



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CLINIQUE BEAU SOLEIL (Hérault)

Exercices 2016 à 2019

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	5
RECOMMANDATION	7
INTRODUCTION	8
1. PRÉSENTATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE ET DES ÉTABLISSEMENTS ASSOCIÉS	9
1.1. L'intégration dans le secteur mutualiste	9
1.2. La relation à l'union « Languedoc mutualité ».....	10
1.2.1. Une union titulaire des autorisations de soins.....	10
1.2.2. Des comptes produits à l'échelle du pôle Beau Soleil.....	10
1.3. Les liens avec les autres établissements	11
1.3.1. La participation à d'autres unions du livre III du code de la mutualité	11
1.3.2. La participation à des groupements d'intérêt économique	11
1.3.3. Les liens avec diverses sociétés	12
1.3.4. Les collaborations privilégiées	12
2. LA VIE SOCIALE ET LA GOUVERNANCE	13
2.1. Les statuts et le règlement intérieur de l'union « Languedoc mutualité ».....	13
2.2. Les instances collégiales.....	13
2.2.1. L'assemblée générale.....	13
2.2.2. Le conseil d'administration.....	14
2.2.3. Le bureau	14
2.2.4. Les commissions.....	14
2.3. Les fonctions exécutives.....	15
2.3.1. Le président et les vice-présidents	15
2.3.2. Les dirigeants salariés, le directeur et son comité de direction.....	15
3. LE POSITIONNEMENT DANS L'OFFRE LOCALE DE SOINS ET LA STRATÉGIE DE LA CLINIQUE	16
3.1. Le territoire de santé	17
3.1.1. L'évolution des besoins	17
3.1.2. L'évolution de l'offre.....	17
3.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.....	18
3.3. L'évolution des parts de marché et des taux de fuite.....	19
3.4. Le projet capacitaire	20
3.4.1. Les orientations.....	20
3.4.2. Les contraintes et limites de l'équipement actuel.....	21
3.4.3. L'adaptation capacitaire.....	22
4. L'ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE	24
4.1. Les activités autorisées	24
4.2. Le périmètre de l'activité.....	25
4.3. Le volume global d'activité	26
4.3.1. La répartition des séjours	26
4.3.2. L'évolution de l'activité.....	27
4.3.3. Les modes d'entrée	28

4.3.4.	Les modes de sortie.....	32
4.4.	La gestion du bloc opératoire.....	33
4.5.	L'ambulatoire et la durée moyenne des séjours.....	34
4.5.1.	Les projets de récupération améliorée	34
4.5.2.	Le recours à la robotique.....	35
4.5.3.	Les résultats hors ambulatoire	37
4.5.4.	L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire	37
4.6.	Les investissements	39
4.6.1.	L'évolution.....	39
4.6.2.	Le projet « institut mutualiste montpelliérain ».....	39
5.	LE CONTRÔLE INTERNE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES	40
5.1.	Le contrôle interne	40
5.1.1.	La lutte contre les maladies nosocomiales.....	40
5.1.2.	Les autres outils et méthodes	40
5.1.3.	L'analyse interne de la performance médico-économique	42
5.2.	La fiabilité des comptes	43
5.2.1.	La certification des comptes	43
5.2.2.	L'inventaire et la comptabilisation des immobilisations et des stocks	44
5.2.3.	Les amortissements	44
5.2.4.	Les provisions	44
6.	LES RESSOURCES HUMAINES.....	45
6.1.	L'évolution des effectifs et de la masse salariale	45
6.2.	Les rapports effectifs/lit et chiffre d'affaires/effectifs.....	46
6.3.	La politique salariale.....	47
6.3.1.	Le cadre général	47
6.3.2.	Les liens avec les médecins	48
7.	LA SITUATION FINANCIÈRE	49
7.1.	Le périmètre de l'analyse.....	49
7.1.1.	La clinique, établissement de l'union « Languedoc mutualité »	49
7.1.2.	La méthode d'analyse	50
7.2.	L'analyse des résultats d'exploitation	50
7.2.1.	Le plan de redressement de 2017.....	50
7.2.2.	L'évolution des recettes et des charges.....	52
7.2.3.	L'évolution de la capacité d'autofinancement.....	58
7.2.4.	Le résultat.....	59
7.2.5.	La structure du bilan	60
7.2.6.	Les données prospectives.....	62
7.2.7.	Conclusion sur la situation financière.....	63
	ANNEXES.....	64
	GLOSSAIRE.....	71
	Réponses aux observations définitives.....	72

SYNTHÈSE

La clinique médico-chirurgicale polyvalente Beau Soleil, ouverte à Montpellier en 1935, a été la première clinique mutualiste de France. Il s'agit d'un établissement de santé privé à but non lucratif, reconnu d'intérêt collectif et habilité à assurer le service public hospitalier. Les actes y sont assurés sans dépassement d'honoraires et sans reste à charge pour les patients adhérents à une mutuelle. Du fait du transfert récent de deux autres établissements de santé vers des quartiers ou communes périphériques, la clinique Beau Soleil est devenue l'établissement de soins le plus proche du centre-ville de Montpellier disposant d'un service d'urgences. Au sein du territoire de santé montpelliérain, elle se démarque ainsi par son accessibilité géographique et sociale.

La clinique Beau Soleil est un établissement de santé attractif, qui rayonne principalement sur l'Hérault mais également sur plusieurs départements. C'est en chirurgie qu'elle détient les parts de marché les plus importantes, avec une activité concentrée sur certains actes : les endoscopies, la chirurgie digestive, stomatologique et urologique.

La clinique conduit un important projet d'investissement, dénommé institut mutualiste montpelliérain. Le programme prévoit la réhabilitation du site historique de la clinique (12 500 m²) et une extension de 4 536 m² sur une emprise foncière contiguë. Son coût est évalué à 58,5 M€.

Ce projet, qui va notamment moderniser les modalités de consultations et d'hébergement, se fonde sur des perspectives de forte croissance de l'activité. Or l'établissement a traversé d'importantes difficultés organisationnelles et managériales. Le contrôle interne, peu formalisé, n'a pas donné une visibilité suffisante sur les principales difficultés, les mesures prises et leur suivi. Les relations entre la communauté médicale et la direction générale se sont dégradées en 2019 et un nouveau directeur a été nommé.

Malgré de nombreux atouts, la situation financière est précaire. La clinique a été confrontée à des difficultés d'activités médicales qui ont dégradé ses résultats en 2016. Le rétablissement opéré en 2017 et 2018 reste inabouti et fragile. Afin de réaliser le projet d'institut mutualiste montpelliérain, la clinique, qui ne disposait pas elle-même des fonds nécessaires, s'est appuyée sur les importantes capacités de financement de son groupe d'appartenance, lui-même adossé à un groupe national relevant du secteur des assurances.

La réalisation de ce projet devrait avoir un fort impact sur les équilibres d'exploitation et, par conséquent, sur les résultats. La prospective réalisée par l'établissement prévoit ainsi que les charges de gestion passent de 49,1 M€ à 61,2 M€ en 2027. La clinique prévoit, en contrepartie, une progression au moins équivalente des produits afin de garantir sur l'ensemble de la période 2018-2027 un résultat comptable positif. Cette prévision de progression des produits (+ 14,4 M€) est fondée exclusivement sur la progression des produits versés par l'assurance maladie (+ 15,5 M€). La contribution des autres recettes, telles que la majoration de la chambre particulière (0,48 M€) et les quotes-parts de subvention d'investissement (groupe « Languedoc mutualité » et fonds national de soutien aux actions mutualistes) reprises au résultat (0,49 M€) serait plus limitée.

Pour autant, la clinique ne dispose pas, en amont, d'un schéma de recrutement de sa patientèle performant. En aval, la coordination de ses spécialités, tant pour l'orientation des patients que pour l'organisation du bloc opératoire, pourrait être améliorée.

La facturation des actes réalisés pâtit de la décentralisation de la codification, sans que les médecins aient pu s'appuyer sur un référent dédié à l'information médicale. La clinique n'est pas encore parvenue à réorganiser l'activité des praticiens dans les différentes spécialités de l'établissement.

Dans l'immédiat, la chambre constate que le rétablissement de l'exploitation, impacté en 2019 par un déficit supérieur à 4 % des produits, n'est pas abouti. L'exercice 2019 a marqué un décalage avec la prospective élaborée pour 2018-2027. Cette situation pourrait être accentuée en 2020, par les conséquences de la crise sanitaire sur l'activité.

RECOMMANDATION

1. Formaliser un référentiel définissant un socle d'engagements réciproques entre la clinique et les membres de sa communauté médicale. *Non mise en œuvre.*

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 de la clinique Beau Soleil a été inscrit au programme de la chambre, dans le cadre de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 donnant compétence aux juridictions financières pour contrôler les personnes morales de droit privé à caractère sanitaire, social ou médico-social. En application des articles L. 211-3 à L. 211-10 du code des juridictions financières, et conformément à l'article R. 243-2 du même code, une demande d'avis de compétence a été adressée au ministère public près la chambre, qui a donné une réponse favorable pour les exercices 2016 à 2018. Une demande complémentaire portant sur l'extension du périmètre du contrôle à l'exercice 2019 a reçu une réponse favorable du ministère public, le 19 août 2019.

Le contrôle des comptes et de la gestion de la clinique Beau Soleil a été ouvert le 10 avril 2019 par lettre de la présidente de section adressée à M. René Game, président de l'union « Languedoc mutualité ». Un courrier a également été adressé le 10 avril 2019 à M. Olivier Jaudon, directeur général alors en fonctions.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 20 novembre 2019 avec M. Jean-Marc Gaffard, directeur général par intérim, 2 décembre 2019 avec M. Olivier Jaudon et 5 décembre 2019 avec M. René Game.

Lors de sa séance du 16 janvier 2020, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. René Game. M. Jean-Marc Gaffard, en qualité de directeur général par intérim, et M. Olivier Jaudon, en sa qualité de directeur général précédent, en ont également été destinataire pour la partie afférente à leur gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 22 octobre 2020, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

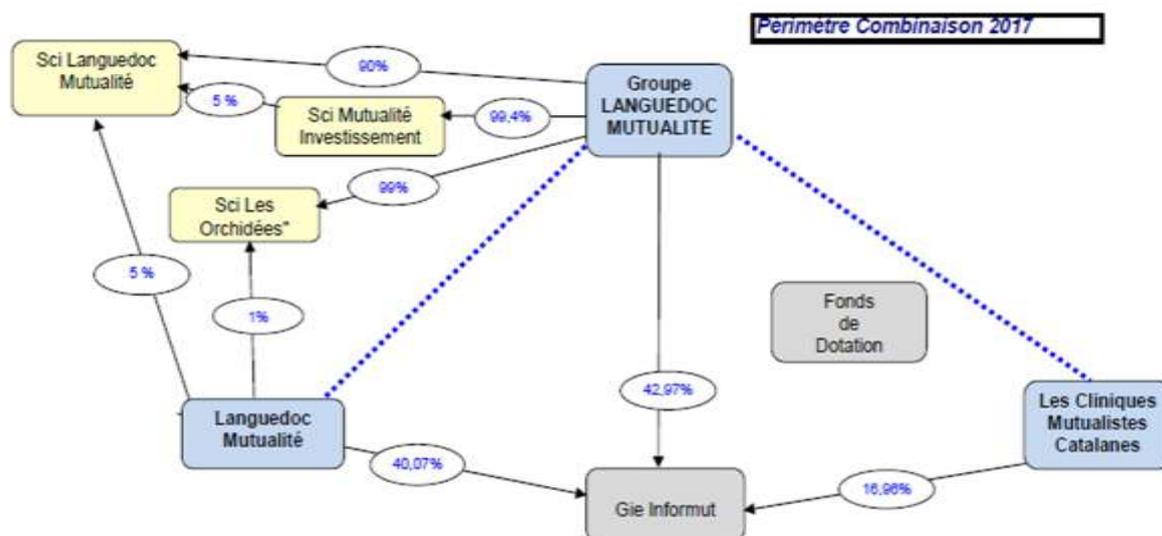
1. PRÉSENTATION DE L'ENTITÉ JURIDIQUE ET DES ÉTABLISSEMENTS ASSOCIÉS

1.1. L'intégration dans le secteur mutualiste

Première clinique mutualiste de France lors de son ouverture en 1935, la clinique médico-chirurgicale polyvalente Beau Soleil est un établissement de santé privé à but non lucratif, reconnu d'intérêt collectif¹ et habilité à assurer le service public hospitalier². Elle développe son activité dans un environnement juridique complexe marqué par l'existence de sociétés satellites et un emboîtement de structures au sein du mouvement mutualiste.

Elle est gérée par l'union « Languedoc mutualité » (ULM), qui relève du livre III du code de la mutualité³ et elle-même membre fondateur du groupe « Languedoc mutualité » qui relève du livre I de ce même code⁴. Ces entités constituent un groupe tel que défini à l'article L. 212-7 du code de la mutualité, intitulé groupe « Languedoc mutualité » (GLM). En 2019 le GLM comprend deux groupements mutualistes eux-mêmes membres du groupe Éovi Mcd santé et services (EMSS).

graphique 1 : Périmètre de combinaison des participations du groupe « Languedoc mutualité »



Source : clinique Beau Soleil

L'ULM et l'union mutualiste « La Catalane » sont gestionnaires de deux cliniques, la clinique Beau Soleil à Montpellier et la clinique mutualiste « La Catalane » à Perpignan (66), ainsi que d'un réseau de centres médicaux et paramédicaux (radiologie, dentaire, optique, pharmacie, service de soins infirmiers à domicile et de six établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – EHPAD). L'un de ces EHPAD, la résidence « Les Violettes », situé à proximité immédiate de la clinique Beau Soleil, ainsi que la pharmacie mutualiste, sont inclus dans le projet d'institut mutualiste montpellierain (IMM) en cours de réalisation (cf. *infra*).

¹ Au sens de l'article L. 6161-5 du code de la santé.

² À ce titre, la clinique dispense une aide médicale urgente et respecte les principes et obligations fixés par les articles L. 6112-1 et L. 6112-2 du code de la santé : égalité d'accès aux soins et de prise en charge, absence de facturation de dépassements des tarifs d'honoraires du 1^o du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale et permanence de l'accueil 24h/24, 7j/7.

³ Livre III du code de la mutualité consacré aux mutuelles et unions pratiquant la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales.

⁴ Le livre I du code de la mutualité est relatif aux règles générales applicables à l'ensemble des mutuelles, unions et fédérations.

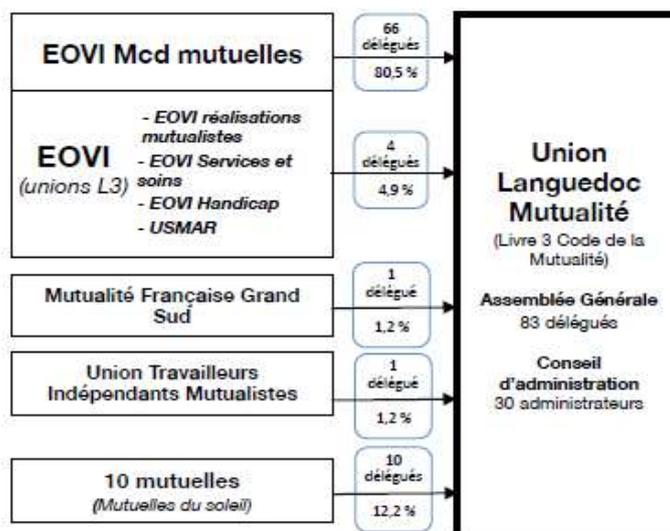
Depuis 2012, le GLM s'est recentré progressivement sur ses activités de soins et médico-sociales. Le chiffre d'affaires de GLM a diminué, passant de 141 M€ en 2010 à 118 M€ en 2018. Le nombre d'emplois en équivalents temps plein (ETP) est passé de 1 231 en 2012 à 940 en 2019. Dans ce contexte, le poids relatif de l'établissement clinique Beau Soleil au sein du GLM s'est renforcé.

1.2. La relation à l'union « Languedoc mutualité »

1.2.1. Une union titulaire des autorisations de soins

L'ULM est l'entité juridique disposant de statuts en propre (contrairement à la clinique), titulaire des autorisations de soins, employeur direct des salariés et gestionnaire de l'établissement. Régie par le livre III du code de la mutualité (volet social et sanitaire), elle n'a pas d'actionnaires. Seules des personnes morales peuvent adhérer à cette union, groupements mutualistes affiliés à la fédération nationale de la mutualité française ou mutuelles. Le membre de l'union le plus important en nombre d'adhérents est Éovi Mcd mutuelle, par ailleurs membre du groupe Aésio⁵.

graphique 2 : Cartographie des liens d'adhésion en 2017



Source : ULM, clinique Beau Soleil

Cette union a pour objet de contribuer à la création et au développement des réalisations sanitaires et sociales au sein du GLM et de mettre en œuvre la politique définie par celui-ci. En pratique, le président de l'ULM (ex-union « Languedoc mutualité hospitalisation et hébergement ») préside le conseil d'administration du GLM.

1.2.2. Des comptes produits à l'échelle du pôle Beau Soleil

L'ULM produit ses comptes à l'échelle du pôle Beau Soleil, qui intègre la clinique elle-même, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) et l'activité de gastroentérologie (Languedoc centre gastroentérologie). La clinique elle-même n'est pas fiscalisée ni assujettie aux impôts commerciaux (hors TVA sur quelques recettes annexes peu significatives). L'ULM n'a pas conclu

⁵ Aésio est une union mutualiste de groupe créée le 5 juillet 2016 par trois mutuelles : Adréa, Apréva et Éovi Mcd mutuelle.

de convention d'intégration fiscale, ni de convention de remontée automatique de fonds en valeurs (trésorerie).

1.3. Les liens avec les autres établissements

1.3.1. La participation à d'autres unions du livre III du code de la mutualité

Le 21 juin 2016, l'assemblée générale de l'ULM a validé son adhésion à l'union EMSS, créée par huit groupements⁶ ou unions le 8 décembre 2016 afin de renforcer les stratégies et politiques de ses membres, d'une part en favorisant la complémentarité entre activités d'assurance et activités de soins et d'accompagnement, d'autre part en facilitant la mise en commun des ressources, moyens et savoir-faire. L'objectif affiché est de consolider le pilotage des risques au niveau des activités du livre III, tout en conservant le pilotage opérationnel au niveau local pour les activités des unions. L'union EMSS est organisée par filières, dont une est dédiée au secteur médico-social. Elle comporte une commission d'investissement qui, depuis 2017, a vocation à étudier les nouveaux projets d'investissement significatifs de l'ULM préalablement validés par son conseil d'administration.

Le 26 juin 2018, l'assemblée générale de l'ULM a donné mandat à son président pour conclure l'adhésion à une autre union du livre III, également membre de l'union EMSS : l'union Éovi réalisations mutualistes, implantée dans le Vaucluse, qui propose des soins dentaires et des services en matière d'audition et d'optique, mais ne gère pas de clinique. Ce rapprochement illustre la poursuite du processus d'intégration en cours : par un mouvement de fusions successives de mutuelles du livre II du code de la mutualité, la mutuelle Eovi Mcd est devenue l'adhérente majoritaire de l'ULM. De ce fait, Languedoc mutualité bénéficie du soutien d'un opérateur membre du groupe Aésio qui a conclu, fin 2018, un protocole d'accord avec le groupe Macif posant les bases d'un nouveau groupe commun, ainsi que d'une coopération en matière d'offre de soins.

1.3.2. La participation à des groupements d'intérêt économique

La clinique participe elle-même à plusieurs groupements :

- ceux liés à l'imagerie médicale avec Languedoc mutualité IRM et le groupement d'intérêt économique (GIE) Languedoc mutualité scanner⁷ ;
- la gastroentérologie ;
- le GIE Informut qui a pour vocation d'acquérir pour le compte des entités du GLM les logiciels et équipements informatiques ;
- le GIE centre d'expertise national en robotique, auquel elle adhère depuis 2016 afin de favoriser la qualité de vie et l'autonomie pour les personnes dépendantes ou en situation de handicap, grâce à la robotique d'assistance.

⁶ Éovi services et soins, Éovi handicap, Éovi réalisations mutualistes, Éovi usmar services et soins, ULM, union mutualiste « La Catalane », mutualité française Ardèche Drôme-service de soins et d'accompagnement mutualiste et mutualité française Loire Haute-Loire-service de soins et d'accompagnement mutualiste.

⁷ Personnes morales détentrices des autorisations sous leur propre numéro Finess.

Le projet d'achat d'autorisation d'ambulances envisagé fin 2014 par le conseil d'administration n'a pas eu de suite (GIE ambulances). Celui d'ouvrir un centre de santé sur le site même de Beau Soleil est, quant à lui, toujours à l'étude.

1.3.3. Les liens avec diverses sociétés

L'ULM a par ailleurs des liens avec plusieurs sociétés :

- pour le parking : en 2011, l'ULM a décidé de construire un parking et externalisé son portage par un bail à construction signé avec la société Praxis, pour une durée de 40 ans et un loyer annuel de 45 000 € HT. Ce bail a été cédé dans le cadre de la conclusion d'un contrat de crédit-bail entre cette société et une société à responsabilité limitée (SARL), gestionnaire du parking, pour une durée de 15 ans. Le parking a été mis en service en septembre 2015 ;

En juillet 2018, la SARL parking a souhaité se retirer et le conseil d'administration de l'ULM a donné son autorisation, estimant que la reprise contribuerait à la cohérence de la gestion du stationnement sur l'ensemble de l'IMM, le futur EHPAD comptant également deux sous-sols de parking. La totalité des actions de cette société ont été rachetées, pour une valeur de 450 000 € avec, de plus, un apport en compte courant à la SARL de 800 000 €. Le transfert a été acté en décembre 2018. Le parc de stationnement payant est ouvert au personnel et aux visiteurs. Les recettes s'élevaient à 36 k€ en 2018.

- pour la cuisine centrale : l'ULM a pour projet la création d'une société civile immobilière commune et d'une société d'exploitation avec une société-tiers pour la construction d'une cuisine centrale sur la zone Via Domitia de Vendargues (3,5 M€) ;
- pour l'ophtalmologie : la coopération s'opère avec une société anonyme dont le capital est détenu à 99,76 % par l'ULM.

1.3.4. Les collaborations privilégiées

L'ULM a conclu une vingtaine de conventions de coopération avec divers acteurs de la santé dont le centre hospitalier universitaire (CHU) de Montpellier, le groupe Clinipôle de Castelnau-le-lez, la clinique Saint-Jean et plusieurs établissements et maisons de convalescence pour assurer la complémentarité des soins.

Durant la période sous revue, trois nouvelles conventions de partenariat ont été conclues, avec le CHU de Montpellier pour la chimiothérapie (cf. *infra*), les ambulances du sud pour le transport sanitaire, et Scintidoc pour la cardiologie. L'ULM a également formalisé des partenariats avec la médecine de ville, au travers :

- de contrats d'exercice libéral de la médecine : mise à disposition de locaux, moyens et installations (plateau technique, lits et places) ;
- d'agrément individuels pour l'accès au radiodiagnostic et l'imagerie médicale au sein du GIE Languedoc mutualité scanner.

2. LA VIE SOCIALE ET LA GOUVERNANCE

2.1. Les statuts et le règlement intérieur de l'union « Languedoc mutualité »

La clinique Beau Soleil relève des statuts et du règlement intérieur de l'ULM.

Les nouveaux statuts, approuvés le 16 décembre 2015, prennent en compte l'absorption de l'union « Languedoc mutualité ambulatoire » par l'union « Languedoc mutualité hospitalisation hébergement » et la création d'une seule union dénommée « Languedoc mutualité », dont le siège est situé à l'adresse de la clinique Beau Soleil. Aux termes des statuts, l'ULM « fait partie indéfectiblement du GLM dont elle est l'une des composantes essentielles ».

Les statuts déterminent les règles d'admission et de radiation des membres de l'union, ses règles d'administration (assemblée générale, conseil d'administration, président et bureau) et son organisation financière. Ils prévoient, à ce titre, que les produits de l'union résultent de son activité mais qu'ils proviennent également des cotisations, ou droits d'adhésion, de ses membres.

