



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

ASSOCIATION DES AMIS DE LA MÉDECINE SOCIALE (Haute-Garonne)

Exercices 2016 à 2018

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE : DU DISPENSAIRE POUR RÉSISTANTS ESPAGNOLS À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ D'INTÉRÊT COLLECTIF	8
2. UN HÔPITAL ASSOCIATIF DÉFENSEUR DE VALEURS SOCIALES SUR UN TERRITOIRE FORTEMENT CONCURRENTIEL	9
2.1. Une gouvernance associative fondée sur des valeurs sociales	9
2.1.1. Le conseil d'administration et l'assemblée générale	9
2.1.2. Un bureau très investi, une traçabilité récemment établie	10
2.1.3. Un climat social tendu	10
2.2. Un établissement situé entre le centre hospitalier universitaire de Toulouse et un secteur privé lucratif aux stratégies concurrentielles offensives	11
2.3. Un recrutement large, des parts de marché stables mais menacées.....	11
2.4. Une activité atypique et des missions justifiant son existence dans le paysage toulousain.....	13
2.5. Des coopérations multiples, une volonté de préserver son indépendance.....	13
2.6. Une stratégie à formaliser et à mettre en œuvre	14
3. L'ACTIVITÉ ET L'ORGANISATION INTERNE.....	15
3.1. Caractéristiques de l'activité.....	15
3.1.1. Une activité MCO concentrée sur un cœur d'activité et souffrant d'une forte dispersion et spécialisation pour le reste des séjours.....	15
3.1.2. Une activité relativement stable.....	16
3.1.3. Le virage ambulatoire	18
3.1.4. Une activité des urgences en forte croissance.....	18
3.2. Une gestion des lits problématique.....	19
3.2.1. Des taux d'occupation à améliorer, un problème récurrent de gestion des lits.....	19
3.2.2. Une durée moyenne de séjour performante	19
3.3. La performance du bloc opératoire.....	20
3.4. La gestion du laboratoire	21
3.5. L'activité de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes...	23
3.6. Information médicale, codage et facturation	24
3.6.1. La fragilité de l'information médicale et du processus de codage.....	24
3.6.2. Le secteur facturation : d'importants progrès déjà réalisés	25
3.7. L'équilibre économique des activités	26
3.8. La problématique capacitaire : la recherche de la taille critique	27
4. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	28
4.1. Effectifs et masse salariale.....	28
4.2. Productivité : un réel effort, des ratios pénalisés par la taille des unités et la dispersion de l'activité	30
4.3. Les gardes et astreintes : un levier de rémunération.....	31

4.4.	Un absentéisme élevé mais en diminution.....	32
4.5.	Un fort taux de <i>turn-over</i> et un nombre de démissions élevé.....	34
4.6.	Un fort recours à l'intérim	35
4.7.	Un recours aux heures supplémentaires en hausse	35
4.8.	Une refonte du temps de travail à parachever.....	36
5.	LA FIABILITÉ DES COMPTES	36
5.1.	Les comptes consolidés	36
5.2.	Gestion des immobilisations.....	37
5.2.1.	Inventaire et état de l'actif	37
5.2.2.	Comptabilisation des stocks.....	37
5.2.3.	Amortissements.....	37
5.3.	Les provisions	38
5.3.1.	Des passifs sociaux non provisionnés.....	38
5.3.2.	Une provision pour renouvellement des immobilisations non justifiée.....	39
5.3.3.	Une provision pour gros entretien partiellement non justifiée par un plan pluriannuel de travaux.....	39
5.3.4.	Les autres provisions pour charges : une reprise à retraiter du résultat 2018.....	39
5.3.5.	Provisions pour créances irrécouvrables.....	40
6.	L'ANALYSE FINANCIÈRE	40
6.1.	Le compte de résultat de l'association.....	41
6.2.	La situation financière de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.....	42
6.3.	La situation financière de l'hôpital Joseph Ducuing	43
6.3.1.	Une situation de déficit structurel chronique	43
6.3.2.	Le plan de redressement.....	44
6.3.3.	La réalisation du plan.....	45
6.3.4.	L'évolution de l'autofinancement de l'hôpital	47
6.3.5.	Les investissements et leur financement.....	49
6.3.6.	L'analyse bilancielle	51
6.4.	La situation consolidée	55
6.5.	Prospective financière.....	58
6.5.1.	Une prospective financière aux hypothèses volontaristes	58
6.5.2.	Des opérations d'investissements non stabilisées.....	60
	ANNEXES.....	63
	GLOSSAIRE.....	65
	Réponses aux observations définitives.....	67

SYNTHÈSE

Rappel : les observations présentées ci-après ont été arrêtées avant l'épidémie liée au Covid-19.

La chambre régionale des comptes Occitanie a procédé au contrôle de la gestion de l'association des amis de la médecine sociale (AMS) pour les exercices 2016 à 2018. L'AMS gère un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (résidence les Tilleuls) et un hôpital (Joseph Ducuing) ayant le statut d'établissement de santé privé d'intérêt collectif. Le contrôle a porté principalement sur l'hôpital, qui représente 94 % du budget de l'AMS et concentre les principaux enjeux financiers et stratégiques.

Disposant d'un budget d'environ 60 M€, l'hôpital emploie environ 365 équivalents temps plein (ETP) non médicaux et 100 ETP médicaux. Avec 120 lits en médecine/chirurgie/obstétrique, il réalise environ 13 000 séjours par an. Son activité est principalement concentrée autour de l'obstétrique, de l'orthopédie et de la gastro-entérologie.

Sa volonté d'offrir un accès à la santé et au juste soin pour tous, y compris les plus démunis, sans dépassement d'honoraires, l'a conduit à se positionner sur des créneaux de prise en charge atypiques. Les missions de service public (qu'il est, pour certaines, le seul à réaliser) lui confèrent une place particulière dans le paysage sanitaire toulousain. Bien que stable, son activité est aujourd'hui fragilisée par une concurrence accrue des établissements privés lucratifs et du centre hospitalier universitaire, et par la pénurie de personnels médicaux.

Confronté à une situation de déficit chronique, il enchaîne les plans de redressement sans parvenir à l'équilibre et demeure dépendant des aides de l'agence régionale de santé. Le dernier plan de redressement, adopté en février 2017, a donné lieu à des mesures fortes dont la fermeture de l'unité de surveillance continue, l'externalisation du laboratoire et du bio-nettoyage, et la suppression de certains postes. Il n'a toutefois pas permis de rétablir une situation satisfaisante.

Cette situation est due à des ratios d'efficacité dégradés tant en termes d'occupation des lits que de nombre de personnels par lit et de chiffre d'affaires par ETP. La taille non optimale des unités et l'absence de masse critique des séjours par spécialité entravent l'efficacité de l'établissement qui est confronté à une activité insuffisante par rapport aux coûts fixes qu'il supporte.

L'installation de l'ensemble des lits autorisés semble un des scénarios les plus plausibles pour s'acheminer vers une masse critique suffisante permettant de rentabiliser les moyens engagés au titre des missions essentielles qu'il assume. Cependant, le retour à l'équilibre n'advient que si l'augmentation d'activité escomptée se réalise. Un engagement fort de la communauté médicale et une fidélisation de cette dernière sont donc requis.

L'établissement va devoir investir, ne serait-ce que pour réaliser les travaux de mise aux normes qui s'imposent à lui et pour pallier la vétusté croissante de la structure.

RECOMMANDATIONS

1. Optimiser la gestion et l'occupation des lits. *Non mise en œuvre.*
2. Mettre en œuvre des mesures de prévention des risques professionnels proportionnées aux risques, notamment en matière d'exposition au sang et de manutention. *Non mise en œuvre.*
3. Instaurer et mettre en place un suivi du compte épargne temps. *En cours de mise en œuvre.*
4. Comptabiliser et provisionner l'ensemble des passifs sociaux (congés payés, récupération de temps de travail, heures supplémentaires...). *En cours de mise en œuvre.*
5. Poursuivre la mise en œuvre de mesures d'économies et d'amélioration de l'efficacité afin de rétablir l'autofinancement. *En cours de mise en œuvre.*
6. Procéder aux investissements nécessaires au déploiement des lits autorisés et aux travaux de mise aux normes. *En cours de 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 de l'association des amis de la médecine sociale, gérante de l'hôpital Joseph Ducuing et de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes des Tilleuls, a été ouvert le 19 juin 2019 par lettre du président adressée à M. Michel Roumy, président en fonctions.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 27 septembre 2019.

Lors de sa séance du 13 novembre 2019, la chambre a arrêté les observations provisoires qui ont été transmises, par courrier du 22 novembre 2019, à M. Michel Roumy. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 28 février 2020 a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

1. PRÉSENTATION GÉNÉRALE : DU DISPENSAIRE POUR RÉSISTANTS ESPAGNOLS À L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ PRIVÉ D'INTÉRÊT COLLECTIF

L'hôpital Joseph Ducuing est géré par une association loi 1901 non reconnue d'utilité publique, mais bénéficiant du statut particulier « d'assistance et de bienfaisance », enregistrée sous la dénomination sociale « association des amis de la médecine sociale » (AMS).

L'établissement ne dispose pas de la personnalité morale et dépend donc de l'entité juridique associative AMS, qui gère également un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) les Tilleuls.

L'hôpital a été créé en octobre 1944 sous le nom d'« hôpital Varsovie »¹, par des médecins et des unités de combattants espagnols des forces françaises de l'intérieur pour soigner les républicains espagnols réfugiés dans la région toulousaine. Après la démobilisation des guérilleros espagnols, l'hôpital militaire devient un hôpital soignant des civils. L'établissement élargit la population prise en charge tout en conservant une mission sociale que consacre la création, le 20 juillet 1955, de l'AMS. Cette forme associative ancre dans le secteur non lucratif, un hôpital « ayant pour objet d'apporter sa participation active à l'œuvre sociale de protection et de sauvegarde de la santé de la population, d'enseignement et de recherche clinique ».

Participant au service public hospitalier depuis 1976, l'hôpital Ducuing est aujourd'hui répertorié² comme établissement de santé privé d'intérêt collectif³. En cette qualité, il répond à trois engagements vis-à-vis du public : pas de limitation à l'accès aux soins, pas de dépassement d'honoraires, continuité du service (accueil 24h/24). L'établissement réalise ainsi l'ensemble de son activité en secteur 1, ne déploie pas d'activité libérale et accueille toujours une importante population défavorisée voire précaire, particulièrement au sein de ses urgences⁴.

Disposant d'un budget d'environ 60 M€, il emploie 365 équivalent temps plein (ETP) non médicaux et 100 ETP médicaux. Avec 120 lits en MCO (médecine/chirurgie/obstétrique), il réalise environ 13 000 séjours par an. À cela s'ajoute un millier de séances (majoritairement de chimiothérapie). Bien que son activité obstétricale soit importante (2 400 à 2 500 accouchements par an environ), l'établissement est classé en maternité de niveau I⁵.

Il dispose d'un bloc opératoire de six salles (dont quatre ouvertes en 2019) et d'un accès à un plateau d'imagerie complet avec la radiologie conventionnelle en propre et une activité d'IRM et de scanner réalisée au sein d'un groupement d'intérêt économique. Il déploie également, sur un

¹ Il prendra le nom d'hôpital Ducuing en 1971.

² D'après le fichier national des établissements sanitaires et sociaux.

³ Les établissements de santé privés à but non lucratif sont devenus des établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) avec la loi dite « Hôpital, patients, santé et territoires » de 2009, se substituant aux établissements privés à but non lucratif et aux établissements privés participant au service public hospitalier. Non soumis à la comptabilité publique, les ESPIC ont l'obligation de faire certifier leurs comptes. Ils bénéficient du même mode de financement que les établissements publics de santé et les ARS surveillent leur situation financière comme celles des établissements publics de santé.

⁴ Le taux de patients des urgences de l'hôpital Ducuing disposant d'une couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou d'une aide médicale d'État est respectivement de 20,91 % et 2,62 % en 2018.

⁵ La graduation du niveau des maternités repose sur le niveau des soins de néonatalogie qu'elles sont habilitées à effectuer. Au sein des maternités de niveau I sont pratiqués des soins néonataux de l'enfant ne présentant pas de problème particulier, sans unité de néonatalogie individualisée. Les maternités de niveau II possèdent une unité de néonatalogie permettant d'assurer 24 heures sur 24 la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou ceux dont l'état s'est déstabilisé après la naissance. Les maternités de niveau III disposant d'une unité de néonatalogie (au moins 6 lits de néonatalogie et 3 de soins intensifs) mais aussi d'une unité de réanimation néonatale (au moins 6 lits).

site situé à Basso Cambo, une activité de soins de suite et de réadaptation (SSR) en hôpital de jour au sein d'un service de 30 places.

Il assure un des principaux services d'orthogénie de la région (8 places) et a été un des premiers établissements à ouvrir un service de soins palliatifs (et à assurer la formation universitaire en la matière), service qui maintient toujours une activité (10 lits), arrimée au réseau Reliance.

Sa pharmacie à usage intérieur (PUI) est une des trois PUI toulousaines⁶ à assurer une mission de rétrocession de médicaments.

L'hôpital Ducuing réalise l'ensemble de son activité de court séjour sur un site à l'emprise limitée, attenant à celui de l'EHPAD « résidence les Tilleuls », situé rue de Varsovie, dans le quartier Saint-Cyprien, au cœur de Toulouse. Cette implantation géographique le contraint fortement dans ses projets de rationalisation et de développement d'activité.

2. UN HÔPITAL ASSOCIATIF DÉFENSEUR DE VALEURS SOCIALES SUR UN TERRITOIRE FORTEMENT CONCURRENTIEL

2.1. Une gouvernance associative fondée sur des valeurs sociales

L'AMS qui regroupe l'hôpital Ducuing et l'EHPAD comprend 32 membres actifs, dont seulement une vingtaine étaient à jour de cotisation en 2019⁷. L'adhésion à l'association se fait par cooptation et sur le fondement de valeurs sociales et politiques partagées, comme il est indiqué *supra*.

2.1.1. Le conseil d'administration et l'assemblée générale

L'AMS est administrée par un conseil d'administration qui, en juin 2019, était composé de :

- 16 membres de l'association (dont les 6 membres du bureau) qui disposent d'une voix délibérative ;
- 2 représentants du personnel médical dont 1 avec voix délibérative et l'autre avec voix consultative ;
- 3 représentants du personnel non médical dont 2 avec voix délibérative et 1 avec voix consultative ;
- 1 représentant du mouvement associatif ou mutualiste, avec voix délibérative.

Le rythme de réunion du conseil d'administration (5 en 2016, 9 en 2017 et 4 en 2018 et 2019) est conforme à l'article 8 des statuts qui prévoit que le conseil se réunit au moins deux fois par an.

Le quorum est fixé au tiers de ses membres et les décisions sont prises à la majorité relative des membres présents. Le président a voix prépondérante en cas de partage, et les votes par

⁶ Les deux autres étant celle du CHU de Toulouse et celle de la clinique Pasteur.

⁷ Aucune cotisation n'a été payée en 2018.

procuration sont admis dans la limite d'un pouvoir par membre présent. Les règles de quorum et de majorité permettent à certaines décisions d'être adoptées sur la base d'un faible nombre d'approbations.

Les directeurs de l'hôpital et de l'EHPAD assistent aux réunions du conseil d'administration avec voix consultative. Les statuts prévoient que « l'un d'eux est désigné par délibération du conseil pour assurer le fonctionnement de l'association et l'exécution des décisions » (article 7). Contrairement à cette disposition, le conseil d'administration n'a pas désigné de directeur pour assurer le fonctionnement de l'association. La gestion stratégique est assurée par les membres du bureau et plus particulièrement le président, et les aspects financiers sont gérés par le service comptable de l'hôpital, sans aucune formalisation.

Le conseil d'administration dispose, aux termes de ses statuts, d'un pouvoir étendu à commencer par celui de nommer et de révoquer les directeurs de l'hôpital et de l'EHPAD. Le précédent directeur a d'ailleurs été révoqué par le conseil d'administration à l'issue d'une procédure de rupture conventionnelle pour cause de rupture de confiance.

L'assemblée générale se réunit deux fois par an, soit le minimum prévu par les statuts.

2.1.2. Un bureau très investi, une traçabilité récemment établie

Le véritable organe décisionnel de l'association est le bureau, composé de six membres, pour la plupart retraités, dont trois sont issus du secteur de la santé. Le bureau se réunit une fois par mois mais ces réunions ne faisaient, jusqu'en mars 2018, l'objet d'aucune traçabilité. Elles donnent lieu depuis à un compte rendu.

Ces comptes rendus ne sont toutefois pas transmis au conseil d'administration qui n'a donc pas connaissance des décisions prises et n'exerce, dans les faits, ni contrôle, ni droit de regard sur l'activité du bureau.

2.1.3. Un climat social tendu

La gouvernance de l'AMS se caractérise par un poids historiquement fort des syndicats dans la gestion de l'hôpital. Différents mouvements sociaux et épisodes de tension ont marqué la période sous revue avec les personnels médicaux et non médicaux. Le déficit structurel de l'établissement et les mesures prévues par les plans de redressement successifs ont accru les tensions sociales.

Il en a résulté divers mouvements de grève et un nombre accru de CHSCT (8 en 2016, 11 en 2017, 15 en 2018, dont 4 CHSCT extraordinaires). La procédure d'alerte pour danger grave et imminent est déclenchée régulièrement (5 fois en 2017, 2 fois en 2018, 4 fois en 2019) et de façon abusive selon la direction.

Les récents accords entre la direction et les partenaires sociaux n'ont été signés que par un seul des deux syndicats représentatifs présents dans la structure.

Les tensions avec le corps médical sont également prégnantes. Un conflit avec les urgentistes a notamment marqué les deux dernières années et s'est traduit par un contentieux devant les prud'hommes et par la démission, en octobre 2016, du chef de service des urgences,

également président de la commission médicale d'établissement (CME). Le nombre de réunions de la CME a fortement diminué⁸. Le nouveau président de la CME a démissionné au printemps 2019 pour cause de divergence avec la direction, qui souhaitait contrôler le temps de travail des médecins. Faute de candidat, le poste est resté vacant jusqu'en octobre 2019.

2.2. Un établissement situé entre le centre hospitalier universitaire de Toulouse et un secteur privé lucratif aux stratégies concurrentielles offensives

L'offre de soins du territoire se caractérise par deux phénomènes : une concentration de l'offre sur Toulouse et une concurrence du secteur privé toulousain.

La ville de Toulouse concentre la majeure partie de l'offre sanitaire de l'ancienne région Midi-Pyrénées et la quasi-totalité de l'offre haute-garonnaise⁹ du fait non seulement de la forte attractivité du CHU mais également de l'importance croissante des cliniques privées toulousaines.

L'activité sanitaire réalisée par les établissements toulousains est dominée par le poids du CHU de Toulouse, qui représente plus de 35 % des séjours. Les cliniques privées à but lucratif captent la moitié des séjours sanitaires¹⁰. Les deux établissements participant au service public hospitalier se partagent les 15 % restants : 12 à 13 % des séjours pour l'institut Claudius Régaud (centre de lutte contre le cancer) et seulement 2 à 3 % pour l'hôpital Ducuing.

L'hôpital Ducuing est aujourd'hui confronté à la concurrence des établissements privés lucratifs qui sont positionnés au sein de l'agglomération toulousaine, majoritairement à proximité des grands axes de circulation et/ou des lignes de desserte structurantes, qui ont fortement investi ces dernières années dans le cadre de projets de restructuration et de modernisation des équipements chirurgicaux et qui déploient des stratégies de conquêtes de marché innovantes et offensives.

Il subit également la concurrence du CHU de Toulouse, particulièrement dans le domaine de l'obstétrique.

La concurrence du secteur privé et du CHU, conjuguée aux tensions relatives à la démographie médicale dans certaines spécialités, se traduit par une difficulté croissante de l'hôpital Ducuing à attirer et à fidéliser les praticiens hospitaliers et donc à développer voire à maintenir seulement son niveau d'activité.

2.3. Un recrutement large, des parts de marché stables mais menacées

L'activité de l'hôpital Ducuing a doublé en MCO entre 2003 et 2013, passant de 6 300 séjours à plus de 12 400 séjours, progression en partie due à la hausse de l'hospitalisation

⁸ Nombre de CME : 9 en 2016, 10 en 2017, 3 en 2018, 2 en 2019.

⁹ Les capacités d'hébergement hospitalier de Haute-Garonne sont concentrées à 94 % sur l'agglomération toulousaine. Les établissements de santé de Haute-Garonne ne relevant pas de l'aire urbaine de Toulouse sont le centre hospitalier de Saint-Gaudens, les deux hôpitaux locaux de Muret et Revel, les deux cliniques Monie et de Lagardelle, et le centre néphrologique d'Occitanie. Les capacités d'hébergement de ces établissements selon les données disponibles sur le site Hospidiag en 2016 sont de 319 lits et places pour un total de 5 287 lits et places sur l'ensemble du département, selon le même site (source : données brutes Hospidiag 2016).

¹⁰ Neuf cliniques privées à but lucratif, dont six appartiennent aux deux groupes privés Ramsay générale de santé (RGDS) et Elsan.

post-urgence (unité d'hospitalisation de courte durée – UHCD) et à la hausse de l'activité d'obstétrique et d'orthogénie avec un élargissement du rayon de recrutement.

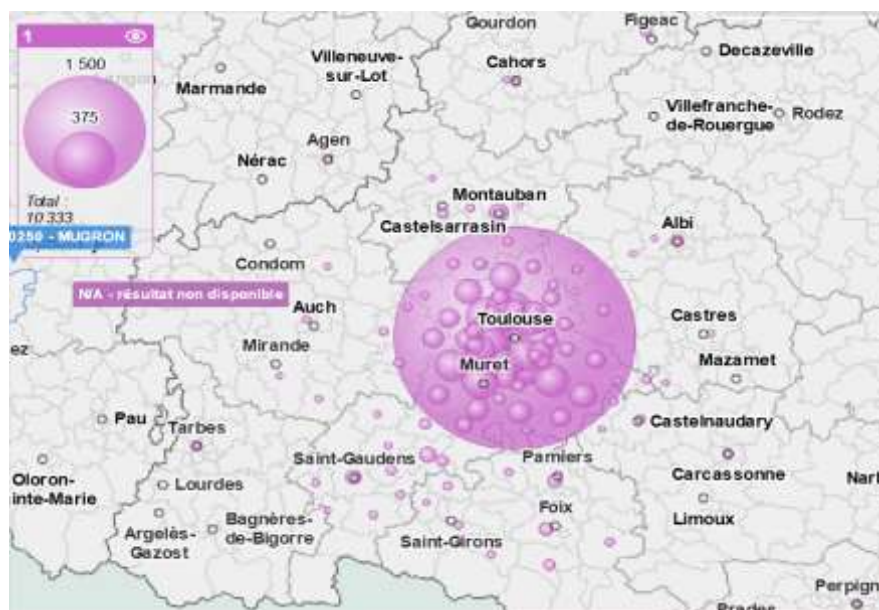
Depuis lors, l'hôpital Ducuing a stabilisé son ancrage, mais son activité n'a pas progressé entre 2016 et 2018 alors que l'offre de soins concurrente s'inscrit dans une dynamique de croissance.

En MCO, l'établissement représente seulement 2,9 % des parts de marché (en nombre de séjours) du territoire de santé de la Haute-Garonne¹¹. Son poids est donc modeste mais il est globalement parvenu à maintenir ses parts de marché sur sa zone d'attractivité, malgré un léger retrait en chimiothérapie et en chirurgie ambulatoire.

