



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE (Aveyron)

Exercices 2012 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
INTRODUCTION.....	7
1. UNE OFFRE SANITAIRE RESTRUCTURÉE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION	8
1.1. Les enjeux démographiques de la zone d'attractivité.....	8
1.1.1. Une population en légère croissance.....	8
1.1.2. Une tendance au vieillissement.....	8
1.2. Une zone d'attractivité sur le nord-ouest de l'Aveyron.....	9
1.2.1. Une zone d'attractivité dépassant les limites de l'Aveyron.....	9
1.2.2. Une zone d'attractivité essentiellement rurale	10
1.2.3. Une voirie départementale structurant la fréquentation des établissements de santé	10
1.3. Un cadre de coopérations partenariales autour du groupement hospitalier de territoire du Rouergue et du centre hospitalier de Figeac	11
1.3.1. Le cadre conventionnel hors groupement hospitalier de territoire	11
1.3.2. Le groupement hospitalier de territoire du Rouergue	12
1.4. Une restructuration de l'offre sanitaire.....	13
1.4.1. Un regroupement de l'activité sanitaire sur un site unique depuis 2016	13
1.4.2. Une adaptation de l'offre capacitaire à poursuivre	14
2. UNE ACTIVITÉ CHIRURGICALE EN PROGRESSION, UNE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ EN MÉDECINE ET EN OBSTÉTRIQUE.....	15
2.1. Une activité de médecine fragilisée par la baisse des hospitalisations complètes... 16	
2.1.1. Une diminution des séjours de médecine ayant induit une baisse des recettes d'activité	16
2.1.2. Une concurrence publique offensive en médecine	18
2.2. Une activité chirurgicale en hausse malgré une concurrence accrue.....	19
2.2.1. Une hausse des séjours permettant une légère augmentation des recettes liées à la tarification à l'activité	19
2.2.2. Une concurrence essentiellement publique.....	21
2.3. Une organisation obstétricale perfectible	23
2.3.1. Une hausse des accouchements imputable à la fermeture de la maternité de Decazeville.....	23
2.3.2. Une fragilité de l'activité d'obstétrique ayant induit une baisse des recettes d'activité	24
2.3.3. Un levier d'optimisation en obstétrique : la diminution de la durée moyenne de séjour	25
2.3.4. Un établissement captant des parts de marché.....	25
3. UNE FIABILISATION DU BILAN À CONSOLIDER	27
3.1. Le principe de sincérité.....	27
3.1.1. Un inventaire physique et comptable incomplet.....	27
3.1.2. Une valorisation de la clinique Saint-Alain à réactualiser au bilan	28
3.2. Le principe de prudence : la constitution des provisions.....	28
3.2.1. Les provisions pour risques et charges	28

3.2.2.	Les provisions sur compte épargne temps	30
3.2.3.	Les provisions règlementées	31
4.	UNE SITUATION FINANCIÈRE SOUS TENSION	33
4.1.	Le résultat comptable.....	33
4.2.	Les performances financières annuelles	34
4.2.1.	Un chiffre d'affaires quasi-stable.....	34
4.2.2.	Les produits annexes et les ventes de marchandises.....	37
4.2.3.	La constitution de la valeur ajoutée	38
4.2.4.	Une marge brute d'exploitation affectée par le dynamisme des dépenses de personnel médical	39
4.3.	Le financement des investissements	40
4.3.1.	La capacité d'autofinancement brute	40
4.3.2.	Un besoin de financement propre couvert principalement par l'emprunt ...	40
4.3.3.	Un recours à l'emprunt plaçant l'établissement au-dessus des seuils réglementaires	42
4.4.	La situation patrimoniale	43
4.4.1.	Un fonds de roulement net global en diminution.....	43
4.4.2.	Le besoin en fonds de roulement	45
4.4.3.	Une diminution de la trésorerie.....	48
5.	LA GESTION DE LA MASSE SALARIALE.....	49
5.1.	Le dynamisme des charges de personnel médical au regard de la quasi-stabilité de celles concernant le personnel non médical.....	50
5.2.	Des effectifs médicaux en croissance	51
5.3.	Des coûts moyens élevés induits par la croissance des crédits de remplacement des personnels médicaux.....	53
5.3.1.	Les rémunérations des praticiens contractuels : un dépassement des seuils réglementaires	53
5.3.2.	Le plafonnement des missions de travail temporaire depuis 2018	55
6.	LES ENJEUX STRATÉGIQUES DU CENTRE HOSPITALIER	56
6.1.	Le retour à l'équilibre financier : un projet de plan nécessaire mais insuffisant.....	56
6.2.	Un projet médical et soignant partagé à préciser sur ses volets chirurgicaux et gériatriques	57
6.2.1.	Une absence d'évaluation et de prise en compte des projets médicaux précédents	57
6.2.2.	Une orientation stratégique sur l'organisation de la chirurgie à préciser	58
6.2.3.	La filière gériatrique : un secteur médico-social oublié.....	58
6.3.	Une coopération avec la médecine de ville à développer.....	60
	ANNEXES.....	61
	Réponses aux observations définitives.....	66

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes Occitanie a procédé au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue à compter de l'exercice 2012.

Au cours de la période, l'établissement a eu comme objectif de développer son activité sanitaire en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) face à une concurrence essentiellement publique. Sa stratégie a reposé sur le développement de l'ambulatoire, tant en médecine qu'en chirurgie.

Une opération de restructuration des activités sanitaires d'un montant de 10,4 M€ a permis de conforter l'orientation ambulatoire en construisant de nouveaux locaux dédiés à ce type de prise en charge, de fermer des lits d'hospitalisation complète et de regrouper l'ensemble des activités sanitaires sur un site unique. Cette stratégie médico-économique a produit des résultats contrastés.

L'activité de chirurgie s'est développée, tant en nombre de séjours grâce à la chirurgie ambulatoire, qu'en valorisation financière. L'activité de médecine a régressé, l'augmentation de la part ambulatoire n'ayant pas permis de compenser la diminution des séjours d'hospitalisation complète. Enfin, en obstétrique, si la valorisation financière régresse, le nombre d'accouchements, après une baisse en cours de période, est revenu, en 2017, avec la fermeture de la maternité du centre hospitalier de Decazeville, à un niveau comparable à celui des années 2012 et 2013.

Sur le plan financier, la marge brute est passée de 8,4 % des produits d'exploitation en 2012 à 0,8 % en 2017. Le financement des dépenses d'équipement a été assuré à 72 % par le recours à l'emprunt contre 24 % pour le financement propre disponible. L'établissement a utilisé le prélèvement sur réserves pour couvrir le reste du besoin de financement. Dans le même temps, l'encours de la dette est passé de 8,36 M€ en 2012 à 19,8 M€, en 2017, à la suite notamment d'une opération de refinancement d'un emprunt structuré. Enfin, la trésorerie est passée de 72 jours de charges courantes à huit jours en 2017, soit un niveau insuffisant.

L'investissement consenti sur ce projet MCO a ainsi fragilisé la situation financière du centre hospitalier sans toutefois répondre aux besoins d'un territoire vieillissant ; la rénovation et la restructuration nécessaire du secteur médico-social gériatrique n'étant plus finançable sans l'engagement, non acquis à ce jour, du conseil départemental et de l'ARS.

Le centre hospitalier est désormais confronté à deux enjeux principaux.

La restauration de sa marge brute nécessite de limiter la progression de la masse salariale médicale. Celle-ci a augmenté de 6,4 % en moyenne annuelle, contre 0,8 % pour les personnels non médicaux, du fait du dépassement des seuils règlementaires pour la rémunération des praticiens contractuels auxquels l'établissement recourt de façon croissante pour assurer la permanence des soins.

La mise en œuvre du projet médico-soignant partagé au sein du groupement hospitalier de territoire du Rouergue doit conduire l'établissement à faire évoluer sa relation avec les autres membres du groupement. De concurrentielle, celle-ci doit devenir partenariale et se fonder sur la complémentarité avec les équipes médicales de territoire. Les liens entre les médecins de ville et l'hôpital doivent également être renforcés.

RECOMMANDATIONS

1. Relancer la coopération avec le centre périnatal de proximité du centre hospitalier de Figeac. *Non mise en œuvre.*
2. Établir un inventaire physique et comptable conforme aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21. *Non mise en œuvre.*
3. Mettre les provisions en conformité avec les prescriptions de l'instruction budgétaire et comptable M21. *Non mise en œuvre.*
4. Renforcer la chaîne de facturation en s'appuyant sur le guide de l'ANAP « Piloter la chaîne accueil - facturation - recouvrement par les indicateurs ». *En cours de mise en œuvre.*
5. Renforcer le lien ville et hôpital en proposant des outils dédiés aux médecins libéraux adresseurs. *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 des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue a été ouvert le 10 août 2018 par lettre du président de section adressée à M. Bertrand Perin, ordonnateur en fonctions. Un courrier a également été adressé le 5 octobre 2018 à M. Alain Nespoulous, précédent ordonnateur.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 30 novembre et 4 décembre 2018.

Lors de sa séance du 14 décembre 2018, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Bertrand Perin. M. Alain Nespoulous, en qualité d'ordonnateur précédent, en a également été destinataire pour la partie afférente à sa gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 4 avril 2019, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. UNE OFFRE SANITAIRE RESTRUCTURÉE POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DE LA POPULATION

1.1. Les enjeux démographiques de la zone d'attractivité

1.1.1. Une population en légère croissance

La population du département de l'Aveyron représentait 279 169 habitants en 2015¹, sur un territoire dont la superficie en fait le cinquième plus vaste département de métropole. Sa préfecture, Rodez, compte 23 949 habitants. La commune de Villefranche-de-Rouergue, quant à elle, accueille 11 892 habitants.

Sur le département de l'Aveyron, entre 2010 et 2015, la population a augmenté en moyenne de 0,2 %. La population du bassin de vie de Villefranche-de-Rouergue a crû de 1 %, à l'identique de l'ensemble de la zone d'attractivité sanitaire du centre hospitalier.

Tableau n° 1 : Évolution des populations des bassins de vie de la zone d'attractivité sanitaire du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (2010-2015)

Bassins de vie	Département de la ville centre du bassin de vie	Population du bassin de vie en 2010	Population du bassin de vie en 2015	Evolution de la population totale
Decazeville	Aveyron	21 174	20 297	-4,1%
Marcillac-Vallon	Aveyron	12 529	12 455	-0,6%
Montbazens	Aveyron	5 017	5 187	3,4%
Rodez	Aveyron	59 560	61 896	3,9%
Villefranche-de-Rouergue	Aveyron	31 533	31 882	1,1%
Figeac	Lot	32 560	33 266	2,2%
Carmaux	Tarn	32 321	31 887	-1,3%
Baraqueville	Aveyron	8 766	9 181	4,7%
Naucelle	Aveyron	6 252	6 223	-0,5%
Rieupeyroux	Aveyron	7 054	6 731	-4,6%
Total		216 766	219 005	1,0%

Source : CRC, d'après données Insee

1.1.2. Une tendance au vieillissement

L'Aveyron se caractérise par le vieillissement de sa population. Il comptait, en 2015, 14 % de personnes de 75 ans ou plus, contre 10,7 % en Occitanie et 9,1 % au plan national.

Dans le bassin de vie de Villefranche-de-Rouergue, les plus de 75 ans représentent 15,2 % de la population contre 14,2 % en 2010 (+ 8,1%).

Le schéma départemental de l'autonomie de l'Aveyron 2016-2021 relève par ailleurs qu'il s'agit d'une population à « revenus modestes et à vulnérabilité sociale forte ».

¹ Source : Insee.

Carte n° 1 : La part des 75 ans et plus dans la population des bassins de vie de la zone d'attractivité de Villefranche-de-Rouergue



Source : CRC, d'après données Insee

Sur l'ensemble des bassins composant la zone d'attractivité² du centre hospitalier, l'Insee prévoit un indice de vieillissement³ de 130⁴ en 2020.

1.2. Une zone d'attractivité sur le nord-ouest de l'Aveyron

1.2.1. Une zone d'attractivité dépassant les limites de l'Aveyron

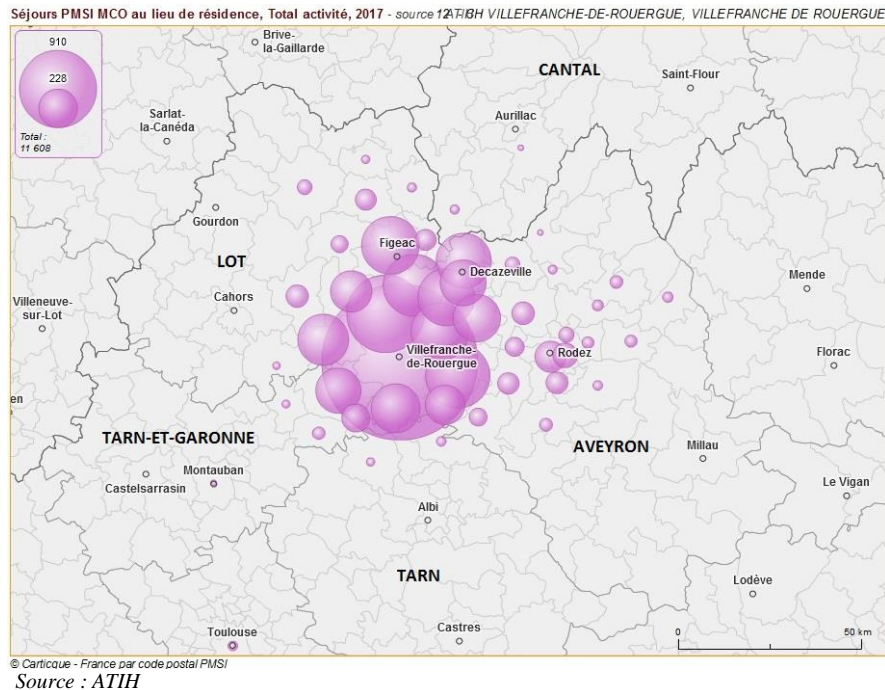
L'épicentre de la zone d'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue est situé au nord-ouest du département de l'Aveyron. Cette zone recouvre le sud-est du Lot et, dans une moindre mesure, le nord du Tarn et le nord-est du Tarn-et-Garonne.

² La zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (Nbre séjours médicaux/ Nbre habitants) les plus élevés (définition ATIH).

³ L'indice de vieillissement est le rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans. Plus l'indice est faible plus le rapport est favorable aux jeunes, plus il est élevé plus il est favorable aux personnes âgées.

⁴ Source : Schéma départemental autonomie 2016-2021 de l'Aveyron.

Graphique n° 1 : Zone d'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue



1.2.2. Une zone d'attractivité essentiellement rurale

Le département de l'Aveyron présentait en 2015 une densité de 32 habitants au kilomètre carré. 60,8 % de son territoire sont dédiés à l'activité agricole⁵. Les bassins de vie de la zone d'attractivité situés dans le Lot est (Figeac) et le Tarn (Carmaux) présentent des profils identiques.

1.2.3. Une voirie départementale structurant la fréquentation des établissements de santé

Les infrastructures de réseaux de transports, à savoir la voirie départementale, constituent un élément déterminant à la fois pour l'attractivité du centre hospitalier et dans les taux de fuite enregistrés.

Le centre hospitalier se situe ainsi⁶ à :

- 35 mn de Figeac (Lot) par la route départementale D922, soit 36 km ;
- 53 mn de Rodez (Aveyron) par la route départementale D994, soit 58 km ;
- 1h07 d'Albi (Tarn) par les routes départementales D922 et D600, soit 69 km.

L'établissement de recours est le CHU de Toulouse. Il est, quant à lui, accessible en deux heures par la route départementale D926. Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue a recours pour pallier cet éloignement aux moyens hélicoptés.

⁵ Données 2006.

⁶ Durée minimale de trajet. Source : google map.

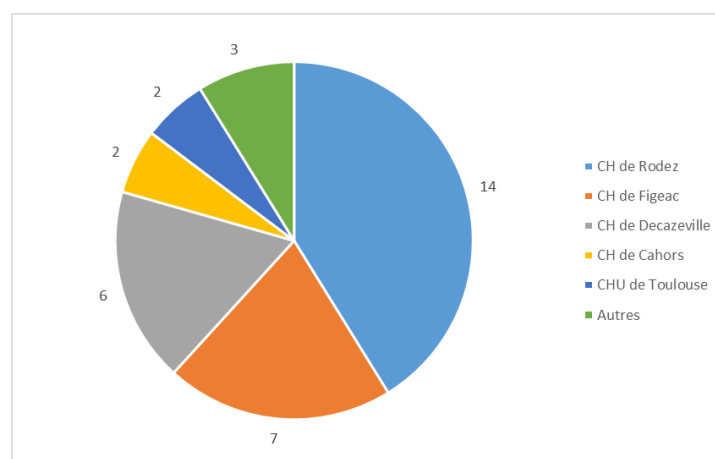
1.3. Un cadre de coopérations partenariales autour du groupement hospitalier de territoire du Rouergue et du centre hospitalier de Figeac

La stratégie de coopération du centre hospitalier s'articule avec les grandes orientations des projets régionaux de santé Midi-Pyrénées 2012-2017 et Occitanie 2018-2022.

1.3.1. Le cadre conventionnel hors groupement hospitalier de territoire

Les trois centres hospitaliers intervenant dans la zone d'attractivité du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (Rodez, Figeac et Decazeville) concentrent 79 % des conventions publiques signées par l'établissement.

Graphique n° 2 : Les conventions partenariales publiques du centre hospitalier



Source : CRC

Les principales conventions passées avec les trois établissements de la zone d'attractivité de Villefranche-de-Rouergue permettent de structurer des coopérations dans le domaine de l'oncologie avec le centre hospitalier de Rodez⁷ ainsi que de la périnatalité, de la biologie médicale et enfin de l'utilisation des scanographes avec les centres hospitaliers de Decazeville et de Figeac.

⁷ Cette structuration pourrait évoluer à la suite de la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé, celui-ci ayant été validé en juin 2018.

Tableau n° 2 : Principales conventions de partenariat auxquelles le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue est partie prenante

Etablissements	Objet des conventions
CH de Rodez	<p><u>Oncologie</u> : Six conventions ont été signées pour structurer la filière. Trois cancérologues du CH de Rodez exercent une journée par semaine au CH de Villefranche-de-Rouergue.</p> <p>La coopération dite 3C (Centre de Coordination en Cancérologie) prévoit notamment que les réunions de consultation pluridisciplinaire aient lieu sur le site du CH de Rodez, en présentiel ou par le biais de la télé-médecine.</p>
CH de Decazeville et CH de Figeac	<p>I. <u>Centre de périnatalité</u>. Un gynécologue du CH de Villefranche-de-Rouergue exerce au CH de Decazeville. A compter du huitième mois de grossesse, les patientes du CH de Figeac sont prises en charge au CH de Villefranche-de-Rouergue.</p> <p>II. <u>Biologie médicale</u> : Le CH de Decazeville adresse les analyses biologiques qu'il ne peut réaliser en propre au CH de Villefranche-de-Rouergue. Parmi celles-ci peuvent figurer des analyses prescrites au CH de Figeac et qui ont été transmises au préalable au CH de Decazeville.</p> <p>III. <u>Utilisation des scanographes</u>. En cas de problème technique des scanographes, les patients sont adressés au CH de Villefranche-de-Rouergue afin de réaliser leurs examens.</p>

Source : CRC

1.3.2. Le groupement hospitalier de territoire du Rouergue

Les centres hospitaliers de Villefranche-de-Rouergue, de Rodez, de Decazeville, d'Espalion-Saint-Laurent d'Olt⁸, Saint-Geniez-d'Olt⁹ et de l'hôpital du Vallon de Salles-La-Source¹⁰ constituent le groupement hospitalier de territoire (GHT) du Rouergue depuis le 30 juin 2016¹¹. Le centre hospitalier de Rodez en est l'établissement support.

Le centre hospitalier de Figeac dont l'ARS Occitanie avait envisagé initialement le rattachement au groupement hospitalier du territoire du Rouergue en raison de sa proximité géographique¹² ainsi que des coopérations engagées avec le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, a cependant été rattaché au groupement hospitalier de territoire du Lot regroupé autour de Cahors. L'agence régionale de santé indique que le découpage départemental retenu n'interdit cependant pas des coopérations ponctuelles entre Villefranche-de-Rouergue et Figeac.

Dès lors, la direction du centre hospitalier de Rodez concentre la capacité décisionnelle de quatre établissements sur six au sein du GHT. Les trois établissements, Espalion-Saint-Laurent-d'Olt, Saint-Geniez-d'Olt et Salles-La-Source sont en effet en direction commune avec Rodez.

Le directeur représente même cinq établissements¹³ sur six au sein du comité stratégique chargé de la convention et du projet médical partagé. En effet, aux termes de l'article L. 6132-2

⁸ L'hôpital intercommunal d'Espalion-Saint-Laurent d'Olt dispose depuis 2016 de 13 lits de médecine (- 7 lits entre 2015 et 2016). Il a réalisé 168 séjours en 2017. Le reste de son activité est principalement dédiée à l'hébergement (189 lits) ainsi qu'au moyen séjour (85 lits).

⁹ L'hôpital de Saint-Geniez-d'Olt réalisait en 2017 une activité de 114 séjours de médecine pour six lits installés depuis 2016 (- 3 lits entre 2015 et 2016). Il dispose par ailleurs de 164 lits d'hébergement, de 30 lits de long séjour et enfin de 24 lits de moyen séjour.

¹⁰ L'hôpital du Vallon de Salles-la-Source orienté vers l'hébergement (97 lits) et le moyen séjour (34 lits).

¹¹ Un projet médico-soignant partagé a été adopté le 8 juin 2018 par le conseil de surveillance du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue. Celui-ci a assorti sa délibération de réserves sur le volet chirurgical.

¹² Le centre hospitalier de Figeac se situe à 70 km et à 1h08 de Cahors contre 35 mn et 36 km avec Villefranche-de-Rouergue.

¹³ Lors de la négociation et de l'approbation du projet médico-soignant partagé en juin 2018, l'intérim du centre hospitalier de Decazeville était confié au directeur du centre hospitalier de Rodez.

du code de la santé publique, « la composition du comité stratégique chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé [...] comprend notamment les directeurs d'établissement, les présidents des commissions médicales d'établissement et les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'ensemble des établissements parties au groupement [...] ».