Les conditions d'application des statuts sont déterminées par un règlement intérieur établi par le conseil d'administration et approuvé par l'assemblée générale de l'ULM. Les adhérents sont tenus de s'y conformer au même titre qu'aux statuts.

2.2. Les instances collégiales

2.2.1. L'assemblée générale⁸

L'assemblée générale est composée des délégués désignés, chaque année, par les structures membres de l'ULM à l'aide d'un vote par correspondance à bulletins secrets, et des membres honoraires. Elle se réunit au moins une fois par an.

Outre l'élection et la révocation éventuelle des membres du conseil d'administration et la nomination des commissaires aux comptes, plusieurs éléments relèvent de l'assemblée générale : la modification des statuts, le choix des activités exercées par l'union, l'existence et le montant des droits d'adhésion et de cotisation, l'adoption du plan prévisionnel de financement des investissements prévu par le code de la mutualité⁹, l'examen du rapport de gestion et des comptes annuels présentés par le conseil d'administration ainsi que du rapport spécial du commissaire aux comptes sur les conventions réglementées¹⁰ et l'affectation du résultat de l'exercice clos.

C'est à l'assemblée générale qu'il appartient de prendre, en toutes circonstances, les mesures visant à sauvegarder l'équilibre financier de l'ULM. Elle dispose ainsi de larges prérogatives. Chaque année, depuis 2016, elle a bien été réunie pour procéder à l'examen des comptes dans le délai de sept mois suivant la clôture de l'exercice ainsi que le prévoit l'article R. 114-3 du code de la mutualité. Les résolutions présentées sont adoptées à l'unanimité des délégués qui prennent part au vote. Aucune anomalie au regard des dispositions statutaires et réglementaires n'a été relevée.

⁸ Articles L. 114-6 et suivants, R. 114-1 et suivants et D. 114-1 et suivants du code de la mutualité.

⁹ Article L. 310-4 : plan pour cinq ans approuvé par l'assemblée générale constitutive lors de la constitution d'une union.

¹⁰ Conventions relevant des articles L. 114-32 à L. 114-34 du code de la mutualité : administrateurs intéressés.

2.2.2. Le conseil d'administration¹¹

Le conseil d'administration est composé de 30 membres maximum élus en son sein, au scrutin uninominal à un tour, par l'assemblée générale des délégués. Leur mandat est de six ans mais les administrateurs sont renouvelés par tiers tous les deux ans, les sortants étant rééligibles. Deux scrutins ont ainsi été organisés au cours de la période sous revue, en 2016 et 2018, portant chacun sur dix postes d'administrateurs.

Selon les statuts, le président doit réunir le conseil d'administration au moins trois fois par an. Cette condition est remplie : de 2016 à 2018, le conseil a tenu 16 réunions. Outre les administrateurs, deux représentants des salariés de l'ULM, élus pour deux ans par le comité d'entreprise, ainsi que les présidents des commissions médicales d'établissements de l'ULM sont conviés à assister aux séances du conseil.

Le conseil d'administration dispose de tous les pouvoirs qui ne sont pas expressément dévolus à l'assemblée générale ou à un autre organe de l'ULM. C'est le conseil qui détermine, dans le respect des statuts, les orientations de l'ULM et veille à leur application. Il prononce l'admission des groupements qui sollicitent leur adhésion.

2.2.3. Le bureau

Les membres du bureau sont élus en son sein par le conseil d'administration, à bulletins secrets, pour une durée de six ans, la durée des mandats ne pouvant excéder celle des mandats d'administrateur.

Le bureau se réunit une semaine avant le conseil d'administration. Aucune anomalie n'a été relevée.

2.2.4. Les commissions

Le cadre juridique prévoit l'installation et la réunion de plusieurs comités et commissions : le comité d'audit, la commission des travaux ainsi que trois commissions spécialisées (article 37 des statuts), en particulier celle qui concerne la relation à l'utilisateur qui doit se réunir chaque trimestre et qui a été élargie à des représentants mutualistes et d'associations.

Conformément aux dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 et de son décret d'application du 1^{er} juin 2016, la clinique a installé une commission des usagers en mai 2017 et adopté un règlement intérieur qui fixe des indicateurs de suivi (fréquence, présence) et de qualité. Les bilans produits soulignent que le manque de confort des chambres et de qualité et diversité des repas nuisent au score global de satisfaction. L'établissement se trouve ainsi en classe C, soit en qualité moyenne. Ces éléments ont été pris en compte dans le cadre du nouveau projet d'investissement et de l'externalisation de la cuisine centrale.

¹¹ Articles L. 114-16 et suivants du code de la mutualité.

2.3. Les fonctions exécutives

Les fonctions exécutives de l'ULM sont occupées par les membres du bureau et déléguées aux dirigeants salariés par décision du conseil d'administration. La création à l'échelle du groupe, fin 2014, d'un comité de direction placé auprès du directeur général, avait pour objectif d'introduire plus de collégialité et de contrôle dans les prises de décisions en lien avec la stratégie du groupe, de rechercher la solidarité de ses composantes fondées sur des valeurs mutualistes, et de retrouver un « positionnement unanime sur la gouvernance ». Tout en réaffirmant l'autonomie de gestion opérationnelle des directions d'établissement, les administrateurs du groupe ont souhaité que leurs missions s'exercent « en relation étroite et sous le contrôle du directeur général ».

Dans le cas de la clinique Beau Soleil, cette relation ne saurait être plus étroite dans la mesure où son directeur exerçait également la fonction de directeur général du groupe jusqu'à l'été 2019. Le directeur général nommé ensuite pour assurer son intérim est, par ailleurs, directeur de l'autre établissement de soins du groupe, la clinique mutualiste « La Catalane ».

2.3.1. Le président et les vice-présidents

En application de la loi et des statuts¹², le président ou la présidente du conseil d'administration de l'ULM, dont fait partie la clinique Beau Soleil, sont élus parmi ses membres, en qualité de personne physique, pour un mandat de six ans.

Le dernier scrutin s'est tenu le 7 avril 2016, à la suite de la reconstitution du conseil d'administration par l'assemblée générale constitutive de l'ULM, précédemment dénommée union « Languedoc mutualité hospitalisation hébergement », qui venait d'absorber l'union « Languedoc mutualité ambulatoire ».

Le président en fonction depuis 2014 a été réélu. Il était le seul candidat. Son mandat a pris fin le 17 juin 2020. Un nouveau président, M. Christian Boidin a été élu à cette date pour un mandat de six ans.

2.3.2. Les dirigeants salariés, le directeur et son comité de direction

2.3.2.1. Le cadre statutaire

Les statuts de l'ULM prévoient, à l'article 38, la possibilité, après recueil de l'accord des instances du groupe, de nomination de dirigeants salariés pour l'ULM ou ses établissements, la fixation de leur rémunération et la détermination de leurs attributions. Le conseil d'administration de l'union peut les révoquer à tout moment.

Les dirigeants salariés assistent à chaque réunion du conseil d'administration ainsi qu'aux réunions du bureau, lorsqu'ils sont invités par le président. Ils peuvent se voir consentir des délégations.

¹² Article L. 114-18 du code de la mutualité et articles 44 à 49 des statuts.

2.3.2.2. Les difficultés de management

La direction générale de l'établissement a connu des mouvements au cours des dernières années, illustrant les difficultés de pilotage de l'établissement et dont les conséquences sont encore sensibles.

Depuis 2016, la communauté médicale mentionne, dans des documents internes, les difficultés de relations avec la direction générale de l'établissement. Elle a ainsi relevé une intervention « inadaptée » au sein d'un service, ainsi que l'absence de dialogue lors du traitement d'un conflit interne à un autre service. Durant l'année 2018, elle a évoqué les retards dans la prise de décision de la direction générale, l'inquiétude sur l'avenir de l'établissement et la pression importante du management sur le personnel. Après plusieurs mois, un courrier officiel d'alerte a été adressé par le président de la commission médicale d'établissement au président du conseil d'administration, en mai 2019. Un audit externe a confirmé les difficultés de pilotage de l'établissement et l'absence d'activité du comité d'établissement.

La clinique peut s'appuyer, pour l'actualisation des conclusions de cet audit, sur les comptes rendus de la commission médicale d'établissement et les travaux de la conférence médicale, mais non sur ceux de la commission médico économique, qui ne s'est pas réunie depuis cinq ans. L'absence d'adoption du nouveau projet médical peut également être relevé. La clinique devra relancer ces travaux.

Suite à la parution d'un article de presse début juillet 2019¹³, le directeur général a été placé en accident du travail puis mis à pied à titre conservatoire à compter du 10 août 2019. Son licenciement pour faute lourde lui a été notifié en octobre 2019.

Une organisation temporaire a été mise en place à l'été 2019 : désignation d'un directeur général par intérim, extension du champ de compétence de l'un des directeurs. Le conseil d'administration du 26 novembre 2019 a nommé M. Jean-Marc Gaffard en qualité de nouveau directeur général.

3. LE POSITIONNEMENT DANS L'OFFRE LOCALE DE SOINS ET LA STRATÉGIE DE LA CLINIQUE

Le secteur d'activité des cliniques de santé est marqué par un cadre réglementaire spécifique¹⁴, une concurrence forte, une concentration au sein des groupes financiers, une prépondérance des frais de personnel et des investissements mobiliers significatifs¹⁵.

Dans ce contexte, la clinique Beau Soleil positionne son offre de façon originale, ce qui lui assure, au sein d'un territoire de santé dynamique, une certaine attractivité.

¹³ Dans cet article, les salariés de Languedoc mutualité ont dénoncé une « ambiance toxique au travail ».

¹⁴ Autorisation d'exercice par les agences régionales de santé, tarification à l'activité, contrôle de codification des actes par la caisse primaire d'assurance maladie.

¹⁵ Étude Xerfi sur les cliniques de court séjour médecine, chirurgie et obstétrique 2017.

3.1. Le territoire de santé

3.1.1. L'évolution des besoins

La région Occitanie se place au 4^{ème} rang des régions métropolitaines présentant les taux de pauvreté les plus élevés, ce qui a conduit à porter une attention particulière aux inégalités sociales de santé dans le plan régional de santé.

Au 1^{er} janvier 2016, le département de l'Hérault comptait plus de 1 092 000 habitants. Sa population a augmenté sur la période sous contrôle (+ 91 000 habitants de 2009 à 2016, et + 28 000 habitants entre 2016 et 2018, soit + 1,4 % par an). D'après les projections de l'Institut national de la statistique et des études économiques, la progression démographique sur ce territoire va se poursuivre, le territoire de l'ex-région Languedoc-Roussillon devant connaître la plus forte hausse de population en France métropolitaine d'ici 2040 (+ 28,5 %) ¹⁶.

D'un point de vue épidémiologique, la région Occitanie est marquée par des taux standardisés supérieurs à l'ensemble des autres régions pour le tabagisme et l'alcoolisme quotidien, et un nombre élevé de décès en excès pendant les périodes de canicules. S'agissant des cancers, les taux d'incidence et de mortalité standardisés sont dans la moyenne (ou inférieurs selon le type de cancer).

Le territoire montpelliérain bénéficie globalement d'une bonne accessibilité aux médecins généralistes et spécialistes ¹⁷. La densité en médecins généralistes libéraux est supérieure à la moyenne régionale. La consommation de soins hospitaliers est supérieure à la moyenne nationale. Le taux de recours standardisé en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) est supérieur à l'indicateur national ¹⁸.

Selon les données de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le nombre de séjours hors séances comptabilisés sur le territoire de santé de l'Hérault en MCO a augmenté.

tableau 1 : L'évolution de l'activité médecine, chirurgie et obstétrique du territoire de santé de l'Hérault

En nombre de séjours hors séances	2016	2017	2018	Variation 2016-2018 en %
Médecine	178 935	184 606	185 672	3,8%
Chirurgie	111 555	132 145	132 518	18,8%
Obstétrique	16 142	20 345	19 939	23,5%
Total MCO	306 632	337 096	338 129	10,3%

Source : ATIH

3.1.2. L'évolution de l'offre

L'offre en MCO sur le territoire de santé de l'Hérault est principalement composée de trois centres hospitaliers, et d'une vingtaine de cliniques privées. La clinique Beau Soleil se positionne

¹⁶ Institut national de la statistique et des études économiques première, n° 1326 du 7 décembre 2010 et n° 1652 de juin 2017.

¹⁷ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et de la statistique, études et résultats n° 795 de mars 2012.

¹⁸ Données Scansanté. Le taux de recours standardisé en MCO est supérieur à l'indicateur national (1^{er} quartile et médiane). Les taux de recours aux soins hospitaliers sont une mesure de la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone.

en concurrence plus particulière avec le CHU de Montpellier, les cliniques de Clémentville, de Saint-Jean, de Saint-Roch, du Millénaire et du Parc. Divers éléments influencent positivement le choix des patients, dont :

- le statut mutualiste, ce qui est quasiment unique sur Montpellier et qui en fait une structure de recours privilégiée pour les adhérents de la mutuelle ;
- la position géographique de l'établissement, à proximité de grands nœuds de communication ;
- le caractère conventionnel sans dépassement d'honoraires et sans reste à charge pour les patients adhérents à une mutuelle.

Par ailleurs, en tant qu'établissement relevant d'une mission d'intérêt collectif, la clinique accueille des patients en situation d'urgence.

Du fait du transfert récent de deux autres établissements de santé vers des quartiers ou communes périphériques, la clinique Beau Soleil est appelée à être l'établissement de soins le plus proche du centre-ville de Montpellier à disposer d'un service d'urgences. Elle se démarque ainsi par son accessibilité géographique et sociale.

La clinique se situe donc dans un environnement favorable au développement de son activité, mais doit faire face à la forte concurrence d'autres établissements de santé.

3.2. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

En tant qu'établissement de santé pratiquant des activités de soins soumises à autorisation, la clinique est tenue de conclure avec l'agence régionale de santé (ARS) un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), d'une durée maximale de cinq ans¹⁹. Pour l'ARS, il s'agit d'assurer la mise en œuvre opérationnelle et le suivi des orientations stratégiques définies dans le programme régional de santé (PRS). Le PRS adopté à l'échelle de l'ancienne région Languedoc-Roussillon en 2011 a fixé les orientations pour la période sous revue.

Le CPOM couvrant la période quinquennale précédente a pris effet le 4 juillet 2013. Il comportait les objectifs opérationnels suivants :

- développer la chirurgie ambulatoire en faisant passer le taux global de 37 % (valeur 2012) à 53 % en 2017 ;
- mettre en place une procédure interne pour fluidifier le parcours de soin des personnes âgées pour une meilleure gestion de l'amont (urgences) et de l'aval (soins de suite et de réadaptation, domicile, EHPAD) ;
- pour la filière cancérologique, réduire les délais d'attente et garantir une accessibilité financière à la chirurgie ;
- pour l'imagerie médicale, réduire les délais (< 15 jours) et transférer progressivement les examens du crâne, et de son contenu, du scanner vers l'IRM (72 % en 2017).

En application de l'article D. 6114-8 du code de la santé, une évaluation annuelle de la réalisation des objectifs quantifiés est prévue au contrat²⁰, dont les résultats sont inclus dans le rapport final obligatoirement joint à la demande de renouvellement adressée à l'agence. Or les

¹⁹ Article L. 6114-1 du code de la santé.

²⁰ En Occitanie, la procédure de suivi et de revue des contrats 2013-2018 n'a jamais été appliquée.

rapports annuels d'étape n'ont pas été produits. Un bilan global fait toutefois état de l'atteinte des objectifs. S'agissant du taux de chirurgie ambulatoire, il ressort du rapport portant sur la période 2013-2016, que l'objectif de 53 % fixé pour 2016 a été dépassé par la clinique qui revendique un taux de 61 % à la fin de cette même année. Ce taux a ensuite diminué en 2017 (57 %) et 2018 (53 %) hors endoscopie.

Outre le CPOM, la clinique était inscrite dans cinq axes majeurs du PRS 2012-2018 : la qualité (certification sans réserve), l'accessibilité (parking et reste à charge « 0 »), l'évitabilité (dépistage et prévention), la sécurité (gestion des risques) et l'efficience (retour durable à l'équilibre des comptes). La clinique a obtenu la certification requise en janvier 2016, avec des recommandations d'amélioration.

Le cadre réglementaire issu de la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 renouvelle la procédure et les composantes du PRS. Le nouveau PRS Occitanie est opérationnel depuis août 2018.

L'actuel socle du contrat, signé le 18 décembre 2018, s'applique à la période 2019-2023. Il vise à développer les objectifs suivants :

- développer le repérage, le dépistage et l'accompagnement précoce ;
- accompagner la personne pour lui permettre d'être acteur de sa santé ;
- améliorer l'organisation des services de santé pour une accessibilité renforcée sur l'ensemble du territoire et pour toutes les catégories de populations ;
- renforcer la coordination des acteurs pour des prises en charge adaptées, de la bonne intensité et continues grâce à des innovations organisationnelles et techniques, la e-santé ;
- promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements.

En janvier 2019, s'est ouverte la seconde période consacrée à l'élaboration de l'annexe « financements ».

L'article R. 6114-10 du code de la santé publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution totale ou partielle des engagements pris. Si la procédure de revue n'a pas été appliquée aux contrats de la période 2012-2018, les CPOM de nouvelle génération sont conçus pour être évaluables et régulièrement revus grâce à la mise en place d'un processus effectif de suivi.

L'évaluation de la mise en œuvre du plan régional et des contrats a ainsi connu des avancées, du fait des évolutions réglementaires.

3.3. L'évolution des parts de marché et des taux de fuite

Huit d'établissements représentent près de 90 % des parts de marché sur les séjours médecine et chirurgie réalisés sur le territoire d'attractivité de la clinique. La clinique Beau Soleil représente en moyenne sur la période 8,1 % des parts de marché en médecine et 10 % en chirurgie, l'ouverture de la nouvelle polyclinique Saint-Roch, après son déménagement, ayant pu avoir un impact sur l'exercice 2017. Elle n'exerce pas d'activité dans le domaine de l'obstétrique.

tableau 2 : L'évolution de la répartition des séjours médecine, chirurgie entre les établissements

%	2016	2017	2018	moyenne
parts de marché en médecine				
CHU Montpellier	46,2	44,6	43,5	44,8
Polyclinique St Roch	2,2	2,8	2,5	2,5
Clinique Le Millénaire	12,5	13	14,2	13,2
Polyclinique Saint Privat	6,7	6,2	6,5	6,5
Clinique du Parc	9,5	10,1	10,3	10,0
Polyclinique St Jean	4,9	5,2	5	5,0
Clinique Beau Soleil	8,6	7,6	8	8,1
Clinique Clémentville	4,6	4,9	4,6	4,7
Total	95,2	94,4	94,6	94,7
parts de marché en chirurgie (HC)				
CHU Montpellier	32,1	30,9	31,7	31,6
Polyclinique St Roch	9,4	11,1	10,8	10,4
Clinique Le Millénaire	10,7	10,7	10,9	10,8
Polyclinique Saint Privat	1	1,1	1,1	1,1
Clinique du Parc	9	8,8	8,6	8,8
Polyclinique St Jean	10,7	10,8	10,7	10,7
Clinique Beau Soleil	9,9	10	10,2	10,0
Clinique Clémentville	6,1	5,5	5,3	5,6
Total	88,9	88,9	89,3	89,0

Source : ATIH (Scansanté)

La clinique Beau Soleil est, en 2018, un établissement de santé attractif, qui rayonne principalement sur l'Hérault (87 %) mais également sur plusieurs départements.

tableau 3 : Répartition des séjours de la clinique selon l'origine des patients en 2018

	Hérault	Aveyron	Gard	Aude	Autres
médecine	9 616	127	378	79	714
chirurgie	6 182	123	229	39	604

Source : ATIH et clinique Beau Soleil

C'est en chirurgie que la clinique détient les parts de marché les plus importantes (10,2 % en 2018), en hausse sur la période avec 7 177 actes.

Les taux de fuite vers les établissements des autres départements sont limités. Ils sont globalement de 1 % (0,9 % en médecine et 1,3 % en chirurgie). Il n'y a donc pas de marges de récupération pour la clinique Beau Soleil (hors problématique des urgences, cf. *infra*).

3.4. Le projet capacitaire

3.4.1. Les orientations

Sur la période sous revue, un premier projet médical de l'union a été réalisé pour la période 2012-2017. Une note de présentation du projet d'IMM précise également les orientations prospectives.

Le projet médical de l'union adopté en 2012 prévoit une augmentation de la population nationale (+ 1,42 million d'habitants entre 2010 et 2015 et + 1,25 million d'habitants entre 2015 et 2020) avec une augmentation sensible de la proportion des plus de 65-75 ans (qui représentent 60 % des nouveaux cas de cancers). Ces évolutions présagent donc d'une croissance de l'activité.

La note de présentation du projet de l'IMM, en 2018, confirme ces éléments et précise la croissance constatée rétrospectivement à l'échelle du Languedoc-Roussillon et de Montpellier agglomération. De manière prospective, il relève d'ici à 2040 le développement de la précarité dans un contexte de faible emploi, et, partant, l'enjeu de l'accessibilité financière, géographique ou sociale.

Le nouveau projet médical, qui a vocation notamment à faciliter le management interne de la structure dans une phase de développement, n'a pas encore été adopté²¹. La clinique doit y procéder et appréhender de manière plus fine les enjeux liés au volume de patients pris en charge selon les différentes pathologies traitées et à l'évolution des établissements de santé présents sur son territoire.

Dans sa réponse écrite, le directeur général précise que la procédure de consultation lancée en avril 2019 a abouti à la formalisation, en juillet 2020, d'une matrice faisant le lien entre les projets par spécialité et les enjeux institutionnels, le positionnement sur l'offre de soins et la réponse au schéma régional de soins. Du fait de la crise sanitaire et du changement de présidence de la commission médicale d'établissement, ces travaux n'ont pu être présentés, et une nouvelle consultation doit être réalisée afin d'ajuster le projet, dont l'adoption est prévue début 2021.

3.4.2. Les contraintes et limites de l'équipement actuel

Les bâtiments datent de 1935 pour leur partie centrale. Lors de la dernière visite de sécurité, en août 2018, un avis favorable à l'ouverture au public et à la poursuite de l'exploitation a été émis, sans réserve ni élément critique.

Le projet médical d'établissement 2012-2017 a fixé des objectifs, mais peu d'éléments quantitatifs (essentiellement des recrutements).

Dans le cadre de la demande de renouvellement du CPOM pour la période 2018-2023 formalisée en février 2018, le bilan du précédent CPOM fait état de l'atteinte globale des objectifs et mentionne le projet d'extension de l'établissement. La clinique relevait, en effet, que la configuration de l'établissement en 2018 ne lui permet pas :

- de disposer de chambres répondant aux standards de commodités (80 % des chambres n'intègrent pas de douche) ;
- d'optimiser les flux de prise en charge du fait du mauvais positionnement de plusieurs fonctions au sein des locaux, engendrant des flux logistiques internes (imagerie médicale, pharmacie, ménage, cuisine, blanchisserie, déchets) ;
- de garantir la sécurité incendie ;
- d'assurer l'évolution des réseaux d'eau et électrique ;

²¹ Le code de la santé ne prévoit pas de sanction pour non adoption du projet médical. Celui-ci est simplement transmis à l'ARS et ne nécessite pas de validation expresse de cette dernière.

- de disposer de bâtis aux normes en termes d'enjeux thermiques, environnementaux et d'accessibilité.

Le taux de vétusté des équipements était de 71,5 en 2017 et celui des bâtiments de 54,3²².

La présentation du projet de l'IMM fait ainsi état du besoin global de modernisation structurelle mais aussi du développement de l'offre de soins, afin d'obtenir un meilleur positionnement concurrentiel vis-à-vis des autres établissements de santé du territoire. L'ouverture du nouveau « bâtiment pont », en juillet 2019, a permis les premiers ajustements.

