



Chambre régionale des comptes
de Languedoc-Roussillon

Le Président

Montpellier, le 13 février 2013

lettre recommandée avec A.R.

Référence : 136 / 066015 999 / 184

Monsieur le Directeur,

Par envoi en date du 17 décembre 2012 et complément du 28 décembre 2012, la chambre a porté à votre connaissance son rapport d'observations définitives concernant la gestion du centre hospitalier de Perpignan pour les exercices 2006 et suivants.

Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

Vos réponses ont été enregistrées au greffe dans le délai d'un mois prévu par les articles L. 243-5 et R. 241-17 du code des juridictions financières (CJF).

A l'issue de ce délai, le rapport d'observations définitives retenu par la chambre régionale des comptes vous est à présent notifié accompagné de votre réponse écrite et de celle reçue de Monsieur Casanovas.

En application des articles L. 243-5, R. 241-17 et R. 241-18 du CJF, l'ensemble devra être communiqué à votre assemblée délibérante dès sa plus proche réunion. Il devra notamment faire l'objet d'une inscription à son ordre du jour, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Il vous appartient d'indiquer à la chambre la date de cette réunion.

Après cette date, le document final sera considéré comme un document administratif communicable aux tiers, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 modifiée.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Pour le président empêché,
La présidente de section,

Elisabeth GIRARD

Monsieur Vincent ROUVET
Directeur du Centre Hospitalier de Perpignan
BP 49954 - 20 Avenue du Languedoc
66046 PERPIGNAN CEDEX 9

Rapport d'observations définitives n° 136/184 du 13 février 2013

CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Exercices 2006 et suivants

S O M M A I R E

1. OBSERVATIONS PRELIMINAIRES ET PRESENTATION DE L'ORGANISME	6
1.1. Présentation de l'organisme	6
1.2. Le contexte démographique et géographique.....	7
2. L'ANALYSE FINANCIERE	7
2.1. L'analyse financière rétrospective.....	7
2.1.1. Le compte de résultat	7
2.1.2. Les prévisions budgétaires des EPRD de 2006 à 2010.....	9
2.1.3. Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)	10
2.1.4. Une capacité d'autofinancement qui diminue sur la période.....	11
2.1.5. Un niveau d'endettement qui devient élevé	12
2.2. L'analyse financière prospective	13
2.2.1. La tendance de l'EPRD 2011.....	13
2.2.2. L'investissement	14
3. LA RESTRUCTURATION DU CENTRE HOSPITALIER A TRAVERS LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL	17
3.1. Historique de la réalisation des tranches 1 et 2	17
3.1.1. Une définition du projet particulièrement longue.....	17
3.2. Présentation du nouvel hôpital (cf. annexe 2).....	18
3.2.1. Description des restructurations en cours et à venir.....	19
3.3. Les aléas du programme du nouvel hôpital et ses conséquences.....	20
3.3.1. Les aléas du phasage.....	21
3.3.2. Les aléas du nouveau bâtiment et les conséquences en matière de marchés.....	22
3.3.3. Le protocole d'accord	22
3.4. Le bilan financier de l'opération de reconstruction	23
3.4.1. Le bilan financier des charges d'exploitation	23
3.4.2. Le bilan financier des investissements de la tranche 1 et de la tranche 2	23
4. L'ORGANISATION ET LES ORIENTATIONS DE L'ETABLISSEMENT	27
4.1. L'organisation de la direction	27
4.2. Le règlement intérieur.....	27
4.3. Le projet d'établissement	27
4.4. Les rapports d'activité	28
4.5. La gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activités	28
4.5.1. Les pôles mis en place	28
4.5.2. Les projets et contrats de pôle.....	29
4.5.3. La délégation de gestion.....	29
5. LES COOPERATIONS HOSPITALIERES.....	30
5.1. Les principales coopérations avec les établissements du secteur public.....	30
5.1.1. Les coopérations avec le CH de Narbonne	30
5.1.2. Les coopérations avec les autres établissements.....	31

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

5.1.3.	Coopération transfrontalière	31
5.2.	Les principales coopérations avec les établissements du secteur privé	31
5.2.1.	Les GCS	31
5.2.2.	Le GEIE PET SCAN	32
6.	L'ACTIVITE	33
6.1.	L'activité à partir de la SAE (statistique annuelle des établissements de santé).....	33
6.1.1.	L'évolution de l'activité entre 2008 et 2010	33
6.2.	L'activité à partir du PMSI (programme de médicalisation du système d'information)	34
6.2.1.	L'activité globale	34
6.2.2.	Les taux d'occupation	34
6.2.3.	Les durées moyennes de séjour par domaine d'activité (DMS).....	35
6.2.4.	Groupes d'activité les plus fréquents dans l'établissement : médecine	35
6.2.5.	Groupes d'activité les plus fréquents dans l'établissement : chirurgie	35
6.2.6.	Les données d'activité classiques combinées avec le PMSI et la tarification à l'activité.....	36
6.3.	L'évolution des parts de marché	36
6.3.1.	L'évolution des parts de marché entre 2007 et 2010 selon « Hospi Diag »	36
6.3.2.	Les parts de marché selon la BDHF en 2010	36
7.	LE PLATEAU TECHNIQUE DU NOUVEL HOPITAL.....	37
7.1.	La mesure de la performance de l'organisation	37
7.1.1.	Les indicateurs du bloc opératoire pour 2010	37
7.1.2.	Les indicateurs de l'imagerie pour 2010	39
7.1.3.	Les indicateurs des consultations externes pour 2010	40
7.1.4.	Les indicateurs du laboratoire de 2008 à 2010	40
7.1.5.	Le coût majoré des unités d'œuvre des activités médico-techniques	40
7.1.6.	Le poids des charges de personnel médico-technique par rapport à l'ensemble du personnel non médical	41
7.1.7.	Les résultats analytiques du pôle anesthésie-réanimation et du pôle médico-technique pour 2010.....	41
8.	LE CONTROLE DE GESTION ET LA COMPTABILITE ANALYTIQUE	42
8.1.	Le contrôle de gestion.....	42
8.2.	La comptabilité analytique	42
9.	LE RECOUVREMENT DES RECETTES.....	43
9.1.	Le recouvrement des recettes d'activité.....	43
9.1.1.	Le pilotage du recouvrement des recettes d'activité	43
9.1.2.	Les ressources humaines du département d'information médicale	43
9.1.3.	L'organisation du recueil des recettes T2A.....	44
9.1.4.	La communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes	45
9.2.	Le recouvrement des recettes par le bureau des entrées.....	45
9.2.1.	Le pilotage du recouvrement des recettes	45
9.2.2.	Les ressources humaines chargées de la facturation des prestations de soins	45
9.2.3.	L'organisation du recouvrement des recettes	46
9.2.4.	Les indicateurs permettant de suivre l'activité de facturation et de recouvrement	47
9.3.	Le recouvrement des recettes subsidiaires.....	50
9.3.1.	Les recettes liées aux conventions	50
9.3.2.	Les recettes liées au régime particulier	50
10.	LES RESSOURCES HUMAINES	51
10.1.	Evolution détaillée des charges de personnel médical et non médical (budget H)	51
10.2.	Le personnel non médical (budget H) (annexe 7)	52
10.2.1.	Les effectifs.....	52
10.2.2.	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences	52
10.2.3.	La gestion et le pilotage de la masse salariale	52
10.2.4.	La gestion de l'absentéisme	53
10.2.5.	Les contractuels.....	54
10.2.6.	Les modalités d'avancement au centre hospitalier de Perpignan	59

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

10.2.7.	Le temps annuel de travail et la gestion des 35 heures	59
10.2.8.	Les comptes épargne temps	61
10.2.9.	Les difficultés de recrutement	62
10.2.10.	L'indemnité horaire pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif.....	62
10.3.	Le personnel médical (PM) (budget H)	63
10.3.1.	Les effectifs.....	63
10.3.2.	Les éléments d'analyse et de comparaison	65
10.3.3.	L'organisation des affaires médicales	65
10.3.4.	La permanence des soins (PDS)	67
10.3.5.	Le temps additionnel.....	68
10.3.6.	Les journées d'intérêt général des médecins.....	68
10.3.7.	L'activité libérale des médecins	69
11.	LES MARCHES PUBLICS	73
11.1.	Organisation et guides internes	73
11.1.1.	Le Vade-mecum	74
11.1.2.	La « commission marchés »	74
11.1.3.	Organisation des marchés à procédure adaptée	74
11.1.4.	La nomenclature applicable au CH.....	74
11.1.5.	Autres modalités d'achat public	75
11.2.	Typologie des achats du CH.....	75
11.2.1.	Absence de demande des pièces administratives afin de compléter la candidature incomplète.....	75
11.2.2.	Critères de sélection des candidatures se retrouvant en critères de choix des offres (non-respect article 53 du CMP)	76
11.2.3.	Imprécision dans les demandes des pièces à fournir permettant de juger la valeur technique des candidats (offres)	76
11.2.4.	Modifications des critères de choix des offres en cours de procédures.....	77
11.2.5.	Lacunes dans la rédaction des pièces.....	77
11.2.6.	Remise en cause de classement lors de l'attribution	78
11.2.7.	La confusion entre variantes et options	78
11.2.8.	Analyse uniquement de l'offre variante du futur titulaire dans le rapport d'analyse des offres.....	78
11.2.9.	Les avenants	79
11.2.10.	L'absence de marché courrier	79
11.2.11.	La signature des actes d'engagement.....	79
11.2.12.	Absence de signature d'un acte engagement.....	80
11.2.13.	Illégalité dans la passation des marchés à procédure adaptée à bons de commande sans montant maximum	80
11.2.14.	La gestion de reconduction des marchés	80

SYNTHESE

Premier établissement public de santé du département des Pyrénées-Orientales, situé au troisième rang régional par son volume d'activité, le centre hospitalier de Perpignan a une activité proche de celle de certains CHRU.

Sa situation financière s'est dégradée à partir de 2010, en raison de l'ouverture de la tranche 1 du nouvel hôpital à l'automne 2009, l'ouverture de la tranche 2 étant prévue fin 2012. L'établissement ne doit son équilibre financier en 2011 qu'aux aides importantes de fin d'année octroyées par l'agence régionale de santé ainsi qu'à un rattrapage de recettes sur les exercices 2009 et 2010. Le déficit structurel pour 2011 est estimé à plus de 2 500 000 euros.

Alors que d'autres projets sont prévus (construction d'un nouveau bâtiment pour le long séjour et projet également de nouveau bâtiment pour les soins de suite et de réadaptation et la médecine), le centre hospitalier de Perpignan doit aujourd'hui faire face au financement de ses investissements réalisés depuis 2009 et à venir, alors que son cycle d'exploitation ne dégage pas suffisamment de marge, avec des recettes d'activité qui ont stagné en 2011. Il apparaît par ailleurs que le bloc opératoire a été surdimensionné, pour une activité qui se révèle fortement concurrencée par le secteur privé. L'optimisation du bloc opératoire fait par ailleurs l'objet d'une étude dans le contrat de performance signé avec l'ARS. Le nouvel hôpital a été construit sur son ancien site, ce qui rend les possibilités d'extensions difficiles et onéreuses, avec un parti architectural peu satisfaisant lié, d'une part, au maintien pour raisons d'économies d'un ancien bâtiment difficile à intégrer et qu'il a fallu mettre aux normes et, d'autre part, à l'absence d'étage dédié aux circuits logistiques, résultant d'une décision peu éclairée de l'agence régionale d'hospitalisation, en décalage avec la conception actuelle des hôpitaux. Cette erreur de conception est en outre consommatrice en personnel et des équipes de liftiers ont dû être créées pour acheminer les navettes entre les étages. Enfin, l'opération s'est avérée nettement plus coûteuse pour les deniers publics : mauvaise évaluation des besoins ayant entraîné un dérapage financier du projet sur la période, attermolements du maître d'ouvrage et de la tutelle, nombreuses indemnités payées aux architectes et aux entreprises, alors même que le bâtiment aujourd'hui apparaît peu fonctionnel sur le plan logistique et coûteux en fonctionnement. Ceci aura pour conséquence d'obérer sur une longue période la situation financière de l'hôpital : la CAF sera insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts en 2013/2014 et la dette progressera de 116 M€ entre 2009 et 2016. Dans ce contexte, les projets en cours ne pourront se réaliser sans partenaires extérieurs, et sans aide de la tutelle et du département. La durée élevée de ce projet (aussi bien dans sa phase de validation que dans ses phases de travaux) aura fortement pénalisé l'établissement dans sa capacité à faire face à l'évolution des besoins de santé publique, à l'évolution des normes en matière de sécurité, d'hygiène et de confort des usagers, à faire face également à la concurrence du secteur privé qui aura bénéficié des retards pris pour la modernisation du seul hôpital public du département.

La chambre a relevé, outre l'absence de règlement intérieur, l'absence de projet médical et de projet d'établissement. Le contrôle de gestion et la comptabilité analytique n'ont été mis en place que récemment, ne permettant pas à l'établissement de disposer de tous les outils de pilotage nécessaires au dialogue de gestion avec les pôles, partiellement mis en place, et avec le directoire.

Ainsi, l'établissement se prépare difficilement à la facturation au fil de l'eau et doit progresser en matière de recouvrement des recettes. La chambre a par ailleurs relevé un absentéisme important, des tableaux d'avancement favorables aux agents, une gestion des contractuels ne respectant pas la réglementation et conférant aux bénéficiaires des avantages indus. La réglementation sur le temps de travail n'est pas respectée. Jusqu'à une période très

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

récente, aucun contrôle n'était opéré par la direction sur l'exercice de l'activité libérale et la liquidation des gardes et astreintes des médecins.

En matière de marchés publics, l'établissement a mis en place un certain nombre de procédures, pour autant les règles du code des marchés publics ne sont pas toujours respectées, tant en ce qui concerne la passation que l'exécution des marchés.

La direction souhaite aujourd'hui s'engager à améliorer la performance de sa gestion, la chambre ne peut que l'encourager dans la voie d'une gestion plus rigoureuse.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Aux termes de l'article L. 211-8 du code des juridictions financières « 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 de l'assemblée délibérante ou de l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

La chambre régionale des comptes a examiné la gestion du centre hospitalier de Perpignan pour les exercices 2006 et suivants.

1. OBSERVATIONS PRELIMINAIRES ET PRESENTATION DE L'ORGANISME

PREAMBULE

Le contrôle du centre hospitalier relève pour les exercices 2006, 2007 et 2008 de la compétence de la chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon.

En application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, la chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon a compétence déléguée par la Cour des comptes pour examiner la gestion et juger les comptes des établissements publics de santé dont le siège est situé dans son ressort territorial, et ce pour les exercices 2009 à 2013.

1.1. Présentation de l'organisme

L'hôpital de Perpignan est situé en périphérie du centre-ville, à proximité d'un aéroport. Proche d'un établissement de santé privé, il représente un pôle d'activité structurant dans une zone urbaine défavorisée.

Premier établissement public de santé du département des Pyrénées-Orientales, situé au troisième rang régional par son volume d'activité, le centre hospitalier de Perpignan a une activité proche de certains CHU.

Le centre hospitalier de Perpignan exerce ses activités sur deux sites :

- hôpital Saint-Jean, en périphérie de la ville ;
- centre de cure médicale pour personnes âgées (CCMPPA, en ville).

CAPACITES INSTALLEES EN LITS PLACES ET POSTES au 1^{er} août 2011

Discipline d'hospitalisation	HC	HS	HJ	Total déclaration CSS
TOTAL MCO (y compris lits porte et détenus)	584	35	88	707
TOTAL MOYEN SEJOUR	26	0	0	26
TOTAL LONG SEJOUR	200	0	0	200
TOTAL EHPAD	68	0	0	68
<u>SERVICE DE SOINS A DOMICILE</u>	90			90
Hospitalisation à domicile	60			60
TOTAL GENERAL	1 028	35	88	1 151

1.2. Le contexte démographique et géographique

Le territoire des Pyrénées-Orientales a, comme l'ensemble de la région Languedoc-Roussillon, une population plus âgée que la moyenne nationale (9,5 % de plus de 75 ans dans la région pour 8,1 % en France métropolitaine). Ce vieillissement, combiné avec une autre caractéristique du territoire qui est sa forte attractivité (la population des Pyrénées-Orientales devrait augmenter de 28,8 % d'ici 2030, pour 8,8 % en France métropolitaine) montre que les Pyrénées-Orientales sont une destination privilégiée pour la retraite sous un climat clément. Ainsi une population âgée s'installe dans le département, parfois sans racines familiales sur place et donc assez consommatrice de soins hospitaliers.

De plus, les Pyrénées-Orientales, dans une plus forte proportion encore que la région, connaissent un haut niveau de précarité.

Le territoire de santé des Pyrénées-Orientales possède deux caractéristiques géographiques principales. D'une part c'est un territoire touristique en hiver pour la montagne et en été sur le littoral. Il doit donc absorber des augmentations saisonnières importantes de consommation de soins, et parfois de soins lourds (traumatologie sportive en hiver, accidents de baignade en été). D'autre part, c'est un territoire relativement excentré par rapport à la capitale régionale (1h30 environ de trajet routier Montpellier - Perpignan) avec une partie sud du territoire très enclavée.

La densité de structures de santé sur le territoire est relativement forte, avec des structures privées à but lucratif ou non lucratif. Le secteur à but lucratif s'est restructuré au début des années 2000 autour du groupe Médipôle Sud Santé. Le secteur public n'est représenté que par deux hôpitaux : le CH de Perpignan et le CH de Prades. Le territoire de santé des Pyrénées-Orientales nécessite un secteur d'hospitalisation publique fort pour répondre au vieillissement de la population, à la position excentrée du territoire et à la précarité de ses habitants ; il voit son unique centre hospitalier d'importance fortement concurrencé par le secteur privé.

2. L'ANALYSE FINANCIERE

2.1. L'analyse financière rétrospective

2.1.1. Le compte de résultat

2.1.1.1. *La structure bilancielle de l'établissement devient à partir de 2010 délicate*

Le fonds de roulement net global (FNRG), diminue entre 2008 (8,2 M€) et 2010 (7,4 M€) et reste à un niveau faible comparé aux autres établissements de sa catégorie (soit 12,5 jours de charges courantes en 2010, médiane à 38 jours).

De surcroît, le FRNG devient insuffisant à la couverture du BFR du cycle d'exploitation qui, malgré un bon niveau en 2008 (1,8 M€) et 2009 (3,1 M€), a connu une très forte progression durant l'exercice 2010 (14,076 M€) en raison d'une part de l'augmentation des créances et, d'autre part, de l'augmentation moindre ou de la baisse des dettes. Pour autant, le BFR se situe à un niveau satisfaisant (soit 24 jours de charges courantes en 2010, médiane à 31 jours).

La trésorerie devient négative à - 6 646 K€ en 2010.

L'établissement a dû recourir à une ligne de trésorerie avec la Société Générale en 2010 et 2011 par le biais de deux conventions de 10 millions d'euros, le 9 juin 2010 et le 9 juin 2011, afin de financer une trésorerie négative.

Le coût de la mobilisation de cette ligne de trésorerie est estimé entre 80 et 100 K€ par an pour l'établissement.

Outre une structure bilancielle atypique, l'exploitation dégage un excédent brut d'exploitation et une marge brute désormais trop faible, au regard des investissements importants réceptionnés en 2009 et de ceux encore en cours.

2.1.1.2. Un cycle d'exploitation qui ne permet plus de couvrir des charges croissantes

Le résultat d'exploitation présente une évolution en dents de scie et surtout une baisse importante en 2010 de - 210 % et un écart de 4 374 082 € entre 2009 et 2010.

Selon l'ordonnateur, cette évolution est la conséquence de l'ouverture du nouvel hôpital entraînant une augmentation des charges de fonctionnement, notamment des dépenses de personnel.

La dotation aux amortissements, quant à elle, a connu une hausse de 3 132 760 € entre 2009 et 2010.

Les provisions ont diminué de 95 % entre 2006 et 2010 et constituent donc, au CH de Perpignan, une variable d'ajustement.

Les reprises sur provisions qui compensent les surcoûts (amortissements et frais financiers) de l'opération d'investissement, n'entrent pas dans la composition du résultat d'exploitation.

Si les reprises sur amortissements et provisions sont restées stables entre 2006 et 2010 (à l'exception de l'exercice 2009), les dotations aux amortissements ont doublé entre 2006 et 2010, marquant ainsi l'avancement de la construction du nouvel hôpital.

Les provisions règlementées n'ont pas été abondées en 2010.

Le résultat net

En 2006, avec la réforme de l'EPRD, l'établissement a dû rattacher l'ensemble de ses charges à l'exercice, soit 1 451 K€.

Le résultat net déficitaire de 2010 traduit une insuffisante progression de l'activité pour couvrir les charges de fonctionnement. Par ailleurs, figurent en charges exceptionnelles les charges sur exercices antérieurs qui n'ont pas pu être rattachées (comptes 6721, 6722, 6723 et 6728) et qui représente des montants significatifs notamment en 2010.

Après un résultat légèrement excédentaire de 2006 à 2009, le déficit 2010 atteint - 1 784 K€, soit - 1,05 % des recettes du titre 1 mais seulement - 0,81 % du total des produits.

Le résultat net toutes activités confondues

Le résultat net toutes activités confondues est présenté dans le tableau figurant à l'annexe 1. Selon l'ordonnateur, le déficit du budget B s'explique par le fait que les charges ont progressé de 2 % entre 2008 et 2009, alors que les recettes n'ont évolué que de 1 % sur le forfait soins et l'hébergement. Les produits liés à la dépendance ont progressé, quant à eux de 2 %. Le déficit a été absorbé par le report à nouveau excédentaire de 113 378 €.

Le résultat du budget services de soins infirmiers à domicile est légèrement excédentaire car la dotation de financement n'a progressé que de 1,2 % entre 2009 et 2010, contre 5,6 % entre 2008 et 2009. Cette situation expliquerait la diminution de l'excédent constaté entre 2009 (31 678 €) et 2010 (1 269 €).

2.1.2. Les prévisions budgétaires des EPRD de 2006 à 2010

2.1.2.1. Les écarts entre les prévisions et les réalisations

L'EPRD 2010 prévu à l'équilibre a affiché à la clôture un résultat de - 1 785 K€.

Le résultat de 2010 intègre en effet une somme de 1,2 M€, qui correspondait à la sortie de l'actif des bâtiments détruits. La différence de 585 K€ porte essentiellement sur des dépenses de personnel non prévues.

2.1.2.2. Impact du coefficient de transition sur les recettes

Afin d'atténuer les écarts de revenus entre établissements, liés au passage du financement par dotation globale à un financement en T2A à 100 %, un coefficient de transition a été introduit en 2008.

Appliqué à chaque tarif, ce coefficient permet d'amortir l'éventuel sur-financement ou sous-financement de l'établissement par dotation.

Pour le CH de Perpignan, ce coefficient était de 0,9792 en 2008 par rapport aux recettes 2007, de 0,9876 en 2009 par rapport aux recettes 2008, de 0,9931 en 2010 par rapport aux recettes 2009 et de 1 en 2011.

Le CH de Perpignan a donc été « sous doté », avec une minoration des tarifs jusqu'en 2011, exercice où le coefficient est ramené à 1 pour tous les établissements.

2.1.2.3. Part des différents titres dans le total des charges entre 2006 et 2010

La croissance des charges de personnel apparaît très soutenue, avec une hausse de 32 % entre 2006 et 2010.

La part du titre 1 s'élève à 62,97 %, toujours inférieure à la moyenne nationale s'établissant à 65,38 %. La part des dépenses de personnel s'est stabilisée en 2009.

La part du titre 2, à hauteur de 22,25 %, est supérieure aux moyennes nationales sur toute la période.

	2007	2008	2009
Part titre 2 des charges totales	21,22	21,45	22,25
Moyenne nationale	14,61	14,93	15,34

Cette discordance dans les dépenses du titre 2 proviendrait de la part importante des achats de médicaments rétrocédés.

En 2009, la part du titre 3 est de 7,92 % pour une moyenne nationale de 9,08 %, et celle du titre 4 de 6,86 % avec une moyenne nationale de 10,19 %.

Les charges d'amortissement et de provisions du titre 4 progressent de 33,40 % entre 2007 et 2008 et de presque 54 % entre 2009 et 2010.

2.1.2.4. Structures des recettes entre 2007 et 2010

Les produits du titre 1 ont augmenté de 8,56 % en 2008 par rapport à 2007, et pourtant le CH de Perpignan a été pénalisé par un coefficient de transition de minoration des tarifs nationaux. Les

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

produits des titres 2 (+ 3,89 %) et du titre 3 (+ 8,40 %) progressent. Au titre 3, les reprises sur provisions se sont limitées à 810 K€ en 2008, avec 170 K€ repris sur le c/ 143 de CET et 623 K€ repris sur les dépréciations de créances. En 2007, les reprises sur provisions se sont élevées à 887 K€ avec 333 K€ de reprise sur le CET et 468 K€ de reprise sur dépréciation de créances.

Le compte 73112 relatif aux dispositifs médicaux implantables et aux molécules onéreuses enregistre une forte évolution de + 33,49 % entre 2009 et 2010.

Le compte 7322 « Recettes hospitalisation incomplète » enregistre une évolution importante de + 181 % entre 2009 et 2010. Il en est de même pour le compte 7323 « Recettes hospitalisation à domicile » qui présente une augmentation de 75 % entre 2009 et 2010. Les recettes du titre 2 ont augmenté de 7,47 % entre 2008 et 2009, et de 3,93 % entre 2009 et 2010.

L'examen des recettes du titre 3 en 2010 fait apparaître un écart positif entre les prévisions et les réalisations.

2.1.3. Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

2.1.3.1. Le montant des MIGAC attribuées par l'ARS au CH de Perpignan

Les dotations MIGAC ont augmenté de 114 % entre 2006 et 2010, de 40 % entre 2008 et 2009 et de 7,79 % entre 2009 et 2010. Elles représentent plus de 75 % du total des ressources versées par l'ARS hors remboursements de l'assurance maladie.

Or, il s'agit d'enveloppes non pérennes susceptibles d'être remises en cause à chaque exercice.

A partir de 2009, la permanence des soins hospitaliers (gardes et astreintes du personnel médical), est financée spécifiquement par l'enveloppe MIG pour 2 383 K€, et est donc déduite de l'enveloppe tarifs.

Il en est de même à partir de 2009 pour le financement de la précarité qui a été intégré à la dotation MIG, pour un montant de 1 012 K€.

Le CH de Perpignan ne reçoit pas de MERRI pour la recherche médicale, ni pour des activités de soins réalisées à des fins expérimentales. Néanmoins, il en a bénéficié :

- pour le centre de ressource biologique, pour un montant sensiblement identique sur la période 2006 à 2010, en moyenne de 9 492 € ;
- pour les médicaments sous ATU (autorisation temporaire d'utilisation) en 2007, 2008 et 2009 ;
- pour les actes dentaires de biologie et anatomocytopathologie hors nomenclature pour un montant stable à hauteur de 114 148 € entre 2006 et 2009 et de 30 289 € en 2010 ;
- pour le centre de recours exceptionnel, l'établissement a reçu 116 611 € en 2010 et 119 648 € au titre de la part variable en 2011.

- **Les autres MIG** (missions d'intérêt général) s'élèvent à 10 718 000 € en 2011.

• **Les AC** (aides à la contractualisation), sont mises en place pour financer de manière ponctuelle les établissements afin qu'ils puissent mettre en œuvre les adaptations de l'offre de soins et pour accompagner la montée en charge de la T2A.

Les sommes attribuées au CH de Perpignan au titre des AC peuvent être scindées en deux. Les AC liées au projet de reconstruction du nouvel hôpital représentent la plus grosse partie des financements, les autres AC étant plus restreintes.

Les AC versées pour le nouvel hôpital comprennent le plan hôpital 2007, l'aide aux surcoûts financiers liés à la reconstruction, aux charges de structure, et à l'accompagnement pour l'ouverture du nouvel hôpital. L'hôpital a donc bénéficié à ce titre, sur toute la période, d'une somme de 32 040 169 € et en particulier 6 691 509 € en 2011.

Les autres AC comprennent l'aide à l'informatisation en 2007, l'aide pour l'hôpital transfrontalier avec 11 200 € chaque année, le soutien à la pandémie grippale en 2009 avec une aide de 258 750 € et enfin une aide au système d'information T2A avec une aide en 2006 de 85 410 € et une autre en 2009 de 52 500 €.

2.1.3.2. Le sous-financement des actes B et P hors nomenclature (BHN et PHN)

Certaines analyses ne font pas l'objet d'une nomenclature validée par les organismes de sécurité sociale et ne sont pas remboursées par ces mêmes organismes. Ces examens sont alors cotés en B (ou P) hors nomenclature (BHN ou PHN).

La dotation MIG pour les actes en B hors nomenclature (HN et PHN) versée au CH de Perpignan est de 116 000 € en 2010.

Cette dotation s'avère largement insuffisante pour couvrir les dépenses réalisées.

La circulaire n° DHOS/F4/2009/387 du 23 décembre 2009 relative aux règles de facturation des actes de biologie et d'anatomo-pathologie non-inscrits à la nomenclature des actes de biologie médicale précise les règles de financement par les MIGAC.

Le montant des BHN et PHN réalisés pour des hospitalisés, que ce soit par le laboratoire du CH de Perpignan ou par des laboratoires extérieurs, est de 1 349 650,64 € en 2010, la charge pour l'établissement s'élevant à 1 233 650,64 €.

La tutelle saisie par l'établissement n'a pas encore donné suite à sa demande de revalorisation.

2.1.4. Une capacité d'autofinancement qui diminue sur la période

Le financement des investissements devient de plus en plus complexe.

Après une diminution enregistrée en 2007, la CAF brute s'est améliorée en 2008 pour se dégrader en 2009 et 2010, en raison de l'insuffisance de l'excédent brut d'exploitation (EBE).

Le taux de la CAF nette ne cesse de diminuer entre 2006 et 2010 pour atteindre 24,85 % de la CAF brute en 2010.

Le niveau d'investissement reste soutenu et augmente depuis 2008 (le taux de renouvellement des immobilisations atteint un niveau élevé de 10,84 % en 2010 (médiane à 6,96 % en 2010) et le taux de vétusté des équipements, qui permet d'appréhender le caractère opérationnel des équipements médicaux et autres équipements, se situe à un bon niveau (71,81 % en 2010) pour une médiane à 76,98 % en 2010). Ces indicateurs sont en lien avec les travaux réalisés lors de la reconstruction de l'établissement.

L'autofinancement dégagé sur le budget de fonctionnement étant insuffisant sur la période, le financement du nouvel hôpital a entraîné obligatoirement l'augmentation de l'endettement.

2.1.5. Un niveau d'endettement qui devient élevé

2.1.5.1. La structure de la dette du CH de Perpignan

L'endettement du CH de Perpignan augmente de façon continue entre 2006 et 2010 (+ 183 % soit 72,8 M€). Cette forte progression est liée à l'emprunt nécessaire au financement du nouvel hôpital. L'opération est par ailleurs financée par des subventions en capital et des dotations en accompagnement contractuel.

En 2010, l'annuité de la dette s'élève à 9,9 M€, dont 7,4 M€ de remboursement en capital et 2,5 M€ de frais financiers.

Le ratio d'indépendance financière se dégrade de 44,2 % en 2008, il passe à 50,5 % en 2009 et à 56,24 % en 2010, alors que la médiane est de 47,43 %.

Le taux moyen des emprunts est de 4,1 % en 2008, 2,2 % en 2009 et 2,4 % en 2010. Sur 128 711 319 € contractés début 2011, les emprunts à taux variable représentent 60 717 157 €, les emprunts à taux fixe 67 843 214 € et les emprunt à taux zéro 150 946 €. L'établissement avait prévu de contracter un nouvel emprunt de 4 500 000 €.

Le CH de Perpignan n'a pas souscrit d'emprunts dits structurés, ni de crédit à long terme.

Le ratio de durée apparente de la dette (encours / CAF) se situe à 11,4 années en 2010 contre 10,6 années en 2009, pour une médiane à 4,8 années.

Les emprunts nouveaux se sont élevés à 25 000 K€ en 2009 et 26 019 K€ en 2010.

La CAF brute dégagée en 2010 (9 858 K€) permet de rembourser le capital des emprunts.

La composition actuelle de l'encours de la dette à fin 2011 est de 52 % à taux fixe, 47 % à taux variable et moins de 1 % à taux 0 % (il s'agit de la CRAM) avec répartition sur plusieurs établissements bancaires.

La chambre a constaté que l'établissement a contracté un contrat basé sur le taux TIBEUR à 3 mois (= EURIBOR 3 mois) avec barrière désactivante. Ce type de contrat ne présente que peu d'intérêt au regard des risques encourus.

La chambre attire la vigilance de l'établissement sur le risque que comporte ce contrat si le Tibeur 3 mois venait à dépasser 6 %, auquel cas l'établissement ne pourrait plus bénéficier du taux fixe sécurisé. Un tel scénario ne peut être écarté au regard de la situation financière internationale incertaine.

2.1.5.2. La gestion de la dette

Le contrat que le CH de Perpignan avait signé le 2 mars 2004 avec un cabinet conseil a été résilié le 1^{er} juillet 2010.

Depuis 2010, les emprunts (contrats, tableaux d'amortissements, échéanciers...) sont donc suivis en direct par la direction des affaires financières, qui ne disposait pas au moment du contrôle d'un directeur chargé des finances. La chambre a relevé que compte tenu de la taille de l'établissement, le suivi de la dette n'était pas sécurisé et prend acte des dispositions prises en vue d'assurer la continuité du suivi de la dette.

La stratégie de l'établissement sur la dette est orientée, d'une part vers la réduction des charges financières avec mise en concurrence des banques et gestion régulière de la dette, d'autre part vers une sécurisation de la dette par la diversification et l'équilibre du portefeuille, et enfin vers la souscription de contrats offrant à la fois souplesse et arbitrage de taux d'intérêt.

La chambre recommande au centre hospitalier de veiller à ne pas signer des contrats de prêts permettant d'alléger momentanément les charges financières de l'établissement, alors que la signature de tels contrats représente une prise de risque inconsidérée et non justifiée pour un établissement public.

2.1.5.3. Les dettes et les créances à court terme, le bas du bilan

Au bas du bilan à l'actif, la plus large part des créances envers l'assurance maladie représentent les dernières factures¹ émises en fin d'exercice et qui ne seront payées qu'au cours de l'année suivante.

Au bas du bilan au passif, le volume des dettes fournisseurs, après une inflexion en 2007 et 2008, demeure constante à 11 584 K€ en 2010. Il n'y a pas d'observations sur les dettes sociales et fiscales.

Par contre figure un montant important de recettes à classer, soit 44 672 K€ en 2010 correspondant à une somme 436 fois plus importante que celle de 2009 et 2 fois plus importante que celle de 2006. L'instruction M21 précise que ce compte doit être soldé en clôture d'exercice, et ne plus apparaître au bilan.

2.2. L'analyse financière prospective

2.2.1. La tendance de l'EPRD 2011

Les hypothèses retenues par l'EPRD 2011 étaient une progression des séjours de + 2,4 % suivant le taux cible de la circulaire budgétaire 2011, une progression de la valeur moyenne par séjour de + 1,4 %, et une progression des ATU et actes externes de 5 %.

Un résultat déficitaire de 508 776 € était prévu.

Le coefficient de transition ayant été ramené à 1 en 2011, l'augmentation des ressources est évaluée à 614 000 €.

L'impact de la V11C² et de l'évolution des tarifs, pour une activité constante, font diminuer les ressources en 2011 de - 1,18 %, soit de - 1,47 M€.

Les chiffres définitifs sur l'activité du second semestre 2011 sont désormais connus.

Il en ressort que l'activité a été plus faible que les prévisions optimistes de progression à + 2,4 %, puisqu'en réalité les séjours n'ont évolué que de 0,05 % entre 2010 et 2011 et les résumés de sortie standardisés (RSS) n'ont évolué que de 0,14 % entre 2010 et 2011.

Il convient de souligner que les tarifs nationaux diminuent de 0,83 % en 2011. Donc même avec une augmentation de l'activité de 2,4 %, les hôpitaux ne peuvent voir leur chiffre d'affaires 2011 progresser dans le meilleur des cas que de 1,5 %, l'effet est amplifié avec une activité qui ne progresse que de 0,05 %.

Les besoins en financement de l'investissement nécessitent un renforcement de la maîtrise des dépenses et des recettes du CRP.

La politique de maîtrise de l'évolution des dépenses de personnel, engagée par l'établissement, ainsi que le travail entrepris sur la fiabilisation de la chaîne de facturation, répond à cet

¹ L'hôpital envoie régulièrement à l'ARS son activité telle qu'elle figure au PMSI. L'agence retransmet le tout à la plateforme e PMSI qui en retour « chiffre » l'activité transmise. L'ARS prend ensuite un arrêté et l'assurance maladie verse les fonds nécessaires à l'hôpital par un mandat Banque de France.

² 11^{ème} version de la classification des groupes homogènes de malades (la V11C est de 2011).

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

objectif et répond aussi aux demandes de l'ARS, préoccupée des dépenses de personnel supplémentaires induites par les recrutements importants de ces dernières années.

L'établissement s'est également engagé auprès de l'ARS dans un projet d'amélioration de la performance : le PGFP qui prévoit des charges de personnel évoluant de 1,45 % en 2011 et ensuite de 1 % seulement chaque année jusqu'en 2018. L'évolution des autres produits de l'activité hospitalière devrait être de 4 % en 2011, de 3,50 % en 2012 et de 2,50 % sur les exercices suivants.

Par notification du 17 janvier 2012 le centre hospitalier de Perpignan a perçu au titre des mesures nouvelles pour 2011 une somme de 1 611 043 € pour le budget H (dont 1 463 623 € de crédits non reconductibles) et 51 439 € pour le budget B :

Dotation	Mesures reconductibles	Mesures non reconductibles
MIGAC	147 420 € (prise en charge des AVC, formation des chefs de pôle, SAMU et SMUR)	1 425 623 € dont 450 000 € pour accompagner le financement de l'investissement
DAF SSR		38 000 €
DAF USLD	51 439 €	
Total budget H	147 420	1 463 623
Total budget B	51 439	0

Le budget H et les budgets annexes devraient être en équilibre. Ces résultats sont certes encourageants, mais reposent en partie sur des crédits non pérennes (MIGAC) et sur des recettes exceptionnelles (LAMDA).

Les résultats provisoires de l'EPRD 2011 sont les suivants (à la date du 20 février 2012) :

Budget H	équilibre
Budget A	4 366,05 €
Budget B	équilibre
Budget E	équilibre
Budget C	4 226,00 €
Budget N	953,42 €

Alors que le déficit prévisionnel était évalué à - 1,5 M€ au 30 novembre 2011 (estimation différente du résultat prévisionnel du PGFP proposé en mai 2011 à - 508 776 €), le résultat du budget H à la clôture de 2011 serait à l'équilibre. Pour autant si l'on considère que l'établissement a reçu des crédits non reconductibles et a bénéficié en 2011 du rattrapage des recettes de titre 1 des exercices 2009 et 2010 au titre de la procédure LAMDA, la chambre estime que le déficit structurel de l'établissement en 2011 s'élève à 2 563 623 €.

2.2.2. L'investissement

2.2.2.1. Analyse du PGFP de 2011 à 2015

Le centre hospitalier de Perpignan présente un plan global de financement pluriannuel (PGFP) 2011-2015 d'un montant global de 76,4 M€ réparti, pour 75 M€ sur le budget principal et, plus marginalement, pour 1,4 M€ sur les différents budgets annexes.

Ce PGFP a fait l'objet d'un rejet de sa première version par l'ARS, le 31 août 2010.

Le programme de reconstruction du CH de Perpignan, débuté en 2003, a été découpé en quatre tranches pour un coût total estimé à 260 M€ TTC.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les travaux de la première tranche ont débuté en septembre 2003 et se sont achevés le 31 juillet 2009. Le bâtiment a été mis en service en octobre 2009. Les travaux de la seconde tranche ont débuté en mars 2010 pour une date de mise en service prévue au printemps 2012. Son coût prévisionnel s'élève à 44 millions d'euros.

Dans le cadre du PGFP 2011-2015, il reste à réaliser sur cette seconde tranche 15,1 M€ en 2011 et 15,1 M€ en 2012 soit 30,2 M€ sur 2 ans.

Les troisième et quatrième tranches des travaux, non prévues dans le PGFP 2011-2015, concernent la construction d'un bâtiment pour l'activité de SSR et la reconstruction de l'USLD sur le site du CH de Perpignan pour accueillir 200 lits pour personnes âgées répartis actuellement dans le bâtiment dit V120 de Saint-Jean et à la Miséricorde (centre-ville de Perpignan).

2.2.2.2. Analyse de la pertinence de la construction du PGFP

La chambre a analysé au titre de l'exercice 2012 la cohérence des prévisions de recettes et de dépenses sur les exercices à venir au regard des taux d'évolution budgétaire global.

Compte tenu des évolutions mécaniques, la progression des dépenses pour 2012 est de :

Titre 1 : dépenses de personnel : + 2,51 %, soit + 1,66 % du budget total, alors que le PGFP de Perpignan prévoit pour 2012 une progression de 1 % seulement.

Titre 2 : dépenses médicales : + 0,93 %, soit + 0,15 % du budget total, alors que le PGFP prévoit une augmentation de 1,75 %. Cette inflexion par rapport à 2011 (+ 6,04 %) est à souligner, puisqu'il a été déjà observé plus haut que les dépenses du titre 2 au CH de Perpignan étaient particulièrement importantes par rapport aux moyennes nationales.

Titre 3 : dépenses à caractère hôtelier et général : + 7,03 %, soit une augmentation de 0,65 % du budget total, alors que le PGFP prévoit une progression de 2,70 %;

Titre 4 : dépenses d'amortissement, provisions, charges financières et exceptionnelles : progression estimée à 6,35 %, soit une augmentation de 0,58 % du budget total. Le PGFP prévoit une augmentation de 5,58 % en 2012, de 5,14 % en 2013.

S'agissant des recettes, le CH de Perpignan s'est fondé sur une progression du titre 1 de 1,77 % en 2012, 1,02 % en 2013 et 1,06 % en 2014.

Les recettes du titre 2 affichent une évolution de + 3,5 % en 2012, puis + 2,50 % sur les exercices suivants.

Le PGFP intègre également des prévisions d'augmentation d'activité, à hauteur de 5,97 % en 2011 et 4,36 % en 2012, que l'établissement doit absolument réaliser sous peine de compromettre un équilibre financier déjà précaire.

2.2.2.3. Etude financière réalisée par la MEEF (mission d'expertise économique et financière)

Il ressort des conclusions de l'étude MEEF réalisée à la demande l'ARS que la marge brute ne couvrira pas les amortissements et les frais financiers pour la période 2011-2015.

L'annuité en capital ne sera pas couverte par la CAF en 2013 et 2014.

La simulation n° 3 détermine, à partir de la simulation précédente, le besoin de financement nécessaire permettant de combler les déséquilibres bilanciaux. Ainsi, la mission a ajouté des produits supplémentaires à hauteur de 1 746 450,56 € en 2014 et de 4 589 450,56 € en 2015, soit un total de

6 335 901,12 € sur ces deux années, sans en définir la nature (augmentation des produits, diminution des charges, subventions... ou combinaison de ces différents éléments). Le coût financier total de cette hypothèse s'établit, en cumulé sur la période 2011-2018, à 17,9 M€.

Dans cette simulation, la structure financière de l'établissement serait rétablie (le niveau de trésorerie est de 1 M€ sur les années 2014 et 2015), même si elle demeure fragile, les résultats nets des exercices 2011 à 2014 restant déficitaires.

La CAF, même renforcée, ne couvre toujours pas l'annuité en capital en 2013 et en 2014 mais la couvrirait en 2015.

Les indicateurs de l'endettement progressent en 2014 et en 2015.

Conclusion sur la situation financière du CH de Perpignan

Le CH de Perpignan, qui n'avait pratiquement pas effectué d'investissements depuis des décennies, voit sa situation financière bouleversée par la construction du nouvel hôpital à partir de 2010.

Historiquement, le projet validé du nouvel hôpital, qui avait été revu à la baisse (étage dédié à la logistique et 100 lits supprimés), est finalement générateur de coûts supplémentaires de fonctionnement.

Pour financer ce nouvel hôpital, l'établissement a choisi notamment de mobiliser tout d'abord la provision pour renouvellement des immobilisations (reprise de 4 287 478 € en 2010), dont le solde au c/ 142 s'élève à 32 285 076 €.

Ce choix, destiné à mobiliser les emprunts le plus tard possible, ne pouvait pas constituer en l'absence d'autofinancement une stratégie à long terme pour un investissement si important, et la reprise sur provision ne peut constituer qu'une aide passagère.

Cette provision qui sera épuisée en 2014 ne pourra plus intervenir en compensation des amortissements et frais financiers. La CAF sera alors insuffisante pour couvrir le remboursement en capital en 2013 et 2014.

Le CH de Perpignan a donc par conséquent commencé à mobiliser les emprunts, qui atteindront 108 % du montant des investissements en 2013 et 102 % en 2014. L'encours de la dette progressera de 116 M€ entre 2009 et 2016.