1.4. Une restructuration de l'offre sanitaire

1.4.1. Un regroupement de l'activité sanitaire sur un site unique depuis 2016

1.4.1.1. Jusqu'en 2014 : une organisation sur trois sites

Le centre hospitalier a racheté le 2 janvier 2003 la clinique Saint Alain¹⁴ et s'est organisé sur trois sites : la Chartreuse, au sud-ouest du centre-ville, Rulhe, au Nord-Ouest et Saint-Alain, au centre-ville.

Cette structuration ne permettait pas d'optimiser la prise en charge des patients et occasionnait des coûts supplémentaires pour l'établissement¹⁵. Le site de Saint-Alain accueillait notamment des services d'hospitalisation chirurgicaux mais également de la chirurgie ambulatoire et des services de consultation externes. Les services d'hospitalisation chirurgicaux étaient présents également sur le site de la Chartreuse distant de deux kilomètres. Les services supports (laboratoire, pharmacie, services techniques, stérilisation) étaient par ailleurs dédoublés.

Cette dispersion des activités a été rationalisée avec le projet de nouvel hôpital.

1.4.1.2. Le projet « nouvel hôpital » : une spécialisation de l'activité sur deux sites

Le centre hospitalier a restructuré ses capacités d'accueil avec la fermeture du site de Saint-Alain en 2016.

Les travaux d'extension et de restructuration de la médecine, chirurgie et obstétrique sur le site de la Chartreuse ont été réalisés entre septembre 2013 et février 2016. Ils ont abouti à la création de deux nouveaux bâtiments et à la restructuration du bâtiment principal existant¹⁶ pour un coût de 10,48 M€¹⁷.

Ces travaux ont permis à l'établissement de se doter de locaux et d'un plateau technique neufs et performants. Ainsi, le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue dispose d'un bloc opératoire composé de sept salles, dont deux ISO 5 ; il est équipé notamment d'une IRM, d'un scanner, d'un laser urologique, de colonnes vidéo HD pour les spécialités endoscopiques, écho-endoscopiques et cœlioscopiques ainsi que de 30 endoscopes.

Cette restructuration a conduit également à la fermeture de 25 lits et places de sanitaire. L'offre MCO est ainsi passée entre 2012 et 2016 de 174 à 149 lits et places. Le nombre de lits

¹⁴ Voir 3.1.2.

¹⁵ Chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, Rapport d'observations définitives du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, exercices 2000 à 2008.

¹⁶ Voir annexe 1.

¹⁷ Répartis entre 10 040 775 € de construction et 439 078 € d'équipements biomédicaux. L'établissement n'a pas été en mesure de communiquer le coût initial de l'opération en dehors de la partie biomédicale, soit 606 100 €.

d'établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (273 lits) et d'unités de soins de longue durée (USLD) (80 lits) est resté, quant à lui, stable.

La Chartreuse rassemble désormais l'ensemble des activités de MCO ainsi qu'un EHPAD. Rulhe accueille les autres activités d'EHPAD ainsi que l'USLD. Cette restructuration constituait le point principal du projet médical.

Tableau n° 3 : Impact de l'opération « nouvel hôpital » sur le nombre de lits et places en MCO

	2012	2016	Différence
Lits installés en Médecine	75	65	-10
Places installées de Médecine	0	5	5
Lits installés de Chirurgie	82	36	-46
Places installées de Chirurgie	5	31	26
Lits installés d'Obstétrique	12	12	0
Total	174	149	-25

Source : SAE

Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue a diminué le nombre de lits d'hospitalisation temps plein ouverts entre 2012 et 2016, soit dix lits en médecine (- 13,3 %) et 46 en chirurgie (- 56 %) à la suite du développement de l'activité d'ambulatoire. Le nombre de places en ambulatoire a augmenté, soit cinq places ouvertes en médecine et un passage en chirurgie de cinq places (2012) à 31 places (2016).

Le projet « nouvel hôpital » a permis au centre hospitalier de disposer d'une organisation plus cohérente. L'établissement bénéficie, en outre, d'un plateau technique rénové pour sa partie sanitaire.

1.4.2. Une adaptation de l'offre capacitaire à poursuivre

L'adaptation de l'offre capacitaire réalisée dans le cadre du regroupement des activités sanitaires sur le site unique de la Chartreuse doit être poursuivie.

1.4.2.1. Un taux d'occupation des lits à optimiser en hospitalisation complète

La réduction des capacités en lits d'hospitalisation complète en médecine, chirurgie et obstétrique pourrait permettre de poursuivre le virage ambulatoire engagé par l'établissement et d'optimiser ainsi le faible taux d'occupation des lits.

Tableau n° 4 : Évolution des taux d'occupation de lits en MCO (hors ambulatoire)

en %	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Taux d'occupation des lits en médecine	77,4	76,2	69,4	69,9	62,7	NC	-5,1%
Taux d'occupation des lits en chirurgie	50,6	49,0	46,0	58,8	58,9	NC	3,9%
Taux d'occupation des lits en obstétrique	72,2	71,1	67,4	57,4	59,9	NC	-4,6%

Source : Hospidiag – indicateurs A13, A14 et A15

Les taux d'occupation des places d'ambulatoire n'appellent, quant à eux, pas d'observation ; ceux-ci se situant au-dessus du taux cible.

Tableau n° 5 : Évolution des taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire

	Taux cible	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	100%	190%	202%	205%	218%	384%	NC

Source : Hospidiag – indicateur P14

1.4.2.2. Un projet de redimensionnement des activités MCO en hospitalisation complète

L'établissement indique qu'il va proposer, dans le plan de retour à l'équilibre soumis à l'ARS, de poursuivre la diminution du nombre de lits d'hospitalisation temps plein. Il envisage ainsi de passer à 28 lits de médecine (contre 75 en 2012).

En chirurgie, la rationalisation doit se poursuivre selon deux *scénarii* alternatifs. Dans l'hypothèse du maintien d'une activité de chirurgie cancérologique d'urologie, l'ensemble des lits d'hospitalisation complète et de semaine seraient rassemblés sur un plateau d'hospitalisation complète de 31 lits nécessitant dès lors la fermeture de l'unité d'hospitalisation de semaine de 13 lits dédiés¹⁸. Dans l'hypothèse de l'arrêt de cette spécialité, l'établissement passerait à 27 lits d'hospitalisation complète et fermerait l'unité d'hospitalisation de semaine de 13 lits.

Enfin, en obstétrique, l'établissement passerait de 12 à 10 lits.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue a su restructurer son offre sanitaire en passant de trois à deux sites. La restructuration réalisée n'a cependant pas produit tous ses effets, les taux d'occupation des lits demeurant faibles. Elle doit se poursuivre avec une adaptation de l'offre capacitaire d'hospitalisation complète.

2. UNE ACTIVITÉ CHIRURGICALE EN PROGRESSION, UNE PLUS GRANDE VULNÉRABILITÉ EN MÉDECINE ET EN OBSTÉTRIQUE

Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue dispose d'une offre de soins¹⁹ couvrant l'ensemble des grandes disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique²⁰. Il délivre également des séances de chimiothérapie.

¹⁸ La suppression de l'hospitalisation de semaine devrait permettre de fluidifier la sortie des patients. En effet, l'établissement est actuellement confronté, le vendredi soir, à des sorties de patients présentant des difficultés de prise en charge sociale, alors que le maintien dans une structure sanitaire n'est plus justifié.

¹⁹ L'essentiel de l'activité du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue concerne la médecine (47,5 % de la valorisation financière 2017) et la chirurgie (47 %). L'obstétrique ne représente quant à elle que 5,5 % de la valorisation financière de l'activité MCO 2017.

²⁰ Les activités les plus fréquentes en médecine concernent les endoscopies digestives thérapeutiques avec anesthésie, les affections médicales du nouveau-né, les endoscopies digestives avec ou sans anesthésie, les signes et symptômes ainsi que les affections respiratoires. Les actes chirurgicaux les plus pratiqués concernent les cataractes, les chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur), les hernies, les chirurgies de la main et du poignet et des actes O.R.L. et la stomatologie. La maternité de l'établissement est classée en « niveau 1 » correspondant aux grossesses ne présentant pas de risque particulier ni pour la mère, ni pour l'enfant ; le centre hospitalier ne disposant ni d'un service de pédiatrie, ni d'un service de réanimation. En cas de complication, les parturientes sont transférées vers une maternité de niveau 2 (Rodez) ou de niveau 3 (CHU de Toulouse). Ce dernier établissement est, aux termes de l'article neuf de la convention constitutive du GHT, l'établissement de recours du GHT.

La période 2012-2017 a été caractérisée par le virage de l'ambulatoire, une hausse de l'activité en chirurgie, une baisse des parts de marché en médecine et en obstétrique avec une diminution de cette activité exprimée en nombre de séjours.

2.1. Une activité de médecine fragilisée par la baisse des hospitalisations complètes

2.1.1. Une diminution des séjours de médecine ayant induit une baisse des recettes d'activité

2.1.1.1. Une baisse du nombre de séjours

L'activité de médecine a diminué de 1,8 % en moyenne annuelle (soit - 599 séjours entre 2012 et 2017). Cette évolution est imputable à la diminution des hospitalisations complètes de 5,4 % en moyenne annuelle, soit - 1 096 séjours entre 2012 et 2017. L'augmentation de l'activité ambulatoire de 4 % en moyenne annuelle, soit + 497 séjours supplémentaires au cours de la période n'a pas permis de compenser la baisse de l'hospitalisation complète.

Alors que la population de sa zone d'attractivité vieillit, le centre hospitalier ne parvient pas à remplir ses lits en médecine, les patients se tournant plutôt vers les centres de Figeac et Cahors.

Tableau n° 6 : Évolution du nombre de séjours de médecine²¹

en nombre de séjours	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var. période
Total activité médecine	6 800	6 755	6 690	6 254	6 034	6 201	-1,8%	-8,8%
dont hospitalisation complète	4 516	4 313	4 182	3 860	3 559	3 420	-5,4%	-24,3%
dont ambulatoire (hors séances)	2 284	2 442	2 508	2 394	2 475	2 781	4,0%	21,8%

Source : CRC, d'après PMSI

En revanche, l'établissement a augmenté le nombre de ses séances, soit + 20,2 % en variation annuelle moyenne. Cette hausse est principalement due aux séances de chimiothérapie. Celles-ci ont représenté 76,2 % du total des séances réalisées sur la période²². Cette croissance permet une meilleure prise en charge des patients mais l'hôpital n'a toutefois pas été en capacité de démontrer qu'il avait obtenu, en regard, une baisse des coûts fixes.

Tableau n° 7 : Évolution du nombre de séances de médecine

en nombre de séances	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle	var. période
chimio	556	826	966	1 114	1 297	1 403	20,3%	152,3%
autres séances	173	220	283	417	407	424	19,6%	145,1%
Total séances	729	1 046	1 249	1 531	1 704	1 827	20,2%	150,6%

Source : CRC, d'après PMSI

²¹ Données d'activités des séjours MCO non disponibles.

²² La réduction des coûts fixes en regard du développement des séances de médecine n'a pas été mise en évidence par l'établissement.

2.1.1.2. Une diminution de la valorisation de l'activité de médecine

La valorisation financière de l'activité de médecine a diminué de 1 %²³ en moyenne annuelle en raison de la baisse de l'hospitalisation complète (- 3,7 % en valorisation annuelle moyenne) imputable à la baisse des séjours.

Cette baisse a cependant été atténuée par la hausse de la valorisation des séjours réalisés en ambulatoire (+ 6,5 % en valorisation annuelle moyenne) ainsi que par l'augmentation du nombre des séances (+ 25,4 %).

Tableau n° 8 : Évolution des produits de la tarification des séjours et séances de médecine (valorisation nette)

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var, annuelle	var, période
Total activité médecine	13 109 572	13 178 142	12 853 033	12 611 591	12 148 489	12 453 053	-1,0%	-5,0%
<i>dont hospitalisation complète</i>	<i>10 723 425</i>	<i>10 422 447</i>	<i>9 916 403</i>	<i>9 465 638</i>	<i>8 824 912</i>	<i>8 859 081</i>	-3,7%	-17,4%
<i>dont ambulatoire (hors séances)</i>	<i>2 091 778</i>	<i>2 327 605</i>	<i>2 424 512</i>	<i>2 508 227</i>	<i>2 622 239</i>	<i>2 865 773</i>	6,5%	37,0%
<i>dont séances</i>	<i>294 369</i>	<i>428 090</i>	<i>512 118</i>	<i>637 726</i>	<i>701 338</i>	<i>728 199</i>	25,4%	147,4%

Source : CRC, d'après PMSI

Ensuite, l'amélioration du poids moyen du cas traité tant en hospitalisation complète (+ 1,8 %) qu'en ambulatoire (+ 2,4 %), en dépit des baisses de tarifs, a progressé entre 2012 et 2017. L'établissement indique, sans le démontrer, que cette situation serait imputable à des niveaux de sévérité accrus en hospitalisation complète ainsi qu'à un meilleur codage.

Tableau n° 9 : Évolution du poids moyen du cas traité des séjours de médecine d'hospitalisation complète et d'ambulatoire

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var. période
Hospitalisation complète	2 375	2 417	2 371	2 452	2 480	2 590	1,8%	9,1%
Ambulatoire (hors séances)	916	953	967	1 048	1 059	1 030	2,4%	12,5%

Source : CRC, d'après PMSI

Enfin, la baisse de la durée moyenne de séjour a également contribué à atténuer les effets de la diminution du nombre de séjours. L'indice pondéré de la durée moyenne de séjour²⁴ est en effet passé de 0,896 à 0,866 au cours de la période. En 2017, l'IP DMS de l'établissement se situait en deçà de la moyenne de la référence nationale²⁵ ainsi que des 20 % des établissements les plus performants de la même catégorie.

²³ Pour permettre une comparaison avec l'évolution de l'activité de médecine, la valorisation financière a été rapportée aux seuls exercices postérieurs à 2012 à l'exception du 2017 qui n'était pas disponible.

²⁴ L'indice pondéré de la durée moyenne de séjour est la comparaison entre le nombre de journées MCO réalisées en hospitalisation complète et le nombre de journées théoriques, à activité identique, permettant d'approcher l'efficacité des établissements étudiés.

²⁵ Lorsque l'IP-DMS est inférieur à 1, les durées de séjour sont en moyenne moins longues que pour l'ensemble des établissements.

Tableau n° 10 : Évolution de l'indice de performance de la durée moyenne de séjour en médecine²⁶

	Taux de référence national	Moy. des 20% d'etbts + perf. même catég. (2017)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IP-DMS médecine	1,0	0,963	0,896	0,899	0,850	0,815	0,828	0,866

Source : Hospidiag – indicateur P1

2.1.2. Une concurrence publique offensive en médecine

Les principaux concurrents du centre hospitalier en médecine étaient en 2017 l'établissement de recours du territoire, le CHU de Toulouse (10,5 % de parts de marché) suivi du centre hospitalier de Rodez, établissement support du GHT (9,1 %).

Tableau n° 11 : Les principaux concurrents du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue en médecine²⁷

Rang en PdM (2017)	Etablissement	Parts de marché sur la zone d'attractivité (%)						Evol, pér, (points)
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
1	CH Villefranche-de-Rouergue	55,5	54,0	54,5	51,6	48,4	48,8	-6,7
2	CHR Toulouse	10,4	9,6	9,3	9,6	9,9	10,5	0,1
3	CH Rodez	7,2	8,4	8,0	8,7	9,2	9,1	1,9
4	CH Figeac	4,6	6,4	6,4	6,4	6,8	6,3	1,7
5	CH Cahors	2,7	2,9	3,1	4,2	4,0	4,3	1,6
6	CH Decazeville	3,3	3,1	3,3	3,4	3,2	3,1	-0,2
7	Clinique Pasteur	2,5	2,8	2,9	2,6	2,9	3,4	0,9
Autres établissements		13,8	12,8	12,5	13,5	15,6	14,5	0,7

Source : PMSI, hospidiag

En médecine, l'établissement privé captant le plus de parts de marché est la clinique Pasteur à Toulouse. Celle-ci est située au 6^{ème} rang. Elle a réalisé 3,4 % de parts de marché en 2017 contre 2,9 % en 2016 et 2,6 % en 2015.

Pour autant, en nombre de chimiothérapies, le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue a progressé de 14 points alors que son principal concurrent, Rodez, diminuait de 15,2 points.

²⁶ Les indices de performance de la durée moyenne de séjour comparent la DMS du champ d'activité MCO de l'éventail des cas pris en charge de l'établissement aux DMS de référence de chaque groupe homogène de malades (GHM) dans le même champ d'activité.

²⁷ Détail des données relatives à l'hospitalisation complète et à l'ambulatoire non disponible.

Tableau n° 12 : Les principaux concurrents du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue en séances de chimiothérapie

Rang en PdM (2017)	Etablissement	Parts de marché sur la zone d'attractivité %						Evol. Pér. (points)
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
1	CH Villefranche-de-Rouergue	36,8	46,0	49,8	52,2	52,6	50,8	14,0
2	CH Rodez	34,8	22,9	17,4	18,6	19,9	19,6	-15,2
3	Institut Claudius Regaud	6,0	9,3	8,0	4,8	6,2	7,7	1,7
4	CHR Toulouse	6,0	5,0	3,6	5,5	5,7	5,4	-0,6
5	clinique Font Redonde	9,9	8,9	10,0	6,8	6,3	5,4	-4,5
6	CH Cahors		1,0	1,6	0,9	2,1	4,2	4,2
7	Clinique Toulouse Lautrec		1,4	2,8	1,7	1,3	1,9	1,9
	Autres établissements	6,5	5,5	6,8	9,5	5,9	5,0	-1,5

Source : PMSI, hospidiag

La baisse des parts de marché du centre hospitalier en médecine constitue un point de fragilité de l'établissement en dépit de la hausse des parts de marché en chimiothérapie. L'ambulatoire hors séances ne s'est en effet pas suffisamment développé pour compenser la baisse des séjours d'hospitalisation complète.

2.2. Une activité chirurgicale en hausse malgré une concurrence accrue

2.2.1. Une hausse des séjours permettant une légère augmentation des recettes liées à la tarification à l'activité

2.2.1.1. Le développement de la chirurgie ambulatoire

Le centre hospitalier a développé son activité ambulatoire en chirurgie (+ 5,6 % en moyenne annuelle). Le volume des actes supplémentaires réalisés en ambulatoire sur la période est supérieur à la diminution du volume des actes chirurgicaux réalisés en hospitalisation temps plein (- 2,4 %) ; une partie de l'activité chirurgicale réalisée précédemment en hospitalisation complète ayant été progressivement effectuée dans ce cadre.

Le centre hospitalier réalisait 53,8 % de son activité chirurgicale en ambulatoire en 2017 contre 44 % en 2012. Au plan national, le centre hospitalier se situait à 7,83 points au-dessus de la moyenne du taux de chirurgie ambulatoire des 20 % des établissements les plus performants de même catégorie²⁸.

Tableau n° 13 : Évolution du nombre de séjours réalisés²⁹

en nombre de séjours	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var. période
Total activité chirurgicale	4 757	4 774	4 684	4 805	4 907	5 113	1,5%	7,5%
dont hospitalisation complète	2 665	2 556	2 430	2 409	2 286	2 363	-2,4%	-11,3%
dont ambulatoire	2 092	2 218	2 254	2 396	2 621	2 750	5,6%	31,5%

Source : CRC, d'après PMSI

²⁸ En 2017, les 20 % des établissements les plus performants de la même catégorie au plan national avaient un taux de chirurgie ambulatoire de 45,95 % (contre 38,33 % en 2013).

²⁹ Cumul des parts de marché chirurgie : données non disponibles.

Cette hausse de l'activité a été réalisée en dépit de la fermeture temporaire des blocs opératoires à raison de 60 jours en 2015 et de dix jours en 2016 pour réaliser les travaux prévus par l'opération « nouvel hôpital »

L'exercice 2017, première année de fonctionnement des blocs opératoires dans le cadre de la nouvelle organisation a permis une hausse de l'activité par rapport à 2016 avec dix jours d'ouverture supplémentaires, tant des hospitalisations complètes (+ 76 séjours, soit + 3,3 %) que de l'ambulatoire (+ 128 séjours, soit + 4,9 %). Cette augmentation a été réalisée en dépit de la suspension de l'activité de cancérologie urologique le 9 novembre 2017³⁰.

L'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire est également mesurable au travers de l'indicateur « des 18 gestes marqueurs » en chirurgie pour lesquels le potentiel d'ambulatoire est de 90 %.

Par rapport aux établissements de même catégorie, le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue se situait à un niveau légèrement supérieur à la moyenne des 20 % des établissements français les plus performants de même catégorie³¹ (8^{ème} décile) en 2013 et en 2014. En 2017, le taux de l'établissement était inférieur de 3,56 points à la moyenne des 20 % des établissements les plus performants de la même catégorie.

Tableau n° 14 : Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue	NC	78,65	78,26	79,62	81,27	81,43
20% des établissements les moins avancés de la catégorie	NC	54,33	57,56	61,3	64,53	64,82
20% des établissements les plus avancés de la catégorie	NC	75,96	77,31	80,29	83,08	84,99
Ecart Villefranche de Rouergue / établissements du 8 ^{ème} décile	NC	2,69	0,95	-0,67	-1,81	-3,56

Source : Hospidiag, ATIF, indicateur P13

2.2.1.2. Une valorisation financière de la chirurgie ambulatoire en légère hausse

La valorisation de l'ensemble des séjours de chirurgie a augmenté de 0,3 % en moyenne annuelle en raison de la progression des séjours d'ambulatoire (+ 6,8 % en valorisation moyenne annuelle ; 5,6% en séjours) comblant la diminution constatée en hospitalisation complète (- 1,7 % en valorisation moyenne annuelle ; - 2,4 % en séjours).

Tableau n° 15 : Évolution de la valorisation des séjours de chirurgie

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var. période
Total activité chirurgicale	12 151 047	12 161 072	12 056 237	12 217 802	12 059 440	12 321 168	0,3%	1,4%
dont hospitalisation complète	9 699 661	9 453 520	9 250 168	9 194 952	8 765 610	8 907 074	-1,7%	-8,2%
dont ambulatoire	2 451 386	2 707 552	2 806 069	3 022 850	3 293 830	3 414 094	6,8%	39,3%

Source : PMSI du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

La valorisation de l'activité de chirurgie a progressé moins rapidement que celle du nombre de séjours (+ 1,5 % en moyenne annuelle), soit un écart de 1,2 points en raison d'une moindre valorisation des séjours d'ambulatoire par rapport à l'hospitalisation complète et de la baisse des tarifs.

