients pris en charge soit accessible sur le site de la clinique, et puisse être renseigné dans les mêmes conditions que sur le site du centre hospitalier, dans un objectif de continuité des soins et dans des conditions permettant d'assurer la confidentialité et la sécurité des données. Ce dispositif n'a pas été mis en œuvre.

Les rapports d'activité adressés à l'hôpital ne présentaient jusqu'en 2017 que des données générales, et n'étaient pas de nature à lui permettre d'avoir une connaissance précise de l'activité, et d'anticiper sa reprise.

Sur le plan financier, le centre hospitalier en tant que titulaire de l'autorisation, perçoit la dotation annuelle de financement (DAF), qu'il reverse à la clinique Font Redonde en tant que délégataire¹⁰.

La facturation est confiée au délégataire, qui s'engage à élaborer un EPRD et un PGFP pour la partie mobilière des investissements, validés par l'ARS. Le délégant inclut dans son PGFP la partie immobilière des investissements. L'hôpital n'a pas connaissance de l'EPRD et du PGFP réalisés par la clinique.

À partir de l'exercice 2016, une provision réglementée pour renouvellement des immobilisations est imputée à l'EPRD à hauteur de 38 000 € et reversée au centre hospitalier. C'est le seul versement perçu par l'hôpital rémunérant l'occupation du site par la clinique pour l'activité de SSR. Elle doit permettre à l'hôpital de faire face aux grosses réparations lui incombant et le directeur a confirmé que la convention ne prévoyait que cette provision. Dans sa réponse aux observations provisoires, il indique envisager de transférer le montant de la provision sur un bail locatif proratisé à la durée de l'avenant de la convention.

4.2.3.3. Une absence de coopération pour la gestion du personnel SSR

Le protocole d'accord précité indiquait que le personnel médical et paramédical du centre hospitalier pouvait continuer ses activités à la clinique. De surcroît, si les effectifs de la clinique ne suffisaient pas à assurer la prise en charge des patients, la clinique pouvait recruter du personnel supplémentaire, issu en priorité du personnel du centre hospitalier, à qui devait être adressé la liste des postes vacants. Si le recrutement parmi les agents du centre hospitalier s'avérait impossible, la clinique pouvait procéder à des recrutements extérieurs en concertation avec le centre hospitalier, ou demander à ce dernier de procéder aux recrutements nécessaires, toujours en concertation. Le centre hospitalier affirme n'avoir jamais été sollicité avant 2017.

De même, contrairement à ce que prévoit la convention, les modifications concernant la liste du personnel susvisé n'ont pas donné lieu à un avenant validé par le délégant et le délégataire. Pourtant, à l'échéance de la convention, le centre hospitalier a vocation à intégrer, sous réserve de leur accord, le personnel de la clinique affecté à la mise en œuvre de l'autorisation de SSR.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Alors que le regroupement de l'activité chirurgicale de la clinique Font Redonde sur site devait permettre au centre hospitalier d'accroître son activité et de dégager un excédent, cette opération s'est traduite par une perte évaluée à 70 000 € annuels en 2014.

De surcroît, ce projet, financé sur fonds publics, ne s'est pas réalisé sur des bases profitables à l'hôpital, qui a peu pris part aux négociations. Ce dernier a dû déléguer une activité de SSR à l'équilibre, tout en restant juridiquement responsable de son exercice. Enfin, la priorité donnée à l'activité de chirurgie a conduit à différer notamment la rénovation du service de médecine, indispensable à l'amélioration de l'efficacité et de l'attractivité de l'établissement.

¹⁰ Le délégant verse au délégataire 1/12^{ème} de la DAF le 15 du mois n+1.

5. UNE AMÉLIORATION DES RÉSULTATS QUI S'EXPLIQUE DAVANTAGE PAR LES EFFORTS ENTREPRIS EN TERMES DE CODAGE QUE PAR L'ÉVOLUTION DE L'ACTIVITÉ

Deux raisons peuvent expliquer l'augmentation de recettes d'un centre hospitalier : un effet volume (croissance du nombre de séjours) et/ou un effet prix (augmentation de la valorisation des séjours, grâce à un meilleur codage).

Si la fusion avec la clinique a permis un accroissement de l'activité, bien qu'inférieure à celle espérée, c'est davantage l'effet prix qui a joué à partir de 2015, année où l'établissement a engagé d'importants efforts pour améliorer la qualité de son codage.

5.1. Une activité qui augmente faiblement

5.1.1. Après une hausse entre 2012 et 2013, l'activité s'est stabilisée

Depuis 2013, exercice marqué par le regroupement des activités de chirurgie des deux établissements sur un seul plateau technique, le nombre de séjours du centre hospitalier a faiblement augmenté en hospitalisation conventionnelle.

Le nombre de séjours en chirurgie connaît même une évolution erratique à la baisse (1 759 séjours en 2017 contre 1 846 en 2013), alors que l'augmentation annuelle moyenne des séjours en médecine est de seulement 1 %.

tableau n° 14 : évolution des séjours en hospitalisation conventionnelle

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
RSA Médecine	2 160	2 213	2 348	2 323	2 268	2 355	1 %
RSA Chirurgie	1 094	1 846	1 820	1 908	1 866	1 759	8 %
RSA Obstétrique	1	3	1	5	4	2	12 %
Total hospitalisation conventionnelle	3 255	4 062	4 169	4 236	4 138	4 116	4 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données Hospidag

De surcroît, les séjours de médecine et de chirurgie ambulatoire ont faiblement progressé, malgré une hausse en 2017 en chirurgie ambulatoire.

tableau n° 15 : évolution des séjours en hospitalisation ambulatoire

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
RSA Médecine	709	1 753	1 744	1 827	2 075	2 049	19 %
RSA Chirurgie	452	1 194	1 197	1 247	1 284	1 450	21 %
RSA Obstétrique	29	27	37	36	40	50	10 %
Total ambulatoire	1 190	2 974	2 978	3 110	3 399	3 549	20 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données Hospidag

Le nombre d'actes chirurgicaux a peu augmenté depuis le regroupement d'activités en 2013, voire est même en légère baisse.

tableau n° 16 : évolution des actes chirurgicaux et d'endoscopie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	VAM
Nombre d'actes chirurgicaux	1 252	2 554	2 509	2 574	2 549	2 548	15 %
Nombre d'actes d'endoscopie	751	1 903	1 845	1 797	2 030	2 037	22 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données Hospidag

La consommation de soins peu dynamique des habitants du figeacois comme la concurrence que subit le centre hospitalier peuvent constituer des éléments explicatifs.

5.1.2. Un bassin peu dynamique en termes de demande de soins, la présence de nombreux établissements concurrents

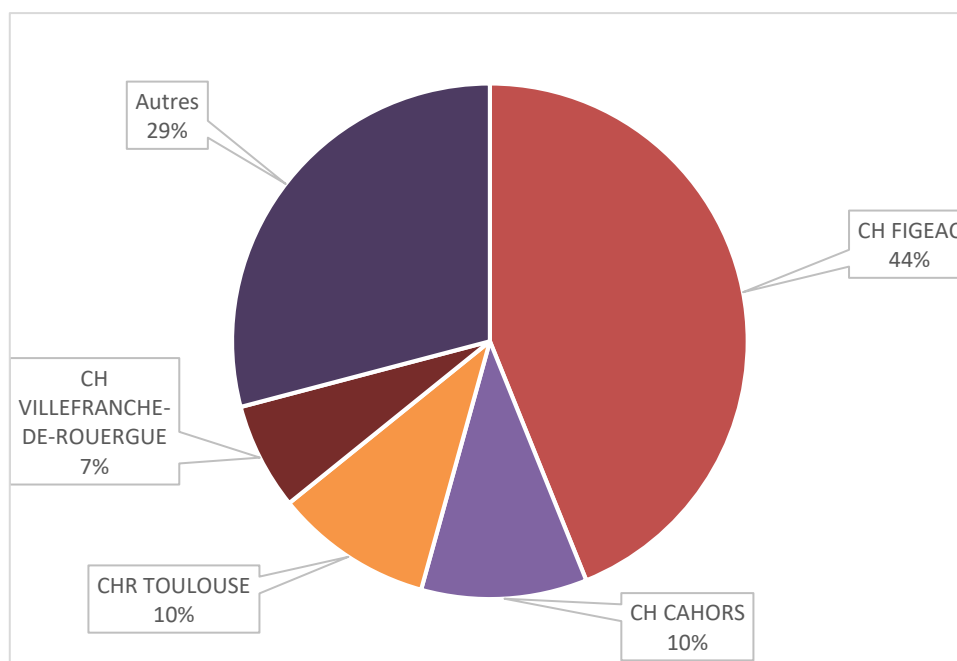
La consommation de soins des habitants de Figeac apparaît peu dynamique. Alors que le nombre de séjours en médecine, chirurgie, obstétrique a augmenté en France de 6 % entre 2012 et 2016, il n'a augmenté à Figeac que de 2 %¹¹. Si l'on prend une base 100 pour 2012, le nombre de séjours en médecine était de 103 en 2016 pour les habitants de Figeac, alors qu'il était de 107 pour la France entière. En chirurgie il était de 105 pour Figeac en 2016, contre 106 pour la France entière, de 75 en obstétrique contre 95 pour la France entière.

De plus, le centre hospitalier est soumis à une concurrence importante. Hôpital de proximité, il assure essentiellement un rôle d'établissement de recours, comme le montre l'analyse des parts de marché dans les différentes spécialités des zones d'attractivité¹².

Sur sa zone d'attractivité, le CH de Figeac réalise 44 % des séjours en médecine en 2016, le CHU de Toulouse 10 %, celui de Cahors 10 %, et celui de Villefranche-de-Rouergue 7 %. Cette part a légèrement augmenté entre 2014 et 2016, la part de marché du CH de Figeac passant de 43,7 % en 2014 à 43,9 % en 2016. Elle reste toutefois inférieure à 50 %.

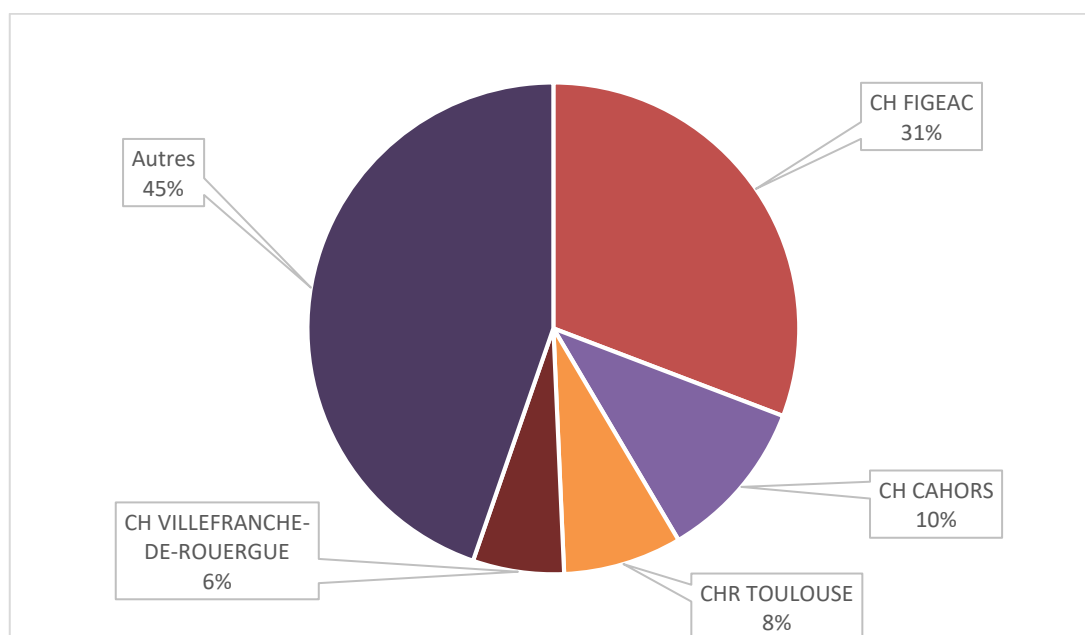
¹¹ Source : ScanSanté.