3.4.3. L'adaptation capacitaire

3.4.3.1. L'augmentation des surfaces et du nombre de lits

La ville de Montpellier s'est portée acquéreuse, en décembre 2016, du foncier de la caserne de gendarmerie, dite « Celleneuve » pour rétrocession d'une partie (14 500 m²) au bénéfice de GLM. GLM va y réaliser l'extension de la clinique, dont des bâtiments de consultation et de bureaux (activité externe, consultations, cabinets dentaires, bureaux administratifs), la liaison entre les deux bâtiments, un laboratoire d'analyse biologique et cytogénétique (en partenariat, sur 1 705 m²), un EHPAD et des commerces de santé (pharmacie, audioprothèse, optique, sur 619 m²).

Sur la période, le nombre de lits en hospitalisation complète est stable à 135 lits, 20 en ambulatoire et deux en hospitalisation de jour. 24 lits sont en attente de travaux de remise en l'état des chambres²³. Le projet de réhabilitation et d'extension de la clinique s'intègre dans le programme de l'IMM qui prévoit, d'une part, la réhabilitation du site historique de la clinique (12 500 m²) et, d'autre part, la construction de nouveaux bâtiments, dont 4 536 m² dédiés à l'extension de la clinique sur une nouvelle emprise foncière contiguë.

Pour 2018, la clinique évalue sa capacité théorique d'accueil à 33 900 journées d'hospitalisation²⁴. Le projet capacitaire prévoit d'abaisser le nombre de lits en hospitalisation complète à 107, ceux en hospitalisation de jour à 15 mais d'augmenter les lits de chirurgie ambulatoire à 44, soit au total 166 lits (contre 157 en 2016). La clinique estime la nouvelle capacité à 34 885 jours (+ 2,9 %), avec une évolution à la hausse pour la médecine interne.

²² Hospidiag, indicateurs finances F8 et F9.

²³ Soit un total de 159 lits installés, cf. Hospidiag, source : statistique annuelle des établissements.

²⁴ La commission de sécurité relève un plafond théorique maximum de 165 hospitalisations/jour. En 2016, 18,3 millions de séjours (pour 78,5 millions de journées d'hospitalisation) et 11,2 millions de séances et forfaits (radio, chimio, dialyse) ont été pris en charge dans les établissements publics de santé.

plan 1 : Répartition spatiale du projet

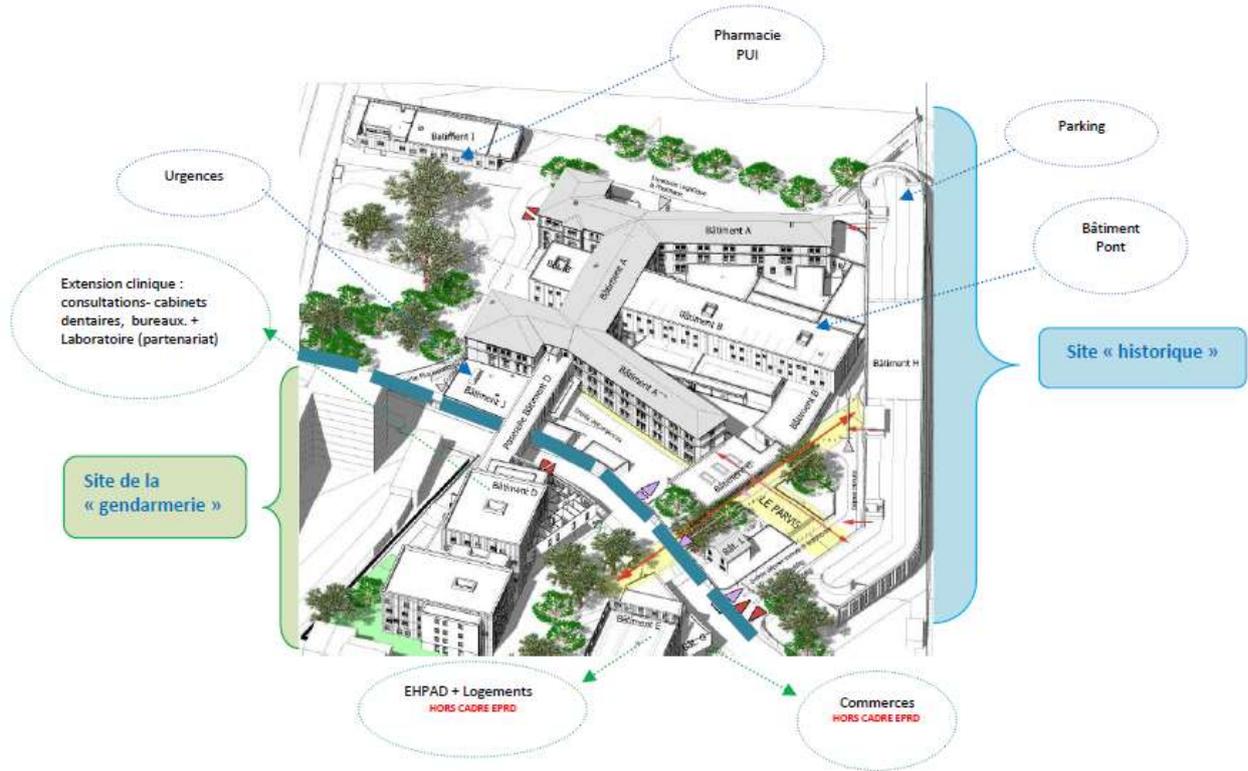


tableau 4 : Nombre de lits ou places installés au 31 décembre

En nombre de lits	2016	2017	2018	capacitaire final projeté
Total lits ambulatoires	20	20	20	44
lits & places HDJ	2	2	2	15
lits en hospitalisation complète	135	135	135	107
dont lits installés en Médecine	20	20	20	42
dont lits installées en Chirurgie	109	109	109	59
dont places soins continus	6	6	6	6
Lits en attente travaux	25	25	25	

Source : clinique Beau Soleil

La note de présentation de l'IMM relève que cette configuration devrait permettre d'absorber les nouvelles activités tout en mobilisant des ressources stables, dont les soignants.

3.4.3.2. L'adéquation de l'évolution capacitaire au projet médical

Les éléments de présentation du projet font état de perspectives d'évolution de l'activité :

- sur la cancérologie avec un doublement du nombre de chimiothérapies, de 1 879 en 2017 à plus de 3 500 en 2022 ;
- sur l'hospitalisation de jour en gériatrie, rhumatologie, liée à la prise en charge des personnes âgées et des maladies chroniques, avec un besoin estimé à 42 lits sur la médecine (contre 22) ;

- sur l'activité opératoire en urologie et gynécologie, ainsi que la création d'une unité de réanimation (six à huit lits) pour les prises en charges à forte technicité ;
- sur l'exploration du sommeil (passage de trois à six lits).

Concernant la réanimation, si la clinique a un taux d'occupation élevé (proche de 90 %), le PRS 2019-2023 ne permet pas, *a priori*, le développement de nouvelles capacités.

Le projet médical prévoit, à moyen terme, l'implantation d'un service de soins de suite et de réadaptation à proximité de l'EHPAD « Les Violettes » sur le site de l'ancienne gendarmerie. Mais dans ce domaine, c'est le schéma régional d'organisation sanitaire qui fixe les cibles en matière d'implantation et aucune demande n'a été formellement adressée à l'ARS. Le développement de l'activité est pour partie fondé sur des domaines pour lesquels les demandes d'autorisation sont en cours d'instruction (chimiothérapie, en tant que site associé ou en autonomie ; cf. *infra*).

Les éléments d'analyse sur la démographie médicale présentés dans le projet médical 2012-2017 et le projet de l'IMM demeurent globaux. Ces projets ont été établis sur la base de quelques données très générales, sans analyse fine des dynamiques locales. Ces éléments ne quantifient pas précisément les évolutions de la volumétrie de la patientèle attendue pour la clinique Beau Soleil, au regard de son positionnement dans le territoire de santé et de l'évolution de la concurrence, d'autres cliniques privées du territoire s'étant également engagées dans d'importants investissements.

Compte-tenu des enjeux spécifiques au territoire (cf. *supra*), de la disponibilité des données et du rayonnement principalement départemental de l'établissement, la clinique doit mieux étayer son prochain projet médical d'établissement.

Dans sa réponse écrite, le directeur général met en avant le fait que le nouveau projet d'établissement 2020-2025, qui reste à présenter aux équipes, « intègre la volonté stratégique d'un maillage territorial en lien avec les centres de santé du groupe ainsi que le projet médical ».

La chambre relève cette volonté mais souligne l'absence d'éléments précisément quantifiés intégrés directement dans le projet. La clinique peut s'appuyer sur l'identification des territoires de proximité de recrutement et les analyses quantitatives réalisées début 2019 (cf. *infra*) afin de préciser ses objectifs.

4. L'ACTIVITÉ DE LA CLINIQUE

4.1. Les activités autorisées

L'ULM porte les autorisations pour les activités médicales. Elle bénéficie de plusieurs autorisations en chirurgie, médecine, traitement du cancer, médecine d'urgence, scanographie et IRM. Elle a bénéficié du renouvellement de toutes ses autorisations.

tableau 5 : Les autorisations

FINESS EJ Titulaire	Raison sociale EJ titulaire	N° ARHGOS	libellé activité	libellé modalités	Date de création	Date d'échéance de l'autorisation
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-616	Chirurgie	Pas de modalité	20/12/2000	02/08/2021
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-617	Médecine	Pas de modalité	21/06/1995	02/08/2021
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-618	Chirurgie	Pas de modalité	20/12/2000	01/06/2022
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-619	Médecine	Pas de modalité	20/12/2000	02/08/2021
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-1383	Traitement du cancer	Chirurgie des cancers : digestif	22/07/2009	17/08/2026
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-1384	Traitement du cancer	Chirurgie des cancers : urologie	22/07/2009	18/08/2026
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-1385	Traitement du cancer	Chirurgie des cancers : gynécologie	22/07/2009	19/08/2026
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-1386	Traitement du cancer	Chirurgie des cancers : ORL et maxillo-faciale	22/07/2009	20/08/2026
340785856	LANGUEDOC MUTUALITE UNION HOSPIT HEBER	76-91-1614	Médecine d'urgence	SU Structure des urgences	28/01/2009	10/06/2022
340017540	GIE LM SCANNER	76-91-1221	Scanographe	N/A	23/01/2008	21/04/2026
340798800	LMIRM		IRM	N/A	29/04/1994	

Source : ARHGOS et clinique Beau Soleil

Cependant, la chimiothérapie a fait l'objet de demandes qui n'ont pas été validées par les autorités. La clinique bénéficiait, jusqu'en juillet 2017, d'une convention de site associé avec l'institut du cancer de Montpellier lui permettant de réaliser une activité en progression. Elle n'a pu obtenir d'autorisation en son nom propre et le médecin oncologue-hématologue, précédemment salarié de l'établissement, a changé de structure. En juillet 2018, la clinique a signé avec le CHU de Montpellier une nouvelle convention de site associé sécurisant juridiquement cette activité et permettant un fonctionnement avec trois praticiens. Une autre demande, pour la mise en place d'un nouveau scanner, a fait l'objet d'une décision de refus notifiée en octobre 2019. Par ailleurs, dans le contexte de l'épidémie de Covid-19, une demande de dérogation pour une activité de réanimation a fait l'objet d'un rejet.

En cancérologie, où l'évolution et la complexité croissante des connaissances médicales nécessite une réflexion pluridisciplinaire, l'organisation de la prise en charge des patients s'appuie sur des structures de coordination des soins (centre de coordination en cancérologie) et des réseaux régionaux (réunion de concertation pluridisciplinaire) chargés de coordonner et d'évaluer les pratiques des établissements de santé. La clinique participe ainsi au centre de coordination en cancérologie et au réseau régional de cancérologie (réunions de concertations pluridisciplinaires). La prise en charge pluridisciplinaire de proximité qu'elle propose s'appuie sur deux types de plateaux techniques :

- des plateaux techniques « à visées diagnostiques » : imagerie médicale²⁵, exploration fonctionnelle (endoscopie) et biologie²⁶ ;
- des plateaux « à visées thérapeutiques » : blocs opératoires, unité de reconstitution des médicaments cytotoxiques (chimiothérapie).

4.2. Le périmètre de l'activité

La clinique n'assume pas de mission d'exclusivité, le CHU de Montpellier couvrant l'ensemble de l'offre de soins hospitaliers. Contrairement aux établissements publics, elle n'est pas organisée en pôles.

Depuis 2009, la clinique s'acquiesce de la mission de service public « permanence des soins en établissements de santé » qui consiste, dans le cadre de l'exercice d'une activité de soins, en l'accueil ou la prise en charge de nouveaux patients la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés, et ceci pour l'ensemble des spécialités nécessaires à l'exercice des activités autorisées. Un planning de garde est constitué pour 12 spécialités²⁷. La clinique reçoit, à ce titre, une

²⁵ IRM, scanner et radiologie conventionnelle.

²⁶ En partenariat avec un laboratoire externe.

²⁷ Urgences, échographie et scanner, anesthésie, digestif, orthopédie, oto-rhino-laryngologie, ophtalmologie, urologie, gynécologie, médecine interne, cardiologie et pharmacie.

compensation financière de l'assurance maladie selon des tarifs forfaitaires²⁸ définis par arrêté ministériel, d'un montant total de 190 k€ en 2018. En regard, les montants versés au titre des gardes et astreintes s'élevaient à 747 k€ la même année.

L'imagerie médicale est composée de trois entités. Si la clinique Beau Soleil porte elle-même l'imagerie conventionnelle, Languedoc mutualité IRM porte l'autorisation de l'IRM et son exploitation, et le GIE scanner, l'autorisation du scanner. Le projet de service d'imagerie médicale fait état d'équipements anciens pour le secteur radiologie (1998 à 2012 pour les plus récents, soit en échographie). Des acquisitions de renouvellement ont été réalisées en 2018 (quatre échographes pour 350 k€), ainsi que divers contrats de crédits-bails.

4.3. Le volume global d'activité

4.3.1. La répartition des séjours

Le profil d'activité des cliniques privées est caractérisé par un case-mix (éventail des séjours) plus étroit que celui des établissements publics : si les soins offerts couvrent un panel relativement large de disciplines²⁹, avec une activité s'appuyant sur 160 racines de groupes homogènes de malades (GHM)³⁰, elle se concentre sur un nombre limité de GHM (les endoscopies, la chirurgie digestive, stomato-logique et urologique). 75 % des séjours sont réalisés sur 44 racines de GHM. Le reste des séjours est assez dispersé sur des activités spécialisées³¹, ce qui a pour conséquence de dupliquer les coûts afférents, dont ceux liés au recrutement de médecins sur chaque spécialité et aux permanences de soins.

La clinique ne réalise pas d'hospitalisation à domicile ni d'obstétrique. Peu d'actes sont réalisés en cardiologie. N'étant pas dotée d'un centre de soins de suite et de réadaptation, elle organise la prise en charge de patients dans plusieurs centres de ce type et participe, dans le domaine de l'orthopédie, au service de retour à domicile « Prado », mis en place par l'assurance maladie pour accompagner la baisse de la durée moyenne de séjour en établissement.

En 2018, les 20 groupes homogènes de séjours (GHS) les plus fréquents représentent 62 % du nombre de séjours. Ce ne sont pas les plus rémunérateurs. Les 20 GHS les plus rémunérateurs représentent 3 % du chiffre d'affaires issu de la tarification des séjours.

Par rapport aux établissements de même catégorie, ou à ceux de la région Occitanie, la clinique présente une forte proportion de techniques peu invasives et de chirurgie (ambulatoire et non ambulatoire), et une plus faible proportion de séjours sans acte classant.

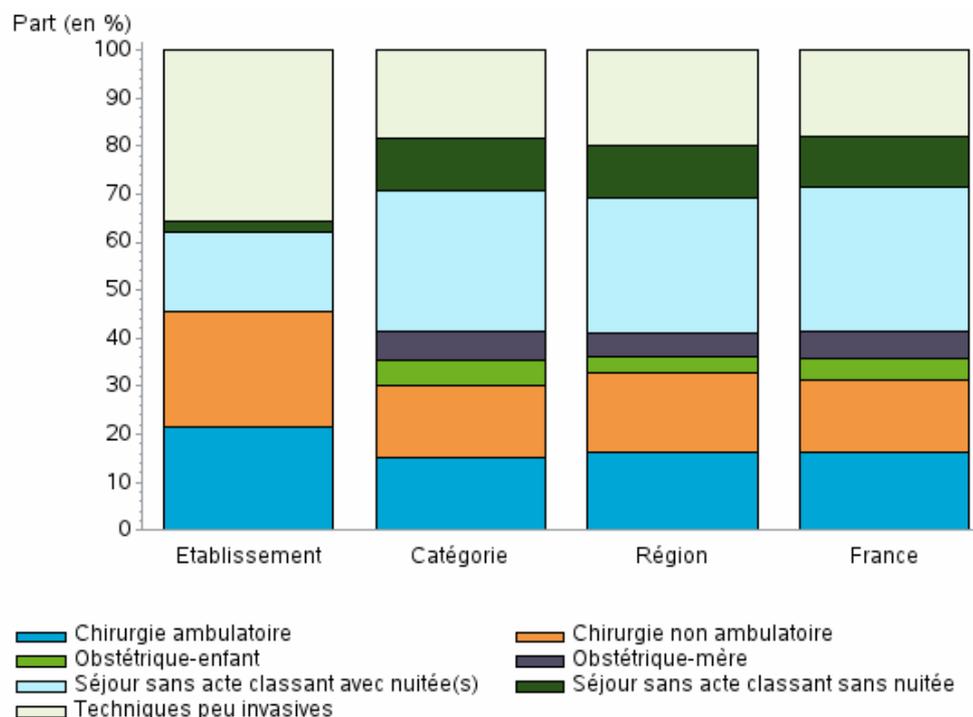
²⁸ Garde, astreinte opérationnelle ou astreinte de sécurité.

²⁹ Anesthésie, cardiologie, dermatologie, digestif, gastroentérologie, gynécologie, médecine interne, médecine angio-logique, rhumatologie, oto-rhino-laryngologie, orthopédie, radiologie, urologie, rééducation fonctionnelle. La clinique semble avoir arrêté la neurologie, qui ne reposait que sur un seul praticien.

³⁰ Source : Scansanté_Applications_casemix.xls.

³¹ 16 spécialités recensées, 116 GHM ne représentant que 25 % des séjours.

graphique 3 : La répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon la catégorie d'activité de soins (hors séances)



Source : Scansanté, fiche établissement, focus MCO 2017

La concentration relative de l'éventail des séjours expose le chiffre d'affaires de l'établissement aux évolutions tarifaires de certains GHS.

4.3.2. L'évolution de l'activité

Entre 2016 et 2018, tous GHM confondus, l'activité de la clinique est en légère contraction, du fait de l'ambulatoire.

tableau 6 : L'évolution de l'activité³²

	2016	2017	2018	variation annuelle moyenne	moyenne sur 3 ans
Nombre de séjours	18 994	18 195	18 091	-2,39%	18 427
<i>dont séjours sans nuitée</i>	12 298	11 304	11 120	-4,86%	11 574
<i>dont en hospitalisation complète</i>	6 696	6 891	6 971	2,04%	6 853
<i>taux de chirurgie ambulatoire hors endoscopie</i>	68%	57%	53%	-11,60%	59,3%
<i>taux de chirurgie ambulatoire avec endoscopie</i>	70%	66%	66%	-2,86%	67,3%

Source : données de l'établissement

La baisse du nombre de séjours en médecine (- 1 221, hors séances) explique intégralement la baisse du nombre de séjours. L'ambulatoire et le centre de gastroentérologie (Languedoc centre gastroentérologie) représentent plus de la moitié des entrées³³.

³² Les taux mentionnés sont « hors spécialité gastroentérologie ». Le bilan du CPOM 2013-2018 fait par ailleurs état d'un taux d'ambulatoire de 61 % en 2016, sur un périmètre différent.

³³ Activité en volume 2016.

tableau 7 : L'évolution du nombre de séances et d'actes médicaux

	2016	2017	2018	variation annuelle moyenne	moyenne sur 3 ans
Nombre de séances de chimiothérapie	1 410	1 872	1 708	12,00%	1 663
Nombre de séances autres (biothérapie)	803	740	816	1,21%	786
Total séances	2 213	2 612	2 524	7,33%	2 450
Nombre d'actes chirurgicaux	17 603	17 535	18 901	3,70%	18 013
Nombre d'accueil et traitement des urgences	10 041	10 370	10 132	0,49%	10 181
Nombre d'actes d'endoscopies	26 742	22 934	24 724	-3,22%	24 800
Total	54 386	50 839	53 757	-0,39%	52 994

Source : clinique Beau Soleil et ATIH (Hospidiag), programme de médicalisation des systèmes d'information

Le nombre de séances a augmenté, surtout en chimiothérapie. Les actes médicaux sont en légère diminution, avec moins d'endoscopies (- 2 018). Cette évolution est liée au départ d'un praticien historique, puis à son remplacement par un praticien qui a lui-même connu une période d'indisponibilité.

Toutefois, la valorisation des séjours est stable sur la période, à 28,4 M€. L'évolution du chiffre d'affaires des séjours est contrastée selon les spécialités : les hausses sur l'urologie, la médecine interne, le digestif, l'ophtalmologie viennent compenser les baisses constatées sur l'orthopédie et la gastroentérologie.

4.3.3. Les modes d'entrée

4.3.3.1. Le recrutement de la patientèle

Comparativement à la moyenne des établissements de même catégorie, et à ceux de la région, les segments des moins de 40 ans et plus de 80 ans sont sous-représentés.

Pour les prises de rendez-vous, la clinique a recours à trois modalités (accueil direct, téléphone et internet pour demande de contact).

L'établissement devrait pouvoir, en tant que clinique mutualiste, s'appuyer sur l'orientation privilégiée des adhérents du réseau de mutuelles vers leurs propres établissements, d'une part, et, d'autre part, sur un réseau de centre médicaux de proximité. La commission médicale d'établissement souligne l'absence d'un réel réseau mutualiste et d'adressage des patients effectuant des passages dans les autres établissements de proximité. Les adhérents du réseau de mutuelles ne sont pas prioritairement orientés vers la clinique et, d'ailleurs, ne bénéficient d'aucun suivi comptable spécifique. Dès lors, la clinique ne dispose que d'informations limitées sur le « taux de fuite » des adhérents du réseau mutualiste. Un projet de nouveau centre médical de proximité a été lancé dans le nord montpelliérain, qui devrait améliorer le recrutement de la clinique.

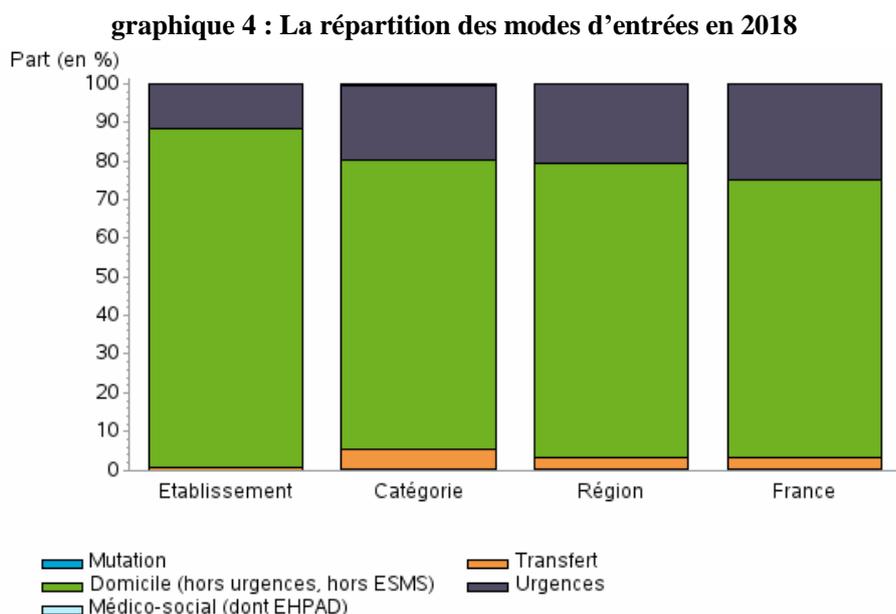
La clinique doit, au regard de son projet d'investissement pour la réalisation d'un IMM et du nécessaire rétablissement de l'équilibre de ses comptes, réaliser un audit approfondi pour améliorer le recrutement, l'accueil et l'orientation de sa patientèle.