³⁰ Suite à une mise en demeure de la directrice générale de l'ARS de mettre un terme immédiat aux opérations réalisées par le centre hospitalier en raison de l'absence d'autorisation délivrée à l'établissement.

³¹ Établissements du 8^{ème} décile de l'indicateur P13 « taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire » (source : hospidiag).

L'établissement indique cependant que le codage de l'activité a été amélioré et que la sévérité des patients pris en charge en hospitalisation complète a augmenté en cours de période. Ces éléments justifient que la baisse de la valorisation des hospitalisations complètes (- 1,7 % en moyenne annuelle) ait été inférieure à celle de ces séjours (- 2,4 %). Ainsi, le poids moyen du cas traité s'est amélioré de 0,7 % en hospitalisation complète.

Tableau n° 16 : Évolution du poids moyen du cas traité en hospitalisation complète et en ambulatoire

Valorisation moyenne du séjour en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var, annuelle moy,	var, période
Hospitalisation complète	3 640	3 699	3 807	3 817	3 834	3 769	0,7%	3,6%
Ambulatoire	1 172	1 221	1 245	1 262	1 257	1 241	1,2%	5,9%

Source : CRC

Enfin, l'établissement a amélioré son indice de performance de la durée moyenne de séjour en chirurgie. Celui-ci demeurait néanmoins inférieur en 2017 au taux de référence national³² ainsi qu'à la moyenne des 20 % des établissements les plus performants de la même catégorie.

Tableau n° 17 : Évolution de la durée moyenne de séjour en chirurgie

	Taux de référence national	Moy. des 20% d'etbts + perf. même catég. (2017)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IP-DMS chirurgie	1,0	0,968	1,072	1,051	1,050	0,989	1,011	0,961

Source : Hospidiag – indicateur P2

La durée moyenne de séjour en chirurgie devrait être optimisée par la mise en place, en 2018, pour l'ensemble du secteur unique de chirurgie, d'un poste d'infirmier coordinateur sur les parcours des patients.

2.2.2. Une concurrence essentiellement publique

2.2.2.1. Une érosion des parts de marché du centre hospitalier en hospitalisation complète de chirurgie

En activité d'hospitalisation complète de chirurgie, le centre hospitalier de Figeac constitue le principal concurrent du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue (13,9 %), suivi du CHU de Toulouse (8 %) ³³ puis des centres hospitaliers de Rodez (7,6 %) et de Decazeville (7 %). Le premier concurrent privé, la clinique Toulouse Lautrec, située au 6^{ème} rang, représente 4,8 % des parts de marché de la zone d'attractivité contre 4,5% en 2016.

³² Lorsque l'IP-DMS est inférieur à 1, les durées de séjour sont en moyenne moins longues que pour l'ensemble des établissements.

³³ Le CHU de Toulouse ne concurrence le CH de Villefranche-de-Rouergue qu'en tant qu'établissement recours. Ainsi, en chirurgie ambulatoire, il ne captait que 3,5 % des parts de marchés de la zone d'attractivité de Villefranche-de-Rouergue.

Tableau n° 18 : Les principaux concurrents en chirurgie d'hospitalisation complète (en parts de marché)

Rang en PdM (2017)	Etablissement	Parts de marché (%)						Evol, pér, (points)
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
1	CH Villefranche-de-Rouergue	31,9	31,1	29,6	29,0	28,7	29,5	-2,4
2	CH Figeac	8,1	13,9	14	14,5	14,5	13,9	5,8
3	CHR Toulouse	8,1	8,3	8,4	8,2	8,6	8,0	-0,1
4	CH Rodez	4,4	5,3	6	6,2	6,5	7,6	3,2
5	CH Decazeville	9,8	10	9,4	8,7	8,1	7,0	-2,8
6	Clinique Toulouse Lautrec	4	4,6	4,5	4,6	4,5	4,8	0,8
7	CH Cahors	2,6	2,7	2,9	3,5	3,5	4	1,4
	Autres établissements	31,1	24,1	25,2	25,3	25,6	25,2	-5,9

Source : PMSI, hospidiag

L'érosion des parts de marché du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue au cours de la période doit être nuancée, d'une part, par l'augmentation de l'activité de chirurgie ambulatoire en nombre de séjours et, d'autre part, par le fait que cette diminution a principalement concerné la période 2012-2014 (- 2,3 points). Les baisses enregistrées en 2015 et 2016 peuvent être pour partie imputables à la fermeture partielle des blocs opératoires. En 2017, les parts de marché du centre hospitalier sur sa zone d'attractivité sont revenues à un niveau proche de 2014 ; les principaux concurrents de l'établissement ayant diminué leur activité d'hospitalisation complète en chirurgie au bénéfice de l'ambulatoire.

2.2.2.2. Une concurrence accrue en chirurgie ambulatoire

En ambulatoire, le principal concurrent est le centre hospitalier de Rodez (10,6 %). Les centres hospitaliers de Rodez et de Decazeville captent une activité relativement proche de 6,6 % et de 6,3 %. La clinique du docteur Cave à Montauban constitue le seul concurrent privé parmi les quatre premiers concurrents du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue. Son émergence en chirurgie ambulatoire depuis 2015 en fait un concurrent dont l'influence se fait de plus en plus ressentir sur le territoire³⁴.

En chirurgie (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), l'établissement privé ayant attiré le plus de parts de marché est la clinique Toulouse Lautrec à Albi, avec un pic à 4,8 % en 2017. La clinique du Docteur Cave à Montauban s'est distinguée à partir de l'année 2015 en ce qui concerne la chirurgie ambulatoire et a capté 5,3 % de parts de marché en 2017.

³⁴ La clinique Toulouse Lautrec au 6^{ème} rang en hospitalisation complète est également présente en chirurgie ambulatoire (7^{ème} rang). Elle captait 3,4 % des parts de marchés en 2017, contre 4 % en 2016.

Tableau n° 19 : Les principaux concurrents en chirurgie ambulatoire (parts de marché)

Rang	Etablissement	Parts de marché (%)						Evol, pér, (points)
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
1	CH Villefranche-de-Rouergue	55,5	51,1	50,5	50,3	48,9	47,4	-8,1
2	CH Rodez	4,5	8,3	8,3	8,8	11,2	10,6	6,1
3	CH Figeac	2,1	7,0	6,6	6,1	6,1	6,6	4,5
4	CH Decazeville	8,7	9,2	8,2	7,0	5,1	6,3	-2,4
5	Clinique du docteur Cave	2,2	2,2	3,6	5,0	4,9	5,3	3,1
6	CHR Toulouse	2,6	2,5	3,2	2,3	2,6	3,5	0,9
7	Clinique Toulouse Lautrec	3,3	3,6	4,2	4,3	4,0	3,4	0,1
	Autres établissements	21,1	16,1	15,4	16,2	17,2	16,9	-4,2

Source : PMSI, hospidiag

La diminution des parts de marché en chirurgie ambulatoire a été régulière et constante au cours de la période, soit - 8,1 points. Seul le centre hospitalier de Decazeville a été confronté dans une moindre mesure à une baisse de ses parts de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité (- 2,4 points). Les autres établissements³⁵ ont augmenté leurs parts de marché.

En dépit de la diminution de ses parts de marché de chirurgie, le centre hospitalier répond aux besoins du territoire notamment avec le développement de son offre ambulatoire. La durée moyenne de séjour pourrait toutefois être optimisée.

2.3. Une organisation obstétricale perfectible

Au cours de la période, le nombre d'accouchements réalisés à la maternité n'a progressé qu'à la faveur de la fermeture de celle de Decazeville. Pour autant, le nombre global de séjours subit une érosion induisant une baisse des recettes.

2.3.1. Une hausse des accouchements imputable à la fermeture de la maternité de Decazeville

Le nombre d'accouchements réalisés au centre hospitalier a augmenté en moyenne annuelle de 0,2 %. Cette augmentation est la conséquence d'une augmentation des accouchements entre 2012 et 2014 (+ 28) et en 2017.

Cependant, entre 2014 et 2015, l'établissement a réalisé 60 accouchements de moins en raison de difficultés rencontrées³⁶ dans le fonctionnement des consultations avancées organisées par les praticiens de Villefranche-de-Rouergue dans le centre périnatal de proximité du centre hospitalier de Figeac. Celles-ci sont en voie de résolution³⁷.

L'établissement bénéficie d'un potentiel d'augmentation de son activité d'obstétrique s'il renforce sa collaboration avec le centre hospitalier de Figeac.

³⁵ Parmi les six principaux concurrents du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue.

³⁶ Difficultés liées aux temps de présence des praticiens de Villefranche-de-Rouergue.

³⁷ Entretien de fin de contrôle avec le directeur du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue du 4 décembre 2018. Entretien du 6 décembre 2018 avec le directeur de l'offre de soin de l'ARS Occitanie et le délégué territorial de l'ARS des départements du Tarn et de l'Aveyron.

L'année 2017 a permis au centre hospitalier de réaliser 34 accouchements supplémentaires par rapport à 2015 en raison de la suspension de l'autorisation de l'activité d'obstétrique de la maternité de Decazeville le 6 octobre 2016³⁸. Cet établissement avait réalisé 271 accouchements en 2015, dernière année de fonctionnement de la maternité³⁹. Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue a capté une part de cette activité lui permettant de revenir à un nombre d'accouchements comparable à celui de 2012 et 2013, soit un passage de 489 accouchements en 2015 à 532 en 2017 (+ 8,8 %). Cette fermeture de la maternité de Decazeville a toutefois davantage profité à l'activité du centre hospitalier de Rodez. Celui-ci a réalisé 1361 accouchements en 2017 contre 1 215 accouchements en 2015 (+ 12 %).

Tableau n° 20 : Évolution du nombre d'accouchements

en nombre d'accouchements	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var, période
CH de Villefranche-de-Rouergue	527	538	555	489	495	532	0,2%	0,9%
CH de Rodez	1333	1267	1 248	1 215	1 298	1 361	0,4%	2,1%
CH de Decazeville	317	296	295	271	185	0	-100,0%	-100,0%

Source : PMSI des centres hospitaliers de Villefranche-de-Rouergue, de Rodez et de Decazeville.

2.3.2. Une fragilité de l'activité d'obstétrique ayant induit une baisse des recettes d'activité

2.3.2.1. Une diminution du nombre de séjours obstétricaux

Le centre hospitalier a fait face à une baisse de son activité obstétricale en nombre de séjours, soit - 1,3 % en moyenne annuelle⁴⁰. Il impute cette baisse à la diminution du nombre de naissances dans la zone d'attractivité⁴¹ : le centre hospitalier a en effet capté une part croissante de parts de marché en obstétrique (+ 9,5 points entre 2012 et 2017), les séjours *ante partum*⁴² étant majoritairement pris en charge par les centres de périnatalité de proximité de Decazeville et Figeac.

Tableau n° 21 : Évolution du nombre de séjours réalisés en obstétrique

en nombre de séjours	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var. période
Total activité obstétrique	935	879	926	818	813	874	-1,3%	-6,5%
<i>dont hospitalisation complète</i>	<i>726</i>	<i>696</i>	<i>689</i>	<i>598</i>	<i>610</i>	<i>670</i>	<i>-1,6%</i>	<i>-7,7%</i>
<i>dont ambulatoire</i>	<i>209</i>	<i>183</i>	<i>237</i>	<i>220</i>	<i>203</i>	<i>204</i>	<i>-0,5%</i>	<i>-2,4%</i>

Source : PMSI du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

³⁸ Cette suspension a été décidée à la suite du décès d'une parturiente et de son bébé. Le retrait définitif de l'autorisation a été réalisé le 3 juillet 2017.

³⁹ 185 accouchements ont été réalisés en 2016, année de suspension de l'autorisation.

⁴⁰ Quatre périodes doivent être distinguées. Entre 2012 et 2013, les séjours obstétricaux ont fortement diminué (- 6 %). En 2014, l'activité est cependant revenue à un niveau comparable à 2012 (+ 5,3 % entre 2013 et 2014) en raison d'une hausse de l'activité ambulatoire (+ 29,5 %, soit + 54 séjours supplémentaires). Pour autant, en 2015 et 2016, l'activité d'obstétrique a de nouveau fortement baissé par rapport à 2014 (- 13,2 % entre 2014 et 2015) avant d'augmenter en 2017 pour s'établir à 874 séjours, soit un niveau proche de celui de 2013. Enfin 2017, la hausse de l'activité d'obstétrique a été obtenue par l'augmentation des accouchements en moyenne annuelle.

⁴¹ Voir 1.1. Les enjeux démographiques de la zone d'attractivité

⁴² Avant accouchement.

2.3.2.2. Une diminution de la valorisation des recettes d'obstétrique

La baisse de l'activité d'obstétrique exprimée en séjours s'est traduite par une diminution des recettes de 0,9 % en moyenne annuelle.

Tableau n° 22 : Évolution de la valorisation des séjours d'obstétrique

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	var. période
Total activité obstétrique	1 510 462	1 477 124	1 480 533	1 287 954	1 333 857	1 440 236	-0,9%	-4,6%
dont hospitalisation complète	1 458 924	1 437 824	1 427 108	1 233 258	1 287 915	1 397 001	-0,9%	-4,2%
dont ambulatoire	51 538	39 300	53 425	54 696	45 942	43 235	-3,5%	-16,1%

Source : PMSI du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Les recettes d'hospitalisation complète ont diminué en moyenne annuelle dans une proportion analogue (0,9 %). Les recettes d'ambulatoire ont baissé, quant à elles, de 3,5 %. Pour autant, le poids de l'ambulatoire rapporté à l'ensemble des recettes d'obstétrique ne représente sur la période que 3,4 % ; les accouchements constituant la part essentielle des produits obstétricaux.

2.3.3. Un levier d'optimisation en obstétrique : la diminution de la durée moyenne de séjour

L'indice de performance de la durée moyenne de séjour en obstétrique s'est dégradé⁴³. Il se situait en 2017 à la fois au-dessus du taux cible (0,024 points d'écart) et de la moyenne des 20 % des établissements les plus performants de la même catégorie en dépit de l'inscription de l'établissement dans le programme d'accompagnement du retour à domicile (PRADO)⁴⁴ de l'assurance-maladie et de l'accompagnement des femmes et de leur nouveaux nés par l'hospitalisation à domicile après l'accouchement.

Tableau n° 23 : Évolution des indices de performance de la durée moyenne de séjour en obstétrique

	Taux de référence national	Moy. des 20% d'etbts + perf. même catég. (2017)	2012	2013	2014	2015	2016	2017
IP-DMS obstétrique	1,0	0,927	1,066	1,066	1,050	1,067	1,106	1,024

Source : Hospidiag – indicateurs P3

La chambre invite l'établissement à la vigilance en ce qui concerne la durée moyenne de séjour, en s'appuyant sur les dispositifs de retour précoce au domicile dans le respect de la recommandation de bonne pratique de la Haute autorité de santé⁴⁵.

2.3.4. Un établissement captant des parts de marché

Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue capte 71,3 % des parts de marché en obstétrique sur sa zone d'attractivité, soit un niveau élevé. Celles-ci progressent sur la période de 9,5 points dans un contexte de baisse générale du nombre d'accouchements.

⁴³ Cette dégradation signifie que l'établissement a moins amélioré sa durée moyenne de séjour que la moyenne des autres établissements ayant une activité en obstétrique identique.

⁴⁴ Le programme d'accompagnement du retour à domicile a été mis en œuvre à Villefranche-de-Rouergue en obstétrique depuis 2013. Il concerne 75 % des patientes. Il a permis de faire passer la durée moyenne de séjour de 5 jours à 3,6 jours.

⁴⁵ HAS, recommandation de bonne pratique, « sortie de maternité après accouchement : conditions et organisations du retour à domicile des mères et de leurs nouveaux nés ». Recommandations pour la pratique clinique, mars 2014.

Tableau n° 24 : Les principaux concurrents en obstétrique⁴⁶ (parts de marché)

Rang	Etablissement	Parts de marché (%)						Evol, pér, (points)
		2012	2013	2014	2015	2016	2017	
1	CH Villefranche-de-Rouergue	61,8	63,9	66,6	62,0	65,5	71,3	9,5
2	CH Rodez	9,5	9,5	7,9	9,6	8,5	10,7	1,2
3	CH Cahors	3,7	3,6	5,4	4,0	3,8	3,1	-0,6
4	CH Figeac	1,5	1,9	2,3	2,8	2,1	2,8	1,3
5	CH Decazeville	15,3	15,5	11,5	14,3	12,9	2,6	-12,7
6	CHR Toulouse	2,9	2,0	2,3	2,8	2,9	2,0	-0,9
7	CH Aurillac	0,8	0,4	0,3	1,1	0,7	1,6	0,8
	Autres établissements	4,5	3,2	3,7	3,4	3,6	5,9	1,4

Source : PMSI, hospidiag

L'activité obstétricale pourrait toutefois être dynamisée par un renforcement des liens avec le centre hospitalier de Figeac ainsi que par la diminution de la durée moyenne de séjour.

Le directeur du centre hospitalier de Figeac a indiqué à la chambre que la collaboration entre les équipes n'est pas satisfaisante et rappelle que le centre hospitalier appartient au groupement hospitalier de territoire du Lot, ce qui le conduit à renforcer ses liens avec l'établissement support, le centre hospitalier de Cahors.

Pour autant, l'appartenance à des groupements hospitaliers différents ne constitue pas un obstacle à la relance de la coopération entre les centres hospitaliers de Villefranche-de-Rouergue et de Figeac en raison de la proximité géographique des deux structures et de l'existence d'un cadre conventionnel antérieur.

Recommandation

1. Relancer la coopération avec le centre périnatal de proximité du centre hospitalier de Figeac. *Non mise en œuvre.*

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement a su accroître son activité de chirurgie en prenant le virage de l'ambulatoire notamment grâce à l'opération « nouvel hôpital ». Pour autant, s'agissant de l'activité de médecine, l'ambulatoire n'a pas suffisamment progressé pour couvrir les pertes de séjours enregistrées en hospitalisation complète. Le centre hospitalier n'est ainsi pas parvenu à maintenir ses recettes liées à l'activité de médecine au niveau de 2012 : la perte est de 5 % sur la période, (soit - 656 519 €). Les gains en chirurgie sont demeurés limités, affichant une hausse de 170 121 € de recettes (+ 1,4 % au cours de la période).

Les résultats de l'activité d'obstétrique, malgré la progression d'activité enregistrée en 2017, demeurent en deçà du niveau de valorisation de 2012, soit une baisse des recettes de 70 226 € sur la période.

L'établissement a perdu l'équivalent de 0,56 M€ de recettes d'activités liées à la T2A entre 2012 et 2017 (- 2,08 % sur la période).⁴⁷L'ajustement des capacités de lits d'hospitalisation

⁴⁶ Détail des données relatives à l'hospitalisation complète et à l'ambulatoire non disponible.

⁴⁷ Voir 4.2.1. Un chiffre d'affaires quasi stable.

complète doit se poursuivre pour permettre le maintien d'un niveau de dépenses correspondant aux recettes tirées de l'activité⁴⁸.

3. UNE FIABILISATION DU BILAN À CONSOLIDER

L'information au conseil de surveillance ainsi que les principes de continuité d'activité, de permanence des méthodes, d'intangibilité du bilan d'ouverture et de non compensation n'appellent pas d'observation⁴⁹. En revanche, les principes de sincérité et de prudence doivent être mieux respectés.

3.1. Le principe de sincérité

3.1.1. Un inventaire physique et comptable incomplet

Le tome III de l'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit la tenue obligatoire d'un inventaire physique et comptable. Celui-ci constitue une étape indispensable pour suivre la valorisation de l'actif de l'établissement. Il doit être concordant avec l'état de l'actif du comptable public.

L'établissement dispose d'un inventaire physique du secteur informatique et d'un inventaire physique partiel sur le biomédical. Il indique poursuivre sa consolidation et envisage son achèvement en 2019.

L'établissement dispose également de fiches d'inventaire comptable créées à partir de bons de commande. Les immobilisations ainsi identifiées sont amorties conformément aux règles de l'instruction budgétaire et comptable M21. Les sorties de l'actif comptable sont réalisées. Ces fiches, quoique partielles, peuvent constituer une base exploitable dans la perspective de la réalisation d'un inventaire comptable exhaustif.

L'établissement indique qu'une consultation doit être lancée en 2020 afin de satisfaire à cette obligation.

La chambre constate que l'inventaire physique et comptable de l'établissement n'existe donc que de façon partielle et ne permet pas de restituer une image fidèle de la valeur de l'actif du centre hospitalier. Elle lui recommande de réaliser cet inventaire physique et comptable conformément aux prescriptions de l'instruction budgétaire et comptable M21 et de se rapprocher du comptable public pour mettre en concordance l'état de l'actif dans le cadre d'une convention de partenariat.

Recommandation

2. Établir un inventaire physique et comptable conforme aux dispositions de l'instruction budgétaire et comptable M21. *Non mise en œuvre.*

⁴⁸ Voir 1.4.2. Une adaptation de l'offre capacitaire à poursuivre.

⁴⁹ Tout comme l'intégration des immobilisations en cours et le respect des règles d'amortissement comptable n'appellent pas d'observation.

3.1.2. Une valorisation de la clinique Saint-Alain à réactualiser au bilan

La clinique Saint-Alain a été acquise le 2 janvier 2003 pour 4 020 000 € au titre des biens immobiliers. Cet actif était valorisé au bilan à sa valeur nette comptable au 1^{er} janvier 2018, soit 1 787 206 €. Or, France Domaine a évalué ce bien à 1 019 120 €.

Compte-tenu de la perte probable de valeur de l'actif, la chambre invite l'établissement à constituer une provision pour dépréciation de la différence constatée⁵⁰.

3.2. Le principe de prudence : la constitution des provisions

3.2.1. Les provisions pour risques et charges

Aux termes de l'instruction comptable M21, « une provision doit être constatée s'il existe, à la clôture de l'exercice, une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement : s'il est probable ou certain à la date d'établissement des comptes qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci : si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable.

