



Chambre régionale des comptes
de Languedoc-Roussillon

Le Président

Montpellier, le 20 Aout 2013

lettre recommandée avec A.R.

CONFIDENTIEL

Référence : 136 / 011041 999 / 0897

Monsieur le Directeur,

Par envoi en date du 10 juillet 2013, la chambre a porté à votre connaissance son rapport d'observations définitives concernant la gestion du centre hospitalier de Carcassonne au cours des exercices 2007 et suivants.

Votre réponse a été enregistrée 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.

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.

Nicolas BRUNNER

Monsieur Bernard NUYTTEN
Directeur du CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE
Route de Saint-Hilaire
11890 CARCASSONNE CEDEX 9

Rapport d'observations définitives n° 136/0897 du 20 août 2013

CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE

Exercices 2007 et suivants

S O M M A I R E

1. OBSERVATIONS PRELIMINAIRES	6
1.1. Préambule	6
1.2. Présentation du centre hospitalier de Carcassonne et de ses différents sites	6
1.3. Le contexte démographique et géographique du territoire de santé de l'Aude	6
2. L'ANALYSE FINANCIERE	7
2.1. La fiabilité des comptes	7
2.1.1. Le rattachement des charges et des produits	7
2.1.2. Les comptes transitoires ou comptes d'attente	7
2.1.3. Les provisions réglementées liées aux comptes épargne-temps (CET)	7
2.1.4. Les provisions pour litige	7
2.1.5. Les provisions pour risques	7
2.2. L'analyse financière rétrospective budget H et DNA (2007-2011)	8
2.2.1. Préambule	8
2.2.2. Evolution des charges et des recettes	8
2.2.3. Les produits versés par l'assurance maladie	8
2.2.4. Les produits de l'activité	9
2.2.5. Les autres produits	9
2.2.6. Les charges d'exploitation	10
2.2.7. Les charges de personnel (titre 1)	10
2.2.8. Les charges à caractère médical (titre 2)	10
2.2.9. Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) et les charges du titre 4	10
2.2.10. Une évolution des résultats de fonctionnement défavorable	11
2.2.11. Les écarts entre les prévisions et les réalisations	12
2.2.12. Le financement de l'investissement	12
2.2.13. La structure financière	12
2.3. L'analyse financière prospective	13
2.3.1. Le programme global de financement pluriannuel (PGFP) 2012	13
2.3.2. L'EPRD 2012 : une approbation tardive	13
2.4. Conclusion sur la situation financière du CH	13
3. LE PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE	14
4. LES PROJETS ARCHITECTURAUX 2010-2013	14
4.1. Présentation de la plateforme médico-logistique	14
4.1.1. Un bilan financier des charges d'exploitation sur les 3 premières années d'exploitation déficitaire	15
4.1.2. Les répercussions sur l'EPRD 2012 du centre hospitalier de Carcassonne	16