L'hôpital Ducuing occupe, par ailleurs, une place particulière sur le territoire en obstétrique puisqu'il représente près de 20 % des parts de marchés de sa zone d'attractivité dans cette discipline. Cette part est stable depuis 2016 et le positionne en troisième position derrière le CHU de Toulouse (32 %, 4 900 accouchements, niveau III), la clinique Saint-Cyprien rive gauche (21 %, 3 600 accouchements, niveau II) et devant la clinique Ambroise Paré (17,5 %). La récente croissance de l'activité de ses concurrents, et notamment du CHU, menace toutefois son positionnement.

Il affiche, par ailleurs, toutes spécialités confondues, un rayon de recrutement étendu de Figeac, à Perpignan et Tarbes, du fait de la spécificité de ses prises en charges.

carte 1 : Provenance de la patientèle de l'hôpital Ducuing



Source : cartographie Hospidiag

Il représente 9,9 % de l'activité de SSR en hospitalisation partielle de la Haute-Garonne exprimée en nombre de journées, mais ne déploie pas d'activité de SSR à temps complet.

¹¹ Source : Scansanté, fiche établissement, données 2017.

2.4. Une activité atypique et des missions justifiant son existence dans le paysage toulousain

Outre ses activités MCO classiques et pour certaines très spécialisées, l'hôpital Ducuing a développé des activités relevant de missions de service public et donnant lieu à une reconnaissance par les autorités sanitaires dont :

- le dispositif de lutte contre la tuberculose (2006) ;
- le dispositif départemental de vaccination (2006) ;
- une permanence régionale téléphonique contraception-orthogénie ;
- une permanence d'accès aux soins et permanence des soins dans le cadre de sa mission d'accueil des urgences hospitalières ;
- la formation des étudiants en médecine : accueil d'internes chaque année (une dizaine en 2013, trois en 2018) et de quatre assistants ;
- activités d'éducation thérapeutique ;
- prise en charge de patients en situation de précarité sociale ;
- enseignement universitaire en soins palliatifs ;
- addiction et VIH (premier centre méthadone de Toulouse).

Sa volonté d'offrir un accès à la santé et au juste soin pour tous, y compris les plus démunis, l'a conduit à se positionner sur des créneaux de prise en charge atypiques. Ces missions de service public (qu'il est, pour certaines, le seul à réaliser ou qu'il partage avec le CHU) lui confèrent une place particulière dans le paysage sanitaire toulousain et expliquent sa pérennité.

2.5. Des coopérations multiples, une volonté de préserver son indépendance

L'hôpital Ducuing a développé de longue date diverses coopérations avec les établissements publics du ressort et, en premier lieu, avec le CHU de Toulouse.

Il a notamment signé des conventions de coopération avec le CHU en viscéral, en obstétrique (transfert des grossesses de niveau III et nouveaux-nés), en cardiologie (depuis 2001), en réanimation (2004), pour les urgences chirurgicales (2001), les urgences psychiatriques (2004) et les urgences gériatriques (2004), en oncologie (avec le CHU puis avec l'Oncopôle qui regroupe le CHU et l'institut de lutte contre le cancer Claudius Régaud), en médecine interne et notamment en pathologies virales et chroniques, et dans le domaine de la prise en charge de l'adolescent. Il coopère également avec le CHU en matière d'anatomopathologie, d'autopsies, de blanchisserie, d'accueil d'étudiants internes, externes et d'assistants à temps partagé.

Depuis 2016, il a diversifié ses partenariats et, sans remettre en cause formellement les conventions avec le CHU (reconduites dans leur intégralité en 2019), il a accentué ses coopérations avec les établissements privés toulousains. Il en est ainsi en orthopédie, en urologie ou en cardiologie (où il coopère avec la clinique Pasteur¹²).

¹² Convention signée le 3 juillet 2017.

Lors de la création du groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Haute-Garonne et du Tarn-ouest¹³ en 2016, le directeur de l'hôpital Ducuing alors en fonctions, avait envisagé un rapprochement avec ledit GHT dont l'hôpital aurait pu devenir « établissement partenaire »¹⁴. Ce projet ne s'est toutefois pas concrétisé, les représentants de l'AMS souhaitant conserver une indépendance totale dans leur gouvernance et leur projet médical.

C'est pour ce même motif d'indépendance que l'AMS n'a pas concrétisé de rapprochement avec le secteur mutualiste en dépit de collaborations passées, indiquant à la chambre que la « Mutualité française a une politique très différente de celle de l'établissement [...et que] les différences de fonctionnement, notamment sur la filière soins, ne correspondaient pas à l'hôpital Joseph Ducuing qui souhaite rester indépendant ».

2.6. Une stratégie à formaliser et à mettre en œuvre

L'établissement a signé le 29 juillet 2013 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM 2013-2017) avec l'agence régionale de santé (ARS). Ce contrat décline les orientations du projet régional de santé et notamment du schéma régional d'organisation des soins au niveau de l'établissement. Un projet d'établissement 2013-2017 a été élaboré formalisant les axes stratégiques de développement de l'hôpital, en cohérence avec le CPOM.

Cependant, le CPOM n'a fait l'objet d'aucun suivi formalisé. L'établissement n'a pas été en mesure de fournir les revues annuelles de contrats pourtant prévues dans le CPOM initial et les rapports annuels d'étape prévus à l'article D. 6114-8 du code de la santé publique. L'ARS, en réponse à la chambre précise que « l'établissement a répondu à une enquête Solen qui a permis de vérifier l'atteinte de 60 % des objectifs assignés ».

La procédure d'élaboration du nouveau CPOM s'est étalée de décembre 2018 à fin 2019. Entre début 2018 et fin 2019, l'hôpital Ducuing a donc fonctionné sans CPOM validé et sans nouveau projet d'établissement. L'établissement indique que « la signature du nouveau CPOM est intervenue le 4 octobre 2019 et a été confirmée par l'ARS le 13 novembre 2019 ».

L'hôpital doit maintenant formaliser sa stratégie en finalisant la rédaction de son projet d'établissement 2019-2023 en déclinaison du nouveau CPOM, ce qui devrait, selon l'établissement, être réalisé d'ici fin février 2020.

¹³ Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn-ouest regroupe 7 établissements dont le CHU de Toulouse qui en est l'établissement support. Créé en juillet 2016, il comprend les établissements suivants : le CH Gérard Marchant (établissement de santé mentale de Toulouse), le CH de Muret, le CH Comminges Pyrénées en direction commune avec les hôpitaux de Luchon, le CH de Lavaur et le CH de Graulhet.

¹⁴ En application des dispositions de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique : « VIII - Les établissements privés peuvent être partenaires d'un groupement hospitalier de territoire. Ce partenariat prend la forme d'une convention de partenariat prévue à l'article L. 6134-1. Cette convention prévoit l'articulation de leur projet médical avec celui du groupement ».

3. L'ACTIVITÉ ET L'ORGANISATION INTERNE

3.1. Caractéristiques de l'activité

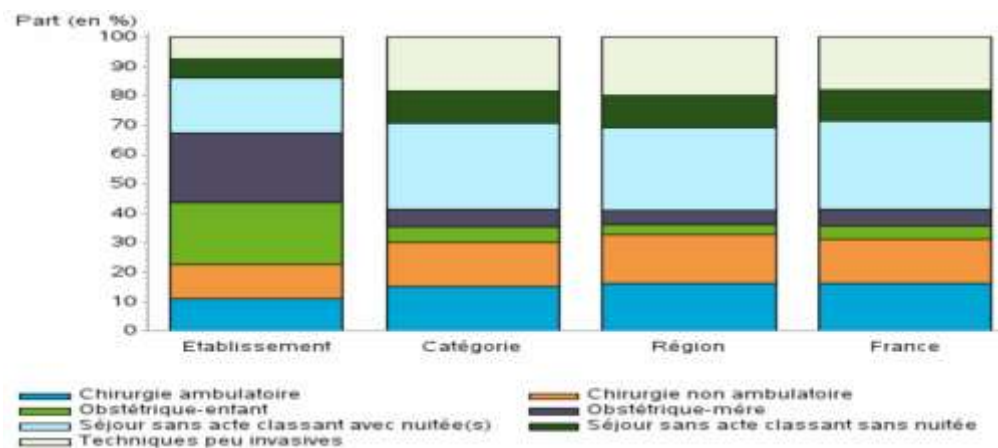
3.1.1. Une activité MCO concentrée sur un cœur d'activité et souffrant d'une forte dispersion et spécialisation pour le reste des séjours

L'activité de l'hôpital Ducuing se caractérise par un *case-mix* (éventail des séjours) concentré sur 57 racines de groupes homogènes de malades pour 80 % des séjours réalisés.

L'obstétrique représente 23,9 % des séjours de l'établissement (hors séances), les nouveau-nés et prises en charges périnatales 20,7 %, le digestif 14,6 % et l'orthopédie-traumatologie 14,5 %. Les séjours relevant des catégories majeures de diagnostic d'orthopédie, d'obstétrique/périnatalité et de gastro-entérologie/chirurgie digestive génèrent des recettes (respectivement 6 M€, 5,96 M€ et 2,46 M€) représentant près de deux tiers des recettes des séjours. Le secteur gynéco-obstétrique assure, à lui seul, 24 % du chiffre d'affaires médical.

Par rapport aux établissements de même catégorie, l'hôpital Ducuing présente une forte pondération de l'activité obstétricale et périnatale (45 % de ses séjours, hors séances) et une plus faible proportion de séjours de médecine et de chirurgie (particulièrement en chirurgie ambulatoire).

graphique 1 : Répartition des séjours en médecine, chirurgie et obstétrique selon la catégorie d'activité de soins (hors séances)



Source : Scansanté, fiche établissement, focus MCO, données 2017

Bien que réalisant un nombre d'accouchements important (près de 2 500 en 2018), la maternité de l'hôpital Ducuing est demeurée de niveau I, l'établissement s'étant spécialisé dans les accouchements physiologiques. Ceci explique le faible taux de séjours de sévérité 3 et 4 (4,3 % en 2017, soit un niveau proche du deuxième décile des établissements de même catégorie). Disposant de la masse critique pour ce faire, l'établissement envisage de solliciter la reconnaissance du niveau IIA pour sa maternité. L'ARS confirme qu'une autorisation pour une maternité de niveau IIA est bien prévue au plan régional de santé 2018-2022 pour le département de la Haute-Garonne et qu'une fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation pour l'activité de gynéco-obstétrique pourrait être envisagée au deuxième semestre 2020.

En matière médicale et chirurgicale, l'hôpital Ducuing a adopté une stratégie de niche en se spécialisant dans certaines prises en charges très spécifiques et parfois lourdes à l'instar des reprises de prothèses infectées en orthopédie pour laquelle son expertise est reconnue. Pour autant,

le centre de référence en la matière étant situé au CHU, l'hôpital Ducsing ne peut bénéficier de la tarification afférente à son activité. Le secteur de médecine interne a une activité très variée, prenant en charge à la fois des maladies auto-immunes, des cancers, des myopathies, des VIH, l'addictologie alcoolique...

En dehors des trois principales disciplines précitées (obstétrique, orthopédie, gastro-entérologie), l'activité pâtit d'une dispersion des séjours sur un nombre élevé de groupes homogènes de malades, ayant chacun un faible effectif. Aucun autre domaine d'activité ne représente plus de 5 % des séjours.

Les séances (dont la moitié de chimiothérapie), représentent un peu plus de 7 % des séjours.

En conclusion, la concentration de l'éventail des séjours (*case-mix*) expose le chiffre d'affaires de l'établissement aux évolutions tarifaires des groupes homogènes de séjours en question. En contrepoint, la dispersion des autres séjours sur une multitude d'activités spécialisées que peu d'établissements toulousains réalisent, pénalise (particulièrement en chirurgie) l'efficacité de l'établissement en dupliquant les coûts afférents, en commençant par le nombre de médecins de chaque spécialité et les coûts de permanence de soins.

3.1.2. Une activité relativement stable

Le nombre de séjours a diminué de 2,78 % entre 2016 et 2018, ce qui résulte en partie de la fermeture de l'unité de surveillance continue en 2017. Cette fermeture était justifiée par le déficit généré par cette unité qui hébergeait en majorité des patients ne répondant pas aux critères de gravité d'une unité de surveillance continue¹⁵. Retraitée de cet élément, la baisse des séjours est de 1,36 % par rapport en 2016.

La chirurgie conventionnelle ainsi que l'activité de l'hôpital de jour ont régressé sensiblement tandis que celle de la maternité est demeurée stable¹⁶. *A contrario*, l'activité de l'unité de chirurgie ambulatoire et de l'unité de médecine ont observé une légère progression.

tableau 1 : Évolution du nombre de séjours entre 2016 et 2018

Unité médicale	2016	2017	2018	Variation	Taux d'évolution
Maternité	2 680	2 639	2 693	13	0,49 %
Chirurgie	1 767	1 542	1 482	- 285	- 16,13 %
Médecine	1 700	1 686	1 828	128	7,53 %
Unité d'hospitalisation de courte durée	1 318	1 216	1 375	57	4,32 %
Hôpital de jour	1 544	1 426	1 377	- 167	- 10,82 %
Orthogénie	1 186	1 124	1 158	- 28	- 2,36 %
Soins palliatifs	202	210	220	18	8,91 %
Surveillance continue	183	22		- 183	- 100,00 %
Unité de chirurgie ambulatoire	2 212	2 119	2 304	92	4,16 %
Total général	12 792	11 984	12 437	- 355	- 2,78 %
<i>Total hors surveillance continue</i>	<i>12 609</i>	<i>11 962</i>	<i>12 437</i>	<i>- 172</i>	<i>- 1,36 %</i>

Source : établissement, tableau de bord CME, retraitement CRC

¹⁵ Et pour lesquels l'établissement ne pouvait facturer de supplément de surveillance continue alors qu'il mobilisait pour l'accueil de ces patients les moyens normativement prévus pour ce type d'unité.

¹⁶ Avec 2 449 accouchements en 2018.

La valorisation des séjours est en baisse de 0,629 M€ (soit 2,41 % du chiffre d'affaires des séjours). Retraitée de la fermeture de l'unité de surveillance continue, la baisse n'est plus que de 0,75 % entre 2016 et 2018.

tableau 2 : Évolution de la valorisation des séjours (en €) entre 2016 et 2018

Unité médicale	2016	2017	2018	Variation	Taux d'évolution
Chirurgie	6 049 795	6 606 008	6 048 603	- 1 193	- 0,02 %
Hôpital de jour	693 557	617 727	580 295	- 113 262	- 16,33 %
Maternité	8 392 298	8 253 919	8 332 296	- 60 002	- 0,71 %
Médecine	4 738 345	4 879 222	4 711 422	- 26 923	- 0,57 %
Orthogénie	565 417	534 619	539 038	- 26 379	- 4,67 %
Soins palliatifs	1 772 038	1 830 364	1 847 717	75 679	4,27 %
Surveillance continue	437 057	42 302		- 437 057	- 100,00 %
Unité de chirurgie ambulatoire	2 609 635	2 404 710	2 551 154	- 58 480	- 2,24 %
UHCD	842 337	723 681	860 168	17 831	2,12 %
Total général	26 100 480	25 892 554	25 470 693	- 629 786	- 2,41 %
<i>Total hors surveillance continue</i>	<i>25 663 422</i>	<i>25 850 251</i>	<i>25 470 693</i>	<i>- 192 729</i>	<i>- 0,75 %</i>

Source : établissement, tableau de bord CME, retraitement CRC

Cette diminution moindre de la valorisation des séjours (par rapport à la baisse en volume des séjours) s'explique par une légère hausse de la valorisation unitaire des séjours (+ 0,37 %).

Le constat est toutefois différent selon les spécialités.

tableau 3 : Évolution de la valorisation unitaire des séjours (en euros) entre 2016 et 2018

Unité médicale	2016	2017	2018	Variation	Taux d'évolution
Chirurgie	3 424	4 284	4 081	658	19,21 %
Hôpital de jour	449	433	421	- 28	- 6,18 %
Maternité	3 131	3 128	3 094	- 37	- 1,19 %
Médecine	2 787	2 894	2 577	- 210	- 7,53 %
Orthogénie	477	476	465	- 11	- 2,36 %
Soins palliatifs	8 772	8 716	8 399	- 374	- 4,26 %
Surveillance continue	2 388	1 923		- 465	
Unité de chirurgie ambulatoire	1 180	1 135	1 107	- 45	- 6,14 %
UHCD	639	595	626	- 44	- 2,12 %
Total général	2 040	2 161	2 048	8	0,37 %
<i>Total hors surveillance continue</i>	<i>2 035</i>	<i>2 161</i>	<i>2 048</i>	<i>13</i>	<i>0,62 %</i>

Source : établissement, tableau de bord CME, retraitement CRC

Si la chirurgie a bénéficié d'une forte augmentation de la valorisation unitaire du séjour (+ 19,21 %) qui lui a permis de compenser la diminution du nombre de séjours, toutes les autres spécialités ont connu des baisses, légères (maternité : - 1,19 %) ou plus substantielles (unité de chirurgie ambulatoire : - 6,14 % ; médecine : - 7,53 %).

Les baisses tarifaires successives ainsi qu'une évolution défavorable du *case-mix* en médecine (moindre sévérité et rémunération des séjours pris en charge) sont les principaux facteurs d'explication.

La hausse observée en 2017 de la valorisation unitaire des séjours est liée en partie à l'amélioration du codage. Ceci étant, le poids moyen du cas traité¹⁷ en MCO reste en moyenne légèrement inférieur à celui des établissements de même catégorie.

tableau 4 : Poids moyen du cas traité (PMCT) de l'établissement en médecine, chirurgie et obstétrique comparé aux établissements de même catégorie

Catégorie d'activité de soins	PMCT (en €)	
	Etablissement	Catégorie
Chirurgie non ambulatoire	4 717	4 923
Chirurgie ambulatoire	1 464	1 428
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	3 184	3 238
Séjour sans acte classant sans nuitée	593	614
Obstétrique-mère	2 129	2 153
Obstétrique-enfant	1 021	1 183
Techniques peu invasives	799	1 181

Source : Scansanté, fiche établissement, focus MCO, données 2017

3.1.3. Le virage ambulatoire

Le taux de chirurgie ambulatoire ressort à 61 % en 2018¹⁸ et à 63 % au premier trimestre 2019 (contre 54 % en 2016). Il se situe dans la moyenne des établissements de même typologie.

En revanche, le taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire (65,89 % en 2017 et 66,34 % en 2018), se situe au niveau des 20 % d'établissements affichant le taux le plus faible.

Si des marges de progrès demeurent, il convient toutefois de relever que la progression du taux de chirurgie ambulatoire dans cet hôpital est limitée par la précarité d'une partie de la population accueillie et par l'éloignement d'une partie de la patientèle du domicile.

3.1.4. Une activité des urgences en forte croissance

L'activité des urgences est en forte hausse avec 17 817 passages en 2018 (contre 15 860 en 2016), en raison d'un accès plus difficile à la médecine de ville. Les locaux sont cependant exigus et peu fonctionnels pour soutenir cette activité. L'établissement a finalement pourvu, en novembre 2019, le poste d'infirmière d'accueil et d'orientation créé en 2018, ce qui devrait fluidifier les passages aux urgences.

Cette forte croissance de l'activité a une incidence relative sur les séjours réalisés puisque seuls 10,3 % des passages aux urgences sont suivis d'une hospitalisation.

¹⁷ Poids moyen du cas traité = volume économique des séjours (valorisés par les tarifs en vigueur au 1^{er} mars de l'exercice du secteur ex-dotation globale appliqués à tous les établissements pour permettre une comparabilité) / nombre de séjours, exprimé en euros.

¹⁸ 65 % en intégrant les interruptions volontaires de grossesse (IVG) chirurgicales.

3.2. Une gestion des lits problématique

3.2.1. Des taux d'occupation à améliorer, un problème récurrent de gestion des lits

Les taux d'occupation sont dégradés en médecine : 70 % en 2017 soit un niveau proche du deuxième décile (les 20 % des établissements ayant le taux d'occupation le plus faible). En chirurgie et en obstétrique, ils s'établissent respectivement à 79,4 % et à 76,1 %, soit des niveaux au-dessus de la médiane des établissements de même catégorie.

Avec une méthodologie légèrement différente consistant à décompter le taux d'occupation par unité d'hébergement, et sur les lits exploités, l'établissement affiche des taux légèrement supérieurs.

tableau 5 : Taux d'occupation de l'établissement de 2016 à 2018

Services	2016	2017	2018
Chirurgie	80,9 %	85,8 %	84,9 %
Maternité	77,4 %	76,2 %	76,8 %
Médecine	78,7 %	75,1 %	76,9 %
Soins palliatifs	89,9 %	89,6 %	91,9 %
Surveillance continue	36,0 %	3,6 %	0,0 %
UHCD	80,6 %	74,1 %	83,7 %
Total général	77,5 %	78,5 %	79,5 %

Source : hôpital Ducuing

Quoi qu'il en soit, ces taux d'occupation sont encore éloignés des taux cibles fixés par la direction générale de l'offre de soins qui sont de 95 % en médecine et chirurgie (130 % en chirurgie ambulatoire) et de 85 % en obstétrique.

L'établissement affirme pourtant rencontrer des difficultés récurrentes pour trouver un lit disponible pour les patients arrivés en urgence. La chambre recommande donc d'optimiser l'occupation des lits, en créant, par exemple, un poste de « *bed manager* ».

Recommandation

1. Optimiser la gestion et l'occupation des lits. *Non mise en œuvre.*

3.2.2. Une durée moyenne de séjour performante

En 2017, l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP-DMS)¹⁹ était inférieur à 1 en médecine et en obstétrique, mais demeurait supérieure à 1 en chirurgie. La situation s'est améliorée depuis. Cependant, cette évolution favorable n'est pas susceptible à elle seule d'expliquer la faiblesse précitée des taux d'occupation.

¹⁹ Cet indicateur compare la durée moyenne de séjour (DMS) de l'établissement à celle standardisée de son *case-mix* auquel on applique les DMS de référence de chaque groupe homogène de malades dans le domaine concerné (MCO). Il synthétise ainsi la surperformance (IP-DMS <1) ou sous performance (IP-DMS > 1) de l'organisation de l'activité concernée, mesurée par la DMS, dans l'établissement.

tableau 6 : Durée moyenne de séjour (DMS) dans les différentes spécialités de l'établissement comparée à la durée moyenne de séjour - moyennes nationales - janvier et février 2019.