Le CH de Perpignan se trouve donc confronté à un problème majeur : le cycle d'exploitation ne dégage pas suffisamment de marge pour financer des investissements assis sur un endettement croissant. De plus les recettes de titre 1 hors MIGAC couvrent en 2010 uniquement les dépenses de personnel (144 053 M€ de recettes hors MIGAC pour 135 779 M€ de dépenses). L'avenir financier du CH de Perpignan est donc incertain.

Des perspectives existent avec, d'une part le regroupement de la centaine de lits de médecine encore dans les anciens bâtiments (tranche 3) et d'autre part, la relocalisation des services de personnes âgées (200 lits de long séjour).

Compte tenu de la situation financière de l'établissement, ces projets ne pourront pas être menés sans aide extérieure (conseil général, CNSA, etc.). L'établissement n'a aucune assurance quant à un potentiel subventionnement de ces travaux, pourtant indispensables pour assurer une meilleure prise en charge des personnes âgées dans des conditions d'hôtellerie décentes.

3. LA RESTRUCTURATION DU CENTRE HOSPITALIER A TRAVERS LA CONSTRUCTION DU NOUVEL HOPITAL

Le programme de reconstruction du CH de Perpignan, débuté en 2003, a été découpé en quatre tranches distinctes, pour un coût total estimé à 260 M€ TTC toutes dépenses confondues, hors équipements.

La troisième phase des travaux, non prévue dans le PGFP 2011-2015, concerne la construction d'un bâtiment pour l'activité de SSR (300 lits) pour un coût estimé à 45,9 M€. Le coût de l'investissement serait partagé entre le CH Saint-Jean de Perpignan et d'autres acteurs hospitaliers. A l'inverse, la quatrième phase de la reconstruction de l'hôpital Saint-Jean, qui n'est également pas prévue dans le PGFP 2011-2015 et vise à reconstruire l'USLD (200 lits) pour un coût estimé à 25,814 M€ serait supportée par le CH de Perpignan.

3.1. Historique de la réalisation des tranches 1 et 2

3.1.1. Une définition du projet particulièrement longue

Le centre hospitalier a entrepris une complète restructuration de son site passant par une construction-réhabilitation sur le site existant de l'hôpital Maréchal Joffre. Ce site historique, composé de bâtiments pavillonnaires, a été construit en 1928 dans le quartier du Haut Vernet à partir de plans déjà vieux de plus de vingt ans.

Ainsi, au début des années 1970, la reconstruction de l'hôpital de Perpignan était déjà évoquée. En effet l'hôpital souffrait de locaux inadaptés aux nouvelles normes de confort et d'hygiène et de retards techniques (il y avait encore des chambres à 4 et même 8 lits). La décision a été prise en 1978 de construire un plateau technique chirurgical et un bâtiment gériatrique de type V120, qui devaient être les premiers pas vers une reconstruction totale de l'hôpital. Cette reconstruction ne s'est pas réalisée alors même que plusieurs cliniques du territoire se reconstruisaient et bénéficiaient d'équipements renouvelés.

Le projet a ressurgi au début des années 1990 et a été au centre d'un débat politique sur le choix de son emplacement, à savoir soit sur site, soit sur un terrain vierge au sud de la ville. La question même du lieu d'implantation est devenue un enjeu émaillé de nombreux contentieux. En 1993, le choix de reconstruire sur site a été définitivement acté.

La reconstruction du centre hospitalier a été source de débats et de polémiques, sur un terrain où se sont affrontés divers intérêts et où la communauté hospitalière et médicale a été prise en étau. Les prises de position de divers acteurs locaux ou de tutelle se sont substituées au fil des ans à celles du maître d'ouvrage, tout en lui faisant supporter la responsabilité de la mise en œuvre des décisions prises.

En 1995, un appel d'offres ouvert de maîtrise d'œuvre avec concours a été lancé pour réaliser l'APS (avant-projet sommaire). Le projet retenu de « GROUPE 6 » sera refusé par le préfet, pour des raisons économiques, ce qui s'est traduit par l'indemnisation des cabinets d'architectes et a entraîné un retard d'un an. Il s'agissait d'un projet de 673 lits et une SDO (surface dans œuvre) de 69 325 m².

Une révision du projet d'établissement a été approuvée par le préfet le 3 décembre 1996.

Le 8 février 1997 le nouveau préfet a rejeté à nouveau l'APS pourtant corrigé, le projet de reconstruction étant jugé trop cher et les surfaces reconstruites trop importantes. Par conséquent l'hôpital est invité à reconsidérer l'APS, dans le cadre d'une actualisation du projet d'établissement, moins de trois mois après l'adoption par son prédécesseur. Dès son installation officielle le 7 avril 1997, le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation nouvellement créée demande une remise à plat du projet médical et du programme capacitaire pour les activités MCO.

En 1997, le nouvel APS a été retenu, jugé encore trop onéreux et surdimensionné par le directeur de l'ARH. Ce dernier a demandé la révision du programme en diminuant le nombre de lits de 673 à 557, la réduction des surfaces (- 28 %) et la conservation du bâtiment 54. Le concours n'est pas remis en cause.

En 1998, le préfet et le secrétaire d'Etat à la santé ont refusé ce projet et exigé un nouvel APS. Le concours a dû être relancé, les modifications substantielles étant apportées au projet. Le projet est à nouveau retardé de deux ans et l'hôpital doit indemniser les cabinets d'architecte retenus à hauteur de 600 000 €.

En 1999, un nouveau concours d'architecte a été remporté par le cabinet AART INTERNATIONAL. Ce nouveau projet comporte le même nombre de lits que celui refusé en 1997. Des modifications ont été apportées sur les urgences, le pôle mère et enfant, ce qui entraîne une augmentation de 633 m² de surface pour un coût supplémentaire de 825 318,43 €, valeur avril 1999. Le maintien du nombre de lits entraîne la décision en 1999 du ministre de la Santé de refuser le projet et de demander un nouvel APS.

Du début des négociations jusqu'en 1999, la capacité de l'établissement a connu des réductions importantes du nombre de lits (- 18 %), et des surfaces à reconstruire (- 28 %).

Le montant des indemnités versées aux cabinets d'architectures lors du concours organisé en 1995 est de 480 000 francs TTC à chacune des 2 équipes finalistes. Le montant attribué au lauréat était à valoir sur ses futurs honoraires.

Le montant de l'indemnité versée au cabinet d'architecture Groupe 6 à l'issue de la résiliation de la procédure de 1995 est de 3 326 289,10 F TTC (27 avril 1999).

Le montant des indemnités versées aux cabinets d'architectures lors du concours organisé en 1998 est de 964 800 F TTC pour chacun des trois candidats.

Entre 1995 et 1999 l'établissement a versé 4 771 089,10 F TTC d'indemnisation.

En octobre 2000, l'estimation de l'APD était de 60 600 466,19 €, valeur avril 1999, pour passer à 65 715 283,17 € en octobre 2000.

Le 31 janvier 2001, le conseil d'administration a arrêté la somme de 97 030 140,70 € pour les opérations de reconstruction.

Les travaux ne démarreront qu'en 2003, le lot gros œuvre étant déclaré infructueux.

La première tranche ne sera livrée qu'en septembre 2009 après des différends nés de la réalisation des phases 1 et 2 de l'opération qui conduiront à la signature d'un accord transactionnel entre l'hôpital, son mandataire Icade, la maîtrise d'œuvre, l'OPC³, le contrôleur technique, les entreprises Dumez, Fondeville, Cegelec, Fauché, SPIE.

La deuxième tranche sera livrée en 2012.

3.2. Présentation du nouvel hôpital (cf. annexe 2)

Ce nouvel établissement est essentiellement constitué de deux ailes (ouest et est), construites autour d'un bâtiment existant (bâtiment 54). Il comprend 5 étages accessibles au public et un 6^{ème} niveau technique sous héliport. Le nouvel hôpital, très compact, se situe au nord du terrain et libère un grand espace central composé de parkings et de zones paysagères.

³ Ordonnancement, pilotage et coordination.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

L'opération comporte principalement la réalisation en construction neuve d'environ 50 000 m² de surface dans œuvre et 10 000 m² de surface dans œuvre de bâtiments restructurés (bât. 54), sur un terrain d'une superficie totale de 140 000 m².

3.2.1. Description des restructurations en cours et à venir

Restructuration du site hospitalier (Saint-Jean) réalisée et en cours (tranches 1 et 2)

Tranche 1 :

La réalisation a été effectuée par phase sur le site occupé dont les bâtiments existants ne seront démolis qu'au fur et à mesure de la réalisation, en raison de la nécessité de maintenir en fonctionnement l'ensemble de l'établissement pendant les travaux.

Le bâtiment regroupe 515 lits et places et l'essentiel du plateau technique (imagerie, bloc opératoire, médecine nucléaire). Cette opération de construction a été longue et particulièrement difficile. La mise en service de ce bâtiment est intervenue à l'automne 2009.

Tranche 2 :

Il s'agit de la réhabilitation complète du bâtiment 54 ouvert en 1984 avec notamment une mise aux normes sismiques. Il comprend 130 lits. Des circulations internes relient les deux bâtiments qui n'en forment donc plus qu'un.

Parallèlement, la plupart des anciens bâtiments datant de 1920 sont ou seront détruits pour permettre la construction de parkings. Seul un de ces bâtiments est réhabilité pour accueillir le service des maladies infectieuses et tropicales.

Malgré ces opérations, certains services de l'établissement ne trouvent pas place dans le bâtiment neuf. Une centaine de lits de médecine (médecine polyvalente, médecine gériatrique, rhumatologie) restera installée dans les anciens bâtiments (voir tranche 3). De même, les directions et services administratifs demeureront dans les anciens pavillons ou constructions modulaires.

Nombre de lits tranches 1 et 2

Tranches 1 et 2	Chambre à 1 lit	Chambre à 2 lits	Total
Aile 1 tranche 1	171	68	239
Aile 2 tranche 1	175	99	276
Bâtiment 54			136
TOTAL			649

Le nouvel hôpital comporte 649 lits sur 1 063 lits et 88 places au total.

Les projets de restructuration du site hospitalier : les tranches 3 et 4 n'ont pas aujourd'hui de financement assuré

Les projets de restructuration concernent, d'une part, le regroupement de la centaine de lits de médecine encore dans les anciens bâtiments (tranche 3) et, d'autre part, la relocalisation des services de personnes âgées (200 lits d'USLD) actuellement répartis entre le site principal de Saint-Jean (V120) et un bâtiment en centre-ville (La Miséricorde) (tranche 4). Compte tenu de la situation financière du CHP, ces projets ne pourront pas être menés sans aide extérieure.

L'objectif de regroupement des lits de médecine (tranche 3) pourrait trouver une solution en coopération avec des établissements SSR privés non lucratifs.

Tranche 3 : opération SSR / médecine

Il s'agit d'un projet commun entre le CHP et l'USSAPO (Union sanitaire et sociale de l'Aude et des Pyrénées-Orientales) qui concerne 3 établissements de SSR. Ce projet a pour objet de regrouper les trois établissements SSR sur le site de Saint-Jean (environ 200 lits) dans un bâtiment à construire qui accueillerait également la centaine de lits de médecine du CHP encore situés dans les anciens bâtiments. Le financement et la maîtrise d'ouvrage de la nouvelle construction seraient portés par l'USSAPO, le CHP remboursant un loyer correspondant à la partie occupée par les lits de médecine.

Tranche 4 : USLD

Des terrains, dits de la pointe nord, contigus au site de Saint-Jean, ont été en partie acquis par le CHP, le reste étant en cours d'acquisition.

Une partie des terrains est réservée pour la construction d'un bâtiment regroupant les services de personnes âgées situés actuellement au V120 du site de Saint-Jean et en centre-ville (CCMPA La Miséricorde). La finalisation de ce projet dépendra des possibilités de financement avec aide éventuelle du conseil général et de la CNSA.

Le projet consiste à regrouper 200 lits de long séjour sur le site de Saint-Jean. Aucune décision n'a été arrêtée quant au devenir des 80 lits d'EHPAD, l'établissement n'ayant pas les moyens de financer une réhabilitation des locaux de la Miséricorde, la cession de ces lits est envisagée.

L'autre partie de ces terrains est destinée à la construction par le CHS de Thuir d'un bâtiment pour les urgences psychiatriques (CAC 48) et des lits d'hospitalisation adultes et adolescents. Un bail emphytéotique sera passé entre le CHP et le CHS. Le CHS de Thuir sera propriétaire du bâtiment. La construction est prévue sur les années 2012 à 2013 en partie nord sur les trois villas acquises par l'établissement.

L'acquisition de ces villas ne s'est pas faite sans difficultés, l'établissement ayant été contraint d'acheter une de ces villas 400 000 €, estimée à 305 000 € par France Domaine mais correspondant au plafond de l'estimation actualisée de ce service.

3.3. Les aléas du programme du nouvel hôpital et ses conséquences

La décision de conserver le bâtiment 54 et de le réhabiliter, ainsi que la décision politique de conserver le site de l'hôpital et de construire *in situ* ont été génératrices de surcoûts.

Le directeur en poste en 1993 s'était opposé à la reconstruction *in situ*, et proposait un autre terrain pour le nouvel hôpital, contre l'avis du conseil d'administration qui avait opté pour la reconstruction sur site. La proximité de l'aéroport constitue une réelle contrainte sur une partie du site. Les possibilités d'extension sont restreintes et l'établissement a dû acquérir des terrains bâtis pour pouvoir installer les urgences psychiatriques.

Lorsque l'ARH décide en 1997 de réviser le programme du projet elle prend trois décisions lourdes de conséquences.

La première décision concerne la suppression des lits et notamment des lits de médecine en passant de 676 lits à 557 lits. Cette révision du programme entraîne la décision en 1999 du ministre de la Santé de refuser le projet et de demander un nouvel APS. Le nouveau projet présenté en 2001 aboutira finalement à 670 lits, programme finalement accepté par l'ARH au regard d'une réévaluation des besoins.

Ainsi, depuis 1995, date du premier concours, 6 ans se sont écoulés, les travaux ne débiteront qu'en 2003 pour s'achever en 2012 soit 17 ans après le lancement du projet.

La deuxième décision concerne la suppression par l'ARH de l'étage interstitiel prévu pour la logistique. Cet étage devait permettre d'assurer les liaisons logistiques et d'automatiser un certain nombre de transports, ce qui aurait permis d'avoir un effectif moindre dans les catégories d'ouvriers et d'agents de service hospitaliers dédiées à ces fonctions.

L'absence de réflexion sur les aspects logistiques en privant l'établissement de toute possibilité d'automatisation apparaît non seulement anachronique dans un hôpital neuf du 21^{ème} siècle mais aussi très coûteuse en moyens humains.

Dans le nouveau bâtiment livré en 2009 il n'y a pas de circuit dédié à la logistique. La configuration des locaux ne permet pas l'automatisation des transports logistiques, ce qui entraîne des surcoûts au niveau du personnel nécessaire pour assurer les transports.

Une équipe de huit liftiers est dédiée exclusivement à l'acheminement des navettes dans les étages.

Aucun local à déchets ni de réserve de linge n'a non plus été prévu dans le programme revu par l'ARH, la direction a dû transformer des bureaux en local à déchets, or ces pièces sont inadaptées en termes de surface et de normes (climatisation, aération, points d'eau...), de nouveaux travaux ont été rendus nécessaires. En outre, compte tenu de l'exiguïté de ces locaux, les déchets et le linge doivent être évacués 3 à 4 fois par jour, pratique consommatrice en personnel.

Aucune surface de stockage de navettes n'a été prévue, les navettes stationnent dans les couloirs. Il n'y a pas non plus de quai de livraison, ni d'auvent extérieur.

Cette organisation, peu satisfaisante au regard des normes d'hygiène, conduit l'établissement à être vigilant sur l'organisation de ses circuits.

Les offices, trop exigus dans le bâtiment B54, et donc peu adaptés à une bonne organisation du travail, ont été supprimés à la demande du maître d'ouvrage dans un souci de rationalisation de l'organisation logistique et regroupés sur l'office central de chaque étage du nouvel hôpital.

Il est surprenant que l'ARH ait demandé la suppression des vestiaires et de douches, qui ont dû être ajoutés par la suite.

La troisième décision, visant au maintien du bâtiment 54, est sans doute la plus lourde en termes d'économie et de fonctionnalité du projet, et la mise en conformité aux normes antisismiques, estimée en 2007 à 6 750 000 € TDC, coûtera en définitive plus de 7 057 592 €.

3.3.1. Les aléas du phasage

Les phasages n'ont pas été strictement respectés.

Situation du phasage en janvier 2012

Phase	Désignation des travaux	Délais initialement prévus	Délais réalisés
1	Installation de chantier - Travaux préparatoires / Bâtiment pôle 1 énergie / Démolitions bâtiments	M1 à M13	M16
2	Ailes ouest et est en cours - Début noyau central / Fin ailes ouest et est - Noyau central	M14 à M28	Du 20/04/2004 au 31/07/2009 64 mois
3	Déménagements - Démolitions	M29 à M 30	Déménagement : 3 mois Démolition : en cours
4	Restructuration du bâtiment 54 - Néonatalogie	M31 à M40	En cours
5	VRD, parkings, démolitions finales / Finition espaces verts, OPR, Réception	M30 à M43	Pas débuté

La date de livraison prévisionnelle est au 30 juin 2012, pour un déménagement à l'automne 2012.

3.3.2. Les aléas du nouveau bâtiment et les conséquences en matière de marchés

La construction du nouveau bâtiment a subi plusieurs aléas qui ont retardé sa livraison.

Un certain nombre de malfaçons ont été rencontrées : sur le ferrailage, au niveau du sol, ainsi que sur la gare d'arrivée des pneumatiques qui a dû être cloisonnée en raison du bruit, infiltrations d'eau lors des épisodes pluvieux.

Par ailleurs un certain nombre de prestations n'avaient pas été prévues. Notamment, et de façon surprenante, les protections murales indispensables pour préserver l'état des couloirs en raison de l'activité de brancardage et de transports de navettes.

L'exécution de marchés a nécessité la conclusion d'un nombre anormalement élevé de 82 avenants. Ainsi à titre d'exemple, le marché relatif aux travaux de la médecine nucléaire a connu une augmentation de 60,40 %, celui de l'OPC de 139 %.

La longueur du chantier se déroulant sur 80 mois au lieu des 24 mois prévus explique pour partie ces dérives.

Sous réserve de l'appréciation souveraine du juge administratif, ces avenants ont bouleversé l'économie du contrat.

3.3.3. Le protocole d'accord

Les retards s'accumulant, le déroulement de l'opération a été perturbé et d'importantes réclamations financières ont été présentées.

Devant l'impossibilité pour le centre hospitalier de Perpignan, son mandataire et les divers titulaires de s'entendre seuls, une procédure a été enclenchée visant à parvenir à un accord mettant fin aux différends. Une mesure de conciliation a été sollicitée auprès du Tribunal Administratif de Montpellier afin d'aider les parties à se rapprocher pour trancher les différents litiges les opposant. En effet, pendant la première tranche des conflits importants ayant opposé la maîtrise d'œuvre et la maîtrise d'ouvrage, les pénalités avaient été portées à leur niveau maximum. Le chantier s'était alors arrêté occasionnant d'importantes nuisances. La conciliation durera un an. Le protocole sera signé le 31 mars 2010.

Le protocole d'accord a arrêté les indemnisations des parties comme suit :

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Versement des indemnités par le CH de Perpignan

Société	Montant de l'indemnisation
DUMEZ /FONDEVILLE	5 820 000 €
CEGELEC SUD OUEST / JP FAUCHE	900 000 €
SPIE SUD OUEST	2 500 000 €
SOCOTEC	240 000 €
ICADE PROMOTION	500 000 €

Versement des indemnités au CH de Perpignan

Société	Montant de l'indemnisation
Groupement de maîtrise d'œuvre	1 810 000 €
Société SCO	50 000 €
AXA	1 000 000 €

Au total le centre hospitalier de Perpignan a versé 9 960 000 € d'indemnités et a reçu 2 860 000 € de dommages et intérêts.

3.4. Le bilan financier de l'opération de reconstruction

3.4.1. Le bilan financier des charges d'exploitation

3.4.1.1. Les dépenses liées aux recrutements consécutifs à l'ouverture de la tranche 1

169 postes ont été créés pour l'ouverture de la tranche 1 en 2009 pour un coût annuel de près de 7 millions d'euros.

3.4.1.2. Le bilan financier de l'augmentation des dépenses d'énergie et de maintenance liée à l'ouverture de la tranche 1

Les dépenses d'énergie ont fortement augmenté depuis le nouvel hôpital, essentiellement les dépenses liées à la consommation d'électricité qui ont augmenté de 60,98 % entre 2008 et 2010. Les dépenses de maintenance informatique à caractère médical et non médical ont également augmenté.

3.4.2. Le bilan financier des investissements de la tranche 1 et de la tranche 2

Les écarts en termes de programme capacitaire en ce qui concerne le MCO sont la traduction des errements dans la définition des besoins, arrêtés par l'établissement, remis en cause par la tutelle. Ainsi, différents projets se sont succédés, assortis de réajustements en 2004, 2007 et 2011.

3.4.2.1. La durée du chantier et les ratios au m²

Phases	Date	SDO m ²	Ratio €/m ²
Programme 1	Mars 1995	60 641	963
Concours 1	Mars 1995	63 800	910
APS 1	Juin 1995	69 325	906
Esquisse 2	Octobre 1998	50 156	1 055
PTD 1999	Octobre 1998	52 536	1 024
Concours 2	Octobre 1998	54 795	983
APS approuvé	Janvier 2000	57 121	938
APD	Octobre 2000	59 721	1 107
Coût des marchés (HT)	Novembre 2003	60 000	1 576

Source : La mise en œuvre de la loi MOP à l'occasion de la reconstruction de l'hôpital Saint Jean novembre 2007 page 173

Si les surfaces dans œuvre (SDO) ont significativement été diminuées au cours des différents projets, les SDO finales en 2003 seront celles prévues du projet initial de 1995. La SDO en 2012 du nouvel hôpital est de 64 352,12 m².

3.4.2.2. L'évaluation des dérives économiques

Le projet de 1995

Si le premier projet avait été conduit à son terme, il aurait été livré en décembre 1999, pour un coût évalué à l'époque à 94 684 560 € TDC pour 673 lits.

Le projet de 2003

Evolution du coût de l'opération tranches 1 et 2 pendant le chantier en K€ (estimation 2010)

	2003	2010	Ecart en %
Protocole transactionnel	-	3 630	
TVA	22 354	30 831	38 %
Révisions	6 252	23 100	269 %
Ingénierie	13 200	17 000	29 %
Travaux	94 600	113 570	20 %
TOTAL	136 406	188 131	38 %

En 2010, après le bilan de la tranche 1, le montant de l'opération est estimé à plus de 188 M€, soit un dépassement de 38 % par rapport au début du chantier. Le montant des révisions a dérapé de 269 %, celui des travaux de 20 %.

Projection financière du coût des investissements tranches 1 et 2

Le coût prévisionnel total de l'opération tranches 1 et 2 est de 188 131 000 € TDC (2010).

L'achèvement de la tranche 1

Les travaux sont terminés depuis le 31 juillet 2009. La conciliation qui s'est terminée le 30 mars 2010 a soldé tous les litiges de la tranche 1. Une aide exceptionnelle de 2 M€ a été accordée au CHP par l'ARS.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Alors que la durée initiale était de 43 mois, la durée réelle aura été de 71 mois pour la première tranche (de septembre 2003 au 31 juillet 2009, date de la réception) et de 109 mois pour la totalité de l'opération.

Le coût des travaux de 116 714 756 € TTC valeur 2010 et les prestations intellectuelles de 20 046 735,77 € TTC valeur 2010.

Les investissements en équipement médical et mobilier s'élèvent à 15 622 837,79 €, dont 9 403 038,00 € d'équipement médical.

Pour la tranche 1 le montant hors marché des travaux supplémentaires liés à des prestations complémentaires jugées utiles par le maître d'ouvrage après livraison du bâtiment est de 745 171,29 €. Pour la tranche 2, de 500 000 €.

Le montant total de l'opération de construction / réhabilitation peut être par conséquent estimé à 189 376 171,29 €. Ce montant est à mettre en regard avec :

- . le projet de 1995 prévu pour 94 684 560 € TDC et 673 lits ;
- . la délibération du conseil d'administration du 12 juin 2002, approuvée par la tutelle qui avait arrêté l'opération à hauteur de 135 594 000 € TDC.

Ces montants retraités sur la base de l'indice index BT 01 donnent les résultats suivants :

Mois/année	Valeur BT01	Ecart en %	Coût estimatif opération	Coût valeur BT 01	SDO m ²	Ratio €/m ² BT01
mai-96	533,2		94 684 560,00		69 325	1 365,81
juin-02	612,6	15 %	135 594 000,00	108 784 248,79	60 000	1 813,07
janv-12	871,5	63 %	189 376 171,29	154 759 178,62	64 352	2 404,89

En retraitant les montants estimatifs de l'opération de reconstruction de l'hôpital sur la base de l'indice index BT 01 (indice couramment admis), il apparaît que l'opération a dérapé de 60 074 618,62 €, soit un écart de 63 % par rapport à l'enveloppe préalablement définie et jugée trop importante par les tutelles successives de 1996 à 1998. Les ratios au m² TDC augmentent fortement. Il est observé une dégradation des ratios au 1^{er} juin 2002 de 32 %. L'ordonnateur soutient, en faisant référence à l'observatoire des coûts de la construction hospitalière, que l'opération du nouvel hôpital de Perpignan se termine à un coût travaux HT de 2 106,27 €/m², ce qui le situe un peu au-dessus de la médiane. L'ordonnateur reconnaît que les obligations de mises aux normes sismiques ont également fortement pesé sur le coût de cette opération, ainsi que la réalisation d'une hélistation en toiture-terrasse.

Conclusion sur la reconstruction de l'hôpital Saint-Jean

Les diverses interventions des services de l'Etat, puis de l'ARH dans la révision des programmes et l'annulation des procédures en cours ont eu pour conséquence la construction d'un nouvel hôpital peu fonctionnel sur le plan des flux et des circuits, sur un site au potentiel d'évolution limité, avec une conception critiquable et des surcoûts importants.

Un programme initial ayant été à maintes reprises modifié.

Le programme d'établissement initial a été, par décision préfectorale, revu à la baisse dans la perspective de la reconstruction.

La définition du programme lits à reconstruire sur le seul fondement d'une estimation réductrice des coûts de la reconstruction s'est traduite par un programme lits jugé largement insuffisant tout particulièrement en médecine.

Ces dernières données ont d'ailleurs contraint l'hôpital à réaménager le projet en prévoyant une tranche conditionnelle de 33 lits supplémentaires représentant 1 % du coût global TDC de l'opération. Le premier projet prévoyait 673 lits, au final ce sont 626 lits qui seront reconstruits avec 386 lits de médecine, alors que le premier APS prévoyait 391 lits.

Un site dans un espace contraint qui limite les perspectives d'extension.

Du fait de la qualification du lieu d'implantation du nouvel hôpital en zone de forte exposition aux bruits, les potentiels de l'évolution sur le site sont limités. Ainsi la perspective de voir regroupé sur un même site l'ensemble des structures dépendant du centre hospitalier reste incertaine. Ainsi le centre hospitalier a fait effectuer deux études de faisabilité complémentaires permettant de déterminer les conditions de regroupement sur le site des activités du CHP et l'implantation d'une autre structure (projet USSAP). Une partie de ces extensions ne peut être rendue possible que par l'acquisition de terrains en partie nord du site.

Une conception critiquable.

Alors que le cabinet Groupe 6, maître d'œuvre, et le bureau de contrôle avaient, dès 1995, écarté l'hypothèse du maintien du bâtiment 54 en raison de sa complexité technique (différences de niveau d'étages, absence de garantie antisismique et absence de possibilité de climatisation et de traitement d'air), l'agence régionale d'hospitalisation maintenait son scénario d'intégration dans une construction neuve d'un bâtiment plus ancien.

L'option prise sur la conservation du bâtiment 54, après la position arrêtée en juin 1998 par l'ARH, justifiée par les contraintes financières, s'avère aujourd'hui particulièrement onéreuse et lourde de conséquences sur le plan architectural.

Le rapport d'expertise du bureau d'étude du 18 avril 2005 conclut à la mise en évidence d'une nette insuffisance des structures du bloc du bâtiment 54 vis-à-vis de sollicitations sismiques.

Par ailleurs le nouvel hôpital est aujourd'hui considéré comme peu fonctionnel au niveau des circuits logistiques. Il est paradoxal de constater qu'un hôpital ouvert au cours de la deuxième décennie du 21^{ème} siècle n'ait pu automatiser ses transports, et que sa conception, certes décidée à la fin des années 1990, est la négation de toutes les recommandations en matière de flux logistiques et de séparation des circuits.

Des surcoûts importants.

La remise en cause du projet initial par la tutelle allait être lourde de conséquences aboutissant à une dérive économique du coût de la reconstruction. En plus du surcoût généré par défraîement de Groupe 6 suite à la résiliation du premier concours d'architecte, il convient d'ajouter ceux liés à la longueur de la procédure augmentés par une mauvaise évaluation du coût de l'investissement à réaliser.

L'ancien ordonnateur précise que « *dans la recherche d'une optimisation des investissements et des gains de productivité il avait obtenu l'accord de la clinique Mutualiste et de son conseil d'administration pour que cette dernière intègre les nouveaux locaux et co-utilise le plateau technique. L'ARH s'est opposée à ce projet* ». Il indique également qu'il avait obtenu « *l'acquisition pour un euro symbolique d'un établissement de moyen séjour en vue d'éviter par la suite des travaux supplémentaires de rénovation de l'existant* », et là encore, il n'a pu réaliser ce projet, l'ARH s'y étant, selon lui, opposée.

La mauvaise définition des besoins liée à la révision des programmes par les tutelles successives, la durée exceptionnelle de cette opération due aux atermoiements des décideurs, à la complexité du chantier et aux litiges qui en ont découlés, sont des éléments qui auront contraint le maître d'ouvrage à faire adapter le bâtiment, en cours de chantier, à l'évolution des besoins et des normes réglementaires, pesant ainsi sur son coût final.

4. L'ORGANISATION ET LES ORIENTATIONS DE L'ETABLISSEMENT

4.1. L'organisation de la direction

L'organigramme est un organigramme classique, « en râteau ». Les directions sont pour certaines regroupées en départements.

La direction a connu depuis 2008 un certain nombre de mouvements de personnel de direction soit en interne, soit par le biais de mutation. Le directeur actuel est en poste depuis 2008, la directrice du département « politique médicale et financière » a pris ses fonctions en 2009, la directrice des affaires médicales et la directrice des moyens opérationnels en 2010, la directrice des ressources humaines et le directeur du système d'information en 2011. L'organigramme n'est pas encore stabilisé et d'autres mouvements sont attendus. La chambre relève que l'établissement ne dispose pas, depuis quelques années, d'un directeur adjoint chargé à plein temps des affaires financières. Cette vacance de poste particulièrement longue, dans un contexte d'investissement et d'endettement croissants est surprenante. Le centre hospitalier indique qu'une prochaine vacance de poste va permettre l'affectation d'un directeur adjoint à temps plein sur cette direction.

Ces mouvements en interne et en externe sont peu favorables tant à la gestion des affaires courantes qu'à celle des projets.

4.2. Le règlement intérieur

Le centre hospitalier de Perpignan ne possède pas de règlement intérieur, il avance simplement un projet élaboré en 2004.

Les arguments avancés par l'ordonnateur ne sont pas opérants, l'absence de règlement intérieur n'est pas conforme à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique.

La chambre rappelle par ailleurs au centre hospitalier que le guide de certification V2007 cite le règlement intérieur parmi les documents donnant une « *information claire et compréhensible sur les conditions de séjour du patient à l'accueil* ».

4.3. Le projet d'établissement

Le projet médical est en cours d'élaboration. Les orientations médicales sont liées au plan stratégique régional et au schéma régional d'organisation des soins dont le projet a été diffusé fin juillet 2011. Le choix de la direction a été de différer l'élaboration du projet médical afin de tenir compte des orientations du plan stratégique régional.

Le centre hospitalier ne dispose donc pas de projet d'établissement au sens de l'article L. 6143-2, modifié par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 (art. 17). En effet, le projet d'établissement, qui avait été validé par les instances en 2006, n'avait pas été approuvé par la tutelle en raison de l'absence d'équilibre du plan pluriannuel de financement.

L'ordonnateur doit tout mettre en œuvre pour que son élaboration intervienne sans plus tarder, dans la mesure où le projet d'établissement constitue un outil de pilotage indispensable permettant de définir, de manière concertée, les orientations stratégiques intéressant tous les aspects de la gestion du centre hospitalier.

Il sous-tend également, dans une large mesure, l'élaboration du contenu des projets de pôle, non encore complètement définis, et donc la réorganisation de l'établissement dans le cadre de la nouvelle gouvernance hospitalière.

Sa mise en place devra s'accompagner de celle d'une instance de suivi de son exécution.

4.4. Les rapports d'activité

Le conseil de surveillance délibère sur le rapport annuel de l'activité produit par le directeur (article L. 6143-1). Dans les établissements publics de santé et les syndicats interhospitaliers, le programme d'action et le rapport d'activité font l'objet des transmissions prévues au dernier alinéa de l'article R. 6144-30-1 du CSP.

Ainsi le rapport annuel d'activité est-il transmis au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation par le représentant légal de l'établissement.

Les rapports d'activité 2006 à 2008 sont des rapports d'activité détaillés qui retraçaient de manière précise l'activité de l'établissement pour l'année en cours. Ces rapports de gestion permettaient aux instances et aux représentants des usagers d'avoir une information exhaustive sur les résultats de gestion de l'année précédente, ainsi que des événements déterminants qui étaient intervenus. Leur lecture était utile également aux tutelles et organismes extérieurs.

Les rapports d'activité produits depuis 2009 jusqu'en 2011 par l'ordonnateur actuel sont à l'inverse peu détaillés et constitués d'une succession de tableaux. Ils ne permettent pas de fournir une information transparente aux instances et autres organismes extérieurs à l'établissement sur les événements qui se sont déroulés dans l'année écoulée, ni sur la gestion. L'ordonnateur n'a pas souhaité élaborer de rapport d'activité très détaillé, car les informations émanant de ses services ne seraient pas fiables au niveau de la SAE. Ces arguments ne sont pas de nature à justifier l'insuffisance des derniers rapports d'activité qui sont traditionnellement alimentés par les données d'activité, le rapport du comptable, les données issues de l'EPRD, les bilans sociaux, les pôles, etc. La chambre souligne par ailleurs que la statistique SAE est renseignée par l'établissement qui se doit d'y apporter des informations fiables.

La chambre recommande à l'établissement de parfaire le contenu du rapport d'activité, afin de fournir aux instances les informations nécessaires sur la gestion de l'établissement et sur l'état d'avancement des projets.

4.5. La gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activités

4.5.1. Les pôles mis en place

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 sur la gouvernance hospitalière a introduit un certain nombre de nouveautés dans l'organisation des centres hospitaliers, avec notamment la création de pôles d'activité (article L. 6146-1 à 6), afin d'associer la communauté médicale à la gestion et à la mise en œuvre des orientations fondamentales de l'établissement.

Avant 2010 le nombre de pôles dans l'établissement était de 13. Depuis l'ouverture du nouvel hôpital (tranche 1) le nombre de pôles d'activités clinique et médico-technique est de 10 (abdomen-hématologie-oncologie ; femme-enfant ; anesthésie-réanimation ; neurologie-cardiologie-thoracique-vasculaire ; face et orthopédie ; gériatrie ; spécialités médicales ; métabolique ; médico-technique ; urgences). Le découpage des pôles est le plus souvent calqué sur les anciennes organisations en service (face et orthopédie, anesthésie, réanimation, etc.).

Selon l'enquête nationale gouvernance hospitalière 2011 publiée en juillet 2011 par le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé, le nombre total moyen de pôles pour les centres hospitaliers par établissement est de 5,8.

65 % des pôles sont des pôles cliniques et 15 % des pôles médico-techniques.

L'existence d'un nombre élevé de dix pôles d'activités, dont neuf pôles cliniques, peut surprendre dans l'optique d'une gestion déconcentrée de l'hôpital, même si les textes en vigueur laissent au libre choix de l'établissement la dénomination, le nombre et la composition des pôles. L'absence de pôle administratif est inhabituelle, les centres hospitaliers, quelle que soit leur taille ont, toujours selon la même enquête, un pôle médico-technique et un pôle administratif.

L'organisation retenue n'a pas entraîné la suppression des services et des chefferies. Certes, la notion de service n'a pas disparu de la rédaction de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, mais un des objectifs de la réforme de la gouvernance hospitalière est bien de rechercher la mutualisation des ressources (secrétariats, lieux de consultation, lits) et la disparition des cloisonnements.

La direction de l'hôpital ne demande pas de remontée systématique des procès-verbaux des conseils des pôles, montrant ainsi qu'elle ne s'est pas encore complètement appropriée cette nouvelle organisation.

4.5.2. Les projets et contrats de pôle

4.5.2.1. Les projets de pôle

Le décret du 11 juin 2010 précise que le projet de pôle définit, sur la base du contrat de pôle, les missions et responsabilités confiées aux structures internes, services ou unités fonctionnelles et l'organisation mise en œuvre pour atteindre les objectifs qui sont assignés au pôle. Le projet doit également prévoir les évolutions de leur champ d'activité ainsi que les moyens et l'organisation qui en découlent.

Le chef de pôle élabore un projet de pôle dans un délai de trois mois après sa nomination ou dans le délai de trois mois après la conclusion du contrat de pôle (décret du 11 juin 2010 - article 2).

Or, les projets de pôle n'ont pas tous été élaborés, il en est ainsi par exemple du pôle urgences.

D'autres projets se présentent comme des catalogues et une addition de projets de service. Les projets de pôle les plus aboutis sont les projets du pôle gériatrique, et le projet du pôle neurologie-cardiologie-thoracique-vasculaire.

Aucune consigne de méthodologie, ni de trame commune n'a été donnée aux chefs de pôle pour élaborer ces projets.

4.5.2.2. Les contrats de pôle

Les contrats de pôle ont été signés par le directeur et chaque chef de pôle le 13 décembre 2010, selon les dispositions du décret du 11 juin 2010.

La chambre relève que les contrats ne comportent pas les précisions prévues par l'article R. 6146-8-III du code de la santé publique concernant le rôle du chef de pôle.

4.5.3. La délégation de gestion

Le terme de « délégation de gestion » a été introduit par la réforme de l'ordonnance du 2 mai 2005 avec pour objectifs de simplifier le pilotage, le fonctionnement et la gestion des établissements publics de santé ; de responsabiliser les acteurs et de clarifier leurs responsabilités (en particulier le directeur, le président de la CME et les chefs de pôles) ; et enfin de décloisonner les acteurs et les fonctions.

La délégation de gestion, titre 3 du contrat de pôle, n'était pas, au moment du contrôle, mise en place.

La mise en œuvre de pôles au CH de Perpignan apparaît comme largement virtuelle. Les différents acteurs ne se sont pas approprié la réforme et les anciennes chefferies ont été maintenues.

Conclusion sur les orientations stratégiques

Malgré les moyens humains dont dispose la direction (un directeur des affaires juridiques, un attaché chargé des affaires générales, un attaché d'administration hospitalière chargé du secrétariat général, deux directeurs chargés de la délégation aux pôles), les documents réglementaires soumis à délibération auprès du conseil de surveillance n'ont pas été établis. Le CH de Perpignan n'a pas de projet d'établissement. Les orientations stratégiques de l'établissement pour les années 2011 et suivantes ne sont pas définies.

La construction des pôles n'est pas, par ailleurs, finalisée.

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. élaborer le règlement intérieur ;
2. élaborer sans plus tarder le projet d'établissement dans la mesure où ce dernier constitue un outil de pilotage indispensable permettant de définir, de manière concertée, les orientations stratégiques intéressant tous les aspects de la gestion du centre hospitalier. Il doit comporter, en effet, un projet médical et un projet de soins infirmiers, mais aussi un projet qualité et de gestion des risques, un projet social, un projet logistique et de système d'information ;
3. mettre en place une instance de suivi de l'exécution du projet d'établissement et des projets de pôle ;
4. revoir le contenu du rapport d'activité ;
5. mettre réellement en œuvre les pôles dans toutes les composantes imposées par la réglementation ;
6. mettre en place les délégations de gestion.

5. LES COOPERATIONS HOSPITALIERES

Le CHP est engagé depuis plusieurs années dans des structures de coopération afin de développer certaines activités (cf. annexe 3).

5.1. Les principales coopérations avec les établissements du secteur public

5.1.1. Les coopérations avec le CH de Narbonne

Une convention cadre a été passée en 2006 avec le CH de Narbonne avec pour objectif de mutualiser les compétences et permettre une continuité des activités face à la raréfaction de certaines compétences médicales.

Ce partenariat s'est renforcé en 2010 avec l'élargissement des coopérations notamment en matière de cancérologie et de chirurgie thoracique.

Le directeur du centre hospitalier de Perpignan a proposé la mise en place d'une communauté hospitalière de territoire avec le centre hospitalier de Narbonne. Cette CHT permettrait d'organiser le transfert de moyens ou d'activités entre établissements publics de santé membres.

5.1.2. Les coopérations avec les autres établissements

Le centre hospitalier coopère avec d'autres établissements de la région : le CHU de Montpellier, les CH de Béziers, Carcassonne dont les coopérations sont multidisciplinaires, et le CHS de Thuir pour l'addictologie et la prise en charge des urgences psychiatriques.

5.1.3. Coopération transfrontalière

Une convention de groupement européen de coopération territoriale (GECT) a été signée le 27 avril 2010 par les ministres de la Santé français et espagnol et le président de la collectivité de Catalogne au sujet du futur hôpital de Puigcerdá (dit aussi de Cerdagne), situé à deux kilomètres de la frontière. Sa construction a débuté en 2009. A son ouverture fin 2012, il comptera 66 lits et places pour un bassin de population de plus de 30 000 habitants pouvant atteindre 120 000 habitants en hiver, dans une région montagnaise et isolée entre la Cerdagne et le Capcir.

Le partenariat de l'établissement avec l'hôpital transfrontalier du Plateau Cerdan, qui est effectif depuis plusieurs années, s'est poursuivi en 2010, avec une assistance apportée dans le domaine du choix des équipements médicaux ainsi que pour le choix du système d'information. Il se manifeste également par une assistance administrative et juridique à la mise en place du GECT. Une coopération avec l'hôpital de Puigcerdá en Catalogne sud est également mise en œuvre pour la prise en charge obstétricale.

5.2. Les principales coopérations avec les établissements du secteur privé

Des GCS, groupements de coopération sanitaires, ont été créés en partenariat avec d'autres établissements de santé (Clinique Mutualiste Catalane, Médipôle) ou avec des praticiens libéraux regroupés ou non en structure libérale de gestion.

La loi HPST du 21 juillet 2009 et son décret d'application du 23 juillet 2010 ont renforcé le cadre juridique des GCS qui peuvent désormais être titulaires d'une autorisation d'équipement ou d'activités de soins. La notification par l'ARS le 29 juin 2010 accordant la 2^{ème} IRM prévoit le transfert de cette autorisation au GCS « Saint-Jean IM@GERIE ».

Il existe également depuis 2004 un GEIE, groupement européen d'intérêt économique, transfrontalier pour l'exploitation du PET-SCAN (tomographie par émission de positons).

5.2.1. Les GCS

Les quatre conventions constitutives de groupement de coopération sanitaire (GCS) de droit public comportent un protocole d'accord relatif à la rémunération versée aux praticiens des GCS, précisée dans l'article 20 du protocole d'accord des GCS « Mutualité », « Cardiologie », « Médecine nucléaire », et dans l'article 21 du protocole d'accord « Saint-Jean Imagerie ».

Il n'existe pas de réglementation concernant la redevance due aux établissements dans le cadre de GCS. Chaque hôpital décide avec ses partenaires, à l'issue d'une négociation, de la rémunération versée aux praticiens libéraux de GCS. Toutefois, il est pertinent d'effectuer une comparaison entre les conditions de rémunération des médecins libéraux à hôpital et les conditions de rémunération des médecins libéraux parties prenantes des GCS.

Les examens dont la facturation dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil ne sont pas soumis à redevance.

La part de rémunération versée aux praticiens par exemple, sur le GCS « d'Imagerie Saint-Jean », définie pour l'IRM, à hauteur de 100 % de l'acte CCAM + 15 % du forfait technique, et définie pour le scanner à hauteur de 100 % de l'acte CCAM + 20 % du forfait technique, apparaît avantageuse.

La chambre a relevé que le versement au 15 du mois suivant la réalisation des actes, des rémunérations dues aux médecins libéraux des GCS, est effectué environ un mois avant l'encaissement effectif des recettes correspondantes au détriment de la trésorerie.

La chambre recommande à l'ordonnateur pour une meilleure gestion de la trésorerie de veiller à ne pas verser par anticipation des recettes attendues, la rémunération des médecins libéraux attachés aux GCS.

L'ordonnateur devra étudier le retour sur investissement des accords conclus dans le cadre des GCS précités de façon à ce que l'économie générale de ces GCS ne soit pas défavorable à l'hôpital. Pour cela l'établissement veillera à utiliser les outils de la comptabilité analytique hospitalière médicalisée en intégrant les coûts indirects.

Dans le cadre de l'exercice libéral des praticiens hospitaliers, le reversement d'une partie du forfait technique n'est admis que pour les seuls actes de scanner et par conséquent non autorisé pour les actes d'IRM.