Dans sa réponse écrite, le directeur général mentionne que les conclusions de l'audit vont être intégrées dans le projet d'établissement. Des analyses statistiques démographiques ont été réalisées permettant désormais d'identifier les territoires de proximité de recrutement. La chambre

relève cet engagement qui doit conduire à un ajustement des prévisions d'évolution d'activité et d'équilibre financier.

4.3.3.2. La répartition des séjours par mode d'entrée

Entre 2016 et 2018, la majorité des entrées à la clinique Beau Soleil s'est faite en provenance du domicile (90,8 %), soit un taux largement supérieur à la moyenne régionale (77 % en 2016). Le taux de provenance par les urgences est inférieur de neuf points au taux moyen des établissements de la région Occitanie (19,2 % en 2016).



Source : Scansanté

Les transferts depuis un autre établissement de santé sont résiduels, et ne représentent en 2018 que 0,8 % des entrées des séjours MCO.

tableau 8 : Répartition des séjours médecine, chirurgie et obstétrique selon le mode d'entrée

en % du total	2016	2017	2018	moyenne sur 3 ans
Par transfert	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%
par les urgences	8,2%	9,1%	10,1%	9,1%
du domicile	90,8%	90,0%	89,1%	90,0%
Total MCO	100%	100%	100%	100%

Source : clinique Beau Soleil et ATIH (Hospidiag)

4.3.3.3. Une stratégie de flexibilité pour l'organisation de l'accueil

Afin de conserver une grande flexibilité pour l'organisation de l'accueil des patients dans des séjours programmés ou non, les services de la clinique accueillent tous types de patients qui relèvent d'une prise en charge médico-chirurgicale. Quatre unités seulement ont été sectorisées : en médecine, en soins continus, en hospitalisation complète de semaine et en chirurgie ambulatoire.

La clinique a mis en place un dispositif d'astreinte afin d'assurer la permanence et la continuité des soins.

4.3.3.4. Le service des urgences

La région Occitanie dispose, en 2018, de 70 services d'urgences répartis sur son territoire, dont 15 dans l'Hérault. 1,8 million de passages (+ 2,8 % par an depuis 2016) sont recensés. Les CHU de Montpellier et de Béziers réalisent 194 000 passages ; la clinique Beau Soleil est, en termes de nombre de passages, la plus petite des structures du département.

Objectifs et moyens dédiés

La clinique dispose sur son site d'une structure des urgences autorisée par délibération de l'agence régionale de l'hospitalisation en 2009, et mise en service en juin 2012. Le projet de service fixe une cible à 15 000 passages par an (prises en charge n'ayant pas entraîné d'hospitalisation). Il est également prévu qu'entre 10 et 15 % des patients devraient faire l'objet d'une hospitalisation, conformément aux répartitions par gravité observées. Le service des urgences devait ainsi permettre l'accueil d'une proportion de patients plus lourds par rapport au service d'accueil continu antérieur (taux d'hospitalisation de 11,43 %).

Le service fonctionne en permanence, et les relations avec le centre 15 et le CHU de Montpellier ont été formalisées par un accord cadre.

Évaluation des résultats

Si la clinique réalise un suivi et une évaluation mensuels de l'ensemble de ses activités, elle doit également réaliser un focus mensuel d'activité relatif aux urgences incluant des critères quantitatifs et qualitatifs. Cette évaluation du service des urgences n'a été produite que sur la base d'un bilan annuel.

Le service connaît une trentaine d'admissions par jour, avec un pic d'entrée en milieu de matinée et un effectif moyen présent supérieur à six jusqu'à 20 h. La durée moyenne de prise en charge hors hospitalisation est de 2h47, légèrement inférieure à celle constatée à l'échelle du département de l'Hérault, mais peut atteindre 4h30 pour les arrivées de fin de nuit. L'équipe présente (aide-soignant/infirmier diplômé d'État) varie d'un personnel (de 20 h à 9 h) à trois (de 10 h à 19 h).

L'âge médian des patients est supérieur à celui constaté à l'échelle du département (50 ans contre 36 ans). La classification clinique des malades (classification clinique des malades aux urgences ou niveau de gravité clinique) est caractérisée par une forte proportion de passages en niveau 1, de faible gravité³⁴ (40,3 %, contre 14,6 % au niveau régional et 12,5 % pour le département de l'Hérault³⁵). Les situations plus graves, de niveau 2-3 sont moins représentées (59,5 % contre 83,2 % au niveau régional), et les situations pathologiques engageant le pronostic vital (niveau 4 et 5) sont marginales (0,2 % soit une vingtaine de passages par an, contre 1,5 % au niveau régional et 0,9 % pour le département de l'Hérault).

³⁴ État lésionnel et/ou pronostic fonctionnel jugés stables.

³⁵ Panorama 2018 de l'observatoire régional des urgences.

En 2018, 12 034 prises en charge sont comptabilisées, dont 10 132 passages (n'entraînant pas d'hospitalisation) et 1 902 hospitalisations. Le taux d'hospitalisation suite à prise en charge aux urgences est ainsi de 15,4 %.

Du fait des passages avec hospitalisation, les urgences constituent un vecteur de recrutement pour les autres spécialités de l'établissement, notamment pour la chirurgie urologique (24 % des passages avec hospitalisation), la chirurgie viscérale et digestive (22 %) ainsi que pour la médecine générale (19 %) et dans une moindre mesure la médecine interne (9 %). Pour les autres spécialités, l'impact est plus marginal. Pour les modes d'entrée des hospitalisations à temps complet, le taux d'entrée à la clinique par les urgences est, en moyenne sur la période, de 9,1 %. En 2017, on dénombre 18 097 séjours, dont 1 666 passages aux urgences entraînant une hospitalisation (soit 9,2 %).

tableau 9 : Le taux d'entrée par les urgences des hospitalisations à temps complet en médecine, chirurgie et obstétrique

	2016	2017	2018	moyenne sur 3 ans
nombre de prises en charge	nc	12 036	12 304	
dont nombre de passages hors hospitalisation	10 041	10 370	10 132	10 181
dont nombre de prises en charge avec hospitalisation	nc	1 666	1 902	
taux d'hospitalisation suite à prise en charge (%)	nc	13,8%	15,4%	
taux d'entrée par les urgences de la clinique en hospitalisation à temps complet (en %)	8,2%	9,2%	10,1%	9,1%

Source : clinique Beau Soleil et ATIH (Hospidiag)

En 2018, la clinique a comptabilisé un peu plus de 10 000 passages hors hospitalisation par les urgences, ce qui correspond à sa moyenne annuelle. Les cibles fixées par le projet de service en nombre de passage ne sont dès lors pas atteintes, ou tout juste. De fait, au vu de la forte proportion de cas de faible gravité, les urgences pallient la médecine de ville, tout en alimentant de manière limitée l'activité de la clinique.

Les comptes rendus des commissions médicales d'établissement relèvent également la faible notoriété du service, les refus de prise en charge de patients au sein de l'établissement (et de fait leur traitement par d'autres établissements, même pour des patients déjà opérés en chirurgie dans la clinique) et, *in fine*, la perte de recrutement.

Le service a fait l'objet d'un rapport d'inspection de l'ARS et d'un courrier de mise en demeure du 14 avril 2016. Celui-ci fait état de plusieurs régularisations nécessaires et relève l'absence de procédure de réorientation de patients non admis aux urgences. Dans sa réponse, la clinique précise qu'elle a mis en place des réunions d'information et des formations auprès des professionnels intervenant, afin de les sensibiliser sur les risques, les procédures et les plans nationaux. La pharmacie a été réorganisée, les lits dédiés (unité d'hospitalisation de courte durée) identifiés et l'information aux patients améliorée. La traçabilité des procédures a été également perfectionnée (registre de suivi, horodatage des comptes rendus).

Le médecin coordinateur ayant changé en mai 2017, une étude a été réalisée sur le rapprochement avec le service du CHU de Montpellier mais il n'a pas été formalisé.

Le service des urgences de la clinique apparaît, de fait, dans une situation décalée par rapport au contexte national, comme du territoire de santé, de saturation de ce type de service. Mal identifié par les services de secours qui orientent les patients vers les établissements publics du

territoire de Montpellier (CHU Lapeyronie ou Gui de Chauliac, 120 000 patients pris en charge par an, en croissance annuel de 4 %), le service des urgences de la clinique ne participe que de manière limitée à l'accès aux soins, pour les cas les moins graves.

La clinique participe au réseau des observatoires régionaux des urgences et aux cellules de crise territoriales. Pendant la crise sanitaire, un partenariat a été établi avec le service départemental d'incendie et de secours de l'Hérault. Elle peut valoriser ces échanges avec les principaux acteurs de la chaîne de secours pour viser une meilleure intégration au dispositif global des urgences.

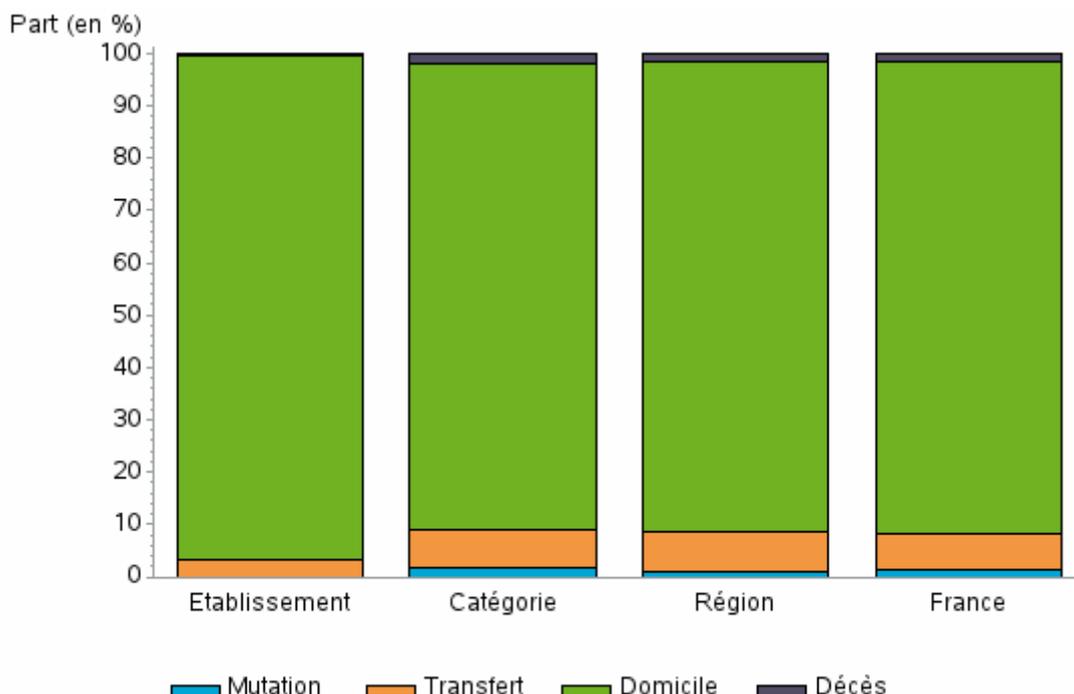
Par ailleurs, dans un contexte de recherche par l'établissement de progression de son activité et de sa patientèle, la faible qualité de relations entre le service des urgences et les autres spécialités limite ses capacités de recrutement. La clinique doit, dans le projet médical d'établissement, mieux définir l'articulation entre les urgences et les différentes spécialités.

Dans sa réponse écrite, le directeur général précise que le comité des admissions non programmées a été mis en place en 2018 à des fins de coordination entre le service des urgences et les autres services.

4.3.4. Les modes de sortie

En 2018, les modes de sortie de la clinique s'effectuaient majoritairement en direction du domicile (96,5 %). Les transferts, résiduels (3,2 %), et les décès (0,4 %), sont bien en deçà des moyennes de la catégorie (respectivement 7,0 % et 1,9 %) et régionales (7,4 % et 1,5 %).

graphique 5 : La répartition des modes de sortie en 2017



Source : Scansanté

La clinique enregistre environ 60 décès de patients par an. Elle se situe ainsi en-deçà du seuil de 200 décès par an en moyenne qui fixe, selon les articles L. 2223-39 et R. 2223.90 du code général des collectivités territoriales, l'obligation de disposer au moins d'une chambre mortuaire.

Dans le cadre des travaux généraux de réhabilitation, l'établissement a fermé le dépositaire dont il disposait jusqu'alors. Le projet architectural prévoit la création d'une nouvelle chambre mortuaire d'ici la fin de l'année 2020 ou au cours du premier semestre 2021.

Une convention, d'une durée maximale de trois ans, a été conclue en octobre 2017 avec le funérarium de Gramont. Celle-ci prévoit que les familles demeurent libres du choix de leur opérateur funéraire pour l'organisation des obsèques. Cette convention, qui respecte le cadre réglementaire, a été conclue auprès d'un opérateur, la SFMA, avec qui la clinique entretient des liens capitalistiques.

4.4. La gestion du bloc opératoire

L'activité du bloc a un fort impact sur l'activité de la clinique tant en amont de l'intervention (résultat des analyses biologiques, préparation de la salle, des praticiens et des patients) qu'en aval (prise en charge post interventionnelle). L'organisation du bloc doit permettre de concilier les impératifs médicaux et la satisfaction des patients avec des critères comme la productivité et l'optimisation de l'occupation des salles. Une bonne organisation repose sur des règles de fonctionnement précises, détaillées dans la charte et le règlement intérieur du bloc, et que le conseil de bloc a pour mission de faire respecter.

Le bloc compte neuf salles ouvertes. Un règlement de bloc précisant les modalités de planification et de programmation des interventions a été édicté mais la clinique n'a pas fait réaliser d'étude interne approfondie sur la gestion des salles. Des tableaux de suivi permettent d'en suivre l'activité.

Le bloc opératoire est théoriquement ouvert de 8 h à 18 h en continu, avec un temps moyen d'utilisation hebdomadaire de 286 heures³⁶. Dans la pratique, les interventions peuvent débuter plus tard et s'arrêter à 17 h avec la « sortie du dernier malade » du bloc opératoire³⁷. Deux salles sont maintenues en fonctionnement de 18 à 20 h pour assurer la fin des programmes et la prise en charge des patients en urgence. 120 prises en charge se sont ainsi terminées après 17h30 en 2018. Les salles sont polyvalentes, sauf deux dédiées à la gastroentérologie.

Pour l'analyse des plannings de la salle de surveillance post interventionnelle, la clinique a recours au temps réel d'occupation³⁸. En 2016, les temps d'ouverture des neuf salles se cumulaient à 18 160 heures. Ils variaient selon les salles de 1 440 heures (la salle 9), 1 760 heures (salles 7 et 8) à 2 200 heures (pour les six autres salles). Les temps d'utilisation se cumulaient à 14 058 heures et se répartissaient de 763 heures (salle 9) à 1 935 heures (salle 5) par salle. Les taux d'occupation³⁹ étaient ainsi globalement de 77,4 %, et compris entre 66 % (salle 2, ouverte mais moins utilisée) et 88 % (salle 5). Sur les neuf salles, seules deux avaient des taux d'occupation supérieurs à 85 %, cible d'efficacité définie par l'Agence nationale d'appui à la performance hospitalière. Le volume global d'activité du bloc est donc faible.

La clinique devra garantir les niveaux passés d'activité par spécialité et favoriser le développement des spécialités à potentiel. À cet effet, la gestion du bloc peut être améliorée par le renforcement des règles de planification (consolidation de la certitude de la prise en charge et

³⁶ Ce temps est ramené à 349 heures pour 32 semaines d'ouverture effective.

³⁷ Sous réserve des imprévus et interventions plus longues. La clinique relève que les problématiques de prise en charge en ambulatoire font l'objet d'événements indésirables, dysfonctionnements non constatés dans l'établissement.

³⁸ Temps de présence en salle du patient + temps de bio-nettoyage (temps réel d'occupation des salles) / temps de vacation offert. Il peut y avoir des écarts de méthodologie avec les temps conventionnels, Agence nationale d'appui à la performance hospitalière.

³⁹ Le temps de vacation offert correspond à la somme des temps de vacation offerts au programmé pour accueil de l'activité.

gestion du *surbooking*⁴⁰), et l'engagement des praticiens sur le respect des temps médicaux. Par ailleurs, la clinique, potentiellement confrontée à une déperdition d'activité, les patients ayant consulté à la clinique pouvant éventuellement se faire opérer dans d'autres établissements de soins, devra renforcer la traçabilité de sa politique d'adressage. À cet égard la charte et le règlement intérieur du bloc peuvent faire l'objet d'une évaluation.

Le taux de débordement d'activité programmé est de 4,7 %⁴¹, ce qui apparaît correct⁴².

Au total, une petite quarantaine de praticiens (34 ETP) ont réalisé 13 507 interventions, pour une durée globale de 14 100 heures et une durée moyenne de 1h02 par intervention, générant un chiffre d'affaires médical global GHS (toutes disciplines ayant recours au bloc) de 23 M€, soit une moyenne de 1 630 € par heure de bloc. Le chiffre d'affaires médical ramené aux durées en bloc opératoire fait apparaître une dispersion de la moyenne de 1 032 €/heure de bloc pour l'ortho-rhino-laryngologie (ORL) à 2 016 € pour l'orthopédie. Certains praticiens pratiquent jusqu'à près de 700 heures d'intervention par an en bloc opératoire, avec des chiffres d'affaires horaires supérieurs à 2 000 €, et qui peuvent atteindre 4 900 €. À l'autre extrémité, certains praticiens apparaissent consommateurs importants de blocs pour des chiffres d'affaires limités (inférieurs à 1 400 € par heure)⁴³.

La comptabilité analytique de la clinique répercute sur cinq secteurs le coût du bloc : le digestif et la gastrologie, la gynécologie et, de manière plus résiduelle, l'ophtalmologie et la dermatologie. La ventilation du coût du bloc (4,88 M€ en 2017) sur ces secteurs pourrait mieux prendre en compte les durées d'utilisation du bloc.

Dans sa réponse écrite, le directeur général souligne le lancement, suite à un audit des modalités de gestion de son bloc opératoire, d'une réactualisation de la charte du bloc. Il mentionne également la refonte de la politique d'adressage, avec l'introduction d'une clause spécifique dans les nouveaux contrats des praticiens.

4.5. L'ambulatoire et la durée moyenne des séjours

4.5.1. Les projets de récupération améliorée

La durée moyenne de séjour à l'hôpital est fréquemment utilisée comme indicateur de l'efficacité des établissements de santé. Le développement de l'ambulatoire et la diminution de la durée moyenne des séjours dans les établissements constituent de grandes orientations nationales. Dans ce domaine, la clinique a développé plusieurs projets de récupération améliorée après chirurgie. Les résultats sont contrastés. Concernant l'orthopédie, la réduction des durées moyennes de séjours n'est que partielle et inférieure aux attendus. Pour le viscéral, elle bénéficie d'un accompagnement technique de l'ARS et les nouveaux protocoles en cours de déploiement sont prometteurs.

⁴⁰ Les praticiens pouvant prendre en charge l'aléa médical en amont de l'intervention, notamment par la prise en charge des patients lourds dès le matin.

⁴¹ Le taux de débordement correspond au ratio entre le temps de débordement et le temps de vacation offert. Le temps de débordement correspond au temps d'occupation des salles consacré à la production au-delà des vacations en excluant les interventions orphelines et l'activité de nuit. La notion de débordement est conditionnée à la définition des vacations.

⁴² [https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Fiche %20restitution %20BLOC %20.pdf](https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Fiche%20restitution%20BLOC%20.pdf) et cohérent avec un nombre limité d'heures supplémentaires.

⁴³ Aucun ETP d'aides opératoires ne reste à la charge de l'établissement sans refacturation aux praticiens.

4.5.2. Le recours à la robotique

4.5.2.1. Les constats nationaux

La haute autorité de santé a produit en novembre 2016 un premier rapport sur le recours à la chirurgie robot-assistée⁴⁴. Elle y conclut à la diffusion du nombre de robots chirurgicaux : « sans études pour valider cette nouvelle technologie, ni règle d'organisation en termes de qualité et d'accès aux soins ». Elle rappelle que « toute revendication d'une valeur ajoutée de la chirurgie robot-assistée ne pourra être considérée que s'il existe des études cliniques comparatives de bonne qualité méthodologique ».

En France, le recours à un robot chirurgical ne fait l'objet d'aucune mesure de régulation et n'est soumise à aucune autorisation. La décision d'acquérir un robot relève exclusivement de la responsabilité des établissements de santé, et il n'existe aucun décompte officiel des robots en service, les interventions chirurgicales ne faisant elles-mêmes pas l'objet d'un codage spécifique.

Dans un rapport de 2019⁴⁵, la caisse nationale d'assurance maladie souligne que si : « les bénéfices de l'assistance robotique sont indéniables pour le chirurgien [...], elle n'apporte pas de bénéfice démontré en terme de qualité et de sécurité des soins pour le patient ». Par ailleurs, son impact économique est incertain. En l'absence de reconnaissance dans les tarifs hospitaliers ou libéraux, le surcoût éventuellement lié à la robot-assistance doit être pris en charge par l'établissement à coût constant. L'assurance maladie relève également que l'acquisition du robot s'accompagne souvent d'une augmentation du volume d'activité « et peut s'inscrire dans une logique concurrentielle ». Le développement de la chirurgie robotique pose ainsi de nouveaux défis à la régulation du système de santé.

4.5.2.2. L'absence d'étude médico économique

La clinique a conclu, depuis 2011, un partenariat avec l'institut du cancer de Montpellier afin de bénéficier d'un accès à la technologie robotique pour organiser la prise en charge par les urologues d'environ 70 procédures par an. L'institut ne disposant pas des autorisations nécessaires, le partenariat a dû s'arrêter en octobre 2016. En s'appuyant sur la dynamique lancée par la fédération nationale de la mutualité française, l'acquisition d'un robot a été décidée, la même année, par le conseil d'administration de l'ULM. Celui-ci a été acquis pour « permettre une amélioration de la sécurité et de la qualité opératoire pour certains actes ciblés de chirurgie viscérale et urologique ».

La clinique réalisait, avant l'acquisition du robot, en moyenne 132 actes de chirurgie viscérale par an et 265 actes pour l'urologique. L'activité prévisionnelle du robot a été ciblée sur quatre gestes, représentant 95 interventions prévisionnelles par an (soit 36 % des actes de chirurgie sur les spécialités mentionnées), ce qui apparaît inférieur à la moyenne constatée nationalement.

Le robot présente des surcoûts, hors étude nationale des coûts à méthodologie commune (étude nationale de coûts à méthodologie commune qui détermine les coûts standards des actes) à la fois en termes d'investissement (1,4 M€) et de financement d'amortissement et provisions, de maintenance et d'utilisation de consommables médicaux spécifiques, et de fonctionnement de la

⁴⁴ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-12/rapport_robot_vd.pdf, pages 158 à 255.

⁴⁵ *Rapport annuel 2020 sur les charges et produits de l'assurance maladie*, pages 145-148, juillet 2019, 147 robots pour 25 à 35 000 interventions (soit entre 170 et 238 interventions en moyenne par robot par an) le recensement est fait par le fabricant lui-même.

salle d'opération (mobilisations du bloc plus longues de 15 à 30 minutes). Ces surcoûts, qui viennent s'ajouter aux coûts standards, étaient estimés à 118 k€ au lancement et 568 k€ en 2019.

Le chiffre d'affaires médical généré, évalué au démarrage à 151 k€, est complété à parité par un forfait d'accompagnement octroyé par la fédération nationale de la mutualité française, ce qui permet, avec le financement complémentaire du fonds national de soutien aux actions mutualistes, de couvrir quasi intégralement les surcoûts. En 2019, le chiffre d'affaires prévisionnel était estimé à 1 M€ pour un résultat après financement à l'équilibre. La clinique anticipe un « effet robot » avec une augmentation du recrutement de patients et un développement de l'activité. Il participe également à l'attractivité de la clinique vis-à-vis des praticiens.