Unité médicale	Spécialité	Moyenne de DMS à l'hôpital Ducuing	Moyenne nationale PMSI	Écart par rapport à la moyenne nationale
Chirurgie	Endoscopies	1,00	0,13	0,87
	Digestif	3,17	3,71	- 0,54
	Gynécologie	2,11	2,83	- 0,72
	IVG	1,00	0,89	0,11
	Ortho/Traumato	7,36	8,09	- 0,73
	Autre chirurgie	6,43	6,01	0,42
Total Chirurgie		5,66	6,18	- 0,52
Médecine	Endoscopies	1,00	0,13	0,87
	Digestif	4,67	4,25	0,41
	Cardiologie	10,00	8,39	1,61
	Gynécologie	5,50	3,77	1,73
	Chimiothérapies	1,00	0,00	1,00
		6,77	7,05	- 0,28
Total Médecine		6,67	6,87	- 0,21
Maternité	Accouchements voie basse	4,04	4,47	- 0,42
	Césarienne	5,52	5,42	0,10
	Maternité	1,00	0,81	0,19
	Gynécologie	1,76	2,37	- 0,61
Total Maternité		3,06	3,46	- 0,41
Soins Palliatifs	Soins palliatifs	15,89	16,57	- 0,68
Total Soins Palliatifs		15,89	16,57	- 0,68
UHCD	Endoscopies	1,00	0,00	1,00
	Digestif	1,10	4,76	- 3,66
	Gynécologie	1,10	0,78	0,32
	IVG	1,00	0,19	0,82
	Orthopédie/Traumatologie	1,17	3,64	- 2,47
	UHCD	1,01	4,60	- 3,59
Total UHCD		1,06	3,95	- 2,90
Total général		4,53	5,65	- 1,11

Source : hôpital Ducuing, tableau de suivi CA MCO 2019 02.

3.3. La performance du bloc opératoire

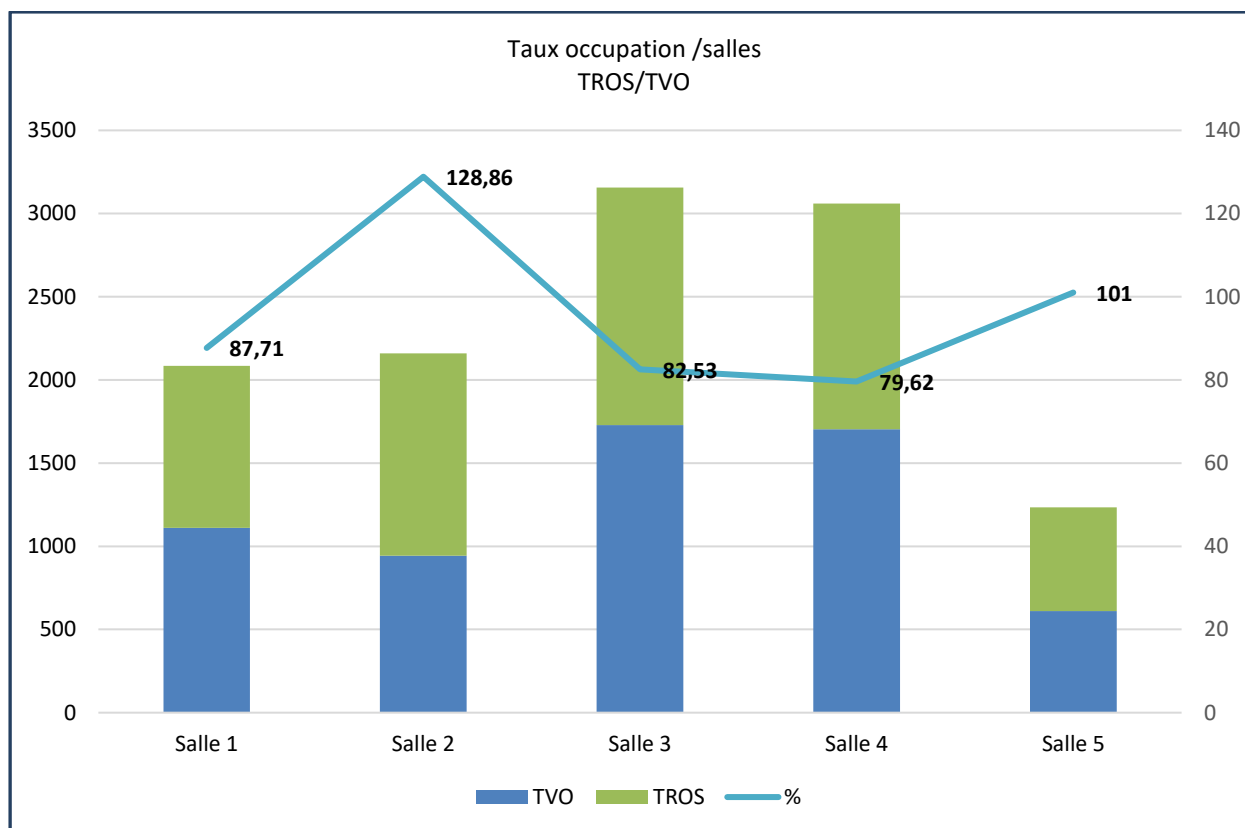
Depuis le 1^{er} octobre 2018, le bloc opératoire compte quatre salles ouvertes et chargées en personnel (médecin anesthésiste réanimateur, infirmier(e) anesthésiste diplômé(e) d'État, infirmier(e) de bloc opératoire diplômé(e) d'État, IDE).

Le temps de vacation utilisé a été de 6 100 heures en 2018, ce qui, rapporté aux vacances offertes en début d'année (7 307 heures), porte le taux d'utilisation à 83,4 %, soit un niveau proche de la cible d'efficacité définie par l'ANAP²⁰ (85 %).

Toutefois, le taux d'occupation réel du bloc opératoire n'est que de 56,5 % si on se réfère au nombre théorique d'heures d'ouverture calculé selon le référentiel de l'ANAP (12 680 heures).

²⁰ Agence nationale d'appui à la performance hospitalière.

graphique 2 : Évolution du taux réel d'occupation des salles rapporté au taux de vacances offertes



Source : compte-rendu du conseil de bloc, janvier 2019

Enfin, la salle de réveil constituait, jusqu'à fin 2018, un goulet d'étranglement en aval. Depuis le 1^{er} janvier 2019, la SSPI²¹ est passée de 7 lits à 11 lits et ne constitue plus un frein à l'efficacité du bloc opératoire.

En conclusion, le fonctionnement du bloc peut encore être optimisé : le taux d'occupation est faible et le temps réel d'occupation des salles (TROS) rapporté au temps de vacation offertes (TVO) peut être amélioré pour certaines salles. Les taux de débordement observés sur d'autres salles doivent également être réduits car générateurs de surcoûts.

Ces taux de débordement, particulièrement prégnants en digestif, sont dus au fort taux de non programmés dans cette discipline (environ un quart contre moins de 10 % dans les autres disciplines).

3.4. La gestion du laboratoire

L'hôpital Ducuing avait constitué avec l'hôpital psychiatrique Gérard Marchant et le CH de Muret, le groupement de coopération sanitaire (GCS) « DIM MTAT » qui réalisait l'activité de biologie pour ces trois établissements au sein du laboratoire de l'hôpital.

A la suite de la création du GHT Haute-Garonne et Tarn-ouest, dont l'établissement support est le CHU de Toulouse, le CH Marchant et le CH de Muret se sont rapprochés du CHU, l'hôpital

²¹ Salle de surveillance post-interventionnelle.

Ducuing a fait voter le principe de la dissolution du GCS par son conseil d'administration. La dissolution a eu lieu le 31 décembre 2018.

Devant l'incapacité de couvrir ses coûts fixes avec sa seule activité (9 millions de B) et face aux exigences accrues découlant de l'accréditation des laboratoires, l'hôpital Ducuing a cherché des solutions partenariales.

Il s'est, dans un premier temps, tourné vers le CHU de Toulouse qui lui proposait un tarif avantageux (un B à 0,21 €). Toutefois, il a renoncé à cette solution car le CHU ne proposait pas, selon lui, des conditions de reprise du personnel satisfaisantes. En réponse à la chambre, le CHU indique, pourtant, que la reprise de l'activité de biologie de l'hôpital Ducuing était techniquement possible, soutenue par l'ARS avec un accompagnement du FIR (fonds d'intervention régional) qui lui aurait permis d'accueillir en surnombre les agents du laboratoire de l'hôpital Ducuing qui n'auraient pas pu bénéficier immédiatement d'un poste vacant.

L'hôpital Ducuing s'est rapproché d'un prestataire privé (Biolab) qui a repris le personnel du GCS, en leur offrant des conditions de travail et salariales plus avantageuses²², mais qui a facturé le B à 0,27 € (tarif assurance maladie).

Une convention d'exercice a été signée en décembre 2018 par laquelle Biolab réalise « l'ensemble des actes de biologie médicale pour les patients hospitalisés, les patients des urgences et la patientèle externe adressée par les praticiens de l'hôpital Ducuing mais aussi par les médecins de ville ». Une convention de « cession d'activité civile » a été signée concomitamment par laquelle l'hôpital cède à Biolab « l'activité de biologie médicale exploitée jusqu'alors directement par l'hôpital pour les besoins de ses patients externes » (soit environ 5 millions de B).

Les parties ont également signé un bail professionnel (d'une durée de neuf ans) par lequel l'hôpital Ducuing loue à Biolab, 283 m² au sein de ses propres locaux afin de permettre au prestataire privé d'y exploiter l'activité de biologie médicale cédée. Biolab a également repris une partie du matériel au 31 décembre 2018, à la valeur nette comptable. Le loyer payé par Biolab est de 14 €/m² et par mois soit 47 544 € par an.

En contrepartie de la concession d'exercice privilégié, du traitement administratif du dossier et de la mise à disposition de matériels de prélèvement aux unités de soins, le laboratoire Biolab verse à l'hôpital une redevance représentant 10 % du chiffre d'affaires généré au titre des seuls patients hospitalisés (donc hors urgences et hors patients externes qui génèrent pourtant un volume d'activité très important), soit environ 100 000 € par an.

Pour une activité représentant environ 3,7 millions de B, le différentiel entre la tarification proposée par le CHU et celle pratiquée par Biolab s'élève donc à 0,222 M€ par an. Ce choix est justifié, selon l'hôpital Ducuing, par les conditions de reprise du personnel par le laboratoire privé qui seraient plus favorables que ne l'auraient été celles auprès du CHU, nonobstant le soutien de l'ARS. La direction de l'établissement fait également valoir que l'externalisation génère un gain d'environ 0,3 M€ par rapport à l'exploitation en interne (cf. annexe 1).

²² Augmentation de 10 % pour les secrétaires, de 20 % pour les techniciennes, travail sur 32h hebdomadaires.

3.5. L'activité de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

L'EHPAD dispose de 80 places et affiche un taux d'occupation en hausse s'établissant à 96,6 % en 2018. Ce taux d'occupation demeure insuffisant. Il affiche d'ailleurs une baisse en 2019 suite à de nombreux décès. La présence de chambres à deux lits constitue un frein au recrutement.

tableau 7 : Activité de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

	2015	2016	2017	2018
Nombre de places	80	80	80	80
Nombre de résidents présents au 31 décembre	73	74	76	73
Nombre de résidents sur l'année	98	85	79	88
Taux d'occupation	90,92 %	93,97 %	94,72 %	96,58 %
GMP	796,11	787,07	783,33	808,95

Source : rapport de gestion 2018, EHPAD « résidence les Tilleuls »

Malgré un GIR²³ moyen pondéré (GMP) relativement élevé, l'établissement présente une durée de séjour moyenne de plus de 4,69 ans, deux fois supérieure à la moyenne nationale.

Les rapports d'évaluation interne et externe ont été réalisés.

La dernière convention pluriannuelle tripartite a été signée le 26 septembre 2012 et est arrivée à échéance en septembre 2015. Rien n'a été signé depuis. L'établissement indique qu'il signera un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens en 2020.

Les objectifs stratégiques de l'EHPAD ne sont pas formalisés ni contractualisés avec l'ARS.

L'EHPAD travaille actuellement sur un projet de restructuration²⁴ visant notamment à attribuer des locaux dédiés au pôle d'activité de soins adaptés (PASA)²⁵ et à créer 10 chambres individuelles supplémentaires pour supprimer l'accueil en chambre double. Ce projet n'a, à ce stade, pas été chiffré précisément (le montant estimatif serait *a minima* de 4 M€) et n'a obtenu qu'une validation de principe de la part des autorités de tarification²⁶.

²³ Groupe iso-ressource, mesurant la dépendance de la personne âgée.

²⁴ Ce projet consisterait à refaire l'entrée de l'établissement qui n'est pas adaptée aux personnes à mobilité réduite, modifier et déplacer l'accueil, moderniser et éclaircir la salle à manger, faire une extension afin de créer des locaux pour le PASA et créer 10 chambres afin d'avoir une capacité de 80 résidents en chambre simple.

²⁵ Le PASA permet d'accueillir, dans la journée, dans un environnement architectural dédié et adapté, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles du comportement modérés, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. Ce sont pour la plupart des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer (ou d'une maladie apparentée) ayant des troubles du comportement.

²⁶ Le projet a été présenté à l'ARS et au conseil départemental qui ont donné un accord de principe. La validation officielle sera obtenue après présentation et approbation du plan pluriannuel d'investissement et de son incidence sur le prix de journée. Le financement se fera par emprunt, l'encours de dette de l'EHPAD étant nul.

3.6. Information médicale, codage et facturation

3.6.1. La fragilité de l'information médicale et du processus de codage

L'hôpital Ducuing est confronté, depuis plusieurs années, à d'importants enjeux en termes de codage et de facturation, qui ont des incidences financières substantielles.

L'organisation du codage est centralisée²⁷ : les praticiens saisissent les actes mais l'intégralité du codage est réalisée par l'équipe du DIM (département d'information médicale) à partir du dossier patient informatisé. Toutefois, la fragilité de l'équipe du département d'information médicale²⁸, les retards avec lequel certains praticiens renseignent le dossier patient informatisé et les difficultés d'interfaçage entre les différents logiciels intervenant dans le codage²⁹ nuisent à l'efficacité du processus de codage et à sa qualité.

Lors du contrôle externe de la tarification à l'activité (T2A) mené en juin et juillet 2018 l'assurance maladie a « constaté un certain nombre de manquements et d'erreurs ayant donné lieu à une prise en charge indue par l'assurance maladie. Le montant des sommes indûment perçues par l'hôpital s'élève à 304 890,24 €. [...] Par ailleurs, à l'occasion de ce contrôle, [a] également [été] constaté un certain nombre d'erreurs ayant entraîné des sous-facturations par l'établissement dont le montant s'élève à 38 369,16 €. [...] Après compensation, [l'hôpital Joseph Ducuing reste] redevable de 266 521,08 € ».

Ce contrôle a permis d'identifier des marges de progrès en matière de codage.

Le délai moyen de codage est d'environ 15 jours et le taux d'exhaustivité à J+30 est d'environ 80 %. Compte tenu du temps de DIM disponible, le contrôle qualité ne peut être réalisé de manière régulière chaque mois. Une forte action de recodage est menée en fin d'année à l'aide d'un logiciel d'analyse des données codées³⁰. L'établissement a récupéré 0,3 M€ en 2017 au titre des séjours antérieurs et environ 1 M€ de refacturation totale (notamment en chirurgie)³¹. L'indice de facturation³² était ainsi de 4,8 en 2017, en forte dégradation depuis 2015 où il s'établissait à 0,7.

Enfin, le médecin DIM n'a pas été intégré à la cellule médico-économique. Son absence ne favorise pas le pilotage médico-économique de la structure. Le directeur répond que la quotité de temps de travail à hauteur de 20 % de l'ancienne médecin DIM ne permettait pas sa participation au pilotage médico-économique. Il précise qu'un nouveau médecin DIM, également en charge des affaires médicales, a été recruté fin 2019 à hauteur de 80 %.

²⁷ Pour le secteur MCO. En revanche, le codage est décentralisé en SSR, c'est-à-dire que les praticiens codent directement.

²⁸ L'hôpital Ducuing disposait jusqu'en juin 2019 d'un médecin DIM à 30 %. Les difficultés à recruter un nouveau médecin DIM ont engendré une vacance du poste de plusieurs mois puisque fin septembre le poste n'était toujours pas pourvu. Un nouveau médecin DIM doit prendre ses fonctions en octobre 2019. Par ailleurs sur les deux techniciens d'information médicale qui assistaient le DIM, l'un est parti au printemps 2019. L'établissement a dû recourir à un prestataire externe pour assister le seul technicien restant dans l'attente du remplacement de son collègue et de l'arrivée du nouveau DIM.

²⁹ Six logiciels interviennent dans le processus de codage, dont le logiciel de bloc, d'anesthésie, de laboratoire, de pharmacie...

³⁰ PMSI Pilote / Qualifact.

³¹ « Malgré la baisse des volumes d'activité et malgré un contexte tarifaire défavorable, l'impact sur le chiffre d'affaires des GHS a été limité sur 2017 du fait d'une amélioration du codage des actes. Le service DIM / PMSI a été renforcé permettant d'optimiser la facturation des actes : ces actions ont permis de récupérer environ 1 M€ sur la chirurgie (amélioration du GHS moyen du fait d'une évolution des niveaux de sévérité notamment sur l'orthopédie) » (rapport syndex p. 6).

³² L'indicateur hospidiag P15 cherche à mesurer l'efficacité de la chaîne de facturation de l'établissement, en mettant en évidence le manque à gagner lié à une facturation tardive des séjours à l'assurance maladie. L'objectif est de tendre vers zéro. Toute action de recodage en fin d'année dégrade mécaniquement cet indicateur, même si elle peut engendrer une amélioration de la qualité (et de la valorisation) de la facturation.

En conclusion, l'organisation du DIM doit être stabilisée et redéfinie afin d'améliorer le délai de production d'un codage de qualité. Le DIM doit être associé au fonctionnement de la cellule médico-économique.

3.6.2. Le secteur facturation : d'importants progrès déjà réalisés

Le secteur de la facturation connaissait jusqu'à récemment une organisation non optimale, une carte applicative informatique inadéquate avec de nombreuses problématiques d'interfaçage (interfaces non fonctionnelles ou non réalisées) et un fonctionnement peu formalisé reposant encore sur le papier.

Un audit, réalisé en 2018, relevait le poids d'une organisation historique inadaptée, l'absence de règles de fonctionnement communes et donc uniformes, un fonctionnement cloisonné, l'absence de définition du périmètre de chacun avec des glissements de tâches identifiés. De surcroît, les droits des patients (sécurité sociale et mutuelles, CMU, CMU-C) étaient mal enregistrés voire pas ouverts pour les patients défavorisés ou en situation de précarité, lesquels représentent une part importante de la population accueillie³³.

Une nouvelle responsable du secteur facturation a été nommée en 2018 et diverses réformes ont été mises en place dont :

- l'informatisation des documents relatifs aux prises en charge : l'établissement fonctionnait jusqu'alors avec un système de pochettes papier pour chaque prise en charge mutuelle ; depuis 2019 ces documents sont progressivement intégrés dans l'onglet administratif du dossier patient informatisé à mesure du déploiement de celui-ci, mais la facturation aux mutuelles se fait toujours sous format papier³⁴ ;
- la relance de facturation pour les patients et les mutuelles (inexistante jusqu'en 2018) et le suivi de ces relances ;
- la formation des médecins pour qu'ils saisissent eux même leurs actes (afin d'éviter les séjours sans acte).

Pour autant, un certain nombre de chantiers restent encore à réaliser afin de rendre le fonctionnement du service plus lisible et plus efficient.

Le déploiement du dossier patient informatisé, réalisé dans les secteurs de médecine et de maternité, est en cours de déploiement pour la chirurgie (fin 2019) et sur l'ensemble des secrétariats (prise des rendez-vous effective en novembre 2019). Ce déploiement doit être mené à terme. Les comptes rendus d'hospitalisation doivent systématiquement être insérés dans le dossier patient informatisé. Les postes de secrétaires médicales, aujourd'hui dans les services³⁵, pourraient utilement être mutualisés afin de gagner en efficience.

En 2018, le délai moyen de complétude du dossier médical (date de sortie patient, date dernier codage) était de 39,51 jours en hospitalisation et le délai moyen de valorisation complète d'une dette (date de complétude administrative et médicale, production et envoi du titre ou flux

³³ En 2018, le taux de CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) était de 8,41 % en hospitalisations et de 20,91 % aux urgences et le taux d'aides médicales d'État était respectivement de 1,64 % et de 2,62 % en hospitalisations et aux urgences.

³⁴ Les mutuelles ont historiquement tardé à mettre à disposition les interfaces pour la télétransmission, mais l'établissement travaille avec leur éditeur de logiciel au passage dans le programme Roc.

³⁵ Unité de chirurgie ambulatoire, maternité, chirurgie conventionnelle, urgences.

B2) était de 50,06 jours³⁶. Ces délais se situent au-dessus de la moyenne nationale et pourraient être optimisés.

L'établissement connaît enfin des délais de recouvrement longs, respectivement de 60,19 jours et de 50,24 jours pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire. Les créances patients et mutuelles non recouvrées était de 163 jours en 2017 et de 143 jours en 2018³⁷, soit un niveau au-dessus de la médiane des établissements de même typologie.

Le fonctionnement du codage et l'organisation du secteur facturation pèsent aujourd'hui sur le niveau de recettes et la trésorerie de l'établissement. La profonde réorganisation entamée doit être poursuivie et parachevée.

3.7. L'équilibre économique des activités

L'établissement établit chaque année des comptes de résultats analytiques visant à appréhender l'équilibre économique de ses différentes activités.

Nonobstant quelques améliorations qui pourraient être apportées aux clefs de répartition³⁸, ces comptes de résultats analytiques permettent d'avoir une idée générale du résultat de chaque unité médicale (cf. annexe 2). Il en ressort que :

- le secteur urgence/UHCD affiche un déficit de plus de 1 M€ en 2018 (après retraitement de la reprise sur provision de 0,531 M€ effectuée suite à l'achèvement du conflit avec les urgentistes). Ce déficit est en aggravation par rapport à 2017 où il s'établissait à environ 0,6 M€ ;
- les unités de médecine et d'hôpital de jour de médecine, considérées dans leur ensemble, dégagent un excédent d'environ 1 M€ en 2018, en dégradation par rapport à 2017 où l'excédent s'élevait à 1,23 M€ ;
- la chirurgie (conventionnelle et ambulatoire), génère quant à elle un déficit d'environ 0,5 M€, en amélioration par rapport à 2017 où le déficit était de 0,8 M€ ;
- la gynéco-obstétrique génère un déficit de 0,5 M€ en 2018 (0,1 M€ en 2017), alors qu'elle dégage une marge sur coûts directs de 2,3 M€. L'importance des charges de consultations et de plateaux techniques qui lui sont affectées (laboratoire, imagerie, anesthésie, bloc, stérilisation), explique le différentiel entre la marge et le résultat.

Ce déficit s'explique par le fait que la maternité est dimensionnée (en termes de lits, d'ETP de médecins et d'encadrement) pour accueillir 2 600 à 2 800 accouchements annuels alors qu'elle n'en accueille actuellement que 2 400 à 2 500 par an. Le goulot d'étranglement se situe au niveau des salles d'accouchements. L'établissement envisage d'ouvrir dès 2020 une sixième salle de naissance et de recruter deux ETP de sages-femmes. Il espère, ce faisant, générer 400

³⁶ Au 22 septembre 2019, 2019 le délai de codage était de 33 jours et le délai de complétude de 48 jours.

³⁷ Ce ratio en rapportant les soldes des comptes 4111 et 4115 au total des produits de titres 2 (patients et mutuelles). « Cet indicateur permet de mesurer le délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients hospitalisés ou externes et les mutuelles, et ainsi d'apprécier le risque d'impayés et donc de pertes futures. Il permet aussi de mesurer la performance actuelle de l'organisation liée à la facturation et au recouvrement. Une valeur inférieure à 90 jours est préférable. Au-delà de 120 jours, la situation mérite une analyse approfondie ». Source : hospidiag. La situation de l'hôpital Ducuing est donc critique.