5.2.2. Le GEIE PET SCAN

5.2.2.1. Le fonctionnement du GEIE

Le centre hospitalier de Perpignan a déposé en mai 2003 une demande d'autorisation d'installation d'un PET SCAN, cet équipement devant être exploité dans le cadre d'un GEIE (groupement européen d'intérêt économique) entre l'établissement, le centre libéral de médecine nucléaire de Béziers et la fondation CETIR de Barcelone.

La chambre relève que la structure juridique actuelle n'est pas appropriée aux conditions de fonctionnement du PET SCAN.

En effet, si le GEIE se justifiait par l'intégration d'un partenaire étranger, ce choix peut être aujourd'hui remis en question par le fait que le CETIR de Barcelone ne participe pas à l'activité du PET SCAN.

La répartition égalitaire des droits de vote au sein de l'assemblée générale ne tient pas compte de l'activité réelle des parties et présente pour le centre hospitalier le risque d'être mis en minorité par ses deux partenaires privés. La chambre relève que les modalités de répartition du bénéfice sont défavorables au centre hospitalier, qui pourtant réalise près de 70 % de l'activité.

Le centre hospitalier étant titulaire de l'autorisation du PET SCAN et non le GEIE, le transfert d'autorisation n'ayant pas été acté, un éventuel retrait du groupement est à envisager. Une évolution vers une autre structure type GCS paraît plus adaptée, cette forme juridique permettant de mieux encadrer le fonctionnement de l'activité, et notamment en ce qui concerne la commande publique.

Le centre hospitalier indique que lors de l'assemblée générale du GEIE du 25 juin 2012, le principe de la dissolution du GEIE a été acté par les membres, en s'appuyant sur les premières préconisations de la chambre. Un groupement de coopération sanitaire de statut public entre le centre hospitalier et le centre libéral de médecine nucléaire de Béziers est en cours de constitution.

Conclusion sur les coopérations hospitalières

Le centre hospitalier de Perpignan est engagé depuis plusieurs années dans des structures de coopération. Le centre hospitalier de Perpignan a des relations particulièrement privilégiées avec le CH de Narbonne et envisage la possibilité d'une communauté hospitalière de territoire avec cet établissement.

Des groupements de coopération sanitaire ont été créés en partenariat avec des établissements de santé ou des praticiens libéraux.

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. étudier le retour sur investissement des accords conclus dans le cadre des GCS précités de façon à ce que l'économie générale de ces GCS ne soit pas défavorable à l'hôpital ;
2. veiller à ce que les versements aux GCS soient en adéquation avec le calendrier des versements de la T2A par l'assurance maladie ;
3. envisager une évolution du GEIE vers une autre structure de type GCS permettant de mieux encadrer le fonctionnement de l'activité, et notamment en ce qui concerne la commande publique.

6. L'ACTIVITE

Annexe 4.

La chambre relève que l'établissement conteste à plusieurs reprises les études comparatives issues des référentiels nationaux ou régionaux. La chambre assoit une large part de son analyse sur des données renseignées par l'établissement lui-même : la statistique annuelle des établissements de santé, le retraitement comptable, le bilan social, le PMSI. La chambre rappelle à la direction qu'il lui appartient de fiabiliser son système d'information et de valider la pertinence des données qu'elle transmet aux autorités de tutelle. Des tableaux se sont avérés inexploitable par la suite, car les données présentées étaient erronées.

6.1. L'activité à partir de la SAE (statistique annuelle des établissements de santé)

6.1.1. L'évolution de l'activité entre 2008 et 2010

L'activité d'hospitalisation complète a diminué de 9 % sur la période 2008-2010 en termes d'entrées et augmenté de 1 % en journées. Le nombre de lits a augmenté de 8 % consécutivement à l'ouverture du nouveau bâtiment, passant de 593 lits de court séjour à 658, et de 26 lits de soins de suite à 32 lits.

Le nombre de lits d'hospitalisation complète en médecine passe de 447 lits dans les anciens bâtiments à 495 lits en 2010, le taux d'occupation étant de 93 % en 2010.

Le nombre de lits d'hospitalisation complète en chirurgie diminue, passant de 147 lits à 131 lits, le nombre d'entrées diminue de 15 % et le nombre de journées de 2 %.

Parallèlement l'activité de chirurgie ambulatoire n'augmente que de 2 % entre 2008 et 2010 alors que le nombre de places est passé de 20 à 25 places. Le taux d'occupation est de 83 % en 2011, ce qui le situe loin du taux cible, situé entre 100 et 125 %. Le centre hospitalier précise qu'il s'est engagé volontairement dans une démarche d'amélioration de la performance auprès de l'ARS et que parmi les thèmes d'études retenus figure le développement de l'ambulatoire.

L'activité d'hospitalisation partielle a évolué de 104 % entre 2008 et 2010, le nombre de places ayant été augmenté passant ainsi de 19 à 30 places.

En 2010 l'activité de court séjour est constituée à 80 % par la médecine, à 14 % par la chirurgie et 6 % par l'obstétrique. Elle se répartit presque par moitié entre l'hospitalisation complète (48 %) et les venues sur une journée en hôpital de jour ou séances.

L'activité de SSR progresse en journées de 2 %, et celle de soins de longue durée de 3 %.

La progression des séances est ciblée sur les chimiothérapies. Elle résulte du recrutement d'un médecin oncologue et de la progression de l'hématologie pour la chimiothérapie.

6.2. L'activité à partir du PMSI (programme de médicalisation du système d'information)

6.2.1. L'activité globale

L'activité sur la période 2007-2010 a globalement augmenté. L'activité de chimiothérapie s'est fortement développée : + 186 % sur la période. Les urgences, les accouchements, les activités ambulatoires et les actes d'endoscopie ont connu une progression supérieure à 10 %.

Le poids moyen du cas traité est supérieur à la médiane.

Les chiffres de l'activité 2011 transmis par l'ordonnateur montrent par contre un tassement de l'activité.

L'évolution du nombre de résumés de sortie standardisés n'est que de 0,14 %, le nombre de journées étant de 0,05 %.

6.2.2. Les taux d'occupation

D'une façon globale, les taux d'occupation sont supérieurs à la cible nationale (85 % pour les services de médecine et d'obstétrique, 75 % pour la chirurgie et 80 % pour la réanimation).

Taux d'occupation MCO	2008	2009	2010
TOTAL MCO	89 %	83 %	88 %

Toutefois, lorsqu'on examine en détail les taux d'occupation par unité fonctionnelle on constate que certaines unités fonctionnelles d'hospitalisation complète ont des taux d'occupation inférieurs à la cible (confère tableaux annexe 4). Il en va ainsi de certaines spécialités chirurgicales (orthopédie, ORL, ophtalmologie) et médicales (hématologie, oncologie).

Le nombre de lits de l'unité de rhumatologie en 2010 est passé de 15 à 10 lits expliquant l'amélioration du résultat.

Les unités d'ORL et d'ophtalmologie ont des taux d'occupation particulièrement faibles.

La chambre recommande à l'établissement de travailler sur l'organisation des unités ayant un taux d'occupation inférieur à la cible en transformant éventuellement des lits en hospitalisation de semaine.

Le centre hospitalier précise que dans le cadre de la démarche d'amélioration de la performance contractualisée auprès de l'ARS, la gestion des lits qui comprend le diagnostic capacitaire de l'établissement, fait partie des thèmes de travail.

6.2.3. Les durées moyennes de séjour par domaine d'activité (DMS)

Les DMS en chirurgie sont élevées et supérieures à 5 jours, le case mix par pôle d'activité (OAP) montre des DMS élevées en chirurgie orthopédique, digestive, vasculaire, ophtalmologique.

Dans le case mix par groupe d'activité, les DMS de la chirurgie digestive, vasculaire, thoracique, orthopédique restent au-delà de la norme théorique.

Les DMS en médecine et en obstétrique correspondent à la norme.

6.2.4. Groupes d'activité les plus fréquents dans l'établissement : médecine

	2007	2008	2009	2010	Evolution 2010/2007
Nouveau-nés de poids de 2500 g et plus	1 242	1 221	1 340	1 346	8 %
AVC	1 337	1 386	1 297	1 336	0 %
Signes et symptômes	1 486	1 210	1 375	1 327	- 11 %
Infections respiratoires	1 036	1 018	1 080	1 048	1 %
Troubles métaboliques, nutritionnels et obésité	472	767	763	893	89 %

Source : PMSI

Les groupes d'activité les plus fréquents en médecine concernent les accouchements et la prise en charge des AVC.

L'activité liée aux troubles métaboliques, nutritionnels et obésité progresse quant à elle de 89 %.

6.2.5. Groupes d'activité les plus fréquents dans l'établissement : chirurgie

	2007	2008	2009	2010	Evolution 2010/2007
Chirurgie de la bouche et des dents	976	1 024	938	931	- 5 %
Trauma crâniens	804	759	685	616	- 23 %
Autres chirurgies ORL	304	328	373	421	38 %
Chirurgie fractures, entorses, luxations, tractions	451	417	408	385	- 15 %
Cataractes	227	260	385	381	68 %

Source : PMSI

Les actes les plus fréquemment rencontrés concernent la stomatologie, les traumatismes crâniens, la traumatologie, l'ORL et les cataractes, en progression de 68 %.

6.2.6. Les données d'activité classiques combinées avec le PMSI et la tarification à l'activité

La DMS de séjour brute des RSS hors séance est de 4,90 jours en 2010.

La valorisation T2A progresse entre 2008 et 2010 de 8 %, sous le double effet de l'augmentation de l'activité de court séjour (+ 7 % pour les entrées et + 3 % pour les journées) et du chiffre d'affaires moyen par résumé de sortie standardisé (+ 4 %).

La valorisation additionnelle par activité diminue de 1 % entre 2008 et 2010 : le nombre de RSS dépassant la borne haute évolue entre 2008 et 2010 de 52 % avec un pic en 2009, le nombre de RSS dépassant la borne basse évolue de 80 %, avec un pic également en 2009.

Ces résultats sont péjoratifs pour les ressources de l'établissement qui est pénalisé lorsque la durée de séjour par GHM est inférieure ou supérieure à la borne.

La chambre recommande à l'établissement de conduire une réflexion avec les pôles et le médecin DIM sur les situations extrêmes (bornes hautes et basses).

Les indicateurs de mesure de la performance⁴ en 2008 sont globalement corrects et ont progressé depuis 2006. En effet l'indicateur de performance était à 1,03 en 2006, 1,04 en 2008 et 1,05 en 2007, 2009, 2010 et 2011.

L'établissement produit près de 12 829 journées de moins que le nombre de journées théoriques par rapport à la durée moyenne de séjour standardisée. Il est en progression comparativement à celui de 2007.

L'établissement produit des séjours avec des niveaux de sévérité importants. L'activité est pour près de la moitié programmée, démontrant l'enracinement de l'hôpital dans son territoire. L'activité de cancérologie qui connaît un taux de progression très important depuis l'ouverture du nouvel hôpital et la structuration de l'offre de soins en oncologie restent à développer, l'établissement étant dans ce domaine directement concurrencé par le secteur privé.

6.3. L'évolution des parts de marché

6.3.1. L'évolution des parts de marché entre 2007 et 2010 selon « Hospi Diag »

Les parts de marché en chirurgie, malgré une évolution positive, sont relativement faibles, la chirurgie réalisée par le centre hospitalier ne représentant qu'un quart de la chirurgie sur la zone d'attractivité de l'établissement. La part de l'obstétrique est en augmentation.

Les parts de marché de chimiothérapie ont fortement évolué depuis 2007.

6.3.2. Les parts de marché selon la BDHF en 2010

Le centre hospitalier subit une forte concurrence des cliniques privées présentes sur le territoire.

L'établissement est le premier établissement pour la médecine et l'obstétrique, malgré des parts de marché peu élevées pour un hôpital pivot dans le département. L'établissement est concurrencé par la clinique Notre Dame de l'Espérance (2^{ème}) et par la clinique Saint-Pierre, 2 maternités privées de niveau I réalisant environ 3 400 accouchements.

⁴ La performance globale de l'établissement est mesurée par comparaison entre sa DMS réelle et celle théorique calculée avec une moyenne nationale.

Le CH de Perpignan a une maternité de niveau III (1 400 accouchements), référente en matière de transfert in-utéro et post natal, pour les maternités des Pyrénées-Orientales et de Narbonne.

L'établissement n'arrive qu'en 4^{ème} position pour la chirurgie, étant fortement concurrencé par le secteur privé.

La concurrence au niveau de la chirurgie est exercée par la clinique Saint-Pierre (1^{ère} pour la chirurgie digestive, la chirurgie vasculaire, la gynécologie au niveau du sein), la clinique mutualiste La Catalane (1^{ère} pour l'orthopédie, l'ophtalmologie), et la clinique de Notre Dame de l'Espérance (1^{ère} pour les nouveaux nés).

Conclusion sur l'activité du centre hospitalier de Perpignan

Le centre hospitalier de Perpignan a vu son activité progresser depuis l'ouverture du nouvel hôpital.

Pour autant, l'activité de l'établissement se situe dans un environnement fortement concurrentiel qui fragilise son positionnement d'hôpital public pivot du département des Pyrénées-Orientales. Le maintien d'un bon niveau de recrutement médical est un enjeu pour l'avenir et la pérennité des activités notamment au niveau de la chirurgie, mais aussi de l'imagerie.

La chambre formule les recommandations suivantes :

Le centre hospitalier devra :

1. conduire une réflexion sur l'organisation des unités ayant un taux d'occupation inférieur à la cible en étudiant particulièrement le dimensionnement de l'unité et/ou la transformation de lits en hospitalisation de semaine ainsi que sur les durées moyennes de séjour trop longues et les séjours à bornes basses et hautes ;
2. développer la chirurgie ambulatoire de façon déterminée.

7. LE PLATEAU TECHNIQUE DU NOUVEL HOPITAL

7.1. La mesure de la performance de l'organisation

7.1.1. Les indicateurs du bloc opératoire pour 2010

7.1.1.1. Nombre d'interventions par salle et par mois (programmées et urgentes) 1^{er} semestre 2011

Il apparaît au regard des données transmises par l'établissement (annexe 5) que le nombre de salles est élevé pour une activité qui varie selon les spécialités chirurgicales.

Le nombre d'interventions par salle par jour est inférieur à 3 (2,46). La salle dédiée à la neurochirurgie ne réalise quant à elle que 1,12 intervention par jour en moyenne et ne représente que 5 % de l'activité. Le nombre d'interventions dans la salle d'urgence 1 dédiée à la chirurgie viscérale est de 2,75 par jour, alors que la salle d'urgences dédiée à la traumatologie réalise 3,45 interventions par jour. L'urgence représente 17 % de l'activité du bloc opératoire.

L'analyse de l'occupation des salles par jour au 1^{er} semestre 2011 démontre la sous-occupation d'un certain nombre de salles, les taux étant pour la plupart inférieurs à 75-80 %.

7.1.1.2. L'activité du bloc opératoire au 1^{er} semestre 2011

Le taux d'occupation des vacations par spécialités au 1^{er} semestre 2011 est inférieur à 75 % à l'exception de la spécialité chirurgie thoracique vasculaire.

Le nombre d'actes augmente de 9 % entre juillet 2010 et juillet 2011, la valorisation en actes CCAM de 11 %, et la valeur moyenne de l'acte augmente de près de 3 €. La spécialité qui enregistre le chiffre d'affaires le plus important est la cardiologie interventionnelle. Les chirurgies maxillo faciales et urologiques enregistrent les chiffres d'affaires les moins importants, la valeur moyenne de l'acte de chirurgie maxillo faciale étant de 39,86 €. Le plus faible nombre d'actes est enregistré par l'activité ORL. L'activité de gynécologie n'enregistre que 2 % des heures pour l'urgence par rapport au total des heures consommées, alors qu'il s'agit d'une maternité de niveau 3. Le taux d'occupation des vacations pour cette spécialité n'est que de 55 %.

7.1.1.3. La répartition des patients par spécialité en 2010

Les spécialités qui effectuent le plus d'actes hors radiologie interventionnelle sont la chirurgie orthopédique (15 %), la chirurgie maxillo-faciale (14 %), la chirurgie thoracique et vasculaire (12 %), la chirurgie urologique (12 %) et la chirurgie viscérale (10 %).

Les mois d'été enregistrent une activité supérieure à la moyenne.

7.1.1.4. Les indicateurs de performance de la chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010

Les taux de chirurgie ambulatoire et des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire évoluent légèrement entre 2007 et 2010 sans pour autant atteindre le 8^{ème} décile de la catégorie.

Le taux d'utilisation des places est faible, particulièrement en 2010 où il est de 49 %, alors que le 8^{ème} décile de la région enregistre un taux de 138,5 %.

La chirurgie ambulatoire représente 25,8 % de l'activité chirurgicale.

Le nombre d'interventions représente 14,5 % du nombre total d'interventions réalisées au 1^{er} semestre 2011. Le nombre d'interventions par salle par jour apparaît peu performant : sur la base de 128 jours ouvrables au 1^{er} semestre 2011 il est de 3,72 pour la salle d'ambulatoire 1, et de 3,93 pour la salle d'ambulatoire 2.

Les taux d'occupation sont inférieurs aux taux cibles définis par l'ANAP qui se situent dans une fourchette minimale de 100 %, le taux cible étant de 125 %⁵. En effet, en chirurgie ambulatoire un même lit peut être occupé par deux patients la même journée. Or l'organisation du bloc opératoire ne permet pas cette rotation de patient car les interventions se terminent à 15 heures. L'établissement doit faire de l'organisation de la chirurgie ambulatoire une priorité de premier niveau.

7.1.1.5. Analyse à partir des indicateurs et des données comparatives nationales

Le taux d'occupation des salles est peu élevé (58 %), le taux cible étant pour cet indicateur entre 75 et 80 %⁶.

Selon une étude importante de la MEAH faisant référence, si le taux d'occupation est faible, c'est-à-dire inférieur à 65 %, le bloc opératoire est à réorganiser en utilisant moins de ressources.

⁵ Répertoire d'indicateurs MEAH, octobre 2009.

⁶ Répertoire d'indicateurs MEAH, octobre 2009.

Par ailleurs un taux d'ouverture minimal de 70 % du temps conventionnel MEAH (10h30) est recommandé, soit près de 38 heures par semaine de temps de vacation offert par salle (sur la base de 54 heures hebdomadaires). Or la moyenne du temps de vacation par salle est inférieure à 30 heures par semaine⁷.

7.1.2. Les indicateurs de l'imagerie pour 2010

En ce qui concerne l'imagerie, seuls ont été étudiés les indicateurs concernant l'IRM et les 2 scanners, équipements pour lesquels des éléments de comparaison existent au niveau national.

Le nombre d'actes d'IRM a évolué entre 2006 et 2010 de 43,84 %. Une proportion importante est réalisée en ambulatoire (74 % des IRM en 2009). Les radiologues libéraux ont réalisé 30 % de l'activité au premier semestre 2010, et pour l'essentiel en ambulatoire.

Le nombre d'actes de scannographie dit « chauds » effectués aux urgences a évolué entre 2006 et 2010 de 30,59 %. Cette activité est assurée exclusivement par les praticiens hospitaliers. Elle concerne pour 87 % l'activité d'hospitalisation en 2009.

Le nombre d'actes de scannographie dit « froids » a évolué entre 2006 et 2010 de 14,17 %. Cette activité est assurée à 80 % par les praticiens hospitaliers et concerne pour 37 % l'activité d'hospitalisation en 2009. Au cours de ces plages d'activités programmées, 21 actes en urgence en 2008 et 257 en 2009 ont été enregistrés.

Le centre hospitalier rencontre actuellement des difficultés au niveau de l'effectif de radiologues publics et doit fonctionner avec des radiologues issus du secteur privé liés à l'établissement à travers un GCS imagerie.

L'ANAP a piloté au début de l'année 2010 une campagne de « benchmark » des plateaux d'imagerie disposant de scanners et d'IRM dans 14 régions françaises⁸. Ces données de comparaison permettent de comparer le CH de Perpignan avec 301 établissements dont 117 centres hospitaliers publics.

Délais de rendez-vous (2010)

Le délai médian d'obtention d'un rendez-vous pour un scanner pour un patient ambulatoire est de 7 jours, et de 2 jours pour un patient hospitalisé. Le CH de Perpignan se situe au-dessus de ce délai médian avec un délai d'attente de 5 jours pour un patient hospitalisé de nature à rallonger la durée moyenne de séjour.

Les délais d'obtention de rendez-vous sont en revanche nettement plus longs en IRM, qu'en scannographie, avec un délai médian pour les patients en ambulatoire de 21 jours sur le panel de répondants, et de 7 jours pour un patient hospitalisé. Le CH de Perpignan se situe légèrement en-dessous de ce délai médian, le délai d'attente de 6 jours pour un patient hospitalisé. Le centre hospitalier précise que depuis l'installation d'une deuxième IRM au printemps 2011, le délai de rendez-vous a diminué pour passer à 4 jours pour les hospitalisés.

Temps d'ouverture hebdomadaire et taux d'utilisation des équipements (2010)

Le centre hospitalier de Perpignan se situe au-dessus des heures d'ouverture hebdomadaire pour les scanners et l'IRM par rapport à la médiane des autres établissements.

⁷ Benchmark des blocs opératoires dans dix régions pilotes, synthèse nationale, MEAH 2007.

⁸ Imagerie scanner IRM Rapport de benchmark.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

En ce qui concerne le nombre moyen de passages par semaine le centre hospitalier de Perpignan se situe au-dessus de la médiane pour le scanner qui est à 158 passages semaine, et pour l'IRM qui est à 102 passages semaine.

Le taux d'utilisation du scanner se situe au-dessus de la médiane qui est à 59 %. Le taux d'utilisation de l'IRM se situe en-dessous de la médiane qui est à 80 %.

7.1.3. Les indicateurs des consultations externes pour 2010

Libellés des indicateurs	Résultats
Taux d'occupation des plages	63 %
Taux de recouvrement des consultations externes	54 %

Le taux d'occupation des plages est peu élevé (63 %), ainsi que le taux de recouvrement des consultations externes (54 %).

7.1.4. Les indicateurs du laboratoire de 2008 à 2010

Le laboratoire d'anatomo-pathologie, selon les rapports d'activité de l'établissement, voit son activité fortement augmenter pour les malades hospitalisés (+ 39,5 %) et pour les consultants (+ 199 %), tandis que les deux autres laboratoires connaissent une baisse pour les consultants (- 38,6 %) alors que l'activité augmente légèrement pour les hospitalisés (+ 0,5 %).

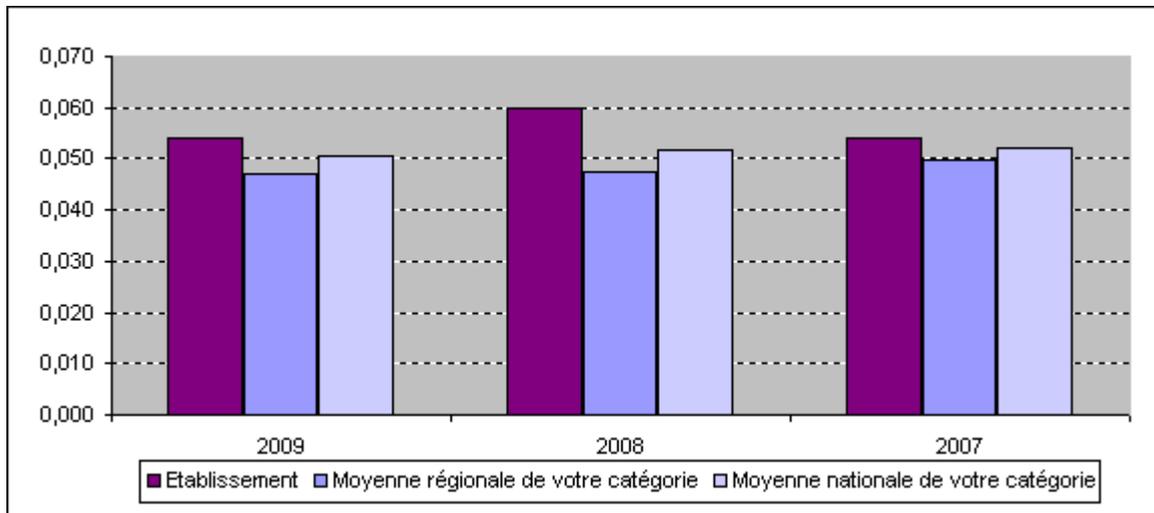
7.1.5. Le coût majoré des unités d'œuvre des activités médico-techniques

Le centre hospitalier de Perpignan est au-dessus de la valeur moyenne nationale pour le coût majoré des activités du bloc opératoire, de l'anesthésiologie, de la dialyse, de l'accueil aux urgences, de l'imagerie.

Le centre hospitalier de Perpignan a en 2010, après la mise en service du nouvel hôpital, amélioré ses résultats au niveau des indices de coûts relatifs (ICR)⁹ notamment pour le bloc opératoire, les urgences et l'imagerie.

⁹ L'ICR est l'unité d'œuvre comptable relative aux actes médico-techniques. Il indique la mobilisation de ressources humaines et matérielles directement nécessaires à la réalisation de chaque acte de la classification commune des actes médicaux. L'ICR est « relatif » : la réalisation d'un acte ayant un ICR de 200 consomme en moyenne deux fois plus de ressources que celle d'un acte dont l'ICR est de 100.

7.1.6. Le poids des charges de personnel médico-technique par rapport à l'ensemble du personnel non médical



Source : BDHF

Le poids des personnels médico-techniques du centre hospitalier de Perpignan apparaît comme supérieur à la moyenne régionale et à la moyenne nationale des établissements de même catégorie.

7.1.7. Les résultats analytiques du pôle anesthésie-réanimation et du pôle médico-technique pour 2010

Le pôle anesthésie-réanimation, composé de l'anesthésie, de la réanimation, de l'unité de soins continus, du bloc opératoire et de la consultation douleur est, selon le compte de résultat analytique de 2010, déficitaire de 2 802 797,28 €.

Le pôle médico-technique, composé de l'imagerie, de la médecine nucléaire, des laboratoires, de la pharmacie-stérilisation et de l'hygiène est déficitaire en 2010 de 1 404 703,90 €.

Conclusion sur le nouveau plateau technique de l'hôpital de Perpignan

Le centre hospitalier de Perpignan s'est doté d'un plateau technique moderne. Toutefois, au regard des indicateurs de référence, le bloc opératoire apparaît comme surdimensionné. Le centre hospitalier précise qu'il est associé au projet de l'ARS Languedoc-Roussillon qui a lancé, en juillet 2012, une démarche comparative régionale sur l'organisation des blocs opératoires et de la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs les deux pôles regroupant le plateau technique sont déficitaires.

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. mener les études nécessaires en lien avec la cellule de contrôle de gestion et les pôles concernés en vue de proposer, sur la base d'un diagnostic, un plan d'actions visant à optimiser l'utilisation du plateau technique et à le rendre efficient au suivi de la performance du plateau technique ;
2. mener une réorganisation du bloc opératoire en vue d'une optimisation de son utilisation et une réduction de ses coûts.

8. LE CONTROLE DE GESTION ET LA COMPTABILITE ANALYTIQUE

La mise en place de la tarification à l'activité en 2004 a profondément bouleversé les modèles organisationnels en place. Elle a contraint les établissements à renforcer leurs outils de gestion plus particulièrement destinés à la connaissance des coûts et au pilotage de l'activité.

8.1. Le contrôle de gestion

Un contrôle de gestion avait été mis en place en 2005, mais a cessé de fonctionner suite à divers mouvements de cadres. En mars 2010 l'établissement a mis en place une cellule de contrôle de gestion composée d'un ingénieur et de deux adjoints administratifs. Cette cellule est rattachée au département de la politique médicale et des affaires financières et chargée de l'élaboration de tableaux de bord, de la comptabilité analytique ainsi que d'études ponctuelles.

Si la cellule suit et analyse les recettes, le nombre d'entrées, de journées, d'actes, etc., les indicateurs de performance, l'analyse des durées moyennes de séjour, des taux d'occupation des blocs, des salles d'imagerie ne sont pas encore suivis.

La cellule de contrôle de gestion devra évoluer vers cette analyse de la performance, indispensable au pilotage de l'établissement.

8.2. La comptabilité analytique

Au-delà de la comptabilité des dépenses engagées, l'ordonnateur doit tenir une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement. Les résultats doivent être communiqués au conseil de surveillance.

La comptabilité analytique hospitalière (CAH) a connu un fort développement depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A). Les outils élaborés par les guides de comptabilité analytique hospitalière sont le CREA (compte de résultat analytique) et le TCCM (tableau coût case mix).

Le centre hospitalier de Perpignan, qui disposait auparavant d'une comptabilité analytique, ne produisait pas ces dernières années, en dehors du retraitement comptable produit à la tutelle, et jusqu'en 2011, les outils de comptabilité analytique hospitalière pourtant obligatoires et surtout indispensables au pilotage de l'établissement.

Le centre hospitalier de Perpignan ne participe pas à la base d'Angers. Il n'a produit de CREA que sur un exercice, sans produire le TCCM au niveau de l'établissement. Les CREA produits en 2011 pour l'année 2010 sont établis par pôle et non consolidés. Au niveau de l'établissement, les CREA des pôles anesthésie-réa, face orthopédie, femme-enfant, médico-technique, urgences, abdomen, métabolique apparaissent déficitaires, ceux de neurologie, spécialités médicales et gériatrie sont excédentaires.

Plusieurs réserves sur les résultats des CREA peuvent être faites. En premier lieu, les résultats obtenus sont fortement dépendants du découpage retenu pour constituer lesdits pôles. En effet, les pôles ne sont pas tous égaux face à la T2A, certaines activités étant plus rémunératrices que d'autres. Par exemple, le pôle médical 2, qui présente un résultat excédentaire de 1,228 M€, inclut une activité oncologie (séances de chimiothérapie...). Par ailleurs, l'approche suivie est globale, concernant l'ensemble des activités du pôle, sans distinction des charges et des recettes par unité médicale, ce qui rend difficile la conduite d'études médico-économiques sur le coût d'une discipline. Enfin, la démarche, qui repose sur le seul exercice 2010, demande à être fiabilisée sur le plan de la méthode en intégrant les recommandations du nouveau guide de comptabilité analytique hospitalière.

La chambre relève que la CAH mise en œuvre dans l'établissement est très récente et est encore embryonnaire, l'établissement ne produisant ni CREA, ni TCCM consolidés. Or le TCCM est un outil de pilotage utile, car il permet de comparer les charges d'exploitation MCO de l'établissement avec un établissement qui a strictement la même activité comptabilisée en GHM.

Conclusion sur le contrôle de gestion et la comptabilité analytique

La démarche de contrôle de gestion et de comptabilité analytique, du fait de son caractère récent, ne permet pas à l'établissement de disposer de tous les moyens de pilotage dont il aurait besoin. Le centre hospitalier devra évoluer vers une démarche d'analyse de sa performance sur la base des indicateurs préconisés par l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP) des établissements de santé.

La chambre recommande au centre hospitalier de poursuivre la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière en développant le CREA et le TCCM au niveau de l'entité établissement. Une participation à la base d'Angers doit être envisagée.

9. LE RECOUVREMENT DES RECETTES

La tarification à l'activité (T2A) inverse la logique de financement des activités cliniques et médico-techniques. Les dysfonctionnements au niveau de la chaîne de facturation / recouvrement des établissements, jusqu'alors minimisés par les mécanismes de compensation budgétaire, apparaissent dans toute leur ampleur et pèsent sur les finances globales de l'hôpital : l'optimisation du processus de facturation est un enjeu majeur du secteur hospitalier et une nécessité impérieuse pour la survie des établissements.

9.1. Le recouvrement des recettes d'activité

9.1.1. Le pilotage du recouvrement des recettes d'activité

Le département d'information médicale fait partie du centre de responsabilité du président de la CME.

La chambre relève que le médecin du DIM faisant fonction de chef de service en l'absence du titulaire n'assiste pas au directoire ni en qualité de membre, ni en qualité de membre invité, cette dernière pratique étant courante dans les EPS. Selon une enquête réalisée par le ministère de la Santé entre juin et juillet 2011 sur la nouvelle gouvernance, le médecin responsable de l'information médicale est membre du directoire (et non membre invité) dans 27 % des centres hospitaliers, et dans 32 % des centres hospitaliers dont le budget est supérieur à 70 millions d'euros. La chambre recommande à l'établissement au moins d'inviter le médecin responsable du DIM aux directoires lorsque l'ordre du jour se prête à sa présence.

9.1.2. Les ressources humaines du département d'information médicale

9.1.2.1. Evolution des effectifs pendant la période contrôlée

Sur la période contrôlée les effectifs ont évolué de 0,40 ETP. En 2011 le service comporte 7,30 ETP et deux équivalents temps plein praticiens PH.

9.1.2.2. Formation des agents du DIM

Les agents du DIM ont suivi sur la période de contrôle des formations portant sur le PMSI MCO et SSR, le codage et l'utilisation des logiciels. Le personnel participe également aux journées de formation du collège du Languedoc-Roussillon en information médicale.

9.1.3. L'organisation du recueil des recettes T2A

9.1.3.1. Organisation du codage

En dehors de l'activité des urgences codée de façon centralisée par les secrétaires médicales en temps partagé sur les urgences et le DIM, le centre hospitalier de Perpignan a fait le choix d'un codage décentralisé. Ce choix doit s'appuyer sur une organisation rigoureuse du contrôle du codage.

Aux urgences, le codage étant centralisé, 100 % de l'activité réalisée est contrôlée.

L'ordonnateur indique que dans 74 unités fonctionnelles, 50 % des codages des RUM font l'objet d'une deuxième série de contrôles sur requêtes.

La chambre relève qu'aucun contrôle n'est effectué sur le codage de l'activité externe¹⁰, ce qui peut entraîner des pertes financières importantes. Le contrôle de l'activité externe s'oriente principalement aujourd'hui autour de la fiabilisation des flux de données.

Aucune sensibilisation n'est faite à l'égard des praticiens qui consultent pour vérifier que la distinction entre une consultation simple et une consultation de spécialiste (C2) se retrouve dans le codage.

La part des consultations cotées en C2 ne représente que 14,5 % des consultations codées, ce qui apparaît faible au regard de l'activité chirurgicale de l'établissement et du nombre de spécialités représentées.

Les contrôles de cohérence entre l'activité codifiée et l'activité réellement facturée à l'Assurance Maladie sont récents et consécutifs à la création de la cellule de contrôle de gestion.

L'établissement s'est rendu compte en 2011 qu'environ un million d'euros de recettes sur les exercices 2009 et 2010 n'avait pas été valorisé. Il en a obtenu la régularisation au titre de la procédure LAMDA.

Le renforcement des contrôles en vue d'éviter une perte des recettes est à encourager.

9.1.3.2. Les relations avec la direction des finances, le bureau des entrées, la direction du système d'information

La production de l'information médicale est un élément crucial de la facturation, placé sous la responsabilité du médecin DIM. La position de ce dernier par rapport à ses collègues médecins et à la direction d'établissement n'est pas toujours aisée.

Les relations du DIM avec les autres directions étaient jusqu'à une période récente informelles. Une volonté de coordination a vu le jour en septembre 2011 avec l'organisation des réunions de coordination mensuelles entre le service des finances, le bureau des entrées, le département d'information médicale et la direction chargée du système d'information. La mise en place de cette coordination est trop récente pour en évaluer les retombées.

¹⁰ L'activité externe concerne l'activité des consultations externes, de l'imagerie, du laboratoire, etc.

9.1.4. La communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes

Le centre hospitalier n'a pas installé de collège médical du DIM, contrairement aux recommandations de la circulaire n° 303 du 24 juillet 1989.

L'article R. 6113-8 du code de la santé publique dispose que le médecin DIM transmet à la CME et au directeur les informations nécessaires à l'analyse de l'activité. Le DIM ne produit pas depuis 2008 de rapport annuel d'activité. Suite au contrôle de la chambre, le rapport d'activité 2011 a été établi en 2012. L'élaboration des rapports d'activité répond à un souci de bonne pratique et d'information du directoire et de la CME.

9.2. Le recouvrement des recettes par le bureau des entrées

Le bureau des admissions est rattaché à la direction des affaires médicales, chargée également de l'accueil, de la communication et de la gestion médico-administrative. Il est piloté par un attaché d'administration hospitalière.

9.2.1. Le pilotage du recouvrement des recettes

En 2009 l'établissement a participé au chantier de la mission d'expertise et d'audit hospitalier « Facturation, recouvrement des produits hospitaliers ».

Il a été constaté que les encaissements en régie étaient insuffisants, le volume des pré-admissions était particulièrement faible, la communication interne et externe était à parfaire.

A l'issue du chantier, l'établissement avait pu progresser sur le développement des pré-admissions et la redéfinition du circuit patient, la fluidification des actes, la réduction du taux de rejet en télétransmission.

Il avait également réussi à se positionner sous les 10 % de rejets.

Le recouvrement n'est pas un processus placé sous une responsabilité unique puisque le recouvrement effectué par le bureau des entrées dépend des affaires médicales, alors que dans la plupart des établissements les admissions sont placées sous la responsabilité directe du directeur des affaires financières qui, par ailleurs, doit pouvoir superviser l'activité du DIM, ce qui n'est pas le cas au centre hospitalier de Perpignan.

Il n'existe pas de réunions spécifiques ou de séances d'information au sein des réunions de pôle ou de service portant sur le processus de facturation et de recouvrement.

9.2.2. Les ressources humaines chargées de la facturation des prestations de soins

Des compétences inégales et parfois inadéquates aux enjeux de la facturation dégradent bien souvent l'efficacité de la fonction du bureau des entrées.

De 2006 à 2011 aucune formation n'a été suivie par les agents du bureau des entrées sur leur cœur de métier à savoir la facturation, le recouvrement, la réforme de la tarification à l'activité, les règles de l'assurance maladie. La chambre prend acte de la programmation d'une formation fin 2012 pour l'ensemble des agents d'admission.

Les effectifs suite à l'ouverture de la tranche 1 du nouvel hôpital ont fortement évolué, 16 postes d'agents administratifs ont été créés en 2009.

Les fiches de poste ne décrivent ni la responsabilité des agents au niveau de la facturation, ni la responsabilité des agents des régies au niveau du recouvrement. Le centre hospitalier précise que suite au constat de la chambre, les fiches de postes sont en cours de modification.

9.2.3. L'organisation du recouvrement des recettes

9.2.3.1. Organisation de l'identitovigilance

L'identification de la personne soignée est un enjeu majeur de la sécurité sanitaire. Cette prise de conscience récente est liée à la reconnaissance de l'existence d'erreurs d'identification des malades dans la mise en œuvre d'actes de soins. Une évaluation a été effectuée en avril 2011 portant sur « la fiabilisation de l'identité patient ». Cette évaluation avait conclu que la vérification de l'identité du patient n'était pas forcément effectuée sur des pièces juridiquement valables, qu'il était indispensable de réactiver la cellule d'identitovigilance et enfin, qu'il fallait former les agents à la prise d'identité.

Une démarche de fiabilisation de l'identité des patients et des débiteurs a été conduite (procédure en cours de réalisation). Une charte d'identification a été élaborée en 2006. Les procédures élaborées entre 2006 et 2007 sont actuellement en cours de révision.

La chambre ne peut qu'encourager l'établissement à finaliser sa démarche de fiabilisation de l'identité patient et débiteurs.

Le centre hospitalier précise que la cellule d'identitovigilance a été réactivée sous la responsabilité du médecin DIM, plusieurs réunions ayant déjà été organisées au cours desquelles une charte de saisie de l'identité a été validée.

9.2.3.2. Organisation du recouvrement et des sorties

1. Une organisation du recouvrement déconcentrée

Depuis octobre 2009 et l'installation dans le nouvel hôpital, la gestion administrative du patient a été complètement déconcentrée et 23 points d'admission ont été créés. L'objectif poursuivi par l'établissement étant de rapprocher les points d'accueil et d'encaissement des lieux de réalisation de l'activité, créant ainsi des conditions favorisant l'encaissement des patients à la sortie.

L'efficacité d'une telle organisation n'apparaît pas nettement. Tout particulièrement la double appartenance bureau des entrées - service clinique complique la tâche des agents et rend possible une désresponsabilisation des agents du personnel dans une chaîne de facturation complexe.

En outre, l'organisation décentralisée mise en place au CH comporte des coûts cachés car plus consommatrice en ressources pour fonctionner (surfaces de travail, ressources humaines). En effet, la productivité est bridée par l'effet de seuil : le CH, pour mettre en œuvre cette déconcentration, a recruté seize agents.

La formation aux outils et à leur mise à jour s'avère compliquée à mettre en œuvre et à pérenniser, d'autant qu'au CHP la formation de ces agents est défailante.

Le centre hospitalier indique qu'il partage le diagnostic de la chambre sur l'efficacité de l'organisation actuelle. La chambre prend acte du fait que l'établissement s'est engagé dans un projet de réorganisation basé sur la diminution des points d'admission et une meilleure mutualisation des équipes.

2. La préparation de la facturation au fil de l'eau

L'établissement s'est préparé tardivement à la mise en œuvre de la facturation au fil de l'eau, qui devrait intervenir dans un court délai, notamment par l'organisation de suivis réguliers avec

l'assurance maladie et le comptable. Le CH de Perpignan devra intégrer cette nouvelle chaîne dans un dispositif médico-administratif renouvelé, qui passe par l'organisation de rencontres CPAM / CHP / Trésor public et la refonte de l'organisation médico-administrative. Cette réorganisation nécessite la mise en place d'un renforcement du contrôle qualité de la facturation, du traitement des rejets et la mise en œuvre de mesures pédagogiques, par le biais de formations en interne et externe. Par ailleurs, la spécialisation d'un cadre de la cellule contentieux est nécessaire, avec pour mission le contrôle de la mise en place de la FIDES au sein de l'établissement et l'objectif de passer le taux de rejets sous la barre des 8 %. Le positionnement hiérarchique de la cellule facturation-contentieux doit s'effectuer sous la responsabilité d'un attaché d'administration hospitalière des affaires financières.

La préparation de la facturation au fil de l'eau suppose deux phases préalables. La première passe par la maîtrise de la facturation actuelle en télétransmission B2. Le CHP doit progresser sur la qualité des données, le taux de rejet des factures dont l'indicateur significatif de mesure des progrès accomplis en la matière. La deuxième nécessite la mise sur pieds d'une véritable structure de projet interne avec une phase de diagnostic destinée à construire un plan d'action.

En 2011, Le CH n'avait pas encore entrepris de démarche sous mode projet de la facturation au fil de l'eau. Toutefois la chambre prend acte que sur l'année 2012 un plan d'actions a été mis en œuvre pour améliorer la performance de la chaîne de facturation.

9.2.4. Les indicateurs permettant de suivre l'activité de facturation et de recouvrement

L'établissement dispose de quelques tableaux de bord permettant de suivre le nombre de dossiers créés par les secteurs d'admission, les délais de facturation, les taux d'annulation, l'activité des régies, les taux de rejet de l'assurance maladie, le nombre de doublons dans la base de données administratives, ainsi que des tableaux d'activité par gestionnaire et des requêtes concernant la facturation. Ces indicateurs ne permettent pas pour autant de mesurer la performance du processus de facturation et de recouvrement.

D'autres indicateurs ont été calculés pour compléter l'analyse.

9.2.4.1. Le taux d'exhaustivité du codage (nombre de dossiers codés à J + 30 / nombre de dossiers total)

Le taux d'exhaustivité du codage au centre hospitalier de Perpignan est la plupart du temps supérieur à 98 %.

9.2.4.2. Les délais moyens de codage des actes

Les délais moyens de codage (délai moyen entre la date de réalisation de l'acte et la date de saisie de l'acte) sont corrects (compris entre 6,47 jours et 12,3 jours en 2010 et 2011) et diminuent entre janvier 2009 et 2011.

9.2.4.3. Le délai moyen de la facturation (délai entre la sortie du patient et l'envoi effectif de la facture)

Le délai de facturation à 15 jours, malgré une amélioration à partir de 2010, est faible au regard des enjeux de la facturation au fil de l'eau. En 2011 seuls 42,19 % des dossiers sont facturés à 15 jours et 12,81 % des dossiers hospitalisation sont facturés au-delà de 30 jours ce qui est un délai trop élevé.

La chambre recommande à l'établissement de travailler prioritairement sur son délai de facturation afin de le réduire à 15 jours, tout en veillant à maintenir un niveau de qualité de la facturation afin d'éviter un accroissement du contentieux.

9.2.4.4. Le taux de recouvrement

Le taux de recouvrement permet de mesurer l'efficacité du recouvrement, l'impact sur la trésorerie et la maîtrise du processus.

Les taux de recouvrement sont perfectibles notamment sur les hospitalisés et consultants et sur les débiteurs institutionnels caisses de sécurité sociale et mutuelles.

La chambre recommande à l'établissement de mener des actions visant à rendre plus efficient le recouvrement. Une partie des actions à mener concerne les mutuelles. Le bureau des entrées ne dispose pas aujourd'hui d'un fichier actualisé des mutuelles or, d'importants regroupements et fusions de ces organismes ont eu lieu ces dernières années. Les normes de paramétrage doivent être revues pour éviter que la base soit accessible par divers agents. La chambre prend acte du fait que cette action a été récemment mise en œuvre par le centre hospitalier.