4.1.3.	Le bilan financier des charges d'investissement	16
4.2.	Un démarrage difficile.....	16
4.3.	Une performance à améliorer sur le management et sur la rentabilité	17
4.4.	Le projet de construction d'un nouvel hôpital	17
4.4.1.	Présentation du projet de construction	17
4.4.2.	Les prévisions financières de l'opération de reconstruction.....	18
4.5.	Le projet de construction du nouvel établissement pour personnes âgées dépendantes	19
4.5.1.	Présentation du projet.....	19
4.5.2.	Les prévisions financières de l'opération de reconstruction.....	19
4.6.	Conclusion sur les projets de reconstruction.....	20
5.	LES COOPERATIONS AVEC LES PARTENAIRES	20
6.	LE DIAGNOSTIC MEDICO-ECONOMIQUE	20
6.1.	L'organisation et les orientations de l'établissement.....	20
6.1.1.	L'organisation de la direction.....	20
6.1.2.	Le projet d'établissement : un projet détaillé mais non exhaustif	21
6.1.3.	Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens	21
6.1.4.	Les restructurations récentes et à venir	21
6.2.	La gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activités.....	22
6.2.1.	Les pôles	22
6.2.2.	La délégation de gestion.....	23
6.2.3.	Conclusion sur les orientations stratégiques	23
6.3.	Le contrôle de gestion et la comptabilité analytique	23
6.3.1.	Le contrôle de gestion	23
6.3.2.	La comptabilité analytique	24
6.4.	L'activité (annexe n° 3).....	24
6.4.1.	L'activité à partir de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)	24
6.4.2.	L'activité à partir du PMSI.....	25
6.4.3.	L'évolution des parts de marché selon la Banque de données hospitalières de France (BDHF).....	27
6.4.4.	L'activité des services médico-techniques	27
6.4.5.	Les traitements des affections cancéreuses	28
6.4.6.	Traitement de l'insuffisance rénale.....	28
6.4.7.	Conclusion sur l'activité du centre hospitalier de Carcassonne	28
7.	LE RECOUVREMENT DES RECETTES	28
7.1.	Le recouvrement des recettes d'activité.....	29
7.1.1.	Le pilotage de la valorisation des recettes d'activité	29
7.1.2.	Les ressources humaines du département d'information médicale (DIM).....	29
7.1.3.	L'organisation du recouvrement des recettes T2A.....	29
7.1.4.	La communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes.....	30
7.1.5.	Les projets du DIM.....	30
7.2.	Le recouvrement des recettes par le bureau des entrées.....	31
7.2.1.	Le pilotage du processus de facturation.....	31
7.2.2.	Les ressources humaines chargées de la facturation des prestations de soins.....	31
7.2.3.	L'organisation du recouvrement des recettes.....	31
7.2.4.	Les indicateurs permettant de suivre l'activité de facturation et de recouvrement.....	32
7.2.5.	La communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes.....	34
7.2.6.	Les relations avec les institutions	34
7.3.	Le recouvrement des recettes subsidiaires.....	34
7.3.1.	Les recettes de titre 3 de 2007 à 2011	34
7.3.2.	Les recettes liées aux conventions.....	35

7.3.3.	Les recettes liées au régime particulier	35
7.3.4.	Conclusion sur le recouvrement des recettes	35
8.	LES RESSOURCES HUMAINES	35
8.1.	L'évolution des charges de personnel médical et non médical (budget H).....	35
8.1.1.	Le nombre de journées travaillées dans l'année par des agents intérimaires ou appartenant à une entreprise extérieure	36
8.1.2.	Les indicateurs issus de la Banque de données hospitalière de France	36
8.1.3.	Les difficultés de recrutement.....	36
8.2.	La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).....	37
8.3.	La gestion et le pilotage de la masse salariale.....	37
8.4.	La gestion de l'absentéisme	37
8.4.1.	La répartition des absences par motif de 2007 à 2010	37
8.4.2.	Le contrôle et la gestion de l'absentéisme	38
8.5.	Une politique de rémunération des contractuels contestable	38
8.5.1.	Evolution des effectifs des personnels contractuels en équivalent temps plein rémunéré (ETPR)	38
8.5.2.	La publication obligatoire des postes vacants	38
8.5.3.	Le cas particulier d'un agent non titulaire dont le contrat a été transformé en contrat de directeur adjoint	38
8.5.4.	Des conditions de rémunération des contractuels de catégorie A particulièrement avantageuses	39
8.6.	Les modalités d'avancement au centre hospitalier de Carcassonne : une politique d'avancement favorable	40
8.7.	Le temps annuel de travail et la gestion des 35 heures.....	40
8.7.1.	L'application des 35 heures.....	40
8.7.2.	La réalisation d'heures supplémentaires	41
8.7.3.	Les primes et indemnités.....	41
8.7.4.	Les astreintes	41
8.8.	Conclusion sur le personnel non médical.....	42
8.9.	Le personnel médical	43
8.9.1.	Les effectifs.....	43
8.9.2.	Les éléments de comparaison.....	44
8.9.3.	L'organisation des affaires médicales	45
8.9.4.	La permanence des soins (PDS).....	46
8.9.5.	Le temps additionnel.....	47
8.9.6.	L'activité libérale des médecins.....	48
8.9.7.	Conclusion sur le personnel médical.....	50
	ANNEXES	51
	LISTE DES ABREVIATIONS.....	67

SYNTHESE

Le centre hospitalier de Carcassonne est un établissement de 794 lits, postes et places (2011). Etablissement de référence du territoire audois, qui compte environ **360 000** habitants, le centre hospitalier de Carcassonne doit faire face à plusieurs défis dans les années à venir.