³⁸ À l'instar des charges du GCS Scanner et IRM qui sont réparties aux ETP du service destinataire ou des charges de consultation de chirurgie qui sont imputées dans leur intégralité sur la seule chirurgie conventionnelle et aucunement sur la chirurgie ambulatoire.

accouchements supplémentaires. Le redressement financier de la maternité repose donc sur l'hypothèse d'un surcroît d'activité.

Cette hypothèse est fragilisée par le positionnement plus affirmé du CHU de Toulouse en matière d'obstétrique : concentré sur les accouchements de niveau II et III, il a, depuis mi-2018, ouvert ses admissions aux grossesses physiologiques et accouchements de niveau I afin d'augmenter lui aussi son activité. Cette politique du CHU a d'ores et déjà eu une incidence sur l'hôpital Ducuing puisque le taux de perte sur inscription, qui était jusqu'en 2018 de 5 %, est désormais de 9 %.

En conclusion, hormis le secteur « médecine », la plupart des unités médicales génèrent un déficit, y compris l'activité d'obstétrique qui représente pourtant 45 % de l'activité MCO de l'établissement. Ces déficits sont dus en partie à la faiblesse relative de l'activité qui s'avère insuffisante pour absorber les coûts fixes engagés pour le déploiement de l'ensemble des activités et missions de service public de l'établissement, d'où la nécessité de l'atteinte d'une masse critique de séjours que n'est pas susceptible de permettre la seule amélioration des taux d'occupation des lits actuels.

3.8. La problématique capacitaire : la recherche de la taille critique

L'hôpital Ducuing a installé 120 lits alors qu'il dispose d'un agrément pour 139 lits.

Il est envisagé d'installer la totalité des lits agréés mais il doit auparavant procéder à des investissements importants (la surélévation au niveau d'un R + 4 étages) afin de disposer de l'espace disponible. Il compte autofinancer cette opération d'investissement par un surcroît d'activité.

tableau 8 : Lits agréés et exploités en 2019

Services	Lits agréés	Lits budgétés	Lits exploités	Écart lits exploités/ lits agréés
Médecine 1	20	18	18	- 2
Médecine 2	20	19	18	- 2
Soins palliatifs	10	10	10	0
Hôpital de jour (places)	5	5	8	3
UHCD	6	5	5	- 1
Chirurgie A	20	19	19	- 1
Chirurgie B semaine	11	10	10	- 1
Chirurgie ambulatoire (places)	9	9	9	0
Surveillance continue	6	0	0	- 6
Orthogénie (places)	4	4	8	4
Obstétrique	45	39	39	- 6
SSR (places)	30	30	30	0
Total lits et places	186	168	175	- 12
Total lits	139	120	120	- 19

Source : hôpital Ducuing

Le *business plan*, élaboré sur la base d'une hypothèse de coûts de 10 M€ et sur la création d'une sixième salle d'accouchement visant à installer l'intégralité des lits autorisés en maternité (soit six lits supplémentaires), de deux lits en chirurgie et de quatre lits en médecine, fait apparaître un retour sur investissement au bout de 20,8 années. Si, comme les dernières estimations le laissent à penser, le coût de la surélévation devait s'élever à 12 M€ (travaux et équipements), le retour sur investissement serait alors de 25 années.

Sans attendre la surélévation, l'hôpital envisage d'ouvrir dès 2020 les six lits supplémentaires en obstétrique.

L'augmentation du nombre de lits semble être la solution la plus opportune pour se rapprocher d'une taille critique susceptible de permettre l'amortissement des coûts fixes et notamment des charges de bloc et de permanence de soins. La surélévation semble donc une solution envisageable. Toutefois, il s'agit d'une solution onéreuse, présentant un retour sur investissement à long terme. Elle ne peut être mise en œuvre immédiatement.

La chambre encourage l'établissement à déployer dès à présent le nombre de lits autorisés, en se dispensant de la surélévation dans un premier temps. L'hôpital a commencé à le faire dans le secteur obstétrique. Cela lui permettra de mesurer les retombées en termes d'activité, de financer par la suite plus facilement l'extension souhaitée et de développer durablement son activité si les ressources médicales le permettent.

4. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines a été fortement impactée au cours de la période sous revue. Les mesures d'économies mises en œuvre se sont traduites par une baisse des effectifs, qui sont passés de 519 ETP moyens en 2016 à 497,82 en 2017 puis à 472,53 en 2018, en raison notamment de l'externalisation de diverses prestations (laboratoire, nettoyage) et de la fermeture du service de surveillance continue.

4.1. Effectifs et masse salariale

Les effectifs de personnel non médical ont diminué de 48 ETP entre 2016 et 2018, soit une baisse de 11,63 %. Elle résulte essentiellement de l'externalisation des prestations de nettoyage.

tableau 9 : Évolution des effectifs de personnel non médical en ETP moyen sur l'année 2016-2018

en ETP moyen sur l'année	2016	2017	2018	Écart 2018-2016	Évolution
Total CDI	331,47	327,05	297,08	- 34,39	- 10,37 %
Total CDD	71,59	58,47	65,31	- 6,28	- 8,77 %
Autres contrats	9,38	8,04	2,08	- 7,3	- 77,83 %
Total du personnel non médical	412,44	393,56	364,47	- 47,97	- 11,63 %

Source : direction des ressources humaines - hôpital Duceing

Le taux de CDD est élevé (18 %). L'établissement indique que « les organisations du temps de travail ont été redéfinies fin 2018 et début 2019 avec un accord sur le temps de travail qui a pour objectif de faire diminuer le nombre de CDD sur la structure ».

La masse salariale brute chargée a diminué dans des proportions inférieures à celle des effectifs (- 7,2 %, soit - 1,4 M€). Ceci s'explique :

- par le fait que le personnel externalisé était majoritairement du personnel peu qualifié ;
- par la progression de la valeur du point CCNT 51 (+ 0,5 % au 1^{er} juillet 2017) et par l'application de l'avenant n° 2017-02 à compter du 1^{er} août 2017 qui est à l'origine de la

croissance des rémunérations de certaines catégories d'emplois³⁹ (réévaluation progressive des coefficients des aides-soignants et auxiliaires de puériculture, des sages-femmes, des cadres médico-techniques, des cadres infirmiers et des cadres coordonnateurs des soins).

tableau 10 : Évolution de la masse salariale non médicale 2016-2018, en €

Masse salariale (brut chargé) sur l'année	2016	2017	2018	Écart 2018-2016	Évolution
Total CDI	16 290 131	16 324 576	15 153 586	- 1 136 545	- 7,0 %
Total CDDer	3 106 771	2 596 440	2 976 622	- 130 149	- 4,2 %
Autres contrats	176 754	141 585	32 634	- 144 120	- 81,5 %
Total Personnel non médical	19 573 656	19 062 600	18 162 841	- 1 410 814	- 7,2 %

Source : direction des ressources humaines - hôpital Duceing

tableau 11 : Évolution de la rémunération moyenne des personnels non médicaux 2016-2018, en €

	2016	2017	2018	Écart 2018-2016	Évolution
Rémunération moyenne CDI	49 145	49 915	51 008	1 863	3,8 %
Rémunération moyenne CDD	43 397	44 406	45 577	2 180	5,0 %
Rem moyenne autres contrats	18 844	17 610	15 689	- 3 154	- 16,7 %

Source : direction des ressources humaines - hôpital Duceing

S'agissant des personnels médicaux, alors que les effectifs (- 2,3 % en ETP moyen) diminuent légèrement, la masse salariale augmente de 4,6 % avec une hausse du salaire moyen des personnels médicaux permanents et des sages-femmes.

tableau 12 : Évolution des effectifs médicaux (dont sages-femmes) et de la masse salariale correspondante 2016-2018

ETP moyen sur l'année	2016	2017	2018	Écart 2018-2016	Évolution
ETP médicaux (hors internes)	104,56	100,07	102,15	- 2,41	- 2,30 %
<i>dont médecins CDI</i>	53,5	49,48	52,46	- 1,04	- 1,94 %
<i>dont médecins CDD</i>	10	10,65	8,92	- 1,08	- 10,80 %
<i>dont sages-femmes</i>	41,06	39,94	40,77	- 0,29	- 0,71 %
Masse salariale médicale (hors interne)	8 082 955	8 287 849	8 457 165	374 210	4,6 %
<i>dont médecins CDI</i>	5 602 253	5 536 024	5 968 815	366 562	6,5 %
<i>dont médecins CDD</i>	854 622	1 143 840	749 631	- 104 991	- 12,3 %
<i>dont sages-femmes</i>	1 626 080	1 607 985	1 738 719	112 639	6,9 %

Source : direction des ressources humaines - hôpital Duceing

Ce décalage entre l'évolution des effectifs et celle de la masse salariale s'explique notamment par la revalorisation du coefficient des sages-femmes, qui représentent 40 % de l'effectif médical. L'établissement indique que les augmentations de point (coefficient de la CCN51) vont se poursuivre jusqu'en 2021.

S'agissant des médecins, l'établissement indique avoir revalorisé la rémunération des anesthésistes en 2017 afin de reconstituer une équipe. Une nouvelle revalorisation au bénéfice des radiologues⁴⁰ devrait être appliquée fin 2019 car l'établissement ne parvient pas à recruter du fait de salaires considérés comme peu attractifs et des sujétions liées aux astreintes (inexistantes dans

³⁹ 120 personnes ont évolué de coefficient sur 2017.

⁴⁰ Une « prime d'activité » est versée aux radiologues afin de conserver une attractivité suffisante. Cette prime est de 1 000 € par mois au prorata du temps de travail mais l'établissement est en cours de réflexion pour revoir à la hausse les rémunérations de cette spécialité afin de se rapprocher des « prix du marché ».

le secteur privé lucratif). En septembre 2019, un nouveau départ de radiologue a été annoncé. En novembre 2019, il ne restera plus que le chef de service dans cette unité qui devrait compter cinq radiologues. Les orthopédistes réclament une prime de 3 000 € par mois à l'identique des anesthésistes. Les revalorisations ciblées destinées à attirer et à fidéliser les praticiens de certaines disciplines en tension démographique portent en elles le germe d'une évolution non maîtrisée de la masse salariale médicale.

À ce jour, les anesthésistes et les radiologues, ainsi que les membres du comité de direction, sont les seuls personnels dont la rémunération est supérieure à la convention collective CCN51.

tableau 13 : Évolution de la rémunération moyenne des personnels médicaux

ETP moyen sur l'année	2016	2017	2018	Écart 2018-2016	Évolution
Rémunération moy. med CDI	104 715	111 884	113 778	9 063	8,7 %
Rémunération moy. med CDD	85 462	107 403	84 039	- 1 423	- 1,7 %
Rémunération moy. Sage-femmes	39 603	40 260	42 647	3 044	7,7 %

Source : direction des ressources humaines - hôpital Ducuing

La forte hausse de la rémunération moyenne des personnels médicaux en CDD en 2017 est due au recours à des médecins anesthésistes en CDD suite au départ des anesthésistes en CDI.

La diminution des effectifs non médicaux, essentiellement due à l'externalisation des prestations de nettoyage, s'est traduite par une diminution moindre de la masse salariale. La masse salariale médicale a progressé malgré la diminution des effectifs du fait de la revalorisation conventionnelle des sages-femmes et des revalorisations dérogatoires accordées aux anesthésistes et radiologues.

4.2. Productivité : un réel effort, des ratios pénalisés par la taille des unités et la dispersion de l'activité

L'établissement a réalisé de réels efforts de productivité en rationalisant le nombre d'ETP non médicaux déployés par lit.

Ces ratios demeurent cependant plus élevés que les cibles de productivité communément admises⁴¹ (entre 0,60 ETP d'infirmier(e) diplômé(e) d'État – IDE – par lit et 0,40 d'aide-soignant par lit) car l'établissement est confronté à la petite taille des unités (entre 10 et 19 lits pour les unités de médecine et chirurgie). Seul le secteur de la maternité présente une taille critique suffisante (39 lits) permettant d'optimiser les moyens.

tableau 14 : Évolution du personnel non médical rapporté au lit

	2016	2017	2018
Nombre ETP total / lit	3,48	3,34	3,17
Nombre ETP IDE / lit	0,71	0,68	0,67
Nombre ETP AS/ lit	0,50	0,46	0,45
Nombre ETP ASH / lit	0,41	0,40	0,23*

Source : direction des ressources humaines - hôpital Ducuing
*baisse due à l'externalisation des prestations de nettoyage

⁴¹ Benchmark national Capgemini, 2017.

Le chiffre d'affaires par ETP non médical a augmenté de 12,9 %, grâce en partie à l'externalisation des prestations de nettoyage. Le chiffre d'affaires par médecin n'a que faiblement augmenté (+ 4,6 %) et dans des proportions moindres que la masse salariale médicale (+ 6 %). Par ailleurs, le chiffre d'affaires par ETP de médecin est relativement faible par rapport à la cible (entre 0,85 et 1,15 M€ par ETP de médecin selon les spécialités).

**tableau 15 : Ratios de productivité médicale et non médicale
(chiffre d'affaires par équivalent temps plein)**

	2016	2017	2018	Évolution
Charges de personnel / CA	70,7 %	69,5 %	67,8 %	
CA / ETP médical (médecins)	743 402 €	793 080 €	775 646 €	4,3 %
CA / ETP médical élargi (médecins et sages-femmes)	453 809 €	476 545 €	466 071 €	2,7 %
CA / ETP non médical	113 879 €	119 894 €	128 541 €	12,9 %

Malgré de réels efforts d'optimisation, les *ratios* de productivité médicale et non médicale demeurent insuffisants. La taille des unités et la dispersion de l'activité sur un nombre important de spécialités réalisant un faible nombre de séjours, expliquent en partie cette sous-productivité.

4.3. Les gardes et astreintes : un levier de rémunération

L'établissement a déployé une garde d'obstétrique ainsi qu'une garde doublée d'une astreinte opérationnelle en anesthésie, et une astreinte opérationnelle de pédiatrie en réponse aux besoins de la maternité.

tableau 16 : Lignes de gardes et astreintes déployées par l'hôpital

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle
Maternité	1,00	
Pédiatrie		1,00
Orthopédie		0,50
Digestif		0,50
Imagerie		1,00
Anesthésie	1,00	1,00
Gastro-entérologie		0,50
Total	2,00	4,50

Source : hôpital Dcuïng

Une astreinte opérationnelle d'imagerie est également déployée ainsi qu'une demie astreinte opérationnelle en orthopédie, en digestif et en gastro-entérologie. Compte tenu de la nature d'activité dans ces disciplines et faute de recensement de l'activité réalisée en astreinte⁴², la nécessité de ces demi-astreintes opérationnelles ne semble pas établie.

Le paiement des astreintes apparaît comme un levier de rémunération supplémentaire à destination de praticiens que l'établissement parvient difficilement à attirer et à fidéliser. À titre d'exemple, les anesthésistes bénéficient de modalités de rémunération dérogatoires avec des gardes payées double et des astreintes payées comme des gardes.

⁴² L'établissement indique recenser l'activité réalisée sur les plages de permanence des soins depuis le début de l'année 2019 suite à une demande de l'ARS, mais n'a pas été en mesure de produire le document recensant cette activité.

tableau 17 : Montant brut payé au titre des gardes et astreintes entre 2016 et 2018

	2016	2017	2018	Évolution 2016-2018
Nombre de gardes	1 801	1 568	1 623	- 9,86 %
Nombre d'astreintes nuit	3 011	3 030	2 636	- 12,44 %
Nombre d'astreintes dimanche et jour férié	493	669	1 737	252,69 %
Astreintes - 3 heures	592	578	768	29,73 %
Astreintes + 3 heures	415	383	374	- 9,88 %
Astreintes + 6 heures	182	157	160	- 12,09 %
Forfaits intellectuels*	524	515	580	10,69 %
Montant payé (brut)	791 051 €	837 723 €	843 175 €	6,59 %

Source : bilan social, retraitement CRC pour les évolutions

*concernent les actes effectués par les radiologues durant les astreintes.

L'établissement indique être actuellement en négociation avec les médecins, à leur demande, pour une réévaluation des gardes et astreintes. Une modalité de rémunération au forfait, déconnectée des déplacements, est envisagée. Le passage au forfait aurait cependant pour effet, selon les estimations de l'établissement, d'augmenter le coût de la permanence des soins de plus de 700 000 €.

Or, le montant dépensé annuellement par l'établissement pour le paiement des gardes et astreintes excède déjà de plus de 0,6 M€ le financement octroyé par l'ARS au titre de la permanence des soins.

tableau 18 : Différentiel entre le coût annuel de la permanence des soins et le financement octroyé par l'ARS à ce titre

en €	2016	2017	2018	2019 (prévisionnel)
Coût annuel PDSSES (payé par l'hôpital Ducuing, montant brut chargé)	1 373 167	1 347 150	1 434 685	1 393 200
Financement PDSSES ARS	791 074	770 406	768 746	705 828
Coût non financé	582 093	576 744	665 939	687 372

Source : hôpital Ducuing

Le passage à une rémunération au forfait porterait donc le surcoût de la permanence des soins à près de 1,4 M€.

4.4. Un absentéisme élevé mais en diminution

L'hôpital Ducuing est confronté à un absentéisme important qui représente entre 42 et 47 ETP chaque année entre 2016 et 2018.

tableau 19 : Décomposition de l'absentéisme par cause entre 2016 et 2018

	2016	2017	2018
Nombre de jours de maladie	10 103	11 096	9 828
Nombre de jours de mi-temps thérapeutique	430,4	986,24	1 050,3
Nombre de jours d'accident du travail	2 503	2 353	1 614
Nombre de jours de maternité	2 944	2 471	2 794
Nombre de jours de paternité	144	35	18
Nombre total de jours d'absence	16 124,4	16 941,24	15 304,3
Équivalent temps-plein	44,8	47,1	42,5

Source : bilan social 2018, retraitement CRC

Le taux d'absentéisme a diminué entre 2017 et 2018, en raison notamment de l'externalisation des prestations de nettoyage, secteur dans lequel le taux était particulièrement élevé (24 %). Il reste toutefois encore important (9,5 % en 2018) et au-dessus de la moyenne nationale (7,4 %).

tableau 20 : Accidents de travail, causes/fréquence/gravité

	2016	2017	2018	2018-2017
Nombre total d'accidents survenus aux salariés de l'établissement	94	90	102	13 %
Nombre total d'accidents déclarés à l'organisme de sécurité sociale	90	90	102	13 %
Nombre total d'accidents avec arrêt de travail	29	27	28	4 %
Accident de trajet	8	3	5	67 %
Accident de travail	21	24	20	- 17 %
Nombre de jours d'arrêt	2 503	2 353	1 614	- 31 %
Taux de fréquence	31,81 %	28,86 %	31,18 %	
Taux de gravité	2,75 %	2,51 %	1,80 %	

Source : bilan social 2018, retraitement CRC

La diminution du nombre de jours d'arrêt est due à la diminution du taux de gravité tandis que le taux de fréquence demeure stable.

La chambre relève également l'importance des accidents de travail dus à des efforts de manutention, passant de 8 à 13 entre 2016 et 2018 pour les accidents de travail suivis d'arrêts et de 7 à 25 pour les accidents de travail non suivis d'arrêt. De la même manière, les accidents d'exposition au sang sont relativement fréquents (25 par an en moyenne sur la période).

S'agissant des formations déployées en matière de sécurité et d'amélioration des conditions de travail, le bilan social ne retrace, en 2018, que des formations « arrêt cardio-respiratoire ». Les autres formations recensées sont marginales (prévention des troubles musculo-squelettiques, formations manutention : onze en 2016, zéro en 2017, zéro en 2018) ou inexistantes (accidents d'exposition au sang : aucune formation recensée).

L'établissement indique mettre à disposition des professionnels de santé, des dispositifs médicaux sécurisés (cathéters...) et précise que la responsable qualité fait régulièrement des formations en interne sur la pose des cathéters et sensibilise les équipes sur la manipulation des déchets d'activité de soins à risque infectieux, ce qui a contribué à diminuer la gravité mais pas

encore la fréquence des arrêts. Un référent pour la manutention sera formé fin 2019 pour pouvoir dispenser des formations en interne.

Le document unique d'évaluation des risques professionnels ne permet pas d'identifier de mesures proportionnées à l'importance du risque, notamment en matière d'accidents d'exposition au sang.

La chambre recommande donc à l'établissement de mettre en œuvre des mesures de prévention des risques professionnels proportionnées aux risques en question, notamment en matière d'exposition au sang et de manutention.

Recommandation

2. Mettre en œuvre des mesures de prévention des risques professionnels proportionnées aux risques, notamment en matière d'exposition au sang et de manutention.
Non mise en œuvre.

4.5. Un fort taux de *turn-over* et un nombre de démissions élevé

Le taux de *turn-over* s'élève à 19,32 % en 2018, en intégrant le départ de 76 salariés suite aux externalisations. Retraité des externalisations, le taux de *turn-over* structurel avoisine 10 % (9,87 % en 2018), soit un niveau proche de la moyenne nationale. Il s'explique par la difficulté à fidéliser le personnel infirmier dont une proportion repart en intérim pour pouvoir bénéficier de rémunérations plus attractives.

Les démissions constituent, en 2018, le premier motif de départ après les fins de contrat à durée déterminée. Elles représentent la moitié des départs, retraités des fins de contrats, et concernent majoritairement du personnel infirmier.

tableau 21 : Évolution des causes de départ

	2016	2017	2018
Démission	34	35	31
Retraite (employeur)	1		
Retraite (salarié)	8	17	9
Fin retraite active	5	2	7
Licenciement autre	1	5	12
Licenciement pour faute	3	2	1
Rupture conventionnelle	9	6	3
Rupture commun accord	2		
Rupture anticipée - employeur	2		
Rupture anticipée - salarié	1	4	2
Fin essai - employeur	1	2	
Fin essai - salarié	1	4	4
Autres cas	7	5	2
Sous total départs hors fins de contrat classique et transferts	75	82	71
Fin de CDD	382	352	363
Fin CDD étudiant	32	16	19
CDD → CDI sans ifc	28	18	20
Transfert s ^{té} extérieure			76
	3		2
Total	520	468	551

Source : bilan social 2018, retraitements CRC

4.6. Un fort recours à l'intérim

Pour compenser l'absentéisme et le *turn-over*, l'établissement a recours à l'intérim pour un total de jours travaillés représentant 6,8 ETP en 2018.

tableau 22 : Évolution de l'intérim entre 2016 et 2018

Intérim	2016	2017	2018
Total heures travaillées	9 054	8 075	10 972
Équivalent en nombre de jours	1 293	1 154	1 567
Montant en €	459 771	394 988	513 679
Coût moyen de l'heure	50,78 €	48,91 €	46,82 €

Source : bilan social

tableau 23 : Évolution des heures d'intérim par catégories de métiers entre 2016 et 2018

Catégorie de métiers	2016	2017	2018
Administratif	0	0	107
Logistique	0	192	282
Médicaux	0	0	24
Médico-technique	722	0	428
Soins	8 333	7 883	10 131

Source : bilan social

La hausse de l'intérim entre 2017 et 2018 s'explique par le départ en masse des infirmières de bloc opératoire fin 2017. L'équipe a été reconstituée fin 2018. L'intérim représente un coût de 512 841 € au total en 2018, dont 339 964 € uniquement pour le bloc opératoire. Cette tendance se poursuit en 2019 où le départ inopiné de praticiens a engendré d'importantes dépenses d'intérim.