Une provision doit être reprise, intégralement quand l'établissement n'a plus d'obligations ; ou quand il n'est plus probable que cette obligation entraînera une sortie de ressources sans contrepartie au moins équivalente de la part du tiers ; ou bien partiellement, en cas d'évaluation à la baisse du risque existant à la clôture de l'exercice. Le montant des provisions doit être réexaminé à chaque fin d'exercice. »

3.2.1.1. Provision pour risques

Le centre hospitalier a constitué deux provisions pour risques afin de couvrir celui inhérent à trois emprunts structurés⁵¹ souscrits les 4 juin 2007 pour 3 M€ et 4,86 M€⁵² et le 5 mars 2010 pour 2,46 M€⁵³ ainsi que le risque lié à l'activité MCO en T2A.

La couverture des emprunts structurés

Une provision pour pertes de change a été constituée en 2012 pour un montant de 1,5 M€ afin de couvrir les risques inhérents aux emprunts structurés au compte 1515. Ce compte n'étant pas approprié, la provision a été reprise en 2013 pour être imputée au compte 152 « Provisions pour risques et charges sur emprunts ».

Cette provision a permis d'accompagner l'établissement dans le cadre d'une renégociation des trois emprunts structurés précités. Deux opérations de refinancement sont ainsi intervenues en 2013 pour 2,03 M€ et en 2016⁵⁴ pour 16,39 M€.

⁵⁰ Fiche d'écriture n° 28 de l'annexe 1 du tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21.

⁵¹ Voir détail annexe 3.

⁵² Score charte Gissler : 3E.

⁵³ Score Gissler 6F.

⁵⁴ Cette décision était ainsi conforme aux dispositions de l'avis de normalisation des comptes publics n°2012-04 sur la comptabilité publique.

Cette provision a donné lieu à quatre reprises : 250 000 € en 2013 ; 351 855 € en 2014 ; 384 679 € en 2015 et 130 000 € en 2017, soit une reprise totale de 1 156 534 €. Le solde de la provision est toujours constitué au compte 152 pour 383 466 €.

Si la reprise de 250 000 € passée en 2013 était justifiée par le paiement d'une indemnité contractuelle équivalente, l'établissement n'a cependant pas été en mesure de justifier le calendrier des reprises sur provision en 2014 et 2015, en l'absence de matérialisation du risque ou d'une opération de refinancement des emprunts intervenue sur ces deux exercices.

La non reprise de l'intégralité du solde de provision en 2016 est justifiée par l'étalement des reprises au-delà du 31 décembre 2016 ; une partie de l'indemnité de renégociation⁵⁵ ayant été incluse dans l'amortissement des nouveaux prêts.

La couverture du risque T2A

L'établissement disposait d'une provision de 3,2 M€ au 1^{er} janvier 2012 pour couvrir le risque lié à la mise en place de la tarification à l'activité. Une reprise de 1 662 371 € a été effectuée à la clôture de l'exercice 2012. Le solde de cette provision s'établissait au 31 décembre 2017 à 1 503 917 €.

L'instruction comptable M21 précise que sont inscrites en provisions pour risques « toutes les provisions destinées à couvrir les risques identifiés inhérents à l'activité [...] d'un établissement ». Le risque lié à l'activité doit être entendu comme étant en rapport :

- soit avec « des litiges (dommages-intérêts, indemnités, frais de procès) » ;
- soit avec des « pertes de changes » ;
- soit avec des « garanties d'emprunts accordées à des tiers publics ou privés ».

L'instruction indique par ailleurs qu'il « ne peut pas être constitué de provisions en vue de couvrir un risque de diminution de l'activité future de l'établissement ».

La constitution d'une provision pour un risque lié à la mise en œuvre de la tarification à l'activité ne saurait dès lors relever de ce dispositif.

La chambre constate que la reprise de cette provision en 2012 a amélioré le résultat à hauteur de 1,7 M€. Elle invite l'établissement à reprendre l'intégralité de cette provision ; celle-ci étant dépourvue de fondement réglementaire.

Les provisions pour contentieux

Au 1^{er} septembre 2018, l'établissement était engagé dans 23 contentieux ayant donné lieu à une action en cours devant une juridiction. Aucune provision n'avait été constituée pour faire face à ces litiges.

La chambre invite l'établissement à constituer les provisions afférentes aux contentieux afin de « faire face au paiement de dommages-intérêts, d'indemnités ou de frais de procès » et ce

⁵⁵ Indemnité compensatrice dérogatoire de 1 454 000 € (en dehors d'une première indemnité compensatrice dérogatoire de 8,28 M€ versée en une fois sur l'exercice 2016).

dès que « la charge est probable [...] dès la naissance d'un risque avant tout jugement et être maintenue (en l'ajustant si nécessaire) tant que le jugement n'est pas définitif ».

Les provisions pour créances irrécouvrables

Deux provisions pour créances irrécouvrables avaient été constituées au 1er janvier 2012 respectivement pour 30 000 € au budget principal et pour 1 000 € au budget EHPAD. Elles sont demeurées inchangées au cours de la période.

Si le fondement de la constitution de ces provisions n'appelle pas d'observation, en revanche, leur montant ne permet pas de couvrir celui de créances prescrites, soit a minima 81 068 €⁵⁶.

La chambre rappelle à l'établissement la nécessité de couvrir le risque des créances irrécouvrables par le montant correspondant.

3.2.2. Les provisions sur compte épargne temps

Aux termes du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012, lorsque des agents font le choix de recourir au dispositif du compte épargne temps, l'établissement doit constituer des provisions pour la mise en œuvre de celui-ci ⁵⁷. Ces provisions doivent couvrir la charge financière attendue pour la prise des journées épargnées sur CET tant médical que non médical.

Entre 2012⁵⁸ et 2016, la provision constituée est demeurée inchangée. Elle était répartie entre les personnels non-médical et médical pour respectivement 517 k€ et 792 k€ entre 2012 et 2016.

⁵⁶ Voir 4.4.2.1.

⁵⁷ Cette obligation rappelée dans le décret était antérieure à celui-ci et figurait déjà dans l'instruction comptable M21 depuis la création du dispositif du CET, soit 2004. Les provisions sur compte épargne temps ont tout d'abord été inscrites au titre du compte 143. À compter du 1^{er} janvier 2014, ces provisions ont été imputées à un compte 15 pour risques et charges au terme de l'instruction comptable M21 (compte 158).

⁵⁸ L'établissement disposait au 1^{er} janvier 2012 d'une provision de 599 214 €. Celle-ci a été abondée en 2012 de 737 359 € supplémentaires à la suite du versement d'une aide de l'agence régionale de santé pour mettre en conformité la provision constituée avec le nombre de jours épargnés dans l'établissement. Une reprise a été effectuée dans le même temps pour 28 483 €.

Tableau n° 25 : Écart entre les provisions sur CET et la valorisation réelle des jours épargnés

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Provisions sur compte épargne temps	1 308 089	1 308 089	1 308 089	1 308 089	1 308 089	1 226 110	-1,3%
<i>dont provision du personnel médical (PM)</i>	<i>516 089</i>	<i>516 089</i>	<i>516 089</i>	<i>516 089</i>	<i>516 089</i>	<i>NC</i>	<i>NC</i>
<i>dont provision du personnel non-médical (PNM)</i>	<i>792 000</i>	<i>792 000</i>	<i>792 000</i>	<i>792 000</i>	<i>792 000</i>	<i>NC</i>	<i>NC</i>
Dotations aux prov. sur compte épargne temps (CET)	737 359	0	0	0	0	39 225	-44,4%
- Reprise sur prov. sur compte épargne temps	28 483	0	0	0	0	121 204	33,6%
<i>Nombre de jours épargnés du personnel médical</i>	<i>2 208</i>	<i>1 951</i>	<i>733</i>	<i>733</i>	<i>1 395</i>	<i>NC</i>	<i>-10,8%</i>
<i>Nombre de jours épargnés du personnel non médical</i>	<i>1338</i>	<i>1289</i>	<i>1389</i>	<i>1388</i>	<i>1397</i>	<i>1373</i>	<i>1,1%</i>
Total nombre de jours épargnés PNM + PM	3 546	3 240	2 122	2 121	2 792	NC	-5,8%
<i>Valorisation en euros des jours épargnés du PM</i>	<i>662 400</i>	<i>585 150</i>	<i>219 900</i>	<i>219 900</i>	<i>418 500</i>	<i>NC</i>	<i>NC</i>
<i>Valorisation en euros des jours épargnés du PNM</i>	<i>205 758</i>	<i>201 697</i>	<i>219 757</i>	<i>219 284</i>	<i>227 321</i>	<i>221 827</i>	<i>NC</i>
Total valorisation en euros des jours épargnés PM + PNM	868 158	786 847	439 657	439 184	645 821	NC	NC
Ecart provision / valorisation en €	439 931	521 242	868 432	868 905	662 268	NC	NC

Source : comptes financiers et bilans sociaux⁵⁹

À l'exception des exercices 2012 et 2017, la provision n'a pas été modifiée. Aucune reprise ni dotation n'a été effectuée entre 2013 et 2016. Pour autant, entre 2012 et 2016, le nombre de jours inscrits au titre du CET a diminué en moyenne annuelle de 5,7 %. L'établissement n'a donc pas ajusté le niveau de la provision à celui du nombre de jours épargnés. Le centre hospitalier indique que cette situation est en cours de régularisation depuis 2017.

La chambre relève qu'au cours de la période, le centre hospitalier n'a pas respecté les prescriptions de l'instruction comptable ; le niveau des provisions constituées n'était pas corrélé aux jours réellement épargnés pour chaque catégorie de personnel. La non reprise des provisions en 2013, 2014 et 2015 a dégradé le résultat de l'établissement respectivement pour 81 311 €, pour 347 190 € et pour 473 €.

3.2.3. Les provisions règlementées

Aux termes de l'instruction comptable M21, « les provisions règlementées sont des provisions qui ne correspondent pas à l'objet normal d'une provision [pour risques et charges]. Elles sont comptabilisées en application de dispositions législatives ou réglementaires. Elles peuvent, par dérogation aux règles du plan comptable général, avoir le caractère de « réserves ».

Tableau n° 26 : Évolution des provisions règlementées

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Provisions règlementées	4 308 089	4 202 089	2 500 000	2 050 000	1 600 000	1 200 000	-22,6%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

3.2.3.1. Les provisions règlementées pour renouvellement des immobilisations

Le centre hospitalier avait constitué une provision pour renouvellement des immobilisations. Celle-ci s'établissait à 3 M€ en 2012 et a été reprise progressivement pour contribuer au financement de l'opération de réhabilitation / restructuration du site sanitaire de la Chartreuse.

⁵⁹ La valorisation financière des CET non-médicaux a été réalisée à partir du nombre de jours épargnés par catégorie A, B et C (données produites par l'établissement). Les jours de CET de catégorie A ont été valorisés en brut à 125 €, ceux de catégorie B à 80 € et ceux de catégorie C à 65 € (arrêté du 6 décembre 2012 pris en application des articles 4 à 8 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 relatif au CET dans la fonction publique hospitalière). Cette valorisation financière a été majorée du taux de la part employeur des charges sociales et fiscales pour chaque exercice.

Tableau n° 27 : Les provisions pour renouvellement des immobilisations

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Provisions pour renouvellement des immobilisations	3 000 000	2 894 000	2 500 000	2 050 000	1 600 000	1 200 000	-16,7%
Reprise pour renouvellement des immobilisations		-106 000	-394 000	-450 000	-450 000	-400 000	9,9%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

L'instruction comptable M21 précise que « la constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations [...] n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. » Elle exclut expressément la « constitution d'une provision réglementée pour renouvellement des immobilisations au moyen des ressources propres de l'établissement ».

Une aide de 5 M€ de l'ARS a été versée en trois phases : 1M € en 2010, 2 M€ en 2011 et 2 M€ en 2012. 3 M€ ont été provisionnés entre 2010 et 2011. Les 2M€ restants ont été directement incorporés dans le résultat d'exploitation en méconnaissance des indications de l'instruction budgétaire et comptable⁶⁰ avant de faire l'objet d'une affectation l'année suivante (2013) à un compte de réserve destiné au financement de mesures d'investissement (compte 10682).

La constitution d'une provision pour renouvellement des immobilisations de 3 M€ par abondement de l'aide de l'ARS est conforme à l'instruction comptable M21. La reprise doit s'effectuer en revanche selon les modalités établies entre le directeur général de l'ARS et l'établissement afin de couvrir les coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement. Ce plan n'ayant pas été arrêté avec l'ARS, l'établissement a procédé à des reprises ponctuelles entre 2013 et 2016 sans que celles-ci puissent être rattachées à l'objet précité.

La chambre relève que l'absence de plan de reprise des provisions pour renouvellement des immobilisations entre l'ARS et l'établissement ne permet pas de garantir que les reprises effectuées depuis 2013 sont conformes à l'instruction budgétaire et comptable M21. Par ailleurs, l'absence de constitution d'une dotation correspondant aux 2 M€ versés par l'ARS en 2012 a amélioré le résultat de 2 M€ en 2012.

⁶⁰ Aux termes de la M21, la « provision réglementée (pour renouvellement des immobilisations art.142) est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Les surcoûts correspondent aux coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement. Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser. La constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements. Ce mécanisme de « préfinancement des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement permet, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt. Les provisions constituées abondent la trésorerie permettant ainsi un décalage dans la mobilisation des emprunts nécessaires à la réalisation de l'opération et ainsi de réaliser des économies de frais financiers. [...] Il est absolument nécessaire de consacrer les dotations budgétaires attribuées dans ce cadre à la constitution de provisions au compte 142. Ces règles indispensables au bon déroulement de l'opération doivent être clairement établies entre le directeur général de l'ARS et le directeur de l'établissement. [...] L'établissement doit reprendre de sa propre initiative les provisions dès que les biens financés ont été mis en service et que la comptabilisation des charges d'amortissement ou financières débute. La reprise de la provision au compte de résultat a pour effet de neutraliser le montant des dotations aux amortissements et des charges financières liés aux biens financés au niveau des résultats de l'exercice ».

3.2.3.2. Les provisions règlementées pour propre assureur

Le centre hospitalier avait constitué une provision pour propre assureur sans que l'autorisation du ministère de la santé, formalité substantielle requise par l'instruction budgétaire et comptable M21, n'ait été préalablement requise.

La provision s'établissait en 2012 à 249 400 € avant d'être reprise intégralement la même année. Ce faisant, l'établissement a amélioré son résultat 2012 pour le montant correspondant.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les provisions constituées dans le cadre de l'instruction budgétaire et comptable M21 ont, lorsqu'elles ont été reprises, contribué à modifier le résultat de l'établissement.

Tableau n° 28 : Impact des reprises et dotations injustifiées sur le résultat⁶¹

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Impact sur le résultat des reprises ou dotations injustifiées	- 3 911 771	81 311	- 4 665	- 384 206	- 206 687	- 50 068

Source : CRC⁶²

Le résultat a été affecté significativement à la hausse en 2012, soit 3,91 M€. La chambre recommande à l'établissement de procéder à une revue générale des risques auxquels il est confronté et d'ajuster en conséquence le niveau des provisions pour risques et charges. De même, les provisions pour renouvellement des immobilisations doivent faire l'objet d'un plan de reprise arrêté et défini avec l'agence régionale de santé.

Recommandation

3. Mettre les provisions en conformité avec les prescriptions de l'instruction budgétaire et comptable M21. *Non mise en œuvre.*

4. UNE SITUATION FINANCIÈRE SOUS TENSION

4.1. Le résultat comptable

Le centre hospitalier est passé d'un résultat comptable excédentaire en 2012 à un déficit à compter de 2013. Celui-ci est demeuré stable entre 2014 et 2016, oscillant autour de - 1,3 M€, avant de se dégrader de nouveau en 2017 et de s'établir à - 2,2 M€.

Cette situation est imputable à la conjonction, d'une part, d'une forte diminution de la marge brute (- 38,1 % en moyenne annuelle) en raison notamment de la hausse des dépenses de personnel médical non compensées par une augmentation des recettes équivalentes et, d'autre part, d'un programme d'investissement ambitieux, de 21,2 M€ dont 10,4 M€ pour le projet « nouvel hôpital ».

Ce résultat doit être retraité des observations faites en matière de fiabilité des comptes.

⁶¹ Hors provisions pour contentieux non évaluables au cours de la période de contrôle.

⁶² Les modalités de calcul sont précisées en détail en annexe 2. Ceux-ci ont été établis de façon contradictoire et ont été validés par l'établissement le 6 décembre 2018.

Tableau n° 29 : Évolution du résultat comptable consolidé

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Résultat comptable	1 879 393	- 1 117 361	- 1 307 524	- 1 255 383	- 1 321 827	- 2 196 922	-203,2%
Résultat comptable retraité	- 2 032 378	- 1 036 050	- 1 312 189	- 1 639 589	- 1 528 514	- 2 246 990	-2,0%

Source : comptes financiers, centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

4.2. Les performances financières annuelles

4.2.1. Un chiffre d'affaires quasi-stable

Le chiffre d'affaires du centre hospitalier a été constitué au cours de la période à 96,9 % de produits de l'activité. Les produits annexes, les ventes de marchandises et le fonds d'intervention régional ont participé, pour leur part, respectivement à hauteur de 1,9 %, 1,5 % et 1,3 %.

Tableau n° 30 : Évolution de la constitution du chiffre d'affaires⁶³

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits de l'activité	54 944 144	52 952 710	54 041 516	53 873 033	54 102 606	55 093 823	0,1%
+ Produits annexes	1 239 379	1 176 168	1 216 564	1 081 300	987 172	831 569	-7,7%
+ Fonds d'intervention régional	0	927 009	805 226	918 767	972 559	784 555	sans objet
+ Prestations services, tvx, études, divers	17 381	0	0	0	0	0	sans objet
+ Ventes de marchandises	615 275	592 118	819 447	988 531	1 046 206	1 065 642	11,6%
= Chiffre d'affaires	56 816 179	55 648 004	56 882 752	56 861 630	57 108 542	57 775 589	0,3%

Source : comptes financiers, centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Au cours de la période, le chiffre d'affaires a faiblement progressé (+ 0,3 % en moyenne annuelle).

4.2.1.1. Les produits de l'activité

Les produits de l'activité hospitalière se sont légèrement érodés en moyenne annuelle (- 0,1 %). Pour autant, cette baisse a été plus que compensée par la hausse des produits des budgets annexes USLD et EHPAD de l'établissement (+ 0,6 %). Au total, les produits de l'activité ont augmenté de 0,1 %.

Tableau n° 31 : Évolution des produits de l'activité

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits de l'activité hospitalière	40 902 369	39 039 493	39 686 084	39 625 382	39 501 427	40 639 311	-0,1%
+ Dotations et produits de tarification des budgets annexes	14 041 775	13 913 217	14 355 433	14 247 651	14 601 178	14 454 512	0,6%
= Produits de l'activité	54 944 144	52 952 710	54 041 516	53 873 033	54 102 606	55 093 823	0,1%
Produits de l'activité hospitalière après retraitement des AC versées au titre du soutien à l'investissement	52 938 918	52 952 710	54 041 516	53 873 033	54 102 606	55 093 823	0,8%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

⁶³ Le montant du chiffre d'affaires diffère du solde de gestion intermédiaire d'IDAHO en ce qu'il intègre les subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité

Les produits de l'activité hospitalière

Les produits de l'activité hospitalière étaient constitués entre 2012 et 2017 pour :

- 66 % de produits de la tarification à l'activité ;
- 15,4 % des produits forfaitaires ;
- 10,3 % de produits faisant l'objet d'une tarification spécifique.

Les produits de l'activité non pris en charge par l'assurance-maladie laissés à la charge des mutuelles, des patients et d'autres établissements représentaient, quant à eux, 8,2 % des produits de l'activité hospitalière.

Tableau n° 32 : Évolution des produits de l'activité hospitalière⁶⁴

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits de la tarification à l'activité	26 421 838	26 969 277	26 476 767	26 124 029	25 497 549	26 555 309	0,1%
+ Produits forfaitaires	8 011 339	5 285 484	5 804 101	6 015 440	6 084 710	5 741 365	-6,4%
= Produits de l'hospitalisation	34 433 177	32 254 761	32 280 868	32 139 469	31 582 259	32 296 674	-1,3%
+ Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique	3 383 937	3 760 202	4 041 731	4 257 949	4 526 319	4 797 668	7,2%
= Produits à la charge de l'assurance maladie	37 817 114	36 014 963	36 322 599	36 397 418	36 108 578	37 094 342	-0,4%
+ Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie	3 085 255	3 024 529	3 363 485	3 227 964	3 392 849	3 544 969	2,8%
= Produits de l'activité hospitalière	40 902 369	39 039 493	39 686 084	39 625 382	39 501 427	40 639 311	-0,1%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Au cours de la période, la diminution des produits de l'hospitalisation (- 1,3 % en moyenne annuelle) et la hausse des produits faisant l'objet d'une tarification spécifique (+ 7,2 %) appellent des précisions.

Les produits de la tarification à l'activité

La légère progression des produits de la tarification à l'activité entre 2012 et 2017 a été obtenue grâce à l'augmentation des produits des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus (+ 8,5 % en moyenne annuelle)⁶⁵. Cette hausse a permis de couvrir l'érosion des recettes de la tarification des séjours (- 0,4 %) imputable à la baisse des activités de médecine (- 1,8 % en variation annuelle moyenne) et d'obstétrique (- 1,3 %), et ce, en dépit de l'augmentation de l'activité chirurgie (+ 1,5 %)⁶⁶.

Les produits forfaitaires

Les produits forfaitaires se sont contractés de 6,4 % en moyenne annuelle, en raison de la diminution entre 2012 et 2013 des aides à la contractualisation (AC) correspondant essentiellement

⁶⁴ Hors retraitement des aides à la contractualisation en investissement de l'exercice 2012.

⁶⁵ Cette hausse a été compensée par la hausse des achats de médicaments.

⁶⁶ Les champs médecine et chirurgie constituaient sur la période l'essentiel des recettes de l'activité MCO de l'établissement en 2017, soit respectivement 47,5 % pour la médecine et 47 % pour la chirurgie ; l'obstétrique ne représentant que 5,5 % des recettes. Voir détail : 2.

à 2 M€ d'aides à l'investissement non reconductibles versées en 2012⁶⁷ ainsi qu'au transfert de missions d'intérêt général au fonds d'intervention régionale, soit un abondement du fonds d'intervention régional (FIR) à hauteur de 927 009 €⁶⁸.

Cette baisse a été pour partie compensée par le financement des « activités isolées »⁶⁹ à compter de 2014, par le biais d'un forfait spécifique de 529 250 € s'établissant en 2017 à 470 000 € (en baisse de 3,9 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2017).