La coopération du trésorier est nécessaire pour détecter les mutuelles en retard de règlement. Les conventions avec les mutuelles seraient également à revoir pour raccourcir les délais de recouvrement.

9.2.4.5. Le taux de dématérialisation

Le taux de dématérialisation apparaît faible en 2009, il est proche de 19 %. Le taux de rejet avoisine les 10 %.

La chambre recommande à l'établissement d'améliorer son taux de dématérialisation, en vue d'améliorer les délais de recouvrement et le coût de traitement de la facture.

Le centre hospitalier indique que jusqu'en 2011, seul le régime général était en télétransmission. Désormais un plus grand nombre de régimes particuliers sont en télétransmission. Le taux de rejet connaîtrait une diminution significative en ce qui concerne plus particulièrement les droits des assurés.

9.2.4.6. Le taux d'annulation

En 2010, le taux d'annulation subit une augmentation, contrairement à la tendance des années précédentes, ce qui tendrait à montrer une baisse progressive de la qualité des titres initiaux émis. Le centre hospitalier indique que cette tendance s'inverse toutefois à nouveau en 2011, mais surtout en 2012, avec un taux de 8,13 %. Sur la période les montants d'annulation sont relativement importants entre 1 313 446 € et 1 700 052 €. Les montants des réémissions sont également importants entre 714 340 € et plus de 1 700 000 €. En 2009 les réémissions ont été de 714 340 € alors que les annulations étaient supérieures d'un montant de 1 327 920 €.

L'organisation de l'accueil administratif au plus près du patient est bénéfique pour la qualité de l'accueil, mais en l'absence d'une formation initiale et continue suffisante, le recours à l'annulation intempestive est le signe d'une moindre qualité. Cette pratique entraîne une charge de travail supplémentaire pour un niveau moindre de qualité de prestation.

La réflexion menée depuis quelques mois par les responsables du bureau des entrées sur l'amélioration de la qualité de la facturation, a conduit l'établissement à renforcer l'encadrement de la cellule contentieux. L'objectif de cette cellule contentieux facturation consiste à se positionner comme une structure référente sur l'ensemble des problématiques liées au contentieux complexe, à la

réglementation en vigueur mais aussi aux pratiques des différents acteurs de la chaîne de facturation. Le centre hospitalier indique que l'effectif de la cellule contentieux-expertise-facturation a été porté de 4 ETP en 2011 à sept ETP en 2012 supervisé par un cadre médico-administratif, par redéploiement interne.

9.2.4.7. Le taux de recouvrement en régie

Le taux d'encaissement en régie, en nombre ou en montant, est faible au regard des moyens humains du bureau des entrées, même si les deux taux se sont améliorés en 2010 (14,79 % en nombre et 10,55 % en montant). A titre de comparaison, les établissements faisant partie du chantier déploiement de la MEAH en 2008 avaient un taux d'encaissement en régie en nombre de 27,7 %, et en montant de 18,32 %. Entre temps les établissements ont poursuivi leurs efforts d'amélioration en vue de la facturation au fil de l'eau.

La chambre ne peut que recommander à l'établissement d'améliorer les encaissements par les régies.

9.2.4.8. Le taux de NPAI (n'habite pas à l'adresse indiquée)

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir ce taux qui fait pourtant partie des indicateurs qu'un bureau des entrées se doit de suivre.

Par ailleurs, les vérifications de base ne sont pas effectuées : les données d'identification du patient ne sont pas vérifiées de façon systématique avant la sortie du patient, il n'y a pas non plus d'information systématique de la cellule d'identitovigilance ou de tout autre acteur chargé des actions de mise en cohérence des données de la carte Vitale et l'identité collectée.

La chambre recommande la mise en place d'actions concrètes sur les « NPAI » au niveau du bureau des entrées, actions qu'elle devra suivre en mettant en place un tableau de bord mensuel permettant d'évaluer le résultat de ses actions.

9.2.4.9. Le montant des admissions en non-valeur

Sur la période, les créances irrécouvrables ont fortement augmentées avec des pics en 2007, 2008 et 2009 : 483 147 €, 534 004 € et 476 113 €.

Ventilation des ANV par budget

Exercice Budget	2006	2007	2008	2009	2010
H	282 384	468 226	525 268	474 802	368 860
B	21 787	14 921	6 951	1 311	6 287
C			1 785		2 000
Total	304 171	483 147	534 004	476 113	377 147

Source : Trésor Public

Au niveau du budget H, aucune analyse n'a été menée par l'établissement pour identifier les services à la source des ANV. Pour autant une nouvelle organisation a été mise en place au niveau des urgences pour améliorer le recueil des informations nécessaires à l'admission. Ainsi un agent a été affecté aux urgences avec pour mission d'informer les usagers présents dans la salle d'attente sur les modalités d'admission et recueillir les éléments nécessaires à l'admission.

9.3. Le recouvrement des recettes subsidiaires

En 2009 les recettes de titre 3 sont de 25 782 989 €, en 2010 de 34 907 624 €.

Le poids des recettes subsidiaires par rapport aux autres recettes est inférieur aux moyennes régionales et nationales.

9.3.1. Les recettes liées aux conventions

Le centre hospitalier a signé des conventions d'occupation du domaine public, avec plusieurs associations : l'AIDER, le CAC 48, la Croix-Rouge, l'association « Savon Fer », la Mutuelle nationale des hospitaliers (MNH), la maison médicale universitaire, le GEIE PET-SCAN, l'école privée MASO, l'EFS et le trésor public.

Le tableau joint en annexe 6 reprend tous les éléments indiqués dans le cadre des conventions afin de dresser un état des lieux de la situation.

La convention relative au CAC 48 ne respecte pas le principe de « *La non gratuité de l'occupation du domaine public* ». Le centre hospitalier devrait au moins facturer les fluides.

Il existe des différences importantes en matière de loyers, alors que le loyer annuel pour la MNH est de 320 € par an le m², l'AIDER ne paye que 8,80 € le m² par an.

Par ailleurs, l'AIDER n'a pas, entre 2007 et septembre 2011, réglé ses consommations électriques s'élevant à un montant total de 32 360 € TTC. Durant la période du contrôle, le centre hospitalier a procédé à un rappel de facturations.

La Mutuelle Nationale des Hospitaliers a, selon la convention, un bureau de 12 m² mais occupe de fait deux bureaux pour une surface de 27 m². Cette occupation de 15 m² supplémentaires se fait en-dehors de tout cadre juridique et d'avenant qui aurait dû permettre de fixer une nouvelle redevance plus importante.

La chambre recommande à l'établissement de revoir les conventions, en particulier celle de l'AIDER et celle du CAC 48, et de veiller à facturer systématiquement les consommations de fluide, ou à défaut de les forfaitiser dans le loyer (coût au m²).

9.3.2. Les recettes liées au régime particulier

L'établissement encaissait fort peu de recettes liées au régime particulier jusqu'en 2010. Ce n'est qu'à partir de l'ouverture du nouvel hôpital et de 2010 que l'établissement a commencé à facturer les chambres particulières, augmentant entre 2006 et 2011 les recettes de 140 339 €.

Conclusion sur le recouvrement des recettes

Le centre hospitalier, malgré des efforts réalisés en 2011, n'a pas un processus de facturation et de recouvrement fiabilisé. Des progrès sont à effectuer au niveau de l'organisation du bureau des entrées et de la formation des agents. Le choix du niveau de déconcentration des admissions s'avère contre-productif, car il conduit à une déresponsabilisation des acteurs, et ne sécurise pas le processus. Par ailleurs il s'agit d'un choix très coûteux. L'établissement n'est pas, par ailleurs, totalement organisé pour permettre la facturation au fil de l'eau.

Au niveau des recettes subsidiaires un travail de remise à plat des conventions d'occupation du domaine public est à effectuer.

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. renforcer les contrôles de cohérence entre l'activité réalisée et l'activité facturée, notamment en ce qui concerne l'activité externe ;
2. renforcer les contrôles qualitatifs du codage notamment en ce qui concerne les consultations ;
3. mettre en place un collège de DIM et le faire vivre ;
4. élaborer le rapport annuel du DIM dans le cadre des bonnes pratiques ;
5. mettre en place des tableaux de bord intégrant les indicateurs dont dispose le trésorier ;
6. évaluer le travail effectué par les agents du bureau des entrées ;
7. mettre en place une formation initiale et continue pour les agents du bureau des entrées ;
8. placer le processus de recouvrement sous une responsabilité unique ;
9. finaliser la démarche de fiabilisation de l'identité patient et débiteur ;
10. mettre en place des actions visant à réduire le délai de facturation à 15 jours sans obérer de la qualité de la facturation ;
11. remettre à plat les fichiers des mutuelles ainsi que les conventions ;
12. améliorer le taux de dématérialisation ;
13. améliorer les encaissements en régie ;
14. mettre en place des actions visant à réduire les dossiers non facturés pour motif « n'habite pas à l'adresse indiquée » (NPAI) ;
15. revoir les fiches de poste des agents des bureaux des entrées ;
16. remettre à plat les conventions d'occupation du domaine public ainsi que le niveau des loyers et facturer les consommations de fluide.

10. LES RESSOURCES HUMAINES

10.1. Evolution détaillée des charges de personnel médical et non médical (budget H)

Les charges nettes de personnel progressent de 31 % entre 2006 et 2010, et de 8,9 % entre 2009 et 2010.

L'incidence du glissement vieillissement technicité (GVT) est évaluée à 0,4 %. Ainsi, l'essentiel de l'augmentation constatée est donc lié à un accroissement de la masse travaillée, c'est-à-dire essentiellement aux recrutements.

En effet, on peut lire dans le rapport du directeur de l'établissement sur le compte financier 2010 que l'augmentation des charges de personnel médical (de 25,5 M€ en 2008 à 29,4 M€ en 2010, soit + 15,3 %) résulte d'un effort de recrutement soutenu de praticiens hospitaliers au sein de l'établissement permettant à la fois de combler les postes demeurés vacants (urgences, anesthésie, neurologie) et d'élargir l'offre de soins (chirurgie thoracique et vasculaire, chirurgie orthopédique, angiologie).

L'augmentation des charges de personnel non médical (de 91,9 M€ en 2008 à 105,2 M€ en 2010, soit + 14,5 %) s'explique par l'ouverture du nouvel hôpital et le développement d'activités nouvelles.

Enfin, la très forte augmentation des charges de personnel extérieur (de 0,35 M€ en 2008 à 1,1 M€ en 2010, soit + 223,5 %) est liée au recours au personnel extérieur dans le cadre de conventions (blanchisserie, entretien des jardins...) ou à du personnel intérimaire (bloc opératoire).

Par ailleurs, il est à noter que le développement des coopérations avec des établissements extérieurs (CH de Narbonne, CHS de Thuir, centre Bouffard Vercelli) génère des dépenses de personnel mis à disposition compensées par des recettes.

Ainsi, les charges de personnel constituent le principal poste de dépenses de l'hôpital de Perpignan et représentent 68,6 % des produits bruts d'exploitation en 2010 (68,7 % en 2006).

10.2. Le personnel non médical (budget H) (annexe 7)

10.2.1. Les effectifs

La chambre relève que les tableaux d'évolution des effectifs issus de la statistique annuelle d'activité renseignée par la direction sont inexploitable, car ils divergent des effectifs comptabilisés ailleurs par l'établissement.

L'augmentation de l'effectif, selon les bilans sociaux, est de 11,33 % entre 2008 et 2009, et correspond à des recrutements liés à l'ouverture du nouvel hôpital. Le nombre d'ETP augmente lui de 12,37 % entre 2008 et 2009.

L'effectif moyen rémunéré en 2010 est de 2 580,71 ETR soit une augmentation de 15,02 % par rapport à 2008.

10.2.2. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences

La gestion prévisionnelle des emplois et carrière a été remplacée par la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Elle constitue le volet prospectif de la gestion des ressources humaines dans chaque établissement par métier.

En l'absence de projet d'établissement et de projet social, la gestion prévisionnelle des emplois et carrière n'a pas fait l'objet d'une formalisation.

10.2.3. La gestion et le pilotage de la masse salariale

Dans un contexte de raréfaction des ressources, les dépenses de personnel requièrent une attention toute particulière de la part du gestionnaire.

Jusqu'en 2010, il n'y avait pas de tableaux de bord, en dehors d'un suivi mensuel des dépenses par budget. L'actuel directeur a souhaité mettre en place des outils permettant de mieux cerner la masse salariale.

Ainsi depuis 2010, des suivis de dépenses plus spécifiques sont effectués sur des sujets sensibles comme les heures supplémentaires et astreintes, le recours au personnel intérimaire, le coût des avancements de grade et d'échelon pour les commissions administratives paritaires.

Depuis 2010 également, un suivi de l'absentéisme par pôle est effectué trimestriellement. En complément de ce suivi, une attention particulière est portée aux accidents de travail et aux maladies professionnelles. En lien avec la médecine du travail, il a été établi un tableau de bord des accidents de travail et des maladies professionnelles.

En outre, depuis le début de l'année 2011, un suivi bimensuel des effectifs est conduit par le directeur avec notamment pour objectif de réduire les mensualités de remplacement, l'établissement

ayant une politique jusque-là très large de remplacement d'un agent par un agent. Les finances de l'établissement ne permettant plus cette pratique, d'autres critères ont été mis en place comme la situation de l'effectif du service concerné, et l'activité du service. Cette nouvelle politique a permis de réduire en moyenne près de 30 mensualités par mois par rapport à l'année 2010.

Il n'existe pas de contrôle interne des éléments de paye.

Le centre hospitalier indique que plusieurs cadres de la DRH et des affaires médicales ont suivi, il y a quelques mois, une formation intitulée « sécuriser et superviser le traitement de la paie ». La chambre prend acte du fait que ces derniers mois des contrôles de cohérence ont été également mis en place, ainsi qu'une procédure de vérification préalable à l'intégration des éléments variables de paie.

La chambre relève que le centre hospitalier n'a pas rempli en 2011 l'obligation réglementaire de produire un bilan social annuel pour 2010, le bilan social ayant été au final élaboré en 2012.

La chambre recommande à l'établissement de poursuivre le développement d'outils de gestion de la masse salariale et de mettre en place très rapidement un contrôle interne des éléments de paye.

10.2.4. La gestion de l'absentéisme

10.2.4.1. Répartition des absences par motif : un absentéisme bien supérieur aux moyennes nationales des établissements de même catégorie

D'après les données précédentes des bilans sociaux, le nombre d'absences pour causes médicales connaît une légère baisse depuis 2007. Il reste néanmoins supérieur aux moyennes régionales et nationales des établissements de même catégorie.

Les données des bilans sociaux font état de la composition de l'absentéisme par motif.

1. Les absences des personnels non médicaux toutes catégories pour toutes causes médicales (en jours).

Le nombre de jours d'absence, de 24,72 jours par agent en 2009, est bien supérieur à la moyenne nationale qui est de 18,78 jours. Le nombre de jours d'absence (toutes absences confondues) par agent en 2010 est de 23,73 et toujours supérieur à la moyenne nationale qui passe à 19,69 jours.

2. Les absences pour cause de maladie ordinaire.

La maladie ordinaire constitue la part la plus importante des absences. Elle représente 35 % de l'absentéisme pour motif médical en 2009 et se situe dans la moyenne nationale des établissements de même catégorie. Le nombre moyen de jours d'absence par agent pour maladie ordinaire en 2010 est de 9,73 jours contre une moyenne nationale de 9,08 jours.

3. Les absences des personnels non médicaux toutes catégories pour cause de longue maladie sont de 6,67 jours en 2009, significativement supérieures à la moyenne nationale qui est de 3,8 jours. Le nombre moyen de jours d'absence par agent pour longue maladie en 2010 est de 6,14 jours contre une moyenne nationale de 3,86 jours.

4. Les absences des personnels non médicaux toutes catégories (accidents ou maladie professionnelle) sont de 3,44 jours en 2009, supérieures à la moyenne nationale qui est de 1,88 jour. Le nombre moyen de jours d'absence par agent pour accidents du travail et maladies professionnelles en 2010 est de 3,91 jours contre une moyenne nationale de 2,10 jours.

5. Les absences pour cause de maternité.

Elles représentent 20 % des absences pour causes médicales en 2009 et augmentent de 14 % entre 2007 et 2009. Cette progression s'explique par la pyramide des âges (50 % des personnels

non médicaux ont moins de 40 ans) et par un personnel, à 80 % féminin. Le nombre moyen de jours d'absence par agent pour maternité en 2010 est de 3,96 jours contre une moyenne nationale de 4,45 jours.

10.2.4.2. Le contrôle de l'absentéisme

1. Des contrôles administratifs et médicaux réguliers

La DRH a réalisé 33 contrôles administratifs en 2009 à la demande des cadres ou de l'administration. Ces contrôles administratifs prennent souvent la forme d'un envoi d'un agent de sécurité au domicile de l'agent. Les agents absents de leur domicile au moment du contrôle administratif font l'objet d'un contrôle médical.

La DRH a également recours aux médecins agréés, notamment lorsqu'elle émet des réserves sur une déclaration d'accident du travail. 40 contrôles médicaux ont été réalisés en 2009.

Le contrôle de l'absentéisme mis en place par le CH constitue une bonne pratique.

2. Les suites données aux contrôles

Le CH n'a pas mis en place de mesures pour les agents contrôlés absents de leur domicile durant les heures de sortie non autorisées.

La chambre considère que l'établissement n'est ainsi pas allé au bout de sa démarche.

La mise en place d'indicateurs sur les résultats des contrôles, et notamment d'éléments statistiques permettrait une meilleure gestion de l'absentéisme.

3. Politique de prévention de l'absentéisme

La politique de gestion de l'absentéisme porte notamment sur la prise en charge des personnels touchés par les accidents professionnels et le remplacement des soignants.

Depuis 2010, la DRH effectue un suivi trimestriel de l'absentéisme portant notamment sur les absences de longue durée, les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Le centre hospitalier indique qu'il a mené récemment une étude accompagnée d'un projet de plan d'actions visant à développer des mesures de prévention, d'accompagnement et de dissuasion de l'absentéisme.

4. La prime de service

Règlementairement la prime de service prend en compte l'absentéisme. A compter de 2011, une modification des critères de répartition est intervenue pour valoriser la présence au travail.

10.2.5. Les contractuels

10.2.5.1. Evolution des effectifs des personnels contractuels en équivalent temps plein rémunéré (ETPR)

En 2010, le nombre d'équivalent temps plein s'élevait à 2 116 pour les titulaires et stagiaires, dont 194 agents en CDI et 289 en CDD. La part globale des contractuels rapportée au nombre total d'ETPR non médicaux reste constante sur la période examinée. Elle représente en moyenne 7 % pour les CDI et 11 % pour les CDD. L'augmentation des effectifs de 62 ETPR au cours de l'exercice 2009 est étroitement liée aux recrutements effectués dans le cadre de l'organisation du nouvel hôpital.

En moyenne, les contractuels constituent 20 % de l'effectif non médical en ETP sur la période examinée.

La progression de 47 % des CDD et de 31 % des CDI sur la période sous revue est significative.

L'effectif des personnels administratifs contractuels double entre 2009 et 2010. Les personnels administratifs en CDI représentent près de 17 % du total des personnels administratifs titulaires et en CDI.

Le volume des personnels médico-techniques est multiplié par 4 entre 2008 et 2009, ce qui représente une augmentation de 13 ETP en 2009, principalement du fait de l'ouverture du nouvel hôpital.

Les personnels techniques augmentent sur la période de 10 ETPR, en partie imputable au recrutement d'informaticiens contractuels, mais aussi à la création de postes sur les équipes de sécurité incendie et électricité induite par les effets conjugués de la réglementation et de l'ouverture du nouvel hôpital.

10.2.5.2. Le défaut de publication des postes à la mobilité

Aux termes de l'article 36 de la loi du 9 janvier 1986 relative à la fonction publique hospitalière, les établissements de santé sont tenus d'assurer la publicité des vacances d'emplois qui relèvent de leur compétence.

Le CH n'a pas été en mesure de produire les documents relatifs à la publicité des emplois vacants, à l'exception du dépôt d'une offre sur un site internet.

10.2.5.3. Rémunération et déroulement de carrière appliqués aux contractuels

Le Conseil d'Etat dans sa jurisprudence CE Préfet de la Martinique du 30 juin 1993 considère qu'en aucun cas il n'est envisageable, pour les agents non titulaires, de prévoir une évolution automatique de rémunération à l'ancienneté à l'instar des grilles indiciaires applicables aux fonctionnaires.

1. L'avancement de carrière appliqué aux contractuels

La chambre relève que les personnels non titulaires bénéficient au centre hospitalier de Perpignan d'un déroulement de carrière.

Le décret 10-19 du 6 janvier 2010 modifiant l'article 1-2 du décret 91-155 du 6 février 1991 portant dispositions applicables aux agents contractuels permet la réévaluation des salaires des contractuels en CDI au minimum tous les trois ans.

Le dispositif réglementaire a été interprété par le comité technique d'établissement en date du 21 octobre 2010 de la manière suivante : « *Le décret prévoit un avancement à la durée minimale tous les trois ans* ».

Le centre hospitalier reconnaît que la formulation utilisée par le CTE n'est pas fidèle au décret 10-19 du 6 janvier 2010 et s'engage à se conformer aux textes, ce dont la chambre prend acte.

2. L'avancement anticipé des contractuels au regard des règles applicables aux fonctionnaires

Il apparaît, au regard des durées d'avancement réglementaires applicables aux fonctionnaires, que certains agents contractuels ont bénéficié d'un avancement plus favorable que les règles applicables aux fonctionnaires, sans que le CH ne puisse justifier les motifs.

Cette pratique constitue un manque d'équité à l'égard des agents titulaires.

3. Le recrutement en référence à un échelon élevé

Les ingénieurs sont dans l'ensemble recrutés sur la base des 1^{er} ou 2^{ème} échelons. Cependant certains ingénieurs sont recrutés sur un échelon élevé sans que cela soit réellement justifié par leur expérience professionnelle ou leur ancienneté. La chambre constate que la pratique de recrutement sur un grade élevé en inadéquation avec l'expérience professionnelle hospitalière des intéressés, n'est pas équitable au regard des durées moyennes et des modalités d'accès aux grades prévues pour les fonctionnaires et pourrait être constitutive, sous couvert de l'appréciation souveraine du juge administratif, d'erreur manifeste d'appréciation.

4. Le versement des primes aux personnels techniques contractuels

Le versement des primes techniques aux ingénieurs est une pratique courante dans les hôpitaux qui permet de maintenir un niveau de recrutement de personnels techniques.

Au CH de Perpignan, il apparaît que les primes sont modulées pour certains agents contractuels, avant la période de réexamen prévue par le décret susvisé.

Or, la chambre rappelle que les contractuels sont exclus du bénéfice de la prime de technicité en application du décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution de la prime de technicité aux ingénieurs hospitaliers. Cette prime ne concerne que les titulaires, ou les stagiaires, les contractuels n'étant pas mentionnés dans ce décret.

Le centre hospitalier reconnaît que le bénéfice de la prime de technicité est effectivement réservé aux titulaires. La chambre prend acte qu'il entend se conformer dans ce domaine à la réglementation.

10.2.5.4. Cas particulier d'un agent non titulaire recruté sur un poste de directeur

Madame P. a été recrutée le 13 octobre 2003 sur un emploi initialement prévu en référence au grade d'adjoint des cadres hospitaliers (ACH) pour remplir les fonctions d'assistante de direction au service des affaires juridiques, en raison de l'absence d'un titulaire pour une longue période.

Son recrutement était prévu, à l'origine, en CDD assorti d'une période d'essai de 6 mois en qualité d'ACH. En cas d'évaluation positive, l'agent pouvait bénéficier d'un CDI sur un poste d'AAH.

Le 10 septembre 2007, Madame P. est engagée par un contrat à durée indéterminée pour exercer les fonctions de directeur de classe normale du service des affaires juridiques.

La chambre rappelle que les directeurs d'hôpitaux sont recrutés par un concours national, astreints à une formation de 27 mois dispensée par l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP). La carrière est gérée par le CNG (Centre national de gestion).

L'accès des non-fonctionnaires aux emplois de directeur adjoint est de tout temps exclu par la réglementation en vigueur. Le CH de Perpignan ne pouvait ignorer l'irrégularité de ce recrutement.

De plus, Madame P. perçoit indûment la prime de fonction réservée aux directeurs titulaires.

10.2.5.5. Les contractuels de la direction des systèmes d'information

1. Un coût élevé de l'activité informatique au regard d'autres établissements plus importants

Une étude intitulée « base de benchmark régionale sur les retraitements comptables 2009 » et conduite par le service de contrôle de gestion de l'ARS montre que le coût unitaire moyen des postes informatiques du CH de Perpignan est supérieur de 30 % à la médiane nationale.

Le CH de Perpignan se situe en 8^{ème} position sur les 11 établissements représentés. Il se rapproche ainsi du CHU de Montpellier qui est en 10^{ème} position.

Le coût unitaire de l'unité d'œuvre étudiée est également plus élevé au CH de Perpignan qu'au CH de Nîmes, qui est un établissement de santé plus important.

2. Les effectifs de la DSIO

Le centre informatique comptait huit agents au début de la période contrôlée et onze en 2011.

La direction des services d'information comptait, en 2011, 4 ingénieurs dont deux contractuels, et autant de personnels de catégorie B. Il apparaît que le nombre d'ingénieurs est inhabituellement élevé au regard des services informatiques d'établissements comparables.

3. Le cadre juridique du statut local

Avant la création de la fonction publique hospitalière, les personnels des établissements hospitaliers étaient régis par le livre IX du code de la santé publique. Le titre IV s'est construit avec la création des statuts particuliers nationaux pour chaque filière.

Néanmoins, l'article 8 (aujourd'hui abrogé) de la loi de 1986 prévoyait des dispositions transitoires pour les filières dont les statuts particuliers n'avaient pas été établis.

Ces dispositions transitoires concernaient, entre autres, les emplois des informaticiens. La parution des statuts nationaux laissait la possibilité au personnel sous statut local d'intégrer le statut prévu par le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière.

Ces emplois ont été constitués en cadre d'extinction par l'article 49 de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007 de modernisation de la fonction publique.

Le CH de Perpignan avait mis en place un statut local afin de recruter des agents pour lesquels des statuts particuliers n'avaient pas encore été établis. Ce statut aurait pu devenir caduque lors de la parution du décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques de la fonction publique hospitalière. Or, il apparaît que certains personnels en fonction pendant la période examinée ont été recrutés sous statut local entre 1993 et 2003.

Les modalités de recrutement avantageuses mises en place par le statut local ont ainsi permis le recrutement de personnel informatique à un grade de début de carrière supérieur à celui prévu par le statut particulier des personnels techniques applicable.

Le statut local prévoyait des conditions de diplôme d'un niveau inférieur à celui exigé par le statut particulier pour la présentation aux concours externes tout en faisant bénéficier les informaticiens de grilles indiciaires plus avantageuses.

4. Personnels régis par la lettre circulaire du 14 mars 1986

Il convient de noter que certains agents contractuels (chef de projet, programmeur système) ne sont pas régis par le statut local mis en place par le CH.

Leur situation fait référence aux emplois prévus par la circulaire du 14 mars 1986 portant conseil pour le recrutement et l'emploi de professionnels de l'informatique et de l'organisation.

Au moment du contrôle, deux agents contractuels en CDI étaient rémunérés en référence à ces grilles.

5. Contractuels recrutés hors statut national après la parution du décret du 5 septembre 1991

Trois agents contractuels ont été recrutés hors statut national après la parution du décret du 5 septembre 1991, dont deux ingénieurs et un analyste programmeur.

Un effort d'intégration formalisé par une note de service applicable au 1^{er} mars 2011 relative à l'avis de la commission technique paritaire en date du 27 mai 2011 est en cours de réalisation.

Le CH est vivement encouragé dans cette voie.

6. Un recours contestable aux ingénieurs non titulaires

Il ressort de l'examen de l'échantillon de dossiers que la majorité des emplois pourvus par des non titulaires n'appellent pas de connaissances techniques hautement spécialisées qui ne pourraient être assurées par un fonctionnaire diplômé. Le recours à ces contractuels ne saurait, par ailleurs, être justifié par la nature des fonctions occupées ou les besoins du service.

A l'examen des dossiers, il apparaît que certains agents ne détiennent pas les diplômes requis pour les fonctionnaires. Cette pratique génère une rupture d'équité à l'encontre des lauréats de concours en permettant en effet l'accès à l'emploi d'ingénieur à des conditions plus favorables que celles prévues par le statut particulier des fonctionnaires.

De plus, la chambre a constaté que l'établissement a promu un agent ne possédant aucun diplôme lui permettant l'accès au grade d'ingénieur hospitalier chef de classe normale. L'arrêté du 23 octobre 1992 fixe la liste des diplômes permettant l'accès au concours d'ingénieur hospitalier et d'ingénieur hospitalier chef.

La chambre relève qu'en dépit de son expérience, le niveau de diplôme de monsieur A n'est pas en adéquation avec ce qui aurait été exigé d'un fonctionnaire exerçant les fonctions d'ingénieur.

- Les emplois de catégorie A

Monsieur M. a été recruté en CDI le 3 janvier 2000 sur un poste de programmeur système en référence à la circulaire du 14 mars 1986. Cet emploi est comparable à celui d'un ingénieur.

Malgré une expérience de programmeur système d'une durée de quatre ans au CH Béziers, Monsieur M. ne disposait, au moment de son recrutement, que d'un DUT d'informatique, insuffisant pour occuper un emploi d'ingénieur.

- Les ingénieurs chef de classe exceptionnelle

Monsieur D., recruté en CDI le 19 juillet 2010 sur un poste d'ingénieur chef de classe exceptionnelle, disposait au moment de son recrutement d'une maîtrise de micro-informatique.

Malgré son expérience professionnelle hospitalière de cinq ans, cet agent ne possède pas le niveau de diplôme qui aurait été exigé d'un agent titulaire du même grade.

7. Positionnement des informaticiens contractuels sur des grades élevés

A l'examen des dossiers, il apparaît que certains agents sont recrutés à un grade élevé qui n'aurait pu être appliqué à un titulaire ne remplissant pas les modalités permettant l'accès à ce grade. Il en va des reclassements de certains contractuels au grade d'ingénieur chef de classe normale ou classe exceptionnelle.

En outre, certains informaticiens recrutés bénéficient d'un reclassement très avantageux en comparaison du déroulement de carrière prévu par le statut particulier des personnels techniques.

8. L'attribution de la prime de technicité

Monsieur D., recruté en juillet 2010 sur un poste d'ingénieur chef de classe exceptionnelle, perçoit une prime forfaitaire de technicité de 38 %.

Or, le montant de la prime doit être fonction de la manière de servir de l'agent et ne saurait revêtir un caractère forfaitaire.

Une nouvelle fois une prime de technicité a été versée à un agent non titulaire.

10.2.6. Les modalités d'avancement au centre hospitalier de Perpignan

L'avancement d'échelon des personnels du centre hospitalier de Perpignan s'effectue selon deux modalités fixées par les statuts (durée moyenne ou durée minimale) et une modalité particulière (durée intermédiaire).

La mise en œuvre de l'avancement dit intermédiaire sur le fondement de la circulaire du 3 décembre 1959 relative au recrutement et à l'avancement du personnel administratif des établissements d'hospitalisation de soins ou de cure public, est irrégulière. En effet, cette circulaire, qui ne visait que le personnel administratif, a été *de facto* abrogée par les textes législatifs et réglementaires intervenus depuis 1959 et notamment par le statut de la fonction publique hospitalière, qui a remplacé le livre 9 du code de la santé publique. Ce dispositif ne saurait constituer une base légale pour justifier la poursuite de la pratique.

En 2010 comme en 2009, un très faible nombre d'agents avancement à la durée moyenne prévue par les statuts particuliers. En revanche, plus de 60 % des agents avancement à la durée intermédiaire (réduite), 18 % avançant à la durée minimum.

Cette politique d'avancement très favorable en début et milieu de carrière peut s'avérer particulièrement inadaptée en fin de carrière dans la mesure où l'accession plus rapide à l'indice sommital du grade est source de frustrations professionnelles.

En outre, l'impact financier qui en résulte est loin d'être négligeable. Ce mode de gestion de l'avancement obère les marges de manœuvre financières de l'établissement. Dans l'hypothèse en 2010 où les agents, au lieu d'avancer à la durée dite intermédiaire, auraient avancé à la durée dite moyenne, le coût aurait pu être de 308 618 € au lieu de 922 337 €, soit une économie de plus de 613 719 €¹¹.

10.2.7. Le temps annuel de travail et la gestion des 35 heures

10.2.7.1. L'application des 35 heures au centre hospitalier de Perpignan

a) L'organisation des 35 heures selon les services

Sur la période de contrôle les services n'effectuaient pas tous la même durée hebdomadaire de temps de travail.

Ainsi, avant l'ouverture du nouvel hôpital, beaucoup de services faisaient 38 heures ou plus.

¹¹ Ce calcul est fondé sur le coût moyen de l'avancement à la durée dite moyenne en 2010.

Le centre hospitalier indique qu'à l'occasion de l'ouverture de la 1^{ère} tranche du nouvel hôpital, la direction a renégocié avec les partenaires sociaux l'organisation des 35 heures dans les services, afin de réduire le nombre de jours de compensation dus aux personnels. Cette réorganisation a concerné tous les services et, selon l'établissement, aurait permis de gagner plusieurs dizaines de postes de travail. Il n'y a plus de personnels travaillant en 38 heures.

b) Le temps réel effectué

L'obligation annuelle du temps de travail n'est pas respectée pour les agents en repos variable et les agents de nuit. Ainsi sur la période 2009-2010 l'écart est de 14 heures annuelles effectués en deçà de l'obligation légale pour les agents à repos variable toutes catégories confondue, en 2011 il est de sept heures. L'écart est de 19 heures et demies annuelles effectués en deçà de l'obligation légale pour les agents de nuit à repos variable effectuant plus de 20 dimanches et jours fériés par an et de 13 heures et demies en 2011.

Le centre hospitalier explique cet écart par deux repos compensateurs supplémentaires qui ont été octroyés en 2002 aux personnels travaillant en repos variables « *au titre de l'objectif collectif de baisse de l'absentéisme* », sans que l'objectif à atteindre n'ait été fixé. Ces deux repos compensateurs n'ont au demeurant aucune base réglementaire.

c) Le temps de pause, d'habillage, déshabillage et temps de repas

Sont compris dans la durée quotidienne du temps de travail un temps de pause de 20 mn, le temps d'habillage et de déshabillage, ainsi que le temps de repas pour le personnel soignant et médico-technique.

Pour les catégories non soignantes le temps de repas est décompté (au minimum 30 minutes).

Au niveau réglementaire, la pause de 20 minutes ne constitue pas du temps de travail effectif, mais l'accord prévoit que ce temps rentre dans le décompte.

D'une manière générale, l'obligation annuelle du temps de travail n'est pas respectée, en raison de l'octroi systématique de 28 jours de congé, alors que la réglementation n'accorde que 25 jours de congé et 3 jours de congés complémentaires de façon conditionnelle.

L'établissement doit se mettre en conformité avec les dispositions visées à l'article 1 du décret 2002-8 du 4 janvier 2002.

La chambre prend acte de l'engagement du centre hospitalier à mettre à jour la charte annuelle du temps de travail qui devra revoir la question de la durée annuelle de travail des personnels en repos variables, ainsi que les modalités d'application des jours de congés supplémentaires soumis à conditions.

10.2.7.2. La réalisation d'heures supplémentaires

La DRH distingue les heures supplémentaires effectuées pour faire face à une nécessité de service de celles effectuées pour les besoins de remplacement.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Evolution du montant des dépenses correspondant
aux heures supplémentaires entre 2007 et 2009

Année	2007	2008	2009
Dépenses en €	389 424,26	634 965,50	701 822,05
Evolution	6,57 %	63,05 %	10,53 %

Source : bilan social 2009

Les dépenses correspondant aux heures supplémentaires entre 2007 et 2009 augmentent de 96,3 %.

Il ressort de l'analyse des heures supplémentaires payées aux IDE en 2010 que certaines IDE effectuent plus de 18 heures mensuelles, sans que le plafond annuel de 220 heures ne soit atteint. Le centre hospitalier justifie l'augmentation du nombre d'heures supplémentaires des IDE entre 2007 et 2010 par les difficultés de recrutement du personnel infirmier. Il précise que le nombre d'heures supplémentaires effectué en 2010 est certes de 8 002 (210 381,09 €), du fait de la vacance de certains postes sur des longues périodes, 1 147,50 journées IDE ont été économisées, ce qui représenterait selon lui un gain estimé à 230 000 € environ, soit 5 postes en année pleine.

10.2.8. Les comptes épargne temps

La situation au 1^{er} novembre 2011 des comptes épargne temps est évaluée à 5 989 jours. Elle comprend des RTT, des congés annuels et des heures supplémentaires.

	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de RTT épargnées au titre des exercices (jour)	688	770	551,5	834	849

Les journées CET ont été dans certains cas indemnisées de la manière suivante :

a) Indemnisation de jours accumulés sur le compte épargne temps des agents de la fonction publique hospitalière.

Paiement en août 2008	Brut	76 520,00 €
-----------------------	------	-------------

Cette indemnisation n'a été possible qu'en 2008 (décret n° 2008-454 du 14 mai 2008, arrêté du 14 mai 2008, circulaire interministérielle n° DHOS/P2/DGAS/5B/2008/162 du 14 mai 2008).

b) CET payé aux agents du fait de leur impossibilité à les récupérer avant leur départ (retraite invalidité, décès).

Période 2006 à 2010	Brut	25 695,44 €
---------------------	------	-------------

c) CET payé aux établissements consécutivement aux changements d'établissement des personnels.

Période 2006 à 2010	Brut	10 244,28 €
---------------------	------	-------------

d) Nombre de journées CET

Exprimé en jour	2006	2007	2008	2009	2010
Nombre de RTT épargnés au titre des exercices	688	770	551.5	834	849

10.2.9. Les difficultés de recrutement

Les difficultés de recrutement rencontrées par le CHP concernent essentiellement les IDE et les masseurs kinésithérapeutes.

Pour pallier les difficultés de recrutement des IDE, le centre hospitalier a mis en œuvre un certain nombre d'actions passant par un recrutement privilégié sur l'institut de formation en soins infirmiers local, ou annonce auprès d'autres instituts, voire le recrutement en CDD d'infirmiers retraités.

10.2.10. L'indemnité horaire pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif

Les agents titulaires, stagiaires et contractuels par extension en application de la décision du conseil d'administration du 23 janvier 1976, qui assurent totalement ou partiellement leur service normal dans le cadre de la durée hebdomadaire entre 21 heures et 6 heures, perçoivent les indemnités horaires pour travail de nuit.

L'indemnité horaire pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif sont payées de manière indifférenciée à tous les agents soit un taux de 1,07 € brut.

Ce paiement indifférencié de ces deux primes quelle que soit la catégorie d'agents concernés ne respecte pas les dispositions du statut de la fonction publique hospitalière et constitue un surcoût au niveau des charges de personnel.

Conclusion sur le personnel non médical

Suite à l'ouverture du nouvel hôpital les effectifs ont augmenté, ainsi que les dépenses relatives au personnel. Des efforts ont été menés en 2010 par l'ordonnateur pour mettre en place un suivi des effectifs et des tableaux de bord, jusque-là inexistant. La participation du directeur aux réunions de suivi des effectifs a permis de réduire le nombre de mensualités de remplacement. Pour autant le recours aux heures supplémentaires a fortement augmenté sur la période. L'absentéisme fait l'objet de contrôles administratifs et médicaux qui ne donnent lieu que très rarement à une sanction.

L'établissement emploie un nombre important de contractuels de catégorie A qui bénéficient de conditions de rémunérations très favorables. La politique d'avancement, irrégulière dans ces modalités, se révèle avantageuse pour le personnel titulaire.

La gestion annuelle du temps de travail ne respecte pas la réglementation. L'indemnité horaire pour travail normal et la majoration pour travail intensif n'est pas non plus conforme à la réglementation.

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. élaborer le projet social ;
2. formaliser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ;
3. poursuivre le développement d'outils de gestion de la masse salariale ;
4. mettre en place un contrôle interne de la paye ;

5. mettre en place un plan d'actions en ce qui concerne l'absentéisme ;
6. revoir la politique de recours aux contractuels ;
7. revoir les conditions de rémunération des contractuels ;
8. mettre en conformité les conditions d'avancement des personnels titulaires avec la réglementation ;
9. appliquer la réglementation en matière de temps de travail ;
10. revoir les conditions d'attribution des indemnités de travail intensif de nuit.

10.3. Le personnel médical (PM) (budget H)

Le personnel médical est composé des médecins, chirurgiens, médecins biologistes, pharmaciens, odontologistes et sages-femmes¹².

10.3.1. Les effectifs

10.3.1.1. Evolution de 2006 à 2010

1. Les effectifs

Le personnel médical en ETP est passé de 227,95 en 2006 à 320,09 en 2011, soit 92,14 ETP en plus. L'évolution du personnel médical est significative entre 2009 et 2010, avec une augmentation de 28,70 ETP et ceci, principalement en raison du développement de nouvelles activités.

L'augmentation la plus significative concerne la catégorie des praticiens hospitaliers (PH) temps plein statutaires, qui passe de 110,70 ETP à 170,90, soit une augmentation de 54,38 % entre 2006 et 2010.

Une progression de 44 % est à noter également dans la catégorie des assistants d'hôpitaux entre 2006 et 2010. Le centre hospitalier précise qu'à l'inverse, les effectifs de praticiens attachés ont diminué de 34 % passant respectivement de 29,75 ETP à 19,60 ETP entre 2006 et 2010.

Sur l'ensemble du personnel médical, la progression a été de 2006 à 2011 de 41 %. Selon le centre hospitalier cette forte progression est liée à l'évolution de 29 ETP d'internes supplémentaires.

2. Les dépenses relatives au personnel médical

Les rémunérations du personnel médical hors charges sociales se sont élevées en 2010 à 16 562 895 € sur le budget principal et à 16 758 706 € en incluant les budgets de l'USLD (B) et de l'EHPAD (E). En ajoutant la permanence des soins, le total des rémunérations du PM s'élève à 20 462 925 €.

Les dépenses de personnel médical, charges sociales comprises, s'élèvent à environ 29 M€ en 2010, soit une augmentation de 10 % par rapport à 2009.

Le centre hospitalier précise qu'entre 2006 et 2010, huit postes d'assistants et quatre postes de praticiens attachés ont été transformés en postes de praticiens hospitaliers, suite à l'obtention du concours national de praticien hospitalier par ces derniers.

¹² Ces dernières sont gérées dans le cadre des statuts des personnels non médicaux.

10.3.1.2. Les recrutements liés aux nouvelles activités

Le CH de Perpignan a renforcé ses effectifs médicaux dans une stratégie de développement des activités existantes et de nouvelles activités.

De 2006 à 2010 le recrutement est intervenu principalement dans les spécialités de chirurgie (viscérale, orthopédique et ORL), d'oncologie, de médecine (pneumologie, hématologie, cardiologie), de gynécologie et des urgences. Le service anesthésie-réanimation, est aujourd'hui doté de 19,60 ETP. En addictologie, un temps partiel a été transformé en temps plein.

Le CH de Perpignan ne rencontre en général pas de difficulté majeure pour recruter, sauf en oncologie.

Ces recrutements ont été effectués et des postes transformés alors même que la direction ne disposait pas d'études d'impact précises sur l'activité.

10.3.1.3. Le cas particulier des vacataires

Au CH de Perpignan, les vacataires sont affectés notamment au SMIT (Service des maladies infectieuses et tropicales) (0,45 ETP en 2010), en gynécologie (0,60 ETP en 2010), en chirurgie maxillo-faciale (1,50 ETP en 2010), en cardiologie (0,80 ETP en 2010) et aux urgences (1,20 ETP en 2010).

La part des vacataires représente 37 personnes soit 6,55 ETP en 2010 sur un total de praticiens attachés équivalant à 61 personnes, soit 19,60 ETP.

Le total des dépenses du personnel vacataire en 2010 s'est élevé à 342 804 €.

Sur ce point également, l'établissement n'a mis en œuvre aucun instrument de suivi sur le nombre de vacations, le besoin par spécialité, le temps réellement passé dans les unités, le service rendu à la population, l'adéquation du besoin par rapport à l'activité des vacataires et l'activité effective de ces vacataires.

La chambre recommande à l'ordonnateur d'étudier l'adéquation entre le besoin de l'établissement et l'activité réalisée par les vacataires, et de contrôler l'activité effective des vacataires.

10.3.1.4. Les médecins contractuels

1. Les effectifs

Les médecins contractuels sont répartis entre les praticiens contractuels, les praticiens contractuels adjoints, les assistants, les praticiens attachés et les praticiens adjoints attachés.

Au CH de Perpignan ils représentent, fin 2010, 105 médecins, soit 26 praticiens contractuels (22,17 ETP), 18 assistants (18 ETP) et 61 praticiens attachés (19,60 ETP), cette dernière catégorie intégrant également les vacataires.

2. Le contenu du contrat des contractuels

Les quarante-huit contrats des contractuels du CH de Perpignan examinés sont relativement complets.

Néanmoins les mentions préconisées par l'ordre des médecins, à savoir le numéro d'inscription à l'ordre et le rappel des règles de déontologie ne figurent pas dans le contrat.