4.7. Un recours aux heures supplémentaires en hausse

tableau 24 : Évolution des heures supplémentaires entre 2016 et 2018

Heures supplémentaires	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Administratif	604,5	201,2	1 168,0	563,6	93,2 %
Logistique	967,8	691,6	859,7	- 108,0	- 11,2 %
Médicaux	268,8	709,9	697,4	428,6	159,4 %
Médico-techniciens	1 450,0	1 321,1	1 452,8	2,8	0,2 %
Soins	6 695,3	6 269,7	7 191,5	496,2	7,4 %
Total	9 986,4	9 193,5	11 369,4	1 383,1	13,8 %

Source : bilan social 2018

Les heures supplémentaires ont augmenté en 2018 (+ 13,8 % par rapport à 2016). Cette augmentation est principalement due à la hausse des heures supplémentaires du personnel administratif qui représente 40 % de la progression, devant le personnel de soins (+ 36 %) et les personnels médicaux (+ 31 %).

Cette hausse résulte de la remise à plat de l'ensemble des organisations en temps de travail de l'hôpital entre 2017 et 2018. De nombreuses heures supplémentaires ont été rémunérées afin

d'apurer les compteurs d'heures dont bénéficiaient certains salariés. Avec la mise en place des cycles de travail, l'établissement impose désormais, autant que faire se peut, la récupération des heures supplémentaire dans le cycle.

4.8. Une refonte du temps de travail à parachever

L'établissement a entrepris une importante refonte du temps de travail. Jusqu'en 2018, il n'avait pas mis en place les cycles de travail : le temps était réparti au mois le mois avec de grandes disparités entre personnels et entre services L'accord du temps de travail en vigueur datait de 1999, avec 40 heures de travail hebdomadaire et 22 jours de RTT.

Le 5 septembre 2018, la direction et un des deux syndicats représentatifs ont signé un accord de substitution à celui du 28 mai 1999 sur le temps de travail. Il acte la mise en œuvre des cycles de travail (de 8-10-12 semaines), revient sur les pauses payées en ne décomptant en temps de travail que le temps où un salarié est effectivement à disposition de l'employeur.

Un accord spécifique pour les médecins et cadres autonomes, signé le 28 janvier 2019, instaure un forfait jour, en substitution d'un système de décompte horaire qui portait sur une durée hebdomadaire de 38 heures et générait d'importantes heures supplémentaires. Cet accord prévoit un maximum de 205 jours forfaitaires annuels et 33 jours de congés payés et 18 RTT. Les RTT doivent prioritairement être déposés dans l'année en cours (la direction pouvant imposer la prise des jours de RTT). Aux termes de cet accord, l'abondement du CET est autorisé à défaut de dépôt dans l'année. Le CET n'a toutefois pas encore été créé dans l'établissement. Les jours de RTT non pris ne peuvent être rémunérés que dans la limite de 5 jours.

L'accord du 5 septembre 2018 ne revient pas sur l'accord régissant le fonctionnement de la maternité en date du 27 juin 2011 qui avait aménagé des temps de travail allant jusqu'à 12 heures afin de diminuer les temps de chevauchement⁴³. Cette mise en place de cycles en 12 heures⁴⁴ aménage des règles de fonctionnement plus favorables que le droit commun. À titre d'exemple, le temps de travail de nuit est de 31h50 au lieu de 32h30 et le temps de restauration de pause, d'habillage et déshabillage est considéré comme du temps de travail effectif. La maternité du fait du poids qu'elle représente au sein de l'établissement continue donc de bénéficier d'un régime dérogatoire, en décalage avec les autres services.

L'établissement doit finaliser la refonte du temps de travail en renégociant l'accord afférent à la maternité afin d'aligner ses dispositions sur celles régissant les autres services.

5. LA FIABILITÉ DES COMPTES

5.1. Les comptes consolidés

Les comptes de l'AMS sont certifiés par un commissaire aux comptes (CAC).

⁴³ Les horaires en 7h30 avaient en effet pour conséquence d'importants temps de chevauchement (jusqu'à 2h30) en cœur de journée entre les équipes du matin et les équipes d'après-midi.

⁴⁴ Cet accord prévoit également d'autres types d'horaires de travail inférieurs à 12h selon les postes occupés : 10h30 pour les aides-soignantes de service, 11h pour les auxiliaires de puériculture qui animent des ateliers ; 8h pour les IDE puéricultrices en postes de renfort ; pour les sages-femmes : 6h pour les préparations à la naissance et 8h pour les explorations fonctionnelles.

Les comptes consolidés sont établis à partir du regroupement des comptabilités autonomes⁴⁵ des différentes entités administratives et budgétaires constitutives de l'entité juridique AMS, à savoir l'association des amis de la médecine sociale, l'hôpital Ducuing, et l'EHPAD « résidence les Tilleuls ».

5.2. Gestion des immobilisations

5.2.1. Inventaire et état de l'actif

Ni l'hôpital ni l'EHPAD ne procèdent à un inventaire physique des biens immobilisés. Ces derniers font l'objet d'un suivi comptable établi sur la base des listes transmises à la direction des finances par les différents services, retraçant les éléments d'actifs cédés, mis au rebut ou nouvellement entrés.

En l'absence d'inventaire physique, il n'y a pas d'assurance de la stricte concordance entre l'état de l'actif et la réalité patrimoniale physique de la structure.

5.2.2. Comptabilisation des stocks

Les stocks font l'objet d'un inventaire physique à la date de clôture. La valorisation des stocks gérés par la pharmacie et l'économat est réalisée au coût moyen pondéré (calculé par le logiciel de gestion des stocks). Les autres stocks sont valorisés aux derniers coûts d'acquisition (méthode FIFO).

En revanche, il n'y a pas d'inventaire ni de valorisation des stocks déportés dans les services.

5.2.3. Amortissements

L'établissement indique amortir selon la durée de vie estimée des immobilisations⁴⁶.

Si les immobilisations mises en service depuis 2015 respectent globalement les durées préconisées, tel n'est pas le cas pour celles mises en service antérieurement.

Ainsi, la plupart des bâtiments mis en service ou réhabilités dans les années 1970 et 1980⁴⁷ sont amortis sur une durée de vie de 50 ans. Deux immobilisations sont également amorties sur 100 ans alors que leur nature ne semble pas justifier cette durée⁴⁸. Les masses financières concernées sont cependant marginales.

⁴⁵ Le CAC précise que « l'établissement des comptes annuels est effectué par : cumul des comptabilités autonomes ; opérations d'élimination des comptes réciproques internes ; opérations de retraitement ayant pour finalité d'homogénéiser les pratiques comptables des établissements et de permettre le passage des règles d'établissement des comptes administratifs aux règles comptables générales applicables aux associations (neutralisation des provisions de nature budgétaire ; comptabilisation de passifs non constatés dans les comptes administratifs – provision pour congés payés, provision fiscale – ; retraitement des immobilisations antérieures conformément à l'avis CRC n° 2002-10 – approche par composants – pour les bâtiments, de manière rétroactive) ».

⁴⁶ Le CAC indique les durées d'amortissement par catégorie de biens : logiciels : 2 ans ; agencements, aménagements terrain et voiries : 5 ans ; bâtiments hospitaliers et administratifs : 10 à 30 ans ; installations générales et agencement : 2 à 20 ans ; matériel et outillage des agencements : 3 à 10 ans ; matériel et outillage médical : 5 à 10 ans ; mobilier : 2 à 10 ans...

⁴⁷ Bâtiment chirurgie, bâtiment S, locaux annexes cuisine, local informatique.

⁴⁸ « Dalkia, remplacement ballons ECS et HP fermeture grille passages ».

L'établissement applique depuis 2017 un amortissement par composant. Cela a eu pour effet de diminuer les amortissements constatés antérieurement à hauteur de 2 388 020,73 € avec pour contrepartie une augmentation du report à nouveau.

Les durées d'amortissement sont globalement cohérentes avec la durée de vie du bien concerné.

5.3. Les provisions

S'agissant de l'hôpital, le solde des provisions⁴⁹ a fortement augmenté en 2015, passant de 3,8 M€ en balance d'entrée à 6,65 M€ en balance de sortie de ce même exercice. Il a ensuite progressé régulièrement jusque fin 2017 où il s'élevait à 8,77 M€ avant de diminuer sur l'exercice suivant pour s'établir à 8,36 M€ en balance de sortie 2018.

Cette hausse s'explique par la seule progression de la provision pour renouvellement des immobilisations (+ 5,6 M€ entre début 2015 et fin 2018), tandis que dans le même temps le solde des autres provisions diminuait de 1,3 M€.

S'agissant de l'EHPAD, le solde des provisions est de 1,242 M€ fin 2018 alors qu'il était de 1,152 M€ au 1^{er} janvier 2016. Le solde des provisions de l'EHPAD est resté stable et certains montants inchangés, à l'instar du solde du compte 158 « Autres provisions pour charge », d'un montant de 0,398 M€, dont la justification n'est pas établie.

5.3.1. Des passifs sociaux non provisionnés

Jusqu'en 2017, les passifs sociaux, à l'exception des pensions de retraite⁵⁰, n'étaient pas comptabilisés au niveau des comptes de l'hôpital Ducuing.

Une provision pour congés payés, constatée en consolidé au niveau de l'AMS, a été reprise au niveau des comptes de l'hôpital en 2017 pour un montant de 2 608 003 €, « en augmentation des dettes [sociales et] fiscales et donc par diminution du report à nouveau ».

Les congés payés ne font pas l'objet d'une provision, mais sont constatés, depuis 2017, en dettes sociales⁵¹ pour un montant de 2,6 M€ (en brut chargé), à l'instar de ce qui se pratique dans le secteur privé. Toutefois, le système de suivi, historiquement défaillant, a conduit à la comptabilisation de soldes erronés. Rien ne permet donc de s'assurer que les montants comptabilisés en comptes de tiers au titre des congés payés correspondent à la réalité du passif social réellement généré. Il en est de même pour les heures supplémentaires, aucun système de comptabilisation rigoureux et centralisé n'ayant été mis en place.

⁴⁹ Comptes 142, 151, 153, 1572, 158 et 491.

⁵⁰ Dont le solde était de 1,927 M€ fin 2018 pour l'hôpital et 0,136 M€ pour l'EHPAD. Ce montant est calculé sur la base d'une méthode statistique sur la base d'un départ à 62 ans affecté d'un coefficient de probabilité d'atteinte d'âge à la retraite, de probabilité de maintien dans l'entreprise, d'augmentation des salaires et d'actualisation des indemnités de départ à la retraite.

⁵¹ Comptes 428200 et 438200 respectivement pour les congés payés bruts et pour les charges sociales afférentes. Cette comptabilisation des congés payés en dettes sociales a pour conséquence de faire figurer ce passif social en passif circulant donc dans le bas de bilan, participant à la constitution du besoin en fonds de roulement alors que la constatation d'un passif social au titre des comptes épargne temps donnerait lieu à la constitution d'une provision figurant parmi les ressources stables de la structure.

L'hôpital n'a pas encore mis en œuvre le compte épargne temps (CET) alors même que l'accord relatif au temps de travail des cadres (signé le 28 janvier 2019) mentionne la possibilité d'abonder le CET. La chambre recommande donc à l'hôpital d'instaurer le compte épargne temps. Le directeur a répondu que l'instauration du CET est conditionnée à la mise en place du forfait jour. L'accord a fait l'objet d'une révision en août 2019.

La chambre recommande donc de comptabiliser et de provisionner l'ensemble des passifs sociaux.

Recommandations

3. Instaurer et mettre en place un suivi du compte épargne temps. *En cours de mise en œuvre.*

4. Comptabiliser et provisionner l'ensemble des passifs sociaux (congés payés, récupération de temps de travail, heures supplémentaires...). *En cours de mise en œuvre.*

5.3.2. Une provision pour renouvellement des immobilisations non justifiée

La provision pour renouvellement des immobilisations, nulle début 2015, a été portée à 2,575 M€ fin 2015 suite à la notification en février 2014 et en novembre 2015 d'une aide à l'investissement respectivement de 1 355 402,70 € et de 1 219 862,43 €. Le montant perçu en 2014 n'a donc été provisionné qu'un an plus tard.

Puis, chaque année, a été provisionné le montant notifié par l'ARS (en baisse de 10 % d'une année sur l'autre) au titre de « l'aide à l'investissement hors plans nationaux » avec une mention « travaux de sécurité et réseaux ».

La reprise d'un montant 0,0469 M€ en 2018 n'a pas été justifiée par l'établissement.

5.3.3. Une provision pour gros entretien partiellement non justifiée par un plan pluriannuel de travaux

S'agissant de l'hôpital, le solde de la provision pour gros entretien était de 0,611 M€ début 2015. En 2018, cette provision n'était plus assortie d'un plan pluriannuel de travaux susceptible de la justifier. Elle a donc été reprise en totalité en 2018. S'agissant de l'EHPAD, un montant de 0,571 M€ figurait, au 31 décembre 2018, au solde du compte 1572 « Provision pour grosses réparations », alors que l'établissement n'a pas été en mesure de fournir le plan pluriannuel de travaux constitué à son appui.

5.3.4. Les autres provisions pour charges : une reprise à retraiter du résultat 2018

Le solde de cette provision s'est établi entre 0,9 M€ et 1,06 M€ sur la période.

Cette provision s'est cependant avérée trop importante par rapport au montant auquel a finalement été exposé l'établissement. Il a dû, en effet, s'acquitter, en 2018, d'un montant de 0,330 M€ au titre du litige avec les urgentistes (alors qu'il avait provisionné 0,863 M€ à ce titre) et d'un montant de 69 k€ au titre des contentieux prudhommaux (alors qu'il avait provisionné 148 k€).

Sa reprise en 2018 pour un montant de 1,011 M€ n'a eu pour contrepartie qu'une charge de 0,399 M€.

Le résultat 2018 de l'établissement a été majoré d'environ 0,6 M€ par rapport au résultat structurel (alors que celui de 2017 a été alourdi d'autant).

5.3.5. Provisions pour créances irrécouvrables

Le solde du compte 491 « Dépréciation des comptes de redevables » s'est établi entre 0,49 M€ et 0,63 M€ sur la période. Le niveau de cette provision est calculé selon une méthode statistique pondérant le stock de créances non recouvrées par leur ancienneté.

tableau 25 : Dépréciation des comptes de redevables et pertes sur créances irrécouvrables

Compte	Libellés	2015	2016	2017	2018
654	Pertes sur créances irrécouvrables	21 260,89	124 265,24	274 405,83	407 293,55
78174	Reprises sur dépréciations des actifs	0,00	84 369,00	143 783,00	363 625,00
Débit 491	circulants - Créances	302 289,00	314 229,00	249 227,22	363 625,00
68174	Dotations aux dépréciations des actifs	189 975,00	215 013,00	158 209,00	227 602,00
Crédit 491	circulants - Créances	492 264,00	444 873,00	263 653,22	227 602,00
Solde 491	Dépréciation des comptes de redevables	492 264,00	622 908,00	637 334,00	501 311,00

Source : CRC d'après les balances - hôpital Ducuing

Compte tenu de l'importance des créances admises en non-valeur, le solde de la provision semble assez faible. Par ailleurs, cette provision n'est pas reprise (compte 78174) à hauteur des pertes sur créances irrécouvrables constatées chaque année (compte 654).

6. L'ANALYSE FINANCIÈRE

Rappel : l'analyse financière a été réalisée avant l'épidémie liée au Covid-19.

L'entité juridique contrôlée, à savoir l'AMS dispose de trois budgets : celui de l'hôpital Ducuing, celui de l'EHPAD et celui de l'association *stricto sensu*.

tableau 26 : Présentation des produits et charges et des résultats respectifs des différents budgets composants l'AMS (hôpital Ducuing, EHPAD, association)

	2016	2017	2018
Produits hôpital Ducuing	62 195 974	60 949 373	57 602 874
Charges hôpital Ducuing	64 719 195	61 593 041	57 806 924
Résultat hôpital Ducuing	- 2 523 221	- 643 668	- 204 050
Produits EHPAD	3 247 747	3 267 487	3 536 143
Charges EHPAD	3 204 298	3 191 873	3 483 620
Résultat EHPAD	43 449	75 614	52 523
Produits association	143 579	59 698	123 428
Charges association	50 158	21 737	23 952
Résultat association	93 420	37 961	99 476
Produits totaux	65 587 300	64 276 558	61 262 446
Charges totaux	67 973 652	64 806 652	61 314 496
Résultat total	- 2 386 352	- 530 093	- 52 050
Produits consolidés AMS (après retraitement des refacturations)	65 467 721	64 089 492	61 235 968
Charges consolidées AMS (après retraitement des refacturations)	67 864 399	64 619 585	61 288 020
Résultat consolidé AMS	- 2 396 678	- 530 094	- 52 052

Source : comptes financiers, retraitement CRC

Les produits de l'hôpital Ducuing représentent sur la période entre 94 % et 95 % des produits consolidés, ceux de l'EHPAD environ 5 % à 6 %, et ceux de l'association *stricto sensu* sont inférieurs à 0,3 %.

Si le poids de l'EHPAD et celui de l'association sont relativement marginaux en termes de produits et charges annuels, leur contribution au résultat est en revanche significative, affichant un excédent alors que l'hôpital Ducuing présente sur la période un résultat systématiquement et significativement déficitaire. Ainsi en 2018, le déficit consolidé est plus de quatre fois inférieur au déficit généré par l'hôpital, grâce aux excédents de l'EHPAD et de l'association.

De la même façon, les situations patrimoniales de l'hôpital et de l'AMS dans leur ensemble (consolidée) diffèrent sensiblement.

La chambre a analysé brièvement les comptes de résultats de l'EHPAD et de l'association et plus en détail celui de l'hôpital, étudié le mécanisme de financement des investissements de l'hôpital, la situation patrimoniale puis la situation bilancielle de l'AMS.

6.1. Le compte de résultat de l'association

L'association *stricto sensu* est le support juridique de l'EHPAD et de l'hôpital mais n'a que peu d'activité en propre.

Elle reçoit en produit des dons et libéralités (pour un montant variant entre 0,05 M€ à 0,1 M€ par an), qui financent des actions en mémoire des guérilleros espagnols, des publications ou de l'événementiel. L'association ne parvient pas à utiliser l'intégralité des dons pour ces actions de commémoration et dégage donc chaque année un excédent.

tableau 27 : Évolution des produits et charges de l'association

	2016	2017	2018
Produits	143 579	59 698	123 428
<i>dont produits des activités annexes</i>	11 020		
<i>dont produits divers de gestion courante</i>			23 115
<i>dont cotisation des adhérents</i>	58	64	
<i>dont dons manuels</i>	11 670	1 600	93 425
<i>dont autres libéralités ss droit</i>	102 705	48 825	140
<i>dont produits financiers</i>	18 126	8 834	6 214
Charges	50 158	21 737	23 952
<i>dont locations mobilières</i>	3 479		
<i>dont informations, publications</i>	3 770	3 266	3 120
<i>dont taxe foncière</i>		1 436	83
<i>dont déplacements, missions, réception</i>	6 414		5 225
<i>dont autres charges de gestion et charges diverses de gestion courante (65)</i>	29 769	650	5 734
<i>dont charges financières</i>		2 637	3 853
<i>dont dons accordés</i>	1 000		1 000
<i>dont impôt sur le résultat</i>		10 076	
Résultat	93 420	37 961	99 476

Source : CRC à partir des balances de l'association

Certaines charges ont un lien tenu avec objet de l'association :

- les 15 000 € de charges diverses de gestion courantes (c/6588) constatées en 2016 et qui d'après le grand livre ont rémunéré des déplacements (dont la nature professionnelle n'apparaît pas toujours clairement sur les justificatifs fournis par le directeur) et des prestations artistiques (financement de production de films, achat d'un spectacle créé et présenté au festival de danse de Ouagadougou avec financement des voyages aller et retour des 37 artistes du Burkina Faso, des hébergements et de la restauration pendant leur résidence d'artiste à Toulouse et dans la région Midi-Pyrénées durant 15 jours en 2016) ;
- les autres charges de gestion (c/6580) : 14 768,95 € en 2016 (notamment en billets d'avions pour l'étranger) et 5 734 € en 2018 ;
- les frais de mission et de déplacements (c/625) : 6 414 € en 2016 et 5 225 € en 2018 et qui ont, pour partie, financé des repas et boissons.

L'association doit justifier les charges qu'elle engage et n'imputer sur le comptes de l'AMS *stricto sensu* que ce qui relève de son activité propre.

6.2. La situation financière de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

La situation financière de l'EHPAD se caractérise structurellement par des produits légèrement supérieurs aux charges, et donc un excédent récurrent représentant 1 à 3 % du total des produits.

Toutefois, la croissance des produits entre 2016 et 2018 a été portée pour moitié par la hausse des reprises sur provisions. Les produits de la tarification augmentaient de manière plus modeste, portés par le tarif « hébergement » alors que le financement « soins » à la charge de

l'assurance maladie n'augmentait que de manière marginale et que le produit de la dépendance stagnait.

La structure des produits se fragilise et tend à reposer de plus en plus sur les résidents.

Les charges sont composées à 70 % de celles de personnel (50 % de personnel interne, 20 % personnel intérimaire). Ces charges de personnel se rigidifient puisque les charges de personnel interne ont augmenté de près de 20 % sur la période tandis que le coût du personnel intérimaire stagnait. La hausse des impôts locaux doit également être relevée⁵².

tableau 28 : Évolution des produits et charges de l'EHPAD

	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Produits EHPAD	3 247 747	3 267 487	3 536 143	288 396	8,9 %
dont prix de journée hébergement	1 715 037	1 724 941	1 789 411	74 374	4,3 %
dont dépendance	444 024	449 376	445 723	1 698	0,4 %
dont produits à la charge de l'assurance maladie	1 047 246	994 773	1 074 939	27 692	2,6 %
dont reprises sur provisions	7 198	39 363	171 021	163 823	2 276,0 %
dont produits à recevoir		35 706		0	
Charges EHPAD	3 204 298	3 191 873	3 483 620	279 322	8,7 %
dont charges de personnel (64)	1 452 591	1 415 475	1 741 192	288 601	19,9 %
dont personnel intérimaire (621)	727 823	861 679	739 677	11 854	1,6 %
dont taxe foncière et impôts locaux	21 000	56 616	49 800	28 800	137,1 %
dont achats stockés (602)	282 915	292 407	293 104	10 189	3,6 %
dont achats non stockés de matière et fournitures (606)	150 496	133 691	133 773	- 16 724	- 11,1 %
dont entretien et réparations (615)	84 439	80 296	94 094	9 656	11,4 %
dont amortissement	121 443	119 501	116 722	- 4 721	- 3,9 %
dont provisions	144 520	45 340	110 000	- 34 520	- 23,9 %
Résultat	43 449	75 614	52 523	9 074	20,9 %

Source : CRC à partir du compte de résultat de l'EHPAD « résidence les Tilleuls »

6.3. La situation financière de l'hôpital Joseph Ducuing

6.3.1. Une situation de déficit structurel chronique

Le projet d'établissement 2013-2017 relevait déjà que l'établissement connaissait « des difficultés financières chroniques nécessitant un soutien permanent des autorités sanitaires ». Les difficultés sont expliquées, dans ce document, par le développement de missions de service public déficitaires et par « des organisations de travail qui se sont structurées mais à un rythme insuffisant ».