Déficitaire depuis plusieurs années, l'établissement a connu une forte dégradation de son résultat en 2011. La marge brute est insuffisante pour couvrir les dotations aux amortissements et les charges financières, et la capacité d'autofinancement se situe cette année-là au plus bas niveau depuis les cinq dernières années.

L'établissement propose deux plans de retour à l'équilibre. Alors que le premier plan a été partiellement appliqué, le second, tel que présenté aux instances en décembre 2011, était insuffisant pour le rétablissement des équilibres d'exploitation, malgré un fort enjeu pour le financement des investissements structurels en cours. Un nouveau contrat de retour à l'équilibre financier a été contractualisé avec l'agence régionale de santé (ARS) en mai 2013.

La mise en service de la plateforme médico-logistique en août 2010 impacte les finances en transférant des charges et des produits sur cet établissement autonome. Le centre hospitalier supporte aujourd'hui les surcoûts liés à l'éloignement des deux sites qui perdureront jusqu'à l'ouverture du futur hôpital prévue en 2014. De plus, les résultats déficitaires des trois premières années de fonctionnement de ce groupement de coopération sanitaire ont des répercussions sur l'équilibre financier du centre hospitalier, qui doit faire face concomitamment à deux opérations immobilières d'envergure.

Ces deux opérations de construction, établissement pour personnes âgées et nouvel hôpital, se dérouleront et s'achèveront au cours du plan global de financement pluriannuel 2010-2014. Le déménagement de l'hôpital sur le futur site et l'ouverture du nouvel établissement pour personnes âgées vont avoir une incidence forte non seulement sur les résultats, mais aussi sur l'actif de l'établissement.

Pour ces opérations majeures l'établissement n'a pas jusqu'ici rencontré de difficultés particulières, les calendriers étant globalement respectés, ainsi que les prévisions financières. L'établissement est néanmoins invité à la plus grande prudence sur le niveau de dépenses pour les premières années de fonctionnement des deux établissements.

A l'occasion de l'ouverture du nouvel hôpital les orientations stratégiques et le positionnement devront être clairement définis dans un contexte de concurrence avec le secteur privé, notamment au niveau de la chirurgie. La nouvelle gouvernance devra être renforcée.

En matière d'optimisation de la facturation, l'établissement ne s'est pas correctement préparé à la facturation au fil de l'eau, et n'a pas anticipé la généralisation de ce nouveau dispositif, déjà en vigueur dans 28 établissements en 2013.

Il enregistre par ailleurs un absentéisme important. Les tableaux d'avancement sont favorables aux agents. La gestion des contractuels ne respecte pas la réglementation et confère aux bénéficiaires des avantages indus. Les contrôles opérés sur l'activité des médecins sont insuffisants (activité libérale, gardes et astreintes, vacataires).

La chambre recommande donc une gestion plus rigoureuse des ressources humaines, et des dépenses qui en découlent.

RECOMMANDATIONS

Recommandations sur la gouvernance

1. Veiller lors de l'élaboration du futur projet d'établissement à décrire les axes stratégiques dans un chapitre introductif et formaliser le projet de prise en charge des patients en conformité avec le projet médical et le projet de soins.
2. Conduire une évaluation des activités restructurées ou nouvellement structurées.
3. Revoir le dimensionnement et le contenu des pôles.

Recommandation sur le contrôle de gestion et la comptabilité analytique

4. La chambre recommande au centre hospitalier de poursuivre la mise en place de la comptabilité analytique hospitalière en développant le compte de résultat analytique et le tableau coût case mix au niveau de l'entité établissement. Une participation à la base d'Angers doit être envisagée.

Recommandations sur le recouvrement des recettes

5. Renforcer les contrôles de cohérence entre l'activité réalisée et l'activité facturée, notamment en ce qui concerne l'activité externe.
6. Mettre en place un projet transversal visant à l'optimisation de la facturation en vue de la facturation au fil de l'eau.