Tableau n° 33 : Évolution des produits forfaitaires avant retraitement des aides à la contractualisation en investissement

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits forfaitaires	8 011 339	5 285 484	5 804 101	6 015 440	6 084 710	5 741 365	-6,4%
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	824 678	824 678	824 678	966 177	963 888	957 023	3,0%
Dont activités isolées			529 250	680 000	470 000	470 000	sans objet
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	4 011 328	1 239 622	1 260 680	1 221 926	1 327 818	1 153 012	-22,1%
Dont dotations annuelles de financement (DAF) et produits du financement en activité du SSR	3 175 333	3 221 184	3 189 493	3 147 337	3 323 004	3 161 330	-0,1%
Fonds d'intervention régionale (FIR)	0	927 009	805 226	918 767	972 559	784 555	sans objet
Total Produits forfaitaires + FIR	8 011 339	6 212 493	6 609 327	6 934 207	7 057 269	6 525 920	-4,0%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Par ailleurs, le FIR ayant été abondé par le transfert de missions d'intérêt général, à périmètre constant, les produits forfaitaires majorés du FIR ont diminué de 4 % en moyenne annuelle. Enfin, en déduisant de l'exercice 2012 les aides à la contractualisation en investissement (2 M€), le total des produits forfaitaires majoré du FIR a augmenté de 1,7 %. Ce retraitement permet de comparer l'évolution du périmètre des produits forfaitaires en dehors d'aides à la contractualisation consacrées à l'investissement et désormais incluses dans les subventions d'équipements reçues.

Les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique

Les produits faisant l'objet d'une tarification spécifique ont augmenté en moyenne annuelle de 7,2 %, en raison de la hausse continue des consultations externes (+ 7,4 %) ainsi que des « autres forfaits ».

⁶⁷ Entre 2012 et 2013, les aides à la contractualisation ont ainsi baissé de 97,7%. Cette évolution résulte d'un choix de l'ARS Occitanie de verser un accompagnement sur des « opérations de financement en investissement » en aides à la contractualisation et non en subvention d'investissement.

⁶⁸ Voir les subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités.

⁶⁹ Les activités isolées sont allouées aux établissements de MCO réalisant moins de 10 000 séjours et distants de l'établissement le plus proche de soixante minutes pour l'activité de médecine, soixante minutes pour l'activité de chirurgie, quarante-cinq minutes pour l'activité d'obstétrique et trente minutes pour l'activité d'urgences (décret n° 2015-186 du 17 février 2015). Versées initialement en aides à la contractualisation en 2014 en attendant la publication du décret, elles font l'objet depuis 2015 d'un forfait spécifique. Pour une meilleure lisibilité, un retraitement a été opéré de la ligne MIGAC.

Tableau n° 34 : Évolution des produits faisant l'objet d'une tarification spécifique

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique	3 383 937	3 760 202	4 041 731	4 257 949	4 526 319	4 797 668	7,2%
Dont consultations externes	2 379 595	2 659 974	2 885 470	3 026 876	3 141 167	3 396 315	7,4%
Dont forfait accueil et traitement des urgences	223 655	225 644	230 961	236 739	216 643	220 899	-0,2%
Dont autres forfaits	780 686	874 584	925 300	994 334	1 168 509	1 180 454	8,6%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Les « autres forfaits » sont constitués d'une part, des « forfaits sécurité environnement hospitalier » pour les dépenses des actes réalisés par l'établissement alors que ceux-ci ne sont pas suivis d'une hospitalisation et d'autre part, des « forfaits techniques assimilés » pour la couverture de l'amortissement des équipements d'imagerie (soit un IRM et un scanner) et la rémunération de l'établissement pour l'exploitation de ceux-ci.

La variation des « autres forfaits » est principalement imputable aux « forfaits techniques assimilés ». Ceux-ci sont en effet passés de 751 926 € en 2012 à 1 018 054 € en 2017, soit une hausse de 266 128 € sur la période (+ 35,4 %) ⁷⁰.

4.2.2. Les produits annexes et les ventes de marchandises

4.2.2.1. Des produits annexes en diminution

Les produits annexes sont essentiellement constitués de produits du budget H : prestations délivrées aux usagers et prestations à des tiers. L'ensemble de ces produits a diminué de 7,7 %. La baisse la plus significative concerne les majorations pour chambre particulière (209 k€, soit - 9,1 %). Celles-ci ne faisaient pas l'objet de facturations. L'établissement indique que dans le cadre du retour à l'équilibre, il procède désormais aux facturations prévues par la réglementation.

Tableau n° 35 : Évolution des produits annexes

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Pdts des services au personnel	34 610	38 387	33 509	33 826	31 751	29 222	-3,3%
+ Prestations délivrées aux usagers	578 072	539 066	593 162	492 681	402 860	360 798	-9,0%
dont majoration chambre particulière	551 226	517 403	575 455	476 210	388 580	341 972	-9,1%
dont autre prestations	26 846	21 663	17 707	16 472	14 280	18 826	-6,9%
+ Prestations à des tiers	623 069	594 755	585 934	550 834	547 571	436 360	-6,9%
dont locations diverses et redevances	372 188	384 516	390 440	402 333	364 863	226 109	-9,5%
dont mise à disposition de personnel	250 881	210 239	195 494	148 501	182 707	210 251	-3,5%
= Produits annexes du budget H	1 235 750	1 172 209	1 212 605	1 077 341	982 182	826 379	-7,7%
en % des produits d'exploitation	2,17%	2,11%	2,13%	1,90%	1,72%	1,51%	-7,0%
+ Prestations à des tiers	3 629	3 959	3 959	3 959	4 990	5 190	7,4%
dont locations diverses et autres produits	3 629	3 959	3 959	3 959	4 990	5 190	7,4%
= Produits annexes du budget A	3 629	3 959	3 959	3 959	4 990	5 190	7,4%
en % des produits d'exploitation	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	0,01%	8,3%
Total (budget H + budget A)	1 239 379	1 176 168	1 216 564	1 081 300	987 172	831 569	-7,7%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

⁷⁰ Ces forfaits techniques devraient être réduits à compter de 2019 pour l'IRM et de 2020 pour le scanner ; ces équipements dépassant la durée de vie de sept ans impliquant qu'ils ont été totalement amortis (décision de l'UNCAM du 7 juin 2012).

4.2.2.2. Des ventes de marchandises en progression

Les ventes de marchandises correspondent aux médicaments inscrits sur la liste des rétrocessions, principalement les médicaments des hépatites B ou C chroniques, les antirétroviraux, des antibiotiques, des antifongiques, des médicaments orphelins, des anticancéreux et des produits dérivés du sang. La hausse de ces produits doit être mise en rapport avec la croissance des achats de médicaments.

Tableau n° 36 : Évolution des ventes de marchandises

Ventes de marchandises	615 275	592 118	819 447	988 531	1 046 206	1 065 642	11,6%
Dont rétrocession de médicaments budget H	615 018	590 836	819 263	988 333	1 045 764	1 064 854	11,6%
Dont autres ventes de marchandises budget H	257	1 282	184	198	441	788	25,1%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

4.2.3. La constitution de la valeur ajoutée

La valeur ajoutée a diminué de 0,3 % alors que le chiffre d'affaires a enregistré une progression de + 0,3 %. Elle a en effet subi les effets des dépenses liées à la sous-traitance médicale (en hausse de 2,2 % en moyenne annuelle), des achats (+ 1,9 %) et des « autres services extérieurs » (+ 3,1 %).

Tableau n° 37 : Évolution de la valeur ajoutée⁷¹

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Chiffre d'affaires	56 816 179	55 648 004	56 882 752	56 861 630	57 108 542	57 775 589	0,3%
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	778 545	804 741	842 646	760 984	749 011	868 266	2,2%
- Achats	9 365 018	9 492 871	9 714 775	9 711 096	9 434 515	10 298 564	1,9%
- services extérieurs	2 190 056	2 174 648	2 337 168	2 219 675	2 124 064	2 189 170	0,0%
- Autres services extérieurs	3 516 602	3 728 750	3 611 039	3 660 742	4 220 633	4 089 260	3,1%
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	23 571	33 329	6 922	8 514	6 745	6 794	-22,0%
Valeur ajoutée	40 942 387	39 413 665	40 370 202	40 500 619	40 573 574	40 323 535	-0,3%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

4.2.3.1. La sous-traitance médicale

La sous-traitance médicale est constituée des dépenses d'analyses médicales spécialisées. Elle varie à la hausse en fonction de l'évolution de l'activité et de la progression des coûts des contrats de maintenance. Le principal facteur d'évolution de ces dépenses est imputable au développement des outils informatiques dédiés au fonctionnement médical.

4.2.3.2. Les consommations intermédiaires

Deux autres postes de dépenses ont contribué à réduire la valeur ajoutée : les achats et les autres services extérieurs.

Les achats ont progressé en moyenne annuelle de 1,9 %. Cette hausse a particulièrement été marquée entre 2016 et 2017 (+ 519 k€, soit + 16,6 %) en raison notamment d'achats de

⁷¹ Le mode de calcul de la valeur ajoutée diffère du solde intermédiaire de gestion IDAHO pour exclure des services extérieurs les dépenses de personnel extérieur à l'établissement (c/621) car elles n'ont pas vocation à amoindrir la valeur ajoutée. Celles-ci sont réintégrées au niveau des dépenses de personnel entre la valeur ajoutée et la marge brute.

médicaments faisant l'objet de rétrocessions. Au total, les achats de médicaments ont augmenté de + 5,9 % en moyenne annuelle au cours de la période.

Si les achats de fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général ont progressé de 3 % en moyenne annuelle, le volume de ces achats sur la période ne représente que 4,2 % du total des achats sur la période.

Enfin, le coût des fluides et autres consommables a diminué entre 2014 et 2015 de 283 k€ (- 16,4 %), en raison de l'adhésion de l'hôpital à un groupement d'achat pour les gaz médicaux.

Tableau n° 38 : Évolution des achats

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Achats	9 365 018	9 492 871	9 714 775	9 711 096	9 434 515	10 298 564	1,9%
Dont achats matières, produits et marchandises à caractère médical et pharmaceutique	2 734 088	2 943 886	3 254 072	3 405 399	3 130 792	3 649 524	5,9%
Dont fournitures et matériel à caractère médical ou médico-technique	3 399 099	3 246 456	3 193 888	3 298 288	3 209 538	3 594 005	1,1%
Dont achats matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général	396 048	370 382	373 153	397 632	428 358	458 892	3,0%
Dont alimentation	1 151 517	1 188 430	1 170 998	1 173 964	1 122 371	1 079 057	-1,3%
Dont fluides et autres consommables	1 702 704	1 745 550	1 725 799	1 442 446	1 552 647	1 533 130	-2,1%
Dont rabais, remise et ristourne	18 437	1 833	3 136	6 633	9 191	16 044	-2,7%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

4.2.4. Une marge brute d'exploitation affectée par le dynamisme des dépenses de personnel médical

La hausse des charges de personnel (+ 2 % en moyenne annuelle) a conduit à une dégradation progressive de la marge brute⁷². Celle-ci est passée après retraitement des aides de l'ARS de 2,87 M€ en 2012 à 442 330 € en 2017, soit une baisse de 31,2 % en moyenne annuelle⁷³.

Tableau n° 39 : Évolution de la marge brute⁷⁴

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Valeur ajoutée	40 942 387	39 413 665	40 370 202	40 500 619	40 573 574	40 323 535	-0,3%
+ autres subventions d'exploitation	194 246	206 272	210 350	194 191	184 247	267 446	6,6%
- Charges totales de personnel	40 259 055	41 205 411	42 598 423	42 915 211	43 604 104	44 438 169	2,0%
Dont charges de personnel budget H	30 821 398	31 664 014	33 106 790	33 037 960	34 054 828	35 262 484	2,7%
Dont charges de personnel budgets EHPAD et USLD	9 434 299	9 541 397	9 491 632	9 877 250	9 549 276	9 175 684	-0,6%
+ remboursement de frais au budget H	3 168 999	3 145 811	2 983 408	2 960 706	3 562 349	3 619 148	2,7%
= Résultat économique brut	4 046 577	1 560 337	965 537	740 305	716 066	-228 040	-156,3%
+ Autres produits de gestion	907 391	930 086	818 384	955 975	1 039 003	826 740	-1,8%
- Autres charges de gestion	84 348	110 771	106 103	154 395	148 791	156 368	13,1%
= Marge brute d'exploitation	4 869 620	2 379 653	1 677 819	1 541 885	1 606 278	442 330	-38,1%
<i>Taux de marge brute</i>	8,4%	4,2%	2,9%	2,7%	2,8%	0,8%	N.C.
Marge brute retraitée hors aides	2 869 620	2 379 653	1 677 819	1 541 885	1 606 278	442 330	-31,2%
<i>Taux de marge brute hors aides</i>	5,2%	4,2%	2,9%	2,7%	2,8%	0,8%	NC

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

⁷² Voir détail 5.

⁷³ Les variations des autres produits et autres charges ont également affaibli dans une moindre mesure la marge brute, soit - 152 671 € entre 2012 et 2017 (- 4 % en moyenne annuelle).

⁷⁴ La marge brute hors aides est retraitée du versement d'une à la contractualisation de 2 M€ de l'ARS intervenue en 2012. Celle-ci était destinée au financement de l'opération « nouvel hôpital ». Pour autant, elle n'a pas fait l'objet d'une dotation en provision et a été incorporée au cycle d'exploitation comme une aide en trésorerie. Voir 3.2.1 et annexe 2.

Le ratio de la marge brute (hors aides de l'ARS) rapporté au total des produits d'exploitation courants s'est situé systématiquement en dessous du seuil de 8 % prévu par l'instruction interministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé⁷⁵. La dégradation tendancielle observée ne permet plus d'envisager des opérations d'équipement d'envergure sur fonds propres.

4.3. Le financement des investissements

4.3.1. La capacité d'autofinancement brute

La CAF brute a diminué de 88,7 % au cours de la période. Elle suit en cela l'évolution de la marge brute (- 90,9 %).

Si le résultat exceptionnel n'appelle pas d'observation, le résultat financier a été affecté par deux facteurs : une baisse des charges d'intérêts et deux opérations de renégociation de la dette en 2013 puis en 2016⁷⁶.

Tableau n°40 : Évolution de la capacité d'autofinancement brute

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. période
<i>Rappel : marge brute d'exploitation hors aides</i>	2 869 620	2 379 653	1 677 819	1 541 885	1 606 278	442 330	-84,6%
Marge brute d'exploitation	4 869 620	2 379 653	1 677 819	1 541 885	1 606 278	442 330	-90,9%
+/- Résultat financier réel	-447 295	-1 009 483	-813 276	-811 323	-398 424	58 422	-113,1%
+/- Résultat exceptionnel réel (hors cessions)	96 868	3 920	-22 236	-51 293	-78 560	11 691	-87,9%
= Capacité d'autofinancement brute	4 519 194	1 374 090	842 308	679 269	1 129 294	512 444	-88,7%
<i>CAF brute retraitée des aides</i>	2 519 194	1 374 090	842 308	679 269	1 129 294	512 444	-79,7%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

4.3.2. Un besoin de financement propre couvert principalement par l'emprunt

La capacité d'autofinancement brute entre 2012 et 2017 a représenté 9,06 M€ en cumulé sur la période. Le remboursement de l'annuité en capital de la dette s'est élevé, quant à lui, à 4,47 M€⁷⁷.

La capacité d'autofinancement nette, positive en 2012 (+ 3,88 M€ avant retraitement et 1,88 M€ après retraitement), a ainsi diminué à compter de 2013 pour se traduire par une insuffisance d'autofinancement nette en 2017 (- 895 210 €) conséquence à la fois de la diminution de la CAF brute et de l'augmentation du remboursement de l'annuité en capital de la dette en 2017, imputable à la souscription d'un nouvel emprunt en 2016.

La capacité d'autofinancement nette sur la période s'est ainsi établie à 4,58 M€ avant retraitement et de 2,58 M€ après retraitement⁷⁸.

⁷⁵ DGOS/PFI/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64.

⁷⁶ Voir annexe 3.

⁷⁷ Le remboursement de l'annuité en capital de la dette a pâti notamment des conséquences des opérations de refinancement des emprunts structurés intervenues en 2016 et en 2017 (soit une annuité représentant respectivement 5,75 M€ en 2016 et 1,4 M€ en 2017).

⁷⁸ Voir annexe 3.

Tableau n°41 : Évolution de la CAF nette

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	4 519 194	1 374 090	842 308	679 269	1 129 294	512 444	9 056 599
- Annuité en capital de la dette	634 384	650 155	577 082	555 815	646 578	1 407 654	4 471 668
= Capacité d'autofinancement nette	3 884 810	723 935	265 226	123 454	482 716	-895 210	4 584 931
CAF nette hors aides	1 884 810	723 935	265 226	123 454	482 716	-895 210	2 584 931

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Les autres recettes d'investissement propres n'ont représenté que 418 953 € en cumul sur la période⁷⁹ en raison du choix de l'ARS de verser les aides à l'investissement notamment pour l'opération « nouvel hôpital » en aides à la contractualisation (fonctionnement) et non pas en subventions d'équipements reçues⁸⁰. Si ces aides avaient été affectées en subventions d'équipement reçues, les recettes d'investissement hors emprunt auraient été portées en 2012 à 2 M€, soit 2,42 M€ cumulés au cours de la période.

Tableau n°42 : Évolution des recettes d'investissement hors emprunt

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Apports en capital	1 830	-	-	280	-	-	2 110
+ Subventions d'équipement reçues	31 742	-	80 407	32 404	-	-	144 553
+ Produits de cession	7 200	2 310	2 400	1 080	5 300	254 000	272 290
= Recettes d'investissement hors emprunt	40 772	2 310	82 807	33 764	5 300	254 000	418 953
Recettes d'investissement hors emprunt majorées des aides de l'ARS à l'investissement	2 040 772	2 310	82 807	33 764	5 300	254 000	2 418 953

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Le financement propre disponible s'étant établi en cumul sur la période à 5 M€, le centre hospitalier a dû recourir à deux nouveaux emprunts de 4 M€ en 2013⁸¹ et de 11,28 M€ en 2016⁸².

Tableau n° 43 : Tableau de financement des investissements

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Capacité d'autofinancement brute	4 519 194	1 374 090	842 308	679 269	1 129 294	512 444	9 056 599
- Annuité en capital de la dette	634 384	650 155	577 082	555 815	646 578	1 407 654	4 471 668
= Capacité d'autofinancement nette	3 884 810	723 935	265 226	123 454	482 716	-895 210	4 584 931
+ Recettes d'investissement hors emprunt	40 772	2 310	82 807	33 764	5 300	254 000	418 953
= Financement propre disponible	3 925 582	726 245	348 033	157 218	488 016	-641 210	5 003 884
- Dépenses d'équipement réelles (y c. tvx en régie)	3 386 662	1 993 865	4 283 870	5 742 128	3 674 328	2 114 004	21 194 857
= part des dépenses d'équipement financées par le financement propre disponible	115,9%	36,4%	8,1%	2,7%	-125,7%	-30,3%	23,6%
<i>Dont immobilisations en cours</i>	975 821	687 038	2 896 895	4 610 831	2 380 174	108 847	11 659 606
- Titres individualisés, comptes de placement, prêts	670	0	0	0	-600	0	70
- Charges à répartir (indemnité de renégociation)	0	0	0	0	8 280 000	0	8 280 000
= Besoin (-) ou capa (+) de financement propre	538 250	-1 267 620	-3 935 837	-5 584 910	-11 465 712	-2 755 214	-24 471 043
+ Nouveaux emprunts	0	4 000 000	0	0	11 280 030	0	15 280 030
= Prélèvement ou apport au fonds de roulement	538 250	2 732 380	-3 935 837	-5 584 910	-185 682	-2 755 214	-9 191 013

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

⁷⁹ La cession d'un actif immobilier (logement de fonction) en 2017 a constitué plus de la moitié des recettes d'investissement.

⁸⁰ L'instruction budgétaire et comptable M21 dans sa rédaction applicable au 1^{er} janvier 2018 précise que « lorsque les financements au titre des dotations MIGAC ont pour objet de financer des dépenses d'exploitation, ils sont imputés aux subdivisions appropriées du compte [...] 731182 « dotation d'aide à la contractualisation (AC) ». Il s'agit d'un compte d'exploitation. En revanche, « lorsque ces financements ont vocation à [...] financer des investissements, ils sont comptabilisés dans nouveaux comptes 10281 « Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) » ou 13187 « Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) ». Cette règle n'étant pas applicable lors de l'imputation en ces aides à la contractualisation destinées à l'investissement, le choix du centre hospitalier de les maintenir dans le cycle d'exploitation en aides à la contractualisation n'appelle aucune observation.

⁸¹ Emprunt du 1^{er} avril 2013 de 4 M€ contracté à taux fixe auprès de la caisse des dépôts et consignation (3,95 % sur 15 ans) pour financer l'opération « nouvel hôpital ».

⁸² Cet emprunt intégrait une opération de refinancement de 5,1 M€ portant sur des anciens emprunts structurés. Les lignes « annuité en capital de la dette » et « nouveaux emprunts » ont été retraitées du montant de l'emprunt refinancé, pour ne faire apparaître que le montant de l'emprunt consacré aux nouveaux investissements ainsi qu'à la couverture de l'indemnité compensatrice dérogatoire, soit un montant total de 11 280 030 €. Voir détail en annexe 3.

Le besoin de financement propre est constitué des dépenses d'équipement⁸³ et des charges à répartir correspondant à l'indemnité compensatrice dérogatoire de l'emprunt de 2016 (8,28 M€). Ce besoin a été couvert à 20,4 % par le financement propre disponible, à 62,4 % par les nouveaux emprunts et à 17,2 % par le prélèvement sur fonds de roulement.

Au total, hors indemnité compensatrice dérogatoire, les dépenses d'équipement de 21,2 M€ ont été financées à 72,1% par les nouveaux emprunts, à 4,3 % par le prélèvement sur fonds de roulement. Le financement propre disponible n'a couvert que 23,6 % de ces dépenses, soit un niveau insuffisant.

4.3.3. Un recours à l'emprunt plaçant l'établissement au-dessus des seuils réglementaires

L'opération de refinancement de l'emprunt intervenue en 2016 portait sur un produit structuré dont le capital restant dû était de 5 106 664 €. Les conséquences pour l'établissement de la sécurisation des charges financières ont représenté en 2016 le versement d'une indemnité compensatrice dérogatoire de 8,28 M€, soit le paiement d'un montant équivalent à la totalité du capital restant dû, majoré de 3 173 336 €. Ce montant est augmenté par ailleurs du versement d'une deuxième indemnité compensatrice dérogatoire de 1 454 000 € dont le versement est intégré dans l'amortissement du nouvel emprunt.