À la fin de l'exercice 2015 la situation financière était particulièrement préoccupante puisque l'hôpital affichait un déficit de 2,39 M€. Elle se dégradait en 2016 avec un déficit de 2,52 M€. Les analyses internes et les conclusions des missions externes, diligentées par l'ARS,

⁵² Jusqu'en 2016 inclus, l'EHPAD bénéficiait du statut associatif de l'entité juridique et avait été exonéré de taxe d'habitation. En 2017, les services fiscaux ont fait valoir que l'EHPAD ne devait pas bénéficier de cette exonération et ont demandé la rétroaction sur deux ans.

aboutissaient à des conclusions convergentes reprises par le CAC dans son rapport relatif à l'exercice 2016 à savoir :

- « un résultat d'exploitation structurellement déficitaire ;
- aggravé par des baisses de financements complémentaires, [notamment les missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation] et par une hausse des dépenses de fonctionnement ;
- des mesures de redressement non suffisantes [à ce jour] ;
- une trésorerie fortement impactée par les déficits mais suffisante à un horizon de fin 2018 ».

Le CAC soulignait que « ces faits constitu[ai]ent des éléments préoccupants en matière de continuité d'exploitation ».

Au regard des critères de déséquilibre financier définis par l'article D. 6143-39 du code de la santé publique, l'ARS a demandé à l'hôpital Ducuing de présenter un plan de redressement au sens de l'article L. 6143-3 dudit code.

Face à cette situation, le conseil d'administration de l'AMS a pris un certain nombre de mesures et d'engagements :

- une lettre de mission adressée au directeur avec deux objectifs : rétablissement de liens forts avec le corps médical et retour à l'équilibre budgétaire ;
- la poursuite de la mission d'accompagnement externe engagée en 2016 ;
- la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre.

6.3.2. Le plan de redressement

Le premier budget élaboré par l'établissement pour l'exercice 2017 a été rejeté par l'ARS car il n'intégrait aucune mesure de redressement.

Un plan de redressement 2017-2018, adopté par le conseil d'administration du 2 février 2017 puis validé par l'ARS, affichait un objectif de retour à l'équilibre comptable en 2018.

Ce plan de redressement a été élaboré sur la base de trois postulats initiaux :

- le maintien des valeurs institutionnelles en termes d'égalité d'accès et de prise en charge de toutes les populations ;
- le maintien des orientations stratégiques en vigueur avec maintien de toutes les activités cliniques ;
- une croissance volontariste des recettes (+ 1 M€ en deux ans), conjuguée à une baisse des dépenses (- 2,3 M€), soit un montant total des mesures de 3,305 M€ pour restaurer le résultat comptable selon le déploiement cumulé suivant : 1 818 300 € en 2017 ; 3 130 000 € en 2018 et 3 305 000 € en 2019.

Les mesures portant sur la hausse des recettes se déclinent de la manière suivante :

- « une hausse modérée de l'activité avec une augmentation de l'activité hospitalière par praticien ;
- une amélioration de la valorisation de l'activité ;

- une amélioration des recettes diverses ;
- une amélioration du recouvrement ».

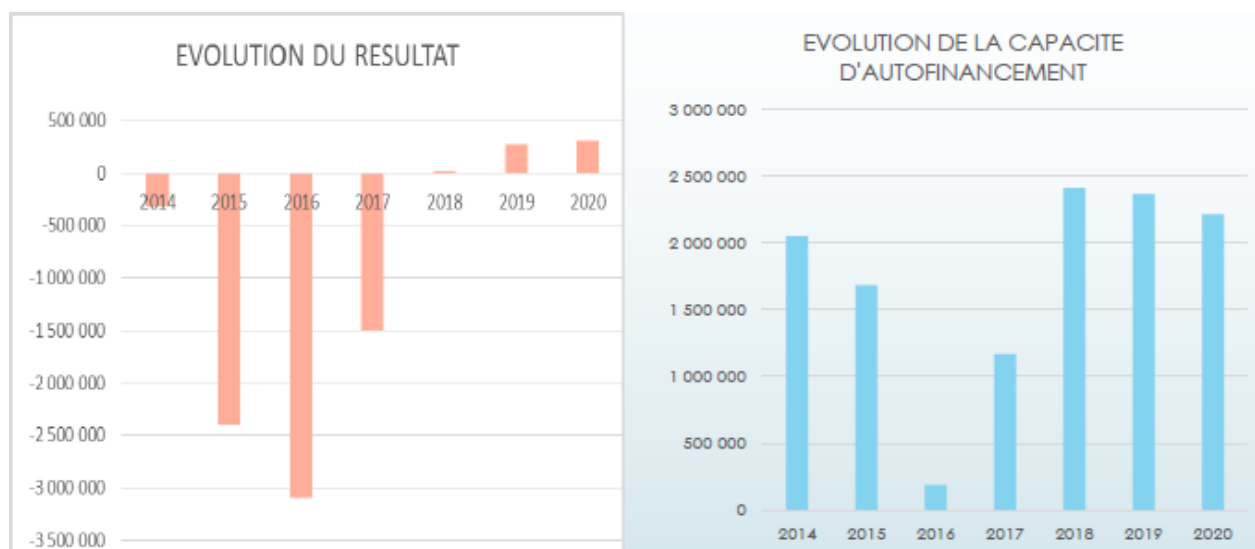
La baisse des charges reposait sur les actions suivantes :

- la diminution de la masse salariale en :
 - maintenant les salaires dans le cadre du socle conventionnel FEHAP ;
 - évitant le recours aux licenciements économiques ;
 - améliorant les organisations de travail ;
 - diminuant le recours à l'intérim non médical ;
 - optimisant les moyens dédiés aux activités ;
 - en renégociant les accords locaux sur le temps de travail ;
- la poursuite des actions en faveur de la baisse des charges à caractère médical (essentiellement médicaments) ;
- la poursuite des actions en faveur de la baisse des charges d'hôtellerie ».

Le plan de redressement intègre également des mesures ciblées sur la réorganisation de certaines activités comme la suppression de l'unité de surveillance continue ou l'externalisation du laboratoire et de la fonction nettoyage.

Ces mesures devaient permettre de retrouver un résultat excédentaire et une capacité d'autofinancement acceptable à compter de 2018.

graphique 3 : Projection du résultat et de la capacité d'autofinancement prévue par le plan de redressement 2017



Source : présentation du plan de redressement de février 2017, hôpital Duing

6.3.3. La réalisation du plan

Fin 2018, le plan de redressement a été réalisé à hauteur de 1,761 M€, soit un peu plus de la moitié de la cible.

L'essentiel de l'écart s'explique par le fait que les mesures portant sur l'optimisation des recettes n'ont pas produit les effets escomptés.

Les principales mesures mises en œuvre ont été :

- la fermeture de l'unité de surveillance continue en septembre 2017 avec un gain évalué à 450 k€ en 2018 ;
- l'externalisation du laboratoire réalisée au 1^{er} janvier 2019 auprès d'un laboratoire privé⁵³, qui aura permis de réaliser 0,316 M€ d'économies fin 2019 selon les chiffrages prévisionnels ;
- l'externalisation du nettoyage qui aurait permis d'économiser 0,282 M€ ;
- l'optimisation des recettes annexes (chambres particulières, télévision et autres prestations hôtelières) qui ont généré 0,453 M€ de recettes supplémentaires ;
- la suppression de certains postes (services support, une infirmière par jour en médecine, une aide-soignante par jour en maternité, un poste d'infirmière de nuit en unité d'hospitalisation de courte durée) pour un total de 0,580 M€.

Certaines des mesures ont été mises en œuvre avec un effet en année pleine à partir de 2019 (notamment la renégociation du temps de travail), ce qui, d'après l'établissement, devrait contribuer à améliorer le taux de réalisation du plan de redressement d'environ 20 points.

tableau 29 : Réalisation du plan de redressement

	LIBELLES	2016	PRE CIBLE	2017	PRE REAL	Ecart PRE fin 2017	2018 CF	PRE REAL	Ecart PRE fin 2018
	Suppression USC	- 450 000 €	450 000 €	- 236 433 €	213 567 €	- 236 433 €	- €	450 000 €	- €
	Renégociation accord temps de travail	- €	420 000 €	- €	- €	- 420 000 €	- €	- €	- 420 000 €
	Externalisation Laboratoire	- 316 660 €	200 000 €	- 422 614 €	- 105 954 €	- 305 954 €	- €	316 660 €	116 660 €
	Externalisation ASH	- 2 276 967 €	400 000 €	- 2 321 288 €	- 44 321 €	- 444 321 €	- 1 994 550 €	282 417 €	- 117 583 €
	Suppression postes services support	- 1 533 433 €	120 000 €	- 1 495 757 €	37 676 €	- 82 324 €	- 1 390 462 €	142 972 €	22 972 €
	Sup. une IDE par jour en MEDECINE	- 915 618 €	60 000 €	- 942 511 €	- 26 893 €	- 86 893 €	- 882 266 €	33 352 €	- 26 648 €
	Sup. une AS par jour MATERNITE	- 302 488 €	95 000 €	- 229 662 €	72 826 €	- 22 174 €	- 167 079 €	135 409 €	40 409 €
	Revenir dépenses 2014 Entretien&Mai	- 1 483 302 €	30 000 €	- 1 435 704 €	47 597 €	17 597 €	- 1 538 083 €	- 54 781 €	- 84 781 €
	Augmentation activité hospit et exterr	32 494 924 €	450 000 €	31 052 218 €	-1 442 706 €	-1 892 706 €	32 952 758 €	457 834 €	7 834 €
	Neutralisation baisses de tarifs			- 395 601 €			- 365 787 €		
	Optimiser codage recettes hospit. Et externes		300 000 €	1 742 810 €	1 742 810 €	1 442 810 €	- 746 318 €	- 746 318 €	-1 046 318 €
	Optimisation recettes annexes de HJD	2 004 294 €	150 000 €	2 339 149 €	334 855 €	184 855 €	2 456 937 €	452 643 €	302 643 €
	Diminution créances impayées	- 124 265 €	100 000 €	- 274 406 €	- 150 141 €	- 250 141 €	- 407 294 €	- 283 029 €	- 383 029 €
	Maîtrise dépenses pharmaceutiques ti	- 4 399 291 €	50 000 €	- 3 922 038 €	477 253 €	427 253 €	- 4 057 072 €	342 219 €	292 219 €
	Suppression poste IDE nuit UHCD	- 954 820 €	90 000 €	- 741 061 €	213 759 €	123 759 €	- 686 566 €	268 254 €	178 254 €
	Optimiser bloc et suppression intérim	- 446 601 €	330 000 €	- 378 019 €	68 582 €	- 261 418 €	- 512 500 €	- 65 899 €	- 395 899 €
	Renégocier contrats informatique & té	- 71 355 €	30 000 €	- 59 890 €	11 465 €	- 18 535 €	- 48 424 €	22 931 €	- 7 069 €
	Optimiser achats de consommables	- 149 711 €	30 000 €	- 113 571 €	36 140 €	6 140 €	- 142 662 €	7 049 €	- 22 951 €
	Maîtrise des prestations médicales externes	- €			- €	- €		- €	- €
		21 074 707 €	3 305 000 €	22 165 622 €	1 486 515 €	-1 818 485 €	22 470 633 €	1 761 713 €	-1 543 287 €

Source : hôpital Dcuuing

Ceci étant, ce plan n'a pas permis de redresser significativement la performance financière de l'établissement : si la CAF s'améliore entre 2016 et 2017, elle se dégrade en revanche significativement entre 2017 et 2018.

L'ARS répond que le plan de redressement initial 2013-2017 a été prolongé en 2018 et en 2019, avec l'intégration de mesures nouvelles par la nouvelle direction. Des échanges techniques sont en cours afin d'actualiser les fiches actions du plan de redressement et, le cas échéant, de contractualiser avec l'agence.

⁵³ Biolab. Le GCS MTAT, créé pour assurer l'activité de biologie pour le compte de l'hôpital Dcuuing, de l'hôpital Gérard Marchand et pour le CH de Muret, a été dissous à cette occasion.

6.3.4. L'évolution de l'autofinancement de l'hôpital

tableau 30 : Constitution de l'autofinancement

Soldes	2016	2017	2018	Évolution 2016-2018 en valeur	Évolution 2016-2018 en %
Produits de l'activité	38 074 413,30	38 478 434,39	38 296 795,48	222 382,18	0,58 %
<i>dont produits à la charge de l'assurance maladie</i>	34 187 308,04	35 123 327,94	34 688 783,33	501 475,29	1,47 %
<i>dont produits à la charge des patients, organismes complémentaire et compagnies d'assurance</i>	3 100 769,48	2 665 526,76	2 973 225,48	- 127 544,00	- 4,11 %
FIR	5 202 241,56	5 201 886,00	5 094 304,00	- 107 937,56	- 2,07 %
Vente de marchandises	13 316 762,83	11 166 646,79	6 978 494,38	- 6 338 268,45	- 47,60 %
Production vendue	3 973 978,80	4 007 562,70	4 218 023,35	244 044,55	6,14 %
Production immobilisée		114 119,00	100 064,45	100 064,45	
Produits bruts d'exploitation hors FIR	55 365 154,93	53 766 762,88	49 593 377,66	- 5 771 777,27	- 10,42 %
Produits bruts d'exploitation (y.c. FIR)	60 567 396,49	58 968 648,88	54 687 681,66	- 5 879 714,83	- 9,71 %
<i>dont aides financières budgétaires</i>	5 312 445,39	2 359 407,00	2 352 572,00	- 2 959 873,39	- 55,72 %
<i>dont aides financières investissement</i>	1 097 876,00	988 088,00	988 088,00	- 109 788,00	- 10,00 %
Achats de marchandises	13 009 225,33	10 912 215,82	6 610 825,53	- 6 398 399,80	- 49,18 %
Achats d'autres approvisionnements	4 450 089,90	3 938 976,29	4 247 209,49	- 202 880,41	- 4,56 %
- variation de stock	5 089,31	48 358,44	- 18 130,11	- 23 219,42	- 456,24 %
Achats non stockés de matières et fournitures	840 485,49	691 783,70	740 284,81	- 100 200,68	- 11,92 %
Services extérieurs et autres (hors 621 personnel extérieur à l'établissement)	5 921 989,23	5 720 049,99	6 653 384,95	731 395,72	12,35 %
Consommations intermédiaires	24 226 879,26	21 311 384,24	18 233 574,67	- 5 993 304,59	- 24,74 %
Valeur ajoutée	36 340 517,23	37 657 264,64	36 454 106,99	113 589,76	0,31 %
+ Subventions d'exploitation (hors FIR)	0,00	0,00	0,00	0,00	
- Impôts, taxes et versements assimilés	2 475 953,85	2 066 905,97	1 923 795,76	- 552 158,09	- 22,30 %
<i>sur rémunérations</i>	2 074 660,85	1 754 706,24	1 609 478,02	- 465 182,83	- 22,42 %
<i>autres</i>	401 293,00	312 199,73	314 317,74	- 86 975,26	- 21,67 %
- Charges de personnel (dont personnel extérieur à l'établissement)	31 340 959,61	31 385 652,86	30 648 927,20	- 692 032,41	- 2,21 %
<i>dont salaires et traitements</i>	20 711 691,70	21 115 974,39	20 358 574,95	- 353 116,75	- 1,70 %
<i>dont charges sociales</i>	9 520 056,60	9 397 697,59	9 323 122,10	- 196 934,50	- 2,07 %
<i>dont personnel extérieur à l'établissement</i>	1 109 211,31	871 980,88	967 230,15	- 141 981,16	- 12,80 %
Excédent brut d'exploitation	2 523 603,77	4 204 705,81	3 881 384,03	1 357 780,26	53,80 %
<i>EBE / produits courants</i>	4,13 %	7,07 %	7,05 %		
+ Autres produits de gestion courante	496 744,66	481 879,50	392 193,33	- 104 551,33	- 21,05 %
- Autres charges de gestion courante	2 433 841,71	2 387 768,57	2 712 590,61	278 748,90	11,45 %
Marge brute	586 506,72	2 298 816,74	1 560 986,75	974 480,03	166,15 %
Marge brute hors aides	- 5 823 814,67	- 1 048 678,26	- 1 779 673,25	4 044 141,42	- 69,44 %
Taux de marge brute	0,96 %	3,87 %	2,83 %		
Taux de marge brute hors aides	- 10,66 %	- 1,87 %	- 3,44 %		
+ Produits financiers	173 552,30	68 161,40	60 190,31	- 113 361,99	- 65,32 %
- Charges financières	78 428,41	62 704,76	48 102,05	- 30 326,36	- 38,67 %
+ Produits exceptionnels (hors produits de cession et quote part des subventions virées au résultat)	166 030,12	23 402,43	105 350,54	- 60 679,58	- 36,55 %
- Charges exceptionnelles (hors cessions)	35 442,94	511,67	655 748,85	620 305,91	1750,15 %
+ transfert des charges d'exploitation	4 854,80	284 168,68	114 601,05	109 746,25	2260,57 %
- impôt sur les bénéfices et assimilés	12 905,00	9 470,00	7 949,00	- 4 956,00	- 38,40 %
CAF	804 167,59	2 601 862,82	1 129 328,75	325 161,16	40,43 %

Soldes	2016	2017	2018	Évolution 2016-2018 en valeur	Évolution 2016-2018 en %
<i>CAF/Produits courants</i>	1,32 %	4,38 %	2,05 %		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Il ressort de la situation financière de l'hôpital Ducuing :

- des produits d'activité stables et des produits d'exploitation dont la contraction (- 6,3 M€) s'explique par la diminution des produits de rétrocession de médicaments (- 4,2 M€) qui trouvent leur contrepartie en charge avec une évolution similaire ;
- une production vendue (prestations hôtelières dont chambres particulières, location télévision) en légère hausse ;
- des aides financières (budgétaires⁵⁴ et investissement) importantes (10 % des produits d'activité) mais en diminution tendancielle ;
- une valeur ajoutée également stable malgré la hausse des services extérieurs ;
- un excédent brut d'exploitation en redressement depuis 2017, grâce à la diminution des charges de personnel et des impôts sur rémunération, mais demeurant assez faible (7 % en 2018)⁵⁵ ;
- une marge brute améliorée par rapport à 2016 mais demeurant très insuffisante puisqu'elle s'établit à 3,87 % des produits courants en 2017 et à 2,83 % en 2018, soit un niveau plus de deux fois inférieur à la cible nationale (8 %) et inférieur à la médiane des établissements de même catégorie (5,5 %) ;
- un taux de marge brute, hors aides, systématiquement négatif, ce qui témoigne de la forte dépendance de l'établissement aux aides octroyées par l'ARS dont une partie n'est pas pérenne ;
- une CAF plus consistante qu'en 2016, mais amputée, en 2018 d'un montant élevé de charges exceptionnelles à caractère médical⁵⁶ (correspondant à des indemnisations prudhommales suite à un conflit avec les urgentistes). Retraitée de ces charges exceptionnelles, la CAF s'établit à 1,69 M€ en 2018 (3,1 % des produits courants), soit en diminution de 1 M€ par rapport à 2017 ;
- la CAF reste fragile et inférieure à la médiane (5,3 %) des établissements de même catégorie⁵⁷, même à son plus haut niveau (2017) ;
- le résultat comptable s'est amélioré en 2018 grâce aux importantes reprises sur provisions effectuées sur cet exercice (2,17 M€, soit en hausse de 1,26 M€ par rapport à 2017 alors que, dans le même temps, les dotations aux amortissements et provisions diminuaient de 0,66 M€). La reprise des provisions pour litiges et provision pour gros entretien génère un produit net non récurrent de 0,7 M€. Retraité de ce phénomène, le résultat serait déficitaire de - 0,9 M€, soit en dégradation par rapport à 2017.

⁵⁴ Dont aides en trésorerie et aides en exploitation venant soutenir l'activité de la maternité et de l'unité kangourou (174 k€), la délégation complémentaire de fin d'année (notifiée en 2019) de 146 k€, les 288 k€ du pacte de responsabilité et les 800 k€ de restructuration et soutien financier.

⁵⁵ À cet égard, il convient de relever que l'hôpital Ducuing a bénéficié du crédit d'impôt sur la taxe sur les salaires (492 k€ en 2017 ; 400 k€ en 2018).

⁵⁶ Charges exceptionnelles médicales (6718) de 570 k€ en 2018 couvertes par une reprise sur provision qui, par définition, n'alimente pas la capacité d'autofinancement de la CAF.

⁵⁷ Source : Scansanté, fiche établissement, caractéristiques de l'activité par champ, données 2017.

tableau 31 : Passage du résultat à la capacité d'autofinancement

	2016	2017	2018
Total des produits	62 195 974,26	60 949 373,42	57 602 874,11
Total des charges	64 719 195,31	61 593 040,96	57 806 923,82
Résultat	- 2 523 221,05	- 643 667,54	- 204 049,71
-Produits des cessions d'éléments d'actifs (775)	22 288,86	57 575,00	40 861,60
-Quote-part des subventions virée au résultat		58 159,00	48 128,34
-Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions (78)	689 274,00	908 637,00	2 170 504,91
+ Valeur comptable des actifs cédés (675)	2 029,10	56 423,82	40 861,62
+ Dotations aux amortissements (68)	4 036 922,40	4 213 477,54	3 552 011,69
Capacité d'autofinancement (CAF)	804 167,59	2 601 862,82	1 129 328,75

Source : CRC à partir des comptes financiers

En conclusion, le résultat comptable s'améliore entre 2017 et 2018 grâce à la reprise de provisions. Bien qu'en progrès par rapport à 2016, la marge brute et la capacité d'autofinancement se dégradent entre 2017 et 2018 et demeurent insuffisantes.

La chambre recommande donc à l'établissement de poursuivre la mise en œuvre de mesures d'économies et d'amélioration de l'efficacité afin de rétablir son autofinancement.

Recommandation

5. Poursuivre la mise en œuvre de mesures d'économies et d'amélioration de l'efficacité afin de rétablir l'autofinancement. *En cours de mise en œuvre.*

6.3.5. Les investissements et leur financement

6.3.5.1. Les principaux investissements

Le plan de retour à l'équilibre devait s'accompagner d'investissements importants dont le montant était évalué à 12,23 M€⁵⁸ entre 2017 et 2020, dont 10,37 M€ uniquement en 2017 et 2018⁵⁹.

Les investissements finalement réalisés en 2017 et en 2018 se sont élevés à 4,24 M€, soit un niveau plus de deux fois moindre.

Au total, sur la période 2016-2018, l'hôpital a investi 5,75 M€ dont 3,39 M€ au titre des opérations dites « courantes »⁶⁰ et 1,81 M€ au titre d'opérations dites majeures, dont 1,3 M€ pour la démolition d'un bâtiment de bureaux en 2017 afin de construire une centrale d'énergie. La

⁵⁸ Les principaux programmes d'investissement qui devaient être réalisés étaient en matière de travaux : la refonte de la centrale énergie, l'installation de bâtiments modulaires dans le jardin de l'EHPAD, la réfection complète d'une salle d'opération ISO 5, la refonte du système de contrôle d'accès, ...) dans le domaine des systèmes d'information : le dossier patient informatisé, le RIS, PACS imagerie, nouvelle version DICT, gestion des plannings, logiciel éco-fin...) en termes d'équipements et autres travaux : équipements biomédicaux, équipements logistiques, aménagement des bâtiments modulaires, des urgences, des secrétariats médicaux...

⁵⁹ Source : présentation du plan de redressement de l'hôpital Joseph Ducuing, annexe du procès-verbal du conseil d'administration du 2 février 2017, p. 16.