¹² La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours médicaux/nombre d'habitants) les plus élevés (cf. tableau en annexe 17). La zone d'attractivité de médecine comprend les localités dont le cumul des séjours représente 80 % de l'activité de l'établissement. L'ensemble des séjours est pris en compte, y compris les séjours en ambulatoire.

graphique n° 1 : parts de marché en médecine en 2016 sur la zone d'attractivité du CH

Source : graphique réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur ScanSanté

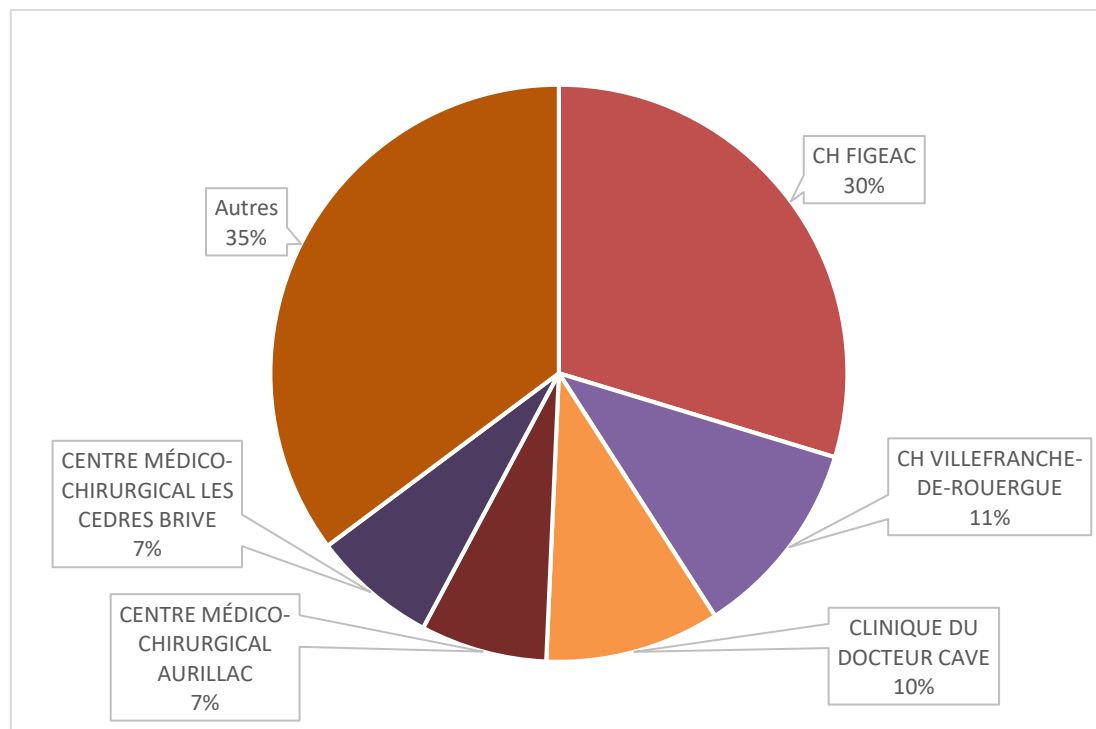
De même, en chirurgie, la part de marché du CH de Figeac sur sa zone d'attractivité était de 31 % en 2016, celle du CH de Cahors de 10 %, du CHU de Toulouse de 8 % et du CH de Villefranche-de-Rouergue de 6 %, les autres établissements représentant 45 %. La part de marché du CH de Figeac est donc relativement faible. Elle a légèrement augmenté entre 2014 (30,4 %) et de 2016 (30,8 %) mais reste peu élevée.

graphique n° 2 : parts de marché en chirurgie en 2016 sur la zone d'attractivité du CH

Source : graphique réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur ScanSanté

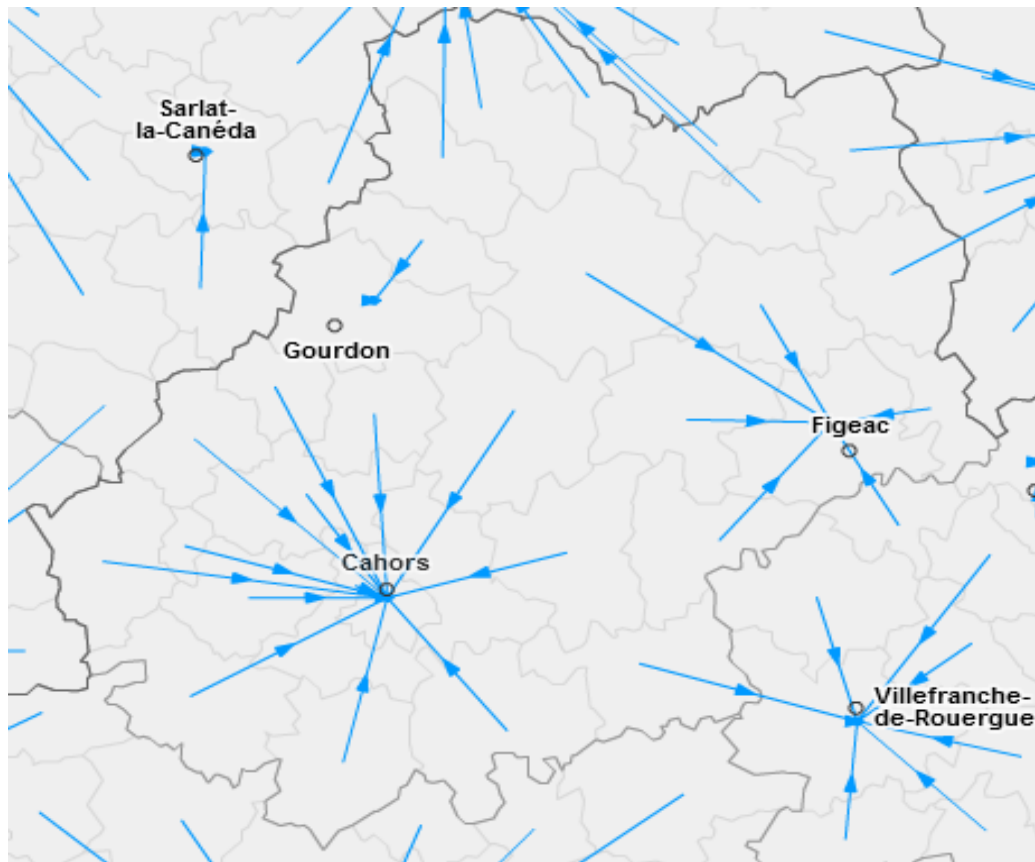
Enfin, la part de marché du CH de Figeac en chirurgie ambulatoire sur sa zone d'attractivité est de 30 %. Le CH est concurrencé par plusieurs établissements : CH de Villefranche-de-Rouergue (11 %), clinique du Dr Cave (10 %), centre médico-chirurgical d'Aurillac (7 %) et de Brive (7 %). Elle a diminué entre 2014 et 2016, passant de 36 % à 30 %.

graphique n° 3 : parts de marché en chirurgie ambulatoire en 2016 sur la zone d'attractivité du CH



Source : graphique réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur ScanSanté

De manière globale, les parts de marché du CH de Figeac sont peu élevées, traduisant, d'une part, l'importance de la concurrence dans le secteur et d'autre part, le fait que le CH n'apparaît pas comme un établissement recours dans un grand nombre de spécialités. Le centre hospitalier de Figeac n'est un pôle d'attraction en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) que pour six communes hors Figeac, dont une commune située en Aveyron.

graphique n° 4 : zone d'attractivité du centre hospitalier de Figeac en 2016

Source : graphique disponible sur ScanSanté

5.2. Une augmentation des recettes résultant d'une amélioration du codage des séjours

L'accroissement des recettes d'activité de l'établissement ne provient pas d'une augmentation dynamique du nombre de ses séjours, mais s'explique essentiellement par les efforts entrepris pour améliorer le codage de ses séjours, et donc leur valorisation.

En effet, depuis le passage à la tarification à l'activité, l'établissement est rémunéré sur la base des séjours réalisés. Au départ de chaque patient, l'hôpital récapitule le ou les diagnostics et le ou les actes effectués pendant le séjour. A partir de ce codage, l'assurance-maladie détermine le tarif qui sera versé à l'établissement. Plus le codage est exhaustif, plus la situation du patient et l'ensemble des actes effectués est pris en compte, et donc plus la rémunération perçue par l'hôpital pour ce séjour est importante.

Depuis 2015, l'arrivée d'un nouveau médecin DIM, le renforcement de l'équipe avec un nouveau technicien d'information médical, le recours à des prestataires extérieurs pour améliorer le codage des séjours en reprenant les dossiers, les actions de formation et de sensibilisation menées ont permis une meilleure valorisation des séjours par la prise en compte de l'ensemble des actes effectués et de tous les éléments composant l'état de santé du patient, de nature à augmenter la sévérité de son cas.

Le poids moyen d'un séjour au centre hospitalier est ainsi passé de 2 213 € en 2014 à 2 401 € en 2016. Alors que le nombre de séjours a augmenté de 5 % sur cette période, la

valorisation s'est accrue de 14 %, soit une évolution du poids moyen du séjour de + 8 %, sans que les tarifs fixés par la sécurité sociale n'aient dans le même temps augmenté à due proportion.

tableau n° 17 : évolution du poids moyen toutes spécialités

	2014	2015	2016	Évolution 2014-2016
Total des séjours	6 923	7 085	7 274	5%
Total valorisation	15 322 628	15 946 806	17 467 333	14%
Poids moyen séjour	2 213	2 251	2 401	8%

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données ScanSanté

Cette évolution s'est produite pour l'ensemble des services de l'établissement (cf. tableau en annexe 18). Ainsi en médecine, le montant du séjour moyen est passé de 2 384 € en 2014 à 2 960 € en 2016, soit une augmentation de 24 %. Alors que le nombre de séjours a diminué de 7 % sur la période, la valorisation a augmenté de 16 %. Cette augmentation s'observe tant en gastro-entérologie (passage de 2 413 € en 2014 à 2 977 € en 2016) qu'en cardiologie (passage de 2 357 € en 2014 à 2 943 € en 2016).

De même, en chirurgie, alors que le nombre de séjours a augmenté de 3 % entre 2014 et 2016, la valorisation des séjours a augmenté de 11 %, et le poids du séjour moyen de 8 %. Cette augmentation concerne essentiellement l'hospitalisation complète, pour laquelle, malgré une baisse de 4 % des séjours, la valorisation a augmenté de 12 %, et le poids moyen de 17 %.

Le contrôle T2A réalisé en 2016 n'a pas fait apparaître pour autant de surcodages de la part de l'établissement, validant ainsi la qualité des codages effectués.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Si la situation financière du centre hospitalier de Figeac s'est améliorée à compter de l'exercice 2015, grâce à une augmentation des recettes issues des séjours, l'explication n'est pas à rechercher dans la hausse du nombre de séjours mais dans l'amélioration de la valorisation du poids moyen de chacun de ces séjours. En effet, l'arrivée d'un nouveau DIM et les actions de formation et de sensibilisation mises en œuvre ont permis d'accroître la qualité et l'exhaustivité du codage, les actes réalisés et l'état des patients étant davantage pris en compte.

Le centre hospitalier ne peut en effet s'appuyer sur un bassin de santé dynamique, lui assurant une augmentation régulière du nombre des séjours. La consommation de soins des Figeacois est inférieure à la moyenne nationale, et le centre hospitalier est soumis à la concurrence des établissements qui l'entourent, lui-même assurant un rôle d'établissement de proximité, avec une part de marché inférieure à 50 %. L'amélioration pérenne de sa situation financière repose donc sur la poursuite des efforts engagés pour augmenter son efficacité et son attractivité, et sur son adaptation aux besoins de santé de son territoire.

6. RENFORCER LES EFFORTS ENTREPRIS ET MIEUX ADAPTER L'OFFRE DE L'ÉTABLISSEMENT AUX BESOINS DU TERRITOIRE DE SANTÉ

6.1. Poursuivre les actions engagées

6.1.1. Accroître les partenariats

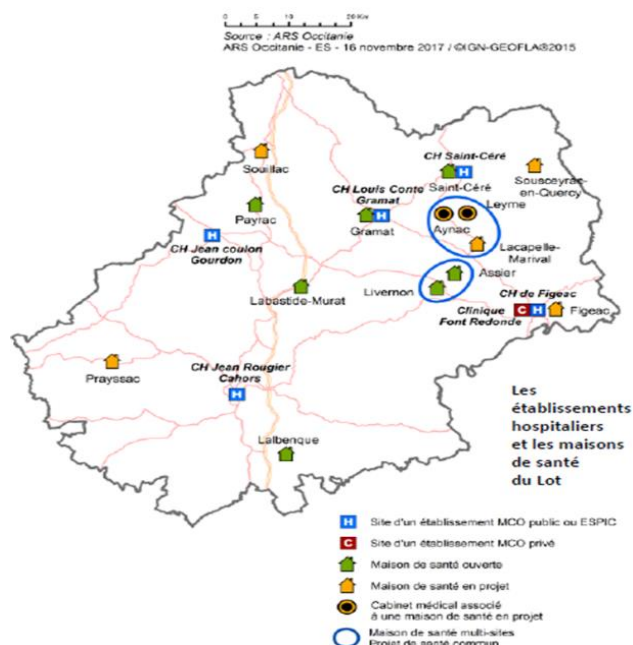
6.1.1.1. Avec le groupement hospitalier de territoire (GHT)

La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit la création de groupements hospitaliers de territoire (GHT) et stipule que chaque établissement public de santé est partie prenante à une convention constitutive de groupement hospitalier de territoire. Cette convention définit un projet médical partagé qui a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Le GHT du Lot comprend les cinq hôpitaux publics de proximité du département que sont Cahors, Gramat, Gourdon, Saint-Céré, et Figeac.

Le projet médical partagé doit définir la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. La définition des objectifs médicaux devait être achevée au 1^{er} juillet 2016, l'organisation des filières pour le 1^{er} janvier 2017 et l'ensemble des dispositions concernant le projet au 1^{er} juillet 2017. Ces délais ont été respectés par le GHT du Lot.

carte n° 1 : l'offre de soins du département du Lot



Source : carte réalisée par l'ARS Occitanie, disponible sur son site internet

En s'appuyant sur le GHT du Lot, le centre hospitalier de Figeac pourra mieux adapter son offre aux besoins du territoire, en bénéficiant de compétences médicales et non médicales détenues par les autres établissements, ou de projets communs mis en place.