Pour faire face à l'indemnité compensatrice dérogatoire, l'ARS verse depuis 2016 une aide de 520 000 € annuelle et le fera jusqu'en 2026.

Par ailleurs, l'encours de dette de l'établissement a doublé entre 2015 et 2016 (+ 101 %). La dette devrait cependant, hors nouveaux emprunts diminuer de 8,9 % sur la période 2018 à 2022.

Tableau n° 44 : Évolution de l'encours de la dette

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.	2018 (p)	2019 (p)	2020 (p)	2021 (p)	2022 (p)	Evolution prévisionnelle annuelle moyenne 2018 /2022
Encours de la dette	8 362 497	11 712 342	11 135 260	10 579 445	21 212 896	19 805 243	18,8%	18 393 677	16 972 864	15 542 438	14 102 019	12 651 213	-8,9%

Source : comptes financiers et PGFP 2018 du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Au regard des dispositions de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique⁸⁴, le centre hospitalier dépasse depuis 2016 deux des trois seuils d'alerte. L'établissement est désormais soumis à l'autorisation du directeur général de l'ARS pour recourir à l'emprunt.

⁸³ L'essentiel des dépenses d'équipement a été consacré à l'opération du nouvel hôpital, soit 10,4 M€ en immobilisations en cours qui ont été incorporées à l'actif à l'issue de la mise en service des nouveaux locaux.

⁸⁴ Celui-ci prévoit en effet que « le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé : le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède dix ans ; l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 % ».

Tableau n° 45 : Le respect des seuils d'endettement prévus à l'article D6145-70 du code de la santé publique

	Rappel norme régl.	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ratio d'indépendance financière (dette financière / ressources stables)	supérieur à 50%	21,9%	29,5%	30,0%	31,1%	48,5%	47,4%
Ratio de solvabilité dit aussi durée apparente de la dette (dette financière / CAF brute)	supérieur à 10 ans	1,9	8,6	13,5	16,2	18,9	38,6
Dette financière rapportée au total des produits	supérieur à 30%	13,2%	19,9%	18,5%	17,9%	30,7%	32,6%

Source : CRC, d'après Hospidiag, IDAHO et rapports financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

L'opération de refinancement des emprunts structurés en 2016 a conduit l'établissement à dépasser un seuil critique ne lui permettant dès lors plus d'envisager de projet d'investissement significatif.

La marge brute devra être reconstituée afin de faire face au remboursement de l'annuité du capital de la dette découlant de cette renégociation. L'hypothèse mentionnée à l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2018 d'une restauration de la marge brute à un niveau de 2,75 % dès 2018 n'est pas corroborée par les premières analyses effectuées sur l'exercice 2018. La trajectoire inscrite au plan global de financement pluriannuel 2018 devra probablement être revue lors de l'EPRD 2019.

Si le seuil de 8 % de taux de marge brute paraît hors d'atteinte, l'amélioration de celui-ci doit cependant demeurer un objectif.

4.4. La situation patrimoniale

La valeur du bilan a progressé de 3,4 % entre 2012 et 2017 en raison d'une augmentation des immobilisations corporelles (+ 15,82 M€, soit + 24,9 % au cours de la période), conséquence de l'opération « nouvel hôpital ».

Tableau n° 46 : Évolution du bilan

ACTIF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
I - Biens stables	63 764 934	65 445 520	69 724 968	74 996 662	86 478 484	87 471 997	6,5%
II - Créances	10 869 306	9 441 632	10 362 394	9 440 595	22 254 853	12 333 684	2,6%
III - Liquidités	11 076 869	12 941 435	8 427 299	4 610 099	4 044 028	1 393 651	-33,9%
TOTAL ACTIF	85 711 108	87 828 588	88 514 663	89 047 357	112 777 366	101 199 333	3,4%
PASSIF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
I - Financements stables	80 256 757	84 669 722	85 013 334	84 700 117	95 996 257	94 234 556	3,3%
II - Dettes	5 425 859	3 003 846	3 304 358	4 015 288	16 614 463	6 873 676	4,8%
III - Financements à court terme	28 492	155 018	199 006	392 316	166 645	169 278	42,8%
TOTAL PASSIF	85 711 108	87 828 588	88 516 698	89 107 722	112 777 366	101 277 511	3,4%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

4.4.1. Un fonds de roulement net global en diminution

4.4.1.1. Une augmentation de l'actif immobilisé

L'impact de l'opération « nouvel hôpital » a conduit à une augmentation de l'actif immobilisé de 23,7 M€ portant principalement sur les constructions en cours (+ 10,5 M€ dans la période) et dans une moindre mesure sur les autres immobilisations et matériel biomédical

(+ 3,94 M€, soit 18,5 %) ainsi que sur les constructions incorporées à l'actif (+ 2,16 M€, soit 5,3 %).

Tableau n° 47 : Évolution des emplois stables

ACTIF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Immobilisations incorporelles	62 829	118 891	216 944	213 086	8 540 970	7 947 865	163,3%
Immobilisations incorporelles	62 829	118 891	216 944	213 086	260 970	367 865	42,4%
Charges à répartir	-	-	-	-	8 280 000	7 580 000	sans objet
Immobilisations corporelles	63 452 459	65 076 983	69 258 379	74 533 930	77 688 468	79 275 086	4,6%
Terrains	596 741	596 740	617 807	617 807	617 807	617 807	0,7%
Constructions	40 651 794	40 959 413	41 351 935	41 661 782	41 953 826	42 811 701	1,0%
Constructions en cours	-	1 459 229	4 280 484	8 525 376	10 512 458	10 497 377	sans objet
Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	21 329 951	22 061 599	23 008 152	23 728 964	24 211 284	25 274 038	3,5%
Installations, matériel et autres immobilisations en cours	873 974	-	-	-	393 091	74 162	-38,9%
Immobilisations financières	4 145	4 145	4 145	4 145	3 545	3 545	-3,1%
Participations et créances rattachées	2 875	2 875	2 875	2 875	2 875	2 875	0,0%
Autres immobilisations financières	1 270	1 270	1 270	1 270	670	670	-12,0%
Créances de l'article 58	245 500	245 500	245 500	245 500	245 500	245 500	0,0%
I - Biens stables	63 764 934	65 445 520	69 724 968	74 996 662	86 478 484	87 471 997	6,5%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

Les immobilisations incorporelles ont augmenté également de 163,3 % en raison des charges à répartir sur plusieurs exercices correspondant aux indemnités de renégociation d'emprunt⁸⁵.

4.4.1.2. Le financement de l'actif immobilisé : l'emprunt et le prélèvement sur fonds de roulement

Les ressources mobilisées pour couvrir les dépenses d'immobilisations ont été essentiellement constituées de l'emprunt (+ 12,73 M€, soit + 30,3 % sur la période) alors que dans le même temps, le résultat comptable a été systématiquement négatif depuis 2013 (- 4,08 M€, soit - 216,9 % entre 2012 et 2017) participant avec le report à nouveau déficitaire (- 4,87 M€) et la diminution des provisions règlementées (- 3,11 M€, soit - 72,1 %) à la dégradation des capitaux propres⁸⁶. Ceux-ci se sont en effet contractés de 38,3 % sur la période (- 10,3 M€).

⁸⁵ Voir détail en annexe 3.

⁸⁶ Apports, excédents affectés à l'investissement, réserve de trésorerie, report à nouveau et résultat de l'exercice, subventions d'investissement et provisions règlementées.

Tableau n° 48 : Évolution des ressources stables

PASSIF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Apports	5 886 886	5 886 885	5 886 885	5 887 165	5 887 165	5 887 165	0,0%
Excédents affectés à l'investissement	12 420 581	14 462 645	14 466 604	14 470 563	14 474 522	14 479 512	3,1%
Subventions d'investissement	31 742	31 741	112 149	144 552	121 735	110 486	28,3%
Emprunts et dettes assimilées	8 362 497	11 712 342	11 135 259	10 579 444	21 212 896	19 805 242	18,8%
Amortissements	41 928 222	44 536 169	47 429 835	49 729 813	52 037 145	54 653 249	5,4%
Dépréciations	33 000	-	-	-	-	-	-100,0%
Réserve de trésorerie	1 301 923	1 301 923	1 301 923	1 301 923	1 301 923	1 301 923	0,0%
Report à nouveau excédentaire	842 762	772 527	166 977	361 925	419 673	531 545	-8,8%
Report à nouveau déficitaire	-	- 92 436	- 608 208	- 2 114 639	- 3 431 730	- 4 870 420	sans objet
Résultat comptable	1 879 393	- 1 117 361	- 1 307 524	- 1 255 383	- 1 321 827	- 2 196 922	-203,2%
Provisions réglementées	4 308 089	4 202 089	2 500 000	2 050 000	1 600 000	1 200 000	-22,6%
Provisions pour risques et charges	3 261 662	2 940 198	3 896 432	3 511 753	3 661 753	3 299 773	0,2%
Autres dépréciations	-	33 000	33 000	33 000	33 000	33 000	sans objet
I - Financements stables	80 256 757	84 669 722	85 013 334	84 700 117	95 996 257	94 234 556	3,3%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

L'établissement a ainsi complété le financement de ses investissements par un prélèvement sur fonds de roulement. Celui-ci s'est contracté de 16,3 % en moyenne annuelle en raison d'une croissance des ressources stables représentant près du double (6,5 %) que celle des financements stables (3,3 %).

Tableau n° 49 : Évolution du fonds de roulement net global

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Financements stables	80 256 757	84 669 722	85 013 334	84 700 117	95 996 257	94 234 556	3,3%
- Biens stables	63 764 934	65 445 520	69 724 968	74 996 662	86 478 484	87 471 997	6,5%
Fonds de roulement net global	16 491 823	19 224 202	15 288 365	9 703 455	9 517 773	6 762 559	-16,3%
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>113,3</i>	<i>128,8</i>	<i>99,0</i>	<i>62,5</i>	<i>61,0</i>	<i>40,0</i>	<i>-18,8%</i>

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

En nombre de jours de charges courantes, le fonds de roulement est ainsi passé de 113,3 à 40 jours, soit une baisse de 18,8 %. Son niveau est désormais insuffisant.

4.4.2. Le besoin en fonds de roulement

4.4.2.1. Une croissance des créances à court terme

Un taux de recouvrement insuffisant

Les créances détenues par l'établissement ont progressé de 2,5 % en moyenne annuelle en raison d'une forte augmentation des créances sur hospitalisés et consultants (+ 2,6 M€, soit + 225,5 % sur la période) et des « autres créances » (autres débiteurs).

Au 31 décembre 2016, les restes à recouvrer représentaient 5 821 titres, soit 724 104 €⁸⁷. L'établissement a engagé au début 2017 en liaison avec la direction générale des finances publiques un plan de recouvrement de ces titres.

Le solde du compte « Autres créances » en 2016 témoigne de dysfonctionnements ponctuels dans la chaîne de facturation / recouvrement pour un montant de 8 110 379 € au compte

⁸⁷ Données au 31 décembre 2017 non disponibles.

« débiteurs divers ». Ce retard a été résorbé en partie en 2017 (3,09 M€). Au 11 décembre 2018, il s'établissait à 370 653 €.

Tableau n° 50 : Évolution des créances

ACTIF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Stocks	913 572	886 803	813 297	794 379	1 025 781	1 032 117	2,5%
Hospitalisés et consultants	1 134 998	1 191 454	1 577 474	1 398 386	1 611 467	3 694 008	26,6%
Caisses de Sécurité Sociale	6 496 935	5 554 046	5 862 917	4 959 289	10 384 705	3 436 112	-12,0%
Départements	4 038	4 037	4 037	4 037	4 037	4 037	0,0%
Mutuelles et autres tiers-payants	1 040 638	1 225 705	1 065 039	1 132 811	1 084 807	1 077 802	0,7%
Créances ir. admises non-valeur	- 67	-	-	- 88	-	-	-100,0%
Etat et collectivités locales	2 875	3 465	3 352	4 989	2 372	1 872	-8,2%
Autres créances	1 239 198	570 760	1 124 338	1 130 714	8 137 542	3 087 713	20,0%
Dépenses à classer	37 119	5 358	- 88 062	16 075	4 139	21	-77,6%
II - Créances	10 869 306	9 441 632	10 362 394	9 440 595	22 254 853	12 333 684	2,6%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

L'évolution du ratio des restes à recouvrer sur les créances émises rapporté aux « autres produits de l'activité hospitalière » du budget principal⁸⁸ majoré des « produits provenant de l'hébergement » pour les budgets EHPAD et USLD fait ressortir un taux de créances patients et mutuelles non recouvrées⁸⁹ en hausse de 8 % entre 2012 et 2016. Il a dépassé le seuil de 90 jours⁹⁰ avant de s'établir à 83,6 jours en 2017.

Tableau n° 51 : Évolution du nombre de jours d'exploitation pour le recouvrement des créances patients et mutuelles

en nombre de jours d'exploitation	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. moy. Annuelle
CH de Villefranche de Rouergue	106,3	118,5	121,8	152,8	144,4	83,55	-4,7%
20% des établissements de même catégorie les plus performants	NC	87,9	91	92	91,3	NC	1,3%
20% des établissements de même catégorie les moins performants	NC	173,1	176,1	184,3	189,4	NC	3,0%

Source : CRC, d'après Hospidiag et compte financier 2017 du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Une chaîne de facturation à améliorer

L'indice de facturation⁹¹ fait apparaître une dégradation de l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, soit un score de 5,3 en 2017. Cette situation est pour partie imputable à un défaut d'outils de pilotage informatisés.

Tableau n° 52 : Évolution de l'indice de l'efficacité de la chaîne de facturation

	Cible	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Indice de facturation	0	0,4	4,7	4,1	5,6	5,1	5,3

Source : Hospidiag

La chambre recommande à l'établissement de renforcer sa chaîne de facturation pour limiter ses pertes en recettes. L'informatisation du système d'information financier constitue à cet

⁸⁸ Sauf compte 735 pour le budget principal : produits laissés à la charge de l'État.

⁸⁹ Indicateur exprimé en nombre de jours d'exploitation.

⁹⁰ Indicateur : F11_D. Hospidiag.

⁹¹ Cet indicateur a été obtenu à partir des tableaux OVALIDE et indique les sorties de trésorerie liées à une facturation moins réactive.

égard un préalable que l'établissement a pris en compte dans son projet de plan de retour à l'équilibre financier.

Recommandation

4. Renforcer la chaîne de facturation en s'appuyant sur le guide de l'ANAP « Piloter la chaîne accueil - facturation - recouvrement par les indicateurs ». En cours de mise en œuvre.

4.4.2.2. Un accroissement des dettes d'exploitation

Le stock de dettes a progressé de 4,8 % en moyenne annuelle en raison des « autres dettes diverses ».

Tableau n° 53 : Évolution du stock de dettes

PASSIF	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	1 370 987	1 742 751	1 659 577	1 974 294	1 526 574	1 177 567	-3,0%
Dettes fiscales et sociales	1 550 773	926 746	1 016 376	915 651	1 276 236	1 178 409	-5,3%
Avances reçues	17	6	86	212 143	342 612	205 023	557,5%
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	58 449	172 223	229 540	676 027	41 237	3 664	-42,5%
Autres dettes diverses	127 430	108 336	86 855	100 786	4 781 270	4 254 968	101,7%
Recettes à classer ou à régulariser	2 318 203	53 781	311 920	136 385	8 646 532	54 044	-52,8%
II - Dettes	5 425 859	3 003 846	3 304 358	4 015 288	16 614 463	6 873 676	4,8%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

Les dettes fournisseurs et dettes sur immobilisations ont diminué respectivement de 3 % et 42,5 %. Celles-ci ont toujours été réglées dans un délai inférieur à 50 jours et n'appellent dès lors pas d'observation⁹².

Les recettes à classer ou à régulariser ont présenté une forte hausse en 2016 en raison de retard pris par l'établissement pour encaisser les produits de l'assurance maladie. Celui-ci a été résorbé en 2017.

4.4.2.3. Une stabilité du besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement correspond au besoin de financement lié à l'exploitation courante. Celui-ci a augmenté entre 2012 et 2014 de 1 614 589 € (+ 29,7 %) en raison de la diminution de la dette court terme (- 2 121 501 €, soit -39%) alors que dans le même temps, les créances à court terme baissaient dans une moindre proportion (- 506 912 €, soit - 4,7 %).

Les retards constatés en 2016 portant sur les créances et dettes à court terme se sont neutralisés et n'ont affecté le besoin en fonds de roulement que de façon marginale.

⁹² Les dettes fournisseurs étaient réglées en 31 jours en moyenne en 2012 pour atteindre 43 jours en 2015 avant de s'établir à 20 jours en 2017 (32,5 jours en 2016) (source : hospidiag. Indicateur F12_D). Ce faisant, le centre hospitalier respecte les dispositions tirées de l'article 1^{er} du décret n°2013-269 du 29 mars 2013, soit un délai de paiement fixé à 50 jours maximum.

Tableau n° 54 : Évolution du besoin en fonds de roulement

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Créances à court terme	10 869 306	9 441 632	10 362 394	9 440 595	22 254 853	12 333 684	2,6%
- Dettes à court terme	5 425 859	3 003 846	3 304 358	4 015 288	16 614 463	6 873 676	4,8%
Besoin en fonds de roulement	5 443 447	6 437 785	7 058 036	5 425 307	5 640 389	5 460 007	0,1%
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	37,2	43,0	45,6	35,2	36,1	32,3	-2,8%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

Depuis 2015, le besoin en fonds de roulement est revenu à un niveau proche de celui de 2012. En 2017, il s'établissait à 5,46 M€ (+ 0,3 % sur la période). En nombre de jours de charges courantes, le besoin en fonds de roulement est passé de 37,2 à 32,3 jours entre 2012 et 2017 (- 2,8 %).

4.4.3. Une diminution de la trésorerie

La trésorerie s'est réduite de 34,8 % en moyenne annuelle, soit 88,2 % entre 2012 et 2017 en raison de la diminution du fonds de roulement net global notamment sous l'effet cumulé du report à nouveau et des résultats comptables successifs déficitaires.

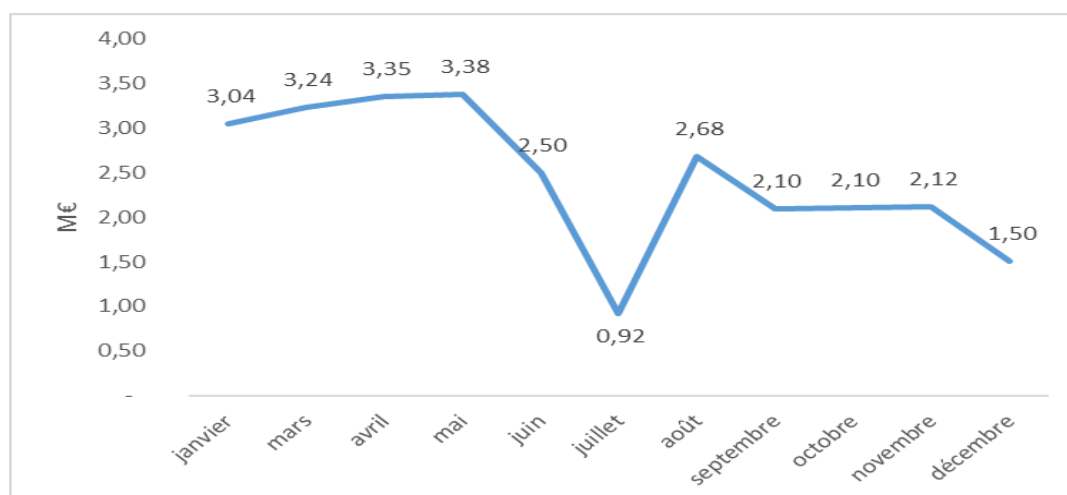
La trésorerie, abondante de 2012 à 2015 (81 à 51 jours de charges courantes) s'est réduite notamment en 2017 en s'établissant à huit jours, soit un niveau insuffisant.

Tableau n° 55 : Évolution de la trésorerie

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy. annuelle
Fonds de roulement net global	16 491 823	19 224 202	15 288 365	9 703 455	9 517 773	6 762 559	-16,3%
- Besoin en fonds de roulement	5 443 447	6 437 785	7 058 036	5 425 307	5 640 389	5 460 007	0,1%
= Trésorerie	11 048 376	12 786 417	8 230 329	4 278 148	3 877 384	1 302 552	-34,8%
<i>nbre de jours de ch. courantes</i>	72	81	51	26	24	8	-36,1%

Source : CRC, d'après DGFIP (IDAHO)

L'établissement est invité à renforcer le pilotage de sa trésorerie en liaison avec le comptable public dans le cadre d'un suivi infra-annuel. La trésorerie de l'établissement est en effet confrontée à des variations importantes au cours de son cycle annuel inhérentes au rythme des versements des produits de l'assurance-maladie, de recouvrement auprès des tiers (hospitalisés et mutuelles) mais également des dépenses notamment de personnel.

Graphique n° 3 : Évolution de la trésorerie mensuelle 2017

Source : suivi du compte 515, Ancre⁹³

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'établissement ne dispose plus de capacités pour investir. Son autofinancement et ses autres recettes propres sont insuffisantes en l'absence d'augmentation significative de la marge brute ; celle-ci étant obérée par la croissance des charges de personnel notamment médicales.

Le prélèvement sur fonds de roulement se justifiait lorsque l'établissement bénéficiait d'une trésorerie abondante⁹⁴. Cette tendance ne peut toutefois se poursuivre en deçà de quelques jours de trésorerie.

5. LA GESTION DE LA MASSE SALARIALE

La part des dépenses de personnel rapportée au chiffre d'affaires a fortement progressé, passant de 70,8 % en 2012 à 78 % en 2017⁹⁵. Au plan national, ce ratio s'établissait en 2017 à 66,5 %⁹⁶. Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue présentait donc en 2017 un écart de 11,5 points par rapport aux autres établissements de santé.

⁹³ Donnée février 2017 : non disponible.

⁹⁴ L'établissement répondait en cela à une observation du rapport d'observations définitive de la chambre régionale des comptes Midi-Pyrénées.

⁹⁵ Aucune modification de périmètre n'est intervenue dans la répartition entre les activités gérées en régie par l'établissement et les services ayant été externalisés.