⁶⁰ Typologie adoptée dans la présentation de l'EPRD et des comptes financiers à l'ARS. Les opérations courantes portent sur des opérations de renouvellement et se différencient des opérations dites majeures qui correspondent à des travaux structurants.

construction a été finalement ajournée car elle entravait, selon le directeur actuel, les possibilités de développement ultérieur pour les activités cliniques⁶¹.

L'établissement a faiblement investi. En 2017, exercice où les investissements ont été les plus significatifs, il a investi 4,67 % de ses produits⁶². Le taux n'est plus que de 2,42 % en 2018, soit un niveau similaire à ce qu'il était en 2015 et en 2016⁶³ alors qu'il devrait être de 8 %⁶⁴.

Le taux de renouvellement des équipements et des bâtiments est respectivement de 3,7 % et de 2,4 % en 2017 soit un niveau inférieur à la médiane des établissements de même catégorie. Le taux de renouvellement des immobilisations est de 2,52 % en 2018, alors qu'il devrait *a minima* être de 3 %.

Il en découle un taux de vétusté des équipements de 88,3 % situant l'établissement au niveau des 20 % d'établissements de même catégorie ayant le ratio le plus dégradé (86 % pour le 8^{ème} décile). Il en est de même pour le taux de vétusté des bâtiments qui est de 80,3 %, dépassant largement le huitième décile des établissements de même catégorie (qui affiche un taux de vétusté de 67,8 % en 2017).

6.3.5.2. Le financement des investissements

De 2016 à 2018, la CAF brute s'est élevée, en cumulé, à 4,53 M€. Du fait de la faiblesse des annuités en capital de la dette, la capacité d'autofinancement nette est demeurée positive et s'établit à 3,55 M€.

⁶¹ Ce dernier a répondu à la chambre qu'une « étude de faisabilité a été faite auprès de l'entreprise Dalkia début 2019 qui confirme la possibilité de procéder au remplacement en lieu et place (en sous-sol) des organes électriques pour un montant de 3,5 M€ plutôt qu'une centrale d'énergie qui représentait un coût de 8 millions ».

⁶² Soit 2,84 M€ sur 60,9 M€ de produits.

⁶³ 1,51 M€ en 2016 ; 1,56 M€ en 2015 ; 1,15 M€ en 2014, représentant 2 % à 2,3 %.

⁶⁴ Selon le référentiel de l'inspection générale des affaires sociales.

tableau 32 : Financement des investissements⁶⁵

<i>En k€</i>	2016	2017	2018	Cumul 2016-2018
Capacité d'autofinancement brute	804 168	2 601 863	1 129 329	4 535 359
- Annuité en capital de la dette	418 428	418 428	144 321	981 176
= Capacité d'autofinancement nette (a)	385 740	2 183 435	985 008	3 554 183
+ Apports	0	0	0	0
+ Subventions d'équipement reçues	0	0	0	0
+ Produits de cession	22 289	57 575	40 862	120 725
Recettes d'investissement hors emprunt (b)	22 289	57 575	40 862	120 725
= Financement propre disponible (a+b)	408 029	2 241 010	1 025 869	3 674 908
- Dépenses d'équipement réelles	1 508 352	2 842 214	1 396 032	5 746 598
Immobilisations incorporelles (20 sauf 2095)	153 001	192 284	100 985	446 270
Terrains (211)	0	0	0	0
Agencements et aménagements de terrains (212)	0	0	0	0
Constructions sur sol propre (213)	350 884	118 862	419 300	889 045
Constructions sur sol d'autrui (214)	0	749 516	0	749 516
Installations techniques, matériel et outillage industriel (215)	577 122	444 036	499 580	1 520 737
Autres immobilisations corporelles (218)	394 900	108 785	77 100	580 785
Immobilisations en cours (23)	32 446	1 228 731	299 067	1 560 244
Total opérations courantes	1 508 352	1 613 483	814 987	3 936 822
Total opérations majeures	0	1 228 731	581 045	1 809 776
Financement dispo / dépenses d'équipement	27,1 %	78,8 %	73,5 %	63,9 %
Immobilisations financières (emplois)	8	8	92 430	92 446
Immobilisations financières (ressources)				0
- Immobilisations financières nettes	8	8	92 430	92 446
= Besoin de financement propre	- 1 100 331	- 601 212	- 462 592	- 2 164 135
+ Nouveaux emprunts	0	0	0	0
= Apport /prélèvement sur fonds de roulement	- 1 100 331	- 601 212	- 462 592	- 2 164 135

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le financement propre a financé en moyenne, de 2016 à 2018, un peu moins des deux tiers des dépenses d'équipement. Ce taux n'est satisfaisant que parce que le programme d'investissement a été considérablement revu à la baisse⁶⁶. Le besoin de financement propre s'est ainsi élevé à 2,1 M€ sur la période, intégralement financé par prélèvement sur le fonds de roulement, l'hôpital n'ayant pas souscrit de nouvel emprunt sur la période.

6.3.6. L'analyse bilancielle

L'analyse bilancielle étant une photographie au 31 décembre de l'exercice, les données du bilan 2015 ont été intégrées dans l'analyse ci-dessous (le bilan de sortie 2015 étant identique au bilan d'entrée au 1^{er} janvier 2016), afin de mesurer l'évolution de la situation patrimoniale sur l'ensemble de la période de contrôle à savoir du 1^{er} janvier 2016 au 31 décembre 2018.

⁶⁵ Le tableau de financement présenté exclut les opérations de corrections en situation nette impactant le report à nouveau que l'établissement a passé en 2017 pour un montant de 2,6 M€ en régularisation de provisions non constatées antérieurement mais que l'établissement a fait figurer dans son tableau de financement alors qu'il ne s'agissait pas d'opérations réelles.

⁶⁶ Par rapport à ce qui était prévu dans le plan de redressement.

6.3.6.1. Le fonds de roulement

Un endettement qui demeure faible

L'endettement de l'hôpital Ducuing est faible et en décroissance régulière jusque fin 2018 passant de 2,278 M€ au 1^{er} janvier 2016 à 1,297 M€ au 31 décembre 2018.

Le taux d'endettement (2,36 % en 2017 ; 2,25 % en 2018) était ainsi marginal. La durée apparente de la dette (0,55 année en 2017, 1,15 en 2018) et le ratio d'indépendance financière (7,86 % en 2017, 7,55 % en 2018) étaient par conséquent particulièrement faibles. L'hôpital a prélevé sur son fonds de roulement pour couvrir son besoin de financement.

Par ailleurs, l'encours est, à fin 2018, constitué d'un seul emprunt structuré contracté auprès de Dexia le 31 octobre 2006 pour un montant de 5,7 M€ sur une durée de 31 ans, et coté « 3E » selon la charte Gissler. Bien que présentant un risque relativement limité, cet emprunt s'avère coûteux puisque les charges financières aujourd'hui payées par l'établissement correspondent à un taux de 3,33 % dans un contexte où les taux disponibles sur le marché sont inférieurs à 1 %. L'établissement a entamé une renégociation de cet emprunt mais la soulte de sortie réclamée s'avère très onéreuse.

La souscription d'un nouvel emprunt en 2019 relève l'encours de dette en le portant à 4,89 M€ fin 2019. Pour autant, les ratios habituellement utilisés montrent une situation qui reste maîtrisée (taux d'indépendance financière de 24 % ; durée apparente de la dette de quatre ans ; taux d'encours de la dette de 9 %, soit des niveaux inférieurs à la moitié du niveau des seuils d'alerte édictés à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique)⁶⁷.

Un fonds de roulement en contraction

L'évolution des ressources stables se caractérise entre le 1^{er} janvier 2016 et le 31 décembre 2018 par :

- une aggravation du report à nouveau de 5,78 M€⁶⁸ ;
- une diminution significative de l'encours de dette (- 0,98 M€ soit une baisse de 43 % par rapport à 2016) ;
- qui sont partiellement compensées par l'augmentation nette des provisions (les provisions réglementées progressent de 3 M€ tandis que les provisions pour risques et charges diminuent de 1,3 M€) et par l'augmentation des amortissements (+ 2,24 M€).

Au total, les ressources stables ont diminué de 0,2 M€ (soit - 0,3 %). Les fonds propres notamment ont diminué de 3,7 M€ (soit - 34 %).

A contrario, les emplois stables ont augmenté (+ 4,56 M€) sous l'effet des investissements successifs.

Il en résulte une contraction du fonds de roulement de 4,78 M€.

⁶⁷ Sachant que les seuils déterminés par l'article D. 6145-70 du code de la santé publique conditionnant l'encadrement de la faculté d'emprunter par l'ARS, lorsque deux des trois seuils sont dépassés, sont les suivants : ratio d'indépendance financière : 50 % ; la durée apparente de la dette : dix ans ; l'encours de la dette : 30 %.

⁶⁸ Notamment du fait de l'intégration des congés payés en 2017.

tableau 33 : Évolution du fonds de roulement de l'établissement

	2015	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Apports, fonds associatifs	1 012 554	1 012 554	1 012 554	1 012 554	0	0,0 %
Excédents affectés à l'investissement	8 612 815	8 612 815	8 612 815	8 612 815	0	0,0 %
Réserve de trésorerie	906 230	906 230	906 230	906 230	0	0,0 %
Réserve de compensation	192	192	192	192	0	0,0 %
Report à nouveau excédentaire	2 138 239				- 2 138 239	- 100,0 %
Report à nouveau déficitaire		- 259 415	- 3 002 619	- 3 646 286	- 3 646 286	
Résultat comptable	- 2 397 654	- 2 523 221	- 643 668	- 204 050	2 193 604	- 91,5 %
Fonds dédiés	592 457	549 031	507 698	501 030	- 91 427	- 15,4 %
= Fonds propres	10 864 833	8 298 186	7 393 203	7 182 485	- 3 682 348	- 33,9 %
+ Subventions d'investissement	1 247 631	1 247 631	1 189 472	1 141 344	- 106 287	- 8,5 %
+ Amortissements	41 974 580	43 939 419	43 239 776	44 221 470	2 246 889	5,4 %
+ Provisions règlementées	2 575 265	3 673 141	4 614 289	5 602 377	3 027 112	117,5 %
<i>dont provisions 142</i>				5 602 377		
+ Provisions pour risques et charges	3 581 735	3 582 121	3 522 595	2 256 073	- 1 325 662	- 37,0 %
+ Dépréciations des immobilisations			594 481	594 481	594 481	
+ Dépréciations des comptes de tiers	492 264	622 908	637 334	501 311	9 047	1,8 %
= Fonds propres élargis	60 736 309	61 363 407	61 191 149	61 499 541	763 232	1,3 %
+ Dettes financières	2 278 799	1 860 372	1 441 943	1 297 622	- 981 176	- 43,1 %
= Ressources stables (a)	63 015 107	63 223 779	62 633 092	62 797 163	- 217 944	- 0,3 %
Immobilisations incorporelles (20)	1 544 835	1 697 836	1 890 120	1 991 106	446 270	28,9 %
Immobilisations corporelles (21)	48 935 845	50 059 392	51 316 053	52 788 723	3 852 879	7,9 %
Immobilisations en cours (23)	443 139	475 585	1 704 317	674 194	231 055	52,1 %
Participations et créances rattachées (26)	55 846	55 846	2 471	2 471	- 53 375	- 95,6 %
Autres immobilisations financières (27)	518	526	534	92 964	92 446	17836,3 %
= Emplois stables (b)	50 980 183	52 289 185	54 913 495	55 549 458	4 569 275	9,0 %
Fonds de roulement net global (c = a-b)	12 034 924	10 934 593	7 719 597	7 247 705	- 4 787 220	- 39,8 %
<i>Fond de roulement en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>76,16</i>	<i>65,99</i>	<i>49,30</i>	<i>49,43</i>		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Malgré cette diminution, le fonds de roulement s'établit à 7,25 M€ en 2018 et représente 49,43 jours de charges courantes, soit un niveau suffisant compte tenu de la faiblesse des besoins du cycle d'exploitation.

6.3.6.2. Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement (BFR) connaît une diminution constante sur la période pour s'établir à 1,01 M€ en 2018 soit l'équivalent de 6,91 jours de charges courantes, contre 27,15 jours au 31 décembre 2015.

tableau 34 : Évolution du besoin en fonds de roulement

	2015	2016	2017	2018	Évol en VA	Évol en %
Stocks	768 326	763 237	719 438	570 062	- 198 264	- 25,8 %
Hospitalisés et consultants	702 554	811 800	753 328	759 652	57 098	8,1 %
Caisses pivot	5 245 107	3 853 345	4 490 751	5 168 618	- 76 490	- 1,5 %
Autres tiers payants	1 887 414	3 032 353	2 953 301	2 347 716	460 302	24,4 %
Créances diverses	2 981 876	2 392 174	2 677 713	1 868 345	- 1 113 531	- 37,3 %
= Créances	11 585 278	10 852 909	11 594 530	10 714 393	- 870 885	- 7,5 %
Charges constatées d'avance (CCA)	400 954	446 248	515 724	199 026	- 201 927	- 50,4 %
= Créances + CCA	11 986 232	11 299 157	12 110 253	10 913 420	- 1 072 812	- 9,0 %
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	3 804 561	5 137 479	3 672 045	3 486 138	- 318 423	- 8,4 %
Dettes fiscales et sociales	2 473 281	2 261 449	5 134 002	4 970 635	2 497 354	101,0 %
Avances reçues			805 127	344 938	344 938	
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	282 745	115 786	106 395	322 394	39 649	14,0 %
Autres dettes diverses	6 449	6 248	75 725	737 121	730 673	11330,2 %
= Dettes	6 567 035	7 520 962	9 793 294	9 861 226	3 294 191	50,2 %
Produits constatés d'avance (PCA)	599 576	506 966	267 347		- 599 576	- 100,0 %
= Dettes + PCA	7 166 611	8 027 928	10 060 641	9 861 226	2 694 615	37,6 %
Recettes à classer ou à régulariser	37 038	31 237	25 285	39 307	2 268	6,1 %
BFR	4 782 583	3 239 992	2 024 327	1 012 887	- 3 769 695	- 78,8 %
<i>BFR en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>27,15</i>	<i>19,55</i>	<i>12,93</i>	<i>6,91</i>		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le niveau du BFR est aujourd'hui limité en raison de l'importance des dettes fiscales et sociales qui viennent compenser le délai de recouvrement des créances patients. La forte progression des dettes en 2017 est due à l'inscription des congés payés en dettes fiscales et sociales.

6.3.6.3. La trésorerie

tableau 35 : Formation de la trésorerie

	2015	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Fonds de roulement net global	12 034 924	10 934 593	7 719 597	7 247 705	- 4 787 220	- 39,8 %
BFR	4 290 319	3 239 992	2 024 327	1 012 887	- 3 277 431	- 76,4 %
Trésorerie	7 744 606	7 694 602	5 695 270	6 234 817	- 1 509 788	- 19,5 %
<i>Trésorerie en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>45,90</i>	<i>46,44</i>	<i>36,37</i>	<i>42,52</i>		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Le niveau de trésorerie a pu demeurer à un niveau acceptable grâce à la diminution du besoin en fonds de roulement, laquelle repose essentiellement sur une augmentation des dettes. La situation patrimoniale ne présente toutefois pas de risque de liquidité à court terme.

6.4. La situation consolidée

La situation financière consolidée de l'association montre une résorption du déficit comptable, passé de - 1,85 M€ fin 2015 à - 0,05 M€ fin 2018.

tableau 36 : Évolution du résultat consolidé de l'AMS (en €)

	2015	2016	2017	2018	Évol en VA	Évol en %
Produits d'exploitation	63 326 226	65 079 732	63 872 448	60 101 689	- 3 224 537	- 5,1 %
Charges d'exploitation	63 861 234	66 643 321	62 908 256	59 533 488	- 4 327 746	- 6,8 %
Résultat d'exploitation	- 535 008	- 1 563 589	964 192	568 201	1 103 209	- 206,2 %
Produits financiers	37 540	199 669	76 995	76 026	38 486	102,5 %
Charges financières	94 260	79 059	66 025	52 677	- 41 583	- 44,1 %
Résultat financier	- 56 720	120 610	10 970	23 349	80 069	- 141,2 %
Produits exceptionnels	1 547 341	188 320	140 048	1 058 253	- 489 088	- 31,6 %
Charges exceptionnelles	2 800 769	1 142 019	1 645 304	1 701 855	- 1 098 914	- 39,2 %
Résultat exceptionnel	- 1 253 427	- 953 698	- 1 505 256	- 643 602	609 825	- 48,7 %
Total des produits	64 911 107	65 467 721	64 089 492	61 235 968	- 3 675 139	- 5,7 %
Total des charges	66 756 263	67 864 399	64 619 585	61 288 020	- 5 468 243	- 8,2 %
Résultat global	- 1 845 156	- 2 396 678	- 530 094	- 52 052	1 793 104	- 97,2 %

Source : CRC à partir des rapports de gestion et des comptes financiers

Cette amélioration s'explique à hauteur de 60 % par l'amélioration du résultat d'exploitation et repose à 40 % sur l'amélioration du résultat exceptionnel.

En revanche, la capacité d'autofinancement consolidée n'est en 2018, qu'en très faible progression par rapport à 2016.

tableau 37 : Capacité d'autofinancement consolidée de l'association des amis de la médecine sociale

En €	2015	2016	2017	2018
Résultat total	- 1 845 156	- 2 396 678	- 530 094	- 52 052
+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (68)	5 937 656	4 302 971	4 378 319	3 778 733
- Reprises amortissements, dépréciations et provisions (78)	801 817	693 998	948 000	2 341 526
+ Valeurs comptables des éléments d'actifs cédés (675)	11 592	2 029	56 424	40 861
- Produits des cessions d'éléments d'actifs (775)	1 450	22 289	57 575	40 861
- Quote part des subventions d'investissement virées au résultat (777)	1 355 403		58 159	48 128
Capacité d'autofinancement consolidée	1 945 422	1 192 035	2 840 915	1 337 027

Source : CRC à partir des rapports de gestion et des comptes financiers

Le fonds de roulement est en légère diminution mais demeure à un niveau important puisqu'il représente plus de 72 jours de charges courantes en 2018.

Bien qu'en progression (+ 4,2 M€), les emplois demeurent très en dessous du niveau des ressources stables, qui continuent également à progresser (+ 3,2 M€) malgré le désendettement de la structure (- 0,984 M€). Il convient de relever que les ressources stables sont constituées à près de 70 % par les amortissements, signe, entre autres, de la vétusté de la structure. *A contrario*, les dettes financières sont négligeables jusque fin 2018.

tableau 38 : Évolution du fonds de roulement

	2015	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Fonds propres associatifs	16 314 851	14 011 433	11 605 282	11 110 332	- 5 204 519	- 31,9 %
Apports, fonds associatifs	2 233 311	2 233 311	2 233 311	2 233 311	0	0,0 %
Excédents affectés à l'investissement					0	
Réserves	10 672 612	10 725 971	10 753 109	10 786 461	113 849	1,1 %
Réserve de compensation					0	
Report à nouveau	2 938 630	969 056	- 1 419 099	- 2 008 916	- 4 947 546	- 168,4 %
Résultat comptable	470 298	83 095	37 961	99 476	- 370 822	- 78,8 %
Autres fonds associatifs	1 595 322	2 599 939	5 358 900	6 741 759	5 146 437	322,6 %
Fonds associatifs avec droit de reprise					0	
<i>Résultat de l'exercice</i>	- 2 315 452	- 2 479 772	- 568 054	- 151 527	2 163 925	- 93,5 %
<i>Résultat sous contrôle de tiers financeur</i>	20 442	91 503	55 757	82 129	61 687	301,8 %
Subvention d'investissement	1 315 067	1 315 067	1 256 908	1 208 780	- 106 287	- 8,1 %
Provisions réglementées	2 575 265	3 673 141	4 614 289	5 602 377	3 027 112	117,5 %
Total fonds associatifs	17 910 173	16 611 372	16 964 182	17 852 091	- 58 082	- 0,3 %
Amortissements	44 987 378	47 073 746	49 476 191	50 574 606	5 587 228	12,4 %
Provisions pour risques et charges	4 335 635	4 480 541	4 426 992	3 099 449	- 1 236 186	- 28,5 %
Fonds dédiés	592 457	549 031	507 698	501 030	- 91 427	- 15,4 %
+ Dépréciations des comptes de tiers	496 988	622 908	637 334	501 311	4 323	0,9 %
= Fonds propres élargis	68 322 631	69 337 598	72 012 397	72 528 487	4 205 856	6,2 %
+ Dettes financières	2 285 802	1 866 161	1 446 447	1 301 213	- 984 589	- 43,1 %
= Ressources stables (a)	70 608 433	71 203 759	73 458 844	73 829 700	3 221 267	4,6 %
Immobilisations incorporelles (20)	1 556 652	1 709 653	1 901 937	2 002 922	446 270	28,7 %
Immobilisations corporelles (21)	55 254 285	56 454 561	57 735 628	59 240 992	3 986 707	7,2 %
Immobilisations en cours (23)	443 139	475 585	1 704 317	674 194	231 055	52,1 %
Immobilisations financières	56 364	56 372	3 005	95 435	39 071	69,3 %
= Emplois stables (b)	57 310 440	58 696 171	61 344 887	62 013 543	4 703 103	8,2 %
Fonds de roulement net global (c= a-b)	13 297 993	12 507 588	12 113 957	11 816 157	- 1 481 836	- 11,1 %
<i>FR en nombre de jours de charges courantes</i>	75,89	68,42	70,21	72,38		

Source : CRC à partir des comptes financiers

La diminution des créances d'exploitation conjuguée à une augmentation des dettes ont réduit substantiellement le BFR puisqu'il ne représente plus que 1,37 jour de charges courantes en 2018 (contre 8,94 jours en 2015).

tableau 39 : Évolution du besoin en fonds de roulement

en €	2015	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Stocks	781 782	774 010	730 441	579 020	- 202 762	- 25,9 %
Hospitalisés et consultants	719 319	808 873	757 824	759 870	40 551	5,6 %
Créances et acomptes redevables divers	7 132 521	6 885 697	7 444 051	7 516 334	383 813	5,4 %
Autres tiers payants					0	
Créances diverses	3 027 221	2 399 016	2 682 915	1 930 352	- 1 096 869	- 36,2 %
Autres			56	26	26	
= Créances	11 660 843	10 867 596	11 615 287	10 785 602	- 875 241	- 7,5 %
Charges constatées d'avance (CCA)	407 118	452 345	521 496	204 623	- 202 495	- 49,7 %
= Créances + CCA	12 067 961	11 319 941	12 136 783	10 990 225	- 1 077 736	- 8,9 %
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	3 873 753	5 305 892	3 907 203	3 702 767	- 170 986	- 4,4 %
Dettes fiscales et sociales	5 324 626	5 141 135	5 404 676	5 182 448	- 142 178	- 2,7 %
Avances reçues			805 127	354 237	354 237	
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	289 472	130 691	115 144	328 491	39 019	13,5 %
Dettes diverses	341 213	470 278	558 961	1 128 674	787 461	230,8 %
= Dettes d'exploitation	9 829 064	11 047 996	10 791 111	10 696 617	867 553	8,8 %
Produits à rembourser	37 236	31 435	25 483	39 307	2 071	5,6 %
Produits constatés d'avance (PCA)	634 645	536 969	297 372	30 011	- 604 634	- 95,3 %
= Dettes d'exploitation+ PCA + Produits à rembourser	10 500 945	11 616 400	11 113 966	10 765 935	264 990	2,5 %
Recettes à classer ou à régulariser					0	
Besoin en fonds de roulement	1 567 016	- 296 459	1 022 817	224 290	- 1 342 726	- 85,7 %
<i>BFR en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>8,94</i>	<i>- 1,62</i>	<i>5,93</i>	<i>1,37</i>		

Source : CRC à partir des comptes financiers

Il en résulte une trésorerie importante et non mobilisée du fait de la faiblesse de la politique d'investissement sur la période.

tableau 40 : Formation de la trésorerie

en €	2015	2016	2017	2018	Évolution en VA	Évolution en %
Fonds de roulement net global	13 297 993	12 507 588	12 113 957	11 816 157	- 1 481 836	- 11,1 %
Besoin en fonds de roulement	1 567 016	- 296 459	1 022 817	224 290	- 1 342 726	- 85,7 %
Trésorerie	11 730 977	12 804 047	11 091 140	11 591 867	- 139 110	- 1,2 %
<i>Trésorerie en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>66,95</i>	<i>70,04</i>	<i>64,28</i>	<i>71,01</i>		

Source : CRC à partir des comptes financiers

En conclusion, l'AMS a affiché entre 2016 et 2018 des performances financières dégradées. La mise en œuvre du plan de redressement n'a pas permis de rétablir un autofinancement suffisant.