Une évaluation des apports de la chirurgie robotique au regard des pratiques standards doit être menée durant les exercices 2019 et 2020 dans une perspective micro économique, en partenariat avec la fondation de l'avenir, et selon une méthodologie expérimentée dans un CHU.

Le modèle économique de la clinique en matière de chirurgie robotique repose sur :

- un appui externe au financement de l'investissement (et non sur son autofinancement), potentiellement non renouvelable lors du prochain remplacement de l'équipement ;
- un soutien externe temporaire au fonctionnement ;
- le développement de l'activité sur les spécialités concernées.

Afin de conforter son attractivité, la clinique a investi dans des équipements et des dispositifs médicaux difficiles à rentabiliser. Compte tenu des recommandations de la haute autorité de santé et de l'assurance maladie, la clinique devra procéder, dès 2020, à des études approfondies médico-économique et d'efficacité et de sécurité en la matière.

4.5.2.3. Les enjeux déontologiques

Le code de déontologie de l'ordre des médecins et l'article R. 4127-19 du code de la santé publique énoncent que : « la médecine ne doit pas être pratiquée comme un commerce. Sont interdits tous procédés directs ou indirects de publicité et notamment tout aménagement ou signalisation donnant aux locaux une apparence commerciale ». Le Conseil d'État, dans une étude de mai 2018⁴⁶, préconise, d'une part, que la communication du professionnel de santé soit « loyale, honnête et ne fasse état que de données confirmées » et, d'autre part, que les établissements de santé « ne placent pas les professionnels de santé qui y travaillent en contradiction avec leurs obligations déontologiques en matière de communication au public ».

Suite à l'acquisition du robot, la clinique a réalisé un affichage, visible depuis la voie publique, mettant en avant les qualités de celui-ci, alors qu'elle ne dispose pas d'études approfondies utiles à ce sujet, ainsi que mentionné *supra*, ce qui paraît en décalage avec les obligations déontologiques mentionnées ci-dessus. Dans sa réponse écrite, le directeur général a mentionné la suppression du panneau d'affichage en juillet 2020.

⁴⁶ Conseil d'État, étude mai 2018, *Règles applicables aux professionnels de santé en matière d'information et de publicité*.

4.5.3. Les résultats hors ambulatoire

4.5.3.1. Les taux d'occupation des lits

En 2018, 24 lits en attente de travaux de remise en l'état ont été inutilisés. Les taux d'occupation des lits sont, en 2018, de 87 % pour 40 lits installés en médecine (contre 109,6 % en 2016) mais demeurent dans la moyenne des établissements de la catégorie. Ils sont de 71,4 % pour 119 lits en chirurgie (69,5 %) ce qui est également moyen⁴⁷.

4.5.3.2. La durée moyenne des séjours

Le nombre de jours cumulés de séjours en 2018 est de 25 434 (+ 551 jours depuis 2016, soit + 2,2 %). Il représente 75 % de la capacité théorique de l'établissement⁴⁸.

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour⁴⁹ était, en 2018, inférieur à un en médecine et en chirurgie. La performance de la durée moyenne de séjour s'est légèrement améliorée sur la période. La durée moyenne des séjours de l'ensemble des séjours MCO (hors ambulatoire) a augmenté entre 2016 et 2018 en médecine comme en chirurgie.

4.5.4. L'évolution du taux de chirurgie ambulatoire

4.5.4.1. Les pratiques de prise en charge

La clinique est engagée dans le développement de la chirurgie ambulatoire depuis 1996. L'autorisation de l'activité a été accordée en 2000 et renouvelée depuis, jusqu'en 2021⁵⁰. Le projet médical d'établissement n'évoque que de manière limitée l'ambulatoire, pour relever, dans le plan d'action 2012-2017, la création d'une commission médicale « ambulatoire ». Si celle-ci n'a finalement pas été créée, la clinique mentionne la relance de la démarche afin de faciliter les interfaces entre le service et le bloc opératoire, des premiers retours étant attendus en avril 2020.

Le secteur ambulatoire est ouvert de 7 h à 20 h. En effet, depuis le décret du 20 août 2012, la fermeture du service peut se réaliser plus tardivement, dans le but de limiter l'hospitalisation systématique des patients pris en charge tardivement au bloc opératoire. En 2018, 120 actes ont ainsi été réalisés au bloc opératoires, après 17h30.

La clinique a évalué ses pratiques quant à l'utilisation du bloc opératoire et de l'hospitalisation en ambulatoire en 2012 et 2014 par parangonnage régional. Les professionnels ont également participé à des projets de mise en place de « salons de sortie ». Il s'agit d'accueillir les patients, dont la présence n'est plus obligatoire, en dehors des services de soin pour permettre à d'autres de débiter leur hospitalisation. La clinique a ainsi créé un salon « ambulatoire », ainsi qu'un circuit de marche en avant.

⁴⁷ Hospidiag, indicateur d'activité A13 et A14, pour la médecine les taux de la catégorie sont de 66,4 % (2^e décile) et 90,1 % (8^e décile), pour la chirurgie de 43,2 % et 86,6 %.

⁴⁸ Pour une capacité théorique estimée à 33 900 jours par la clinique.

⁴⁹ Hospidiag, indicateurs P1 et P2. Cet indicateur compare la durée moyenne de séjour de l'établissement à celle standardisée de son case-mix auquel on applique les durées moyennes de séjour de référence de chaque GHM dans le domaine concerné (MCO). Il synthétise ainsi sur la performance (indice de performance de la durée moyenne de séjour < 1) ou sous performance (indice de performance de la durée moyenne de séjour > 1) de l'organisation de l'activité concernée, mesurée par la durée moyenne de séjour, dans l'établissement.

⁵⁰ Charte de fonctionnement structure alternative à l'hospitalisation et tableau des autorisations.

Le projet de modernisation de l'établissement prévoit désormais plusieurs prises en charge en « ambulatoire » :

- le dispositif « *no bed express* » ou « *fast track* », avec la mise en places d'espaces privatifs facilitant la « marche en avant » ;
- les salons ambulatoires ;
- les lits d'hospitalisation de jour.

4.5.4.2. Les résultats et les marges d'évolution

La mesure des taux de chirurgie ambulatoire varie selon le périmètre de l'étude et l'inclusion ou non de certaines spécialités. Sous ces réserves méthodologiques, le taux de chirurgie ambulatoire a progressé mais se situait encore en 2016 au-dessous du taux national (47,2 % contre 54,1 %) ⁵¹. En 2017 il se situait à 48,5 % et près de 50 % en 2018. L'objectif est d'atteindre une prise en charge en ambulatoire à hauteur de 65 % sous cinq ans. Le taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire (76 % en 2018) est moyen par rapport aux établissements de la catégorie ⁵². Il n'a pas progressé sur la période (78 % en 2016).

Selon la clinique, plusieurs facteurs justifient l'adaptation des objectifs à un niveau moindre que les objectifs nationaux : des cas moyens traités (case-mix) plus lourds, du fait de ses modes de recrutement des patients et de son histoire. Elle relève la part du recrutement au sein des urgences (située entre 15 et 17 %) et une pyramide des âges des patients comportant plus de sujets âgés que la moyenne régionale pour les urgences. Les activités chirurgicales (viscérales, urologie, ORL, gynécologie) sont susceptibles d'entraîner plus de complications et donc de conversions en hospitalisation complète. Enfin la clinique relève la non prise en compte de l'activité de gastroentérologie, pour laquelle le taux de chirurgie ambulatoire est élevé.

Par ailleurs, selon la clinique, la faiblesse du taux de chirurgie ambulatoire s'explique pour partie par des évolutions tarifaires nationales. À compter du 1^{er} mars 2017, par arrêté ministériel, une modification a été apportée au statut des médicaments de la réserve hospitalière permettant de les administrer en « environnement hospitalier » et non plus exclusivement au cours d'une hospitalisation. Par voie de conséquence, un forfait sécurité environnement (SE) a été créé spécifiquement pour les actes d'injection de la toxine botulique au niveau des paupières ou dans les muscles striés. Ce forfait (SE5) s'est révélé inférieur (- 51 % dans le public, - 42 % dans le secteur privé) au tarif précédemment appliqué et ne permettait plus, pour certaines indications ⁵³, de couvrir les coûts. La clinique Beau Soleil, qui avait enregistré, en 2016, 1 500 séjours au titre de cette activité, justifie ainsi la stagnation du taux de chirurgie ambulatoire constatée entre 2017 et 2018.

Depuis le 1^{er} mars 2018, le forfait SE5 a été réservé aux prises en charge en ophtalmologie, les autres injections bénéficiant d'un nouveau forfait SE6, mieux valorisé, et permettant de corriger l'effet négatif. La clinique évalue l'effet tarif de cette réforme à 51 k€ et l'effet volume à 45 k€.

⁵¹ Hospidiag, indicateur P12.

⁵² Hospidiag, indicateur P13, 66 % pour le 2^e décile et 92 % pour le 8^e décile.

⁵³ Patients atteints de dystonie : troubles du tonus musculaire provoquant des contractions involontaires.

Le directeur général fait état des marges d'amélioration du taux ambulatoire :

- pour les pathologies digestives, et les cholécystectomies. La clinique est néanmoins confrontée à des situations sociales complexes ne pouvant donner lieu à un retour à domicile sans surveillance ;
- en urologie, à l'aide du robot chirurgical ;
- en orthopédie, par le recrutement de praticiens plus jeunes.

Dans le CPOM 2019-2024, la clinique a intégré un objectif de 60 % sur l'ambulatoire, soit un potentiel d'environ 28 patients par jour. Cet objectif représente une marge importante de progrès par rapport à la situation relevée en 2018 (50 %).

4.6. Les investissements

4.6.1. L'évolution

L'investissement, identifié comme tel par la clinique, concerne la rénovation des bâtiments (pôle direction, chimiothérapie, bloc et stérilisation), l'outillage du bloc opératoire avec l'acquisition du robot Da Vinci, et l'instrumentation en radiologie avec le remplacement d'échographes. La clinique a également acquis des matériels par contrats de crédit-bail pour 512 k€ de redevances restant à couvrir (et 47 k€ de redevance annuelle).

tableau 10 : Les investissements depuis 2016

en €	2016	2017	2018
Usure de l'actif*	0,48	0,44	0,41
investissements annuels	2 710 807	1 004 450	1 628 919
investissements annuels/CA	6,7%	2,4%	3,8%

* immobilisations corporelles nettes / immobilisations corporelles brutes

Source : comptabilité générale de la clinique Beau Soleil

Au-delà de ces éléments, le montant des investissements en projet (jusqu'en 2022) est de 58,5 M€ TTC et concerne la réhabilitation du site historique (46,5 M€) et son extension avec la construction d'un bâtiment dédié aux consultations pour 12 M€ (par crédit-bail immobilier), sous l'intitulé IMM.

4.6.2. Le projet « institut mutualiste montpellierain »

4.6.2.1. Le financement de l'investissement

Ce projet, évalué à 58,5 M€, doit être financé principalement par des emprunts (à hauteur de 58,5 %) aux taux bonifiés contractés auprès d'Éovi Mcd ou du fonds national de soutien aux actions mutualistes pour 14,25 M€, et au taux de marché pour 20 M€. La clinique prévoit de bénéficier d'une subvention de 9,25 M€ du fonds national de soutien aux actions mutualistes. Un crédit-bail immobilier (12 M€) doit également être conclu. L'autofinancement par le GLM est donc résiduel (3 M€ soit 5 %), et fondé sur le projet de cession de la maison de la mutualité, sise à Montpellier, dont le groupe est propriétaire.

4.6.2.2. Le calendrier des travaux

La phase 1 des travaux (la construction du bâtiment pont) a débuté en 2018 pour une livraison au premier semestre 2019. Le démarrage des travaux pour les autres bâtiments doit s'étaler entre avril 2019 (bâtiment D des consultations) et janvier 2022 (aile sud bâtiment clinique) et leur livraison, entre juillet 2020 et septembre 2022.

5. LE CONTRÔLE INTERNE ET LA FIABILITÉ DES COMPTES

5.1. Le contrôle interne

5.1.1. La lutte contre les maladies nosocomiales

Le décret n° 99-1034 du 6 décembre 1999, relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé, définit les obligations desdits établissements en la matière.

La clinique a mis en place, conformément à la réglementation, un comité de lutte contre les infections nosocomiales, qui s'est régulièrement tenu, et a produit un rapport annuel d'activité, ainsi que des programmes d'action dont elle a assuré le suivi.

Ces éléments font état de l'obtention de bonnes notes lors des bilans, de la qualité globale de la politique et des avancées en matière de traçabilité de l'activité de l'équipe opérationnelle d'hygiène. Les comptes rendus du comité de lutte contre les infections nosocomiales mentionnent quelques non conformités ponctuelles, mais ne témoignent pas de problèmes non maîtrisés.

5.1.2. Les autres outils et méthodes

La clinique ne dispose pas d'un service ou d'une cellule de contrôle de gestion formellement identifiée dans l'organigramme. La liste des principaux champs à risques, fournissant les thématiques prioritaires des audits internes, n'a pas été arrêtée. Les analyses des coûts et des performances ne sont pas fondées sur des lettres de mission, définissant le besoin ou la commande, signées du président. Elles sont réalisées par la direction générale selon un périmètre, un format et un calendrier également non formalisés. Si les analyses peuvent faire l'objet de présentations orales dans différentes instances, elles n'aboutissent pas à des constats, orientations ou recommandations écrites.

5.1.2.1. Les systèmes d'information

Aucun infocentre n'a été mis en place, la cartographie applicative demeure limitée. Les évolutions des ressources matérielles et logicielles informatiques ont pris du retard, du fait, selon le directeur général, d'un contentieux avec l'ancien directeur des systèmes d'information. L'année 2018 a néanmoins été marquée par des améliorations. Le taux d'informatisation du dossier patient

a progressé (80 % en 2018 contre 56 % en 2016), celui de la prescription électronique également (60 % en 2018 contre 27 % en 2016)⁵⁴.

5.1.2.2. Le codage des actes et la facturation

Le codage des actes est réalisé, pour l'essentiel, de manière décentralisée par les médecins de l'établissement. Les techniciennes d'information médicale et le médecin du département d'information médicale réalisent les contrôles. La clinique recourt également à un prestataire extérieur pour l'ajustement du codage des actes. L'ARS indique réaliser des contrôles de cohérence en rapprochant les données du programme de médicalisation des systèmes d'information avec celle de la facturation (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie) au sein de l'unité de coordination régionale du contrôle, sans alerte particulière sur la clinique.

L'indice de facturation, déjà médiocre en 2016 (7,0)⁵⁵, est en forte dégradation. Il était de 15,1 en 2018, ce qui situe l'établissement parmi les 20 % les moins performants de sa catégorie. Cette situation pèse sur les recettes ou la trésorerie de l'établissement. La clinique devra réorganiser ces secteurs en améliorant la qualité du codage et en organisant un contrôle qualité à la source.

La clinique devra identifier les thématiques prioritaires de contrôle interne et mettre en œuvre une planification formalisée.

5.1.2.3. La comptabilité analytique

La clinique ne dispose pas d'une véritable comptabilité analytique et *a fortiori* d'une comptabilité analytique en coût complet, ce qui ne permet pas une comparaison objectivée avec le secteur public et les autres établissements du secteur privé. Elle réalise des analyses ciblées et spécifiques en fonction de besoins non formalisés. Aucune liste complète et actualisée des études produites n'est disponible. Les principales études mises en avant par la clinique sont relatives à une appréciation de l'activité de secteurs dans une perspective d'élaboration budgétaire. Elles concernent la chirurgie robotique, l'imagerie médicale, la rééducation fonctionnelle, la rhumatologie, les urgences, la chimiothérapie, le pôle sommeil. Plusieurs d'entre elles consistent en de simples tableaux de chiffres, non commentés. Aucune conclusion, orientation, ni recommandation n'en ressort.

La présentation des audits internes ou des analyses ciblées de l'activité des secteurs au sein des instances n'est pas tracée, non plus que les éventuelles décisions de mise en œuvre.

La clinique se caractérise par la faiblesse de la traçabilité des processus d'évaluation et le caractère laconique des restitutions. Dès lors, le pilotage de l'évaluation paraît reposer sur le savoir-faire implicite de la direction générale, censée maîtriser l'interprétation des analyses réalisées. Les conséquences des décisions prises et les modalités de leur mise en œuvre ne font pas l'objet d'une documentation explicite.

⁵⁴ Hospidiag, source : observatoire des systèmes d'information de santé.

⁵⁵ L'indicateur Hospidiag P15 cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie. L'objectif est de tendre vers zéro. Toute action de recodage en fin d'année dégrade mécaniquement cet indicateur, même si elle peut améliorer la qualité (et la valorisation) de la facturation.

Dans sa réponse écrite, le directeur souligne l'absence d'anomalies significatives lors des contrôles diligentés par le prestataire externe et le commissaire aux comptes mais partage le constat d'une nécessaire amélioration du codage. Il mentionne la mise en place d'une formation pour les médecins et la relance du contrôle interne, notamment par la mobilisation du comité d'audit lors du renouvellement du mandat du commissaire aux comptes et la programmation d'un audit PMSI.

5.1.3. L'analyse interne de la performance médico-économique

5.1.3.1. Une rentabilité globalement négative

La clinique a mis en place une commission médico-économique, toutefois non réunie sur la période sous revue, son dernier compte rendu remontant à juillet 2014.

La direction générale de la clinique réalise un tableau d'analyse de la performance médico-économique des 18 spécialités recensées⁵⁶, fondé sur des indicateurs d'activité (chiffre d'affaires) et de coûts directs (masse salariale) et indirects. Il fait état, en 2017, d'un chiffre d'affaires GHS⁵⁷ de 28,4 M€, complété d'un chiffre d'affaires extérieur de 3,7 M€. Ce tableau met en évidence :

- en matière de revenus :
 - l'importance des revenus issus des consultations externes pour l'ophtalmologie, la cardiologie et l'ORL qui sont portées par des actes techniques à forte rémunération, et dans une moindre mesure l'anesthésie, le digestif et la gynécologie ;
 - l'importance des revenus par ETP pour l'orthopédie, l'urologie, le digestif et l'oncologie du fait de l'intégration du coût du bloc opératoire dans le calcul du GHS et leur faiblesse sur l'ORL⁵⁸ du fait de la typologie des patients accueillis ;
- en matière de coûts :
 - l'importance de la masse salariale pour plusieurs spécialités mobilisant de nombreux ETP (le digestif, l'ORL, la gastroentérologie, l'urologie (quatre ETP)) ;
 - l'importance des honoraires (coût) pour l'anesthésie, la gastroentérologie et l'ophtalmologie ;
 - la concentration des coûts blocs pour le digestif, la gastroentérologie, la gynécologie et l'ophtalmologie, liés aux temps d'usage. Certaines pondérations du coût bloc semblent en décalage avec les durées d'usage⁵⁹ ;
- en matière de rentabilité :
 - la rentabilité est négative pour la plupart des secteurs, à l'exception de la médecine interne, de l'oncologie et de l'ophtalmologie. S'il y a d'autres sources de revenus contributrices aux équilibres économiques (forfaits, chambres particulières, dotations du fonds d'intervention régional et des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation), la seule prise en compte du chiffre d'affaires GHS fait apparaître peu de spécialités rentables.

⁵⁶ ORL, orthopédie, radiologie, rééducation fonctionnelle, urologie, exploration du sommeil (marginal) et autres disciplines n'apparaissent pas. Le tableau fourni concerne le chiffre d'affaires 2017, qui se recoupe bien par rapport au tableau d'analyse du chiffre d'affaires par praticien.

⁵⁷ Le GHS correspond, dans le cadre de la tarification à l'activité, au tarif du GHM. La grande majorité des GHM ne correspondent qu'à un seul GHS, c'est-à-dire un seul tarif, mais dans certains cas, un GHM peut avoir deux ou plusieurs tarifs (dépendant, pour une même prise en charge, pour un même GHM, de niveaux d'équipement différents, par exemple).

⁵⁸ Le GHS n'intègre pas les coûts de bloc opératoire.

⁵⁹ Le coût opératoire est calculé de manière commune à toutes les spécialités, exceptée à la gastroentérologie. Le coût horaire d'usage est liée aux durées totales d'utilisation, ce qui pourrait, selon la clinique Beau Soleil, expliquer les écarts.

Au total, l'indicateur de rentabilité marque un déficit de 3,3 M€.

5.1.3.2. La comparaison entre le coût de l'emploi direct et le recours à des praticiens libéraux rémunérés sur honoraires

La direction générale a réalisé un comparatif entre le coût de l'emploi direct de praticiens, rémunérés principalement sur une base forfaitaire, et le recours à des praticiens libéraux rémunérés par « honoraires ». Globalement, la somme des honoraires correspondant aux actes effectués est évaluée à un potentiel de 12,1 M€, en intégrant les spécialités de radiologie et d'ophtalmologie.

La clinique a des coûts plus élevés par l'emploi direct des praticiens que par le recours à du « tout honoraire ». À l'exclusion de certaines spécialités, le coût du salariat est supérieur au chiffre d'affaires honoraires. Le coût du salariat est particulièrement élevé pour la médecine interne (394 k€), l'anesthésie-réanimation (359 k€), le digestif (361 k€), et de manière moins prononcée pour l'orthopédie. La rémunération forfaitaire et la non indexation des salaires sur l'évolution de l'activité accroît ce phénomène.

Au total, le potentiel d'économies lié au passage aux honoraires sur ces secteurs serait de 1,8 M€. Cela permettrait d'accroître l'écart chiffre d'affaires GHS - coût masse salariale (2,4 M€) avant l'imputation des coûts internes, hospitalisation, bloc et consultation.

À ce titre, la clinique expérimente depuis début 2019 la rémunération par honoraires des chirurgiens orthopédistes. Depuis novembre 2019, le salaire de certains chirurgiens urologues est également indexé sur le chiffre d'affaires des honoraires. Cette pratique rompt, pour partie, avec le modèle antérieur de la clinique, qui attirait certains praticiens désireux de poursuivre en salariat après leur internat.

La chambre relève que, dans le cadre de la sécurisation de son volume d'activité et de ses équilibres financiers, la clinique doit engager une réflexion plus approfondie sur le mode de rémunération des médecins avec un recours combiné aux praticiens salariés et libéraux, selon les enjeux liés à chaque spécialité.

Dans sa réponse écrite, la direction de l'établissement mentionne l'intégration dans de nouveaux contrats d'exercice salariés d'une part fixe et d'une part variable déterminée en fonction de l'activité, à la différence des contrats conclus dans le passé.

5.2. La fiabilité des comptes

5.2.1. La certification des comptes

Les unions régies par le livre III du code de la mutualité, telles que l'ULM, sont tenues de nommer au moins un commissaire aux comptes, que le président convoque à toutes les réunions tenues par l'assemblée générale.

Sur la période sous revue le commissariat aux comptes a été assuré par le même cabinet. Les comptes ont été certifiés sur chacun des exercices. Le commissaire aux comptes relève comme principaux faits marquants :

- le jugement du tribunal des affaires de sécurité sociale du 6 avril 2016 relatif au redressement de l'union de recouvrement des cotisations sociales et d'allocations familiales notifié en 2013, et faisant l'objet d'un appel en cours. Une provision reste constituée pour 360 k€ ;
- la créance de 126 k€ détenue sur l'union mutualiste Propara, datant des exercices 2012 à 2015, non contestée mais non réglée. Une provision a été constituée pour 82 k€ sur l'exercice 2018.

Les rapports spéciaux du commissaire aux comptes font état de l'existence de quelques conventions sans autorisation préalable du conseil d'administration (par simple omission) et de l'absence de nouvelle convention réglementée.

5.2.2. L'inventaire et la comptabilisation des immobilisations et des stocks

5.2.2.1. Les immobilisations

L'inventaire physique est une bonne pratique qui permet de recenser et d'évaluer la valeur des éléments faisant partie du patrimoine de l'organisme. La clinique n'en a pas réalisé. Mais les biens font l'objet d'un suivi et un rapprochement est effectué entre le fichier des immobilisations et la comptabilité de l'établissement.

En l'absence d'inventaire physique, la concordance entre l'état de l'actif et la réalité physique des immobilisations ne peut être pleinement garantie.