⁹⁶ Source : Les dépenses de santé en 2017, édition 2018, DREES.

Tableau n° 56 : Évolution des dépenses de personnel rapportées au chiffre d'affaires

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Rému. et charges de personnel non médical	27 904 453	28 057 468	28 915 084	28 676 999	28 139 997	29 024 085	0,8%
Rému. et charges de personnel médical	6 663 794	7 001 097	7 115 740	7 409 439	8 160 064	9 077 074	6,4%
= Rémun et charges de personnel	34 568 247	35 058 565	36 030 824	36 086 438	36 300 061	38 101 159	2,0%
+ Honoraires médecins GCS	2 172 019	2 411 317	2 667 039	2 837 236	3 241 470	2 439 096	2,3%
+ Autres charges de personnel non ventilables	39 832	54 768	100 261	70 748	49 791	65 726	10,5%
+ Impôts et taxes liés au personnel	3 233 673	3 334 023	3 426 710	3 483 030	3 621 525	3 574 135	2,0%
+ Charges de personnel externe	245 283	346 739	373 588	437 759	391 257	258 054	1,0%
= Charges de personnel totales consolidées	40 259 055	41 205 411	42 598 423	42 915 211	43 604 104	44 438 169	2,0%
<i>en % du chiffre d'affaires</i>	<i>70,8%</i>	<i>74,1%</i>	<i>74,9%</i>	<i>75,5%</i>	<i>76,4%</i>	<i>78,0%</i>	2,6%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Cette situation est imputable à la structure même des rémunérations et à leur répartition entre personnel non médical et personnel médical⁹⁷.

5.1. Le dynamisme des charges de personnel médical au regard de la quasi-stabilité de celles concernant le personnel non médical

Les rémunérations du personnel non médical ont progressé en moyenne annuelle de 0,8 % contre 6,4 % pour le personnel médical.

Tableau n° 57 : Évolution comparée des rémunérations nettes du personnel non médical et du personnel médical

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy
Rémunérations du personnel non médical	19 889 428	19 964 091	20 432 103	20 361 958	20 075 532	20 676 373	0,8%
Rémunérations du personnel médical	5 000 848	5 261 647	5 323 576	5 516 269	6 124 702	6 813 566	6,4%
Rémunérations du personnel	24 890 276	25 225 738	25 755 680	25 878 227	26 200 234	27 489 939	2,0%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Les ETPR⁹⁸ moyens annuels ont baissé de 0,8 % en moyenne annuelle pour le personnel non médical. Les ETPR moyens annuels du personnel médical⁹⁹ ont, quant à eux, augmenté de 1,3 %. Globalement, les effectifs ont diminué de 25,7 ETPR moyens entre 2012 et 2017, soit une diminution de 0,6 % en moyenne annuelle.

Tableau n° 58 : Évolution des ETPR moyens du personnel non médical et du personnel médical

en ETPR moyen	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. moy. annuelle
ETP non médicaux	744,8	736,9	741,8	728,8	712,0	717,5	-0,7%
ETP médicaux - hors internes	52,3	51,9	51,0	53,4	57,4	57,9	2,1%
internes	8,4	8,0	8,2	6,5	7,8	5,3	-8,8%
Total ETP	805,5	796,8	801,0	788,7	777,2	780,7	-0,6%

Source : CRC, d'après données de paye du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

⁹⁷ Évolution des charges sociales de personnel non-médical sur la période : 0,8 % contre 6,4 % aux charges sociales de personnel médical.

⁹⁸ Équivalent temps-plein rémunéré.

⁹⁹ Hors internes et étudiants.

L'absence de corrélation entre l'évolution des effectifs et les dépenses de personnels est imputable à une progression des rémunérations des personnels médicaux plus rapide (+ 5 % en moyenne annuelle) que celle des personnels non-médicaux (+ 1,6 %).

Tableau n° 59 : Évolution comparée des coûts moyens chargés des personnels médicaux et non médicaux¹⁰⁰

	En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy.
Villefranche-de-Rouergue	Coût moyen agent du personnel non médical	37 179	37 813	38 831	39 022	39 259	40 238	1,6%
	Coût moyen agent du personnel médical	126 568	137 898	142 201	140 597	148 015	161 629	5,0%
Moyenne nationale	Coût moyen agent du personnel non médical	43 044	43 579	44 453	44 900	NC	NC	1,4%
	Coût moyen agent du personnel médical	113 174	110 070	112 314	115 300	NC	NC	0,6%
Ecart VDR / moy. nationale	Coût moyen agent du personnel non médical	-13,6%	-13,2%	-12,6%	-13,1%	sans objet		-1,3%
	Coût moyen agent du personnel médical	11,8%	25,3%	26,6%	21,9%	sans objet		22,8%

Source : CRC, d'après bilans sociaux du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Le coût moyen d'un personnel non-médical a augmenté un peu plus rapidement au centre hospitalier qu'au plan national (+ 0,2 points en variation annuelle moyenne). Pour autant, le coût moyen agent non-médical du centre hospitalier demeure inférieur à la moyenne nationale de 15 %.

Le coût moyen du personnel médical¹⁰¹ présente, quant à lui, un écart bien plus marqué. En effet, le coût moyen d'un médecin présente un surcoût pour l'établissement compris entre 11,8 % et 26,6 %. L'écart entre le centre hospitalier et la moyenne nationale s'est accru entre 2012 et 2015 de 22,8 %.

Les charges de personnel médical, en raison de difficultés liées à l'attractivité de l'établissement, n'ont pas pu être maîtrisées de la même façon que celles liées au personnel non médical.

5.2. Des effectifs médicaux en croissance

L'établissement a accompagné le virage ambulatoire et la baisse des tarifs en adaptant sa gestion des ressources humaines. Cinq orientations ont été ainsi retenues :

- une hausse des effectifs médicaux pour accompagner la progression de l'activité de chirurgie, soit 3,5 ETPR moyens sur la période ;
- une diminution des effectifs infirmiers (- 6,3 ETPR) et plus largement des effectifs soignants (- 29,3 ETPR entre 2012 et 2017, soit - 1,1 % en moyenne annuelle) ;
- une relative stabilité des effectifs médico-techniques pour maintenir l'activité d'imagerie avec une variation 1,7 ETPR moyen au maximum entre les bornes haute (2017) et basse (2013) de la période ;
- une légère diminution des personnels administratifs (- 0,2 ETPR) ainsi que techniques et logistiques (- 0,4 ETPR) ;
- une petite progression des socio-éducatifs pour continuer à fluidifier les parcours patients et notamment la réduction de la durée moyenne de séjour (+ 0,7 ETPR).

¹⁰⁰ Rémunérations + charges sociales.

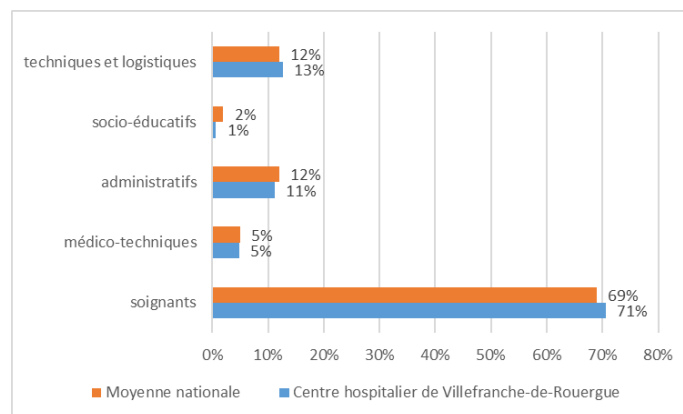
¹⁰¹ Les coûts moyens du personnel non médical sont calculés tant pour le CH qu'au plan national hors internes, FFI et étudiants (note de lecture et d'interprétation, rapport bilan social 2015, p. 6, ATIH, 2017).

Tableau n° 60 : Évolution des ETPR moyens médicaux, paramédicaux et des services supports¹⁰²

en ETPR moyens	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var annuelle moy.
ETP médicaux - hors internes, FFI et étudiants	52,7	50,8	50,0	52,7	55,1	56,2	1,3%
<i>PH temps plein</i>	NC	36,2	35,3	36,2	36,9	37,8	1,1%
<i>PH temps partiel</i>	NC	1,1	1,0	1,0	2,6	2,5	22,4%
<i>Praticiens attachés</i>	NC	0,6	0,6	0,6	0,5	1,4	22,9%
<i>Praticiens attachés associés</i>	NC	2,8	2,2	3,7	2,9	1,6	-13,0%
<i>Praticiens contractuels</i>	NC	9,1	10,2	10,3	12,0	12,1	7,3%
<i>Assistants des hôpitaux</i>	NC	1,0	0,8	0,9	0,3	0,8	-4,3%
ETP paramédicaux	566,3	558,1	561,4	554,3	537,1	537,1	-1,1%
Personnel soignant	531,7	524,0	527,2	518,6	502,5	501,2	-1,2%
<i>dont infirmiers diplômés d'états</i>	183,0	184,5	186,1	176,3	170,4	176,7	-0,7%
<i>dont aides-soignants</i>	198,1	197,4	200,8	205,7	205,0	205,5	0,7%
Personnel médico-techniques	34,6	34,1	34,2	35,7	34,7	35,8	0,7%
Total - personnels médicaux et paramédicaux	619,0	608,9	611,4	607,0	592,2	593,2	-0,8%
ETP services supports	184,2	183,9	183,3	180,6	179,7	184,3	0,0%
Personnel administratif	85,4	85,4	85,4	82,8	83,7	85,2	-0,1%
Personnel socio-éducatif	5,5	4,9	5,0	4,9	5,0	6,2	2,2%
Personnels techniques et logistiques	93,3	93,7	92,9	92,9	91,0	92,9	-0,1%
Total ETP	803,2	792,8	794,7	787,6	771,9	777,5	-0,6%

Source : CRC, d'après bilans sociaux du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

La stratégie consistant, d'une part, à renforcer les effectifs médicaux pour accroître l'activité et, d'autre part, à ajuster les effectifs d'infirmiers aux nouveaux besoins de l'établissement en matière d'ambulatoire n'appelle pas d'observation. La répartition entre les filières est en effet proche de la moyenne nationale.

Graphique n° 4 : Répartition comparée des effectifs par filière entre le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue et la moyenne nationale

Source : CRC, bilan social 2015 du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue et bilan social national 2015, ATIH¹⁰³.

¹⁰² La variation annuelle moyenne tient compte des données connues. La variation moyenne annuelle du détail des effectifs médicaux est ainsi calculée sur exercices 2013 à 2017 contrairement à la variation annuelle moyenne des autres effectifs qui sont calculés sur les exercices 2012 à 2017.

¹⁰³ Les données nationales 2016 et 2017 n'étant pas communiquées, le graphique compare donc les dernières données communes comparables.

5.3. Des coûts moyens élevés induits par la croissance des crédits de remplacement des personnels médicaux

L'évolution de la masse salariale médicale est particulièrement marquée auprès des praticiens contractuels et des cliniciens hospitaliers dont les rémunérations moyennes chargées représentaient en 2017 respectivement 196 % et 156 % en comparaison de celles d'un praticien hospitalier temps plein titulaire.

Tableau n° 61 : Évolution des coûts moyens chargés annuels par grade des personnels médicaux¹⁰⁴

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. moy annuelle
Assistant des Hopitaux		54 908	57 718	56 567	54 864	71 071	6,7%
Cliniciens			200 025	208 307	209 218	239 293	6,2%
Praticiens contractuels	184 396	190 971	180 224	210 573	236 041	300 556	10,3%
Praticiens hospitaliers temps partiels	82 694	67 562	77 638	76 642	70 993	80 435	-0,6%
Praticiens hospitaliers temps plein	138 850	145 044	149 574	144 770	142 760	153 267	2,0%
Praticien attaché et attachés associés	98 587	81 052	74 912	79 462	73 667	71 308	-6,3%

Source : CRC, d'après données de paye du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

5.3.1. Les rémunérations des praticiens contractuels : un dépassement des seuils réglementaires

Les praticiens hospitaliers contractuels sont recrutés sur le fondement des articles R. 6152-401 et suivants du code de la santé publique pour une durée de six mois à trois ans au plus en fonction des motifs de recrutements¹⁰⁵. Le centre hospitalier a eu recours de façon croissante à ce statut pour satisfaire ses besoins de recrutements temporaires.

Tableau n°62 : Évolution des effectifs de praticiens contractuels

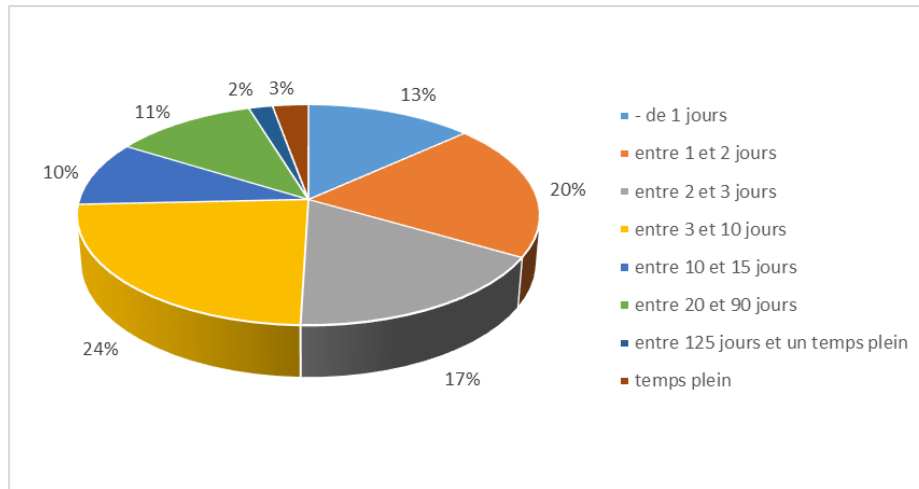
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.
Total effectifs physiques	56	81	71	78	83	105	13,4%
Total ETPR	6,4	9,2	7,9	8,3	9,5	8,2	5,0%

Source : CRC, d'après données de paye du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

En 2017, 74,3 % des contrats ont été signés pour une durée inférieure à dix jours, 21 % pour une durée comprise entre dix et 90 jours. Seuls 4,8 % étaient signés pour plus de 90 jours.

¹⁰⁴ Rémunération des assistants des hôpitaux en 2012 non significative s'agissant d'une quotité de temps de travail inférieure à 0,2 ETP.

¹⁰⁵ Aux termes des dispositions de l'article R. 6152-402 du code de la santé publique, les praticiens peuvent être recrutés pour une durée maximale de six mois sur une période de douze mois lorsqu'il s'agit de faire face à un surcroît occasionnel d'activité. Cette période peut cependant être portée à six mois renouvelable dans la limite d'un an en remplacement des praticiens hospitaliers temps pleins ou à temps partiel lors de leurs absences ou congés ou pour remplacer des postes d'internes ou résidents lorsque ceux-ci sont demeurés vacants à l'issue de chaque procédure de recrutement. Par ailleurs, pour exercer des fonctions temporaires liées à des activités nouvelles ou en voie d'évolution nécessitant des connaissances hautement spécialisées, le contrat peut être conclu pour six mois renouvelables dans la limite d'une durée totale d'engagement de deux ans. Enfin, pour assurer certaines missions spécifiques, temporaires ou non, nécessitant une technicité et une responsabilité particulières et dont la liste est définie par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé, le contrat peut être conclu pour une période de trois ans ou moins, renouvelable par reconduction expresse.

Tableau n° 63 : Répartition des effectifs physiques de praticiens contractuels en fonction de leur quotité de temps de travail

Source : CRC, d'après données de paye du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

En 2017, le coût d'une journée de praticien contractuel s'établissait, en moyenne mensuelle, charges incluses, à 1 445 €. Pour autant, ce coût moyen ne reflète pas la diversité des rémunérations constatées. En effet, les rémunérations les plus élevées ont été allouées à des praticiens contractuels remplaçants rémunérés pour des journées ou demi-journées de remplacement ou pour leur participation à la permanence des soins. Les rémunérations de ces médecins ont pu atteindre ponctuellement 22 173 € et 22 136 € (en coût journalier brut chargé) respectivement en 2014 et 2016.

Tableau n° 64 : Coût journalier¹⁰⁶ des praticiens contractuels (toutes charges incluses y compris cotisations sociales de l'employeur)¹⁰⁷

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.
1er quartile	1 754	1 470	1 204	1 501	1 732	1 537	-2,6%
2e quartile	1 931	1 914	1 913	1 950	2 051	1 985	0,6%
3e quartile	2 357	3 068	3 086	2 523	2 975	2 933	4,5%
4e quartile	7 486	11 408	22 173	4 256	22 136	6 099	-4,0%

Source : CRC, d'après paye médicale du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Or, le montant d'une rémunération de praticien contractuel est fixé par référence au statut des praticiens hospitaliers, soit le 4^{ème} échelon majoré de 10 %. L'arrêté du 15 juin 2016 relatif aux émoluments, rémunérations ou indemnités des personnels médicaux fixe celui-ci, dans son annexe III, à 52 617,62 € annuel, soit 57 879,38 € après majoration (4 823€ par mois). Ramené à une quotité de 1/208e correspondant à une journée de travail, ce montant correspond après majoration des 10 % prévus par le statut, à 278 € (soit un coût journalier chargé pour l'établissement de 387 €¹⁰⁸).

¹⁰⁶ Les données extraites par l'établissement ne permettent pas de déduire la part des cotisations sociales employeur.

¹⁰⁷ La rémunération moyenne mensuelle a été établie à partir d'extractions réalisées sur la paye médicale par le centre hospitalier. La rémunération annuelle a été divisée par la quotité horaire retranscrite en ETP par l'établissement dans la paye. Pour permettre une comparabilité entre l'ensemble des rémunérations, les praticiens ayant effectué une quotité horaire inférieure à un temps plein ont été ramenés à une quotité de temps de travail équivalente à 100 %. La rémunération ainsi obtenue est l'équivalent mensuel de ce que chaque praticien aurait été payé s'il avait effectué un plein temps.

¹⁰⁸ Ni les contrats de travail, ni les fiches de paye n'appellent de commentaires : la rédaction de ceux-ci étant conformes à la réglementation. En revanche, une discordance apparaît avec les extractions réalisées par l'établissement à partir de son propre logiciel de paye et les contrats et fiches de paye. Si les montants sont exacts, le nombre de jours effectués sur les fiches de paye diffère du nombre d'ETPR issus du logiciel de paye.

L'établissement considère, pour sa part, que le coût moyen représentait 1 457 € à la journée en 2017. Si ce montant est proche de celui extrait logiciel de paye de l'établissement, le périmètre de calcul est cependant différent¹⁰⁹.

Tableau n° 65 : Les coûts des médecins remplaçants en 2017

spécialité	Nbre de jours	Salaire brut	Charges	Frais de déplacements	Frais d'agences	Total	Prix à la journée
radiologie	40	33 576	13 605	-	2 928	50 109	1 253
gynécologie	52	50 605	22 235	913	300	74 054	1 424
anesthésie	420	404 546	184 240	11 969	24 787	625 543	1 489
pédiatrie	19	12 279	4 783	1 194	1 296	19 551	1 029
chirurgie viscérale	51	31 347	11 671	1 513	2 232	46 763	917
pneumologie	73	51 453	20 124	3 985	4 416	79 978	1 096
chirurgie urologique	63	53 582	22 426	5 909	864	82 781	1 314
chirurgie orthopédique	41	33 927	13 910	4 799	3 046	55 681	1 358
urgences	235,5	312 199	128 002	23 548	16 044	479 792	2 037
pharmacie	29	9 424	2 555	-	-	11 979	413
ORL	8	3 600	1 406	-	-	5 006	626
gériatrie	101	59 522	24 239	2 139	5 902	91 801	909
Frais d'hébergement						27 366	
Total	1 132,50	1 056 057	449 196	55 969	61 815	1 650 403	1 457

Source : centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

L'enjeu financier portait ainsi en 2017 sur 1,65 M€ pour un total de 2,47 M€ consacrés aux rémunérations chargées des praticiens contractuels. Il a augmenté de 3,6 % au cours de la période.

Tableau n° 66 : Évolution des coûts de remplacement des praticiens contractuels¹¹⁰

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	var. annuelle moy.
Salaire brut	494 865	634 739	545 821	754 665	754 246	1 056 057	16,4%
Charges	147 002	224 684	196 882	278 567	293 215	449 196	25,0%
Frais de déplacements	34 320	25 114	172 869	20 819	130 654	55 969	10,3%
Frais d'agences	26 065	28 953	30 939	39 379	44 962	61 815	18,9%
Total (dont hébergement)	727 052	930 177	946 510	1 093 429	1 223 078	1 650 403	17,8%
Nombre de jours	596	687	573	887	843	1 133	13,7%
Prix à la journée	1 221	1 354	1 652	1 233	1 452	1 457	3,6%

Source : centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

5.3.2. Le plafonnement des missions de travail temporaire depuis 2018

Aux termes de l'article R.6146-26 du code de la santé publique créé par le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017, l'ensemble des rémunérations des missions de travail temporaire, facturées par des entreprises de travail temporaire, des praticiens remplaçants sont plafonnées. Les autres contrats de remplacement conclus directement par l'établissement avec les praticiens relèvent, quant à eux, des dispositions statutaires, soit le 4^{ème} échelon majoré de 10%.

¹⁰⁹ Dans le montant de 1 457 € calculé par l'établissement, les factures d'intérim médical ainsi que les coûts d'hébergement hôtelier sont prises en compte contrairement au montant de 1 445 €. Ce dernier est, quant à lui, effectué à partir de la paye de l'ensemble des praticiens contractuels et non pas seulement des remplaçants.

¹¹⁰ La ligne « total (dont hébergement) » présente un écart avec la somme des quatre lignes précédentes en raison de l'imputation de coûts d'hébergements.

L'établissement indique qu'il respecte, depuis 2018, les nouvelles dispositions réglementaires portant plafonnement des missions de travail temporaire, soit un montant de 1 170 €¹¹¹.