Ainsi, des consultations avancées ont été mises en œuvre, en chirurgie vasculaire, rhumatologie, urologie et néphrologie par exemple, évitant aux patients de se déplacer, et augmentant l'activité du centre hospitalier. La fonction achats a été en partie mutualisée, s'agissant de l'élaboration des stratégies d'achat, de la planification et de la passation des marchés, du contrôle de gestion et des activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques. Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement.

D'autres projets sont encore à l'étude. Ainsi, concernant la filière « urgences et soins critiques », la participation au GHT pourrait permettre au centre hospitalier de bénéficier de la mise en œuvre d'une équipe commune de territoire, se traduisant par la création d'un pôle commun de médecins urgentistes, voire de la création de postes de praticiens hospitaliers GHT. Elle est de nature à optimiser la planification des gardes et à réduire l'impact du déficit de médecins urgentistes.

En matière de système d'information hospitalier, l'informatisation du dossier patient devrait être engagée dans le cadre du GHT, pour bénéficier d'économies d'échelle.

6.1.1.2. Avec la médecine de ville

L'ouverture d'une maison de santé est prévue en avril 2019, pour un coût total de l'opération de 2,17 M€. Le centre hospitalier pourra ainsi s'appuyer sur cette nouvelle structure pour délester son accueil d'urgence.

En effet, dans le cadre de son projet immobilier, le centre hospitalier a cédé une partie de l'ancien EHPAD pour permettre à la communauté de communes du Grand Figeac de créer une maison de santé pluridisciplinaire (MSP). Gérée sous la forme d'un bail emphytéotique, pour un loyer de 5 814 € par an, elle devrait permettre à terme de constituer un pôle de santé dans le centre-ville, à côté du centre hospitalier, accueillant 20 professionnels médicaux et paramédicaux¹³, sous statut libéral, et disposant d'une salle de premiers soins et petite chirurgie.

Le centre hospitalier pourra profiter de cette proximité pour nouer de nouveaux partenariats avec la médecine de ville, venant ainsi compléter les actions déjà mises en œuvre : numéros dédiés pour la prise de rendez-vous en imagerie médicale, *mailing* aux médecins libéraux pour leur indiquer les jours de consultation et les numéros directs des différents spécialistes, soirée de présentation aux médecins libéraux de l'activité de l'hôpital.

D'autres actions sont encore à mener pour améliorer l'adressage du centre hospitalier : partage avec la médecine de ville du dossier médical, possibilité de consulter les résultats d'imagerie notamment.

6.1.2. Améliorer l'efficience de l'établissement

En décembre 2016, l'établissement a fait adopter un plan d'efficience médico-économique destiné à améliorer son efficacité pour maintenir son équilibre budgétaire, tout en répondant aux besoins de santé de proximité. Ces orientations stratégiques sont déclinées en 19 fiches actions, concernant les secteurs de chirurgie, médecine, urgences-SMUR, bloc opératoire, imagerie

¹³ Trois médecins, deux infirmières, quatre sages-femmes, quatre orthophonistes, deux psychologues, un kinésithérapeute, une psychomotricienne, une diététicienne et un laboratoire d'analyse.

médicale, permanence d'accès aux soins et centre périnatal de proximité, secrétariats médicaux et gestion des ressources humaines.

L'amélioration de la durée moyenne de séjour (DMS) constitue une des pistes. En effet, si les durées moyennes de séjour (cf. tableau en annexe 19) sont plutôt performantes en médecine (0,88 en 2016), elles le sont moins en chirurgie avec une IP-DMS¹⁴ hors ambulatoire supérieure à 1 (1,05 en 2016).

De surcroît, la durée de certains séjours dans les deux domaines est encore trop importante au regard des standards nationaux.

Ainsi, selon une étude réalisée par l'établissement au début de l'année 2016, en médecine, sur 1 024 séjours de cardiologie 174 avaient une DMS bien supérieure à la DMS nationale. C'est également le cas pour 129 des 1 006 séjours de gastrologie. *A contrario*, 124 des 1 024 séjours en cardiologie et 204 des 1 006 séjours en gastrologie avaient une durée de 0 ou 1 jour, sans que l'hôpital ne puisse accueillir ces patients dans des locaux dédiés. L'établissement souhaite donc créer une unité spécifique à l'activité de médecine de jour, et réorganiser en ce sens la prise en charge par le personnel non médical.

Par ailleurs, 12 % des séjours en chirurgie avaient une DMS 1,5 fois supérieure à la DMS nationale. De plus, certains séjours étaient réalisés en chirurgie complète alors qu'ils auraient relevé de la chirurgie ambulatoire. L'établissement souhaite donc faire évoluer les pratiques des chirurgiens pour diminuer la durée des séjours et davantage recourir à l'ambulatoire. Le retour à domicile devrait également être davantage anticipé.

En chirurgie ambulatoire, les locaux sont similaires au secteur d'hospitalisation, ce qui limite la rotation des patients (1 lit / 1 chambre). Le taux des 18 gestes marqueurs est de 69 % alors que le potentiel de chirurgie ambulatoire pour ces gestes marqueurs est estimé à 90 %. Par ailleurs, le taux de chirurgie ambulatoire est de 46 %, au lieu de 56 % (moyenne des établissements français).

L'établissement souhaite donc remplacer 3 lits par 6 fauteuils, réaménager la salle d'accueil des patients avant leur sortie, renforcer le dialogue interne de gestion avec les chirurgiens sur les gestes marqueurs, rechercher une optimisation de la planification avec le conseil de bloc, augmenter la capacité en places de l'ambulatoire en remplacement de lits en chirurgie complète et réaménager une seconde unité d'ambulatoire.

Parallèlement, l'établissement continue à réduire son capacitaire en médecine de 54 lits en 2012 à 38 lits envisagés dans le cadre de son projet de rénovation, compte tenu de leur taux d'occupation de 79 % en 2016 (cf. tableau en annexe 20). Une spécialisation davantage poussée en gériatrie devrait également contribuer à augmenter leur occupation. En chirurgie, sur les 40 lits disponibles, seulement 30 lits sont en moyenne occupés. L'établissement a donc prévu de transformer cinq chambres doubles en cinq chambres simples, ce qui permettrait de conserver la possibilité d'augmenter la capacité d'accueil en cas de pics d'activité, en dédoublant les chambres individualisées. Cela permettrait également de diminuer de 0,5 ETP le nombre d'infirmiers de jour, et de 3 ETP le nombre d'aides-soignants, soit un apport de recettes (diminution de la charge salariale et recettes supplémentaires chambres individuelles) estimées à 175 000 € en année pleine.

¹⁴ Indicateur de performance basé sur la durée moyenne des séjours. Cet indicateur compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son Casemix auquel on applique les DMS de référence. Il synthétise ainsi la surperformance, ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement (hors ambulatoire).

Enfin, le plan d'efficacité médico-économique de l'établissement passe par la réorganisation des secrétariats.

En effet, la dispersion des locaux renforce leur cloisonnement, rendant difficile la mise en place de mutualisations pour certaines tâches, les remplacements, et de manière globale, l'optimisation des moyens. Des retards fréquents étaient enregistrés concernant la réalisation des comptes rendus d'hospitalisation en médecine, en chirurgie ambulatoire et en imagerie, compliquant les relations avec la médecine de ville. Il n'existait pas de logiciel commun permettant la prise de rendez-vous. Les fonctions d'accueil n'étaient pas assez professionnalisées.

En 2017, un redéploiement de temps de secrétariat entre services a été mise en œuvre, suivi d'une étude de faisabilité sur le déploiement d'une solution de dictée à reconnaissance vocale. L'objectif est que les patients quittent la consultation avec un compte-rendu dicté, imprimé et signé. Le temps de secrétariat ainsi gagné devrait être reporté sur l'amélioration de la qualité des dossiers et de l'accueil téléphonique.

6.1.3. S'assurer de l'adéquation du niveau de redevance versée dans le cadre du GCS

La coopération entre les médecins libéraux et le centre hospitalier se fait dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire, le GCS Champollion.

L'article 3 des contrats conclus avec les praticiens libéraux détaille les prestations offertes par l'hôpital. Il est ainsi indiqué que l'établissement « met à la disposition du praticien le plateau technique de l'établissement ainsi que les locaux et moyens d'hospitalisations lui permettant d'exercer son art dans les meilleures conditions et de favoriser le développement de l'activité dans sa spécialité ».

De plus, « l'aménagement des locaux est assuré par le centre hospitalier, dans le respect des normes fixées par les règlements en vigueur. Le centre hospitalier s'engage à entretenir, modifier et compléter, en tant que de besoin, ses installations techniques pendant la durée du contrat, de sorte qu'à tout moment, l'établissement satisfasse aux conditions d'agrément imposées par les règlements en vigueur et réponde aux caractéristiques normales de l'exercice des disciplines qui y sont pratiquées, ainsi qu'aux impératifs concernant la sécurité des malades ».

Par ailleurs, « de manière générale, le centre hospitalier s'engage à ce que le praticien dispose pour l'exercice de son art et au bénéfice des patients de l'établissement de prestations identiques à celles qui sont offertes aux praticiens hospitaliers (et) du concours d'un personnel qualifié, conformément aux normes, commun à tous les praticiens intervenant au centre hospitalier, pour lui permettre d'exercer son art dans les meilleures conditions eu égard à sa spécialité ».

Concernant les charges d'entretien et de maintenance des équipements et matériels « ces dernières seront intégralement supportées par le centre hospitalier, qui s'oblige à les assumer ». Le centre hospitalier s'engage à « consulter le praticien pour avis et dans le cadre des procédures établies en cas de modification ou d'amélioration des équipements et matériels mis à sa disposition ».

Enfin, « en sus des moyens ci-dessus énoncés, si le praticien en fait la demande, un cabinet de consultation et du personnel de secrétariat dédié à la consultation pourront être mis à sa

disposition, dans la limite des capacités en matériel et en personnels du centre hospitalier, et sous réserve d'une acceptation par le directeur de l'établissement.

En compensation de ces prestations, les médecins libéraux reversent à l'établissement 10 % de leurs honoraires. Selon le directeur de l'établissement, le taux de redevance se justifie par le fait que les praticiens libéraux intervenant dans le cadre du GCS assurent leurs consultations et les différentes tâches administratives sur leurs moyens propres en dehors du site hospitalier. Il indique que le contrôle de gestion n'a pas repéré de différentiel entre les charges et les produits liés à ces activités.

Or les médecins ont à disposition non seulement des locaux et des installations techniques, mais également du personnel, leur permettant d'exercer leur profession dans les meilleures conditions. De surcroît, la révision du pourcentage, prévue par la convention, n'a jamais été mise en œuvre.

Si ce pourcentage n'est pas fixé par la réglementation, il doit néanmoins correspondre à la valeur du service rendu par l'établissement hospitalier au praticien y exerçant une activité libérale, soit *a minima* « au coût des installations techniques, des locaux et du personnel mis à disposition » (Conseil d'État, n° 293229, 16 juillet 2007).

La chambre recommande donc à l'établissement de s'assurer que le niveau de la redevance versée par les médecins libéraux permette une juste participation aux charges engendrées par leur activité.

Recommandation

5. S'assurer que le niveau de la redevance versée dans le cadre du groupement de coopération sanitaire corresponde aux charges supportées par l'établissement pour cette activité. *Non mise en œuvre.*

6.1.4. Mieux encadrer l'activité libérale des praticiens hospitaliers

La loi du 27 janvier 1987 a réaffirmé l'exercice d'une activité libérale à l'hôpital tout en mettant en place des modalités de contrôle (L. 6154-1 à L. 6154-7 et les articles R. 6154-10 à R. 6154-24 du code de la santé publique).

Plusieurs règles doivent être respectées. Seuls les praticiens à plein-temps peuvent exercer une activité libérale et aucune installation ne doit être réservée à cette activité. Les praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal dans le secteur public hospitalier une activité de même nature que celle effectuée à titre libéral. Le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre et au volume de ceux effectués au titre de l'activité publique. La durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens. Le patient doit être informé des tarifs d'honoraires, et des jours et heures des consultations privées. Ces informations doivent être affichées dans le service.

La commission de l'activité libérale (CAL) de l'établissement est chargée, selon les termes de l'article L. 6154-5 et R. 6154-11 du CSP, de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens. Elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui

lui ont été communiquées. Ce rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement, au conseil de surveillance, au directeur de l'établissement et au directeur général de l'agence régionale de santé.

Deux praticiens à plein temps exercent une activité libérale au centre hospitalier de Figeac. Les contrats ont été signés pour cinq ans. L'un d'eux mentionne toutefois que deux lits sont mis à disposition du praticien pour son activité libérale en plus de sa plage de consultation. Or l'article L. 6154-2 du CSP interdit la mise à disposition par l'hôpital de matériel ou d'installation dédié à l'exercice de l'activité libérale : « aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale ». S'il est indiqué par la CAL qu'aucun lit ne lui est réservé dans les faits, le récapitulatif des actes et consultations effectué au titre de son activité libérale ne comprend pourtant que des actes (312 en 2016) et aucune consultation.