5.2.2.2. Les stocks

Un inventaire physique des stocks de la pharmacie est effectué une fois par an à la clôture des comptes. Les stocks sont valorisés selon la méthode des coûts d'acquisition. Il n'y a pas d'inventaire et de valorisation des stocks pour les autres services (dont stocks déportés).

5.2.3. Les amortissements

Les durées d'amortissement sont cohérentes avec la durée des biens concernés. Sur la période, les montants consacrés aux amortissements de l'actif progressent (4,2 M€, soit + 21 %) et s'établissent à 23,5 M€ au 31 décembre 2018. Les immobilisations incorporelles ont augmenté à un rythme similaire sur la période. Suite à un contrôle de premier niveau, aucune incohérence n'est apparue.

5.2.4. Les provisions

5.2.4.1. Les différents motifs de provisionnement

Sur la période, le solde des provisions est en légère diminution (- 248 k€), et s'établissait à 1,4 M€ en 2018. Dans le cadre du projet de rénovation de la clinique, aucun besoin en matière de provisions pour gros entretien n'a été identifié, mais certains actifs devant être mis au rebut à la

fin des travaux avant leur complet amortissement doivent faire l'objet d'un amortissement annuel exceptionnel jusqu'en 2022.

Concernant les passifs sociaux, les indemnités de départ à la retraite sont provisionnées. Les récupérations de temps de travail non soldées, les heures supplémentaires et les comptes épargne temps sont valorisés sur la base des informations fournies par le service des ressources humaines.

Les congés payés ne font pas formellement l'objet d'une provision, mais sont constatés pour toute la période sous revue en dettes sociales, sur la base d'une valorisation du coût salarial individualisé.

La clinique inscrit des provisions pour risques et charges. Le solde de la provision a diminué sur la période (de 428 k€ en 2016 à 250 k€ en 2018). Suite à un contrôle de premier niveau, il paraît correspondre à une correcte appréciation des risques d'exploitation.

La clinique inscrit des provisions pour créances irrécouvrables. Le risque, en raison des délais d'identification des pertes définitives et des difficultés d'affectation de certains encaissements, a été comptabilisé sur les exercices 2016 et 2017, par le biais de dotations aux provisions plutôt que par celui des pertes sur créances. La clinique souligne qu'à compter de la clôture 2018, une restructuration des procédures de recouvrement et une meilleure identification des pertes définitives ont permis de fiabiliser les inscriptions comptables et, partant, de rééquilibrer l'impact sur les comptes de résultat.

5.2.4.2. Les contentieux

Suite à la parution d'un article de presse la mettant en cause, la directrice des ressources humaines a été déclarée en accident du travail de début juillet à fin novembre 2019. Elle a introduit un recours contre l'ULM devant le conseil de prud'hommes, en octobre 2019, pour demander la résiliation judiciaire de son contrat de travail aux torts de l'ULM et a chiffré les dommages et intérêts liés à cette perte d'emploi et ses conséquences (outre l'indemnité compensatrice de préavis et congés payés afférents, ainsi que l'indemnité de licenciement qui devra être chiffrée à la date de la rupture du contrat) à 350 000 €.

Selon le directeur général, la clinique a, de ce fait, constitué une provision pour litiges prud'hommaux.

6. LES RESSOURCES HUMAINES

6.1. L'évolution des effectifs et de la masse salariale

La clinique recense 375,06 ETP au 31 décembre 2018⁶⁰, dont 350 contrats à durée indéterminée (CDI) et 25 contrats à durée déterminée (CDD). Sur la période, le nombre d'ETP a diminué de 1,7 (soit - 6 %). Le nombre de CDI a crû de 5,5 ETP et les CDD ont baissé de sept ETP. La répartition des ETP entre les personnels médicaux et non médicaux a peu évolué.

⁶⁰ Bilan social 2018, dont 54,57 ETP de médecins et 104,35 ETP d'infirmières.

Les charges de personnel, hors participation des salariés et charges externes, s'élèvent à 24,7 M€. Elles se répartissent entre les salaires et traitements (15,7 M€) et les charges sociales (9,3 M€). Par souci de comparabilité dans les analyses, le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi a été retraité en moins des charges de personnel, s'il est présenté en moins des impôts. Le taux moyen de charges sociales est cohérent avec la rémunération moyenne.

tableau 11 : L'évolution des charges de personnel⁶¹

	2016	2017	2018	var 2018/2016	var %
Salaires bruts	15 091 600,35	15 571 533,19	15 698 096,54	606 496,19	4%
charges sociales	9 034 153,59	9 088 186,09	9 347 915,65	313 762,06	3%
CICE		- 355 651,88	- 357 699,49	- 357 699,49	100%
autres charges	9 316,00	9 286,00	5 000,00	- 4 316,00	-86%
Total charges de personnel (en €)	24 135 069,94	24 313 353,40	24 693 312,70	558 242,76	21%
taux moyen de charges sociales	59,9%	58,4%	59,5%		
nombre d'ETP total payé	376,75	373,79	375,06	- 1,69	-0,4%
dont ETP CDI au contrat	344,85	344,89	350,33	5,48	1,6%
dont ETP CDD remplacement	31,9	28,9	24,73	- 7,17	-22,5%

Source : clinique Beau Soleil et bilan social

Sur la période, les charges de personnel évoluent à la hausse de 558 k€ (soit 2,3 %), malgré la diminution d'ETP. Cette progression est largement due à celle des charges sur le personnel médical, l'évolution sur les personnels non médicaux étant limitée. Les salaires des infirmières et des médecins sont à la hausse. Les 238 ETP dédiés au personnel médical (63 % des ETP) représentent 77,8 % de la masse salariale en 2018, contre 76,7 % en 2016.

6.2. Les rapports effectifs/lit et chiffre d'affaires/effectifs

Sur la période, le nombre d'ETP, tout comme le nombre de lits, a peu varié. Afin de maîtriser l'évolution des charges de personnel, la clinique évoque un recours limité à l'intérim et un contrôle des heures effectuées, ainsi que des heures supplémentaires. Le ratio global est de 2,78 ETP par lit. Pour les infirmières il est de 0,77 et pour les aides-soignants de 0,33, ce qui est proche des cibles nationales⁶² et permet, *a priori*, l'optimisation des moyens.

Le ratio des charges de personnel sur le chiffre d'affaires est de 49 %, supérieur à la moyenne nationale (44,6 %), s'expliquant d'abord par la politique salariale de la clinique, compte tenu des observations précédentes.

Le nombre d'ETP rémunérés, comme le chiffre d'affaires, sont relativement stables sur la période. La répartition des ETP dans les secteurs médicaux et non médicaux est également stable. Le chiffre d'affaires moyen par médecin est de 0,75 M€ en 2018, ce qui est relativement faible par rapport aux standards (entre 0,85 et 1,15 M€ par ETP selon les spécialités) et peut s'expliquer par plusieurs facteurs, les problèmes de valorisation de l'activité (codage), d'adéquation de l'activité avec les moyens mis à disposition, la politique salariale et les conditions d'exercice. Une réflexion sur ces facteurs, en lien avec la communauté médicale, pourrait être menée.

⁶¹ Les données intègrent les éventuelles refacturations entre la clinique et les autres établissements du groupe, d'où de potentiels écarts avec Anafi et les déclarations annuelles des données sociales.

⁶² Benchmark national Capgemini 2017.

6.3. La politique salariale

6.3.1. Le cadre général

6.3.1.1. L'accord d'entreprise

La politique salariale de l'ULM repose sur l'accord d'entreprise du 30 mai 2014. Un avenant a pris effet au 1^{er} janvier 2016, en raison du transfert du personnel de l'union ambulatoire et du GLM au sein de l'ULM. En ce qui concerne le salaire de base, l'avancement et l'ancienneté, il est fait référence aux grilles de la fonction publique hospitalière (pour les soignants, les personnels médicotechniques et de rééducation, les services généraux et techniques), à celle de l'union des caisses nationales et de sécurité sociale (pour les services à caractère administratif).

Les personnels médicaux et directeurs sont exclus du champ de l'accord d'entreprise et leur rémunération est fixée par accord direct entre les parties. Le rapport entre la moyenne des 10 rémunérations les plus faibles et les plus élevés est de 1 à 11. La clinique justifie l'importance de cet écart par la comptabilisation de personnels rémunérés à l'acte ou ayant des astreintes.

6.3.1.2. Les primes et indemnités

En 2018, une prime a été octroyée dans le cadre des négociations obligatoires dans l'entreprise, permettant une revalorisation (400 € brut/mois). 33 primes sont recensées en 2018⁶³, pour un montant global de 2,25 M€, en augmentation de 100 k€ sur la période.

Si les indemnités de garde ne concernent qu'un seul agent, pour des montants limités, les primes et indemnités d'astreintes sont plus développées. Depuis la reconnaissance du service des urgences en 2012, la clinique bénéficie d'un financement octroyé par l'ARS au titre de la permanence des soins, pouvant être rétrocédé aux praticiens sur le fondement du service effectué. Ce financement s'élevait à 190 k€⁶⁴ en 2018. Pour le même exercice, les montants versés par la clinique à ses praticiens représentaient 741 k€ ; ils sont quasiment stables sur la période. Le paiement des astreintes s'apparente ainsi à un levier de rémunération complémentaire permettant de maintenir l'attractivité de l'établissement auprès des praticiens. La clinique doit formaliser les règles de paiement des astreintes.

6.3.1.3. L'absentéisme et le recours à l'intérim

L'absentéisme est, hors congés maternité, stable sur la période, avec 11 314 jours calendaires en 2018 (9 404 jours hors congés maternité), représentant une quarantaine d'ETP. Il représente 27 jours par agent en CDI, ce qui est dans la moyenne de l'ULM. Les CDD permanents représentent 6,6 % des ETP.

Durant la période sous revue, la clinique relève qu'elle a dû avoir recours aux CDD (1 M€) et à l'intérim⁶⁵ afin de pallier l'absentéisme. Le recours à des employés intérimaires a connu une augmentation en 2017, afin de faire face aux absences internes et aux difficultés de recrutement d'infirmiers anesthésistes (liées à la pénurie de personnel sur le marché de l'emploi et à l'inadéquation des salaires proposés dans le cadre de la convention d'entreprise). 161 indemnités

⁶³ Livre de paye 2018.

⁶⁴ Balance des comptes.

⁶⁵ Plan de redressement 2017.

de fin de contrat ont été versées cette année-là, pour un montant de 73,5 k€ (contre 152 indemnités versées en 2018 pour 63,5 k€).

Avec la circulaire sur les actes spécifiques réalisés par les infirmiers de bloc opératoire, la clinique est de nouveau confrontée à des difficultés similaires. Le décalage salarial et le manque de personnel qualifié l'a conduit à nouveau à recourir à l'intérim en 2019.

6.3.2. Les liens avec les médecins

6.3.2.1. L'absence de cadre commun

Historiquement, l'ULM a entretenu une grande variété de relations avec les médecins. Il y a, d'une part, les médecins exerçant au sein même de l'union, relevant du régime général de la sécurité sociale en qualité de salariés (58,9 ETP) et, d'autre part, le conventionnement avec des praticiens relevant du régime des professionnels libéraux (15 ETP), à titre individuel ou avec des sociétés (contrat d'exercice privilégié). Certains médecins, mis à disposition par leur employeur, interviennent également dans le cadre de conventions, avec un temps dédié à la clinique (2 ETP, dont CHU).

Les principaux critères de différenciation contractuelle entre praticiens sont le temps de travail, la rémunération des gardes et des astreintes, le nombre de jours de formation, la nature de la valorisation salariale (à l'activité ou sur une grille « praticiens hospitaliers »). De nombreux médecins n'exercent pas à temps plein pour le compte de la clinique.

La clinique n'a pas conclu avec les médecins d'accord collectif formalisant leurs conditions d'exercice. La grande disparité de situations (par spécialité et même dans des conditions d'exercice similaires), selon l'ancienneté du contrat, ne permet pas une bonne appréhension de l'engagement individuel et collectif des praticiens, au regard de la réalité des coûts supportés par l'établissement. Par ailleurs, elle ne permet pas à la clinique de garantir un volume d'activité équivalent à ces coûts.

En 2016, les relations entre la communauté médicale et la direction générale se sont dégradées. La difficulté de dialogue et la demande de création d'un comité de médiation pour le règlement des conflits internes sont évoquées. Les comptes rendus des commissions médicales d'établissement relèvent un « sentiment d'insécurité » lié à l'absence de cadre de fonctionnement commun à l'ensemble des médecins (règlement intérieur, charte de fonctionnement, convention collective).

L'analyse des éléments de paie de la clinique fait ressortir une grande dispersion des revenus d'activités nets imposables pour les médecins présents à temps plein sur toute l'année : de 76 k€ à 158 k€.

6.3.2.2. Un pacte à refonder avec la communauté médicale

Suite à la diffusion d'un courrier du directeur général à la mi-avril 2017, la négociation d'un accord collectif avec les partenaires sociaux sur le temps de travail des médecins était prévue pour mai 2017 mais elle n'a pas abouti. La conclusion de contrats d'objectifs et de moyens définissant, par pôle d'activité, les engagements réciproques des parties, a été tentée, sans succès, début 2019.

Les désaccords se sont cristallisés sur la question du développement du partenariat relatif aux analyses médicales avec un laboratoire externe et sur le financement de la formation des médecins. La direction générale a fait valoir que les économies générées par ce partenariat (40 k€) permettraient de financer les formations des médecins. Ces derniers ont mis en exergue le « déficit qualitatif » des analyses réalisées et ont rejeté cette hypothèse et dénoncé « l’attentisme » en matière de conduite de nouveaux projets.

Or, la clinique, située dans un fort champ concurrentiel pour le recrutement des praticiens, connaît un ratio chiffre d’affaires/personnel médical relativement faible. Elle a été confrontée en 2016 à une chute de son chiffre d’affaires et à une dégradation de son résultat. Alors qu’elle s’est engagée dans un investissement important fondé sur le développement de son activité, les conditions de bonne réalisation de ce développement sont essentielles à la réussite de son projet et à la soutenabilité de ses finances.

Pour ce qui concerne les médecins salariés, et afin de rationaliser sa politique salariale, la clinique peut s’appuyer sur la convention de la fédération des établissements hospitaliers et d’aide à la personne⁶⁶.

Pour ce qui concerne les praticiens libéraux, un socle de principes communs d’engagement réciproques peut également être recherché par la remise à plat des conventions passées, dans une logique de consolidation de la relation à la communauté médicale.

La chambre recommande à la clinique de formaliser un nouveau pacte avec celle-ci, véritable référentiel définissant un socle d’engagements réciproques entre les parties, fondés sur un double objectif d’excellence en matière de soins et d’équilibre financier.

Recommandation

1. Formaliser un référentiel définissant un socle d’engagements réciproques entre la clinique et les membres de sa communauté médicale. *Non mise en œuvre.*

7. LA SITUATION FINANCIÈRE

7.1. Le périmètre de l’analyse

7.1.1. La clinique, établissement de l’union « Languedoc mutualité »

Les états financiers, les rapports de gestion et les rapports spéciaux du commissaire aux comptes sont produits à l’échelle du périmètre de l’ULM. Le « pôle Beau Soleil », légèrement plus large que la seule clinique, inclut : l’IRM, le centre de gastroentérologie et la clinique elle-même.

De fait, le poids de l’activité de la clinique est déterminant dans l’activité globale de l’ULM ainsi que son résultat. Le pôle Beau Soleil, avec 47,151 M€ de chiffre d’affaires en 2017 représentait 61,4 % du chiffre d’affaires de l’ULM (76,785 M€). Le pôle Beau Soleil, avec un résultat net de - 497 k€, présentait un déficit trois fois supérieur à celui de l’ULM dans son ensemble (- 162,6 k€).

⁶⁶ Convention collective nationale des établissements privés d’hospitalisation, de soins, de cure et de garde à but non lucratif du 31 octobre 1951.

S'agissant des personnels, au 1^{er} janvier 2016, les salariés de l'union GLM (livre II dédié aux assurances et capitalisations) ont été transférés à l'ULM (ex-Languedoc mutualité hébergement et hospitalisation, livre III dédié au volet sanitaire et social). Ils exerçaient préalablement des fonctions supports au profit des deux unions opérationnelles existant jusqu'en 2015 (Languedoc mutualité ambulatoire et Languedoc mutualité hébergement et hospitalisation). Par mesure de simplification, les salariés de GLM ont été transférés dans la structure opérationnelle fusionnée, au sein d'un établissement spécifique appelé Languedoc mutualité siège.

L'union comptait 743 ETP en 2016, et 729 en 2017, la diminution étant principalement alimentée par celle des agents de maîtrise.

Pour la clinique, la refacturation des personnels a été effectuée à l'euro, sur la base de méthodes constantes. En 2016, les refacturations par Languedoc mutualité siège représentaient 290 k€ pour 269 k€ en 2018.

7.1.2. La méthode d'analyse

L'analyse a été réalisée sur la base de la balance des comptes. La clinique a indiqué que les comptes de liaison utilisés de façon non standard, ont été mis en place historiquement afin d'identifier individuellement les établissements (centres médicaux, optiques, dentaires, pharmacie, EHPAD, logements, IRM, siège...). Ils sont donc utilisés dans le cadre des opérations intra-groupe entre la clinique et les autres établissements du GLM, essentiellement pour des refacturations. La clinique souligne que le cumul des comptes de liaison est nul.

Pour les comptes de tiers, leur déclinaison est historique afin d'identifier des médecins ou des établissements de santé hors du périmètre du GLM, avec lesquels la clinique réalise régulièrement des opérations (CHU de Nîmes et de Montpellier, médecins remplaçants).

7.2. L'analyse des résultats d'exploitation

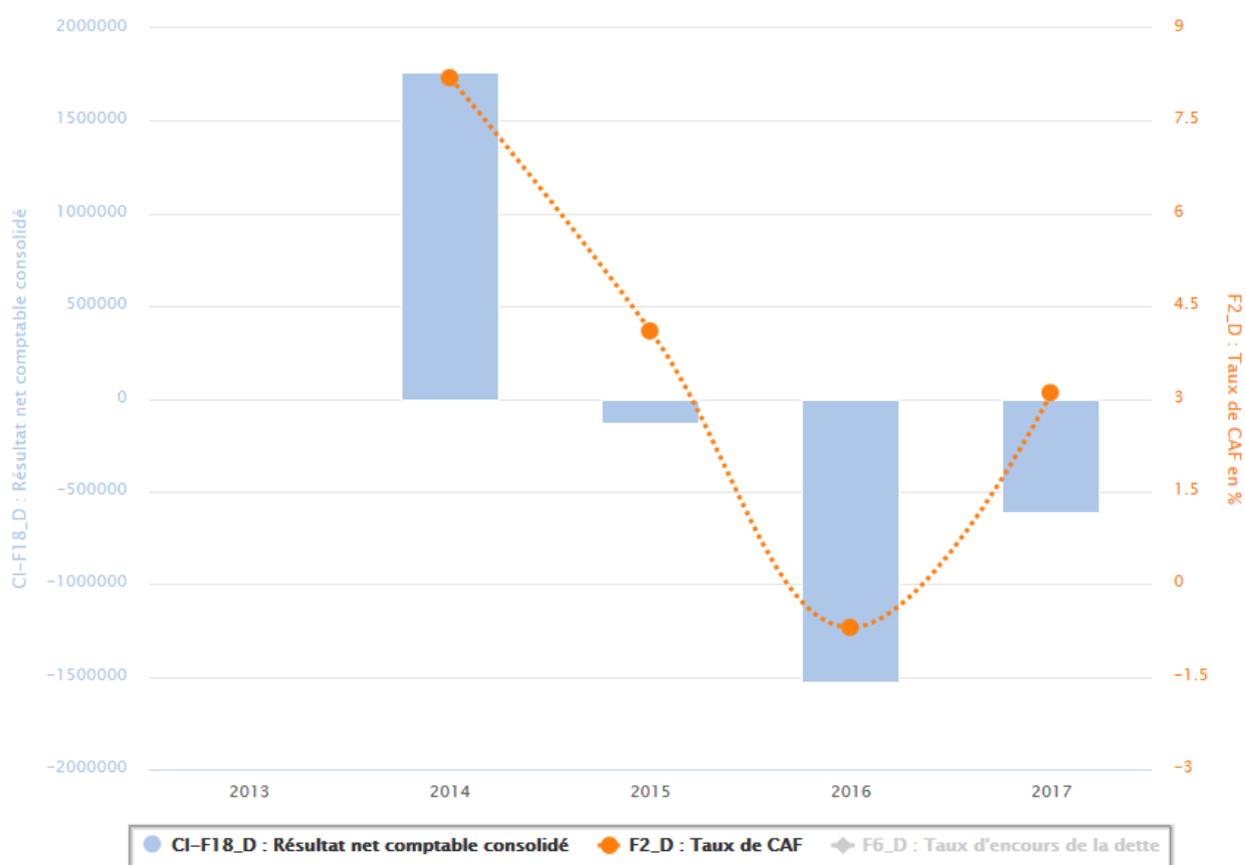
L'activité de la clinique a enregistré en 2016 un recul du chiffre d'affaires et un résultat fortement déficitaire (- 1,5 M€). Les exercices 2017 et 2018 ont été marqués par un redressement de l'excédent brut d'exploitation et un retour progressif vers l'équilibre, qu'ils ne sont cependant pas parvenus à atteindre. En 2018, le résultat net était négatif de 192 k€. Sur la période, le déficit cumulé de résultat net est de 2 154 k€. Ces déficits de résultats, affectés en réserve, ont impacté les fonds associatifs qui sont passés de 9,3 M€ en 2016 à 5,2 M€ en 2018 (4,1 M€).

La trésorerie active (15,5 M€ en 2016) a diminué mais était encore élevée (7,7 M€) en 2018.

7.2.1. Le plan de redressement de 2017

Suite à la dégradation de l'activité et du résultat de la clinique en 2016, un plan de redressement a été présenté au bureau du conseil d'administration de l'ULM du 25 avril 2017. Les enjeux sur la masse salariale, la maîtrise des dépenses, le développement de l'activité médicale et d'autres pistes de valorisation ont été mis en avant.

graphique 6 : Évolution du résultat et de la capacité d'autofinancement



Source : Hospidiag

7.2.1.1. La masse salariale

Le plan relève le poids de la masse salariale au sein des charges, avec un coût moyen par salarié de 69 k€ (159 k€ pour un ETP médical et 53 k€ hors médical). Il fait la transposition du déficit constaté en 25 ETP hors médicaux (8 % des effectifs). L'hypothèse d'un plan social n'a pas été retenue.

Il constate également l'importance du recours aux CDD (1 M€ en 2016 soit 36 ETP, à 85 % pour couvrir des remplacements sur accidents du travail, maladies et maternité) et propose de prolonger la baisse déjà constatée en 2016 sur l'intérim et de diminuer le recours aux CDD (agents de service hospitalier et infirmiers).

7.2.1.2. La maîtrise des dépenses

Le plan de redressement indique que sur les 48,46 M€ mentionné à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2016, l'atterrissage budgétaire est plutôt favorable (- 0,28 %), témoignant d'une maîtrise des charges par rapport aux prévisions. Il propose de poursuivre les efforts déjà entrepris sur le référencement pour les produits d'entretiens (économie prévisionnelle de 25 k€), la reprise des contrats de système d'impression (20 k€), la maintenance du génie climatique (15 k€), les primes d'assurance et les frais financiers. Les marges de manœuvre sont limitées en termes de perspectives de gains (100 k€).

7.2.1.3. Le développement de l'activité

Le plan de redressement souligne la chute de l'activité sur le dernier trimestre 2016 avec la forte hausse du nombre de jours sans acte par praticien (+ 12 % hors week-end) dans plusieurs secteurs. Il constate cependant l'attractivité de l'établissement (délai d'attente important sans désistement). Il relève le potentiel d'activité et souligne la nécessité de dynamiser les salariés médicaux en proposant d'introduire une rémunération incitative incluant un indicateur de potentiel médical et un indicateur de productivité personnalisé. Ces indicateurs ont pour but de mettre en exergue la marge de progression à moyen constant sur le nombre de consultations, le nombre d'interventions par rapport au temps de vacation et la marge de réduction du temps d'utilisation du bloc opératoire.