10.3.2. Les éléments d'analyse et de comparaison

La Banque de données hospitalières de France (BDHF) publie des ratios sur le personnel médical en comparant l'établissement avec les moyennes régionales et nationales.

En 2009, la part d'équivalent temps plein (ETP) de personnel médical représente pour le CH de Perpignan, 7,45 % de l'ETP total du personnel, ce qui le situe au-dessus de la moyenne régionale à 7,34 %, mais en-dessous de la moyenne nationale à 7,70 %.

En 2009, la part des rémunérations du personnel médical avec charges sociales (y compris internes et permanence des soins) s'élève à 12,30 % des dépenses totales de fonctionnement, en-dessous de la moyenne régionale (12,60 %) et nationale (12,90 %). En 2010, la part des rémunérations du personnel médical représente 12,14 % du total des dépenses de fonctionnement.

Ratio : densité du PM en MCO
pour 1000 journées réalisées et venues en MCO

Années	CH Perpignan	Moyenne régionale	Moyenne nationale
2008	68,40 %	63,90 %	68,80 %
2009	72,40 %	66,90 %	72,50 %
2010	75,60 %	73,20 %	76,30 %

En 2010 la densité du personnel médical en MCO pour 1 000 journées de MCO s'élève à 75,60 %, au-dessus de la moyenne régionale (73,20 %). Les ratios 2008 et 2009 sont plus défavorables à l'établissement, la densité du personnel médical à Perpignan étant bien supérieure à celle des établissements à structures similaires de la région.

L'analyse comparative réalisée en 2011 par l'ARS au niveau des retraitements comptables 2009 de la région montre que le CH de Perpignan se situe dans le bas du tableau, avec seulement 1 611 journées par ETP de personnel médical.

Cette analyse confirme le déficit de productivité du personnel médical en MCO. Elle signifie également que l'ordonnateur doit réfléchir à la stratégie adoptée de recrutement massif.

Selon le bilan social 2009 de l'établissement le CH de Perpignan comprend, en 2009, 183 médecins hommes et 150 médecins femmes. La part des femmes est passée de 28 % en 2003 à 45 % en 2009.

La répartition du personnel médical, par âge en 2009, internes compris, est la suivante : 16 médecins de moins de 25 ans, soit 5 % du total du personnel médical, 139 entre 25 et 40 ans, soit 41 % du personnel médical, 129 médecins entre 41 et 55 ans, soit 39 % du personnel médical et 49 médecins de plus de 55 ans, soit 15 % du total du personnel médical. Le personnel médical est dans l'ensemble assez jeune.

10.3.3. L'organisation des affaires médicales

1. Le contrôle de la paye des médecins

Le contrôle de la paye, qui n'existait que de façon embryonnaire auparavant, se fait manuellement sur tous les éléments de rémunération avec une attention particulière sur les variations de traitement. Ce contrôle structuré a débuté en octobre 2011 seulement, et a déjà permis de détecter une erreur de saisie (une prime devant être versée une fois dans l'année a en réalité été payée onze fois indûment). Il permet de procéder à une analyse beaucoup plus fine et de suivre l'ensemble des éléments

de rémunération. Des études plus détaillées sont également conduites en fonction des besoins (frais de déplacement, frais de mission, détails par pôle et par service...).

2. Projet de charte de l'organisation du travail médical

Un projet de charte de l'organisation du travail médical comportant notamment des tableaux de service avec la fiche de présentation par service est en cours d'élaboration.

La chambre a constaté que les tableaux de service se présentaient plutôt sous forme de tableaux de garde, qui n'indiquent pas forcément la présence des médecins.

Si, pour la garde sur place des urgences et de la pédiatrie, il est aisé de savoir quels sont les médecins présents ou absents, il n'en est pas de même pour les autres services sous astreintes opérationnelles ou de sécurité.

La chambre souligne l'utilité de cette future charte qui sera un outil essentiel à la bonne organisation du travail médical et recommande d'y intégrer les règles régissant l'exercice de l'activité libérale pour les praticiens temps plein, tout particulièrement les limitations en termes de temps consacré à l'activité libérale. Cette charte, en cours de finalisation en 2011, devrait être soumise pour avis à la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS), au mieux avant la fin de l'année 2012.

3. Les comptes épargne temps (CET)

Le total des journées RTT stockées au CH de Perpignan est pour l'année 2010 de 5 029 pour le personnel médical.

Si on s'en tient à l'exercice 2010, dernier exercice clos, le total de 5 029 journées épargnées pour le personnel médical représente un coût total de 1 961 K€ (charges sociales d'environ 30 % comprises), au terme de l'évaluation du décret du 14 mai 2008 fixant la journée à 300 € brut.

La provision pour les comptes épargne temps versée au compte 143 s'élevait à 1 114 042 € en 2010.

Si les CET des praticiens hospitaliers sont relativement faciles à contrôler, il n'en est pas de même, en l'absence de procédure de contrôle, des CET des vacataires.

Ainsi, un médecin vacataire parti en 2010 avec 20 jours de CET ne travaillait qu'à 20 %.

Dans les faits, si un médecin ne déclarait pas de congés, l'établissement en déduisait alors qu'il n'en avait pas pris. En conséquence, l'établissement versait automatiquement les jours non déclarés sur le CET. Selon l'établissement, l'incrémentation automatique du CET a été arrêtée.

Toutefois, l'alimentation des CET des médecins reste déclarative.

La confection de tableaux de service et non pas simplement des tableaux de garde, revêt ici toute son importance.

10.3.4. La permanence des soins (PDS)

10.3.4.1. L'organisation de la permanence des soins

1. Rôle du règlement intérieur et de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) dans la permanence des soins

Un règlement intérieur relatif à la COPS, en date du 26 février 2008, a été rédigé au CH de Perpignan, qui ne comprend que six pages comportant un préambule et quatre articles seulement, sans aucun autre développement.

Ce règlement intérieur précise, dans son article 3, que la COPS se réunit au moins 2 fois par an sur convocation de son président à la demande du directeur d'établissement.

Or la COPS ne s'est réunie qu'en 2006 (une fois), en 2010 (deux fois) et en 2011 (une fois), les années 2007 à 2009 n'ayant donné lieu à aucune réunion. Le centre hospitalier précise que la COPS s'est à nouveau réunie en 2012.

La chambre rappelle que les articles 6 et 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 octroient pourtant un rôle important à la COPS qui devra être désormais réunie au minimum deux fois par an.

2. Le contrôle de la PDS par les tableaux de service

L'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003, précise que le tableau mensuel de service est arrêté mensuellement par le directeur sur proposition du chef de pôle ou du responsable de service. Il doit comporter l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, en précisant le nom et les qualités du praticien qui en est chargé.

A l'issue de chaque mois, un tableau de service fait doit mentionner les modifications survenues par rapport au tableau de service prévisionnel. Le versement des différentes indemnités est conditionné par la constatation du service fait, sur la base de ce tableau réajusté.

Les tableaux de service au centre hospitalier de Perpignan ne sont pas conformes à la réglementation car constitués des seuls tableaux de garde, qui n'indiquent pas forcément la présence des médecins, et ne sont pas signés par le directeur. Les tableaux nominatifs mensuels ne sont pas arrêtés.

Il est donc impossible de vérifier les indemnités des médecins ou la non-présentation des tableaux dans les délais.

Les indemnités de sujétion pour la permanence sur place incluse dans les obligations de service (c/ 64251) se sont élevées en 2009 à la somme de 1 737 327 €, alors que les indemnités d'astreinte opérationnelle de sécurité (c/ 64253), se sont élevées à 701 231 € en 2009.

3. Le contrôle des déplacements des médecins avec le carnet à souches

Les déplacements des médecins liés à la PDS sont déclaratifs et effectués sur un carnet à souches.

Il n'existe qu'un carnet à souches dans tout l'établissement, situé au PC sécurité. Le médecin concerné doit s'y rendre, au plus tard le lendemain de sa garde, pour remplir un feuillet de ce carnet, en indiquant la date, son nom, son heure d'arrivée et son heure de départ.

Un suivi n'a été mis en place que depuis l'été 2011, destiné à mettre fin à certains abus, certes marginaux mais bien réels (ex : horaires identiques chaque jour pour certains médecins).

La COPS, si elle se réunissait, aurait un rôle pédagogique important à jouer en la matière.

10.3.4.2. Le coût de la permanence des soins

La participation des praticiens à la PDS est indemnisée sur la base de taux forfaitaires fixés par arrêté.

Le coût de PDS s'est élevé en 2010 à 3 840 937 €, soit une augmentation de 17,77 % par rapport à 2006.

10.3.5. Le temps additionnel

Le temps additionnel effectué au-delà des obligations de service concerne les services des urgences, de l'anesthésie-réanimation, de la pédiatrie, de la gynécologie, de la néonatalogie, de la cardiologie, de la neurologie.

Au CH de Perpignan, 109 médecins ont effectué du temps de travail additionnel en 2009 et 2010.

Il en ressort de l'examen des fiches de paye 2009 que le CH de Perpignan respecte bien la règle du quadrimestre révolu avant de verser les indemnités de temps de travail additionnel.

Toutefois, l'examen des mandats de paiement a montré une absence des tableaux de service nominatifs mensuels, alors que l'article 21 de l'arrêté du 30 avril 2003 impose de les joindre à l'appui des mandats correspondant à ces dépenses.

Par ailleurs, ne figure pas non plus à l'appui des mandats le tableau mensuel récapitulatif des gardes par secteur. Il est donc impossible d'examiner la régularité des indemnités de temps additionnel versées au CH de Perpignan.

10.3.6. Les journées d'intérêt général des médecins

Les journées d'intérêt général sont données par les médecins d'hôpitaux à d'autres établissements ou structures d'intérêt public pour pallier un manque de personnel ponctuel. Ces journées donnent lieu à des conventions, et 21 conventions d'activité d'intérêt général ont été signées entre 2005 et 2011.

La chambre relève que la plupart des conventions, d'une durée d'un an ou deux, n'ont pas été renouvelées et que par conséquent n'ont plus de valeur juridique. La chambre a invité l'établissement à renouveler les conventions, en l'absence desquelles la responsabilité de l'établissement en cas de contentieux peut être mise en cause.

L'établissement s'est engagé à effectuer la mise à jour des conventions d'intérêt général d'ici la fin de l'année 2012.

La chambre a constaté que, à l'exception d'un cas, les conventions ne prévoient pas de remboursement du CH de Perpignan par les établissements bénéficiaires des journées effectuées par les praticiens perpignanais.

Or, les quinze autres conventions de praticiens perpignanais exerçant leur activité d'intérêt général à l'extérieur auraient justifié le remboursement au CH de Perpignan, par les établissements bénéficiaires, des prestations effectuées, à raison d'environ 21 demi-journées restantes par mois, soit plus de 10 jours par mois.

La chambre recommande à l'établissement, compte tenu de sa situation financière délicate, de prévoir dans les conventions le remboursement du temps passé par le médecin dans l'établissement bénéficiaire.

10.3.7. L'activité libérale des médecins

10.3.7.1. Observations relatives à l'activité libérale du CH de Perpignan

1. Régularité des contrats d'activité libérale des médecins au CHP

Dix-sept praticiens temps plein exercent une activité libérale au sein du CH de Perpignan. Quinze contrats ont été produits par l'établissement.

Le contrôle de la régularité formelle des contrats d'activité libérale n'appelle pas d'observation particulière.

La chambre recommande à l'ordonnateur un suivi des conventions de manière à anticiper, de manière convenable, le renouvellement desdites conventions.

En outre, même si la réglementation ne le prévoit pas expressément, il est communément admis de renseigner les contrats sur les demi-journées d'activité libérale consacrées dans la semaine par le médecin, cette pratique s'inscrivant dans un souci de meilleure gestion de l'activité libérale.

2. Insuffisances de la commission de l'activité libérale (CAL) du centre hospitalier

Les procès-verbaux de la CAL ont été fournis pour les exercices 2006 à 2009. La CAL s'est réunie le 21 mars 2006, le 31 janvier 2007, le 24 janvier 2008, le 5 mars 2009, mais pas en 2010 ni en 2011. Le centre hospitalier justifie le fait que la CAL n'ait pas siégé depuis 2010 en raison de l'expiration de son mandat le 27 mars 2010. Le renouvellement du mandat de la CAL a nécessité un arrêté de l'ARS fixant sa composition le 26 août 2011, suivi d'un nouvel arrêté daté du 21 février 2012, en raison du renouvellement de la CME. La chambre relève le délai anormalement long du renouvellement de cette commission restée inactive pendant trois années.

La chambre a constaté que seule la réunion du 24 janvier 2008 avait évoqué les anomalies relatives à l'exercice de l'activité libérale des praticiens temps plein, les autres réunions ne retranscrivant que des descriptions ou résumés sans commentaire particulier.

Les différences ont été commentées en prenant appui sur les méthodes de contrôle de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cette méthode consiste à tenir compte d'un décalage mécanique entre la transcription par le relevé SNIR de l'activité individuelle des praticiens et la déclaration annuelle fournie par eux. En effet, le décalage dans le temps de l'envoi des demandes de remboursement par les patients et la date effective de réalisation de l'acte ou de la consultation peuvent être à l'origine de certains écarts. La marge admise a été fixée à 15 %. En-deçà de ce pourcentage, l'écart n'est pas considéré comme étant significatif. Toutefois le développement du télétraitement au moyen de la carte Vitale confère un caractère maximal à cette marge.

La comparaison entre l'activité déclarée et les relevés SNIR 2006 mettait en évidence des écarts dépassant les 15 % pour trois praticiens, dont un seul a fait l'objet d'une observation retranscrite dans le procès-verbal.

L'activité libérale 2006 ne dépasse pas l'activité publique pour 17 d'entre eux, mais représente plus de 30 % de l'activité totale pour neuf médecins.

Un praticien temps plein exerçant une activité libérale a été président de la CAL jusqu'en 2011. Si en soi la pratique n'est pas interdite, le risque de conflit d'intérêt est réel et l'IGAS, en 2006, avait

déjà eu à constater cette situation en déplorant que la présidence de ces commissions soit assurée par un praticien hospitalier directement concerné par l'exercice libéral.

L'activité libérale à l'hôpital ne doit pas compromettre le principe de l'égal accès aux soins. En conséquence, la CAL est aussi chargée de vérifier la bonne information des patients.

Or, les tarifs de l'activité libérale ne sont affichés dans les services du CH de Perpignan que de manière récente.

Alors qu'en 2009 les dépassements d'honoraires pratiqués n'appellent pas d'observations pour treize praticiens, le Docteur B., avec 21 966 € perçus à ce titre, semble avoir perdu de vue le respect du principe de « tact et de mesure ».

La chambre a souligné le rôle limité de la CAL qui se contente d'émettre des remarques deux ans après l'exercice concerné, et ne procède pas à des contrôles systématiques et exhaustifs permettant un examen approfondi de l'activité libérale.

Par ailleurs l'établissement ne se fait pas communiquer les relevés SNIR, document indispensable au travail de la CAL. L'absence de contrôle des relevés SNIR est d'autant plus gênante qu'en 2011, sur dix-sept praticiens exerçant une activité libérale, cinq praticiens fonctionnaient sur un mode déclaratif, ayant opté pour l'encaissement direct de leurs honoraires.

La chambre recommande à l'ordonnateur de veiller à ce que la CAL exerce un contrôle régulier, exhaustif et systématique sur l'activité libérale des praticiens temps plein.

3. Dérives de l'exercice de l'activité libérale au CH de Perpignan

L'examen de l'activité libérale en 2009 et 2010 a mis à jour un certain nombre de dérives.

a) Le contrôle du CHP sur l'activité libérale n'est constitué que d'un suivi administratif

Jusqu'à une période récente il n'existait qu'un suivi administratif de l'activité libérale, en vue du règlement des honoraires des médecins et de l'établissement des factures de redevances. Ce suivi obligatoire ne constitue en aucun cas un contrôle de l'activité libérale des médecins.

La chambre relève que ce n'est qu'en 2012 que la commission a eu communication des éléments de contrôle de l'activité libérale prévus par l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

b) Constataion du manque de contrôle sur l'activité libérale

Les conditions de respect de la règle de 20 % ne sont pas réellement mises en place au CH de Perpignan.

En ce qui concerne le nombre d'actes et de consultations effectués au titre de l'activité libérale qui doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique, les médecins du CH de Perpignan respectent bien cette obligation en 2010.

En revanche, si on se penche sur ces mêmes actes et consultations d'activité libérale, en termes de chiffre d'affaires, la vision est tout à fait différente, et l'on peut alors constater un dépassement de l'activité libérale sur l'activité publique, pour deux médecins. Cette situation peut être un indice d'une activité libérale de nature différente de celle exercée dans le secteur public.

L'écart de chiffre d'affaires en faveur de l'activité libérale va de 1 % à 167 %.

Ce déséquilibre est accentué par la part grandissante des dépassements d'honoraires en 2011 alors qu'onze praticiens hospitaliers sont conventionnés secteur 1 et cinq sont conventionnés en secteur 2.

Une régulation rigoureuse par l'administration hospitalière est la seule garantie de la pérennité de l'activité libérale à l'hôpital, sans laquelle les excès même minoritaires discréditent le dispositif.

La chambre recommande à l'ordonnateur de rappeler aux médecins leurs obligations et les règles de bonne conduite en matière d'activité libérale au sein de l'établissement, et de veiller à vérifier que le temps de travail consacré par les médecins dans leur activité libérale ne dépasse pas 20 % du total de leur activité. Le chiffre d'affaires des actes et consultations de l'activité libérale des médecins ne doit pas être supérieur au chiffre d'affaires des actes et consultations de l'activité publique.

La chambre recommande à l'ordonnateur d'intégrer dans la nouvelle charte de l'organisation médicale les obligations et règles de bonne conduite en matière d'activité libérale au sein de l'établissement.

4. Méthodes de la comparaison entre activité libérale et publique par la distinction des actes et des consultations et par les référentiels nationaux et régionaux (annexe 8)

Selon les termes de la circulaire DHOS du 24 novembre 2009, la règle à respecter en matière d'activité libérale des praticiens temps plein est que le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre et au volume (en valeur) de ceux effectués au titre de l'activité publique.

Il a été admis que cette méthode de comparaison doit tenir compte de l'ensemble des éléments de décompte et de comparaison utilisables pour chacune des activités exercées à savoir les consultations et les actes médico-techniques.

Il est donc pertinent de comparer d'une part les honoraires perçus au titre des consultations d'activité libérale avec le montant facturable des consultations de l'activité publique, et d'autre part les honoraires perçus au titre des actes d'activité libérale avec le montant facturable des actes.

Pour certains praticiens, le chiffre d'affaires de l'activité privée des consultations ou des actes est bien supérieur au chiffre d'affaires de l'activité publique des consultations ou des actes.

Selon une méthode communément admise par l'IGAS et validée par la commission d'appel de l'inspection des affaires sanitaires et sociales, il est possible d'effectuer une vérification, par le biais d'une comparaison entre les relevés SNIR édités par l'assurance maladie et les revenus moyens des médecins installés dans les cabinets libéraux à titre exclusif, édités par l'assurance maladie au niveau régional.

Selon cette méthode, la part de revenu libéral d'un praticien temps plein hospitalier ne doit pas dépasser 20 à 25 % du revenu moyen des médecins libéraux exclusifs.

Il est ainsi constaté que, pour douze praticiens temps plein sur dix-sept au total, la part d'honoraires tirée de leur activité libérale 2009 et 2010 à l'hôpital représente plus de 20 % des revenus moyens des médecins libéraux exclusifs au niveau national.

Ainsi, les honoraires des consultations libérales d'un gynécologue, sont 167 % supérieurs en 2010 et 93 % supérieurs en 2009 aux consultations du public.

Il convient d'ajouter pour ce médecin des dépassements d'honoraires de 21 966 € en 2009.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Médecins	Part du revenu national moyen de la spécialité	
	2009	2010
Gynécologue	129 %	144 %
Radiologue	27 %	30 %
Cardiologue 1	126 %	74 %
Cardiologue 2	47 %	57 %
Cardiologue 3	80 %	102 %
Cardiologue 4	79 %	107 %
Pédiatre	33 %	NC
Chirurgien maxillo-facial	46 %	43 %
Chirurgien maxillo-facial 2	50 %	36 %
Gastro-entérologue	53 %	84 %
Chirurgien	35 %	41 %
Médecin interniste	35 %	105 %

De surcroît, les honoraires de consultations du chirurgien sont 54 % supérieurs au montant facturable de l'activité publique en 2009, et 137 % supérieurs au montant facturable de l'activité publique en 2010.

La chambre souligne que ces résultats ne constituent qu'un indice sur les conditions d'exercice de l'activité libérale de ces praticiens à l'hôpital, toutefois elle attire l'attention de la commission d'activité libérale (CAL) à ce sujet, et appelle les praticiens en cause à la vigilance.

Conclusion sur le personnel médical

Le CH de Perpignan a, ces dernières années, renforcé ses effectifs médicaux dans une stratégie de développement des activités existantes et de nouvelles activités, en lien avec l'ouverture du nouvel hôpital.

Ces recrutements importants (+ 41 % entre 2006 et 2011) ont été réalisés alors même que l'établissement ne disposait pas de tableaux de bord de suivi des effectifs médicaux accompagné d'un contrôle de suivi des dépenses de personnel médical. C'est notamment le cas des vacataires pour lesquels aucune étude n'a été effectuée sur l'adéquation entre l'activité réalisée par les vacataires et le besoin de l'établissement.

La direction des affaires médicales a élaboré des outils de suivi, de façon très récente, notamment en matière de contrôle de la paye des médecins.

Un travail important est encore à mener au niveau de la permanence des soins et du temps additionnel des médecins. En effet, il existe des insuffisances, notamment l'absence de règlement intérieur et l'absence de tableaux de service conformes à la réglementation.

Ces insuffisances se retrouvent aussi dans l'organisation des journées d'intérêt général des médecins, par le non-remboursement au CH de Perpignan des journées d'intérêt général dont ont bénéficié les établissements extérieurs.

En ce qui concerne l'activité libérale des praticiens temps plein, qui fait l'objet d'une réglementation encadrée, les insuffisances de la commission d'activité libérale, chargée de veiller au bon déroulement et au contrôle de cette activité, ont entraîné des dérives de la part des praticiens concernés.

L'établissement est semble-t-il porté vers l'avenir avec l'élaboration d'un projet médical. Les médecins prennent peu à peu part à une nouvelle vision de l'hôpital tournée vers la performance.

Mais pour que l'établissement puisse envisager avec sérénité tous les projets, il s'agit tout d'abord de consolider la gestion du personnel médical.

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. étudier l'adéquation entre le besoin de l'établissement et l'activité réalisée par les vacataires, et contrôler l'activité effective des vacataires ;
2. conduire avec l'aide du médecin DIM et du contrôle de gestion, une étude sur l'activité des vacataires avec pour objectif de réviser pour 2013 le nombre de vacations accordées ;
3. intégrer dans les contrats un article portant sur l'obligation pour le médecin contractuel de codifier son activité et faire figurer les numéros d'inscription à l'ordre, ainsi que le rappel des règles de déontologie ;
4. veiller à la validité juridique de toutes les conventions d'activité d'intérêt général des praticiens du CHP effectuant des prestations à l'extérieur ;
5. veiller à l'adéquation entre le temps affecté aux activités d'intérêt général des praticiens et leur rémunération supplémentaire ;
6. prévoir, dans les nouvelles conventions, un article précisant les modalités de remboursement par l'établissement bénéficiaire des prestations d'intérêt général des praticiens perpignanais ;
7. veiller à formuler dans les contrats d'activité libérale, le temps de travail libéral du médecin, de manière plus précise, en mentionnant les demi-journées consacrées à l'activité libérale ;
8. veiller à ce que la CAL effectue les contrôles sur le bon déroulement de l'activité libérale ;
9. veiller à réclamer auprès de l'assurance maladie les relevés SNIR relatifs à l'activité libérale des praticiens temps plein de l'établissement ;
10. veiller à la bonne information des patients et à l'affichage dans les services des tarifs et horaires de l'activité libérale des praticiens ;
11. veiller à ce que les honoraires des médecins soient déterminés avec tact et mesure, et que les dépassements d'honoraires restent dans la limite raisonnable ;
12. intégrer dans la nouvelle charte de l'organisation médicale les obligations et règles de bonne conduite en matière d'activité libérale au sein de l'établissement.

11.LES MARCHES PUBLICS

11.1. Organisation et guides internes

Le centre hospitalier s'est doté d'un ensemble de guides couvrant différents domaines de la commande publique. Cette démarche positive est à relever, elle gagnerait toutefois à faire l'objet d'une mise en perspective globale en précisant les dispositions à suivre les unes par rapport aux autres.

11.1.1. Le Vade-mecum

La direction des achats, de la logistique et des travaux (DALT) a élaboré un *vade-mecum* des achats publics. Ce dernier présente les modalités fixées par le code des marchés publics (CMP) du 6 août 2006, modifié par différents décrets et lois. En introduction, il est précisé que ce guide a pour objet « *la compréhension du code des marchés publics* » d'une part, et d'autre part « *son domaine d'application* ». Il est destiné à donner une première approche de la politique de l'achat auprès des services prescripteurs gestionnaires qui sont appelés à passer des marchés pour le CH. Il s'agit de la quatrième version, entrée en application le 15 mars 2010.

Le guide est divisé en six champs, complétés d'une annexe.

11.1.2. La « commission marchés »

Le décret n° 2008-1355 du 19 décembre 2008 de mise en œuvre du plan de relance économique dans les marchés publics, a supprimé la commission d'appel d'offres pour l'Etat et les établissements publics nationaux. Cependant, les établissements publics de santé sont libres, s'ils le souhaitent, d'instaurer une instance consultative collégiale chargée d'examiner les offres. Le centre hospitalier a décidé de maintenir une « commission marchés ». Pour ce faire, un guide intitulé « Commission Marchés » détaille son fonctionnement.

Le centre hospitalier a créé deux commissions marchés : une pour les « procédures dont le montant est supérieur à 193 000 € HT » et une seconde pour les « procédures dont le montant est inférieur à 193 000 € HT ».

S'il est louable de constater la volonté de conserver un tel fonctionnement, la chambre avait souligné que certaines règles telles que le « quorum » et les « membres suppléants » auraient pu être maintenues. La chambre constate que le centre hospitalier a depuis revu son *vade-mecum* afin de préciser l'organisation des suppléances et les modalités du quorum au sein de la commission.

11.1.3. Organisation des marchés à procédure adaptée

Le centre hospitalier a confectionné un document intitulé « Organisation des marchés à procédure adaptée ».

Dix-sept étapes sont prévues. Le CH insiste sur l'intérêt que présente la passation d'un MAPA ou d'un marché négocié pour permettre de négocier. Toutefois la chambre a relevé qu'il n'existait aucun guide portant sur la négociation. Il est juste précisé dans le *vade-mecum* qu'elle doit être formalisée. Le centre hospitalier indique qu'un guide précisant les modalités précises de négociation est en cours de rédaction ainsi qu'une refonte de « *l'organisation des marchés à procédure adaptée* ».

11.1.4. La nomenclature applicable au CH

Bien que le code des marchés ne rende plus obligatoire la nomenclature des catégories homogènes des fournitures et des services, le centre hospitalier a décidé de maintenir une nomenclature interne. La nomenclature transmise applicable est titrée « nomenclature 2011 ». Elle présente des aménagements spécifiques au milieu hospitalier, en termes de codes.

Il n'existe pas de manuel d'utilisation de la nomenclature, ni de mode de computation des seuils à destination des services gestionnaires - prescripteurs.

La chambre relève que la nomenclature comprend des intitulés prêtant à confusion.

Ainsi, il a été rajouté dans les prestations de services le code 75.04 qui correspond à « Impôt divers » or, le but de la nomenclature étant de computer des seuils en vue de la passation de

marché, les impôts n'y ont pas leur place. Le centre hospitalier se justifie en évoquant « *une contrainte issue du logiciel informatique utilisé* ».

Pour les achats « hors marchés travaux et entretiens » et « marchés travaux et entretiens », en 2010 le montant des achats hors marché a représenté 25,3 % des achats, soit trois fois plus qu'en 2006. Entre 2007 et 2010, le rapporteur constate que les achats hors marché représentent entre 13,2 à 25,3 % du montant total des achats pour travaux et entretien hors opération nouvel hôpital.

La chambre a relevé que le centre hospitalier avait directement attribué des travaux pour un montant de 66 976 € TTC au profit de l'entreprise CHUBB SECURITE, et cela en-dehors de toute procédure de marché. Le centre hospitalier reconnaît qu'il aurait fallu préciser le fondement de l'achat pour éviter toute ambiguïté, ce qu'il s'engage à faire à l'avenir.

Enfin, la chambre invite l'établissement à perfectionner la nomenclature qui constitue le fondement de la base de passation des marchés publics en vue du calcul des seuils.

11.1.5. Autres modalités d'achat public

1. Les achats groupés nationaux

Le GCS - Uni.H.A., créé en novembre 2005 à l'initiative des CHU, est un groupement de coopération sanitaire qui regroupe 54 membres dont 32 CHU-CHR et 22 grands centres hospitaliers sur l'ensemble du territoire national. Le CH de Perpignan en est depuis 2006 un membre.

En 2010, le centre hospitalier de Perpignan a passé pour 11 700 000 € d'achats auprès de Uni H.A. dont 9 700 000 € en achat de pharmacie.

2. Les achats groupés régionaux

En 2007, la DHOS a demandé aux ARH de favoriser l'émergence d'initiatives régionales en matière de coopérations inter-hospitalières dans le domaine des achats et des activités logistiques.

Le centre hospitalier de Perpignan a bénéficié des marchés du groupement d'achat régional dans deux domaines particuliers, d'une part pour les transports hélicoptérés pour le SAMU, à hauteur de 250 000 € et pour les marchés relatifs aux contrôles périodiques dans le domaine technique.

11.2. Typologie des achats du CH

La chambre a fait son analyse sur 143 marchés représentant 6,89 % du total des 2 075 marchés mis en place sur la période 2006-2011 et sur 77 procédures sur 515 lancées (soit 15 % des procédures). Le centre hospitalier indique que la mise en évidence des anomalies relevées par la chambre sur les marchés de travaux va conduire l'établissement à prendre des mesures afin de sécuriser ce secteur de commande. La chambre prend acte de cet engagement.

11.2.1. Absence de demande des pièces administratives afin de compléter la candidature incomplète

Procédure n° 03ST10 - Marchés n°^{os} 66 136.21*10/1002 à 8 - « Travaux pour la réalisation de l'internat du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 7

Le centre hospitalier ne demande pas systématiquement les pièces manquantes après l'ouverture des enveloppes, comme l'autorise l'article 52 I du CMP. L'entreprise SEM se retrouve attributaire du lot n° 7 « électricité courants fort et faible » alors qu'elle n'a remis aucun document relatif à sa candidature.

La chambre prend acte de la bonne volonté du CH de dater désormais « *la date d'arrivée des pièces figurant dans ce tableau récapitulatif* » en rappelant que cette date doit être antérieure à la date de la commission de choix. Le montant de ce lot était de 45 435,00 € HT.

11.2.2. Critères de sélection des candidatures se retrouvant en critères de choix des offres (non-respect article 53 du CMP)

Procédure 03E08 - Marché n° 66 136.21*08/3033 - « Fourniture, installation et suivi de la signalétique intérieure relative à la construction du nouvel hôpital de Perpignan » - lot unique

Dans le rapport d'analyse des offres, il est fait référence à la notion liée à la sélection des candidatures telle que « *entreprise qui travaille régulièrement sur l'hôpital* ». Une telle remarque donnerait à penser que le centre hospitalier favorise les entreprises ayant déjà travaillé pour lui.

La chambre recommande à l'établissement de détailler davantage l'analyse des candidatures, afin d'éviter toute confusion.

Procédure n° 05ST11 - Marchés n°s 66 136.21*11/1015 à 25 - « Réparation - rénovation - extension des bâtiments du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 12

Il est fait référence dans le règlement de consultation (RC) à la qualification des intervenants (30 points) et aux délais d'intervention (30 points). Or dans le rapport on a comme mentions « *entreprise possédant de nombreux engins et équipements* », « *entreprises connaissant bien le site du CHP* », « *nombreuses références* », « *entreprise utilisant des travailleurs handicapés* ».

Ainsi, l'introduction de critères de sélection des candidatures au sein de l'analyse des offres, en contradiction avec l'article 53 du CMP, ne peut qu'être soulignée. De plus, ces critères se substituent parfois à ceux demandés dans le règlement de consultation.

11.2.3. Imprécision dans les demandes des pièces à fournir permettant de juger la valeur technique des candidats (offres)

Dans plusieurs procédures la chambre a relevé plusieurs anomalies.

Ainsi, dans la **procédure n° 14ST10 - Marchés n°s 66 136.21*11/1001 à 6 - « Travaux pour l'installation du futur SMIT du centre hospitalier de Perpignan » - lots n°s 1 à 6**, la chambre a relevé que les documents que doivent fournir les candidats (article 3.1.2 du RC) ne coïncident pas avec les critères énoncés dans l'article 4 du RC. La chambre rappelle que s'il est possible de redemander les pièces relatives à une candidature, ce n'est pas le cas pour l'offre qui doit être complète sous peine de rejet. Le pouvoir adjudicateur ne peut que demander au candidat de préciser le contenu de ce qu'il a fourni et non d'ajouter de nouvelles pièces.

Marchés n°s 66 136.21*08/1023 à 33 - « Marché réhabilitation du secteur piscine au service de réadaptation fonctionnelle » - lots n°s 1 à 11

Sur cet exemple également, l'établissement se montre particulièrement imprécis dans les pièces à joindre, afin de pouvoir être à même de juger de la valeur technique.

Procédure n° 03ST10 - Marchés n°s 66 136.21*10/1002 à 8 - « Travaux pour la réalisation de l'internat du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 7

Force est de constater qu'une partie des critères jugés pour apprécier la valeur technique n'est pas précisée dans les documents à produire à l'appui de l'offre (article 3.1.2 du RC). En effet, il n'est pas demandé aux candidats de fournir une note explicitant le mode opératoire, seules les fiches sur les matériaux sont demandées.

11.2.4. Modifications des critères de choix des offres en cours de procédures

Comme pour beaucoup de procédures lancées par le centre hospitalier, les critères de choix énoncés dans le RC ne sont pas respectés, des nouveaux sont ajoutés, alors que des éléments permettant l'évaluation des critères demandés sont ignorés.

Procédure n° 05A10 - Marchés n°s 66 136.21*11/3013 et 14 - « Fourniture de vins et de boissons alcoolisées » - lot unique

La chambre a relevé que les critères ont changé au cours de cette procédure.

Si on peut valablement penser que la qualité jugée revient au critère « *goût* », les « *fiches techniques* » et « *la nature et le conditionnement* » n'ont pas été évalués. La pondération sur les critères restants n'a pas été respectée. Aucun test comparatif n'a été effectué via une demande d'échantillon. Compte tenu de l'absence de toutes justifications sur les notes relatives sur « la qualité globale », il est impossible de pouvoir d'une part, connaître les raisons qui ont permis au centre hospitalier de donner telle ou telle note mais aussi de pouvoir vérifier si le classement proposé est exact.

11.2.5. Lacunes dans la rédaction des pièces

Procédure n° 12ST08 - Marchés n°s 66 136.21*08/1023 à 33 - « Marché réhabilitation du secteur piscine au service de réadaptation fonctionnelle » - lots n°s 1 à 11

La procédure négociée est une procédure qui se traite en deux temps, dans un premier temps les candidats sont invités à présenter leur candidature, dans un second temps les candidats reçoivent le dossier technique.

Dans les pièces transmises figure un document intitulé « ouverture des candidatures le 17 juin 2008 » (pages 20 à 23 du document transmis par la DALT), qui est en fait un document de travail, car à son analyse figurent des mentions « *manque* » pour certaines pièces ainsi qu'une mention manuscrite « *ddé le 17/06* ». La grille utilisée pour l'examen du dossier technique est identique à la grille des candidatures, mises à part quelques légères modifications (un certain nombre de mentions « *manque* » ont été remplacées par une croix, et des montants ont été rajoutés (pages 91 à 93 du même document). Cette grille s'intitule « ouvertures des offres le 15 juillet 2008 ». Le centre hospitalier a repris la trame de la grille candidature avec la référence aux imprimés DC4, DC5, etc. au lieu de modifier la trame, en y intégrant les pièces demandées à l'article 3-1.4 du RC. Le centre hospitalier valide donc des offres sur la base de critères de la candidature qui ont déjà à ce stade été validés.

Procédure n° 03ST10 - Marchés 66 136.21*10/1002 à 8 - « Travaux pour la réalisation de l'internat du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 7

L'article 2.6 du RC indique que l'option portera sur « *la réalisation complémentaire - extension de surface* ». Dans les AE un tableau permet aux entreprises de la compléter mais rien n'est mentionné dans le CCTP, ni dans le bordereau de prix. En ne tenant compte que de l'absence de chiffrage de l'option, 5 lots sur 6 auraient dû être déclarés sans suite. Compte tenu qu'aucune entreprise n'a chiffré d'option, il s'agit sans doute d'une erreur laissée sur des documents contractuels, qui aurait dû faire l'objet d'un certificat administratif et d'une mise au point dans le cadre du marché.

11.2.6. Remise en cause de classement lors de l'attribution

Procédure n° 12E07 - Marché n° 66 136.21*08/3022 - « Fourniture de case vestiaire individuelle pour le personnel » - lot unique

L'analyse des offres reprend les informations succinctes données dans le CCTP, en indiquant si les candidats répondaient aux prescriptions demandées. Y figure le nombre de points maximum attribués pour chaque sous-critère. Les critères du RC sont respectés. Cependant aucun décompte des sous-critères par entreprise n'est donné. Ainsi l'entreprise C. a autant de « oui » que l'entreprise E. L. P. R. mais leurs notes sont différentes, la première à 55/60 et la seconde 40/60. Au vu de ce qui est mentionné, les deux entreprises auraient dû avoir la même note. S'il avait été donné la note de 55/60 à l'entreprise E. L. P. R., elle serait devenue attributaire du marché devant C. Le centre hospitalier reconnaît qu'une erreur matérielle s'est glissée dans le document d'analyse sur un critère auquel a été attribué un « oui » alors que la réponse était « non ». La faible modularité du produit de cette entreprise n'a pas été tracée dans le document de synthèse mais a été confirmée par le service gestionnaire prescripteur afin de justifier la note. La chambre ne peut que regretter cette erreur et le manque de précision apportée au rapport d'analyse des offres. En effet, ce dernier est composé d'un tableau avec comme unique mention « oui » et « non » pour répondre aux demandes du CCTP. La chambre rappelle que le centre hospitalier doit se conformer au document officiel qu'est le rapport d'analyse des offres.

Procédure n° 05ST11 - Marchés n°s 66 136.21*11/1015 à 25 - « Réparation - rénovation - extension des bâtiments du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 12

Au lot n° 7, si on calcule la note « valeur technique », l'entreprise B. E. F. fournit un mémoire technique complet et respecte les délais. Elle devrait donc avoir la note de 60/60 alors que dans le rapport, elle n'a que 45/60. L'entreprise E. a fourni un mémoire incomplet, elle devrait avoir la note de 15/30. Comme elle respecte les délais imposés, elle a la note de 30/30, soit une note technique totale de 45/60. Si on ajoute la note « prix » on arrive à 85 point pour E. et 92,79 pour B. E. F., le classement choisi par la commission marché est donc erroné.

11.2.7. La confusion entre variantes et options

La chambre a relevé que le centre hospitalier méconnaissait la différence entre une option et une variante. De plus, le centre hospitalier emploie la notion d'« option facultative » qui n'est pas prévue par le CMP. Enfin, la notion d'option est employée à mauvais escient.

(Procédure n° 01E10 - Marché n° 66 136.21*10/3031 - « Fourniture et livraison de véhicules d'intervention « samu » et aménagement spécifiques » - lots n°s 1 et 2 ; Procédure n° 03ST10 - Marchés n°s 66 136.21*10/1002 à 8 - « Travaux pour la réalisation de l'internat du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 7).

11.2.8. Analyse uniquement de l'offre variante du futur titulaire dans le rapport d'analyse des offres

Procédure 03E08 - Marché n° 66 136.21*08/3033 - « Fourniture, installation et suivi de la signalétique intérieure relative à la construction du nouvel hôpital de Perpignan » - lot unique

Les variantes étaient autorisées et l'entreprise A en a proposé une. Le bordereau de prix n'a pas été produit pour l'offre de base, seul l'acte d'engagement a pu être fourni. Dans l'analyse qui est présentée à la commission, il n'est même pas fait référence à l'offre de base. La chambre ne peut que regretter l'absence de présentation de cette variante aux membres de la commission d'appel d'offres. En effet, c'est à eux seuls que revient le choix du titulaire et du classement et on doit leur présenter obligatoirement toutes les offres.

11.2.9. Les avenants

Le fait que les services gestionnaire - prescripteurs demandent autant de modifications pose ici la question de la définition préalable des besoins. Ainsi, les possibilités de modifier un marché initial par voie d'avenant sont encadrées (article 20 du CMP) : un avenant ne peut pas bouleverser l'économie du marché ni en changer l'objet, sauf sujétions techniques imprévues ne résultant pas du fait des parties.

Or, au vu des devis présentés en vue de la signature des avenants, les demandes de travaux supplémentaires ne peuvent rentrer dans cette catégorie. En effet la « création de 3 déshabillloirs » pour le lot n° 6 ou « la fourniture et la pose de commande pour la montée et la descente de volets roulants » pour le lot n° 1 ne peuvent être considérés que comme prévisibles.

Parfois même, le pouvoir adjudicateur envisage déjà le recours aux avenants avant même la notification, puisque sur le rapport d'analyse des offres, il est mentionné : « *Observations : les métrés effectués permettent de connaître le prix global de l'opération en appliquant un prix unitaire aux quantités. Ce prix unitaire servira de base au calcul du montant des prestations supplémentaires qui pourront être demandées et notifiées par avenant* » (cf. procédure n° 1ST07 - marché n° 66 136.21*1006-7 - « travaux d'aménagement de locaux au service des maladies infectieuses et tropicales » - lots n^{os} 1 à 5).

La chambre prend acte de l'engagement du centre hospitalier à travailler sur l'amélioration de la phase de diagnostic pour anticiper au mieux les besoins à venir, et limiter l'augmentation des marchés par voie d'avenants, en étant notamment attentif au suivi de l'exécution de la masse financière des marchés.

11.2.10. L'absence de marché courrier

La chambre a relevé que l'établissement n'avait pas passé de marché « courrier ».

Le centre hospitalier aurait dû donc anticiper la libéralisation du marché postal et être à même d'avoir un marché qui aurait remplacé les différentes conventions signées. Ainsi pour 2011, le montant des sommes versées à « LA POSTE » et « COLIPOST » s'élève à 162 449,17 € HT. Il serait souhaitable que le centre hospitalier passe rapidement un marché pour se mettre en conformité avec l'ouverture du marché postal.

Le centre hospitalier précise que le groupement Uni-H.A. entend lancer une procédure relative à ce besoin, et que le centre hospitalier entend y participer dans la limite de ses besoins.

11.2.11. La signature des actes d'engagement

Afin de faciliter « le flux administratif », la DALT a instauré une pratique discutable : la signature des AE au moment du passage des marchés devant la commission marché. Ainsi, pour le marché relatif à la « prestation de mise à disposition de personnel médical au centre hospitalier de Perpignan », l'AE était signé pour ordre par la directrice de DALT le jour de la commission marché. La DALT a indiqué que pour calculer la date de la signature des AE, il était pris en compte le calcul suivant : « *le calcul est : date de commission + 16 jours minimum de délai pour notification* ».

Cette pratique « d'antidater » des pièces des marchés est contraire à tous les principes du droit et ne peut être admise sous quelque prétexte que ce soit.

La chambre prend acte des dispositions prises pour que les actes d'engagement ne soient signés qu'à expiration du délai de « standstill » de 16 jours.

11.2.12. Absence de signature d'un acte engagement

Procédure n° 05ST11- Marchés n°s 66 136.21*11/1015 à 25 - « Réparation - rénovation - extension des bâtiments du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 12

La chambre a constaté que dans cette procédure l'acte d'engagement envoyé par l'entreprise LINDE n'a pas été signé, ni daté.

Un courriel émanant des affaires économiques daté du 21 décembre 2011 confirme l'absence de signature de l'acte d'engagement. La chambre relève que le marché a été notifié le 18 juillet 2011, et que par conséquent l'offre de cette entreprise aurait dû être déclarée irrégulière, le lot déclaré infructueux et relancé, et ce, même si elle était l'unique entreprise à postuler.

11.2.13. Illégalité dans la passation des marchés à procédure adaptée à bons de commande sans montant maximum

La chambre constate le contournement des procédures des marchés en termes de non-reconduction de marchés, passés sans montant maximum dans le cadre de procédures non formalisées et de les relancer afin d'éviter tout risque juridique. Lorsque le centre hospitalier décide de recourir à un marché à bons de commande sans montant maximum, il faut qu'il utilise une procédure formalisée. La pratique du centre hospitalier est irrégulière. Tous les marchés passés en vertu de procédures non formalisées sans montant maximum sont entachés d'illégalité et peuvent être annulés devant le tribunal administratif.