Par ailleurs, si d'après le contrôle effectué par la CAL, les médecins respectent les conditions imposées par la réglementation, un contrôle plus approfondi pourrait néanmoins être réalisé. En effet, la CAL ne vérifie pas que les actes réalisés par les praticiens dans le cadre de leur activité libérale ne sont pas plus rémunérateurs que ceux exercés dans le cadre de leur activité publique.

6.1.5. Maîtriser le budget dédié à la permanence des soins

6.1.5.1. Une commission de l'organisation de la permanence des soins au rôle discret.

Selon les termes de l'arrêté ministériel du 30 avril 2003, « le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, après consultation des chefs de service ou des responsables de structure. Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement ».

Contrairement à la réglementation, la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) n'a été installée au centre hospitalier de Figeac qu'en novembre 2015. Les comptes rendus de la commission médicale d'établissement (CME) ne font aucune mention d'un avis rendu par cette dernière sur l'organisation des activités et le temps de présence médicale.

Selon l'article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003, la commission possède quatre missions :

- définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité, dans la limite des budgets alloués à ce titre ;
- donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens ;
- donner un avis sur les conventions de coopération ;
- établir un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins, adressé au directeur et au président de la CME.

Le règlement intérieur de la COPS présenté au directoire du centre hospitalier en décembre 2017, précise qu'elle se réunit au moins deux fois par an et qu'elle assure le suivi et l'évaluation des dispositions sur la permanence des soins, qu'elle transmet notamment pour examen périodique

les éléments de traçabilité concernant le temps de travail des praticiens, et élabore le règlement intérieur sur les astreintes à domicile. Ce dernier est intégré dans le règlement intérieur de l'établissement, arrêté par le directeur après avis de la CME et concertation du directoire.

Il ressort des comptes rendus rédigés lors de chaque réunion que la COPS définit annuellement avec la direction l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins par secteur d'activité. En revanche, aucune mention n'est faite à propos de l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, ni à propos de l'établissement d'un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins.

Par ailleurs, si la COPS s'est réunie quatre fois en 2016, elle ne s'est réunie qu'une fois en 2017, contrairement à ce qu'impose son règlement intérieur.

6.1.5.2. Le défaut de documents réglementaires permettant le contrôle du service fait

Un tableau mensuel de service nominatif doit être arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou du responsable de service. Ce tableau doit être établi le 20 de chaque mois pour le mois suivant et notifié aux chefs de pôles ou chefs de services concernés. Il répartit les sujétions résultant de la participation à la permanence des soins, par roulement entre les médecins. Il indique les périodes de jour et de nuit et d'astreintes à domicile, et précise à chaque fois le nom du praticien qui en est chargé.

L'établissement ne produit pas ces tableaux, se contentant d'établir des tableaux de service prévisionnels, la dernière version faisant office de tableau définitif. Chaque tableau est réalisé de façon différente selon les services. Alors que ce tableau vaut attestation de service fait et conditionne donc le versement des indemnités, aucun contrôle n'est effectué sur le temps de travail effectif des praticiens.

L'article 20 de l'arrêté précité du 30 avril 2003 indique que « au plus tard le 10 de chaque mois, le directeur de l'établissement arrête l'état récapitulatif des participations à la permanence des soins effectuées au cours du mois précédent. Cet état décompte (...) le nombre de périodes de temps de travail effectuées donnant lieu au versement de l'indemnité de sujétion, les astreintes et les déplacements réalisés donnant lieu à indemnisation.

Au terme de chaque quadrimestre, le directeur établit, pour les personnels visés au 1 ci-dessus, un état récapitulatif dans l'ordre suivant :

1. Les périodes de jour du lundi matin au samedi midi (et périodes assimilées) effectuées au titre des obligations de service ;
 2. Les périodes effectuées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et jour férié ;
 3. Le décompte de celles de ces périodes qui sont intégrées dans les obligations de service ;
 4. Le solde de ces périodes correspondant aux périodes de temps de travail additionnel.
- L'extrait qui le concerne est adressé à chaque praticien ».

Or ce récapitulatif individuel quadrimestriel n'est produit que pour le service des urgences.

Le mandatement des différentes indemnités est préparé à partir des tableaux mensuels de service signés par le chef de service et le directeur, ainsi que des attestations par type d'indemnités (temps de travail additionnel, indemnités de sujétion, astreintes effectuées) listant les médecins

concernés, le nombre effectué et le montant à verser, sans que ces montants puissent être déduits des tableaux de service, puisqu'ils diffèrent des éléments indiqués sur ces tableaux (cf. *supra*).

La chambre rappelle que le récapitulatif individuel du tableau de service couvrant une période de quatre mois doit être produit pour chaque praticien, conformément à la réglementation. Elle recommande d'opérer des contrôles réguliers pour vérifier la réalité du service fait, ce que l'ordonnateur, à la suite du contrôle de la chambre, s'est engagé à faire régulièrement.

Par ailleurs, les déplacements des médecins dans le cadre de la permanence des soins sont déclaratifs et retracés sur un carnet à souches pour en obtenir le remboursement. Le praticien déclare les déplacements en astreinte à raison d'une feuille par praticien et par période d'astreinte.

Selon les termes de l'article 19 de l'arrêté précité « chaque praticien effectuant une astreinte à domicile, note, à chaque déplacement, sur un carnet à double feuillet, unique pour l'établissement et déposé au service des urgences ou tout autre lieu fixé par le directeur ».

Au cas d'espèce, la multiplicité des carnets à souches est contraire à l'arrêté du 30 avril 2003 et accentue les risques de fraude. Il n'existe pas de contrôle sur les déplacements des médecins. La COPS ne semble pas avoir débattu de l'utilité de mettre en place un dispositif de contrôle.

6.1.5.3. Des différences entre le montant des indemnités versées et les tableaux de service

L'arrêté du 30 avril 2003 encadre les montants versés au titre de la permanence des soins. Il distingue les astreintes opérationnelles et astreintes de sécurité, les indemnités de sujétion et le temps de travail additionnel.

Selon l'arrêté, « L'organisation des activités médicales, pharmaceutiques et odontologique 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. ». La permanence sur place ou en astreinte à domicile « a pour objet d'assurer la sécurité des malades hospitalisés ou admis d'urgence et la continuité des soins excédant la compétence des auxiliaires médicaux ou des internes en dehors du service quotidien, pendant chaque nuit, samedi après-midi, dimanche ou jour férié (...) ».

Les astreintes

Selon l'arrêté précité, 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.

L'agence régionale de santé verse chaque année à l'établissement une dotation au titre de la permanence des soins, en fonction des lignes d'astreintes qu'elle juge nécessaire pour assurer la continuité des soins sur le territoire.

Malgré ses difficultés financières, l'établissement a souhaité instituer des lignes d'astreinte supplémentaires, lignes qu'il prend donc en charge sur ses ressources propres, alors que l'activité ne semble pas le justifier.

L'ARS finance trois astreintes de sécurité et quatre astreintes opérationnelles alors que l'établissement a mis en place neuf astreintes opérationnelles (cf. tableau en annexe 21). En 2017, le centre hospitalier a versé 161 344 € en sus des 123 061 € financés par l'ARS ; en outre, la plupart des astreintes ne sont pas rémunérées comme telles, mais comme des indemnités de sujétion.

De plus, toutes les astreintes rémunérées par le centre hospitalier sont des astreintes opérationnelles, alors que seules quelques spécialités donnent lieu régulièrement à des appels, et peuvent donc être qualifiées comme telles. Dans les autres cas, il s'agit d'astreintes de sécurité, les médecins n'étant pas sur place, mais à leur domicile ou au lieu de leur convenance.

Les indemnités de sujétion

Les astreintes de certains médecins sont rémunérées sous la forme d'indemnités de sujétion, c'est-à-dire comme l'indemnisation d'un temps de présence imposé par l'établissement le samedi après-midi, le dimanche ou les jours fériés au titre de leurs obligations de service, alors qu'il ne s'agit que d'une astreinte opérationnelle, voire de sécurité, le praticien restant à son domicile et étant éventuellement dérangé en cas d'urgence.

Le temps de travail additionnel

Les indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel, de jour ou de nuit, week-end et jours fériés, sont versées quand l'établissement demande au médecin d'être présent au-delà de ses obligations de service (10 demi-journées par semaine).

L'article R. 6152-27 du code de la santé publique prévoit ainsi, pour les praticiens hospitaliers à temps plein que : « le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées (...).

Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel ».

L'article D. 6152-23-1 du code de la santé publique instaure « une indemnité forfaitaire pour temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaire ». Cette indemnité est versée lorsque le temps de travail additionnel ne fait pas l'objet d'une récupération.

Dans le cas présent, certains médecins perçoivent une rémunération pour temps de travail additionnel, sans que le tableau de service ne fasse apparaître une présence supérieure à leurs obligations de service. De plus, alors que la mesure de la durée du travail des praticiens doit s'effectuer sur une période de référence de quatre mois, sur la base des relevés quadrimestriels

adressés aux praticiens, ces indemnités sont versées chaque mois. Par ailleurs, l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 impose la tenue de registres de temps travaillé, devant comporter les contrats de temps de travail additionnels signés, les spécialités concernées, et les périodes et heures de temps de travail additionnel effectuées par chacun des praticiens concernés. Ces documents n'ont pas été fournis par l'établissement, qui a indiqué ne pas les posséder. Enfin, l'article 4 indique également « que le recours au temps de travail additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement ». Ces contrats n'ont pas été établis. À la suite du contrôle de la chambre, l'ordonnateur s'est engagé à procéder à la régularisation de la situation en contractualisant avec les praticiens concernés le temps de travail additionnel demandé, ceux-ci s'engageant à fournir à la direction tous les éléments permettant un contrôle de leur temps.

Recommandations

6. Produire pour chaque praticien, conformément au code de la santé publique, le récapitulatif quadrimestriel individuel du tableau de service détaillant le temps de travail effectué. *Non mise en œuvre.*

7. Opérer des contrôles réguliers des conditions de participation à la permanence des soins pour vérifier la réalité du service fait. *Mise en œuvre en cours.*

Les indemnités versées

La rémunération de la plupart des médecins du centre hospitalier combine ces trois éléments, sans que des éléments probants puissent justifier leur régularité, les seuls tableaux de service étant insuffisants pour permettre un contrôle du travail réellement effectué.

Sur les six mois analysés (janvier, février, mars 2016 et octobre, novembre et décembre 2017), le montant des salaires indus, au vu des documents présentés à la chambre, s'élève à 344 295 € (cf. annexe 23), soit, si l'on extrapole sur une année complète, près de 700 000 €, ce qui représente 2 % des produits d'exploitation de l'établissement en 2016, un quart de sa CAF brute, ou l'excédent positif dégagé en 2015.

6.1.5.4. Une forte augmentation du coût de la permanence des soins

Ces procédés ont contribué à la forte augmentation du coût de la permanence des soins.

tableau n° 18 : évolution du coût de la permanence des soins (en €)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Différence 2012-2017	
Permanence sur place intégration oblig serv	508 243	516 617	552 690	602 698	510 326	521 260	3%	13 017
Permanence sur place temps travail additionnel	274 132	339 804	357 374	369 508	381 280	305 681	12%	31 549
Permanence de soins par astreinte	160 275	157 616	125 660	121 693	165 445	176 001	10%	15 726
Indemnités forfaitaires de base				114 813	161 344	176 001	-	-
Déplacements réalisés au cours astreintes				6 880	4 102	0	-	-
Temps de travail additionnel de jour	37 622	41 596	49 585	59 931	252 546	237 689	532%	200 067
Total	980 272	1 055 633	1 085 309	1 275 523	1 475 042	1 416 632	45%	436 360

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

Le montant consacré à la permanence des soins (astreintes, indemnités de sujétion, temps de travail additionnel) a ainsi augmenté de 45 % entre 2012 et 2017, passant de 0,98 M€ en 2012

à 1,42 M€ en 2017, soit + 0,4 M€ en six ans. Cela représente près du tiers de l'augmentation des charges liées au personnel médical.

Or le coût de ce personnel médical est déjà élevé. Les rémunérations du personnel médical ont fortement augmenté depuis 2012. Elles se sont accrues de 0,8 M€, soit plus que l'augmentation des rémunérations du personnel non médical (0,7 M€), alors que la masse financière et le nombre d'équivalent temps-plein (ETP) concernés sont bien moins élevés (31 ETPR contre 378), soit une hausse moyenne de rémunération sur la période examinée de 2 581 € par ETPR médical, contre 188 € par ETPR non médical. Cette hausse représente 22 % du total des charges de personnel médical de 2017, alors que celle du personnel non médical représente 9 % du total des charges de personnel non médical (cf. tableau en annexe 23).

Dans le même temps, l'activité générée par l'établissement a peu augmenté. Ainsi, l'indicateur « coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes » suivi par Hospidag, autrement dit la masse salariale chargée du personnel médical rapportée aux recettes engendrées par l'activité, est passé de 13,2 en 2013 à 14,2 en 2016. Le poids du coût du personnel médical est ainsi très élevé : qu'on le compare aux établissements de la même région, aux établissements de même catégorie ou aux établissements de même typologie (cf. graphiques en annexe 24), l'établissement se situe toujours parmi les 20 % des établissements les moins performants.