Au total, le plan estime le potentiel de développement d'activité de 5,1 M€ (chiffre d'affaires).

7.2.1.4. Les autres pistes de valorisation

Le plan de redressement relève d'autres pistes de valorisation :

- des prestations hôtelières pour les adhérents Éovi Mcd et fédération nationale de la mutualité française, avec un potentiel de 182 k€ ;
- un forfait administratif pour l'accompagnement des démarches de prise en charge sur la couverture maladie universelle, l'aide médicale d'État et les adhérents Éovi Mcd, pour 19 k€ ;
- la mise en place des honoraires sans reste à charge, avec un impact positif sur la dépense de personnel de 383 k€ ;
- les perspectives d'évolution de la nomenclature générale des actes professionnels ;
- la prise en compte du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi pour le secteur non lucratif ; 390 k€ en diminution de masse salariale) ;
- le fort développement de la recherche clinique (450 k€ en 2016 et 1,35 M€ en 2018).

De fait, le plan relève que la clinique ne peut asseoir un modèle financièrement équilibré sur la seule mise en place de mécanismes de rémunération fondés sur l'incitation des praticiens à l'activité. Des financements autres peuvent être recherchés dans le cadre des activités de recherche clinique. Les réformes du cadre des crédits d'enseignement recherche (mise en place de seuils) peuvent potentiellement limiter l'accès de la clinique à ces financements.

Le plan stratégique, s'il fixe des objectifs de redressement du résultat après la mise en place du plan d'actions, ne les quantifie pas ni ne détermine de calendrier. Il n'indique pas de manière explicite de trajectoire de retour à l'équilibre et, partant, ne permet pas d'en évaluer, en aval, la bonne mise en œuvre.

7.2.2. L'évolution des recettes et des charges

Les éléments produits par la comptabilité analytique de la clinique ne coïncident pas parfaitement avec ceux issus de l'analyse financière de la chambre. La réconciliation n'a pas pu

être obtenue pour chacune des lignes d'analyse. Cependant, les éléments convergent globalement sur les évolutions des soldes intermédiaires de gestion et le résultat net de l'établissement.

L'analyse réalisée s'appuie, pour un souci de cohérence, essentiellement sur le logiciel d'analyse financière des juridictions financières, en intégrant des éléments d'explication issus de la comptabilité analytique de la clinique.

7.2.2.1. Le chiffre d'affaires

La production de l'exercice⁶⁷ regroupant la production immobilisée, celle des activités annexes et les ventes de marchandises a progressé de 1,7 M€ (+ 4 %), intégralement portée par la production immobilisée et s'établissait à 43,9 M€ au 31 décembre 2018.

tableau 12 : Production de l'exercice

<i>COMPTE DE RESULTAT (en €)</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
production des activités annexes	1 981 083	1 859 226	1 794 696
vente de marchandises	4 039 538	3 968 624	1 920 377
<i>dont rétrocession de médicaments</i>	<i>3 996 654</i>	<i>3 921 474</i>	<i>1 872 146</i>
production immobilisée	40 166 206	41 205 935	42 106 409
PRODUCTION DE L'EXERCICE	42 147 289	43 065 162	43 901 105

Source : Cour des comptes et chambre régionale des comptes (CRC) Occitanie

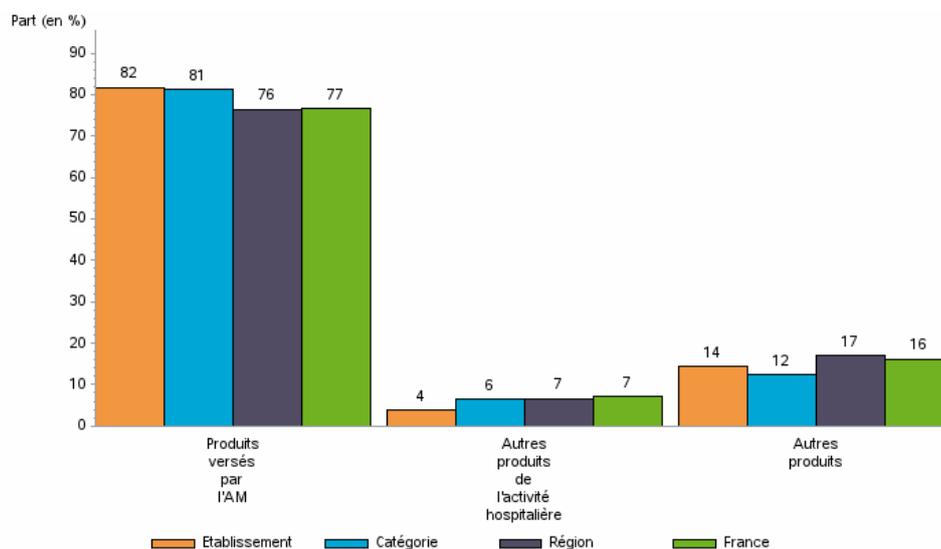
Elle est principalement composée de la rémunération des activités médicales (production immobilisée, pour 42,1 M€), des prestations annexes (1,8 M€)⁶⁸ et autres prestations (essentiellement des rétrocession de médicaments).

La clinique est plus dépendante des produits versés par l'assurance maladie que les autres établissements de même catégorie ou de la région.

⁶⁷ La production immobilisée diffère du chiffre d'affaires total en ce qu'elle tient compte de la rétrocession de médicaments. Le chiffre d'affaires pour 2018 serait ainsi de 45,7 M€.

⁶⁸ La clinique réalise des prestations pour les autres établissements d'ULM.

graphique 7 : Répartition des produits en 2017



Source : Scansanté, fiche établissement

Les montants dus par les praticiens libéraux à la clinique sont exclusivement constitués de redevances et demeurent limités (75 k€). Ils concernent les consultations réalisées par les praticiens libéraux selon des modalités diverses. Les redevances des praticiens du centre de gastroentérologie sont calculées à hauteur de 5,75 % du chiffre d'affaires réalisé⁶⁹. Les derniers contrats libéraux signés, avec les orthopédistes, incluent des modalités de calcul différentes⁷⁰.

Le chiffre d'affaires médical est principalement alimenté par les financements de la tarification à l'activité, soit 82,5 %. Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires représentent, respectivement, 9,5 % et 6 % des financements. Le reste à charge du patient (700 k€, soit 1,5 %) est résiduel pour le financement de la clinique, tout comme les produits issus d'établissement extérieurs (48 k€).

L'activité médicale

Le chiffre d'affaires médical se compose du chiffre d'affaires issu de l'activité ambulatoire, des hospitalisations complètes et des autres activités.

En 2018, la comptabilité analytique de la clinique mettait en évidence que le chiffre d'affaires issu de la seule activité médicale (GHS, qui ne couvre qu'une partie du chiffre d'affaires médical) est, malgré le recul du nombre de séjours, stable sur la période. Il est composé aux deux tiers du chiffre d'affaires issu des hospitalisations. Il représentait 28,4 M€.

⁶⁹ Le montant des redevances de 2016 tient compte de la redevance du dernier trimestre 2015.

⁷⁰ Prise en compte du chiffre d'affaires pour 3h de consultation, du coût du secrétariat, des locaux, de l'agent d'accueil et taux de redevance spécifique.

tableau 13 : L'évolution du chiffre d'affaires issu de l'activité médicale

<i>en €</i>	2016	%	2017	%	2018	%
CA GHS ambulatoire	4 338 992	15%	4 726 838	17%	4 770 396	17%
CA GHS hospitalisation	18 238 034	64%	18 658 864	66%	18 759 266	66%
CA GHS Autres	5 739 176	20%	5 017 643	18%	4 894 434	17%
Total CA médical	28 316 202	100%	28 403 345	100%	28 424 097	100%

Source : comptabilité analytique clinique Beau Soleil

Les dispositions tarifaires sont qualifiées de contraignantes dans le bilan du CPOM 2013-2018 : elles ne permettent pas la facturation d'actes pour les consultations techniques. La clinique indique ne pas avoir mis en place de stratégie de fractionnement des séjours qui aurait permis l'augmentation des recettes. Pour autant, avec une baisse de près de 900 séjours entre 2016 et 2018, la clinique a su maintenir son chiffre d'affaires médical et, partant, amortir la baisse des tarifs.

Dans l'ambulatoire, l'ophtalmologie représente le premier tiers des séjours et du chiffre d'affaires ; les chirurgies gynécologiques, digestives, et urologiques représentent le second tiers, et les autres spécialités le dernier tiers.

En hospitalisation complète, le digestif représentait en 2018 près du quart du chiffre d'affaires. La médecine interne est en fort développement : 21,4 %. L'urologie et l'orthopédie constituent également des activités structurantes pesant respectivement 3,5 M€ (18,5 %) et 2,6 M€ (13,8 %). Ces quatre spécialités représentent 77 % du chiffre d'affaires de l'hospitalisation complète.

Sur les spécialités les plus rémunératrices, les recettes de la clinique s'appuient sur un petit groupe de praticiens :

- en digestif, 90 % du chiffre d'affaires est rapporté par quatre médecins ;
- en gastroentérologie, quatre praticiens, sur les sept de la clinique, consolident 72 % du chiffre d'affaires ;
- de même en médecine interne, trois médecins sur les dix recensés représentent 72 % du chiffre d'affaires.

Si la direction générale relève que « le développement du flux patients est incontournable pour augmenter l'activité et assurer la couverture des investissements », la communauté médicale a fait état de son inquiétude sur la possibilité de réaliser une croissance soutenue alors que « certaines activités ont été supprimées et que d'autres peinent à se développer ».

Le délai moyen de recouvrement des créances auprès des assurances complémentaires est de 68 jours en 2018, en augmentation de 13 jours par rapport à l'année précédente.

L'établissement, qui n'a pas de possibilité d'extraction des données sur la couverture sociale d'un patient, ne dispose pas d'indicateur d'accessibilité financière lui permettant de mesurer la part de la dépense présentée au remboursement pris en charge par la sécurité sociale ou le nombre de bénéficiaires des différents dispositifs (protection universelle maladie, couverture maladie universelle complémentaire, aide médicale d'État, aide au paiement d'une complémentaire santé).

De même, la clinique n'a pas la possibilité d'évaluer le reste à charge moyen par patient (participation forfaitaire, forfait hospitalier, franchises médicales...), mais aucun dépassement d'honoraire n'est facturé.

Les prestations annexes et autres prestations

Sur la période les produits des activités annexes sont en diminution (- 187 k€ soit - 9 %) et s'établissent à 1,8 M€ en 2018. Ils sont principalement composés des repas (1 M€), des majorations tarifaires de chambre particulière (376 k€) et des loyers versés par divers tiers (GIE Languedoc mutualité scanner, IRM, société civile de moyens et parking). La diminution des produits est sensible sur de nombreux postes mais est principalement alimentée par ceux liés à la vente de repas (- 130 k€).

Les autres prestations sont constituées de ventes de marchandises. Celles-ci, constituées des rétrocessions de médicaments à différents établissements (EHPAD, pharmacies, maisons médicales), ont fortement diminué sur la période, en passant de près de 4 M€ à 1,9 M€ en 2018.

7.2.2.2. L'évolution des charges et de l'excédent d'exploitation

La comptabilité analytique de la clinique ventile les achats différemment par rapport à l'analyse financière des juridictions financières. Pour autant, les deux approches conduisent pareillement à constater une baisse des consommations intermédiaires sur la période, de 21,5 M€ en 2016 à 19,1 M€ en 2018 (- 2,4 M€), ce qui permet un redressement de la valeur ajoutée.

La progression des charges de personnel (+ 4 %) est atténuée par la diminution des impôts et taxes (- 350 k€) et l'excédent brut d'exploitation augmente de 1,6 M€.

tableau 14 : Consitution de l'excédent brut d'exploitation

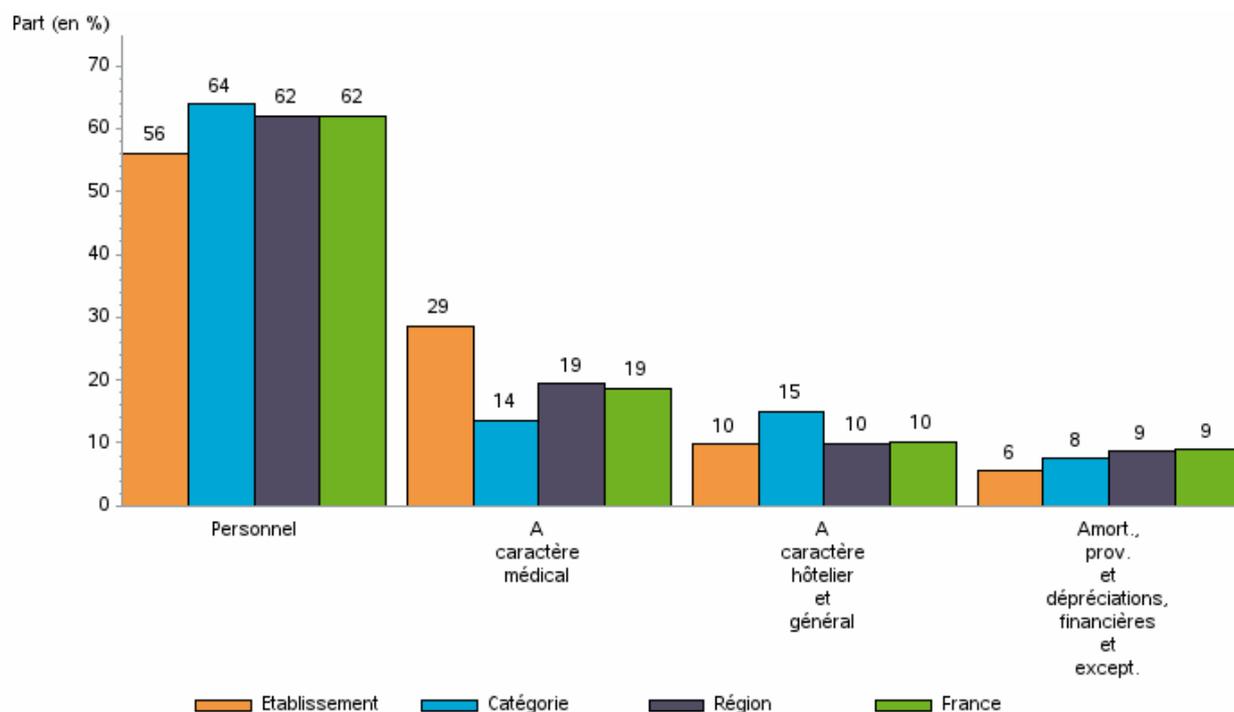
<i>COMPTE DE RÉSULTAT (en €)</i>	<i>2016</i>	<i>2017</i>	<i>2018</i>
Consommation de matières et d'approvisionnements	12 555 364	12 616 257	10 374 831
Autres consommations et charges externes	8 988 469	8 548 217	8 808 256
VALEUR AJOUTÉE	24 642 994	25 869 312	26 638 395
Charges de personnel (hors participation des salariés et charges externes)	21 841 648	22 473 062	22 713 016
Impôt et taxes	2 828 361	2 322 907	2 472 456
Subventions d'exploitation	82 550	202 890	198 510
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	55 535	1 276 233	1 651 434

Source : Cour des comptes et CRC Occitanie

Le poids relatif des charges de personnel⁷¹ est moins élevé pour la clinique que la moyenne des établissements de même catégorie ou de la région. En revanche, les charges à caractère médical sont proportionnellement bien plus élevées, du fait des activités de rétrocession de médicaments.

⁷¹ Les données sont différentes de la comptabilité interne de l'établissement du fait de méthodes distinctes de comptabilisation.

tableau 15 : Répartition des charges en 2017



Source : Scansanté, fiche établissement

Les achats

Depuis 2013, le GLM est membre du groupement d'achats mutualiste (GIE) et la clinique elle-même adhère à une centrale de référencement de fournisseurs de produits et prestations.

Selon la comptabilité analytique de la clinique, les achats consommés s'élevaient à 9,5 M€ au 31 décembre 2018. Ils évoluent à la baisse.

tableau 16 : L'évolution des achats consommés

en €	2016	2017	2018	variation 2016-2018	%
CA médical	28 316 202	28 403 345	28 424 097	107 895	0,4%
achats consommés	11 695 337	11 817 665	9 550 496	-2 144 841	-18,3%
taux d'achats consommés	41,3%	41,6%	33,6%		

Source : comptabilité générale et analytique clinique Beau Soleil

Le ratio d'achats consommés sur chiffre d'affaires médical est de 33,6 % en 2018.

Les autres achats et charges externes évoluent à la baisse. Ils sont supérieurs (33,9 %) à la moyenne nationale⁷² (26,8 %).

⁷² Étude Xerfi 2017.

tableau 17 : Les autres achats

en €	2016	2017	2018	variation 2016-2018	%
achats non stockés	367 035,68	366 571,41	468 052,77	101 017,09	22%
locations et crédits baux	540 783,52	520 764,72	457 940,50	- 82 843,02	-18%
entretien et réparations	1 113 126,38	985 696,85	968 299,61	- 144 826,77	-15%
Prime d'assurance	272 530,28	266 462,20	284 038,91	11 508,63	4%
sous traitance et honoraires	5 320 855,36	5 296 771,88	5 344 418,57	23 563,21	0%
prestations groupe				-	
autres charges externes	2 234 164,72	1 910 542,18	2 109 840,45	- 124 324,27	-6%
Total	9 848 495,94	9 346 809,24	9 632 590,81	- 215 905,13	-2%

Source : comptabilité générale et analytique clinique Beau Soleil

La clinique est propriétaire de ses murs et n'assume pas de loyers immobiliers. Les locations et crédits baux sont dédiés à du matériel médical. Ces prestations supports sont facturées pour partie par le siège du groupe.

Les impôts et taxes

Le ratio d'impôts et taxes sur chiffre d'affaires s'établit à 5,6 % au 31 décembre 2018, ce qui correspond à la moyenne nationale⁷³. Les variations d'impôts et taxe sont cohérentes avec les assiettes des impôts.

7.2.3. L'évolution de la capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) donne une mesure de la capacité de la clinique à dégager de son activité des ressources internes pour financer ses investissements.

Surplus monétaire potentiel, la CAF représente donc un montant de ressources additionnelles générées par l'activité de la période et qui pourront être affectées au financement de la clinique. La dénomination en tant que CAF indique qu'elle correspond au montant maximum que l'autofinancement pourrait atteindre, en l'absence de distribution de dividendes.

tableau 18 : Évolution de l'autofinancement depuis 2016 (en euros)

TABLEAU DE FLUX	2016	2017	2018
résultat net	-1 394 162	-568 712	-192 170
+Dotations provisions et amortissements	1 867 857	2 340 617	2 282 716
- Reprises de provisions et amortissements	523 983	191 790	172 031
- Quote-part des subventions d'investissement virées au résultat de l'exercice	79 086	184 086	149 086
= Capacité d'autofinancement	-125 392	1 396 029	1 769 429

Source : Cour des comptes et CRC Occitanie, d'après les comptes de gestion

La CAF de la clinique s'est redressée sur la période et s'établissait à 1,77 M€ en 2018.

⁷³ Étude Xerfi cliniques de coût séjour (MCO), décembre 2018

7.2.4. Le résultat

Le redressement de l'excédent brut d'exploitation est insuffisant pour couvrir les autres charges de gestion et les dotations aux amortissements et provisions⁷⁴.

Les résultats financiers sont négatifs sur la période, du fait du poids des intérêts, et donc des charges financières, liés aux investissements.

Le résultat courant avant impôt est ainsi négatif sur la période. Il se redresse néanmoins, passant de - 1,2 M€ en 2016 à - 240 k€ en 2018. Ce résultat est obtenu après reversement d'honoraires à l'union. L'ULM a comptabilisé 1,937 M€ de frais de gestion répartis en 2018, dont 715 k€ à la charge de la clinique Beau Soleil (36,9 %).

La clinique ne comptabilise pas de frais de gestion. Les frais de gestion sont, d'après elle, calculés à l'euro et concernent des prestations réalisées pour d'autres établissements de l'ULM : affranchissement, coursier, biomédical, informatique (liaison, personnel), pharmacie, ressources humaines, stérilisation, personnel médical.

S'il n'y a pas de clé unique de répartition pour l'ensemble des frais, des clés de répartition sont utilisées pour des sous-ensembles :

- 57,58 % du montant réparti sont mécaniquement attribués sur la plupart des postes (fournitures d'entretien, administratives, locations matériel, déplacement du personnel, honoraires, assurances, réceptions, téléphone...);
- pour certains postes, l'affectation est réalisée sur la base du coût réel (factures reçues et directement affectables), avec une charge proportionnelle plus forte (93 % sur les pages jaunes) ;
- et pour d'autres, sur la base de clés *ad hoc* (31 % sur les frais de personnel, 45 % sur les prestations diverses informatiques)⁷⁵.

La clinique devra se doter de clés de répartition des frais de gestion clairement explicitées et documentées dans un document ayant fait l'objet d'une présentation et d'une approbation formelle.

Les résultats exceptionnels ne contribuent que de manière limitée au résultat net, qui est déficitaire sur l'ensemble des exercices. Il s'établissait en 2018 à - 192 k€.

Sur la période, le résultat a été intégralement affecté en réserves, venant ainsi diminuer les fonds mutualistes sans droit de reprise.

⁷⁴ La clinique, propriétaire de ses murs, connaît d'importantes dotations aux amortissements corporelles liés aux investissements récents.

⁷⁵ Les ressources humaines font l'objet de moindre refacturations, la direction générale de la clinique faisant déjà l'objet de contrats de travail proratisés ; les prestations informatiques sont réparties sur la base d'un pourcentage du chiffre d'affaires combiné du groupe.

tableau 19 : Évolution du résultat depuis 2016

COMPTE DE RÉSULTAT (en €)	2016	2017	2018
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	55 535	1 276 233	1 651 434
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	- 1 151 023	- 540 213	- 119 630
RÉSULTAT FINANCIER	- 112 005	- 110 396	- 119 442
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL	- 125 967	98 986	58 520
<i>Impôt sur les bénéfices</i>	<i>5 167</i>	<i>17 089</i>	<i>11 618</i>
RÉSULTAT NET	- 1 394 162	- 568 712	- 192 170

Source : Cour des comptes et CRC Occitanie, d'après les comptes de gestion

En 2019, le résultat net est, d'après les états financiers, de - 2,15 M€. En définitive, le redressement de l'exploitation, tel que prévu par le plan de redressement, s'est matérialisé de 2016 à 2018 mais demeure inabouti, avec une chute du résultat net en 2019. L'établissement n'est pas parvenu à réaliser la trajectoire prévisionnelle de retour à un résultat net positif.

7.2.5. La structure du bilan

7.2.5.1. L'actif

L'actif net de la clinique se compose majoritairement des immobilisations corporelles. Le bilan fonctionnel fait état d'immobilisations corporelles à hauteur de 53,9 M€ au 31 décembre 2018, en progression de 13,1 M€ (soit 32 %). Les principales immobilisations sont constituées par des éléments détenus en pleine propriété : les terrains (2,8 M€), le parking (1,1 M€), les bâtiments d'exploitation (11 M€) et les aménagements (11,1 M€) pour un total de 26,1 M€. Le matériel et l'outillage représentent 13,7 M€.

Les immobilisations financières (1,3 M€, essentiellement des titres immobilisés) et incorporelles (182 k€ en 2018) représentent des montants limités.

Les durées d'amortissements retenues sont cohérentes avec la nature de l'actif.

L'actif circulant s'établissait à 18,1 M€ en 2018 (contre 27,1 M€ en 2016). Sa structuration a été variable sur la période, puisque les encours clients ont fluctué pour s'établir à 8,6 M€ en 2018 (après un pic à 9,6 M€ en 2017) et que la trésorerie active n'est plus que de 7,7 M€ en 2018, contre 15,5 M€ en 2016.

7.2.5.2. Le passif

Les capitaux propres sont constitués des fonds mutualistes sans droit de reprise, du résultat de l'exercice, des provisions réglementées, des subventions d'investissement. Ils s'élevaient à 16,2 M€ en 2018, en diminution de 2,8 M€ depuis 2016 du fait des résultats déficitaires cumulés. Les provisions pour risques, amortissements (+ 4,2 M€) et dépréciations de l'actif viennent les compléter pour constituer les capitaux permanents, qui s'établissaient à près de 42 M€ en 2018 (+ 1,3 M€).