Recommandations sur le personnel non médical

7. Mettre en place un véritable contrôle de gestion des ressources humaines.
8. Intégrer dans le plan de retour à l'équilibre en premier lieu la révision des conditions d'avancement, en deuxième lieu la politique de recrutement et de rémunération de son personnel contractuel et enfin, la révision du régime de rémunération des astreintes du personnel non médical.

Recommandation sur le personnel médical

9. Mener une étude sur l'activité des vacataires en vue d'adapter le nombre de vacations à la réalité des besoins.

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 fixés par l'assemblée délibérante ou par 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 Carcassonne pour les exercices 2007 et suivants.

1. OBSERVATIONS PRELIMINAIRES

1.1. Préambule

Le contrôle du centre hospitalier relève pour les exercices 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 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.

1.2. Présentation du centre hospitalier de Carcassonne et de ses différents sites

Le centre hospitalier de Carcassonne affichait 794 lits, places et postes au 31 décembre 2011.

L'hôpital actuel a été mis en service en 1975 pour accueillir les activités de médecine chirurgie obstétrique (MCO), 381 lits en 2011. Il dispose aussi de 298 lits d'EHPAD, ainsi qu'une autorisation de 30 lits de long séjour, non encore installés. Ses activités sont regroupées sur différents sites.

Outre ces structures d'hébergement le centre hospitalier a des activités spécifiques liées à la prise en charge d'addictions. Un centre d'action médico-social précoce (CAMSP) de 40 places accueille les enfants de 0 à 6 ans et leur famille. L'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) est située au sein même de la maison d'arrêt de Carcassonne, et permet de répondre aux besoins de santé de la population carcérale. Enfin, l'établissement possède un institut de formation en soins infirmiers et en soins aides-soignants.

1.3. Le contexte démographique et géographique du territoire de santé de l'Aude

Le territoire de l'Aude comme l'ensemble du Languedoc-Roussillon connaît un dynamisme démographique important depuis 1980, avec la particularité d'une densité faible (56,9 hab./km² en 2008).

Dans son diagnostic territorial, l'agence régionale de santé (ARS) a décrit l'Aude comme « une région bipolaire » car se situant entre une zone littorale et l'arrière-pays. Le département est rural de taille moyenne. Les deux pôles urbains Ouest et Est sont confrontés sur le plan de l'offre de soins aux deux métropoles qui sont Toulouse et Montpellier, mais aussi à la présence du CH de Perpignan.

Les grandes forces de l'Aude sont son attractivité et ses indicateurs de santé globale qui sont plutôt favorables (mortalité, espérance de vie). Pour autant, les faiblesses de l'Aude sont multiples. Le département affiche enfin de mauvais indicateurs en matière d'accidents de la route (10,6 / 100 accidents en 2009 contre 8,2 en Languedoc-Roussillon et 7,6 en France), d'IVG (192 / 10 000 femmes de 15 à 49 ans à comparer avec le Languedoc-Roussillon (171) et la France (137)), de toxicomanie, indicateurs qui sont à corrélés avec un taux de pauvreté élevé et une situation de l'emploi difficile. La

démographie des professionnels de santé, médecins et paramédicaux, est fragile, il y a dans l'Aude un des plus forts indices de vieillissement de la région.

2. L'ANALYSE FINANCIERE

2.1. La fiabilité des comptes

2.1.1. Le rattachement des charges et des produits

Sur toute la période sous revue, l'hôpital de Carcassonne effectue le rattachement des charges à payer. Les comptes de charges sur exercices antérieurs font apparaître des reports de charges sur l'exercice suivant, notamment en 2011 en ce qui concerne le niveau des charges à caractère hôtelier. L'impact de ces reports sur le résultat reste modéré.

2.1.2. Les comptes transitoires ou comptes d'attente

L'utilisation de ces comptes permet de respecter le principe de sincérité du résultat.

Les opérations qui ne peuvent être affectées de façon certaine ou définitive à un compte déterminé, au moment où elles doivent être enregistrées, ou qui exigent une information complémentaire, sont inscrites provisoirement au compte 47. Ce compte doit-être apuré dès que possible, par imputation au compte définitif.