6.2. Renforcer l'adaptation de l'offre aux besoins du territoire

6.2.1. Une rénovation immobilière essentielle, mais insuffisante

6.2.1.1. Un projet de rénovation indispensable : la construction d'un nouveau bâtiment

Un établissement modernisé, facilitant l'accueil des patients

Pour répondre aux problématiques d'inadaptation des locaux, le projet du centre hospitalier est de construire un nouveau bâtiment réparti sur trois niveaux, dédié aux services de médecine (48 lits), à la pharmacie à usage unique, aux admissions et aux consultations externes. La liaison de ces services avec les services d'imagerie médicale, le bloc, la chirurgie et les urgences devrait être renforcée.

Dans le même temps, une partie des bâtiments existants sera réaménagée. L'aile est, l'ancien restaurant de l'EHPAD et les maisons Borie devraient accueillir les différents services à relocaliser : administratifs, logistiques, personnel et extension des urgences.

Le budget de ce projet est estimé à 6,3 M€ HT : 5 M€ pour la réalisation des travaux, 1,3 M€ pour la maîtrise d'œuvre. 70 % de ce montant devrait être pris en charge par l'ARS, le reste par l'établissement, par la mobilisation d'un emprunt. La mise en service est prévue pour janvier 2020.

Une sélection des architectes qui n'a pas respecté les règles de la commande publique

Si l'estimation des besoins et la rédaction des documents de consultation ont été menées de manière sérieuse, la sélection des candidats n'a pas respecté les règles de la commande publique.

La sélection des candidats s'est effectuée en deux temps : une présélection sur dossier des 28 candidats ayant soumissionné pour sélectionner les trois d'entre eux admis à concourir lors de la deuxième étape, et une sélection finale basée sur les projets remis par les candidats.

La première sélection repose sur quatre critères : la composition de l'équipe, les références dans le secteur, les références sur des projets de même ampleur, les références en matière de patrimoine historique. Les sous-critères utilisés pour discriminer les candidats n'étaient pas indiqués dans le règlement de consultation.

Le premier critère concerne, selon le tableau de classement des candidats réalisé par la commission technique, les compétences et moyens techniques de tous les membres de l'équipe : composition de l'équipe correspondant aux compétences demandées, effectifs et chiffres d'affaires cohérents au vu du projet, localisation de l'architecte, références communes de l'architecte et du bureau d'études de moins de cinq ans.

Or cette sélection valorise la proximité des candidats, contrairement au principe de libre d'accès à la commande publique, qui ne permet pas de mettre en place des critères d'attribution fondés sur l'implantation géographique des candidats. En effet, seuls pouvaient obtenir 1 point sur 1 les architectes installés à proximité de Figeac, les autres candidats étant pénalisés.

La proximité à Figeac est ainsi autant valorisée que la composition de l'équipe : un architecte, situé à moins d'une heure trente de route de Figeac (note de 1/1 sur la proximité) mais dont les compétences de l'équipe ne correspondent pas à celles mentionnées dans le cahier des charges (manque d'un SSI et de compétences en matière de patrimoine par exemple, soit une notation de 0,5 sur 1 s'agissant de la composition de l'équipe), peut obtenir autant de points (1,5 points) qu'un architecte éloigné de Figeac, situé à Clermont-Ferrand ou à Montauban par exemple (note de 0,5/1) mais dont les compétences de l'équipe correspondent à celles demandées (1/1).

De plus, les critères de sélection n'ont pas été appliqués de la même façon à tous les candidats.

Ainsi, s'agissant du critère relatif à la composition de l'équipe, noté sur un point, le candidat n° 5 a perdu 0,5 point pour absence de compétence en SSI. Or l'examen de ce dossier a fait apparaître cette compétence dans plusieurs documents (cf. pièces n° 1 et n° 2 en annexe n° 25).

Par ailleurs, s'agissant du critère 3 (références de complexité équivalente), le candidat n° 7 retenu a obtenu 2,75 points (2 points pour le sous-critère 3.2 et 0,75 point pour le critère 3.3) alors que les références sur ces deux sous-critères n'apparaissent pas dans le dossier présenté. *A contrario*, le candidat n° 5 a obtenu 1,5 point pour le sous-critère 3.2, soit une perte de 0,5 point avec le commentaire suivant sur le tableau d'examen des candidatures « non précisé mais supposé au vu des projets présentés ». Or l'examen du dossier (cf. pièce n° 3 en annexe 25) montrant la présence de références, le candidat aurait donc dû obtenir 2 points. De même, le candidat n° 3 n'a obtenu aucun point pour les sous-critères 3.2 et 3.3, alors que le dossier comprend des références multiples (cf. pièces n°^{os} 4, 5 et 6 en annexe 25), qui auraient dû lui rapporter 4 points.

Pour le critère 4 (qualité des références sur les opérations de diagnostic et de restauration du patrimoine ancien), le candidat n° 3 a obtenu 2,5 points (le tableau précise « compétence annoncée. Pas de référence présentée ») alors qu'il présente plusieurs références dans son dossier, qui auraient dû générer 5 points (cf. pièce n° 7 en annexe 25). Le candidat n° 7 a obtenu la même note, avec le même commentaire, alors qu'aucune référence n'étant présente dans le dossier, seulement un point aurait dû lui être attribué. Le candidat n° 22 a obtenu 2,5 points, alors que les références présentées auraient dû lui faire obtenir la note maximale de 5, tout comme le candidat n° 25.

La note de plusieurs candidats a donc été sous-évaluée (candidat n° 25 : 43,75 points obtenus, au lieu de 50 points, candidat n° 3 : 20,5 points au lieu de 44, candidat n° 23 : 37 points au lieu de 47 points, candidat n° 21 : 30,25 points au lieu de 44,5 points). Au contraire, d'autres notes ont été surévaluées : candidat n° 19 (44,5 points au lieu de 29) et candidat n° 7 (45,25 au lieu de 37). Le classement des candidats aurait donc dû être différent, et le candidat n° 7, lauréat du concours, n'aurait pas dû être sélectionné.

De plus, au lieu de sélectionner les trois candidats ayant obtenu le plus de points, le procès-verbal de la commission de sélection des offres indique que les cinq premières candidatures apparaissant équivalentes en termes de valeur, les membres du jury votent parmi ces cinq candidats pour choisir les trois qui seront admis à concourir. Ce processus est contraire aux règles de la commande publique, puisque ce ne sont pas les trois candidats ayant obtenu le plus de points qui sont sélectionnés (candidats n° 15, n° 7 et n° 19), mais trois parmi les cinq premiers, soit en l'occurrence les candidats (candidats n° 7, n° 19 et n° 22). De surcroît, le vote est censé s'effectuer sur les cinq meilleurs candidats (soit les candidats n° 15, 7, 19, 22 et 25, alors que finalement il a porté sur les candidats n° 15, 7, 19, 22 et 23. Ainsi, le candidat n° 25, déjà sous-noté par rapport à la valeur de son dossier, n'a pas été sélectionné. Au contraire, le candidat n° 23, classé 22^{ème} selon les critères annoncés par le règlement de consultation, l'a été.

La sélection s'est ensuite opérée parmi les trois candidats admis à présenter un pré-projet au jury. Ces projets devaient être notés selon quatre critères énoncés dans le règlement de consultation. Le premier critère juge de la qualité de la réponse au regard des exigences fonctionnelles et des attendus techniques, et est pondéré à 35 %. Le deuxième concerne respect de l'enveloppe financière prévisionnelle affectée aux travaux, et est pondéré à 20 %. Le troisième critère concerne la qualité architecturale du projet (pondération 30 %). Le quatrième évalue les délais de réalisation des études et des travaux (pondération 15 %).

Le classement entre les candidats, dont les projets ont été, selon l'établissement, anonymisés, a été effectué sur la base d'un vote, chaque membre du jury notant le critère sur 20 points, note ensuite pondérée selon les coefficients annoncés dans le règlement de consultation, sans qu'un classement objectif ne soit opéré entre les différents candidats, puisque la note repose sur l'appréciation par le jury de l'adéquation de sa réponse au critère concerné.

Par exemple, pour le critère prix, selon les membres du jury, les notes de l'équipe verte s'échelonnent entre 9 et 15, celles des équipes bleue et rouge entre 12 et 18. La note prix ne repose donc pas sur un critère objectif (attribution de la note maximale à l'équipe, la moins chère, puis attribution d'une note proportionnelle aux deux autres équipes en fonction du prix demandé), mais sur une appréciation subjective des membres du jury, méthode peu conventionnelle.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, le directeur de l'hôpital s'engage à ne plus intégrer des sous-critères non énoncés dans le règlement de consultation des marchés publics.

6.2.1.2. Des investissements restant à réaliser : le réaménagement des urgences

Au-delà de la rénovation du service de médecine, d'autres travaux s'avèrent nécessaires pour améliorer la prise en charge. Ainsi, le nombre de passage aux urgences (cf. tableau en annexe 26) augmente régulièrement, passant de 12 407 en 2012 à 14 846 en 2017, soit une augmentation de 20 %. De même, le nombre de séjours en UCHD (unité d'hospitalisation de courte durée) est passé de 635 en 2012 à 940 en 2017, soit une hausse de 55 %. Parallèlement, le nombre de sorties du SAMU est passé de 267 en 2012 à 296 en 2017, soit une hausse de 11 %.

Les urgences vitales, traitées immédiatement, ne représentaient que 0,7 % des prises en charge en 2017. Les autres patients doivent attendre dans une salle exiguë, et quand elle est pleine, dans le jardin. Le service ne dispose ni d'un bureau d'assistante sociale, ni d'une salle d'isolement permettant d'accueillir les patients le nécessitant. Aucune salle ne peut être utilisée par l'infirmier d'accueil et d'orientation, chargé d'évaluer rapidement l'état des patients. L'intimité des personnes n'est pas garantie.

Selon l'établissement, il faudrait réaménager la salle d'attente, créer un local pour l'accueil et l'orientation des patients, augmenter le nombre de boxes et de lits-portes et aménager un lit-porte pour la prise en charge des patients agités. Le montant des travaux est estimé à 150 000 €. Ils devraient être financés en 2019 (100 000 €) et 2020 (50 000 €).

6.2.2. Une offre de soins davantage adaptée à la population

La population de Figeac et des communes alentours, relativement âgée, nécessite une prise en charge adaptée.

6.2.2.1. Offrir une prise en charge directe des patients âgés, sans passer par les urgences

Les urgences constituent la première porte d'entrée à l'hôpital pour les personnes âgées : 75 % de l'ensemble des séjours des personnes âgées proviennent des urgences (87 % des séjours en médecine).

L'établissement réfléchit donc à la structuration d'une filière gériatrique, avec la possibilité d'une entrée directe en médecine pour les patients âgés, sans passer par les urgences. Cela passe par la professionnalisation du personnel médical et non médical, la coordination de la prise en charge des patients en court séjour gériatrique avec le pôle gérontopsy de l'institut Camille Miret, le développement de consultations gériatriques et d'onco-gériatrie, le renforcement de la communication sur la filière auprès des médecins libéraux, le renforcement des compétences en rééducation (par exemple, en kinésithérapie), le recrutement d'un second gériatre à temps non complet, et la diminution du délai d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation aux médecins traitants. Cette prise en charge directe permettrait également de délester le service d'urgences.

6.2.2.2. Structurer la filière de soins palliatifs

Améliorer la prise en charge des personnes âgées passe également par l'organisation d'une filière dédiée aux soins palliatifs pour les personnes en fin de vie.

Plusieurs axes de travail ont été identifiés par l'établissement : professionnalisation du personnel médical et non médical, renforcement de la communication de la filière auprès des médecins libéraux, mise en place d'entrées directes, renforcement des compétences internes en accompagnement, soutien des patients et des familles, mise en place de réunions hebdomadaires de concertation pluri-professionnelles, renforcement des liens avec l'équipe mobile de soins palliatifs de Saint-Céré, réservation d'un espace adapté dans les futurs locaux, recrutement d'une psychologue à 20 %, renforcement de l'intervention des associations, développement d'un partenariat avec la HAD pour les patients souhaitant retourner à leur domicile.

6.2.2.3. Anticiper la reprise de l'activité de SSR

L'avenant à la convention de gestion SSR conclu avec la clinique en 2017 prévoit qu'elle ne sera pas reconduite à l'échéance, le 24 décembre 2022. Le centre hospitalier de Figeac gèrera directement l'autorisation de cette activité.

Afin de faciliter la reprise, l'avenant pose un certain nombre de conditions. L'article 5.1 indique que « le délégataire s'engage à fournir au délégant la liste précise du personnel affecté à l'activité de SSR (état civil, qualification formation temps de travail rémunération et statut du contrat de travail) à la date d'entrée en vigueur de la présente convention », et que « le délégataire s'engage à communiquer chaque modification concernant la liste du personnel susvisé au délégant. Une actualisation trimestrielle des éléments composant cette liste sera également communiquée au délégant, et donnera lieu à un avenant à la présente convention ». L'article 5.5 indique que « le projet médical partagé de territoire prévoit la convergence des systèmes d'information en lien avec le patient dans le cadre du GHT du Lot. Le délégant et le délégataire s'engagent à s'inscrire dans cette trajectoire pouvant conduire à l'adoption d'un dossier patient informatisé commun ou convergeant dans un objectif de continuité des soins et dans des conditions permettant d'assurer la confidentialité et la sécurité des données ».