Les dettes bancaires et financières augmentent (+ 2,9 M€) et s'établissent à 18,1 M€. Les ressources stables s'élevaient à 60,1 M€ en 2018.

Le passif circulant diminue (- 0,9 M€), essentiellement du fait de la baisse de l'encours fournisseurs (- 0,6 k€) et des dettes fiscales et sociales (- 0,9 M€), les autres dettes hors exploitation courante augmentant par ailleurs (+ 0,7 M€).

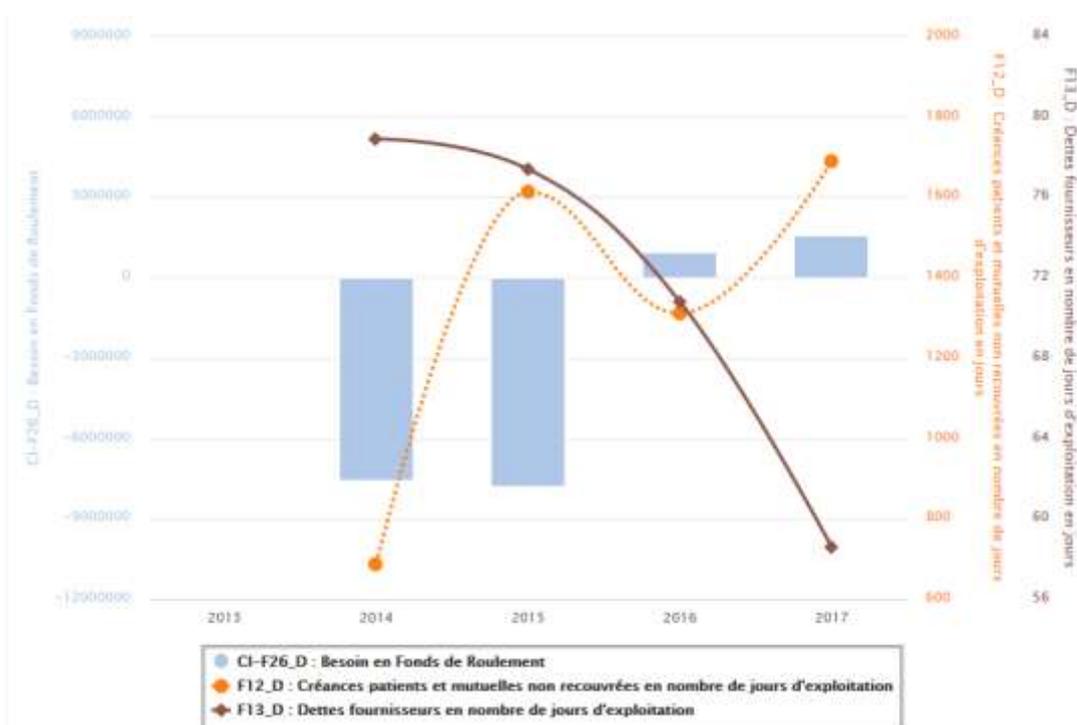
L'endettement net⁷⁶, quasi nul en 2016, s'élevait à 10,4 M€ en 2018. Le taux de désendettement⁷⁷ est de près de 65 %, ce qui reste correct. La capacité de remboursement⁷⁸ s'est fortement dégradée, malgré le rétablissement de l'excédent brut d'exploitation, et représente six années.

7.2.5.3. Le besoin en fonds de roulement et le fonds de roulement

Dans le secteur des cliniques, le besoin en fonds de roulement d'exploitation est traditionnellement négatif du fait des délais d'encaissement clients inférieurs à 40 jours, d'un ratio de stock autour de 10 jours et d'un délai de règlement fournisseur autour de 60 jours.

En l'espèce, les délais de recouvrement auprès des assurances complémentaires sont de 68 jours, en dégradation de 11 jours depuis 2016. Les délais moyens de paiement des fournisseurs sont de 42 jours en 2018 (en diminution de 10 jours par rapport à 2016). Ces éléments se confirment dans le niveau de l'encours global clients et de dettes fournisseurs, rapporté au chiffre d'affaires. Ces évolutions se constatent également sur le niveau du besoin en fonds de roulement d'exploitation qui est positif, à rebours de la tendance nationale.

tableau 20 : Évolution du besoin en fonds de roulement



Source : Hospidiag

⁷⁶ Dette financière + trésorerie passive - trésorerie active.

⁷⁷ Endettement net / capitaux propres.

⁷⁸ Endettement net / excédent brut d'exploitation.

Le ratio de besoin en fonds de roulement d'exploitation sur chiffre d'affaires s'établit à 23 jours, soit un niveau supérieur à la moyenne nationale (4,3 jours). Le fonds de roulement représente 39 jours de chiffre d'affaires, en net diminution depuis 2016 (117 jours).

7.2.6. Les données prospectives

La réalisation du projet d'IMM devrait avoir un fort impact sur les équilibres d'exploitation, et donc sur les résultats de la clinique.

L'impact sur les charges du pôle Beau Soleil est estimé à 12,1 M€ par an à l'horizon 2027. L'EPRD prévoit ainsi qu'elles passent de 49,1 M€ à 61,2 M€. Cette évolution est principalement alimentée (55 %) par l'augmentation des charges de personnel (+ 6,6 M€), des charges à caractère médical (2,8 M€) et des charges à caractère hôtelier et général⁷⁹ (+ 1,1 M€).

Cette augmentation est également liée aux charges d'amortissements et provisions, ainsi qu'aux charges financières (+ 1,4 M€) :

- les dotations aux amortissements complémentaires liées au projet de restructuration de la clinique débutant en 2019 pour atteindre à compter de 2022 un palier de 1,86 M€ ;
- les dotations aux amortissements courantes connaissant par ailleurs un pic (+ 0,4 M€) sur les exercices 2019 et 2020 ;
- les charges financières liées au projet de restructuration démarrant à un niveau faible en 2017 (+ 56 k€) pour atteindre un pic à 543 k€ en 2021.

L'impact sur les charges, nul en début de période 2016-2018, passerait ainsi à 1,7 M€ en 2019 et progresserait de plus de 1 M€ chaque année sur les exercices suivants.

L'EPRD prévoit, en contrepartie, une progression équivalente des produits permettant de garantir sur l'ensemble de la période 2018-2027 un résultat comptable positif, même si les exercices 2020-2022 apparaissent délicats (résultat inférieur à 130 k€).

Cette prévision de progression des produits (+ 14,4 M€) est fondée exclusivement sur la progression des produits versés par l'assurance maladie (+ 15,5 M€), la majoration de la chambre particulière (0,48 M€) et les quotes-parts de subventions d'investissement (GLM et fonds national de soutien aux actions mutualistes) reprises au résultat (0,49 M€). Les autres postes de produits sont prévus à la baisse (dont repas pour 1,1 M€). Les évolutions des produits liés aux loyers (IRM, scan, siège, Languedoc centre gastroentérologie) et à la rétrocession de médicaments sont limitées.

La couverture des charges nouvelles repose sur la progression, au rythme moyen de 1,4 M€ par an (soit 3,6 %), des produits versés par l'assurance maladie. Ce modèle économique présente des fragilités au regard du caractère optimiste de la prévision de recettes, aggravées par les difficultés de gouvernance et de pilotage que la clinique a connu jusqu'alors.

La clinique, ainsi que le relèvent ses états financiers, a été « contrainte en 2020 de reporter ou d'annuler toutes les interventions non vitales ou urgentes depuis la mi-mars 2020, de même que l'IRM et le scanner. Dans le même temps, la clinique ne peut recourir au chômage partiel, restant mobilisée dans le cadre du plan blanc. Il convient de rappeler que les praticiens sont en majorité

⁷⁹ Dont le loyer de crédit-bail du bâtiment D.

salariés. ». Ses équilibres financiers 2020 devraient donc être impactés par ce contexte, selon des montants restant à préciser.

7.2.7. Conclusion sur la situation financière

Le premier impact du projet d'IMM sur les charges ne s'est fait véritablement ressentir qu'à compter de 2019. Les comptes définitifs font ressortir, pour cet exercice, des écarts aux cibles prévisionnelles (EPRD), avec des taux de réalisation de 93 % en charges et de 89 % en produits d'exploitation. Le développement de l'activité est plus limité que prévu. Le résultat d'exploitation, initialement projeté en excédent à 137 k€, s'avère finalement déficitaire (- 2 M€).

Le directeur général de l'ARS Occitanie a fait savoir à la chambre qu'il a attiré l'attention de l'établissement sur son niveau d'endettement et la faiblesse de la part d'autofinancement dans l'investissement. Il considère que la prévision d'augmentation des consultations externes et des produits de l'assurance maladie est « utopiste ». Il souligne cependant que l'établissement n'a connu que des déficits d'exploitation limités. Ainsi, cette situation appelle à la vigilance quant à la stratégie retenue.

La chambre constate que le résultat net pour 2019 (- 2,15 M€) marque un déficit plus fort que celui constaté en 2016 et représente désormais plus de 4 % des produits. Les équilibres financiers 2020 de la clinique pourraient également être impactés par le contexte épidémique et s'écarter de la cible prévisionnelle.

ANNEXES

annexe 1 : Données relatives à l'activité.....	65
annexe 2 : Données relatives à la situation financière	68

annexe 1 : Données relatives à l'activité

tableau 21 : Évolution de l'activité médecine, chirurgie et obstétrique du département de l'Hérault

En nombre de séjours hors séances	2016	2017	2018	Variation 2016-2018 en %
Médecine	178 935	184 606	185 672	3,8%
Chirurgie	111 555	132 145	132 518	18,8%
Obstétrique	16 142	20 345	19 939	23,5%
Total MCO	306 632	337 096	338 129	10,3%

Source : ATIH

tableau 22 : Répartition des séjours médecine, chirurgie et obstétrique entre les établissements de l'Hérault et alentours des patients originaires de l'Hérault (territoire de santé)

%	2016	2017	2018	moyenne
CHU Montpellier	27,7	24,6	24,2	25,5
Polyclinique St Roch*	0	8,6	8,5	5,7
CH Béziers	9,2	8,5	8,4	8,7
Clinique Le Millénaire	6,8	6,4	6,8	6,7
Polyclinique Saint Privat	6,7	6,2	6,5	6,5
Clinique du Parc	6,4	6	6,1	6,2
Polyclinique St Jean	6,2	5,9	5,8	6,0
Les hôpitaux du bassin de Thau	4,8	4,4	4,5	4,6
Clinique Beau Soleil	4,9	4,1	4,2	4,4
Clinique Clémentville	4,8	4,2	4,1	4,4
Polyclinique Champeau	4,4	4	3,8	4,1
Polyclinique Sainte Thérèse	3,2	3,2	3,1	3,2
Total	85,1	86,1	86	85,7

Source : ATIH (Scansanté)

tableau 23 : Répartition des séjours de médecine et de chirurgie pour la clinique selon l'origine des patients en 2018 (attractivité)

	Hérault	Aveyron	Gard	Aude	Autres
médecine	9 616	127	378	79	714
chirurgie	6 182	123	229	39	604

Source : ATIH et clinique Beau Soleil

tableau 24 : Répartition des séjours de médecine entre les établissements de l'Hérault des patients originaires de l'Hérault en 2018

<i>Etablissements du territoire</i>	2018
Clinique Beau Soleil	10 914
CHU Montpellier	116 280
Clinique Millenaire	21 196
Clinique Saint Roch	13 240
Clinique Saint Jean	10 440
Clinique du Parc	25 868
Clinique Clémentville	12 252

tableau 25 : Répartition des séjours de chirurgie entre les établissements de l'Hérault des patients originaires de l'Héraults en 2018

<i>Etablissements du territoire</i>	2018
Clinique Beau Soleil	7 177
CHU Montpellier	28 966
Clinique Millenaire	6 675
Clinique Saint Roch	20 799
Clinique Sain Jean	14 660
Clinique Du parc	8 588
Clinique Clémentville	7 626

Source : ATIH

tableau 26 : Part de marchés en médecine et chirurgie

	2016	2017	2018	Moyenne
Clinique Beau Soleil (global)	7,01 %	6,73 %	6,71 %	6,82 %
<i>en médecine</i>	6,24 %	5,70 %	5,65 %	5,86 %
<i>en chirurgie</i>	9,02 %	9,37 %	9,44 %	9,28 %

Source : ATIH et clinique Beau Soleil

tableau 27 : Comparatif sur le coût de la masse salariale

Spec	nb de numéros de séjour	somme honoraires de l'acte	brut	brut chargé	écart	somme honoraires ext	somme honoraires hosp	CA GHS	écart CA GHS-coût masse sal
ARE	14 211	1 112 174	967 825	1 471 094	-358 920	192 643	919 530	9 832	-2 573 435
MED AUT	1 768	45 090	60 600	92 112	-47 022	44 561	529	0	-137 202
CARDIO	7 956	547 716	338 087	513 893	33 823	514 032	33 683	0	-1 061 608
DERM	1 123	66 795	31 307	47 587	19 208	48 088	18 707	122 586	8 204
DIGE	8 314	631 035	653 062	992 655	-361 620	190 672	440 362	5 118 194	3 494 505
GYNECO	6 297	397 939	296 753	451 065	-53 126	182 003	215 936	1 928 728	1 079 724
MED	11 161	291 993	451 683	686 559	-394 566	98 892	193 101	4 089 673	3 111 121
NEUROL	1 004	80 206	115 575	175 675	-95 469	43 094	37 111	296 450	40 570
OPH	12 842	1 077 109	392 453	596 528	480 581	630 932	446 177	2 101 680	428 043
ORL	13 032	765 752	560 952	852 647	-86 895	535 174	230 577	1 645 539	27 141
ORTHO	6 357	655 891	543 004	825 367	-169 476	158 875	497 016	3 611 901	2 130 643
RADIO	17 946	5 417 836	458 285	696 593	4 721 243	4 258 844	1 158 991	28 155	-6 086 273
REED	3 129	210 131	200 505	304 768	-94 637	45 391	164 739	599 459	84 561
RHUM	1 795	57 079	84 321	128 168	-71 089	49 908	7 171	137 503	-47 744
SOMM	1 080	59 003	39 808	60 508	-1 505	59 934	69	505	-120 006
URO	12 980	751 059	563 952	857 207	-106 148	348 309	402 750	3 665 402	2 057 136
TOTAL	120 995	12 166 808	5 758 172	8 752 426	3 414 382	7 401 352	4 766 449	23 355 607	2 435 380

Source : données comptables clinique Beau Soleil

annexe 2 : Données relatives à la situation financière**tableau 28 : Principaux actifs immobiliers utilisés**

n° immobilisation	libellé de l'actif	valeur brute	mode (leasing, pleine propriété, location, mis à disposition par des tiers)
BS/BEA-000505	Terrain Clinique	2 500 000,00	Pleine propriété
BS/BEA-000841	TERRAIN BENOIT	308 700,00	Pleine propriété
BS/BEA-001230 a BS/BEA-001233	PARKING	1 115 565,86	Pleine propriété
88 fiches: cf. fichier des immos en 5.6 compte comptable #2131	Bâtiment d'exploitation de la CLINIQUE	11 020 352,32	Pleine propriété
255 fiches: cf. fichier des immos en 5.6 compte comptable #2135	Agencements et aménagements du bâtiment d'exploitation de la CLINIQUE	11 154 629,85	Pleine propriété
		26 099 248,03	

Source : données comptables clinique Beau Soleil

tableau 29 : Bilan

	2016	2017	2018
Capital souscrit non appelé	0	0	0
immobilisations incorporelles en cours	0	0	0
marques, brevets, fonds de commerce	152 173	156 061	182 780
autres immobilisations incorporelles	0	0	0
avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations incorporelles	0	0	0
immobilisations incorporelles	152 173	156 061	182 780
terrains bâtiments	25 350 936	25 486 282	26 099 248
matériel, outillage ...	11 858 924	12 704 699	13 693 932
immobilisations corporelles en cours	3 598 498	6 337 077	14 141 856
Biens pris en crédit bail			
avances et acomptes versés sur commandes d'immobilisations corporelles	0	0	0
immobilisations corporelles	40 808 358	44 528 058	53 935 037
titres de participations	213 854	213 854	213 854
titres immobilisés	1 107 762	1 062 927	1 107 368
prêts et dépôts	10 052	10 052	29 340
créances rattachées à des participations	0	0	0
autres immobilisations financières	0	0	0
immobilisations financières	1 331 668	1 286 833	1 350 561
EMPLOIS STABLES	42 292 198	45 970 952	55 468 378
ACTIF CIRCULANT D'EXPLOITATION	8 898 897	11 138 576	9 918 399
stock de marchandises	0	0	0
stock de matières et approvisionnements	902 415	1 021 913	890 178
stock de produits finis et en cours	0	0	0
stock total	902 415	1 021 913	890 178
avances versées sur commandes	0	0	0
encours client	7 877 296	9 596 308	8 596 427
effets escomptés non échus	0	0	0
encours client	7 877 296	9 596 308	8 596 427
charges constatées d'avance	61 567	115 081	133 936
autres créances d'exploitation courante	57 620	405 275	297 859
autres créances d'exploitation courante	119 187	520 355	431 794
ACTIF CIRCULANT HORS EXPLOITATION	2 715 355	1 653 531	572 035
Fournisseurs débiteurs divers	0	0	11 702
autres créances hors exploitation courante	2 513 770	1 451 947	358 748
placements financiers	201 585	201 585	201 585
comptes courants	0	0	0
TRESORERIE ACTIVE	15 541 515	11 508 646	7 694 948
dont prime de remboursement des obligations	0	0	0
TOTAL ACTIF CIRCULANT	27 155 768	24 300 754	18 185 382
TOTAL EMPLOIS	69 447 966	70 271 706	73 653 760
capitaux propres	19 050 340	0	18 647 542
CAPITAUX PERMANENTS	40 624 972	42 351 560	41 983 357
Fonds associatifs	9 297 430	7 902 958	5 195 902
Résultat de l'exercice	-1 394 472	-568 712	-192 170
provisions réglementées	1 410 599	1 410 599	1 410 600
subventions d'investissement	9 736 783	9 902 697	9 753 611
Fonds dédiés	0	0	0
provisions pour risques	1 658 484	1 475 236	1 410 796
amortissements du crédit bail			
amortissements de l'actif	19 346 112	21 457 914	23 564 394
dépréciations de l'actif	570 035	770 868	840 224
DETTES FINANCIERES	15 210 501	13 878 535	18 141 662
dette de nature subordonnée (obligations convertibles, ...)	0	0	0
Dettes financières relatives au crédit bail			
dettes bancaires et financières L.M.T	15 210 501	13 878 535	18 141 662
comptes courants			
RESSOURCES STABLES	55 835 472	56 230 095	60 125 019
RESSOURCES D'EXPLOITATION	7 891 075	6 239 574	6 224 437
encours fournisseurs d'exploitation	4 001 567	3 248 975	3 387 605
dettes fiscales et sociales	3 383 855	2 549 392	2 460 743
produits constatés d'avance	0	0	0
autres dettes d'exploitation courante	505 652	441 207	376 089
RESSOURCES HORS EXPLOITATION	770 004	535 120	1 487 870
dettes sur immobilisations	7 191	22 287	17 112
comptes courants	0	0	0
autres dettes hors exploitation courante	762 814	512 833	1 470 759
TRESORERIE PASSIVE	0	0	0
PASSIF CIRCULANT	8 661 079	6 774 694	7 712 307
TOTAL RESSOURCES	64 496 552	63 004 789	67 837 326

tableau 30 : Prospective financière 2018-2027

TITRES	REALISATIONS 2016	REALISATIONS 2017	PREVISIONS 2018	PREVISIONS 2019	PREVISIONS 2020	PREVISIONS 2021	PREVISIONS 2022	PREVISIONS 2023	PREVISIONS 2024	PREVISIONS 2025	PREVISIONS 2026	PREVISIONS 2027
Titre 1 - Charges de personnel	27 355 146	27 332 502	27 626 178	28 040 570	28 040 570	28 461 179	29 212 554	29 796 805	30 392 741	31 608 451	33 030 831	34 021 756
Titre 2 - Charges à caractère médical	14 186 436	13 916 910	14 076 575	14 358 107	14 616 552	14 981 966	15 386 479	15 894 233	16 291 589	16 535 963	16 784 002	17 035 762
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier & général	4 880 995	4 776 013	4 775 307	4 936 917	5 151 917	5 544 684	5 556 303	5 720 623	5 794 656	5 869 675	5 945 693	6 022 724
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dotations	2 709 101	2 686 834	2 649 879	3 466 691	3 772 450	3 978 844	4 307 013	4 259 912	4 243 975	4 217 357	4 140 281	4 112 539
Dotations aux amortissements, dépréciations et dotations aux amortissements liés au projet de	1 875 154	2 413 655	2 284 794	2 184 794	2 084 794	1 984 794	1 834 794	1 784 794	1 800 000	1 800 000	1 750 000	1 750 000
Charges financières liées au projet de		56 296	80 942	209 285	367 867	543 729	526 058	508 058	489 720	471 037	452 003	432 611
TOTAL DES CHARGES	49 131 678	48 712 258	49 127 939	50 802 285	51 581 490	52 966 673	54 462 349	55 671 573	56 722 960	58 231 445	59 900 807	61 192 781
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	38 257 203	39 382 650	40 582 992	42 054 897	43 430 031	44 746 624	46 278 807	48 035 173	49 448 097	50 815 898	52 237 228	53 714 727
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	1 909 003	1 823 285	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000	2 000 000
Vente produits fabr., prest. services, march. et rétrocession de médicaments	1 954 269	222 063	210 000	211 158	213 270	213 270	213 270	213 270	213 270	213 270	213 270	213 270
Titre 3 - Autres produits	7 435 839	6 937 118	6 642 852	6 968 388	6 272 777	6 275 067	6 277 379	6 278 547	6 279 721	6 280 901	6 282 086	6 283 278
TOTAL DES PRODUITS	47 602 045	48 143 054	49 225 844	51 023 285	51 702 808	53 021 691	54 556 187	56 313 721	57 727 818	59 096 799	60 519 314	61 998 004
RESULTAT COMPTABLE	1 529 633	569 205	97 905	221 000	121 318	55 018	93 838	642 148	1 004 858	865 354	618 507	805 223
CAF	345 521	1 844 450	2 382 699	3 011 180	2 836 498	2 850 198	3 258 696	3 796 941	4 174 858	4 035 354	3 738 507	3 925 223
Remboursements Emprunts existants (dont FNSAM)	1 047 864	1 328 687	1 353 117	1 315 844	1 332 896	1 353 421	1 286 453	1 157 595	829 615	826 576	838 489	850 735
Remboursements Emprunts projet (banques)						258 356	624 167	638 019	652 179	666 653	681 449	696 574
CASH FLOW NET	702 343	515 763	1 029 582	1 695 336	1 503 602	1 238 421	1 348 076	2 001 327	2 693 064	2 542 125	2 218 568	2 377 915

Source : clinique Beau Soleil, EPRD

GLOSSAIRE

ARS	agence régionale de santé
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF	capacité d'autofinancement
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CHU	centre hospitalier universitaire
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC	chambre régionale des comptes
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMSS	Éovi Mcd santé et services
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
GHM	groupe homogène de malades
GHS	groupe homogène de séjours
GIE	groupement d'intérêt économique
GLM	groupe « Languedoc mutualité »
HT	hors taxes
IMM	institut mutualiste montpelliérain
IRM	imagerie par résonance magnétique
k€	kilo euros = millier d'euros
M€	million d'euros
MCO	médecine, chirurgie et obstétrique
ORL	oto-rhino-laryngologie
PRS	programme régional de santé
SARL	société à responsabilité limitée
SE	sécurité environnement
TTC	toutes taxes comprises
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
ULM	union « Languedoc mutualité »

Réponses aux observations définitives en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 25 février 2021 de M. Christian BOIDIN, président d'Aésio Santé Méditerranée

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».



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**