Ainsi au vu des tableaux fournis, il s'agit de 51 procédures passées illégalement. Selon les montants communiqués par le centre hospitalier, le volume des achats que représentent ces MAPA s'élève à 26 495 556,20 € TTC.

Les marchés n°s 66 136.21*11/1015 à 25 - « Réparation - rénovation - extension des bâtiments du centre hospitalier de Perpignan » - lots 1 à 12, en constituent l'exemple le plus flagrant.

Il est plus que surprenant de constater que le centre hospitalier ait utilisé la procédure MAPA pour un marché passé sans montant maximum et dont l'estimation est très proche du seuil des procédures formalisées. Pour la sécurité juridique des contrats, il aurait mieux valu passer directement en procédure formalisée, sachant que selon le centre hospitalier le total des montants attribués pour les 12 lots sur les 4 ans, est de 4 837 000 € HT, soit 8 000 € HT de moins que le seuil.

Il serait souhaitable de relancer la procédure sous la forme d'un accord cadre, afin d'éviter tout risque juridique.

Le centre hospitalier indique que depuis le 1^{er} juin 2012 le montant affiché est le montant maximum pour toute procédure correspondant à un marché à procédure adaptée à bons de commande.

11.2.14. La gestion de reconduction des marchés

Consacrée par la jurisprudence du Conseil d'Etat, commune de Païta du 29 novembre 2000, n° 205143, la prohibition des clauses de reconduction tacite figure à l'article 16 du code des marchés publics en vigueur sur la période considérée.

Il a été établi que le centre hospitalier pratiquait depuis des années la reconduction tacite des marchés, pourtant prohibé par le CMP.

La chambre souligne que le fait de renouveler ses marchés en faisant usage d'une clause de tacite reconduction, sous réserve bien évidemment que la mise en concurrence ait été réalisée en prenant en compte la durée totale des marchés, n'est possible que depuis l'intervention du décret

n° 2011-1000 du 25 août 2011 modifiant certaines dispositions applicables aux marchés et contrats relevant de la commande publique (article 16).

Sur la commande publique, la chambre formule les recommandations suivantes :

1. Recommandations d'ordre général

- perdurer dans la volonté de définir au mieux les besoins ;
- reprendre et étayer le guide « Organisation des marchés à procédure adaptée » car, compte tenu des seuils, c'est celui qui sera utilisé à plus de 80 % ;
- créer un guide de « la négociation » ;
- actualiser, préciser certains termes¹³ et mettre en perspective les différents guides ;
- établir une nouvelle nomenclature et l'adapter réellement à ses besoins ;
- prendre en compte dans les marchés les prescriptions du code des marchés en matière de développement durable et de clauses d'insertion sociale (articles 5 et 14 CMP), en matière de courriers et personnel ;
- utiliser les possibilités offertes par le code pour pourvoir plus aisément aux besoins en utilisant les accords-cadres par exemple¹⁴ ;
- réfléchir à une organisation permettant d'automatiser un certain nombre de tâches dans le suivi des marchés ;
- revoir les méthodes de classement ;
- réfléchir à un nouveau plan de formation incluant la notion de risques juridiques.

2. Recommandations concernant la passation

- renforcer le contrôle des documents faisant foi tels que les RC, les rapports d'analyse des offres¹⁵ en précisant les règles de notations ;
- veiller à respecter les critères du RC et à ne pas en rajouter de nouveaux¹⁶ ;
- clarifier les reconductions des marchés ;
- être scrupuleux sur les conditions de négociation et plus de traçabilité dans le RAO ;
- respecter les obligations que le pouvoir adjudicateur s'est lui-même imposées pour ne pas introduire de rupture d'égalité entre les candidats (valable aussi pour l'exécution) ;
- apprécier aux mieux les procédures selon leurs modes de passation.

3. Recommandations concernant l'exécution

- contrôler la forme des documents d'exécution ;
- renforcer le suivi des marchés ;
- limiter le recours aux avenants en procédant à une meilleure définition préalable des besoins, éviter les avenants de régularisation et « fourre-tout » et veiller au parallélisme des formes¹⁷.

Délibéré à la chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon le 25 octobre 2012.

¹³ La différence entre variante et option, par exemple.

¹⁴ Les accords-cadres peuvent être préférés aux marchés à bons de commande, surtout en entretien de bâtiment.

¹⁵ Des délais qui apparaissent puis disparaissent au fil de l'analyse du fait des copier-coller.

¹⁶ Par exemple :

- la visite obligatoire dans le RC et qui n'intervient pas dans le choix des candidats, un critère ;
- analyse des offres suivant de nouveaux critères.

¹⁷ Des pourcentages d'augmentation tels que 22,18 % ou 45,54 %.

RECOMMANDATIONS

ORGANISATION ET ORIENTATIONS DE L'ETABLISSEMENT

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. élaborer le règlement intérieur ;
2. élaborer sans plus tarder le projet d'établissement dans la mesure où ce dernier constitue un outil de pilotage indispensable permettant de définir, de manière concertée, les orientations stratégiques intéressant tous les aspects de la gestion du centre hospitalier. Il doit comporter, en effet, un projet médical et un projet de soins infirmiers, mais aussi un projet qualité et de gestion des risques, un projet social, un projet logistique et de système d'information ;
3. mettre en place une instance de suivi de l'exécution du projet d'établissement et des projets de pôle ;
4. revoir le contenu du rapport d'activité ;
5. mettre réellement en œuvre les pôles dans toutes les composantes imposées par la réglementation ;
6. mettre en place les délégations de gestion.

LES COOPERATIONS HOSPITALIERES

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. étudier le retour sur investissement des accords conclus dans le cadre des GCS précités de façon à ce que l'économie générale de ces GCS ne soit pas défavorable à l'hôpital ;
2. veiller à ce que les versements aux GCS soient en adéquation avec le calendrier des versements de la T2A par l'assurance maladie ;
3. envisager une évolution du GEIE vers une autre structure de type GCS permettant de mieux encadrer le fonctionnement de l'activité, et notamment en ce qui concerne la commande publique.

L'ACTIVITE

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. conduire une réflexion sur l'organisation des unités ayant un taux d'occupation inférieur à la cible en étudiant particulièrement le dimensionnement de l'unité et/ou la transformation de lits en hospitalisation de semaine ainsi que sur les durées moyennes de séjour trop longues et les séjours à bornes basses et hautes ;
2. développer la chirurgie ambulatoire de façon déterminée.

LE PLATEAU TECHNIQUE DU NOUVEL HOPITAL

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. mener les études nécessaires en lien avec la cellule de contrôle de gestion et les pôles concernés en vue de proposer, sur la base d'un diagnostic, un plan d'actions visant à optimiser l'utilisation du plateau technique et à le rendre efficient au suivi de la performance du plateau technique ;
2. mener une réorganisation du bloc opératoire en vue d'une optimisation de son utilisation et une réduction de ses coûts.

LE CONTROLE DE GESTION ET LA COMPTABILITE ANALYTIQUE

La chambre recommande au centre hospitalier de poursuivre la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière en développant le CREA et le TCCM au niveau de l'entité établissement. Une participation à la base d'Angers doit être envisagée.

LE RECOUVREMENT DES RECETTES

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. renforcer les contrôles de cohérence entre l'activité réalisée et l'activité facturée, notamment en ce qui concerne l'activité externe ;
2. renforcer les contrôles qualitatifs du codage notamment en ce qui concerne les consultations ;
3. mettre en place un collège de DIM et le faire vivre ;
4. élaborer le rapport annuel du DIM dans le cadre des bonnes pratiques ;
5. mettre en place des tableaux de bord intégrant les indicateurs dont dispose le trésorier ;
6. évaluer le travail effectué par les agents du bureau des entrées ;
7. mettre en place une formation initiale et continue pour les agents du bureau des entrées ;
8. placer le processus de recouvrement sous une responsabilité unique ;
9. finaliser la démarche de fiabilisation de l'identité patient et débiteur ;
10. mettre en place des actions visant à réduire le délai de facturation à 15 jours sans obérer de la qualité de la facturation ;
11. remettre à plat les fichiers des mutuelles ainsi que les conventions ;
12. améliorer le taux de dématérialisation ;
13. améliorer les encaissements en régie ;
14. mettre en place des actions visant à réduire les dossiers non facturés pour motif « n'habite pas à l'adresse indiquée » (NPAI) ;
15. revoir les fiches de poste des agents des bureaux des entrées ;
16. remettre à plat les conventions d'occupation du domaine public ainsi que le niveau des loyers et facturer les consommations de fluide.

LE PERSONNEL NON MEDICAL

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. élaborer le projet social ;
2. formaliser la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences ;
3. poursuivre le développement d'outils de gestion de la masse salariale ;
4. mettre en place un contrôle interne de la paye ;
5. mettre en place un plan d'actions en ce qui concerne l'absentéisme ;
6. revoir la politique de recours aux contractuels ;
7. revoir les conditions de rémunération des contractuels ;
8. mettre en conformité les conditions d'avancement des personnels titulaires avec la réglementation ;
9. appliquer la réglementation en matière de temps de travail ;
10. revoir les conditions d'attribution des indemnités de travail intensif de nuit.

LE PERSONNEL MEDICAL

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. étudier l'adéquation entre le besoin de l'établissement et l'activité réalisée par les vacataires, et contrôler l'activité effective des vacataires ;
2. conduire avec l'aide du médecin DIM et du contrôle de gestion, une étude sur l'activité des vacataires avec pour objectif de réviser pour 2013 le nombre de vacations accordées ;
3. intégrer dans les contrats un article portant sur l'obligation pour le médecin contractuel de codifier son activité et faire figurer les numéros d'inscription à l'ordre, ainsi que le rappel des règles de déontologie ;
4. veiller à la validité juridique de toutes les conventions d'activité d'intérêt général des praticiens du CHP effectuant des prestations à l'extérieur ;
5. veiller à l'adéquation entre le temps affecté aux activités d'intérêt général des praticiens et leur rémunération supplémentaire ;
6. prévoir, dans les nouvelles conventions, un article précisant les modalités de remboursement par l'établissement bénéficiaire des prestations d'intérêt général des praticiens perpignanais ;
7. veiller à formuler dans les contrats d'activité libérale, le temps de travail libéral du médecin, de manière plus précise, en mentionnant les demi-journées consacrées à l'activité libérale ;
8. veiller à ce que la CAL effectue les contrôles sur le bon déroulement de l'activité libérale ;
9. veiller à réclamer auprès de l'assurance maladie les relevés SNIR relatifs à l'activité libérale des praticiens temps plein de l'établissement ;
10. veiller à la bonne information des patients et à l'affichage dans les services des tarifs et horaires de l'activité libérale des praticiens ;
11. veiller à ce que les honoraires des médecins soient déterminés avec tact et mesure, et que les dépassements d'honoraires restent dans la limite raisonnable ;
12. intégrer dans la nouvelle charte de l'organisation médicale les obligations et règles de bonne conduite en matière d'activité libérale au sein de l'établissement.

LA COMMANDE PUBLIQUE

La chambre formule les recommandations suivantes :

1. Recommandations d'ordre général

- perdurer dans la volonté de définir au mieux les besoins ;
- reprendre et étayer le guide « Organisation des marchés à procédure adaptée » car, compte tenu des seuils, c'est celui qui sera utilisé à plus de 80 % ;
- créer un guide de « la négociation » ;
- actualiser, préciser certains termes et mettre en perspective les différents guides ;
- établir une nouvelle nomenclature et l'adapter réellement à ses besoins ;
- prendre en compte dans les marchés les prescriptions du code des marchés en matière de développement durable et de clauses d'insertion sociale (articles 5 et 14 CMP), en matière de courriers et personnel ;
- utiliser les possibilités offertes par le code pour pourvoir plus aisément aux besoins en utilisant les accords-cadres par exemple ;
- réfléchir à une organisation permettant d'automatiser un certain nombre de tâches dans le suivi des marchés ;
- revoir les méthodes de classement ;
- réfléchir à un nouveau plan de formation incluant la notion de risques juridiques.

2. Recommandations concernant la passation

- renforcer le contrôle des documents faisant foi tels que les RC, les rapports d'analyse des offres en précisant les règles de notations ;
- veiller à respecter les critères du RC et à ne pas en rajouter de nouveaux ;
- clarifier les reconductions des marchés ;
- être scrupuleux sur les conditions de négociation et plus de traçabilité dans le RAO ;
- respecter les obligations que le pouvoir adjudicateur s'est lui-même imposées pour ne pas introduire de rupture d'égalité entre les candidats (valable aussi pour l'exécution) ;
- apprécier aux mieux les procédures selon leurs modes de passation.

3. Recommandations concernant l'exécution

- contrôler la forme des documents d'exécution ;
- renforcer le suivi des marchés ;
- limiter le recours aux avenants en procédant à une meilleure définition préalable des besoins, éviter les avenants de régularisation et « fourre-tout » et veiller au parallélisme des formes.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

ANNEXE 1 - ANALYSE FINANCIERE

Soldes intermédiaires de gestion - Budget H

Soldes intermédiaires de gestion. Budget général. En milliers d'euros		2006	2007	2008	2009	2010
2	Produits de la tarification à l'activité (A)	42 995	66 151	123 838	126 205	135 971
3	Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	63 634	48 697	0	0	0
4	Sous total MCO + HAD (A + B) (lignes 2+3)	106 629	114 848	123 838	126 205	135 971
5	Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	14 435	14 452	15 014	16 137	16 768
6	Sous-total variable selon l'activité (A + C) (lignes 2+5)	57 430	80 603	138 852	142 342	152 739
7	MIGAC	11 791	13 916	16 675	23 404	25 228
8	Forfaits annuels	2 982	3 496	3 325	3 506	4 031
9	Dotation annuelle de financement (DAF)	3 407	3 481	3 522	3 662	4 052
10	Ventes de marchandises	9 946	9 893	9 630	9 058	10 151
11	Autres produits	4 996	4 903	5 718	5 685	6 874
12	Produits bruts d'exploitation (lignes 4+5+7+8+9+10+11)	154 186	164 989	177 722	187 657	203 075
13	Consommations en provenance de tiers	33 213	37 189	40 877	43 816	48 021
14	Charges externes	8 504	9 548	9 294	12 120	13 375
15	- Consommations intermédiaires (13+14)	41 717	46 737	50 171	55 936	61 396
16	= VALEUR AJOUTEE (lignes 12-15)	112 469	118 252	127 551	131 721	141 679
17	+ Subventions d'exploitation	1 673	1 655	2 942	1 696	1 754
18	- Impôts et taxes	22	17	27	74	99
19	- Charges de personnel (en net)	102 654	110 507	117 342	124 766	135 404
20	= EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION (lignes 16+17-18-19)	11 466	9 383	13 124	8 577	7 930
21	+ Autres produits de gestion courante	1 770	2 006	2 354	2 530	2 867
22	- Autres charges de gestion courante	660	899	683	624	494
23	= MARGE BRUTE (lignes 20+21-22)	12 576	10 490	14 795	10 483	10 303
24	+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	204	555	623	1 598	425
25	- Dotations aux amortissements	6 737	7 918	7 764	9 718	12 828
26	- Dotations aux provisions et dépréciations	3 999	998	2 619	282	195
27	= RESULTAT D'EXPLOITATION (lignes 23+24-25-26)	2 044	2 129	5 035	2 081	-2 295
28	+ Produits financiers	99	77	51	23	16
29	- Charges financières	2 847	1 976	2 721	1 866	2 536
30	= RESULTAT COURANT (lignes 27+28-29)	-704	230	2 365	238	-4 815
31	+ Produits exceptionnels	2 084	2 873	3 204	1 533	8 448
32	- Charges exceptionnelles	1 451	3 101	5 563	1 758	5 417
33	= RESULTAT EXCEPTIONNEL (lignes 30+33)	633	-228	-2 359	-225	3 031
34	RESULTAT NET	-71	2	6	13	-1 784

Source : états IDAHO

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Soldes intermédiaires de gestion. Budget H.	2006	2007	2008	2009	2010
Produits de la tarification à l'activité (A)	42 995	66 151	123 838	126 205	135 971
Dotations annuelles complémentaires (DAC) (B)	63 634	48 697	0	0	0
Sous total MCO + HAD (A + B)(lignes 2+3)	106 629	114 848	123 838	126 205	135 971
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	14 435	14 452	15 014	16 137	16 768
Total A+B+C	121 064	129 300	138 852	142 342	152 739
Evolution année par année en %tage		2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
		6,80%	7,39%	2,51%	7,30%

Source : états IDAHO. Exprimé en milliers d'euros

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le bilan fonctionnel

CH Perpignan. ACTIF.		En milliers d'euros				
		2006	2007	2008	2009	2010
1	IMMOBILISATIONS INCORPORELLES (2 à 4)	176	126	76	27	0
2	Immobilisations incorporelles	0	0	0	0	0
3	Charges à répartir	176	126	76	27	0
4	Primes de remboursement des obligations	0	0	0	0	0
5	IMMOBILISATIONS CORPORELLES (6 à 15)	190 124	222 537	243 360	264 685	285 519
6	Terrains	1 319	1 319	1 319	1 836	3 203
7	Immobilisations en cours / terrains	0	0	0	0	0
8	Constructions	41 661	63 228	64 885	183 018	185 867
9	Constructions en cours	73 409	80 263	4	0	0
10	Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	72 261	76 396	68 888	76 391	80 227
11	Installations, matériel et autres immobilisations en cours	0	0	0	0	0
12	Avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles	1 474	1 331	108 264	3 440	16 222
13	Immobilisations reçues en affectation	0	0	0	0	0
14	Immobilisations affectées ou mises à disposition	0	0	0	0	0
15	IMMOBILISATIONS FINANCIERES	31	31	48	50	52
16	Participations et créances rattachées	25	25	25	25	26
17	Autres immobilisations financières	6	6	23	25	26
18	I - Biens stables d'investissement	190 331	222 694	243 484	264 762	285 571
19	FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)	-31 472	-33 876	-45 840	-46 034	-40 990
20	Créances de l'article 58	7 821	7 821	214	214	214
21	Créances de la sectorisation psychiatrique	0	0	0	0	0
22	II - Biens stables d'exploitation	7 821	7 821	214	214	214
23	FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)	38 672	40 348	54 028	52 955	48 420
24	FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (FRNG)	7 200	6 472	8 188	6 921	7 430
25	Stocks	2 647	2 868	2 890	3 322	3 998
26	Hospitalisés et consultants	3 503	4 164	3 451	3 512	3 480
27	Caisses de Sécurité Sociale	22 405	20 748	16 835	18 670	70 750
28	Départements	2 107	1 036	529	476	522
29	Mutuelles et autres tiers-payants	2 890	2 957	2 407	3 307	2 580
30	Créances irrécouvrables admises en non-valeur	0	0	0	0	0
31	Etat et collectivités locales	0	0	0	0	0
32	Autres créances	5 827	5 456	3 982	2 145	3 484
33	Dépenses à classer	204	41	53	64	44
34	III - Créances	39 583	37 270	30 147	31 496	84 858
35	Valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0
36	Disponibilités	4 559	1 798	2 765	571	1 516
37	Dotations attendues	105	0	3 879	3 403	0
38	IV - Liquidités	4 664	1 798	6 644	3 974	1 516
39	TOTAL ACTIF	242 399	269 583	280 489	300 446	372 159

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

CH Perpignan. PASSIF		En milliers d'euros				
		2006	2007	2008	2009	2010
1	Apports	21 817	21 857	21 970	22 001	22 007
2	Excédents affectés à l'investissement	17 513	17 531	17 531	17 531	17 542
3	Subventions d'investissement	292	245	197	240	248
4	Emprunts et dettes assimilées	39 938	61 792	73 522	94 159	112 769
5	Amortissements	79 299	87 393	84 424	84 796	92 014
6	Dépréciations	0	0	0	0	0
7	I - Financements stables d'investissement (1 à 6)	158 859	188 818	197 644	218 727	244 580
8	Réserve de trésorerie	6 710	6 713	6 713	6 713	6 713
9	Réserve de compensation	16	16	12	12	12
10	Report à nouveau excédentaire	988	1 063	1 119	1 313	1 292
11	Report à nouveau déficitaire	0	0	0	0	0
12	Résultat comptable	96	53	194	-10	-1 767
13	Provisions règlementées	27 592	34 907	38 477	38 499	34 217
14	Provisions pour risques et charges	10 041	4 567	6 773	5 911	7 470
15	Autres dépréciations	1 050	850	954	730	697
16	II - Financements stables d'exploitation (8 à 15)	46 493	48 169	54 242	53 168	48 634
17	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	13 078	7 253	8 346	10 675	11 584
18	Dettes fiscales et sociales	3 908	8 876	9 392	10 179	10 064
19	Avances reçues	4 971	12 339	4 747	4 751	2 170
20	Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	510	2 343	5 138	1 867	1 286
21	Autres dettes diverses	441	513	415	778	1 006
22	Recettes à classer ou à régulariser	13 784	889	329	102	44 672
23	III - Dettes (17 à 22)	36 692	32 213	28 367	28 352	70 782
24	BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	2 892	5 056	1 781	3 144	14 076
25	Fonds en dépôt	30	18	15	18	2
26	Intérêts courus non échus	325	363	222	180	171
27	Crédits de trésorerie	0	0	0	0	8 000
28	IV - Financements à court terme (25 à 27)	355	381	237	198	8 173
29	TRESORERIE	4 309	1 416	6 407	3 777	-6 646
30	TOTAL PASSIF	242 399	269 581	280 490	300 445	372 169

Le fonds de roulement net global (FRNG)

Structures financières	2006	2007	2008	2009	2010
FRI en % (ress.invest.stables/emplois invest.stables)	83,40%	84,70%	81,20%	82,60%	85,60%
FRE en % (ress.exploit.stables/emplois exploit.stables)	594%	615%	25346%	24844%	22726%
FRNG en K € (total ressources stables - total emplois stables)	7 200	6 472	8 188	6 921	7 430
FRNG en % (ress.totales stables / emplois totaux stables)	103,60%	102,81%	103,36%	102,62%	102,60%
BFR en K € (actif circulant - passif circulant)	2 891	5 057	1 780	3 144	14 076
Tresorerie en K € (FRNG - BFR)	4 309	1 415	6 408	3 777	-6 646

Source : états IDAHO

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le résultat d'exploitation

Résultat d'exploitation (budget H)	2006	2007	2008	2009	2010
Marge brute	12 576	10 490	14 795	10 483	10 303
+ Reprises sur amortissements et provisions	204	555	623	1 598	425
- Dotations aux amortissements	6 737	7 918	7 764	9 718	12 828
- Dotations aux provisions	3 999	998	2 619	282	195
Total résultat d'exploitation	2 044	2 129	5 035	2 081	-2 295
Evolution du résultat d'exploitation année par année en %tage		2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
		4,16%	136,50%	-58,67%	-210,28%

Source : états IDAHO

L'excédent brut d'exploitation (EBE)

Excédent brut d'exploitation (budget H)				
2006	2007	2008	2009	2010
11 466	9 383	13 124	8 577	7 930
Evolution en %tage	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
	-18,17%	39,87%	-34,65%	-7,54%

Source : états IDAHO

Le résultat net

Résultat net budget H	2006	2007	2008	2009	2010
Résultat courant	-704	230	2 365	238	-4 815
+ Produits exceptionnels	2 084	2 873	3 204	1 533	8 448
- Charges exceptionnelles	1 451	3 101	5 563	1 758	5 417
Total résultat net	-71	2	6	13	-1 784

Source : comptes financiers budget H

Comptes de charges sur exercices antérieurs	2006	2007	2008	2009	2010
C/6721 - Charges sur ex. antérieurs - personnel	5 635	770	60 247	3 781	41 846
C/6722 - Charges sur ex. antérieurs médicales	155 968	43 104	50 861	78 567	53 701
C/6723 - Charges sur ex. antérieurs à caractère hôtelier	49 681	116 860	71 414	65 464	92 594
C/6728 - Autres charges sur exercices antérieurs	0	30 931	44 042	131 245	190 963
Total	211 284	191 665	226 564	279 057	379 104

Source : comptes financiers budget H

POIDS DU RESULTAT NET					
en milliers d'euros	2006	2007	2008	2009	2010
<i>montant du résultat net constaté</i>	-72	2	6	13	-1 784
<i>montant des recettes du titre I</i>	124 808	135 741	147 360	156 776	169 281
%tage du titre I	-0,06%	0,00%	0,00%	0,01%	-1,05%
montant total des produits	163 215	175 859	190 195	198 696	220 957
%tage total des produits	-0,04%	0,00%	0,00%	0,01%	-0,81%

Source : compte financier, budget H

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le résultat net toutes activités confondues

RESULTATS CONSOLIDES DE FONCTIONNEMENT .					
Budget	2006	2007	2008	2009	2010
Budget principal H	-72	2	6	13	-1 784
Budget annexe A - DNA	4	7	9	1	3
Budget annexe B - USLD	74	-4	113	-69	6
Budget annexe C - IMFSI	15	6	35	15	7
Budget annexe E1. EHPAD	Néant	Néant	Néant	Néant	0
Budget annexe E2. Accueil de jour Alzheimer	Néant	Néant	Néant	Néant	0
Budget annexe N. SSIAD	75	43	32	32	1
RESULTATS CUMULES	96	54	195	-8	-1 767

Source : comptes financiers. Montants exprimés en milliers d'euros

La marge brute

Marge brute					
Années	2006	2007	2008	2009	2010
EBE du tableau ci-dessus	11 466	9 383	13 124	8 577	7 930
+ Autres produits de gestion courante (C/75)	1 770	2 006	2 354	2 530	2 867
- Autres charges de gestion courante (C/65)	660	899	683	624	494
Total marge brute	12 576	10 490	14 795	10 483	10 303
Evolution de la marge brute année par année en % tige		2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
		-16,59%	41,04%	-29,14%	-1,72%

Source : étas IDAHO

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les écarts entre les prévisions et les réalisations

Ecart entre prévisions et réalisations de 2006 à 2010											
Titres	CHARGES	EPRD	Réalisé								
		2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010
T.1	Charges de personnel	103 143	103 207	111 074	111 344	117 753	117 753	124 898	125 104	133 327	135 779
T.2	Charges à caractère médical	33 285	33 368	37 986	37 324	40 353	40 805	44 260	44 216	47 142	49 744
T.3	Charges à caractère hôtelier et général	11 138	11 679	12 670	13 198	13 197	12 966	15 295	15 741	15 875	16 242
T.4	Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	13 390	15 034	12 799	13 993	15 809	18 667	14 590	13 624	18 728	20 976
	TOTAL CHARGES	160 956	163 288	174 529	175 859	187 112	190 191	199 043	198 685	215 072	222 741
Ecart entre prévisions et réalisations de 2006 à 2010											
	PRODUITS	EPRD	Réalisé								
		2006	2006	2007	2007	2008	2008	2009	2009	2010	2010
T.1	Produits versés par l'assurance maladie	125 242	124 808	135 029	135 741	146 692	147 360	154 989	156 776	167 867	169 281
T.2	Autres produits de l'activité hospitalière	12 949	14 434	14 854	14 452	14 940	15 014	15 164	16 137	17 235	16 768
T.3	Autres produits	22 763	23 973	24 031	25 667	25 481	27 822	28 891	25 783	29 970	34 907
	TOTAL PRODUITS	160 954	163 215	173 914	175 860	187 113	190 196	199 044	198 696	215 072	220 956
	RESULTAT	-2	-73	-615	1	1	5	1	11	0	-1 785

Source : EPRD et comptes financiers. Montants exprimés en milliers d'euros

Autres produits de la gestion courante en 2010

Autres produits de gestion courante (C/75)	Montants en milliers d'€
Reversement activité libérale (C/7531)	173
Remboursement formation professionnelle (C/7541)	1 923
remboursement IRM (C/75431)	180
remboursement autres équipements (C/75432)	332
Autres remboursements de frais (C/7548)	241
Autres produits divers de gestion courante (C/75888)	17
Total	2 866

Source : états IDAHO

Autres charges de gestion courante (C/65)	Montants en milliers d'€
Pertes sur créances irrécouvrables (C/654)	369
Autres subventions (C/6578)	18
Frais de culte et d'inhumation (C/6581)	16
Reversement quote-part des radiologues (C/6585)	27
Participation frais de stage EHESP	52
Autres charges de gestion courante	12
Total	494

Source : états IDAHO

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Evolution des dépenses et des recettes entre 2007 et 2010

Charges

Titres	Libellé charges	Réel 2007	Réel 2008	Evolution 2008/2007 en %tage	Réel 2009	Evolution 2009/2008 en %tage	Réel 2010	Evolution 2010/2009 en %tage
Titre 1	Charges de personnel	111 344	117 753	5,76%	125 104	6,24%	135 779	8,53%
Titre 2	Charges à caractère médical	37 324	40 805	9,33%	44 216	8,36%	49 744	12,50%
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	13 198	12 966	-1,76%	15 741	21,40%	16 242	3,18%
Titre 4	Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	13 993	18 667	33,40%	13 624	-27,02%	20 976	53,96%
	Total	175 859	190 191	8,15%	198 685	4,47%	222 741	12,11%

Produits

Titres	Libellé produits	réel 2007	réel 2008	Evolution 2008/2007 en %tage	Réel 2009	Evolution 2009/2008 en %tage	Réel 2010	Evolution 2010/2009 en %tage
Titre 1	Produits versés par l'AM	135 741	147 360	8,56%	156 776	6,39%	169 281	7,98%
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	14 452	15 014	3,89%	16 137	7,48%	16 768	3,91%
Titre 3	Autres produits	25 667	27 822	8,40%	25 783	-7,33%	34 907	35,39%
	Total	175 860	190 196	8,15%	198 696	4,47%	220 956	11,20%

Part des titres dans le total des charges										
	2006	%tage	2007	%tage	2008	%tage	2009	%tage	2010	%tage
T 1. Charges de personnel	103 207	63,21%	111 344	63,31%	117 753	61,91%	125 104	62,97%	135 779	60,96%
T 2. Charges à caractère médical	33 368	20,44%	37 324	21,22%	40 805	21,45%	44 216	22,25%	49 744	22,33%
T 3. Charges à caractère hôtelier et général	11 679	7,15%	13 198	7,50%	12 966	6,82%	15 741	7,92%	16 242	7,29%
T 4. Charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	15 034	9,21%	13 993	7,96%	18 667	9,81%	13 624	6,86%	20 976	9,42%
Total	163 288	100%	175 859	100%	190 191	100%	198 685	100%	222 741	100%

Source : comptes financiers. Budget H. Montants exprimés en milliers d'euros

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Structure des recettes du titre 1 en milliers d'euros						
Titre 1. Produits versés par l'assurance maladie	réalisations 2007	Réalisations 2008	Réalisations 2009	Evolution 2009/2008 en %tage	Réalisations 2010	Evolution 2010/2009 en %tage
C/73111. Produits de la tarification des séjours	54 995	105 936	106 406	0,44%	112 815	6,02%
C/73112. produits des médicaments facturés en sus des séjours	4 477	5 955	6 769	13,67%	9 036	33,49%
C/73113. Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	2 184	2 359	2 933	24,33%	3 008	2,56%
C/73114. Forfaits annuels	3 496	3 325	3 506	5,44%	4 031	14,97%
C/73116. DAC : dotation annuelle complémentaire	48 697	0	0	-	0	-
C/73117. Dotation annuelle de financement	3 481	3 522	3 661	3,95%	4 052	10,68%
C/73118. MIGAC	13 916	16 675	23 403	40,35%	25 227	7,79%
C/7312. Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	4 495	9 588	10 096	5,30%	11 111	10,05%
TOTAL	135 741	147 360	156 774	6,39%	169 280	7,98%

Source : compte financier budget H

Structure des recettes du titre 2 en milliers d'euros						
Titre 2. Autres produits de l'activité hospitalière	réalisé en 2007	réalisé en 2008	réalisé en 2009	Evolution 2009/2008 en %tage	réalisé en 2010	Evolution 2010/2009 en %tage
C/7321. Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'AM	6 264	5 555	6 791	22,25%	6 034	-11,15%
C/7322. Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'AM	392	414	196	-52,66%	551	181,12%
C/7323. Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non pris en charge par l'AM	13	7	32	357,14%	56	75,00%
C/7324. Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM	2 910	2 758	2 886	4,64%	3 120	8,11%
C/73271. Forfait journalier MCO	2 934	2 900	2 897	-0,10%	3 347	15,53%
C/73272. Forfait journalier SSR	161	179	179	0,00%	203	13,41%
C/733. Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers	1 692	2 716	2 617	-3,65%	2 893	10,55%
C/734. Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	85	484	537	10,95%	565	5,21%
TOTAL	14 451	15 013	16 135	7,47%	16 769	3,93%

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Structure des recettes du titre 3 en 2010			
Titre 3. Autres produits	Prévisions totales	réalisations	Ecart réalisation/prévisions
C/062 : remboursement charges de personnel	388 804	375 147	-3,51%
C/0603 : Variation de stocks à caractère médical	0	3 736 150	-
C/603 : variation des stocks	3 388 746	261 848	-92,27%
C/70 : Ventes de produits fabriqués	2 202 818	2 566 866	16,53%
C/7071 : Rétrocession de médicaments	9 800 000	10 150 629	3,58%
C/7087 : Remboursement des frais CRPA	3 558 874	4 307 454	21,03%
C/74 : Subventions exploitation	1 705 046	1 753 549	2,84%
C/75 : Autres produits de gestion courante	2 704 072	2 866 947	6,02%
C/76 : produits financiers	10 035	16 496	64,38%
C/77 : produits exceptionnels(dont C/775 produits cession éléments actif	1 499 604	4 160 055	177,41%
Dont C/775 : Produits des cessions d'éléments d'actifs	0	12 474	-
Dont C/777 : Quote part subventions investissement virée au résultat	39 139	65 191	66,56%
C/78 : Reprises sur amortissement et provisions	4 712 478	4 712 478	0,00%
Total	29 970 477	34 907 619	16,47%

Source : compte financier budget H

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les ressources versées par l'assurance maladie (titre 1)

ressources versées par l'assurance maladie	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	Evolution entre 2006 et 2010
DAC : dotation annuelle complémentaire	63 634	78%	48 697	70%	0	0%	0	0%	0	0%	-100%
MIGAC : MIG	7 747	9%	7 092	10%	7 834	33%	11 417	37%	11 794	35%	52%
MIGAC : AC	4 044	5%	6 824	10%	8 841	38%	11 986	39%	13 433	40%	232%
Total MIGAC	11 791	14%	13 916	20%	16 675	71%	23 403	77%	25 227	76%	114%
DAF = dotation annuelle de financement	3 407	4%	3 481	5%	3 522	15%	3 662	12%	4 052	12%	19%
Forfaits divers annuels	2 982	4%	3 496	5%	3 325	14%	3 506	11%	4 031	12%	35%
Total	81 814	100%	69 590	100%	23 522	100%	30 571	100%	33 310	100%	-59%

Source : tableau de synthèse du CH de Perpignan. Montant exprimés en milliers d'euros

	Produits	2008	2009	Evolution en %tage 2009/2008	2010	Evolution en %tage 2010/2009
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	147 359	156 775	6,39%	169 279	7,98%
C/73111	Produits de la tarification des séjours	105 936	106 406	0,44%	112 815	6,02%
C/73112	Produits des médicaments facturés en sus des séjours	5 955	6 769	13,67%	9 036	33,49%
C/73113	Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	2 359	2 933	24,33%	3 008	2,56%
C/73114	Forfaits annuels	3 324	3 506	5,48%	4 031	14,97%
C/73117	DAF= dotations annuelles de financement	3 522	3 661	3,95%	4 052	10,68%
C/73118	Dotations MIGAC	16 675	23 403	40,35%	25 227	7,79%
C/7312	Produits des prestations à tarification spécifique	9 588	10 097	5,31%	11 110	10,03%

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Détail des MIG et des AC attribuées au CH de Perpignan

MERRI, autres MIG et AC en milliers d'euros		2006	2007	2008	2009	2010	2011	Evolution en %tage de 2006 à 2011
MIG	Total MERRI	124	176	374	326	262	120	-3,23%
	Autres MIG	7623	6916	7460	11091	11531	10718	40,60%
	Total MIG	7747	7092	7834	11417	11793	10838	39,90%
AC	OBSTETRIQUE-PERINATALITE	0	0	0	5	6		-
	DEVELOPPEMENT DE L'ACTIVITE	51	1922	2187	2597	2073	1914	3652,94%
	AMELIORATION DE L'OFFRE EXISTANTE	30	158	213	522	440	42	40,00%
	AIDES A L'INVESTISSEMENT Total	2 378	2 720	4 702	7 013	9 002	6 702	181,83%
	Hôpital 2007	1 208	1 317	1 317	1 317	1 317	1 317	9,02%
	Aide informatisation	0	18	0	0	0	0	-
	Hôpital 2007 Hôpital transfrontalier	11	11	11	11	11	11	0,00%
	Reconstruction-aide surcoûts financiers	700	1 000	3 000	5 000	7 000	5 000	614,29%
	Evolution en %tage	07/06		08/07	09/08	10/09	11/10	
		42,86%	200,00%	66,67%	40,00%	-28,57%		
	Surcoût charges de structure	374	374	374	374	374	374	0,00%
	Accompagnement ouverture nouvel hôpital	0	0	0	0	300	0	-
	Total AC pour le NH	2 282	2 691	4 691	6 691	8 991	6 691	
	Soutien pandémie grippale : plateforme pharmaceutique départementale	0	0	0	259	0	0	-
	Système d'information T2A	85	0	0	52	0	0	-100,00%
	AIDES DIVERSES	1 584	2 024	1 739	1 848	1 911	1 823	15,09%
Total AC	4 043	6 824	8 841	11 985	13 432	10 481	159,24%	
Total MIGAC	11 790	13 916	16 675	23 402	25 225	21 319	80,82%	

Source : tableau de synthèse du CH de Perpignan

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les B et les P hors nomenclature

- Réalisation des BHN

		BHN	Montant financier
Laboratoire du CHP			
	Hospitalisés	1 649 075	445 250,25
	Consultants	172 010	46 442,70
Sous-total 1 : interne		1 821 085	491 692,95
Laboratoires extérieurs			
Biomnis	Hospitalisés	592 801	100 559,40
	Consultants	28 110	4 776,30
CH Toulouse	Hospitalisés	203 401	51 722,10
	Consultants	214 447	69 925,05
AP-HP	Hospitalisés	12 445	3372,00
	Consultants	1 750	472,50
CHU Marseille	Hospitalisés	8 957	2418,39
	Consultants	0	0
CHU Nice	Hospitalisés	0	0
	Consultants	550	148,50
CHU Ade Villeneuve	Hospitalisés	16 690	4506,30
	Consultants	250	67,50
CHU St Eloi	Hospitalisés	15 350	4144,50
	Consultants	1 750	472,50
CHU Grenoble	Hospitalisés	3 520	950,40
	Consultants	70	18,90
HCL	Hospitalisés	2 270	612,90
	Consultants	1 975	533,25
Sous-total 2 : extérieur		1 104 336	244 700,49
Total			736 393,44

- Réalisation des PHN

		PHN	Montant financier
Laboratoire du CHP			
	Hospitalisés	2 618 735	733 245,80
	Consultants	649 135	181 757,80
Sous-total 1 : interne		3 267 870	915 003,60
Laboratoires extérieurs			
AP-HP	Hospitalisés	1 000	240,00
	Consultants	-	-
CHU Montpellier	Hospitalisés	5 320	1 489,60
	Consultants	200	56,00
CHU Strasbourg	Hospitalisés	-	-
	Consultants	120	33,60
Anatomie cyto	Hospitalisés	4 070	1 139,00
	Consultants	-	-
Sous-total 2 : extérieur		10 710	2 958,20
Total			917 961,80

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

La CAF

capacité nette d'autofinancement (CAF nette)						
	2006	2007	2008	2009	2010	prévision 2011
Capacité d'autofinancement ou CAF BRUTE (+)	13 032	9 936	14 195	8 856	9 857	7 307
- Remboursement du capital de la dette	2 120	3 145	3 770	4 363	7 408	5 802
= CAF nette ou excédent (+) besoin de financement (-) des frais financiers (=)	10 912	6 791	10 425	4 493	2 449	1 505
Taux de CAF nette en %tage	83,73%	68,35%	73,44%	50,73%	24,85%	20,60%

Source : comptes financiers, toutes activités confondues. Montants exprimés en milliers d'euros

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le tableau de financement

CH Perpignan. Tableau de financement n°1		En milliers d'euros				
		2006	2007	2008	2009	2010
1	EMPLOIS CH Perpignan					
2	Insuffisance d'autofinancement	0	0	0	0	0
3	Titre I - Remboursement des dettes financières	2 120	3 145	3 770	4 363	7 408
4	- Remboursement d'emprunts hors CLTR	2 120	3 145	3 770	4 363	7 408
5	- CLTR	0	0	0	0	0
6	Titre II - Immobilisations	34 507	32 587	32 333	32 103	30 954
7	- Immobilisations incorporelles	0	0	0	0	0
8	- Terrains	0	0	0	518	1 517
9	- Agencements et aménagements de terrains	0	0	0	0	0
10	- Constructions sur sol propre	0	0	0	0	0
11	- Constructions sur sol d'autrui	0	0	0	0	0
12	- Installations techniques, matériel et outillage industriel	4 400	2 902	2 518	11 164	1 746
13	- Autres immobilisations corporelles	2 070	1 408	772	5 788	2 108
14	- Immobilisations en cours	28 037	28 277	29 043	14 633	25 583
15	Titre III - Autres emplois	1	0	17	2	3
16	- Participations et créances rattachées à des participations	1	0	0	0	0
17	- Autres immobilisations financières	0	0	17	2	3
18	- Charges à répartir sur plusieurs exercices	0	0	0	0	0
19	- Autres	0	0	0	0	0
20	TOTAL DES EMPLOIS	36 628	35 732	36 120	36 468	38 365
21	TOTAL DES EMPLOIS hors CLTR	36 628	35 732	36 120	36 468	38 365
22	APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	0	0	1 716	0	510
24	RESSOURCES CH Perpignan					
25	Capacité d'autofinancement	13 032	9 936	14 195	8 856	9 858
26	Titre I - Emprunts	18 000	25 000	15 500	25 000	26 019
27	- Emprunts hors CLTR	18 000	25 000	15 500	25 000	26 019
28	- CLTR	0	0	0	0	0
29	Titre II - Dotations et subventions	52	65	139	153	120
30	- Apports	35	41	113	30	7
31	- Subventions d'équipement reçues	17	24	26	123	113
32	Titre III - Autres ressources	-7 821	178	8 002	1 192	2 881
33	- Créances rattachées à des participations	0	0	0	0	0
34	- Autres immobilisations financières	0	0	0	1	1
35	- Cessions d'immobilisations	0	4	0	234	13
36	- Autres (dont diminution de la créance de l'article 58)	-7 821	174	8 002	957	2 867
37	TOTAL DES RESSOURCES	23 263	35 179	37 836	35 201	38 878
38	TOTAL DES RESSOURCES hors CLTR	23 263	35 179	37 836	35 201	38 878
39	PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT	13 365	554	0	1 267	0

Présentation de l'encours de la dette

Encours de la dette CH Perpignan (en milliers d'euros)				
2006	2007	2008	2009	2010
39 937	61 792	73 522	94 159	112 769
	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009
	54,72%	18,98%	28,07%	19,76%

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Remboursements d'emprunts

Année	Capital	Intérêts	Annuité
2010	7 408	2 490	9 898
2009	4 363	1 873	6 237
2008	3 770	2 743	6 514
2007	3 145	1 976	5 121
2006	2 120	1 097	3 217

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

ANNEXE 2 - LES PROJETS ARCHITECTURAUX

Récapitulatif des avenants passés pour les tranches 1 et 2 pour les marchés de travaux

Lots	Entreprises titulaires	Montants à l'ouverture	Nombre avenants	Montants avenants cumulés	% augmentation
1 / V.R.D.	EUROVIA	4 155 157,88			
2 / Bâtiment	DUMEZ SUD F. FONDEVILLE S.A.	50 554 001,09	3	6 752 190,02	13,36
3 /Electricité	CEGELEC SUDOUEST	7 234 468,10	6	4 007 717,34	55,40
04-01 / Chauffage / Ventilation /Clim.	AMEC SPIE	20 267 146,59	7	2 930 602,85	14,46
04-03 / Paillasse	EMSN EQUIPEMENT	583 616,89			
04-04 / Pneumatique	SWISSLOG	164 649,70	1	12 600,83	7,65
05/ Fluides médicaux	AGA MEDICAL S.A.	850 732,36	2	426 552,52	50,14
06/ Appareils élevateurs	THYSSENKRUPP ASCENCEUR	1 274 673,00	1	124 372,74	9,76
07 / Equipements spécifiques hémodialyse	FRESENIUSMEDIC AL	174 935,25	3	58 329,57	33,34
08 / Protection anti- rayonnement X	LA PROTECTION TECHNIQUE	106 620,40	2	57 455,89	53,89
09/ Equipements spécifiques de stérilisation	GETINGE	272 790,34	1	Sans incidence	
10/ Equipements spécifiques morgue	HYGECO S.A.	14 859,82			
11/ Blocs opératoires	S.A.R.L. SOFOMED	556 836,20	1	135 723,74	24,37
12/ Médecine nucléaire	LEMER PAX	31 415,00	2	18 934	60,30
14/ Chambre froide	BIZERN S.A.	47 920,00			
15/ Espaces verts / aménagement extérieurs	ARNAUDIES	779 466,02			
16/ Démolitions extérieures	AUXILIAIRES DE DEMOLITION	699 450,00			
	CAMINAL	608 286,00			
18/ Menuiseries extérieures. /protections solaires	PARALU	4 070 016,31	2	-221 738,98	-5,45
19 / Ravalement / habillage de façade	SOMOCLEST BATIMENT	2 736 243,65	2	1 098 353,98	40,14
total		94 630 693,08	33	15 401 094,45	16