Ces clauses visent à renforcer les échanges d'informations avec la clinique Font Redonde sur le personnel affecté à l'activité SSR, sur le plan de formation et sur le dossier patient. Par contre, l'avenant reste encore lacunaire sur la transmission au centre hospitalier des éléments d'activité et comptables SSR de la clinique (article 9). Ces éléments ne sont pas listés, et ceux en provenance actuellement de la clinique n'apparaissent pas de nature à permettre à l'hôpital d'anticiper la reprise de l'activité SSR.

De même, si l'article 9 indique que « le délégataire peut inviter le représentant du délégant à assister au conseil d'administration de la clinique et réciproquement », l'hôpital n'assiste pas au conseil d'administration de la clinique, s'en remettant simplement à la certification de la Haute autorité de santé. S'il dispose de données concernant le nombre de séjours et le nombre de journées, il ne connaît ni le taux d'occupation, ni le profil des patients reçus par la clinique.

En conséquence, pour permettre une reprise de l'activité de SSR dans des conditions optimales, la chambre recommande à l'établissement de se rapprocher dès à présent de la clinique pour mettre en place un partage exhaustif des informations concernant la gestion de l'activité de SSR. Le directeur de l'hôpital a indiqué qu'il va s'assurer de la transmission par la clinique des

différents éléments d'activité SSR et que l'amélioration des relations entre le CH de Figeac et la clinique Font redonde a permis d'engager une réflexion devant aboutir à l'invitation systématique d'un représentant de la direction de l'hôpital aux instances de la clinique pour les points de l'ordre du jour le concernant. Un protocole est envisagé et serait annexé à l'avenant de ladite convention.

Par ailleurs, le directeur de la clinique Font Redonde, dans sa réponse à la chambre, insiste sur l'esprit de coopération qui préside aujourd'hui aux relations entre les deux établissements, réaffirmant que la délégation de gestion s'achèvera en décembre 2022.

Recommandation

8. Anticiper la reprise de l'activité de SSR, en exigeant de la clinique des rapports d'activité répondant à un cahier des charges précis. *Mise en œuvre en cours.*

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La situation financière du centre hospitalier de Figeac s'est améliorée sur la période. L'établissement doit néanmoins composer avec une demande de soins peu dynamique et une concurrence importante sur son territoire. Il doit donc poursuivre les efforts déjà entrepris visant à accroître les partenariats, notamment dans le cadre du groupement hospitalier de territoire et de la future maison pluridisciplinaire de santé. Il doit également appliquer le plan d'économie élaboré, en adaptant son capacitaire pour améliorer les taux d'occupation, en réduisant la durée de séjour et en réorganisant les secrétariats.

Pour augmenter ses marges financières, il devra aussi s'assurer que le niveau de la redevance versée par les médecins libéraux dans le cadre du GCS couvre les charges engendrées par leur activité, mais aussi veiller à maîtriser davantage le coût de la permanence des soins.

Enfin, l'établissement doit mieux adapter son offre aux besoins du territoire. Le projet de rénovation immobilière constitue une première étape essentielle, mais insuffisante. Si elle permet de proposer aux patients et aux médecins un cadre modernisé, d'autres investissements restent encore nécessaires, en particulier l'amélioration du service des urgences. Par ailleurs, l'offre de soins doit être recomposée pour s'adapter à une population relativement âgée, de manière à permettre une prise en charge directe des patients âgés, sans passer par les urgences et à structurer la filière de soins palliatifs tout en anticipant la reprise de l'activité de soins de suite et de réadaptation, pour l'instant assurée par la clinique.

ANNEXES

annexe 1 : Écart prévisions/réalisations (en M€)	49
annexe 2 : L'inventaire et l'état de l'actif	50
annexe 3 : Évolution des soldes intermédiaires de gestion 2012-2017	51
annexe 4 : Évolution des consommations intermédiaires 2012-2017	51
annexe 5 : Évolution des charges de personnel 2012-2017	52
annexe 6 : EPRD 2018 : CAF prévisionnelle.....	52
annexe 7 : EPRD 2018 : tableau de financement prévisionnel	52
annexe 8 : PGFP 2018-2022 : CAF prévisionnelle	53
annexe 9 : PGFP 2018-2022 : tableau de financement prévisionnel.....	53
annexe 10 : Estimation des recettes supplémentaires liées aux séjours	53
annexe 11 : Estimation des recettes et dépenses liées au transfert.....	54
annexe 12 : Résultat de l'activité de soins de suite et de réadaptation.....	54
annexe 13 : Évolution de l'activité de soins de suite et de réadaptation	54
annexe 14 : Loyers versés à l'hôpital pour la location de la clinique Font Redonde.....	55
annexe 15 : Taux de vétusté des équipements.....	55
annexe 16 : Comparaison du taux de vétusté des équipements.....	55
annexe 17 : Évolution des parts de marché de l'établissement	56
annexe 18 : Évolution du poids moyen en médecine et chirurgie.....	57
annexe 19 : Évolution de l'IP-DMS en médecine et en chirurgie.....	57
annexe 20 : Évolution des capacités et taux d'occupation en médecine et chirurgie.....	57
annexe 21 : Comparaison entre les astreintes rémunérées par l'ARS et celles rajoutées par le CH	58
annexe 22 : Médecins concernés	58
annexe 23 : Évolution du coût du personnel médical.....	59
annexe 24 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	59
annexe 25 : Liste des pièces des dossiers des candidats ayant soumissionné pour le concours de maîtrise d'œuvre Rénovation et extension du centre hospitalier de Figeac	60
annexe 26 : Activité du service des urgences.....	60

annexe 1 : Écart prévisions/réalisations (en M€)

tableau n° 19 : écarts prévisions/réalisations 2009-2016 - exploitation

En M€ et %	2009			2010			2011			2012			2013			2014			2015			2016		
	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E	P	R	E
Titre 1	15,7	15,7	0%	16,4	16,1	-1%	16,1	16,1	0%	16,4	16,4	0%	18,2	18,3	1%	18,6	18,7	0%	18,7	18,7	0%	19,0	19,1	0%
Titre 2	2,7	2,8	5%	2,6	2,7	3%	2,7	2,8	5%	2,9	3,2	10%	4,0	4,2	5%	4,3	4,4	3%	4,6	4,3	-5%	4,7	4,5	-4%
Titre 3	2,8	2,8	0%	2,9	2,8	-2%	2,6	2,6	1%	2,8	2,9	4%	4,9	5,1	3%	4,4	4,3	-1%	4,4	4,5	2%	4,5	4,4	-3%
Titre 4	1,5	1,6	3%	1,5	1,5	-3%	5,0	5,0	1%	2,9	2,9	0%	1,1	1,1	0%	1,2	1,6	42%	1,3	1,6	17%	1,5	1,9	22%
Total des charges	22,8	22,9	0%	23,4	23,2	-1%	26,4	26,6	1%	25,0	25,3	1%	28,1	28,5	2%	28,4	29,1	2%	29,0	29,0	0%	29,7	29,8	0%
Titre 1	18,3	18,0	-1%	17,9	17,9	0%	21,3	21,3	0%	18,7	18,7	0%	20,9	21,0	1%	20,9	21,0	1%	23,0	23,8	4%	24,2	24,7	2%
Titre 2	1,8	1,7	-2%	1,6	1,6	0%	1,7	1,6	-4%	1,6	1,7	10%	1,9	2,1	10%	2,0	1,9	-1%	1,9	1,8	-4%	1,9	2,0	5%
Titre 3	2,6	2,9	10%	3,3	3,3	1%	2,6	2,8	9%	3,3	3,6	7%	3,9	4,1	7%	4,4	5,4	23%	4,1	4,2	2%	4,3	4,2	-3%
Total des produits	22,7	22,6	0%	22,8	22,8	0%	25,6	25,7	0%	23,6	24,0	2%	26,6	27,2	2%	27,2	28,4	4%	29,0	29,9	3%	30,4	30,8	1%

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données des comptes financiers

tableau n° 20 : écarts prévisions/réalisations 2009-2016 – investissement

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Prévision (en M€)	3,1	1,9	0,6	5,3	7,1	10,8	10,0	0,9
Réalisation (en M€)	1,7	1,7	0,3	1,5	5,4	1,6	9,6	0,4
Ecart (en M€)	- 1,4	- 0,2	- 0,3	- 3,7	- 1,6	- 9,2	- 0,4	- 0,5
Taux de réalisation (en %)	55 %	87 %	48 %	29 %	77 %	14 %	96 %	44 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données des comptes financiers

annexe 2 : L'inventaire et l'état de l'actif**tableau n° 21 : différence entre l'inventaire et le compte financier au 31 décembre 2016**

	Inventaire 2016	Compte financier 2016	Différences entre inventaire et compte financier
C/20 - Immobilisations incorporelles	653 071	520 592	-132 479
+ C/21 - Immobilisations corporelles	43 215 811	43 245 752	29 941
+ C/23 - Immobilisations en cours	0	0	0
+ C/26 - Participations et créances rattachées	0	1 000	1 000
+ C/27 - Autres immobilisations financières	0	1 719	1 719
= Total brut	43 868 882	43 769 063	-99 819
- C/28 - Amortissement des immobilisations	22 887 984	22 769 105	-118 879
= Total net	20 980 898	20 999 958	19 060

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

tableau n° 22 : différence entre l'inventaire et l'actif au 31 décembre 2016

	Inventaire 2016 de l'hôpital	Actif 2016 du comptable	Différences entre actif et inventaire
C/20 - Immobilisations incorporelles	653 071	516 710	-136 361
+ C/21 - Immobilisations corporelles	43 215 811	33 275 322	-9 940 489
+ C/23 - Immobilisations en cours	0	0	0
+ C/26 - Participations et créances rattachées	0	1 000	1 000
+ C/27 - Autres immobilisations financières	0	1 719	1 719
= Total brut	43 868 882	33 794 751	-10 074 131
- C/28 - Amortissement des immobilisations	22 887 984	9 974 313	-12 913 671
= Total net	20 980 898	23 820 438	2 839 540

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

annexe 3 : Évolution des soldes intermédiaires de gestion 2012-2017

Soldes intermédiaires de gestion	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prov)	VAM	Evolution 2012-2017
Produits de l'activité	26,5	28,9	29,0	31,1	32,4	32,0	3%	5,5
+ Produits annexes	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	8%	0,1
+ Subventions versées	0,5	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	8%	0,3
+ Autres produits	0,4	0,3	0,7	0,6	0,9	0,8	12%	0,4
= Produits d'exploitation	27,7	30,4	30,9	33,1	34,5	34,0	4%	6,4
- Sous-traitance	0,6	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	3%	0,1
- Achats	3,5	4,2	4,4	4,5	4,6	4,4	4%	1,0
- Services extérieurs	3,6	5,8	5,2	5,3	5,3	5,9	9%	2,3
- Impôts et taxes	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-2%	0,0
= Valeur ajoutée	20,0	19,7	20,6	22,6	24,0	22,9	2%	2,9
+ Autres subventions	0,1	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	0%	0,0
- Charges de personnel	19,9	21,7	21,9	22,1	22,4	22,8	2%	2,9
+ Remboursement de frais entre budgets	1,5	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	-1%	0,0
= Résultat économique brut	1,7	-0,4	0,2	2,0	3,0	1,7	-1%	-0,1
+ Autres produits de gestion	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	0,3	-4%	-0,1
- Autres charges de gestion	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	1%	0,0
= Marge brute d'exploitation	2,0	-0,2	0,5	2,3	3,2	1,9	-1%	-0,1
- Frais financiers nets	0,2	0,2	0,2	0,3	0,4	0,4	12%	0,2
+ produits exceptionnelles réels (hors cessions)	0,1	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	13%	0,1
- Charges exceptionnelles réelles	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2	31%	0,2
= Capacité d'autofinancement brute	1,8	-0,4	0,3	2,0	2,8	1,4	-4%	-0,4

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers, données exprimées en M€ et %

annexe 4 : Évolution des consommations intermédiaires 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prov)	VAM	Evolution 2012-2017
<i>Achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique (A)</i>	1,19	1,14	1,45	1,31	1,49	1,39	3%	0,20
<i>Fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique (B)</i>	0,89	1,64	1,56	1,66	1,61	1,65	11%	0,76
<i>Achats matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général (C)</i>	0,19	0,19	0,19	0,21	0,19	0,17	-2%	-0,02
<i>Alimentation (D)</i>	0,54	0,55	0,54	0,61	0,58	0,58	1%	0,04
<i>Fluides et autres consommables (E)</i>	0,64	0,71	0,68	0,71	0,68	0,64	0%	0,00
Achats (F=A+B+C+D+E)	3,46	4,22	4,43	4,50	4,55	4,44	4%	0,98
<i>Autres crédits-baux (G)</i>	0,00	0,00	0,01	0,06	0,08	0,25	98%	0,24
<i>Locations immobilières (H)</i>	0,21	0,21	0,20	0,19	0,18	0,16	-4%	-0,04
<i>Autres locations (I)</i>	0,13	0,23	0,24	0,26	0,35	0,32	17%	0,19
<i>Entretien et réparations à caractère médical (J)</i>	0,35	0,43	0,43	0,37	0,31	0,29	-3%	-0,05
<i>Entretien et réparations à caractère non médical (K)</i>	0,21	0,21	0,23	0,30	0,29	0,47	15%	0,26
<i>Primes d'assurance (L)</i>	0,12	0,13	0,12	0,13	0,12	0,14	2%	0,02
<i>Transports d'usagers (M)</i>	0,55	0,56	0,03	0,10	0,09	0,11	-24%	-0,44
<i>Transports de biens et de personnel (N)</i>	0,07	0,07	0,09	0,06	0,06	0,07	-1%	-0,01
<i>Frais postaux et télécommunication (O)</i>	0,08	0,09	0,10	0,10	0,10	0,10	3%	0,01
<i>Blanchisserie à l'extérieur (P)</i>	0,30	0,31	0,29	0,30	0,31	0,31	1%	0,01
<i>Informatique (Q)</i>	0,06	0,07	0,06	0,09	0,09	0,13	14%	0,07
<i>Participations de BA aux charges communes (R)</i>	1,17	1,18	1,18	1,11	1,11	1,18	0%	0,02
<i>Autres prestations à caractère non médical (S)</i>	0,23	2,27	2,18	2,14	2,13	2,35	47%	2,12
<i>Autres services extérieurs (T)</i>	0,10	0,06	0,06	0,03	0,03	0,03	-19%	-0,07
Services extérieurs (U=G+H+I+J+K+L+M+N+O+P+Q+R+S+T)	3,56	5,82	5,24	5,25	5,27	5,91	9%	2,35
Impôts et taxes (V)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-2%	0,00
Consommations intermédiaires (W=F+U+V)	7,02	10,05	9,67	9,75	9,83	10,35	7%	3,33