Alors que son encours de dette demeure faible, l'AMS a préféré différer ses investissements plutôt que de recourir à l'emprunt, renforçant d'autant la vétusté de la structure.

Si les déficits récurrents ont pesé sur la situation patrimoniale, en dégradant le niveau des fonds propres, celle-ci ne présente pas, pour autant, de risque de liquidité immédiat.

La chambre recommande à l'AMS d'investir davantage afin de pouvoir déployer les lits autorisés et, *a minima*, achever les mises aux normes requises.

Recommandation

6. Procéder aux investissements nécessaires au déploiement des lits autorisés et aux travaux de mise aux normes. *En cours de mise en œuvre.*

6.5. Prospective financière

6.5.1. Une prospective financière aux hypothèses volontaristes

6.5.1.1. L'évolution prévisionnelle des charges et des produits

L'hôpital Ducuing a construit sa prospective financière et son plan global de financement pluriannuel (PFGP) à partir d'une hausse d'activité résultant de l'effet conjugué d'une augmentation capacitaire (+ 18 lits) et du recrutement de nouveaux praticiens (+ 4,5 ETP médicaux en 2019)⁶⁹.

S'agissant des charges de personnel (titre 1), après une baisse de 1,35 M€ attendue en 2019 suite à l'externalisation du nettoyage et du laboratoire, l'établissement anticipe, de 2019 à 2023, une hausse annuelle moyenne des charges de personnel de 0,95 % pour le personnel médical et de 1,12 % pour le personnel non médical. Ces taux d'évolution semblent faibles par rapport au GVT constaté dans l'établissement (+ 1,54 %).

Les charges à caractère médical (titre 2), sont prévues en hausse de 1,32 % en moyenne par an, ce qui est en décalage avec l'évolution des produits de la tarification des séjours (+ 3,75 %, reposant sur une progression du volume des séjours de plus de 5 %) et avec celle des produits des médicaments et dispositifs médicaux implantables (+ 2,34 %), qui sont la contrepartie d'un des principaux postes de charges à caractère médical.

L'évolution prévisionnelle des charges à caractère hôtelier (+ 3,02 % en moyenne par an), repose sur une hypothèse volontariste de maîtrise des charges rapportées au nombre de séjours, mais semble plausible.

Au sein des charges de titre 4, l'évolution la plus significative est celle des charges financières (+ 41,27 % par an en moyenne), en cohérence avec l'évolution de l'encours de dette.

L'évolution moyenne annuelle prévisionnelle du total des charges serait de + 1,52 % entre 2019 et 2023. Dans le même temps, le total des produits progresserait en moyenne annuelle de 2,25 %.

⁶⁹ Dont un orthopédiste et un gynécologue, arrivés en novembre 2018, un cardiologue en septembre 2018, deux gastro-entérologues en mars et octobre 2019. Ces arrivées viennent également en compensation de deux départs à la retraite. Source : rapport EPRD 2019, p. 3 et 8.

Cette progression résulterait d'une hausse des produits de la tarification des séjours MCO de 3,75 %. Cette hypothèse de croissance apparaît particulièrement volontariste compte tenu de l'absence de visibilité sur les campagnes tarifaires à venir.

La hausse annuelle moyenne de 5 % pour les produits de titre 2 (produits patients, mutuelles et État) apparaît aussi très volontariste compte tenu des incertitudes pesant sur l'aide médicale d'État.

Cette augmentation d'activité apparaît d'autant plus optimiste que l'hôpital éprouve des difficultés grandissantes pour accueillir et fidéliser ses praticiens. À titre d'exemple un cardiologue a quitté l'établissement en septembre 2019, soit un an après son recrutement. Les conséquences de ce départ sont potentiellement fortes : impossibilité d'ouvrir des lits de surveillance continue et d'obtenir l'augmentation escomptée des recettes d'activité, augmentation des dépenses d'intérim et aggravation du déficit de l'ordre de 1 M€⁷⁰. De la même manière, l'activité de chirurgie bariatrique a connu une baisse en 2019, du fait du départ d'un chirurgien et d'un congé maternité.

Les hypothèses d'évolution des charges et produits apparaissent donc difficiles à satisfaire et, pour certaines, en décalage les unes par rapport aux autres.

6.5.1.2. L'évolution prévisionnelle du taux de marge brute, du résultat et de la capacité d'autofinancement

Il découle des hypothèses de construction du plan global de financement pluriannuel (PGFP), un rétablissement de la CAF et un rétablissement du taux de marge brute qui se rapproche de la cible nationale (8 %) à horizon 2022. Toutefois, le taux de marge prévisionnel hors aides ne dépasse pas 5 % à cette date. Cette situation témoigne de la dépendance structurelle de l'établissement aux aides de l'ARS, dépendance consubstantielle à la nature des missions qu'il remplit.

tableau 41 : Évolution prévisionnelle du résultat et de la marge brute (en €)

	2018 réalisé	2019	2020	2021	2022	2023
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT OU DEFICIT)	-204 049,71	-154 096,43	385 668,62	867 685,72	1 321 374,07	1 474 800,05
Résultat / total des produits du CRPP	-0,35%	-0,29%	0,72%	1,58%	2,30%	2,55%
Résultat hors aides budgétaires, neutralisation des opérations exceptionnelles	-1 636 114,51	-1 152 835,43	-913 470,38	-431 453,28	22 235,07	175 661,05
Marge brute du CRPP	1 560 986,75	2 259 373,03	3 020 159,62	3 465 977,72	4 200 303,07	4 216 233,05
Taux de marge brute	2,83%	4,36%	5,68%	6,38%	7,39%	7,38%
Marge brute du CRPP hors aides	-1 779 673,25	125 954,83	975 669,62	1 501 522,72	2 307 879,07	2 388 638,05
Taux de marge brute hors aides	-3,44%	0,25%	1,91%	2,87%	4,20%	4,32%
CAF	1 129 328,75	2 078 635,07	3 067 364,62	3 389 652,72	4 022 854,07	4 061 985,05

Source : CRC à partir du PGFP-EPRD 2019

Les hypothèses volontaristes en termes de volume d'activité permettent un rétablissement de la capacité d'autofinancement et du taux de marge brute, mais ne permettent pas de porter le taux de marge brute hors aides au-dessus de 5 %.

⁷⁰ Source : procès-verbal du bureau du 25 juin 2019.

6.5.1.3. Le financement des investissements et la situation patrimoniale prévisionnels

La CAF brute cumulée sur la période 2019-2023 s'élèverait, selon le PGFP, à 16,6 M€ et la CAF nette à 12,5 M€, ce qui permettrait de couvrir, en cumulé, la moitié des investissements prévus (23,8 M€). Toutefois, l'établissement envisage d'emprunter 19,4 M€ entre 2019 et 2021. Cela aura pour incidence d'abonder le fonds de roulement de 8,1 M€.

tableau 42 : Financement prévisionnel des investissements (en €)

	2019	2020	2021	2022	2023	Cumul
CAF brute	2 078 635	3 067 365	3 389 653	4 022 854	4 061 985	16 620 492
Remboursement en capital de la dette	321 731	729 974	977 308	1 034 761	1 034 761	4 098 535
CAF nette	1 756 904	2 337 391	2 412 345	2 988 093	3 027 224	12 521 957
Autres ressources d'investissement						0
Financement propre disponible	1 756 904	2 337 391	2 412 345	2 988 093	3 027 224	12 521 957
Investissements	8 760 290	3 450 000	9 160 000	1 710 000	710 000	23 790 290
<i>Financement propre disponible/ investissements</i>	<i>20,1%</i>	<i>67,8%</i>	<i>26,3%</i>	<i>174,7%</i>	<i>426,4%</i>	<i>52,6%</i>
dont opérations majeures	8 089 290	2 900 000	8 450 000	1 000 000	0	20 439 290
dont opérations courantes	671 000	550 000	710 000	710 000	710 000	3 351 000
Nouveaux emprunts de l'année	8 089 290	2 100 000	9 240 000	0	0	19 429 290
Apport (+) ou prélèvement sur fonds de roulement (-)	1 085 904	987 391	2 492 345	1 278 093	2 317 224	8 160 957

Source : CRC, d'après PGFP

Cet abondement prévisionnel aurait pour effet de porter le niveau du fonds de roulement à 15,4 M€ en 2023 soit l'équivalent de 107 jours de charges courantes. Une part croissante du fonds de roulement serait consacrée à la couverture du cycle d'exploitation (avec un BFR plus que doublé entre 2019 et 2023). Le niveau de trésorerie, bien qu'un peu élevé, n'appelle pas d'observation, représentant 62 jours de charges courantes en 2023.

tableau 43 : Évolution du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie

	2019	2020	2021	2022	2023
Fonds de roulement	8 348 936	9 336 327	11 828 672	13 106 765	15 423 989
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>62</i>	<i>68</i>	<i>85</i>	<i>91</i>	<i>107</i>
Besoin en fonds de roulement	2 900 000	3 400 000	4 450 000	5 450 000	6 500 000
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>21</i>	<i>25</i>	<i>32</i>	<i>38</i>	<i>45</i>
Trésorerie	5 448 936	5 936 327	7 378 672	7 656 765	8 923 989
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	<i>40</i>	<i>43</i>	<i>53</i>	<i>53</i>	<i>62</i>

Source : CRC, d'après PGFP

6.5.2. Des opérations d'investissements non stabilisées

Sur la période 2019-2023, l'hôpital a projeté de réaliser trois opérations structurantes :

- l'achat d'un bâtiment adossé à l'hôpital pour y transférer l'activité de SSR (4,2 M€) ;
- la surélévation d'un étage pour installer la totalité des lits autorisés avec un coût non totalement stabilisé (10 à 12 M€ environ) et un retour sur investissement estimé entre 20 et 25 ans (cf. § 3.8) ;

- la reconstruction de la centrale d'énergie pour un montant encore non stabilisé (initialement évalué à 8 M€, aujourd'hui estimé à 3,5 M€).

À cela s'ajoute la restructuration d'une partie de l'EHPAD pour convertir les chambres doubles en chambres individuelles et créer des locaux dédiés au PASA (cf. § 3.5).

6.5.2.1. L'opération de la centrale d'énergie

La centrale d'énergie de l'hôpital, aujourd'hui située en sous-sol, en zone inondable, n'est plus aux normes faisant peser un risque en termes de sécurité.

Il avait été décidé de la reconstruire en aérien pour un coût estimé à 8 M€. Pour ce faire, une partie des bâtiments administratifs attenants au bâtiment historique (dit le « château ») ont été détruits en 2017, et des études ont été entreprises. Les montants engagés se sont élevés à environ 2 M€.

Ce projet a été arrêté par la direction actuelle qui envisage une solution alternative moins onéreuse consistant à restructurer la centrale d'énergie sur le même lieu pour un montant qui serait deux fois moindre. Toutefois, aucune étude de faisabilité assortie d'un chiffrage n'a pu être produite. La chambre constate les 2 M€ perdus dans la conduite de ce projet et invite l'hôpital à finaliser l'étude de faisabilité et le chiffrage de cette opération.

6.5.2.2. L'achat d'un bâtiment pour accueillir le soin de suite et de réadaptation

L'hôpital assure une activité de soins de suite et de réadaptation à temps partiel dans un local loué pour 150 000 € par an dans le quartier de Basso-Cambo.

Souhaitant rapprocher l'activité de SSR et élargir son emprise foncière sur son site principal, l'établissement a acheté, le 23 septembre 2019, pour un montant de 3,8 M€, un bâtiment de 850 m² attenant à l'EHPAD (soit un coût de 4 471 €/m²). A cela s'ajoutent plus de 0,5 M€ de dépenses d'investissements supplémentaires pour restructurer le bâtiment, le doter d'une balnéothérapie et l'équiper. Cette opération, dont le coût total s'élève à plus de 4,2 M€, affiche un retour sur investissement de plus de 27 ans, toutes choses égales par ailleurs, à tarification inchangée notamment. Cette opération est suspendue au changement de destination du bâtiment dans le cadre du plan local d'urbanisme et à l'accord de l'ARS pour débloquer l'emprunt.

L'établissement répond que ce choix lui semblait « plus judicieux que de continuer à payer une location à fond perdu ». Il ajoute que ce nouveau bâtiment permettra de reloger d'autres services qui sont actuellement sur site et que cette opération a été réalisée avec l'accord de l'ARS.

La chambre relève pour autant le coût élevé de cet achat dans un contexte financier tendu et souligne la lenteur du retour sur investissement pour une activité dont la proximité avec le site MCO n'est pas strictement requise.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Il ressort de l'analyse que l'hôpital Ducuing est confronté à une activité insuffisante par rapport aux coûts fixes qu'il supporte. L'installation de l'ensemble des lits autorisés semble un des

scénarios les plus plausibles pour s'acheminer vers une masse critique suffisante permettant de rentabiliser les moyens engagés au titre des missions essentielles qu'il assume.

L'établissement va donc devoir investir, non seulement pour le déploiement de ces lits, mais aussi pour réaliser les travaux de mises aux normes qui s'imposent à lui et pallier la vétusté croissante de la structure.

Malgré un sous-investissement prégnant ces dernières années, l'établissement a prélevé sur son fonds de roulement pour financer les quelques opérations réalisées. En ne recourant pas à l'emprunt jusqu'en 2019, il a été contraint de dégrader le niveau de ses fonds propres. Ce faisant, il ne s'est pas exposé à un risque de liquidité immédiat mais a néanmoins limité ses marges de manœuvre pour l'avenir.

La mise en œuvre du nouveau plan d'investissement va nécessiter un important recours à l'emprunt pour financer les travaux envisagés et reconstituer le fonds de roulement.

Une vigilance particulière devra être accordée à la maîtrise des charges, condition sine qua non de la réalisation du plan envisagé.

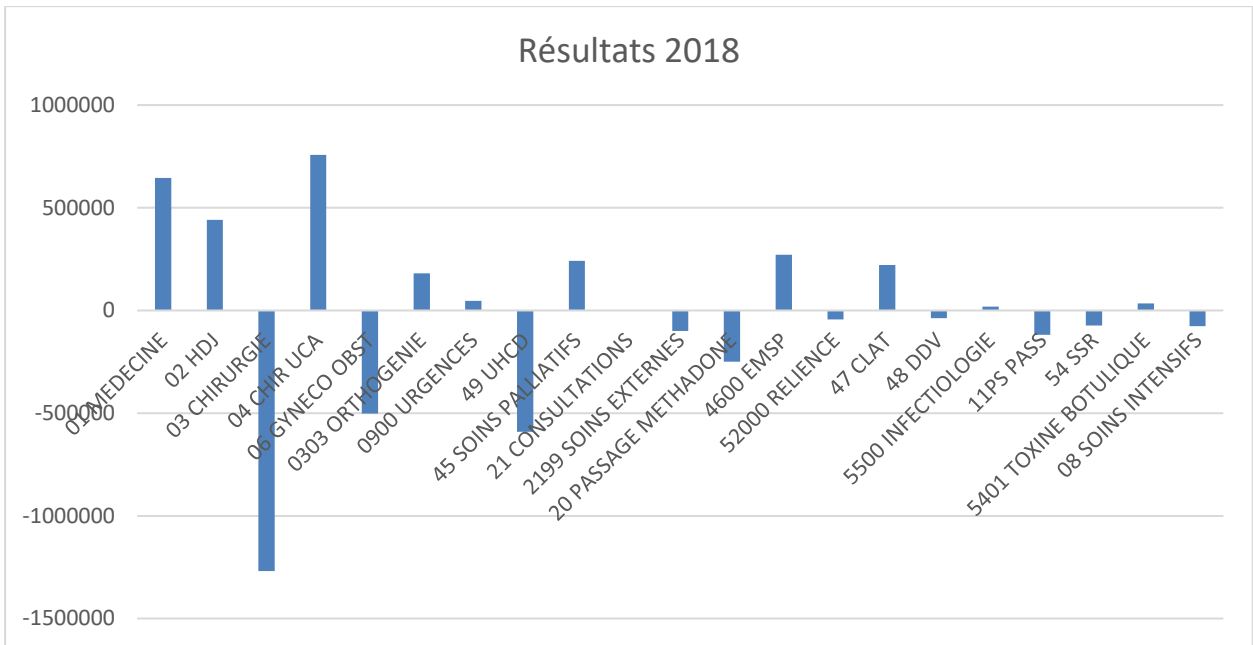
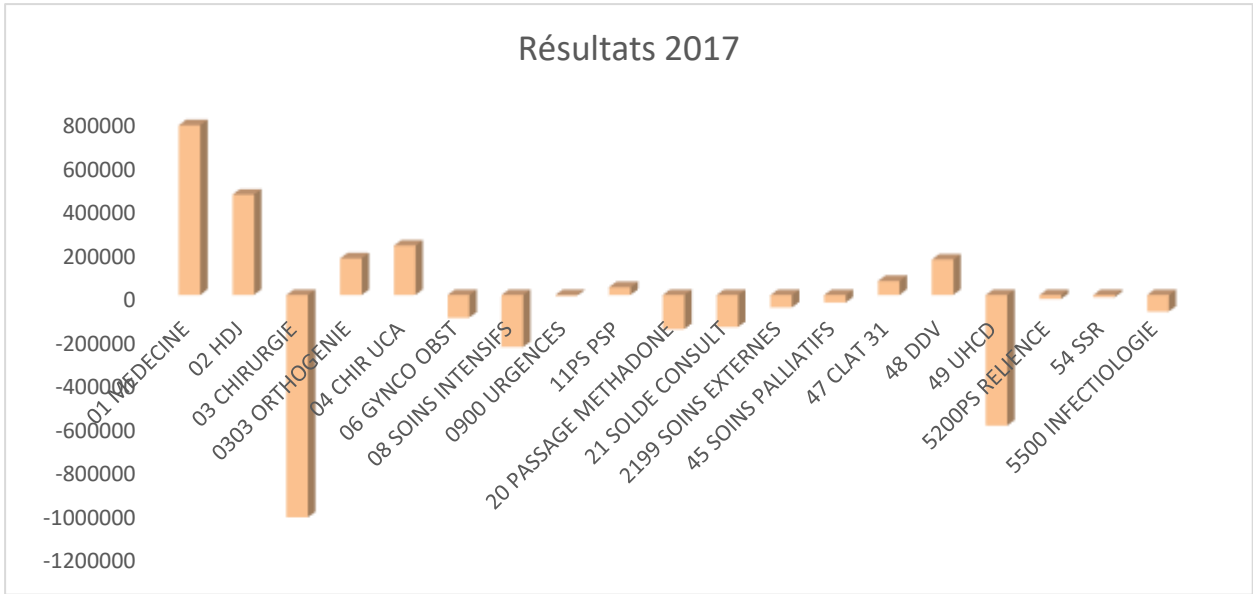
Enfin le retour à l'équilibre n'advient que si l'augmentation d'activité escomptée se réalise. Un engagement fort de la communauté médicale et une fidélisation de cette dernière sont nécessaires.

ANNEXES

annexe 1 : gains prévisionnels attendus de l'externalisation du laboratoire

<u>Synthèse externalisation laboratoire</u>			2017	2018	2019
TITRE	LIGNE				
		PRODUITS (hors part hospitalisés dans GHS)			
3	70	Refact. personnel et charges GCS MTAT	1 668 413 €	1 691 000 €	- €
3	70	Loyer Biolab			36 400 €
3	70	Externalisation du laboratoire			83 333 €
3	70	Redevance et refacturation frais Biolab			103 565 €
1	7312	B Actes de biologie part assurance maladie	772 598 €	772 000 €	
2	7324	B Actes de biologie part assurance maladie	246 468 €	246 000 €	
		Total des produits	2 687 479 €	2 709 000 €	223 298 €
			2017	2018	2019
TITRE	LIGNE				
		CHARGES			
2	611	Sous-traitance labo-biologie médicale	413 109 €	426 822 €	1 009 000 €
2	611	Sous-traitance labo-anapath	96 464 €	100 000 €	114 125 €
3	65	Contributions aux GCS	2 091 027 €	2 100 000 €	- €
1	6413-645	Charges de personnel	1 234 438 €	1 257 438 €	- €
3	65	Pertes de créances irrécouvrables	39 316 €	40 000 €	- €
		Total des charges	3 874 354 €	3 924 260 €	1 123 125 €
		RESULTAT	- 1 186 875 €	- 1 215 260 €	- 899 827 €
		Taux évolution		2,4%	-26,0%
		Evolution des marges		- 28 385 €	315 432 €

annexe 2 : résultats analytiques des différentes unités médicales



GLOSSAIRE

AMS	association des amis de la médecine sociale
ARS	agence régionale de santé
AS	aide-soignant(e)
ASH	agent de service hospitalier
BFR	besoin en fond de roulement
CA	chiffre d'affaires
CAC	commissaire aux comptes
CAF	capacité d'autofinancement
CCA	charges constatées d'avance
CCNT	convention collective nationale de travail des établissements et services pour personnes inadaptées et handicapées
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CET	compte épargne temps
CH	centre hospitalier
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	centre hospitalier universitaire
CME	commission médicale d'établissement
CMU	couverture maladie universelle
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRC	chambre régionale des comptes
CRPP	compte de résultat prévisionnel principal
DIM	département d'information médicale
DMS	durée moyenne de séjour
ECS	eau chaude sanitaire
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs
FIFO	<i>first in, first out</i> = premier entré, premier sorti
FIR	fonds d'intervention régional
GCS	groupement de coopération sanitaire
GHT	groupement hospitalier de territoire
GVT	glissement vieillesse-technicité
h	heure
IDE	infirmier(e) diplômé(e) d'État
IRM	imagerie par résonance magnétique
IVG	interruption volontaire de grossesse
k€	kilo euros = millier d'euros
M€	million d'euros
m ²	mètre carré
MCO	médecine-chirurgie-obstétrique
PACS	<i>picture archiving and communication system</i> = système d'archivage et de transmission d'images
PASA	pôle d'activité de soins adaptés
PDSES	permanence des soins en établissement de santé
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information

RIS	<i>radiologic information system</i> = système d'information radiologique
RTT	réduction du temps de travail
SSR	soins de suite et de réadaptation
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
VIH	virus de l'immunodéficience humaine

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

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 9 juin 2020 de M. Michel Roumy, président de l'association des amis de la médecine sociale.

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](https://twitter.com/crcoccitanie)**