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Récapitulatif des avenants passés pour les tranches 1 et 2 pour les marchés de prestations intellectuelles liées aux travaux

Lots	Entreprises titulaires	Montants à l'ouverture	Nombre avenants	Montants avenants cumulés	%tage augmentation
1 / Marché d'ingénierie	AART FARAH/ ATELIER 9 / BETOP I NGENIERIE	7 323 650,79	32	5 276 674,74	72
2 /mandat	ICASDE G3A / ATHEGRAM / SERIGE /	1 733 053,57	3	1 076 806,26	62
3 /mission OPC	SCO	664 859,34	6	929 215 ,33	139
04 / Bureau de contrôle	SOCOTEC / CETE APAVE	529 028,58	8	510 424,20	96
total		10 230 992,28	49	7 793 120,53	76

Postes créés pour la tranche 1 du nouvel hôpital

SERVICE	IDE	AS	MANIP R	PREPA PH	SECR IVIED	AGT ADM	TOTAL
Hémato / onco	11	8					19
USIC	2	2					4
Neuro		2					2
Néphro		2					2
Dialyse		2					2
USC 3	2	0					2
USC 2	6	6					12
Réa	4	2					6
Uro/gynéco		2					2
BLOC + SSPI	12	12					24
SAU + UHCD	12	12					24
Brancardage		16					16
Hygiène endoscopies		9					9
Pharmacie				4			4
Stérilisation		2		4			6
Imagerie			4				4
Secteurs médico-admin					15	16	31
Total	49	77	4	8	15	16	169
Cout moyen mensuel	4 001,24	3 185,98	4 221,10	3 161,04	3 474,97	2 675,21	
COUT ANNUEL des renforts	2 352 728,48 €	2 943 849,55 €	202 612,56 €	303 459,61 €	625 494,42 €	513 640,58 €	6 941 785,21 €

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le bilan financier de l'augmentation des dépenses d'énergie et de maintenance liée à l'ouverture de la tranche 1

Dépenses d'énergie budget H	2008	2009	Evolution 2009/2008 en %tage	2010	Evolution 2010/2009 en %tage	Evolution 2010/2008 en %tage
C/60261. Combustibles et carburants (stockés)	119 692	102 429	-14,42%	102 778	0,34%	-14,13%
C/60611. Eau, assainissement (non stockés)	243 170	361 531	48,67%	287 512	-20,47%	18,23%
C/60612. Energie, électricité (non stockés)	782 456	1 254 062	60,27%	1 259 618	0,44%	60,98%
C/60613. Chauffage (non stocké)	939 141	657 621	-29,98%	686 170	4,34%	-26,94%
Total énergie	2 084 459	2 375 643	13,97%	2 336 078	-1,67%	12,07%
Dépenses de maintenance budget H						
C/615161. Maintenance informatique à caractère médical	178 307	194 444	9,05%	199 772	2,74%	12,04%
C/615162. Maintenance de matériel médical	1 251 970	1 267 836	1,27%	964 744	-23,91%	-22,94%
C/615261. Maintenance informatique	292 900	423 176	44,48%	574 433	35,74%	96,12%
Total maintenance	1 723 177	1 885 456	9,42%	1 738 949	-7,77%	0,92%

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Evolution du programme des lits, places et postes du CHP de l'APS à aujourd'hui

Discipline d'hospitalisation	APS 1 (1996) (I)	ARH (1997) (II)	PTD 2 (1998) (III)	APS 2 (1999) (IV, 1)	APD (2000) (IV, 2)	Modification programme 2004(V)	Reconstruction (programme 2007 (VI)	Reconstruction (programme 2011)	Pavillons (2011)	Total 2011
TOTAL MEDECINE	391	353	363	369	378	34	412	386	106	492
TOTAL CHIRURGIE	189	172	162	162	172	0	172	177	0	177
TOTAL OBSTETRIQUE	36	15	34	34	34	5	39	35	0	35
TOTAL MCO (hors lits porte et détenus)	616	540	559	565	584	39	623	598	106	704
TOTAL MCO (y compris lits porte et détenus)	638	562	587	593	612	39	651	626	106	732
<u>Moyen séjour</u>										
Convalescents	35	0			0	0		0	0	0
SSR gériatrie	0				0	0		0	26	26
TOTAL MOYEN SEJOUR	35	0	0	0	0	0		0	26	26
<u>Long séjour</u>										
Long séjour S. gériatrie								0	50	50
Long séjour CCMPPA								0	0	0
TOTAL LONG SEJOUR	0	0	0	0	0	0		0	50	50
TOTAL GENERAL	673	562	587	593	612	39	651	626	182	808

ANNEXE 3 - LES COOPERATIONS HOSPITALIERES

Bilan des coopérations dans le cadre du suivi du CPOM annuel

Bilan des coopérations mises en œuvre avant 2010		
Sélection des 5 conventions représentant le plus grand nombre de flux de patients		
Etablissement concerné	Date de signature de la convention	Thématique SROS
USSAPO	14/06/2011	SSR
CH NARBONNE	28/03/2007	IMAGERIE
CH NARBONNE	02/01/2006	CHIRURGIE / OPHT
SSR SUPERVALTECH	22/02/2008	SSR
CHS THUIR	13/01/2009	PSYCHIATRIE

Les coopérations avec les cabinets libéraux

NOM du groupement	Activités	Partenaires	Date
GEIE Pet scan du Golfe du Lyon	PET SCAN médecine nucléaire	Selarl Centre Libéral de médecine nucléaire de Béziers et CETIR de Barcelone	08/06/2004
GCS cardiologie	Cardiologie	Praticiens libéraux	30/12/2009

Les coopérations avec les cliniques ou structures privées

NOM du groupement	Activités	Partenaires	Date
GCS Dialyse en confluent	Centre d'auto dialyse installé à Prades	Clinique Médipôle	14/11/2008
GCS Saint Jean Im@gerie	Imagerie	Selarl Imaliance, Drs Picon et SMADJA	23/02/2009
GCS Mutualité / CHP	Activités interventionnelles et chirurgicales	Clinique mutualiste la Catalane	20/07/2009
GCS Cabinet de médecine nucléaire / CHP	Médecine nucléaire	Selarl Centre Libéral de médecine nucléaire de Béziers et Dr Renaud, praticien libéral	16/08/2010

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les GCS

Nom du GCS	Forme juridique du GCS	Objet du GCS	Rémunération à l'acte versée par le CHP aux médecins libéraux	Redevance gardée par le CHP	Montants versés par l'AM perçus par CHP en 2010
GCS "Dialyse en Conflent" à Prades	GCS de droit privé entre le CHP (20 parts de 100€) + Clinique Médipôle St Roch (20 parts de 100 €)	Améliorer et développer traitement de l'insuffisance rénale (autorisation Médipôle)	Néant	Néant	Néant
GCS "Cabinet de médecine nucléaire du CHP"	GCS de moyens, de droit public entre le CHP (60% des droits) + centre libéral de méd.nucléaire de Béziers (30% des droits) +1 médecin Nucléaire (10% des droits)	Améliorer et développer médecine nucléaire	42% du tarif CCAM par acte	58%	71 557
GCS "Mutualité Hôpital Perpignan"	GCS de droit public entre CHP (50% des droits) + cliniques mutualistes catalanes (CMC : 50% des droits)	Améliorer et développer activité du GCS dont cancérologie en ORL (CHP) + chirurgie main (CMC) + médecine polyvalente (CMC) + consultations d'angiologie au CHP par méd.libéraux de CMC + hépato-gastro-entéro (CHP) + chirurgie viscérale (CHP)	90% du tarif CCAM par acte	10%	13 673
GCS "Saint Jean Cardiologie"	GCS de droit public entre le CHP (60% des droits) + 8 cardiologues (5% des droits chacun)	Améliorer et développer cardiologie + faciliter PDS du CHP.	Actes techniques médicaux : 84% du tarif CCAM par acte	16%	149 549
			Actes d'échographie : 80% du tarif CCAM par acte	20%	
			Actes d'imagerie 40% acte CCAM (sauf actes DDQH009 à DDQH015 : 84% tarif CCAM par acte	60% et 16%	
GCS "Saint Jean Imagerie"	GCS de droit public entre le CHP (60% des droits) et Im@lliance (SELARL) constituée de 2 radiologues libéraux (40% des droits)	Améliorer et développer imagerie + faciliter PDS du CHP.	IRM : 100% acte CCAM + 15% du forfait technique facturé par le CHP à l'AM	85% du forfait technique	401 086
			Scanner : 100% acte CCAM + 20% du forfait technique facturé par le CHP à l'AM	80% du forfait technique	
			Angiologie + radiologie interventionnelle + mammographie + échographie + autres actes : 60% tarif CCAM par acte	40%	

ANNEXE 4 - L'ACTIVITE

Evolution du nombre de séances entre 2009 et 2010

	2009	2010	%
Hémodialyse	13 863	13 272	-4 %
Chimiothérapies pour tumeurs	5 623	6 777	21 %
Chimiothérapies affections non tumorales	677	1 018	50 %
Transfusions	777	815	5 %
TOTAL	20 940	21 882	4 %

Source : PMSI

		2008	2009	2010
UF	LIBELLE	T.O	T.O	T.O
3001	RHUMATO HC	67 %	63 %	94 %
3060	HEMATO HC	93 %	47 %	72 %
3066	ONCOLOGIE HC		18 %	77 %
3070	GASTRO HC	84 %	82 %	87 %
3090	NEPHRO HC	82 %	50 %	85 %
3110	CHIR ORTHO HC	77 %	74 %	71 %
3140	UROLOGIE HC	72 %	76 %	74 %
3160	REA CHIR HC	92 %	74 %	
3170	O.R.L. HC	57 %	64 %	69 %
3180	OPH HC	31 %	31 %	43 %
3200	GYNECO HC	74 %	77 %	61 %
3900	PEDIATRIE HC	53 %	54 %	52 %
3910	PREMA HC	68 %	70 %	82 %

		2008	2009	2010
UF	LIBELLE	T.O	T.O	T.O
3230	CHIR VISC AMBU	55 %	46 %	62 %
3231	CHIR ORTHO AMBU	52 %	29 %	76 %
3233	PNEUMO AMBU	1 %	0 %	0 %
3234	URO AMBU	129 %	63 %	40 %
3235	C.M.F. AMBU	414 %	285 %	327 %
3236	O.R.L. AMBU	20 %	23 %	20 %
3237	GASTRO AMBU	161 %	126 %	124 %
3238	OPH AMBU	87 %	92 %	80 %
3240	RADIO AMBU INT	12 %	5 %	3 %
3241	ALGO AMBU	22 %	3 %	-
3242	NEUROCHIR AMBU	19 %	16 %	19 %
3244	HEMATO AMBU	6 %	0 %	-
3245	CTV AMBU	2 %	5 %	13 %
3247	NEPHRO AMBU	30 %	22 %	29 %

Source : contrôle de gestion

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Indicateurs d'activité patients diagnostic flash 2008

Nom	ETAB	Minimum	Décile 1	Décile 2	Décile 3	Décile 4	Médiane	Décile 6	Décile 7	Décile 8	Décile 9	Maximum
Taux d'occupation des lits en médecine	86,7 %	67,6 %	74,6 %	78,9 %	81,4 %	83,2 %	86,0 %	88,0 %	90,1 %	93,1 %	97,3 %	103,0 %
Taux d'occupation des lits en chirurgie	91,9 %	44,0 %	55,4 %	61,1 %	65,3 %	68,2 %	70,2 %	72,6 %	75,6 %	79,4 %	84,2 %	91,9 %
Taux d'occupation des lits en obstétrique	105,9 %	38,5 %	50,5 %	57,0 %	62,1 %	64,6 %	67,8 %	70,8 %	74,4 %	79,4 %	86,2 %	100,0 %
PMCT relatif / catégorie	1,245	0,522	0,662	0,777	0,855	0,902	0,940	0,966	1,000	1,033	1,089	1,167
PMCT relatif en chirurgie / catégorie	1,154	0,782	0,854	0,911	0,943	0,973	1,003	1,031	1,060	1,128	1,262	1,601
Part de marché chirurgie sur la zone d'attractivité	16,4	0,0	0,3	1,7	6,7	14,9	19,8	23,7	26,9	30,7	35,6	43,7

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

L'activité globale entre 2007 et 2010

	2007	2008	2009	2010	Evolution 2010/2007
Nombre de RSA de médecine (HC)	21 259	22 279	22 025	22 143	4%
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	5 926	5 864	5 903	6 148	4%
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	1 846	1 928	2 106	2 052	11%
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	6 299	6 012	6 509	6 645	5%
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	2 436	2 507	2 437	2 696	11%
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	1 725	1 716	1 860	1 929	12%
Nombre de séances de chimiothérapie	2 369	4 027	5 622	6 777	186%
Nombre de séances d'hémodialyse	13 571	14 741	13 863	13 272	-2%
Nombre de séances autres	1 009	1 482	1 586	1 833	82%
Nombre d'accouchements	1 299	1 334	1 477	1 494	15%
Nombre d'actes chirurgicaux	6 234	6 243	6 327	6 919	11%
Nb d'ATU	41 285	41 249	50 267	50 669	23%
Nombre d'actes d'endoscopies	2 432	2 661	2 654	2 758	13%
Nb minimum de racines de GHM pour 80% des séjours	143	142	142	151	6%

Source : PMSI

Les durées moyennes de séjour par domaines d'activité

n° MCO	MCO au sens de l'ATIH	OBSERVE				THEORIQUE			ECART	
		Nombre Séjours	Nombre Journées	DMS	CA	Nombre Séjours	DMS	CA	DMS	CA
1	1- Chirurgie	8 839	53 900	6,1	28 668 079 €	9 491,2	5,7	31 138 565 €	+ 0,4	- 2 470 486 €
2	2- Médecine	28 793	166 269	5,8	64 445 204 €	28 164,0	5,9	61 739 427 €	- 0,1	+ 2 705 777 €
3	3- Obstétrique	3 981	14 106	3,5	5 183 540 €	3 896,7	3,6	5 122 820 €	- 0,1	+ 60 720 €
	TOTAL	41 620	234 317	5,6	98 296 823 €	41 568,8	5,6	98 000 812 €	- 0,0	+ 296 011 €

Sources : PMSI 2010 - ATIH DGOS

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Pôle d'activité (OAP)	OBSERVE				THEORIQUE				ECART	
	Nombre séjours	Nombre journées	DMS	CA	Nombre séjours	DMS	CA	DMS	CA	
D01-Digestif	4 028	22 910	5,7	10 013 954 €	4 075,3	5,6	10 460 720 €	+ 0,1	- 446 766 €	
D02-Orthopédie traumatologie	2 272	15 409	6,8	7 432 940 €	2 355,5	6,5	7 671 835 €	+ 0,2	- 238 896 €	
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	59	1 152	19,5	649 821 €	61,9	18,6	645 377 €	+ 0,9	+ 4 445 €	
D04-Rhumatologie	1 501	8 183	5,5	3 285 449 €	1 395,8	5,9	3 025 850 €	- 0,4	+ 259 599 €	
D05-Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	4 937	32 333	6,5	14 591 449 €	4 667,2	6,9	13 247 001 €	- 0,4	+ 1 344 449 €	
D06-Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	1 385	7 843	5,7	3 954 853 €	1 429,4	5,5	4 071 327 €	+ 0,2	- 116 474 €	
D07-Cardiologie (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	2 157	13 277	6,2	5 452 179 €	2 118,6	6,3	5 673 260 €	- 0,1	- 221 081 €	
D08-Vasculaire périphérique	784	5 406	6,9	2 424 259 €	888,0	6,1	2 857 349 €	+ 0,8	- 433 091 €	
D09-Pneumologie	3 117	25 929	8,3	10 098 180 €	3 155,6	8,2	9 960 692 €	+ 0,1	+ 137 489 €	
D10-ORL, Stomatologie	2 167	5 176	2,4	2 887 560 €	2 278,5	2,3	3 111 572 €	+ 0,1	- 224 013 €	
D11-Ophtalmologie	790	2 224	2,8	1 267 245 €	862,1	2,6	1 372 819 €	+ 0,2	- 105 573 €	
D12-Gynécologie - sein	934	3 683	3,9	2 335 677 €	872,8	4,2	2 178 673 €	- 0,3	+ 157 004 €	
D13-Obstétrique	3 981	14 106	3,5	5 183 540 €	3 896,7	3,6	5 122 820 €	- 0,1	+ 60 720 €	
D14-Nouveau-nés	1 724	13 843	8,0	2 490 416 €	1 666,8	8,3	2 522 196 €	- 0,3	- 31 779 €	
D15-Uro-néphrologie et génital masculin	2 079	13 240	6,4	5 282 509 €	2 242,2	5,9	5 872 009 €	+ 0,5	- 589 500 €	
D16-Hématologie	957	7 441	7,8	3 457 973 €	992,4	7,5	3 640 269 €	+ 0,3	- 182 296 €	
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	571	2 364	4,1	1 097 959 €	541,7	4,4	1 003 989 €	- 0,2	+ 93 970 €	
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	699	4 612	6,6	2 147 396 €	675,0	6,8	1 947 144 €	- 0,2	+ 200 252 €	
D19-Endocrinologie	1 936	9 647	5,0	3 649 511 €	1 903,5	5,1	3 567 567 €	- 0,1	+ 81 944 €	
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	924	4 842	5,2	2 019 594 €	933,1	5,2	1 964 636 €	+ 0,1	+ 54 958 €	
D21-Brûlures	68	176	2,6	80 876 €	57,5	3,1	76 160 €	- 0,5	+ 4 716 €	
D22-Psychiatrie	783	5 485	7,0	2 217 613 €	723,4	7,6	1 927 661 €	- 0,6	+ 289 952 €	
D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool	1 370	4 583	3,3	1 642 890 €	1 314,0	3,5	1 514 494 €	- 0,1	+ 128 396 €	
D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs	141	1 871	13,3	815 302 €	117,9	15,9	763 727 €	- 2,6	+ 51 575 €	
D25-Transplant. d organes	0	0	ns	0 €	0,0	ns	0 €	ns	+ 0 €	

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Pôle d'activité (OAP)	OBSERVE				THEORIQUE				ECART	
	Nombre séjours	Nombre journées	DMS	CA	Nombre séjours	DMS	CA	DMS	CA	
D26-Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	922	4 401	4,8	2 241 636 €	942,2	4,7	2 220 512 €	+ 0,1	+ 21 124 €	
D27-Séances	0	0	ns	0 €	0,0	ns	0 €	ns	+ 0 €	
D28-Autres symptômes ou motifs médicaux	1 327	4 139	3,1	1 576 042 €	1 385,0	3,0	1 581 155 €	+ 0,1	- 5 113 €	
D90-Séjours en erreur	7	42	6,0	0 €	16,8	2,5	0 €	+ 3,5	+ 0 €	
TOTAL	41 620	234 317	5,6	98 296 823 €	41 568,8	5,6	98 000 812 €	- 0,0	+ 296 011 €	

Sources : PMSI 2010 - ATIH DGOS

GA	OBSERVE				THEORIQUE			DIFFERENCE	
	Nombre Séjours	Nombre Journées	DMS	CA	Nombre Séjours	DMS	CA	DMS	CA
G001-Chirurgies digestives hautes	51	770	15,1	435 590 €	59,6	12,9	476 858 €	+ 2,2	- 41 268 €
G002-Chirurgie digestive majeure	123	3 104	25,2	1 306 387 €	171,3	18,1	1 770 332 €	+ 7,1	- 463 945 €
G003-Appendicectomies	88	502	5,7	224 258 €	94,9	5,3	253 266 €	+ 0,4	- 29 008 €
G004-Hernies	154	813	5,3	408 530 €	179,1	4,5	462 534 €	+ 0,7	- 54 004 €
G006-Chirurgie mineure grêle colon	9	166	18,4	80 488 €	10,9	15,2	95 805 €	+ 3,2	- 15 316 €
G007-Chirurgies rectum anus (hors résections)	66	335	5,1	133 956 €	77,4	4,3	161 854 €	+ 0,7	- 27 898 €
G010-Autres chirurgies foie, pancréas, voies biliaires	23	550	23,9	240 330 €	33,4	16,5	329 686 €	+ 7,4	- 89 356 €
G024-Chirurgies majeures orthopédiques (dont hanche et fémur genou)	376	5 219	13,9	2 524 780 €	397,4	13,1	2 685 475 €	+ 0,7	- 160 695 €
G027-Trauma imprécis	52	178	3,4	64 828 €	53,7	3,3	65 466 €	+ 0,1	- 638 €
G028-Ablations matériel	223	486	2,2	303 712 €	228,9	2,1	308 157 €	+ 0,1	- 4 444 €
G029-Amputations	33	814	24,7	322 425 €	45,1	18,1	408 217 €	+ 6,6	- 85 792 €
G030-Chirurgies main, poignet	181	527	2,9	297 716 €	201,2	2,6	324 544 €	+ 0,3	- 26 829 €
G032-Chirurgie de la jambe	169	1 274	7,5	670 170 €	182,4	7,0	713 519 €	+ 0,6	- 43 349 €
G033-Chirurgie de la cheville ou du pied	65	370	5,7	213 285 €	76,0	4,9	236 881 €	+ 0,8	- 23 597 €
G034-Chirurgie du membre supérieur (hors prothèses)	218	1 129	5,2	585 016 €	239,6	4,7	625 388 €	+ 0,5	- 40 372 €

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

GA	OBSERVE				THEORIQUE			DIFFERENCE	
	Nombre Séjours	Nombre Journées	DMS	CA	Nombre Séjours	DMS	CA	DMS	CA
G038-Polytraumatismes	59	1 152	19,5	649 821 €	61,9	18,6	645 377 €	+ 0,9	+ 4 445 €
G042-Chirurgies rachis moelle	179	1 927	10,8	1 252 713 €	209,8	9,2	1 383 395 €	+ 1,6	- 130 682 €
G073-Chirurgies majeures revascularisation	46	830	18,0	463 861 €	61,5	13,5	549 787 €	+ 4,5	- 85 927 €
G074-Ligatures veines	58	170	2,9	80 981 €	66,1	2,6	100 339 €	+ 0,4	- 19 357 €
G075-Autres chirurgies vasculaires	339	1 987	5,9	960 466 €	430,0	4,6	1 306 779 €	+ 1,2	- 346 314 €
G077-Chirurgies thoraciques majeures	57	991	17,4	522 099 €	76,7	12,9	656 756 €	+ 4,5	- 134 657 €
G078-Autres chirurgies thoraciques	58	452	7,8	180 966 €	59,9	7,5	178 131 €	+ 0,3	+ 2 835 €

Sources : PMSI 2010 - ATIH DGOS

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les données d'activité classiques combinées avec le PMSI et la tarification à l'activité

Séjours R.S.S.	Année 2010	Unité	Année 2009	Evolution 2010-2009
Nombre de RSS dans la période	63 500		61 950	2%
Nombre de RSS mono-unité	52 675 [83%]		50 817 [82%]	4%
Nombre de RSS mono-équipe	63 500 [100%]		61 950 [100%]	2%
Age moyen par RSS (hors CMD 15)	58,30	ans	57,84	1%
% d'hommes	49	%	49	0%
Durée moyenne de séjour brute des RSS	3,56	jours	3,55	0%
Durée moyenne de séjour PMSI des RSS	3,03	jours	3,04	0%
Durée moyenne de séjour brute des RSS, hors séances	4,90	jours	4,85	1%
Durée moyenne de séjour PMSI des RSS, hors séances	4,63	jours	4,59	1%
Durée moyenne de séjour des RSS, séjours de 2 jours et plus	7,66	jours	7,66	0%
Durée moyenne de séjour des RSS, hors RSS de 0 jour	6,35	jours	6,26	1%
Nombre de journées brut des RSS	225 847	jours	220 030	3%
Nombre de journées PMSI des RSS	192 692	jours	188 147	2%
Indicateur de performance basé sur la DMS Nat.	1,05		1,05	0%
Indicateur de performance basé sur la DMS ENC	1,10		0,95	14%
Nombre de séjours ambulatoires (séances incluses)	33 155	séjours RSS	31 883	4%
Nb de RSS hors CM 90 sauf 90H02Z et 90H03Z	63 494	RSS	61 911	2%
Nombre ICR bloc, radiologie et examens complémentaires.	10 487 775	ICR	10 023 976	4%
ICR anesthésie	944 665	ICR	811 065	14%
ICR réanimation	782 551	ICR	752 984	4%

Source : PMSI

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

La mesure de la performance de l'établissement au regard des indicateurs PMSI combinés avec les données de la T2A

	Lits et Places	Entrées	RUM	RSS	Age moyen	DMS	Journées Brutes	T.O	Nbre séjour ambu	Valorisation T2A	CA moyen/RSS	CA moyen/jour	Valorisation additionnelle par activité (suppléments...)	Nbre RSS ext haut	Nbre RSS ext bas
2008	672	61 551	76 275	60 565	57,81	3,61	218 463	89%	30 621	108 249 549 €	1 787,33 €	495,51 €	5 390 403 €	464	238
2009	723	63 247	77 072	61 950	57,84	3,55	220 030	83%	31 983	111 198 250 €	1 794,97 €	505,38 €	5 317 197 €	1 070	2 175
2010	704	66 125	79 136	63 500	58,30	3,56	225 847	88%	33 352	117 948 268 €	1 857,45 €	522,25 €	5 343 977 €	967	1 209
Evolution	5%	7%	4%	5%	1%	-1%	3%	-1%	8%	8%	4%	5%	-1%	52%	80%

Source : PMSI

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Domaine : Organisation

An	Thème : Performance	Valeur	France Ent.	Région	Catégorie	1 ^{er} quart.	Médiane	3 ^{ème} quart.
2008	Indicateur de Productivité MCO (IP-MCO)	1.041	1	1.065	1.004	0.945	1.004	1.059
2008	Indicateur de performance DMS en médecine	1.104	1	1.065	1	0.91	0.9765	1.054
2008	Indicateur de performance DMS en chirurgie	0.995	1	1.029	0.968	0.878	0.958	1.04
2008	Indicateur de performance DMS en obstétrique	1.007	1	0.98	1.021	0.952	1.006	1.069
An	Thème : Productivité de l'organisation	Valeur	France Ent.	Région	Catégorie	1 ^{er} quart.	Médiane	3 ^{ème} quart.
2008	Recettes T2A/masse salar. des pers. médicaux MCO	10.76	10.2	10.2	9.5	7.78	9.26	10.92
2008	Recettes T2A/masse salar. des pers. non médicaux MCO	3.28	3.3	3.6	3.2	2.81	3.12	3.45

Source : Diagnostic Flash

	Etablissement				Région 2010		Catégorie 2010		Typologie 2010	
	2007	2008	2009	2010	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
<u>A7 : Pourcentage de l'activité représentée par la cancérologie</u>	6.1	5.5	4.8	5.3	4	9.7	3	6.6	6	11.2
<u>A8 : Pourcentage des GHS recours/référence dans l'activité</u>	3.49	3.47	3.43	3.37	0.1	2	0.6	1.7	1.9	6
<u>A9 : Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4</u>	10.54	10.92	11.13	12.61	1.74	11.61	8.32	16.3	8.27	11.04
<u>A12 : Pourcentage des entrées HC en provenance des urgences</u>	53.9	53	52.7	50.9	3.7	49.9	39.7	63.1	31.3	50.9

Source : Hospi Diag

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

L'évolution des parts de marché entre 2007 et 2010 selon « Hospi Diag »

Part de marché Etablissement de 2007 à 2010

	2007	2008	2009	2010
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	40.6	42.8	42.7	43.4
Part de marché globale en médecine sur la région	6.8	7	6.9	7
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	18.8	18.9	19.3	20.1
Part de marché en chirurgie (HC) sur la région	3.4	3.4	3.4	3.6
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	40.7	42.4	44.9	46.2
Part de marché en obstétrique sur la région	6.4	6.6	7.2	7.3
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	13.6	13.2	12.4	13.3
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	2.3	2.3	2.1	2.2
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (ho	23.6	23.3	21.7	25.3
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)	3.8	3.5	3.2	3.7
Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	18.2	27.2	37.1	44.7

Les parts de marché selon la BDHF en 2010

Les chiffres clés MCO en 2010

Infos départemt : Département Pyrénées-Orientales (Lang-R)								
Chiffres clés	Chirurgie		Médecine		Obstétrique		TOTAL	
	>24h	<24h	>24h	<24h	>24h	<24h	>24h	<24h
<i>hors séances</i>								
Demande	28 247	21 884	42 057	91 595	5 903	2 557	76 207	116 036
Offre	27 143	21 999	41 453	90 366	6 039	2 635	74 635	115 000
Fuite	12%	5%	11%	8%	2%	2%	11%	7%
Attractivité	9%	5%	9%	7%	5%	5%	9%	7%

Chirurgie et accouchements		
Chir.	Séjours de chirurgie (hors gynéco)	5 072
	Séjours de chir. Gynéco + césar. + chir. obst.	1 284
	TOTAL	6 356
Acc.	Accouchements par VB	1 136
	Accouchements par césariennes	342
	Taux de césariennes	23,1%

Sources : Fiches seuils
 chirurgie : Bases PMSI MCO
 2009 - ATIH

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Une forte concurrence des cliniques privées présentes sur le territoire

Parts de marché sur le département

Discipline (Classif Aso de l'ATIH)	Classem ^t territoire	PdM		Evol. 2010/2009	Principal concurrent
TOTAL ACTIVITE	1er	30,1%	▲	+ 0,3%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
Médecine	1er	39,1%	▲	+ 0,5%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
Chirurgie	4ème	15,7%	▲	+ 0,5%	1er. POLYCLIN SAINT ROCH
Obstétrique	1er	43,6%	▲	+ 0,1%	2ème. CLIN. NOTRE DAME ESPERANCE PERPI

Sources : fiches Part de marché par département ; bases PMSI MCO 2010 - ATIH

Parts de marché sur le département par domaine d'activité

Domaine d'Activité	Classem ^t territoire	PdM		Evol. 2010/2009	Principal concurrent
D01-Digestif	4ème	14,9%	▼	- 0,1%	1er. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D02-Orthopédie traumatologie	3ème	14,7%	▲	+ 0,6%	1er. LA CLINIQUE MUTUALISTE CATALANE
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	1er	72,7%	▼	- 12,8%	2ème. CHU MONTPELLIER
D04-Rhumatologie	1er	61,1%	▼	- 2,8%	2ème. CHU MONTPELLIER
D05-Système nerveux (hors cathét. vasc.)	1er	69,5%	▼	- 0,6%	2ème. CHU MONTPELLIER
D06-Cathétérismes vasculaires diag. et interv.	2ème	31,4%	▲	+ 4,1%	1er. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D07-Cardiologie (hors cathét. vasc.)	1er	38,9%	▼	- 1,2%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D08-Vasculaire périphérique	2ème	25,3%	▲	+ 1,8%	1er. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D09-Pneumologie	1er	49,0%	▲	+ 0,8%	2ème. POLYCLIN SAINT ROCH
D10-ORL, Stomatologie	1er	36,0%	▲	+ 1,0%	2ème. POLYCLIN SAINT ROCH
D11-Ophtalmologie	3ème	7,5%	▼	- 0,2%	1er. LA CLINIQUE MUTUALISTE CATALANE
D12-Gynécologie - sein	2ème	24,5%	▲	+ 2,6%	1er. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D13-Obstétrique	1er	43,6%	▲	+ 0,1%	2ème. CLIN. NOTRE DAME ESPERANCE PERPI
D14-Nouveau-nés	2ème	32,1%	▲	+ 0,1%	1er. CLIN. NOTRE DAME ESPERANCE PERPIGN
D15-Uro-néphrologie et génital masculin	2ème	24,6%	▲	+ 0,5%	1er. POLYCLIN SAINT ROCH
D16-Hématologie	1er	38,5%	▲	+ 3,7%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	1er	39,9%	▲	+ 4,4%	2ème. CLCC MONTPELLIER
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	1er	75,6%	▲	+ 0,2%	2ème. CHU MONTPELLIER
D19-Endocrinologie	1er	53,1%	▲	+ 7,3%	2ème. POLYCLIN SAINT ROCH
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	1er	25,9%	▲	+ 1,6%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D21-Brûlures	1er	69,5%	▲	+ 9,5%	2ème. CHU MONTPELLIER
D22-Psychiatrie	1er	65,1%	▲	+ 1,7%	2ème. CHU MONTPELLIER
D23-Toxicologie, Intoxications, Alcool	1er	77,4%	▲	+ 0,6%	2ème. POLYCLIN SAINT ROCH
D24-Douleurs chroniques, Soins palliatifs	1er	25,4%	▲	+ 11,3%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN
D25-Transplant. d organes	>10ème	ns		ns	1er. CHU MONTPELLIER
D26-Activités inter spécialités, suivi thérap.	2ème	19,0%	▲	+ 0,9%	1er. POLYCLIN SAINT ROCH
D27-Séances	1er				2ème. HEMODIAL ST ROCH MEDIPOLE
D28-Autres symptômes ou motifs médicaux	1er	42,3%	▲	+ 1,6%	2ème. CLIN. ST PIERRE PERPIGNAN

Sources : fiches Part de marché par département ; bases PMSI MCO 2010 - ATIH

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

ANNEXE 5 - LE PLATEAU TECHNIQUE

Les indicateurs du bloc opératoire pour 2010

Nombre d'interventions par salles et par mois (programmées et urgentes) 1^{er} semestre 2011

	Janvier 2011	Février 2011	Mars 2011	Avril 2011	Mai 2011	Juin 2011	Total par salle
Ambulatoire 1	79	81	91	61	86	79	477
Ambulatoire 22	76	77	101	84	75	78	491
E1 ENDO	103	91	98	109	122	97	620
E2 STOMATO	81	88	107	88	104	107	575
P1 SECTEUR MOU	61	60	67	52	65	60	365
P2 SECTEUR MOU	55	61	52	53	48	43	312
P3 SECTEUR MOU	57	57	46	55	49	55	319
P4 SECTEUR MOU	83	67	84	64	72	61	431
P5 NEURO CHIRURGIE	37	34	31	35	32	34	203
P6 SECTEUR DUR	61	68	77	66	62	54	388
P7 SECTEUR DUR	50	51	55	57	69	51	333
RADIO 1	117	135	148	98	132	141	771
RADIO 2	55	51	56	37	51	46	296
Urgences 1 SECTEUR MOU	74	76	95	88	75	91	499
Urgences 2 SECTEUR DUR	102	80	89	109	123	122	625
Total par mois	1091	1077	1197	1056	1165	1119	6705
Nombre de jours dans le mois	31	28	31	30	31	30	181
Moyenne par jour	35	38	39	35	38	37	37

Source : bloc opératoire, logiciel OPTIM

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Synthèse de l'occupation des salles par jour au 1^{er} semestre 2011

	E1	A1	E2	A2	P1	P3	P2	P4	P5	P6	P7	Rx1	Rx2	P8	U1	U2
Lundi	ENDO 59,3%	GYNÉCO 68,6%	STOMATO 77,8%	OPH 73,2%	GYNÉCO 72,6%	URO 83,4%	VISCÉRAL 85,6%	URG MOU JOUR OUVRABLE DE 6H30 A 15H	NCH 85,7%	ORTHO 78,0%	CMF 82,9%	58,0%	39,0%	CARDIO	CTV 99,6%	URG DUR JOUR OUVRABLE DE 6H30 A 15H
Mardi	ENDO 142,6%	GYNÉCO + VISCÉRAL 71,1%	STOMATO 78,4%	OPH 90,6%	GYNÉCO 83,2%	GYNÉCO 75,6%	VISCÉRAL 91,2%		NCH 50,9%	ORTHO 89,3%	ORL 95,3%	64,8%	43,8%	VVC	CTV 91,7%	
Mercredi	ENDO (reprise en mai) 55,5%	URO + VISCÉRAL 42,6%	STOMATO 49,1%	CHIR PLAST 57,0%	GYNÉCO 84,6%	GYNÉCO 86,3%	VISCÉRAL 84,5%		NCH 82,3%	ORTHO 84,8%	ORL 91,0%	72,4%	58,6%	CARDIO	CTV 110,2%	
Jeudi	ENDO 70,4%	GYNÉCO + CMF/ PLAST 81,5%	STOMATO 81,8%	OPH 91,0%	GYNÉCO 84,0%	URO 73,2%	VISCÉRAL 82,4%		NCH 60,7%	ORTHO 77,5%	ORL 47,0%	61,3%	42,0%	VISC	CTV 103,3%	
Vendredi	ENDO 68,4%	ORTHO + CHIR PLAST 27,0%	STOMATO 78,8%	NCH 48,5%	GYNÉCO 82,9%	GYNÉCO 72,9%	URO 84,9%		NCH 74,6%	ORTHO 84,1%	ORL 84,4%	48,8%	32,8%	CARDIO	CTV 95,2%	

Source : tableau de suivi de l'encadrement du bloc opératoire

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

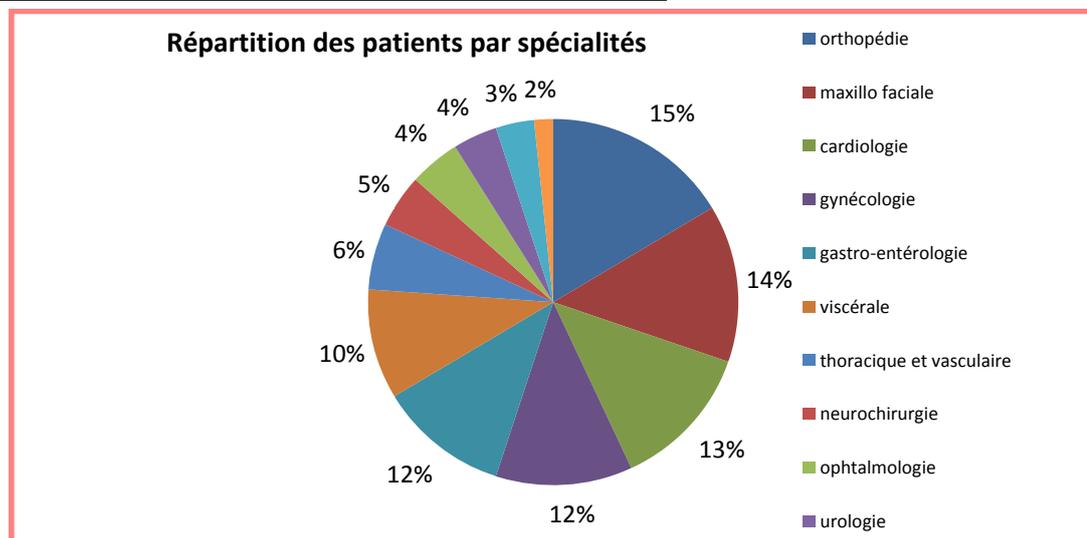
Valorisation de l'activité du bloc opératoire 1^{er} semestre 2010 et 2011

juillet	Nombre de patients				Nombre d'actes				Valorisation en actes CCAM				Valeur moyenne de l'acte	
	2010	2011	écarts		2010	2011	écarts		2010	2011	écarts		%	2010
ORL	192	250	58	30%	279	353	74	27%	47 213	57 297	10 084 €	21%	169,22 €	162,31 €
OPHT	273	306	33	12%	336	383	47	14%	79 100	92 488	13 388 €	17%	235,42 €	241,48 €
CMF (hors actes dentaires)	895	1102	207	23%	1230	1520	290	24%	39 705	60 590	20 885 €	53%	32,28 €	39,86 €
CTV	330	494	164	50%	650	858	208	32%	159 026	211 623	52 597 €	33%	244,66 €	246,65 €
viscérale	673	772	99	15%	829	1032	203	24%	177 537	222 073	44 536 €	25%	214,16 €	215,19 €
urologie	268	263	-5	-2%	448	406	-42	-9%	72 551	73 596	1 045 €	1%	161,94 €	181,27 €
neurochirurgie	325	288	-37	-11%	429	388	-41	-10%	122 800	119 757	-3 043 €	-2%	286,25 €	308,65 €
orthopédie	1086	1131	45	4%	1671	1842	171	10%	284 277	319 687	35 410 €	12%	170,12 €	173,55 €
gastro	754	762	8	1%	1334	1295	-39	-3%	138 295	139 355	1 060 €	1%	103,67 €	107,61 €
gynéco bloc central	810	828	18	2%	1269	1392	123	10%	149 278	160 405	11 127	7%	117,63 €	115,23 €
TOTAL BLOC NH hors RI	5606	6196	590	11%	8475	9469	871	10%	1 269 782	1 456 871	175 962	14%	149,83 €	153,86 €
cardiologie	816	877	61	7%	2211	2243	32	1%	781 853	831 491	49 638	6%	353,62 €	370,70 €
radiologie	149	146	-3	-2%	285	301	16	6%	53 270	51 942	-1 328	-2%	186,91 €	172,56 €
TOTAL BLOC NH avec RI	6571	7219	648	10%	10971	12013	1042	9%	2 104 905	2 340 304	235 399	11%	191,86 €	194,81 €
bloc mater	1045	1130	85	8%	1671	1803	132	8%	291 010	310 235	19 225	7%	174,15 €	172,07 €

Source : DIM

La répartition des patients par spécialité en 2010

Graphique : répartition des patients par spécialité en 2010



Source : rapport d'activité 2010

Les indicateurs de performance de la chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010

	Etablissement				Région 2010		Catégorie 2010	
	2007	2008	2009	2010	2 ^{eme} décile	8 ^{eme} décile	2 ^{eme} décile	8 ^{eme} décile
Taux de chirurgie ambulatoire	29.13	29.95	29.22	30.48	21.96	60.37	16.88	36.24
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	65.47	64.59	64.01	66.87	49.2	80.99	41.39	68
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	55.4	57	55.4	49	62.2	138.5	48.8	104.1

L'activité de la chirurgie ambulatoire en 2010

Données 2010		
Taux de chirurgie. foraine		5,50%
Taux d'ambulatoire dans l'activité chirurgicale		25,80%
Nb de séjours dans l'unité ambulatoire	5 321	

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Centre hospitalier de Perpignan, service de chirurgie ambulatoire - 2011

Période	Nombre de journées	Nombre de lits	Nombre de jours sur la période (hors samedi, dimanche et jours fériés)	Taux d'occupation
Janvier à novembre 2011	4 247	25	231	73,5%
Juillet à novembre 2011	1 871	25	105	71,3%
Janvier à juin 2011	2 376	25	126	75,4%

Source : PMSI Pilot

Analyse à partir des indicateurs et des données comparatives nationales

Libellés des indicateurs	Résultats
Nombre moyen d'interventions par salles du plateau technique	-> 12 021 Interventions -> 15 salles dont 2 d'urgence et 2 de radio -> En moyenne, 913 interventions par salles sur les salles des urgences en 2010, 1006 pour les salles de radiologie en 2010 et 744 pour le reste des salles en 2010
Temps d'ouverture potentiel par salle	8760 heures
Temps de mise à disposition au regard du potentiel des salles	-> 22 891 Heures de mise à disposition
Temps réel d'occupation des salles jour (TROS jour)	-> 14 160 Heures d'intervention en 2010 (hors salles d'urgences et urgences)
Taux d'utilisation des salles jour (TUS)	-> Taux d'utilisation : 62%
Taux d'occupation des salles jour (TOS)	-> Taux d'occupation : 58%
Temps de présence du personnel non médical pour réaliser 100 h de TROS jour	<u>Présence par salle pour 100h de TROS jour:</u> 1,6 IBODE 0,96 IADE 0,71 AS
Effectifs paramédical en 2011	48,9 IBODE 35,8 IADE 3 IDE 28,6 AS

Le coût de l'ICR de bloc opératoire

An	Thème : Performance	Valeur	France Ent.	Région	Catégorie	1 ^{er} quart.	Médiane	3 ^{ème} quart.
2008	Coût de l'ICR de bloc opératoire	3.43	3.45	3.86	3.31	2.68	3.37	4.1

Source : diagnostic flash

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les indices de performance du personnel de bloc opératoire

	Etablissement				Région 2010		Catégorie 2010	
	2007	2008	2009	2010	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	32	34	33	32	30	60	24	48
Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE	10861.1	10253.9	11310.3	11666.7	16207.1	120175.7	6847.9	17674.8
Nombre d'ICR par chirurgien	44084.1	46383.7	49757.6	47334.4	60296.7	144414.8	40997.6	102705.4
Nombre d'IADE par anesthésiste	1.8	1.8	2.6	2.4	0.5	1.8	1.2	2.5
Nombre de sages-femmes par obstétricien	4.1	4	4.2	4.3	2.5	5.7	2.9	5
Taux de césarienne	22.48	22.04	22.88	22.82	18.08	23.51	15.47	21.5
Taux de péridurale	74.48	76.25	74.98	77.88	66.91	81.26	50	78.19

Source : Hospi Diag

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Les indicateurs de l'imagerie pour 2010