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers, données exprimées en M€ et %

annexe 5 : Évolution des charges de personnel 2012-2017

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prov)	VAM	Evolution 2012-2017
Rémunérations du personnel non médical (A)	7,55	7,93	8,02	8,04	8,26	8,25	1%	0,71
+ Charges sociales nettes sur personnel non médical (B)	3,03	3,22	3,31	3,35	3,38	3,37	2%	0,34
+ Rémunérations du personnel médical (C)	2,88	3,32	3,33	3,33	3,47	3,68	4%	0,80
+ Charges sociales nettes sur personnel médical (D)	0,98	1,07	1,13	1,14	1,19	1,27	4%	0,29
+ Honoraires médecine libérale et indemnités (E)	0,01	0,61	0,55	0,51	0,51	0,43	77%	0,42
+ Autres charges de personnel (F)	0,01	0,01	0,04	0,03	0,01	0,01	-3%	0,00
- Atténuations de charges (G)	0,00	0,00	0,07	0,00	0,02	0,00	-100%	0,00
+ Impôts et taxes liés au personnel (H)	1,45	1,53	1,56	1,52	1,62	1,64	2%	0,19
+ Charges de personnel externe (I)	0,27	0,23	0,21	0,22	0,28	0,27	0%	0,00
Charges de personnel totales du budget principal (J=A+B+C+D+E+F+G+H+I)	16,18	17,91	18,09	18,14	18,69	18,92	3%	2,74
+ Charges de personnel totales budgets annexes (K)	3,67	3,78	3,82	3,99	3,74	3,87	1%	0,20
= Charges de personnel consolidées (L=J+K)	19,85	21,69	21,91	22,13	22,42	22,80	2%	2,94

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers, données exprimées en M€ et %

annexe 6 : EPRD 2018 : CAF prévisionnelle

	2016	2017 (prov)	2018 (prév)	Évolution 2017-2018
Produits globaux	37,6	37,7	37,2	- 1 %
dont budget H	30,8	30,7	30,5	- 1 %
Charges globales	36,3	37,2	37,1	0 %
dont budget H	29,8	30,5	30,4	0 %
Résultat global	1,33	0,48	0,11	- 78 %
dont budget H	0,96	0,18	0,04	- 80 %
Marge brute	3,20	1,90	1,15	- 39 %
Taux de marge brute	9%	5%	3%	- 33 %
CAF brute	2,82	1,38	0,74	- 47 %
Taux de CAF brute	7,8%	3,7%	2,1%	- 44 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir de l'EPRD 2018, données exprimées en M€ et %

annexe 7 : EPRD 2018 : tableau de financement prévisionnel

	2016	2017 (prov)	2018 (prév)	Évolution 2017-2018
Capacité d'autofinancement	2,82	1,38	0,74	-
Titre 1 Emprunts	0,00	0,00	0,43	-
Titre 2 Dotations et subventions	0,12	0,19	2,89	-
Titre 3 Autres ressources	0,01	0,00	0,00	-
Total des ressources	2,94	1,57	4,05	158%
Insuffisance d'autofinancement	0,00	0,00	0,00	-
Titre 1 Remboursement des dettes financières	0,73	0,68	0,66	-
Titre 2 Immobilisations	0,38	0,62	4,88	-
Titre 3 Autres emplois	0,00	0,00	0,00	-
Total des emplois	1,11	1,29	5,54	328%
Apport au fonds de roulement	1,83	0,28	-	-
Prélèvement sur le fonds de roulement	-	-	-1,49	-

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir de l'EPRD 2018, données exprimées en M€ et %

annexe 8 : PGFP 2018-2022 : CAF prévisionnelle

	2018	2019	2020	2021	2022	VAM
Produits courants de fonctionnement	34,17	34,23	34,33	34,33	34,33	0 %
Charges courantes de fonctionnement	33,02	32,90	32,90	32,98	33,01	0 %
Résultat comptable prévisionnel	0,11	0,09	0,01	0,10	0,06	- 11 %
Marge brute prévisionnelle	1,15	1,33	1,44	1,35	1,32	3 %
CAF brute prévisionnelle	0,74	1,00	1,10	1,04	1,01	7 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir du PGFP 2018-2022, données exprimées en M€ et %

annexe 9 : PGFP 2018-2022 : tableau de financement prévisionnel

	2018	2019	2020	2021	2022	VAM
Capacité d'autofinancement	0,74	1,01	1,10	1,04	1,01	-
Titre 1 Emprunts	0,43	3,00	0,38	0,30	0,30	-
Titre 2 Dotations et subventions	2,89	2,10	0,00	0,00	0,00	-
Titre 3 Autres ressources	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Total des ressources	4,05	6,11	1,48	1,34	1,31	- 20 %
Insuffisance d'autofinancement	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Titre 1 Remboursement des dettes financières	0,66	0,73	0,74	0,62	0,62	-
Titre 2 Immobilisations	4,88	4,00	0,45	0,45	0,45	-
Titre 3 Autres emplois	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Total des emplois	5,54	4,73	1,19	1,07	1,07	- 28 %
Apport au fonds de roulement	-	1,38	0,29	0,27	0,24	-
Prélèvement sur le fonds de roulement	- 1,49					-

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir du PGFP 2018-2022, données exprimées en M€ et %

annexe 10 : Estimation des recettes supplémentaires liées aux séjours

	Nombre de séjours		Valorisation tarif public		Hypothèse retenue	Recettes escomptées	
	2010	2011	2010	2011		2010	2011
GHS médicaux hors en z	605	527	887 893	735 214	50 %	443 946	367 607
GHS chirurgicaux en HC	970	968	3 172 982	3 082 430	90 %	2 855 684	2 774 187
CHS chirurgicaux en ambulatoire	758	721	892 176	861 649	90 %	802 958	775 484
GHS non classant en K	1 258	1 417	1 004 362	1 142 696	90 %	903 926	1 028 426
Total	3 591	3 633	5 957 413	5 821 989	-	5 006 515	4 945 704

Source : CRC, à partir de l'étude communiquée par l'organisme

annexe 11 : Estimation des recettes et dépenses liées au transfert

	Recettes supplémentaires attendues (1)	Recettes liées à l'activité de SSR déléguée (2)	Recettes nettes escomptées (1-2)
Valorisation des séjours	4 945 704		4 945 704
DMI en sus	213 850		213 850
DAF	0	1 741 421	-1 741 421
Forfaits journaliers	145 854	106 362	39 492
Tarifs journaliers	0	22 300	-22 300
Chambres particulières	81 253	53 468	27 785
Total	5 386 661	1 923 551	3 463 110
	Dépenses supplémentaires attendues (1)	Dépenses liées à l'activité de SSR déléguée (2)	Dépenses nettes escomptées (1-2)
Personnel non médical supplémentaire	964 000		964 000
Honoraires à reverser (net de redevance)	800 000		800 000
Gain personnel médical		100 000	-100 000
Suppression d'un poste de brancardier		43 000	-43 000
Charges de titre 2 (location d'équipements médicaux)	489 811		489 811
Charges de titre 3 (charges hotelières et générales supplémentaires)	21 000		21 000
Total	2 274 811	143 000	2 131 811

Source : CRC, à partir de l'étude transmise par l'organisme

annexe 12 : Résultat de l'activité de soins de suite et de réadaptation

	2013	2014	2015	2016	2017
Recettes de titre 1	2,11	2,11	2,09	2,09	nc
Recettes de titre 2	0,15	0,17	0,2	0,22	nc
Recettes de titre 3	0,22	0,42	0,45	0,44	nc
Total des recettes	2,48	2,7	2,73	2,75	nc
Dépenses de titre 1	1,67	1,86	1,84	1,84	nc
Dépenses de titre 2	0,27	0,21	0,26	0,33	nc
Dépenses de titre 3	0,49	0,57	0,58	0,52	nc
Dépenses de titre 4	0,02	0,04	0,04	0,04	nc
Total des dépenses	2,45	2,68	2,72	2,74	nc
Résultat comptable	0,03	0,02	0,01	0,01	nc

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des documents communiqués par l'organisme

annexe 13 : Évolution de l'activité de soins de suite et de réadaptation

	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
Nombre de séjours	1 224	1 413	1 893	2 082	2 143	75 %
Nombre de journées	6 925	8 363	10 801	11 351	11 404	65 %

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des documents communiqués par l'organisme

annexe 14 : Loyers versés à l'hôpital pour la location de la clinique Font Redonde

	surface louée (m ²)	montant annuel (€)	prix annuel/m2
Espace n°1	52	5 960	115
Espace n°2	136	14 997	110
Espace n°3	32	4 960	155
Espace n°4	27	2 927	108
Espace n°5	32	3 443	108
Espace n°6	68	7 444	109
Espace n°7	28 + 194	20 064	90
Espace SSR	2 655	0	0

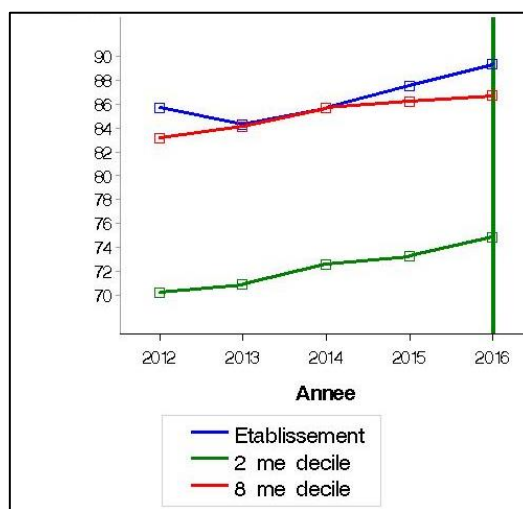
source : tableau réalisé par la CRC, à partir des documents communiqués par l'organisme

annexe 15 : Taux de vétusté des équipements

	2012	2013	2014	2015	2016
Taux de vétusté des équipements	85,7	84,3	85,7	87,6	89,4

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur Hospidiag

annexe 16 : Comparaison du taux de vétusté des équipements



Source : graphique Hospidiag

annexe 17 : Évolution des parts de marché de l'établissement

		2014	2015	2016	Différence 2014-2016
Part de marchés en médecine	CH FIGEAC	43,70%	43,80%	43,90%	0,2
	CH CAHORS	10,50%	10,40%	10,40%	-0,1
	CHR TOULOUSE	9,80%	9,10%	9,90%	0,1
	CH VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	7,40%	7,00%	6,70%	-0,7
	CH SAINT-CERE	4,30%	4,60%	4,60%	0,3
	HÔPITAL GRAMAT	3,50%	3,40%	3,50%	0
	CH BRIVE	3,00%	3,10%	3,10%	0,1
	CH RODEZ	3,30%	2,90%	2,60%	-0,7
	CH DECAZEVILLE	0,20%	2,70%	2,20%	2
	SA CLINIQUE PASTEUR	0,20%	1,60%	2,00%	1,8
	CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	0,10%	1,10%	1,60%	1,5
	CHU LIMOGES	0,50%	0,80%	0,80%	0,3
Part de marchés en chirurgie	CH FIGEAC	30,40%	31,20%	30,80%	0,4
	CH CAHORS	9,30%	9,20%	10,70%	1,4
	CHR TOULOUSE	7,60%	8,10%	7,80%	0,2
	CH VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	4,80%	5,80%	6,00%	1,2
	CH BRIVE	5,50%	4,90%	5,90%	0,4
	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL BRIVE	6,20%	5,60%	5,90%	-0,3
	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL AURILLAC	4,50%	4,40%	4,20%	-0,3
	CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE	4,70%	4,90%	3,70%	-1
	CLINIQUE DES CEDRES	3,00%	2,40%	2,50%	-0,5
	NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	2,20%	2,20%	2,20%	0
	CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	1,50%	1,90%	1,80%	0,3
	CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	1,60%	1,60%	1,70%	0,1
Part de marchés en chirurgie ambulatoire	CH FIGEAC	36%	34%	30%	-6
	CH VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE	9%	9%	11%	2
	CLINIQUE DU DOCTEUR CAVE	3%	7%	10%	7
	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL AURILLAC	7%	6%	7%	0
	CENTRE MÉDICO-CHIRURGICAL BRIVE	7%	6%	7%	0
	CLINIQUE SAINT-GERMAIN BRIVE	6%	6%	6%	0
	CH CAHORS	5%	5%	4%	-1
	CH BRIVE	3%	4%	4%	1
	CHR TOULOUSE	3%	3%	2%	-1
	CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	2%	2%	2%	0
	CH HENRI MONDOR AURILLAC	3%	3%	2%	-1
	NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	2%	2%	2%	0