La chambre constate que l'établissement est placé en situation de dépendance vis-à-vis des exigences de certains praticiens et notamment de contractuels remplaçants. En effet, le syndicat national des médecins remplaçants en hôpitaux (SNMRH) a publié, en mars 2018, une « liste noire » des établissements refusant de déroger au décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017. Cette liste était accompagnée d'un appel adressé aux remplaçants hospitaliers de ne pas accepter de mission d'intérim dans ces établissements. L'établissement indique avoir été inscrit dans cette liste et s'inquiéter de cette situation ; 105 praticiens contractuels travaillaient en effet pour le centre hospitalier en 2017. Des plaintes ont été engagées par le ministère de la santé devant la juridiction ordinale compétente visant les auteurs de cette liste.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La gestion de la masse salariale notamment des personnels médicaux de remplacement constitue une double difficulté pour l'établissement : réglementaire et économique. Le règlement de cette question conditionne la restauration d'une marge brute significative. Pour autant, l'établissement ne pourra faire face à cet enjeu sans l'appui de ses autorités de tutelle et un changement des pratiques de rémunération des autres établissements, au moins à l'échelle de la région.

6. LES ENJEUX STRATÉGIQUES DU CENTRE HOSPITALIER

Le centre hospitalier est confronté à trois enjeux stratégiques prioritaires : le retour à l'équilibre financier, l'articulation de son offre de soins au sein du projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire du Rouergue, la coopération avec la médecine de ville.

6.1. Le retour à l'équilibre financier : un projet de plan nécessaire mais insuffisant

Le centre hospitalier s'est engagé depuis 2018 dans l'élaboration d'un plan de retour à l'équilibre financier en application de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique. Celui-ci devra être appliqué et mis en œuvre d'ici à décembre 2020.

Ce plan comporte cinq orientations stratégiques déclinées en 19 fiches actions. Sa mise en œuvre est conditionnée à des dépenses d'exploitation supplémentaires pour un montant annuel de 147 497 €. Les efforts attendus en 2021 sont un surcroît de recettes pour 250 000 € et une économie en dépenses de 900 044 €, soit 1 M€ de gains après déduction des nouvelles dépenses de fonctionnement induites par le plan de retour à l'équilibre. Enfin, ce plan nécessite des dépenses d'équipement de 212 471 €¹¹². Celles-ci ne représentent que 21,2 % des économies et recettes attendues sur une année pleine.

¹¹¹ L'article 2 du décret précité prévoit qu'à titre transitoire « le montant plafond journalier mentionné à l'article R. 6146-26 du code de la santé publique est majoré de 20 % au titre de l'année 2018 et de 10 % au titre de l'année 2019. »

¹¹² Ces dépenses d'équipement sont réparties sur trois exercices : 81 475 € en 2018, 112 360 € en 2019 et 18 636 € en 2020.

Tableau n° 67 : Conséquences financières attendues du plan de retour à l'équilibre

Orientation stratégique	Dépenses d'investissements induites (2018-2020)	Economies prévisionnelles en dépenses	Nouvelles dépenses de fonctionnement	Economies prévisionnelles - Nouvelles	Nouvelles recettes induites	Total gains en dépenses + nouvelles
1) Réduction du capacitaire MCO	41 508 €	222 429 €	101 297 €	121 132 €	- €	121 132 €
2) Augmentation de l'activité	3 600 €	179 122 €	- €	179 122 €	170 000 €	349 122 €
3) Gestion des ressources humaines	99 456 €	332 893 €	- €	332 893 €	- €	332 893 €
4) Structuration, sécurisation des finances	35 377 €	90 000 €	46 200 €	43 800 €	80 000 €	123 800 €
5) Restructurer les services économiques et logistiques	32 530 €	75 600 €	- €	75 600 €	- €	75 600 €
Total	212 471 €	900 044 €	147 497 €	752 547 €	250 000 €	1 002 547 €

Source : CRC, d'après fiches actions du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Si ce plan est de nature à améliorer la marge brute de l'établissement, il ne devrait cependant pas permettre de restaurer le taux de marge brute de 8 % prévu par l'instruction interministérielle du 4 mars 2016¹¹³. L'amélioration significative de la marge brute est tributaire de la diminution des dépenses consacrées aux remplacements médicaux.

6.2. Un projet médical et soignant partagé à préciser sur ses volets chirurgicaux et gériatriques

Le 8 juin 2018, le groupement hospitalier du Rouergue s'est doté d'un projet médico-soignant partagé (PMSP). Celui-ci s'articule avec le projet régional de santé 2018-2022 de la région Occitanie et est structuré autour de 13 axes¹¹⁴ et couvre l'ensemble des activités sanitaires et médico-sociales. Le PMSP dépasse ainsi le champ du précédent projet médical¹¹⁵ partagé entre Rodez et Villefranche-de-Rouergue.

L'établissement doit en effet faire évoluer sa relation avec les autres établissements publics membres du groupement hospitalier du territoire du Rouergue. De concurrentielle, celle-ci doit devenir partenariale et se fonder sur la complémentarité.

Ce nouveau projet appelle toutefois trois observations relatives à la non prise en compte des projets médicaux précédents ainsi qu'à la nécessité de préciser les volets chirurgicaux et gériatriques.

6.2.1. Une absence d'évaluation et de prise en compte des projets médicaux précédents

Si ce nouveau projet médical doit permettre de mieux coordonner les stratégies des six établissements membres du GHT, il apparaît cependant que les précédents projets des

¹¹³ Si ce plan avait produit ses effets en année pleine sur l'exercice 2017, le taux de marge brut n'aurait atteint que 2,6 %.

¹¹⁴ Axe 1 : prise en charge des affections cancéreuse et coordination en cancérologie ; 2 : périnatalité (gynécologie- obstétrique – pédiatrie – néonatalogie – pédopsychiatrie) ; 3 : filière vasculaire (neurologie – cardiologie – insuffisance rénale – angiologie) ; 4 : médecine spécialisée (maladies infectieuses - pneumologie – rhumatologie – endocrinologie – médecine polyvalente) + plaies et cicatrisation ; 5 : gériatrie et SSR polyvalent ; 6 : SSR spécialisé ; 7 : chirurgie ; 8 : urgences ; 9 : réanimation et soins continus ; 10 : hépato gastro entérologie ; 11 : imagerie médicale ; 12 : biologie médicale ; 13 : pharmacie.

¹¹⁵ Du 19 avril 2013 jusqu'à la création du GHT, le 30 juin 2017, les centres hospitaliers de Villefranche-de-Rouergue et de Rodez avaient arrêté un projet médical commun portant sur les filières de cancérologie, de réanimation, de soins continus et de diabétologie. Celui-ci complétait le projet médical propre au centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue.

établissements parties au GHT n'ont pas été suffisamment pris en compte pour assurer une réelle cohérence stratégique dans le temps. Le centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue s'était ainsi doté d'un projet médical 2014-2018 structuré autour de sept orientations : le développement d'une filière gériatrique ; la réorganisation des activités médicales et chirurgicales ; la redéfinition de la gouvernance hospitalière ; le développement d'une méthode et d'outils au service de la qualité et de la sécurité des soins ; la création d'équipes territoriales et l'amélioration du fonctionnement pour les équipes déjà existantes ; l'amélioration du recrutement médical ; le développement du réseau ville-hôpital. Aucun bilan de ce projet médical n'a été réalisé avant d'engager la définition du nouveau.

6.2.2. Une orientation stratégique sur l'organisation de la chirurgie à préciser

Le centre hospitalier dispose d'un plateau technique renouvelé incluant notamment sept blocs opératoires. Le virage de l'ambulatoire a été opéré grâce à un nouveau bâtiment dédié et permet à l'activité chirurgicale de progresser globalement.

Or le PMSP précise que l'organisation de l'activité de chirurgie présente dans les centres hospitaliers de Rodez, de Villefranche-de-Rouergue et de Decazeville constitue « actuellement un facteur de risques important pour l'avenir de la chirurgie dans le territoire [...] et que cette organisation ne contribue pas au développement d'activités aujourd'hui fortement concurrencées (orthopédie par exemple) ».

Le projet considère, par ailleurs, que ces risques « sont accentués par la démographie médicale, les exigences de qualité et de sécurité de prise en charge et les volumes d'activité ». Le projet médico-soignant partagé ne précise pourtant pas les orientations à prendre dans chaque discipline chirurgicale.

Il convient donc de clarifier ces orientations stratégiques. Le recours à des équipes médicales de territoire constitue une option intéressante qu'il importe de développer afin de créer des synergies communes, et partenariales¹¹⁶. Enfin, la chambre invite l'établissement à se rapprocher du centre hospitalier de Rodez afin d'homogénéiser la politique de ressources humaines médicale, étape préalable et indispensable notamment si de nouveaux temps partagés devaient être mis en œuvre.

6.2.3. La filière gériatrique : un secteur médico-social oublié

Le projet médico-soignant partagé aborde la question gériatrique au travers d'une analyse du vieillissement de la population et propose la mise en place d'un « parcours vieillissement ». L'accent est mis sur la prise en charge des personnes âgées « au plus près de leur lieu de vie [...] en diminuant les hospitalisations parfois délétères [et en développant] la prise en charge ambulatoire ».

Les centres hospitaliers de Villefranche-de-Rouergue et de Rodez sont identifiés pour développer cette prise en charge ambulatoire en raison du plateau technique existant et de l'existence de temps médical dédié. Le centre hospitalier de Decazeville proposerait, quant à lui,

¹¹⁶ Des mesures relatives à l'attractivité médicale et à la fidélisation peuvent être mises en œuvre dans ce cadre selon la fiche n° 9 du référentiel « Équipes médicales de territoire » d'octobre 2017 de l'ANAP.

les électromyogrammes¹¹⁷ (EMG) afin notamment d'établir les dépistages de fragilité et de troubles cognitifs.

Le PMSP ne traite toutefois pas la question du capacitaire du médico-social alors que la prise en charge de la personne âgée fait partie des axes du projet régional de santé Midi-Pyrénées 2012-2017, du projet régional de santé Occitanie 2018-2022¹¹⁸ ainsi que du schéma autonomie du département de l'Aveyron.

Le centre hospitalier envisage une opération de rénovation et de restructuration de son secteur médico-social qui est mentionnée dans la convention tripartite.

Une étude de mars 2017¹¹⁹ portant sur la reconfiguration des sites de la Chartreuse, de Rulhe ainsi que de Saint-Alain prévoit la diminution du nombre de chambres à deux lits des EHPAD.

Cinq *scenarii* sont développés au sein de l'étude qui aborde des stratégies différentes, tant en termes de travaux (démolition, construction, restructuration) que d'évolution du capacitaire¹²⁰. Les alternatives présentées au centre hospitalier nécessitent des périodes de travaux allant de 54 à 81 mois et représentent chacune un investissement financier compris selon le scénario retenu entre 26,8 M€ et 34,7 M€¹²¹ (annexe 3).

Le président du conseil départemental indique qu'une localisation est envisagée dans le cadre du plan action « cœur de ville » sur un site laissé libre par le départ de la gendarmerie et de la poste, l'hypothèse d'une reconstruction sur le site « Saint-Alain » ayant été abandonnée. La capacité d'accueil est en cours de discussion. Dans cette perspective, le département a invité l'hôpital à présenter un projet de réduction de l'offre capacitaire représentant la suppression, soit de 20 places d'hébergement, soit de 45 places d'hébergement permanents avec la création concomitante dans cette deuxième hypothèse de 15 places d'hébergement temporaires. Il souhaite limiter son aide à un prêt sans intérêt sur 10 ans correspondant à 15% du montant des travaux subventionnables. Dès lors, le projet de reconstruction n'est pas finalisé ni financé.

La chambre considère que la reconstruction d'un secteur médico-social pour un montant estimé à 30 M€ sur fonds propres de l'établissement, n'est pas compatible avec sa situation financière même dans l'hypothèse d'un prêt sans intérêt consenti par le conseil départemental. Seule une aide conjointe du département et de l'ARS, en prenant en compte l'ajustement capacitaire avec les besoins de la population du bassin de vie, permettrait d'envisager une telle opération. Il appartient en conséquence aux établissements membres du GHT, à l'ARS et au conseil départemental de clarifier les orientations médico-sociales qu'ils entendent mettre en œuvre pour répondre aux besoins de la population en termes de dépendance.

¹¹⁷ Examen consistant à étudier l'activité des nerfs et des muscles. Il est indiqué en neurologie pour dépister les pathologies nerveuses et musculaires.

¹¹⁸ Dans le cadre du premier PRS, un axe 2 intitulé « Positionner l'utilisateur au cœur du système de santé (faciliter les parcours des patients au long cours, sans rupture de prise en charge) » souligne notamment la nécessité de garantir la qualité des soins et des services délivrés à la personne âgée. Cette qualité doit résulter d'une amélioration des prises en charge en EHPAD, de la coordination entre les gériatres et de la professionnalisation des acteurs paramédicaux et des aidants. Quant au volet schéma régional de santé du PRS 2018-2022, celui-ci identifie cinq parcours prioritaires dont un « parcours vieillissement » avec pour ambition la transformation de l'offre médico-sociale.

¹¹⁹ Étude du 17 novembre 2016 et mise à jour le 6 mars 2017.

¹²⁰ Le centre hospitalier et la commune de Villefranche-de-Rouergue envisagent d'inscrire ce projet de restructuration dans le cadre du plan « action cœur de ville ». Dans cette hypothèse, le site de Saint-Alain accueillerait l'EHPAD au titre de la revitalisation du centre-ville.

¹²¹ Voir détail en annexe 1.

6.3. Une coopération avec la médecine de ville à développer

L'approfondissement de la relation avec la médecine de ville permettrait au centre hospitalier de s'inscrire dans un processus de prise en charge des patients, répondant tant aux besoins de la population qu'à ceux de la médecine de ville.

Pour autant, la relation ville-hôpital ne repose que sur la présence d'un médecin de ville, personnalité qualifiée au sein du conseil de surveillance.

L'établissement n'est pas actuellement en capacité d'alimenter le dossier médical partagé avec les autres professionnels de santé et les patients. La chambre lui recommande de renforcer le lien entre les médecins adresseurs et les services médicaux hospitaliers. Cette démarche passe par la mise en œuvre d'outils de travail dédiés à un travail en réseau.

Trois pistes pourraient être étudiées pour renforcer cette relation :

- l'implantation envisagée par l'établissement, d'une maison de santé pluridisciplinaire ainsi que d'une maison médicale de garde à proximité du site de la Chartreuse ;
- la mise à disposition d'un accès privilégié aux médecins prescripteurs généralistes aux services spécialisés de l'hôpital pour permettre une prise en charge rapide et adaptée des patients ;
- le développement d'une plateforme numérique sécurisée et partagée permettant aux médecins adresseurs d'accéder aux comptes rendus de consultations spécialisées, d'opération et d'hospitalisation des patients ainsi qu'aux analyses et à l'imagerie médicale réalisées par l'hôpital.

Recommandation

5. Renforcer le lien ville et hôpital en proposant des outils dédiés aux médecins libéraux adresseurs. *Non mise en œuvre.*

ANNEXES

annexe 1 : Détail de l'impact de la politique de provisions sur le résultat.....	62
annexe 2 : Le résultat financier et le refinancement des produits structurés.....	63
annexe 3 : La restructuration du secteur médico-social	65

annexe 1 : Détail de l'impact de la politique de provisions sur le résultat

- Les provisions pour couverture des risques financiers

Tableau n° 68: Impact des irrégularités constatées sur le résultat de l'établissement des provisions pour couverture des risques financiers

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Observations
provisions pour couverture des risques financiers - reprises réellement réalisées	-	250 000	351 855	384 679		130 000	
<i>dont reprises justifiées</i>		250 000				130 000	
<i>dont reprises injustifiées</i>			351 855	384 679			
Reprises justifiées mais non réalisées		-	-	-			
Impact sur le résultat des provisions pour couverture des risques financiers		-	- 351 855	- 384 679	-	-	"-" = à déduire du résultat / "+" = à rajouter au résultat (reprise intégrale de la provision en 2016 ; le risque ayant disparu)

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

- Les provisions pour compte épargne temps

Tableau n° 69: Impact des irrégularités constatées sur le résultat de l'établissement des provisions pour compte épargne temps

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Observations
provisions pour comptes épargne temps - reprises justifiées et réalisées	28 483						
provisions pour comptes épargne temps - reprises justifiées mais non		81 311	347 190	473			
provisions pour comptes épargne temps - dotations justifiées mais non					206 687	NC	
Impact sur le résultat des provisions pour CET	0	81 311	347 190	473	- 206 687	NC	"-" = à déduire du résultat / "+" = à rajouter au résultat

- Les autres provisions

Tableau n° 70 : Impact des irrégularités constatées sur le résultat de l'établissement des autres provisions

en €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Observations
provisions pour couverture du risque TZA	- 1 662 371						"-" = à déduire du résultat car provision et reprise non justifiée
provisions pour contentieux	Non évalué en l'absence des données établissement						
provisions pour créances irrécouvrables						- 50 068	"-" = à déduire du résultat car dotation à réaliser pour compléter la provision initiale de 31 000 €
absence de constitution d'une provision pour emprunts structurés	- 2 000 000						"-" = à déduire du résultat car dotation justifiée mais non réalisée / "+" = à rajouter au résultat car reprise à effectuer lors de la mise en oeuvre de l'équipement
Provisions règlementées pour propre assureur	- 249 400						Reprise sur provision injustifiée. A déduire du résultat.

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

annexe 2 : Le résultat financier et le refinancement des produits structurés

- Évolution des charges d'intérêt

Tableau n° 71 : Évolution des charges d'intérêt

En €	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Var. période
Charges d'intérêt	500 180	771 966	819 086	811 324	429 320	484 911	-3,1%

Source : CRC, d'après comptes financiers du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

- Les renégociations d'emprunts structurés

Tableau n° 72 : La renégociation du 1^{er} septembre 2016

Organisme prêteur 2007-2016	Dexia
Date initiale du contrat de prêt (hors période de contrôle)	4 juin 2007
Montant initial du prêt	deux prêts de 3 000 000 € et de 4 856 627 €
Risque Gissler	6F
Montant refinancé	Capital restant dû : 5 106 694 € + nouveaux emprunts : 3 000 000 € (hors indemnité compensatrice dérogatoire)
Date de la renégociation	1er septembre 2016
Organisme refinanceur	Caisse française de financement local
Economie du contrat refinancé	8,28 M€ d'indemnité compensatrice dérogatoire (intégrée au capital du nouveau contrat) + 1 454 000 € d'indemnités dérogatoires (intégrée aux conditions financières du nouveau contrat). Risque Gissler après renégociation : 1A
Aide de l'ARS	520 000 € par an pendant 10 ans

Source : centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

Tableau n° 73 : La renégociation du 1^{er} décembre 2016

Organisme prêteur 2007-2016	Dexia crédit local
Date initiale du contrat de prêt (hors période de contrôle)	4 juin 2007
Montant initial du prêt	2 457 301 €
Date de 1 ^{ère} renégociation	5 mars 2010
Date de la 2 ^{ème} renégociation	1er décembre 2013
Taux d'intérêt appliqué	période de taux d'intérêt fixe bonifiée à 3,94% jusqu'au 1er décembre 2016. Puis, une seconde période de 18 ans où le taux de 3,94% se voyait affecter un coefficient multiplicateur fondé sur un arbitrage entre deux indices : le CMS EUR 30 ans et le CMS EUR 2 ans
Risque Gissler lors de la renégociation	3E
Montant refinancé	2 031 392 €
Date de la 3 ^{ème} renégociation	1er décembre 2016
Organisme refinanceur	Caisse française de financement local
Economie du contrat refinancé	Nouveau contrat de prêt de 2,03 M€ à taux fixe pour un montant TEG de 4,59% sur 25 ans moyennant deux indemnités : - une indemnité compensatrice dérogatoire de 499 000 € ayant été intégrée dans les conditions financières du nouveau contrat ; - une indemnité contractuelle de 250 000 € a été réglée par l'établissement sans aide financière. Nouveau contrat évalué en 1A (charte de Gissler)

Source : centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue

annexe 3 : La restructuration du secteur médico-social

Cinq scénarii ont été étudiés pour un coût estimé entre 26,8 M€ et 34,7 M€.

VERSIONS	AMENAGEMENTS	DUREE ET COUT DES TRAVAUX
Scénario 1	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration de La Chartreuse : aménagement de 37 logements en Résidence « Autonomie » ; • Restructuration du bâtiment V120 : aménagement de 90 lits EHPAD et d'un plateau dédié aux consultations gériatriques ; • Restructuration du bâtiment V200 : aménagement de 43 lits EHPAD, 80 lits USLD et 40 lits SSR ; • Construction d'une extension : création de 140 lits EHPAD. 	<p>Durée des travaux : 81 mois</p> <p>Coût estimé : 28 400 000 €</p>
Scénario 2	<ul style="list-style-type: none"> • Démolition de La Chartreuse et construction de 40 lits SSR avec des locaux de rééducation et de 80 lits USLD ; • Restructuration du bâtiment V120 : aménagement de 90 lits EHPAD et d'un plateau dédié aux consultations gériatriques ; • Restructuration du bâtiment V200 : aménagement de 155 lits EHPAD ; • Construction d'une extension : création de 28 lits EHPAD. 	<p>Durée des travaux : 79 mois</p> <p>Coût estimé : 27 202 000 €</p>
Scénario 3	<ul style="list-style-type: none"> • Restructuration de La Chartreuse : aménagement de 37 logements en Résidence « Autonomie » ; • Restructuration du V120 : aménagement de 90 lits EHPAD et d'un plateau dédié aux consultations gériatriques ; • Restructuration du V200 : aménagement de 75 lits EHPAD et de 80 lits USLD ; • Construction d'une extension : création de 108 lits EHPAD. 	<p>Durée des travaux : 81 mois</p> <p>Coût estimé : 26 863 000 €</p>
Scénario 4	<ul style="list-style-type: none"> • Démolition de La Chartreuse et construction de 48 lits SSR avec des locaux de rééducation et des espaces de vie ; • Démolition du bâtiment V120 ; • Restructuration du bâtiment V200 : aménagement de 116 lits EHPAD ; • Construction d'une extension : création de 144 lits EHPAD et 70 lits USLD. 	<p>Durée des travaux : 55 mois</p> <p>Coût estimé : 34 745 000 €</p>
Scénario 5	<ul style="list-style-type: none"> • Démolition de La Chartreuse ; • Restructuration du bâtiment V120 : aménagement de 48 lits SSR avec locaux de rééducation et espaces de vie ; • Restructuration du bâtiment V200 : aménagement de 116 lits EHPAD ; • Construction d'une extension : création de 144 lits EHPAD et 70 lits USLD. 	<p>Durée des travaux : 54 mois</p> <p>Coût estimé : 33 150 000€</p>

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

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 25 juin 2019 de M. Bertrand Perin, directeur du centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue.

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**