L'évolution de l'activité d'IRM entre 2006 et 2010

année	2006	2007	2008	2009	1 ^{er} semestre 2010	2010
Nombre total d'examens réalisés par les radiologues du public	4 590	5 172	5 824	5 411	2 602	
- Dont en ambulatoire	3 093	3 305	4 082	3 619	1 680	
- Dont en hospitalisation	1 497	1 867	1 742	1 792	922	
Nombre total d'examens réalisés par les radiologues libéraux	679	637	611	1 762	1 120	
- Dont en ambulatoire	-	637	611	1 706	1 059	
- Dont en hospitalisation	-	-	-	56	61	
Nombre total d'examens réalisés	5 269	5 809	6 435	7 173	3 722	7 579

Source : cellule de contrôle de gestion

L'évolution de l'activité de scanner entre 2006 et 2010

Scanner « chaud » dédié aux urgences

année	2006	2007	2008	2009	1 ^{er} semestre 2010	2010
Nombre total d'examens réalisés par les radiologues du public	6 769	7 416	9 439	10 143	5 286	
- Dont en ambulatoire	660	730	1 163	1 355	728	
- Dont en hospitalisation	6 109	6 686	8 276	8 788	4 558	
Nombre total d'examens réalisés par les radiologues libéraux	-	-	-	-	134	
- Dont en ambulatoire	-	-	-	-	30	
- Dont en hospitalisation	-	-	-	-	104	
Nombre total d'examens réalisés	6 769	7 416	9 439	10 143	5 420	8 840

Activité d'urgence

	2008		2009	
	Au cours des plages programmées	Au cours des plages d'astreinte	Au cours des plages programmées	Au cours des plages d'astreinte
Nombre d'examens réalisés en urgence	8 139		9 060	

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Scanner « froid » dédié à l'activité programmée

année	2006	2007	2008	2009	1 ^{er} semestre 2010	2010
Nombre total d'examens réalisés par les radiologues du public	7 094	7 688	7 812	8 553	4 982	
- Dont en ambulatoire	4 375	4 662	4 691	4 976	3 127	
- Dont en hospitalisation	2 719	3 026	3 121	3 577	1 855	
Nombre total d'examens réalisés par les radiologues libéraux	-	-	-	138	1 313	
- Dont en ambulatoire	-	-	-	91	844	
- Dont en hospitalisation	-	-	-	47	469	
Nombre total d'examens réalisés	7 094	7 688	7 812	8 691	6 295	8 031

Activité d'urgence

	2008		2009	
	Au cours des plages programmées	Au cours des plages d'astreinte	Au cours des plages programmées	Au cours des plages d'astreinte
Nombre d'examens réalisés en urgence	21	23	257	96

Activité de l'imagerie selon la SAE 2010

Equipements et activité du plateau technique		Nombre d'équipements présents dans l'établissement	Ouverture globale hebdomadaire (hors astreinte) en octobre (heures)	Activité réalisée pour l'entité (3) Nombre d'examens	Délai moyen d'attente en octobre	
					hospitalisés (en jours)	externes (en jours)
Imagerie	scanner	2	127,00	16878	4,00	5,00
	IRM	1	77,00	7582	7,00	20,00
	caméras à scintillation	2	86,00	4422	2,00	10,00
	TEP / CDET	1	42,00	2252	2,00	5,00
	radiologie numérisée	6		48895		
	radiologie vasculaire (sans coronarographie)	1	37,50	534		
Explorations fonctionnelles	Salles dédiées aux explorations fonctionnelles	1		967		

L'activité de l'imagerie comparée avec d'autres établissements

Délais de rendez-vous (2010)

Libellés des indicateurs	Résultats
Délai moyen d'attente en matière d'accès au scanner	5 jours pour les patients hospitalisés 13 jours pour les consultants externes « public » 11 jours pour les consultants externes « privé »
Délai moyen d'attente en matière d'accès à l'IRM	6 jours pour les patients hospitalisés 24 jours pour les consultants externes « public » 21 jours pour les consultants externes « privé »

Temps d'ouverture hebdomadaire et taux d'utilisation des équipements (2010)

	Durée annuelle théorique d'ouverture	Durée annuelle effective	Temps ouverture hebdomadaire	Taux d'utilisation des équipements	Nombre moyen de passage par semaine par équipement
2 Scanners	8760	6604	127	75,38 %	162
IRM	8760	4004	77	45,70 %	145

Les indicateurs du laboratoire

L'activité du laboratoire de 2008 à 2010

Actes de biologie médicale	2008		2009		2010	
	lors de consultations externes	sur malades hospitalisés (2)	lors de consultations externes	sur malades hospitalisés	lors de consultations externes	sur malades hospitalisés
Nombre de B ⁽¹⁾ produits par et pour l'établissement	7 289 753	31 818 864	4 954 943	30 157 080	4 474 758	32 003 853
Nombre de P ⁽¹⁾ produits par et pour l'établissement	521 768	3 540 657	1 221 290	3 963 735	1 560 470	4 939 670

Source : rapports d'activité

(1) Le recueil ne porte pas sur les BHN

(2) en hospitalisation complète ou alternative ou passage aux urgences

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le coût majoré des unités d'œuvre des activités médico-techniques

Modalités de calcul : coût majoré de l'unité d'œuvre

Sources : ICARE 2009 - ICARE 2008 - ICARE 2007 (onglet synthèse - tableau 1C)

Production : Banque de Données Hospitalière de France - Fédération Hospitalière de France

Section d'imputation	UO	Valeur de l'établissement			Valeur moyenne régionale			Valeur moyenne nationale		
		2009	2008	2007	2009	2008	2007	2009	2008	2007
Blocs opératoires et obstétricaux	ICR	2,97 €	3,43 €	2,75 €	3,36 €	3,78 €	3,04 €	3,13 €	3,19 €	3,05 €
Anesthésiologie	ICR	13 528,45 €	245,24 €	7,81 €	4 512,01 €	84,06 €	7,81 €	4,98 €	5,04 €	5,21 €
Dialyse	ICR	8,89 €	303,65 €	235,40 €	7,74 €	154,68 €	119,50 €	6,77 €	74,74 €	93,58 €
Accueil aux urgences	Passage	84,88 €	233,50 €	219,81 €	80,36 €	89,55 €	219,81 €	97,17 €	99,00 €	94,81 €
Laboratoire	B ou P	0,16 €	0,15 €	0,16 €	0,19 €	0,21 €	0,18 €	0,21 €	0,19 €	0,19 €
Imagerie	ICR	1,97 €	2,15 €	1,64 €	1,58 €	1,48 €	1,29 €	1,53 €	1,50 €	1,45 €
Explorations fonctionnelles	ICR	2,85 €	2,30 €	2,37 €	1,93 €	2,28 €	1,34 €	2,49 €	2,61 €	2,22 €

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le coût moyen des unités d'œuvre en médico-technique en 2010 (données issues d'ICARE et retraitées par l'ARS Languedoc-Roussillon)

Section d'imputation	UO	Valeur de l'établissement	Valeur moyenne régionale	Valeur moyenne nationale
Blocs opératoires et obstétricaux	ICR	2,62	3,3	3,31
Dialyse	ICR	8,12	8,12	7,76
Accueil aux urgences	Passage	83,1	75,64	99,68
Laboratoire	B ou P	0,15	0,21	0,23
Imagerie	ICR	1,83	2,21	1,89
Explorations fonctionnelles	ICR	2,54	1,83	2,4

Le poids des charges de personnel médico-technique

Poids des personnels médico-techniques par rapport à l'ensemble du personnel non médical

Formule : ETP du personnel médico technique / ETP du personnel non médical

	2009	2008
Nombre d'établissements de votre catégorie dans votre région :	5	5
Nombre d'établissements de votre catégorie en France :	120	122

Année	CH P	Moyenne régionale	Moyenne nationale	Ecart-type régional	Ecart-type national
2009	0,054	0,047	0,051	0,007	0,012
2008	0,060	0,048	0,052	0,008	0,011
2007	0,054	0,050	0,052	0,005	0,012

Source : BDHF

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

ANNEXE 6 - LE RECOUVREMENT DES RECETTES

Proportion de C, C2 et C2,5 au CH de Perpignan du 01/01/2011 au 30/06/2011

Proportion de C, C2 et C2,5 au CH de Perpignan du 01/01/2011 au 30/06/2011

Nombre de I.E.P (vh)		
L.C. (ac)	Coef (ac)	Total
C	1	21 803
	2	3 799
	2,5	524
Total C		26 126
Total général		26 126

Source : PASTEL

Autoévaluation recouvrement des recettes

SYNTHESE

	Votre résultat	Chantier MeaH (8 établissements)		
		Marge haute	Moyenne	Marge basse
1 - Pilotage	69 %	69 %	59 %	38 %
2 - Ressources humaines	63 %	63 %	43 %	25 %
3 - Organisation	81 %	69 %	47 %	19 %
4 - Communication	56 %	44 %	20 %	6 %
5 - Relations débiteurs institutionnels	50 %	81 %	45 %	19 %

Les effectifs présents en novembre 2011

Novembre 2011	EFFECTIF AUTORISE	EFFECTIF PERMANENT	Postes aménagés et sur-effectif	Remplacements
AAH	1	1		
Cadres médico-administratifs	7	7		
Adjoints administratifs	76,35	76,8	2	2,5
Aide-soignante			1	
Total	84,35	84,8	3	2,5

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le nombre de dossiers créés entre 2006 et 2010

	2006	2007	2008	2009	2010	% Evol. 2009/2010
Hospitalisation et séances (hors urgences) (H+S)	22 201	22 975	26 222	28 663	31 552	10,08 %
Externes (hors urgences) (E)	96 893	111 900	122 080	128 994	150 652	16,79 %
Urgences adultes ; urgences pédiatriques (hors urgences gynéco) (U = H+E)	59 824	60 793	65 184	65 771	65 546	- 0,34 %
Dossiers "nouveau-nés"	1 320	1 358	1 361	1 550	1 559	0,58 %
	<i>180 238</i>	<i>197 026</i>	<i>214 847</i>	<i>224 978</i>	<i>249 309</i>	<i>38,32 %</i>

Le taux d'exhaustivité du codage (nombre de dossiers codés à J+30/nombre de dossiers total)

Mode de calcul :
$$\frac{\text{nombre de dossiers codés à une date précise}}{\text{nombre de dossiers total}}$$

2006	1 ^{er} trimestre			2 ^{ème} trimestre			3 ^{ème} trimestre			4 ^{ème} trimestre		
%	98,2%			99,5%			97,7%			100,0%		
2007	100,0%			99,7%	99,8%	99,8%	99,8%	99,9%	99,8%	99,8%	99,7%	99,2%
2008	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.
%	99,3%	98,9%	99,6%	99,7%	99,8%	98,5%	99,9%	99,7%	99,4%	99,5%	99,8%	99,8%
2009	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.
%	98,4%	99,7%	99,4%	99,5%	99,3%	92,5%	99,4%	97,7%	99,6%	98,5%	99,9%	98,2%
2010	janv.	févr.	mars	avr.	mai	juin	juil.	août	sept.	oct.	nov.	déc.
%	99,6%	99,9%	99,5%	98,3%	98,4%	98,7%	98,6%	99,0%	99,1%	99,0%	98,5%	100,0%

Les délais moyens de codage des actes

Délai moyen codage des actes (en jours)*	
Actes de janvier 2009	13,2
Actes de juin 2009	12,8
Actes de janvier 2010	12,3
Actes de juin 2010	10,1
Actes de janvier 2011	6,7

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le délai moyen de la facturation (délai entre la sortie du patient et l'envoi effectif de la facture)

Mode de calcul :
$$\frac{\text{date d'envoi de la facture} - \text{date de sortie du patient}}{\text{nombre de patients concernés}}$$

Délais de facturation des dossiers hospitalisation	A 15 jours	de 15 à 30 jours	+ de 30 jours
2006	29,58%	40,54%	29,88%
2007	37,81%	39,67%	22,52%
2008	38,89%	44,53%	16,58%
2009	38,01%	44,62%	17,37%
2010	42,54%	42,29%	15,17%
2011 (au 31 juillet 2011)	42,19%	45,01%	12,81%

Le taux de recouvrement

I- Recouvrement "spontané" sur hospitalisés et consultant

	2009	2008	2007	2006
Prise en charge sur hospitalisés et consultants	6 216 163	6 181 165	5 864 792	6 113 558
Montants recouvrés	3 692 961	3 975 810	3 753 619	3 598 465
Restes à encaisser	2 523 201	2 205 355	2 111 173	2 515 093
Taux brut de recouvrement	59,41 %	64,32 %	64,00 %	58,86 %

II- Recouvrement "spontané" sur caisses de sécurité sociale

	2009	2008	2007	2006
Prise en charge sur caisses de sécurité sociale	11 691 782	4 889 042	2 264 447	2 961 747
Montants recouvrés	9 193 262	2 870 651	1 447 236	2 187 756
Restes à encaisser	2 498 519	2 018 390	817 211	773 991
Taux brut de recouvrement	78,63 %	58,72 %	63,91 %	73,87 %

III- Recouvrement "spontané" sur mutuelles et autres tiers payants

	2009	2008	2007	2006
Prise en charge sur mutuelles et autres tiers payants	11 886 589	11 300 052	10 748 193	9 891 521
Montants recouvrés	8 653 974	8 940 986	7 956 941	7 260 222
Restes à encaisser	3 232 614	2 359 066	2 791 252	2 631 298
Taux brut de recouvrement	72,80 %	79,12 %	74,03 %	73,40 %

IV- Recouvrement "spontané" sur départements

	2009	2008	2007	2006
Prise en charge sur les départements	2 518 925	2 312 841	2 690 934	3 965 191
Montants recouvrés	2 043 020	1 781 301	1 672 046	1 869 788
Restes à encaisser	475 904	531 539	1 018 888	2 095 403
Taux brut de recouvrement	81,11 %	77,02 %	62,14 %	47,16 %

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

V- Recouvrement "spontané" sur débiteurs divers

	2009	2008	2007	2006
Prise en charge sur débiteurs divers	34 116 214	33 936 527	42 036 653	33 648 350
Montants recouverts	32 195 803	30 719 671	36 826 061	28 114 512
Restes à encaisser	1 920 410	3 216 856	5 210 592	5 533 838
Taux brut de recouvrement	94,37 %	90,52 %	87,60 %	83,55 %

Le taux de dématérialisation

Mode de calcul : $\frac{\text{volume de factures télétransmises}}{\text{volume de factures global}}$

	2006	2007	2008	2009
taux de dématérialisation	pas de données	15,72 %	15,62 %	18,94 %
taux de rejet	pas de données	10,03 %	8,86 %	9,18 %

Le nombre de doublons

Nombre de doublons dans la base de données administrative

	Nombre Doublons
Au 1 ^{er} janvier 2006	3 127
Au 1 ^{er} janvier 2007	3 241
Au 1 ^{er} janvier 2008	2 539
Au 1 ^{er} janvier 2009	265

Source : DIM

Le taux d'annulation

Taux d'annulation (hors budget global)	Nombre de titres papier émis (initial ou D)	Nombre de titres papier annulés (A ou N)	Taux d'annulation
2006	133 214	15 765	11,83 %
2007	139 114	15 850	11,39 %
2008	146 139	15 745	10,77 %
2009	152 914	14 822	9,69 %
2010	169 676	18 097	10,67 %
2011 (au 1 ^{er} septembre)	102 204	11 003	10,77 %

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

TOP 3 des motifs d'annulation

	2009	2010	2011
Erreur sur la codification du débiteur	36%	43%	48%
Justificatif PEC tardif ou limite PEC (prise en charge)	33%	31%	28%
Rejet IRIS/NOE PB technique	-	7%	-
Erreur sur le taux de prise en charge SS	9%	7%	7%
Autres motifs	22%	12%	18%

Le taux de recouvrement en régie

Taux d'encaissement en régie en nombre
(volume de factures encaissées / volume de factures encaissables en régie)

	2006	2007	2008	2009	2010
Volume de factures encaissées en régie (H+E)	4 046	3 663	4 159	4 234	5 858
Volume de factures encaissables en régie (H +E)	35 771	35 810	36 274	32 739	39 606
Taux d'encaissement en régie (en nombre)	11,31 %	10,23 %	11,47 %	12,93 %	14,79 %

Taux d'encaissement en régie en montant
(montant cumulé des régies / montant total des titres émis)

	2006	2007	2008	2009	2010
Montant cumulé des régies (H+E)	210 603 €	199 310 €	232 165 €	273 529 €	475 589 €
Montant total des titres émis (H+E)	4 354 021 €	4 724 475 €	4 770 728 €	3 856 064 €	4 509 888 €
Taux d'encaissement en régie (en €)	4,84 %	4,22 %	4,87 %	7,09 %	10,55 %

Le taux de NPAI (n'habite pas à l'adresse indiquée)

Mode de calcul :
$$\frac{\text{nombre de titres NPAI}}{\text{nombre total de titres émis}}$$

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Le montant des annulations et rémissions

Annulations

	2009	2008	2007	2006
Budget H	1 126 462,03 €	1 558 919,17 €	1 453 728,24 €	1 240 002,64 €
Budget B	49 031,75 €	128 454,26 €	84 995,63 €	73 443,52 €
Budget C	152 426,50 €	12 679,04 €	60 768,55 €	0,00 €
Budget N	0,00 €	0,00 €	0,00 €	0,00 €
Total	1 327 920,28 €	1 700 052,47 €	1 599 492,42 €	1 313 446,16 €

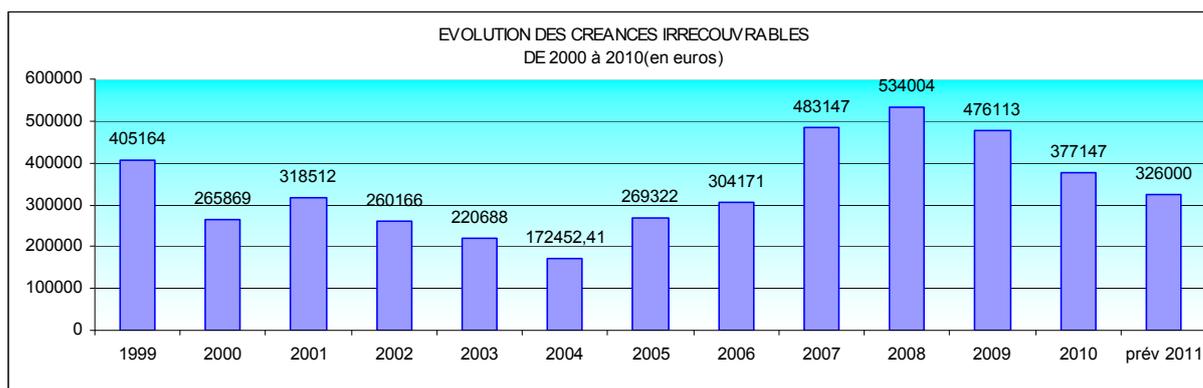
Rémissions

	2009	2008	2007	2006
Budget H	653 201,75 €	1 249 130,45 €	1 077 339,72 €	1 691 160,27 €
Budget B	56 609,39 €	106 485,49 €	29 164,70 €	95 555,84 €
Budget C	4 528,86 €	0,00 €	0,00 €	35 450,40 €
Budget N	0,00 €	0,00 €	0,00 €	873,21 €
Total	714 340,00 €	1 355 615,94 €	1 106 504,42 €	1 823 039,72 €

Source : détail des comptes financiers

Le montant des admissions en non-valeur

L'évolution des créances irrécouvrables (tous budgets confondus)



Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Ventilation des ANV par budget :

Exercice	2006	2007	2008	2009	2010
H	282 384	468 226	525 268	474 802	368 860
B	21 787	14 921	6 951	1 311	6 287
C			1 785		2 000
Total	304 171	483 147	534 004	476 113	377 147

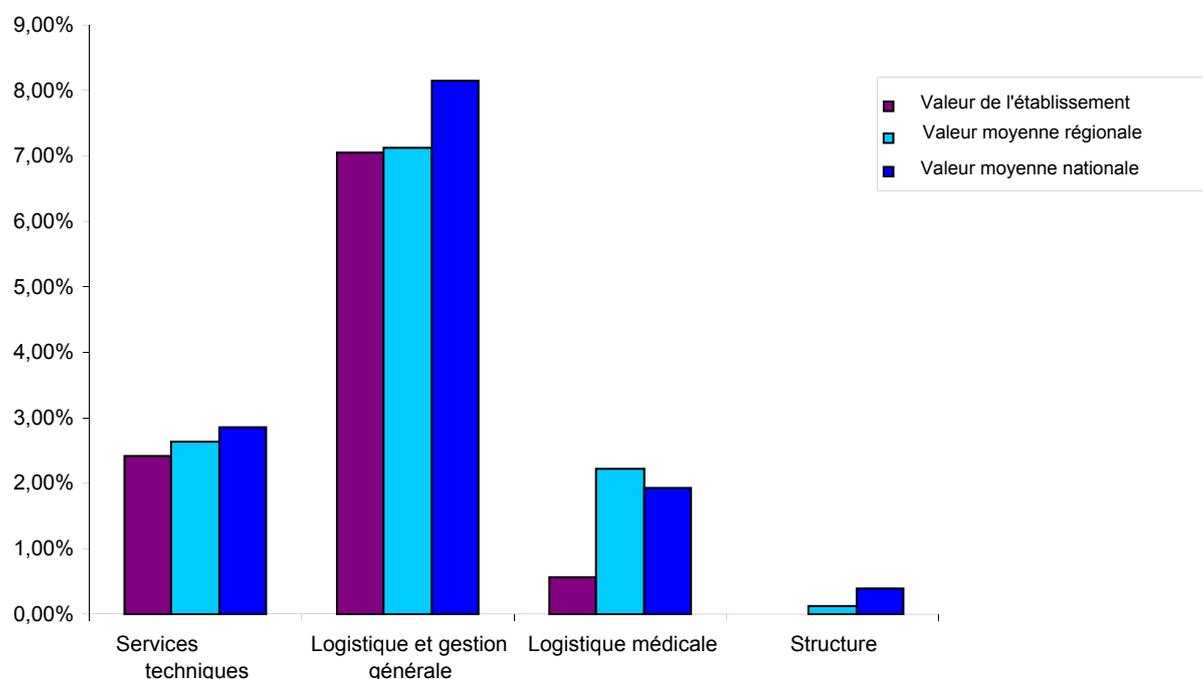
Source : Trésor Public

Les recettes de titre 3 de 2009 à 2011

	CA 2009	CA 2010	EPRD 2011
TOTAL TITRE 3	25 782 989,25	34 907 624,00	35 700 000,00
PDTS ANNEXES	2 070 168,89	2 566 866,37	2 820 520,09
RETROCESSION	9 057 760,00	10 150 629,91	9 903 160,00
REMBTS FRAIS	3 614 621,72	4 307 454,42	4 307 454,42
SUBVENTIONS	1 695 514,28	1 753 549,44	2 264 642,44
AUTRES PDTS	2 529 601,01	2 866 947,61	3 012 197,73
FINANCIERS	23 438,68	16 496,66	16 496,66
EXCEPTIONNEL	1 510 467,08	4 160 055,03	2 100 000,00
REP PROVISIONS	1 620 313,00	4 712 478,00	6 902 456,00
STOCK	3 322 300,17	3 997 999,07	4 000 000,00
REMBT SALAIRES	338 804,42	375 147,49	373 072,66

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Poids des recettes subsidiaires



Montant des loyers par bénéficiaire

Nom des organismes / associations	Types de contrat et dates	Superficie	Montant dus au titre de la convention	Coût au m ²
AIDER (bâtiment n°15 au-dessus du magasin)	Convention initiale le 03/03/1998 pour une durée de 10 ans. Convention cadre le 25/08/2003 (pour 5 ans). Les annexes financières proposées par l'AIDER le 13/01/2009 n'ont pas été signées par le CHP car trop défavorable	700 m ² (- 65,10 m ² exploité par le CHP pour l'éducation à la dialyse, locaux de ménage, stockage)	1/ Loyer de 1 820,24 €/an en 1998 Loyer de 1 586 €/an en 2001 (suite à la passation d'un avenant qui prenait en compte de 5 626,91 € de travaux réalisé par l'AIDER en 1999, via un amortissement sur 24 mois) 2/ Electricité + chauffage + eau sur un coût de 3,27 m ³ (proposition AIDER non validée par le CH)	8,86 €/m ²
Trésorerie (bâtiment de l'administration)	Bail en vigueur le 24/12/1991, renouvelé le 16/03/2001 et le dernier non daté sur le document.	300 m ²	Le 24/12/1991 :72 000 francs soit 10 916,20 € / an Le 01/04/2001 : 12 068 € / an Le 01/04/2007 :15 137 € /an charges incluses Payé trimestriellement	50,46 €/m ²

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Nom des organismes / associations	Types de contrat et dates	Superficie	Montant dus au titre de la convention	Coût au m ²
Maison Médicale Universitaire de garde (rez-de-chaussée nouvel hôpital)	Convention de mise à disposition de locaux 20/08/2009 (pour 3 ans)	181,5 m ² (+ salle de formation de 60 m ²)	Le 20/08/2009, il est indiqué que la redevance serait de 3 400 € mensuel. Avenant n°1 : + 500 €/an pour la maintenance informatique Avenant n°2 : le loyer passe à 1 500 €/mois, charges incluses compte tenu de la diminution des subventions territoriales Permanence des soins de 19h à 24h en semaine + samedi, dimanche et jour fériés	74,53 €/m ²
Etablissement Français du Sang (bâtiment 49)	Convention mise à disposition de locaux le 21/08/1996, puis une le 02/03/2001.	1 105 m ²	Le 21/08/1996, paiement de 180 000 francs soit 27 440,82 € incluant la redevance électricité + chauffage + eau Avenant n°2 le 02/03/2001 fixant le montant du loyer 380 000 francs soit 57 930,63 €	72.27 €/m ²
Croix rouge (terrain cadastré Ci-278)	Cession de terrain de 1 532 m ² Bail emphytéotique 26/07/2005	-	Le 29/06/2004, loyer mensuel de 160 € euros Le 26/07/2005, loyer de 1 920 euros/an Actualisé tous les ans selon l'indice de la construction publié par l'INSEE	
GEIE PET-SCAN du Golfe (bâtiment de médecine nucléaire)	Convention mise à disposition de locaux 28/11/2006 pour une durée de 7 ans, renouvelable 1 fois	135 m ²	Le 28/11/2006, loyer annuel de 21 644,55 € 37 156 € par an soit 3 096 € par mois Charges incluses et matériels mis à disposition	275,23€/m ²
Ecole MASO (salle de radiologie conventionnelle pour des TP et DTS blancs soit 30 dates par an)	Convention mise à disposition de locaux le 31/01/2008	Occupation des locaux de radiologie uniquement pendant 72 heures	Le 31 janvier 2008 montant de 150 €/an	-
Mutuelle Nationale des Hospitaliers (bureau dans l'algéco du SST)	Mise à disposition de locaux Convention en date du 15/07/2010 pour 3 ans renouvelables par tacite reconduction.	12 m ² dans la convention	320 €/mois, meublé, charges incluses, à compter du 01/01/2011	320 €/m ²
CAC 48 (dans le NH, juste à côté immédiate des urgences et durant les travaux, il sera dans l'ancien pavillon des convalescents)	Convention le 04/10/2004, conclue pour un an renouvelable par tacite reconduction		1/ mise à disposition gratuite des locaux 2/ électricité + chauffage + eau (facture annuelle) 3/ linge + repas (facture semestrielle)	0 €

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Nom des organismes / associations	Types de contrat et dates	Superficie	Montant dus au titre de la convention	Coût au m ²
Savon Fer (rez-de-chaussée de la blanchisserie)	Le 11/09/2006 signature de deux conventions : convention cadre pour le développement d'un partenariat et convention d'appui pour la mise à disposition de locaux pour une durée d'1 an, renouvelable par tacite reconduction 10 fois. Préavis de 3 mois	59,7 m ²	Aucune redevance, aucunes charges Charges, téléphone limité à Perpignan et sa périphérie et assurances inclus En contrepartie, tarif préférentiel sur les prestations pour les agents du CHP	0 €

La facturation du régime particulier

COMPTES BUDGETAIRES	ANNEES					
	2006	2007	2008	2009	2010	2011
MAJORATION CHAMBRE PARTICULIERE	43 319 €	22 400 €	44 733 €	49 451 €	176 598 €	189 790 € *
<i>Taux d'évolution N/N-1</i>		-48%	100%	11%	257%	7%

* Montant au 03/01/2012

ANNEXE 7 - LE PERSONNEL NON MEDICAL

L'évolution des charges de personnel non médical depuis 2006

	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses	82 299 363	88 547 960	92 240 261	98 394 915	106 225 462,16
%	6,57 %	7,59 %	4,71 %	6,67 %	7,95 %

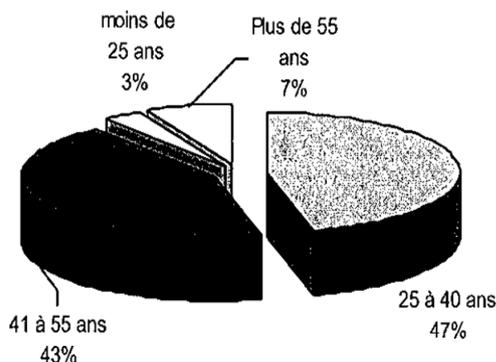
Effectif total rémunéré au 31 décembre en nombre d'agents

Effectif total rémunéré au 31 décembre en nombre d'agents

	catégorie A			catégorie B			catégorie C			TOTAL		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Administratif	23	20	21	109	107	112	141	138	144	273	265	277
Soignant et Educatif	215	218	221	720	728	801	743	727	886	1678	1673	1908
Technique	11	11	12	19	21	24	186	176	194	216	208	230
Médico-Technique	8	7	7	119	122	111	3	3	3	130	132	121
TOTAL	257	256	261	967	978	1048	1073	1044	1227	2297	2278	2536

Source : bilan social 2009

Répartition par âge du personnel non médical en 2009 (bilan social 2009)



Les indicateurs BDHF

Ratio : Poids des dépenses de personnel par rapport au budget général

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	64 %	66 %	66 %
2008	63 %	67 %	67 %
2007	65 %	67 %	68 %

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Ratio : Poids des personnels soignants par rapport à l'ensemble du personnel non médical

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	70 %	70 %	70 %
2008	72 %	70 %	70 %
2007	73 %	71 %	71 %

Ratio : Poids des personnels administratifs par rapport à l'ensemble du personnel non médical

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	13 %	12 %	12 %
2008	12 %	12 %	12 %
2007	12 %	11 %	12 %

Ratio : Poids des personnels médico-techniques par rapport à l'ensemble du personnel non médical

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	5 %	5 %	5 %
2008	6 %	5 %	5 %
2007	5 %	5 %	5 %

Les indicateurs Hospi Diag

Le poids du personnel contractuel ou extérieur dans le personnel

An	Thème : Ressources humaines	Valeur	France Ent.	Région	Catégorie	1 ^{er} quart.	Médiane	3 ^{ème} quart.
2008	Budget CDD / Personnel non médical	6.1	5.1	4.2	5.5	3.9	5.7	7.9
2008	Budget personnel extérieur / Pers. non médical	0.2	0.3	0.2	0.3	0	0.1	0.4
2008	Budget personnel extérieur / Pers. médical	0	0.8	0.4	1	0	0	0.8

Source : Hospi Diag 2008

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

L'encadrement du personnel soignant

	CH de Perpignan				Région		Catégorie	
	2007	2008	2009	2010	2 ^{eme} décile	8 ^{eme} décile	2 ^{eme} décile	8 ^{eme} décile
Nombre d'IDE+AS par cadre infirmier	16,8	16,9	20,5	20,9	14,6	28,2	16,5	29

Source : Hospi Diag 2010

Absence des personnels non médicaux toutes catégories pour toutes causes médicales (en jours)

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	24,72	22,29	18,78
2008	24,61	19,92	18,51
2007	26,66	18,91	19,15

Absence des personnels non médicaux pour cause de maladie ordinaire (en jours)

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	8,70	10,91	8,83
2008	8,43	8,77	8,47
2007	7,97	8,99	8,68

Absence des personnels non médicaux toutes catégories pour cause de longue maladie (en jours)

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	6,67	4,64	3,80
2008	7,90	4,91	3,85
2007	7,50	3,82	4,20

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Absence des personnels non médicaux toutes catégories (accidents ou maladie prof.) (en jours)

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	3,44	2,25	1,88
2008	3,84	2,69	1,88
2007	4,50	2,24	1,93

Absence des personnels non médicaux toutes catégories pour cause de maternité ou d'adoption (en jours)

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2009	5,02	3,49	4,25
2008	4,44	3,55	4,21
2007	4,41	3,86	4,28

Sources : bilans sociaux 2007 2009, BDHF 2008

Les effectifs de contractuels entre 2006 et 2010

	2006	2007	2008	2009	2010	différence 2006/2010	évolution 2006/2010
Total titulaires et stagiaires	1 730,06	1 782,68	1 849,18	2 034,15	2 116,30	386,24	22%
Total CDI	148,46	158,08	134,04	180,55	194,63	46,17	31%
Total CDD	196,69	263,25	271,92	334,13	289,01	92,32	47%
Total autres contrats	58,42	73,34	58,66	12,00	9,60	-48,82	-84%
total contractuels	403,57	494,67	464,62	526,68	493,24	89,67	22%
Total général	2 133,63	2 277,35	2 313,80	2 560,83	2 609,54	475,91	22%

Source : EPRD

PNM	2006	2007	2008	2009	2010
Part titulaires et stagiaires/total général CH de Perpignan	81%	78%	80%	79%	81%
part des contractuels /total généra CH de Perpignan	16%	19%	18%	20%	19%
données cahiers hospitaliers	13%	14%	14%	15%	

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

Titulaires et stagiaires							
	2006	2007	2008	2009	2010	différence 2006/2010	évolution 2006/2010
Personnel administratif	200,23	206,60	215,81	230,45	242,22	41,99	21%
Personnel soignant et éducatif	1 221,61	1 267,45	1 320,61	1 475,00	1 541,00	319,39	26%
Personnel technique	189,82	189,10	195,84	204,40	204,07	14,25	8%
Personnel médico-technique	118,40	119,53	116,92	124,30	129,01	10,61	9%
Total titulaires et stagiaires	1 730,06	1 782,68	1 849,18	2 034,15	2 116,30	386,24	22%

contrats à durée indéterminée							
	2006	2007	2008	2009	2010	différence 2006/2010	évolution 2006/2010
Personnel administratif	27,58	29,50	29,23	27,00	50,77	23,19	84%
Personnel soignant et éducatif	100,70	110,00	82,01	114,20	98,05	-2,65	-3%
Personnel technique	15,63	14,33	18,47	21,60	25,73	10,10	65%
Personnel médico-technique	4,55	4,25	4,33	17,75	20,08	15,53	341%
Total CDI	148,46	158,08	134,04	180,55	194,63	46,17	31%

Source : EPRD

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

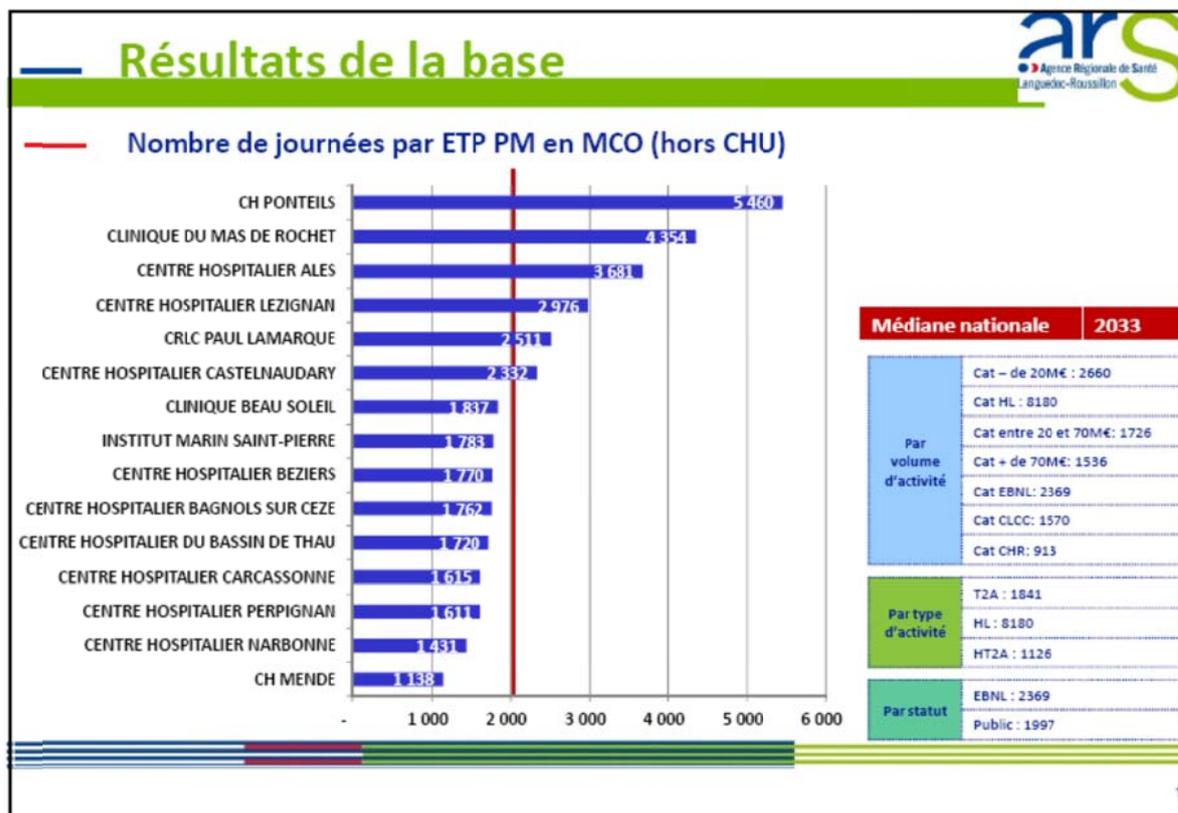
L'avancement au CH de Perpignan

Durées d'avancement appliquées en 2009 et 2010

ANNEE 2009						
	NBRE DE PROMOUV A-BLES	NBRE DE PROMUS		NBRE PTS IM	COUT BRUT	COUT CHARGE
Durée MOYENNE		133	22 %	9 966	45 551	72 881
Durée MINIMUM		107	17 %	34 839	159 236	254 778
Durée INTERMEDIAIRE		372	61 %	76 660	350 388	560 621
TOTAL COUT AVANCEMENTS D'EHELONS	612	612		121 465	555 175	888 280

ANNEE 2010						
	NBRE DE PROMOU- VABLES	NBRE DE PROMUS		NBRE PTS IM	COUT BRUT	COUT CHARGE
Durée MOYENNE		127	20 %	13 260	61 089	97 742
Durée MINIMUM		119	18 %	33 169	152 807	244 492
Durée INTERMEDIAIRE		401	62 %	78 698	362 565	580 103
TOTAL COUT AVANCEMENTS D'EHELONS	650	647		125 127	576 461	922 337

ANNEXE 8 - LE PERSONNEL MEDICAL



Source : ICARE

Permanence des soins

PDS budget H CH Perpignan	2006	2007	2008	2009	2010	Ecart 2006/2010 en %age
Permanence sur place incluse dans obligations de service (C/64251) : indemnités de sujétion	2 456 252	1 905 223	2 123 101	1 737 327	2 416 555	-1,62%
Astreintes opérationnelles de sécurité (C/64253)	435 552	558 510	463 145	701 231	454 598	4,37%
Indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel de jour (C/6426)	42 389	87 819	159 068	98 097	137 524	224,43%
Indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel de nuit, dimanches et JF (C/64252)	327 122	704 647	615 078	848 947	832 260	154,42%
TOTAL	3 261 315	3 256 199	3 360 392	3 385 602	3 840 937	17,77%

ANNEXE 9 - LES MARCHES PUBLICS

Nomenclature divisée en 11 parties

numéros	Intitulés
	produits divers alimentaires
2	produits hôteliers
3	produits à caractère médical
4	dispositifs médicaux imagerie
5	
6	prestation de services
7	équipement bio médical
8	équipement hôtelier
9	informatique
10	maintenance biomédicale
11	services techniques

Comparatif achats hors marché et achat hors marché

Année	Montant des achats pour travaux et entretien hors opération nouvel hôpital (en €) en HORS marché	Montant des achats pour travaux et entretien hors opération nouvel hôpital (en €) EN marché	Montant total des achats pour travaux et entretien hors opération nouvel hôpital	% de hors marchés sur le montant total d'achats
2006	103 432,88	1 037 408,12	1 140 841,00	9,1%
2007	204 709,56	718 021,05	922 730,61	22,2%
2008	180 380,48	752 349,01	932 729,49	19,3%
2009	129 337,26	852 585,72	981 922,98	13,2%
2010	803 351,10	2 375 428,89	3 178 779,99	25,3%
2011 (du 1.01 au 30.06)	301 181,60	1 515 850,39	1 817 031,99	16,6%

Source : DALT

Le nombre de marchés notifiés depuis 2006 par le centre hospitalier (hors UNIHA)

année	Nombre de marchés
2006	470
2007	314
2008	293
2009	387
2010	209
2011	402
Total	2075

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AAH	attaché d'administration hospitalière
AC	aide à la contractualisation
AE	acte d'engagement
AIDER	association d'installation à domicile d'épurations rénales
AM	assurance maladie
ANAP	Agence nationale pour l'amélioration de la performance
ANV	admission en non-valeur
APD	avant-projet définitif
AP-HP	assistance publique-hôpitaux de Paris
APS	avant-projet sommaire
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ARS	agence régionale de santé
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	autorisation temporaire d'utilisation
ATU	accueil et traitement des urgences
AVC	accident vasculaire cérébral
BDHF	banque de données hospitalières de France
BFR	besoin en fond de roulement
BHN	biologie hors nomenclature
CAF	capacité d'autofinancement
CAL	commission de l'activité libérale
CCAM	classification commune des actes médicaux
CCMPPA	centre de cure médicalisé pour personnes âgées
CCTP	cahier des clauses techniques particulières
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CE	Conseil d'Etat
CET	compte épargne temps
CH	centre hospitalier
CHP	centre hospitalier de Perpignan
CHR(U)	centre hospitalier régional (universitaire)
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHT	communauté hospitalière de territoire
CHU	centre hospitalier universitaire
CJCE	Cour de Justice de la Communauté Européenne
CMD	catégorie majeure de diagnostic
CME	commission médicale d'établissement
CMF	chirurgie maxillo faciale
CMP	code des marchés publics
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPS	commission d'organisation de la permanence des soins

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CREA	compte de résultats analytiques
CTE	comité technique d'établissement
CTV	chirurgie thoracique et vasculaire
DAF	dotation annuelle de financement
DALT	direction des achats, de la logistique et des travaux
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DIM	département de l'information médicale
DMS	durée moyenne des séjours
DRH	direction des ressources humaines
DSIO	direction des systèmes d'information et de l'organisation
DUT	diplôme universitaire de technologie
EFS	Etablissement français du sang
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
FIDES	facturation individuelle des établissements de santé
FRNG	fond de roulement net global
GCS	groupement de coopération sanitaire
GECT	groupement européen de coopération transfrontalière
GEIE	groupement européen d'intérêt économique
GHM	groupe homogène de malade
GHS	groupe homogène de séjour
HC	hospitalisation complète
HJ	hospitalisation de jour
HPST	hôpital, patient, santé, territoire
HS	hospitalisation de semaine
HT	hors taxe
ICR	indice de coût relatif
IDAHO	instrument d'analyse hospitalière
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IRM	imagerie par résonance magnétique
MAPA	marché à procédure adaptée
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MEAH	mission d'expertise et d'audit hospitalier
MEEF	mission d'expertise économique et financière
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, référence et d'innovation
MIG	missions d'intérêt général

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations provisoires : Centre hospitalier de Perpignan (66)

MIGAC	missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NH	nouvel hôpital
NPAI	n'habite pas à l'adresse indiquée
OPC	ordonnancement, pilotage et coordination
OPHT	ophtalmologie
ORL	oto-rhino-laryngologie
PDS	permanence des soins
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PH	praticien hospitalier
PHN	anatomo-pathologie hors nomenclature
PM	personnel médical
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	personnel non médical
RAO	rapport d'analyse des offres
RC	règlement de la consultation
RSA	résumé de sortie anonymisé
RSS	réseau santé social
RSS	résumé de sortie standardisé
RTT	réduction du temps de travail
RUM	résumé d'unité médical
SAE	statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	service d'aide médicale d'urgence
SAU	service d'accueil des urgences
SDO	surface dans œuvre
SMIT	service des maladies infectieuses et tropicales
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SNIR	système national inter-régimes
SROS	schémas régionaux d'organisation des soins
SSR	soins de suite et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
TCCM	tableau coût case mix
TDC	toutes dépenses confondues
TEP	tomographie par émission de position
TTC	toutes taxes comprises
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
UF	unité fonctionnelle
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
USIC	unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	unité de soins longue durée
USSAPO	Union sanitaire et sociale de l'Aude et des Pyrénées-Orientales
VRD	voierie et réseaux divers

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

Deux réponses enregistrées :

- Réponse du 11 janvier 2013 de Monsieur Vincent ROUVET, directeur du CH de Perpignan
- Réponse reçue le 17 janvier 2013 de Monsieur Joaquim CASANOVAS, précédent directeur du CH de Perpignan

Article L. 243-5 du code des juridictions financières, 4^{ème} alinéa :

« 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 ».