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur Hospiddiag

annexe 18 : Évolution du poids moyen en médecine et chirurgie

		2014	2015	2016	Evolution 2014-2016
Secteur médecine	Nombre de séjours	2 112	2 010	1 972	-7%
	Valorisation	5 034 571	5 071 325	5 837 715	16%
	Prix GHS moyen	2 384	2 523	2 960	24%
Gastro	Nombre de séjours	1016	997	1026	1%
	Valorisation	2 451 523	2 591 870	3 053 913	25%
	Prix GHS moyen	2 413	2 600	2 977	23%
Cardio	Nombre de séjours	1 096	1 013	946	-14%
	Valorisation	2 583 048	2 479 455	2 783 802	8%
	Prix GHS moyen	2 357	2 448	2 943	25%
Secteur chirurgie	Nombre de séjours	4 837	4 836	4 969	3%
	Valorisation	8 069 436	8 577 805	8 969 605	11%
	Prix GHS moyen	1 668	1 774	1 805	8%
Hospitalisation complète	Nombre de séjours	2 303	2 313	2 201	-4%
	Valorisation	5 736 689	6 186 542	6 401 227	12%
	Prix GHS moyen	2 491	2 675	2 908	17%
Ambulatoire	Nombre de séjours	2 534	2 523	2 768	9%
	Valorisation	2 332 747	2 391 263	2 568 378	10%
	Prix GHS moyen	921	948	928	1%

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données contenues dans les rapports d'activité

annexe 19 : Évolution de l'IP-DMS en médecine et en chirurgie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IP-DMS médecine (hors ambulatoire)	0,97	0,98	1,01	0,97	0,88	nc
IP-DMS chirurgie (hors ambulatoire)	1,19	1,13	1,24	1,18	1,05	nc

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur Hospidag

annexe 20 : Évolution des capacités et taux d'occupation en médecine et chirurgie

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de lits en médecine	54	54	52	50	50	nc
Taux d'occupation en médecine	72 %	88 %	80 %	78 %	79 %	nc
Nombre de lits en chirurgie	26	40	40	40	40	nc
Nombre de places installées en chirurgie	3	10	10	10	10	nc
Taux d'occupation en chirurgie	84 %	74 %	75 %	77 %	74 %	nc

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données disponibles sur Hospidag

annexe 21 : Comparaison entre les astreintes rémunérées par l'ARS et celles rajoutées par le CH

	Financées par l'ARS		Instituées par l'établissement	
	Astreintes de sécurité	Astreintes opérationnelles	Astreintes de sécurité	Astreintes opérationnelles
Anesthésie adulte		1		1
Cardiologie		1		1
Chirurgie orthopédique		1		1
Chirurgie viscérale		1		1
Gastroentérologie	1			1
Médecine				1
ORL	1			1
Imagerie médicale				1
Pharmacie	1			1
Total	3	4	0	9

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des données communiquées par l'établissement

annexe 22 : Médecins concernés

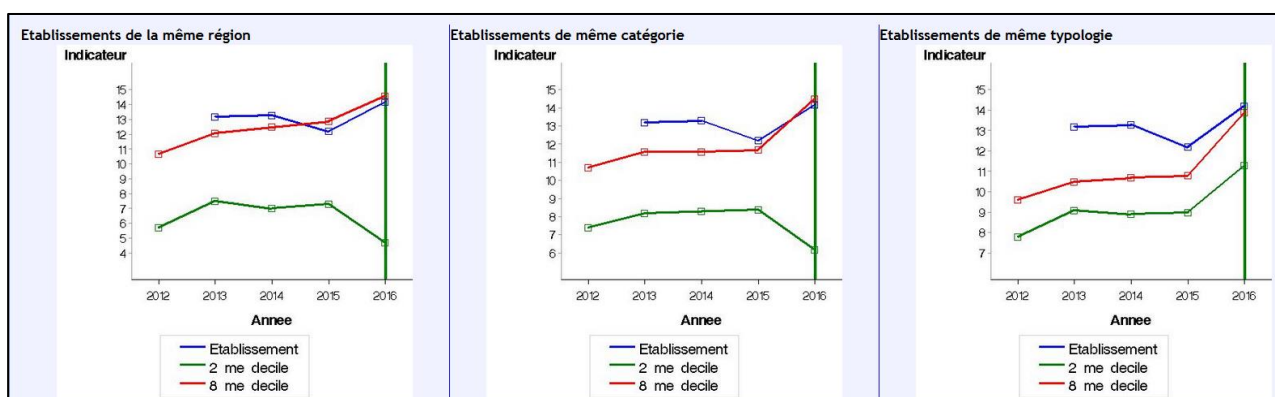
		M1	M2	M3	M4	M5	M6	M7	M8	M9	M10	M11	M12	M13	M14	M15	M16	M17	M18	M19	M20	Total
Rémunération due	Rémunération principale	34 932	42 545	45 273	45 651	46 218	3 218	1 464	4 309	16 497	36 888	16 152	33 477	22 131	46 215	26 325	46 218	11 508	24 639	37 410	25 479	566 549
	Nombre d'astreintes effectuées	119	110	0	89	0	9	7	15	31	90	15	60	17	0	28	45	6	108	13	99	860
	Montant à payer au titre des astreintes	5 176	4 663	0	2 718	0	358	274	611	1 318	3 800	631	2 556	681	0	1 204	1 949	252	4 668	542	4 310	35 711
	Nbre de périodes additionnelles de jour effectuées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Montant à payer au titre des périodes additionnelles de jour	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Nbre de périodes additionnelles de nuit, WE et JF effectuées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2
	Montant à payer au titre des périodes addition. de nuit, WE et JF	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	948	0	0	0	0	0	948
	Nbre d'indemnités de sujétion effectuées	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	24	23	0	0	0	0	53
	Montant à payer au titre des indemnités de sujétion	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 607	6 218	6 160	0	0	0	0	13 985
Total dû		40 108	47 208	45 273	48 369	46 218	3 576	1 738	4 920	17 815	40 688	16 783	36 033	24 419	53 381	33 689	48 167	11 760	29 307	37 952	29 789	617 193
Rémunération payée	Rémunération principale	34 932	42 545	45 273	45 651	46 218	3 218	1 464	4 309	39 208	36 888	16 152	33 477	22 131	46 215	26 325	46 218	11 508	24 639	37 410	25 479	589 260
	"Part variable"	0	15 797	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	15 797
	Nbre d'astreintes payées	0	0	0	77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	13	96	192
	Montant payé au titre des astreintes	0	0	0	2 376	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	252	0	1 026	17 931	21 585
	Frais de déplacement	0	0	0	1 855	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1 855
	Nbre de périodes additionnelles de jour payées	6	41	27	18	16	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	109
	Montant payé au titre des périodes additionnelles de jour	1 905	13 330	8 823	5 751	5 217	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	35 026
	Nbre de 1/2 périodes additionnelles de jour payées	0	0	0	30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5	36
	Montant payé au titre des 1/2 périodes additionnelles de jour	0	0	0	4 794	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	193	772	5 759
	Nbre de périodes additionnelles de nuit, WE et JF payées	21	2	24	0	14	17	7	24	13	0	0	34	11	14	24	15	13	0	16	0	248
	Montant payé au titre périodes additionnelles de nuit, WE et JF	9 842	810	11 190	0	6 582	8 331	3 318	11 374	6 161	0	0	16 254	5 265	6 838	10 770	7 146	6 057	0	7 422	0	117 360
	Nbre d'indemnités de sujétion payées	137	18	0	0	0	9	7	15	9	88	15	61	24	49	52	45	0	108	0	55	692
	Montant payé au titre des indemnités de sujétion	36 519	4 821	0	0	0	3 043	1 720	3 837	2 249	22 982	3 969	15 970	5 990	12 377	12 231	11 978	0	23 514	0	13 646	174 846
	Total payé		83 198	77 303	65 286	60 427	58 017	14 592	6 502	19 520	47 618	59 870	20 121	65 701	33 386	65 430	49 326	65 342	17 817	48 153	46 051	57 828
Différence		43 090	30 095	20 013	12 058	11 799	11 016	4 764	14 600	29 803	19 182	3 338	29 668	8 967	12 049	15 637	17 175	6 057	18 846	8 099	28 039	344 295

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des bulletins de salaire des médecins et des tableaux mensuels de service communiqués par l'établissement

annexe 23 : Évolution du coût du personnel médical

	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (prov)	VAM	Évolution 2012-2017
Praticiens hospitaliers	1,49	1,69	1,64	1,56	1,52	1,74	3 %	0,25
+ Praticiens hospitaliers contractuels	0,36	0,55	0,59	0,62	0,70	0,66	11 %	0,30
+ Internes et étudiants	0,09	0,09	0,06	0,10	0,03	0,06	- 7 %	- 0,03
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	0,98	1,07	1,14	1,15	1,25	1,24	4 %	0,26
- Atténuations de charges	0,03	0,08	0,09	0,09	0,04	0,01	- 14 %	- 0,02
= Rémunérations du personnel médical	2,88	3,32	3,33	3,33	3,47	3,68	4 %	0,80

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des comptes financiers

annexe 24 : Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes

Source : Graphique Hospidiag

annexe 25 : Liste des pièces des dossiers des candidats ayant soumissionné pour le concours de maîtrise d'œuvre Rénovation et extension du centre hospitalier de Figeac

- Dossier du candidat n° 5
 - pièce n° 1 : Document présentant les compétences du groupe et l'équipe dédiée au projet : parmi les compétences listées figurent Electricité/SSI et dans l'équipe dédiée au projet est présent un ingénieur Electricité/SSI.
 - pièce n° 2 : Document présentant le groupe : parmi les compétences listées figurent l'ingénierie Sécurité Incendie Sûreté.
 - pièce n° 3 : Restructuration et extension du service de médecine nucléaire d'un centre hospitalier : il s'agit de la restructuration et de l'extension d'un bâtiment en site occupé, projet similaire à celui de Figeac, pour un budget de 4 M€ HT, comparable à celui de Figeac

- Dossier du candidat n° 3
 - pièce n° 4 : Rénovation et extension d'un centre hospitalier, maintien de l'activité sur le site, pour un montant de 10 M€ HT.
 - pièce n° 5 : Restructuration et extension d'un centre hospitalier, maintien de l'activité sur le site, pour un montant de 12 M€ HT.
 - pièce n° 6 : Humanisation du secteur personnes âgées d'un centre hospitalier, maintien de l'activité sur le site, pour un montant de 9,4 M€ HT.
 - pièce n° 7 : Architecte conseil du secteur sauvegardée d'une ville de 150 000 habitants, restauration d'un château, réhabilitation d'un hôtel particulier en centre secteur sauvegardé...

annexe 26 : Activité du service des urgences

		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution 2012-2017
Urgences	externes	9 692	9 764	10 234	10 316	10 936	11 514	19%
	hospitalisés	2 715	2 723	3 029	3 258	3 242	3 332	23%
	Total	12 407	12 487	13 263	13 574	14 178	14 846	20%
UHCD	Nombre de séjours	635	550	533	807	850	940	48%
	Taux d'occupation	74%	66%	69%	96%	104%	115%	55%
SAMU	Nombre de sorties	267	238	243	270	261	296	11%

Source : tableau réalisé par la CRC, à partir des éléments communiqués par l'établissement

GLOSSAIRE

ARS	agence régionale de santé
CAF	capacité d'autofinancement
CAL	commission de l'activité libérale
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CH	centre hospitalier
CME	commission médicale d'établissement
COPS	commission de l'organisation de la permanence des soins
CRC	chambre régionale des comptes
CSP	code de santé public
DAF	dotation annuelle de financement
DMI	dossier médical informatisé
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état de prévision de recettes et de dépenses
EPS	établissement public de santé
ETP	équivalent temps-plein
ETPR	équivalent temps-plein rémunéré
GHT	groupement hospitalier de territoire
HT	hors taxe
IP-DMS	indicateur de performance basé sur la durée moyenne des séjours
k€	kilo € = millier d'euros
M€	million d'euros
MCO	médecine chirurgie obstétrique
ORL	oto-rhino-laryngologie
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PUI	pharmacie à usage intérieur
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SSI	sécurité des systèmes d'information
SSR	soin de suite et de réadaptation
TTC	toute taxe comprise
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
USC	unité de soins continus
VAM	variation annuelle moyenne

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières : aucune réponse écrite destinée à être jointe au présent rapport n'a été adressée à la chambre régionale des comptes.



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie
sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie@crtc.ccomptes.fr

 **[@crococcitanie](https://twitter.com/crcoccitanie)**