A l'examen du compte 4718, la somme de 3,4 M€ apparaissant à la clôture de 2011 a été régularisée en 2012.

2.1.3. Les provisions réglementées liées aux comptes épargne-temps (CET)

Il ressort de l'examen du compte 143 que les CET n'ont pas été provisionnés en 2010 et 2011. L'établissement précise qu'en 2012 une provision de 2 M€ a été constituée, portant la totalité de la provision pour comptes épargne-temps à 3 027 581 €.

2.1.4. Les provisions pour litige

La construction d'un nouveau bloc opératoire, indispensable au maintien de l'activité chirurgicale du CH de Carcassonne, a été attribuée à la société COPREBAT. Des erreurs de conception ont entraîné un retard dans la livraison du bloc. En juin 2009, le CH de Carcassonne a émis un titre de 3 M€ de pénalités à l'encontre de la société COPREBAT comme prévu dans le cahier des charges. La société conteste l'avis des sommes à payer devant le tribunal administratif. Le provisionnement de ce litige a été établi à hauteur de 1,9 M€, ce qui impacte le résultat 2009 à hauteur d'1,1 M€.

2.1.5. Les provisions pour risques

Membre du groupement de coopération sanitaire (GCS) GAPM, le CH de Carcassonne détient 51 % des parts au titre de l'exercice 2011 ; il est ainsi responsable des dettes du GCS sur son propre patrimoine, comme le prévoit l'article 10.3 de la convention constitutive : « *Les membres sont tenus responsables des dettes du groupement sur leur patrimoine propre dans la proportion de leurs droits tels que déterminés à l'article 8* ».

Après un exercice 2010 déficitaire de 1 256 506 €, le résultat négatif 2011 du groupement s'établit à 1 946 617 €. Le rapport de l'agent comptable, présenté à l'assemblée générale du 21 mars

2012, souligne les difficultés à venir : « *Cependant, 3,2 M€ de perte d'exploitation en 17 mois d'exploitation, avec une prévision déficitaire en 2012 de - 1,162 M€, et sans perspective d'excédent à court terme, me conduisent à attirer à nouveau l'attention des administrateurs du GAPM sur la réalité économique qui caractérise un établissement dont la mission est, non pas de soigner, mais de produire des biens et des services au meilleur coût pour une qualité croissante, en respectant son équilibre financier* ».

Cette situation fait peser un risque financier important sur le CH qui devra provisionner la somme correspondante à concurrence des parts détenues pour ne pas affecter la fiabilité des comptes. Au total l'insuffisance de provision peut être estimée à 3 373 593 €, dont 1 633 593 € pour les parts détenues par le centre hospitalier au sein du GCS GAPM. L'établissement précise que dans le cadre de la préparation de la certification en collaboration avec le comptable, une solution est à l'étude pour provisionner la somme qui correspond à la part de déficit incombant au centre hospitalier, en réaffectant une provision constituée pour grosses réparations détenue sur le compte 1518. Pour la chambre, la solution proposée n'apparaît pas satisfaisante.

2.2. L'analyse financière rétrospective budget H et DNA (2007-2011)

2.2.1. Préambule

L'analyse financière présentée porte sur la période 2007 à 2011 et s'inscrit dans le cadre de la réalisation de trois grands projets de construction qui impactent fortement l'organisation et la situation du CH : construction d'un nouvel établissement pour personnes âgées, construction d'une plateforme médico-logistique et enfin construction d'un nouvel hôpital MCO. Cette période de transition constitue donc un tournant, dont l'exercice 2010 marque les étapes importantes : les travaux de l'EHPAD Prat-Mary débutent et la plateforme médico-logistique (PML) ouvre ses portes en août.

Le démarrage difficile de la plateforme a eu des répercussions sur la situation financière du centre hospitalier, qui est le client le plus important de cette structure. Par ailleurs, la mise en place de la PML a nécessité la création d'un compte de résultat annexe de dotation non affectée (CRPA DNA) qui a sensiblement modifié le compte de résultat principal. Il convient d'analyser l'évolution des charges et des recettes en tenant compte des imputations sur ce budget.

2.2.2. Evolution des charges et des recettes

Les produits du CH de Carcassonne évoluent de 28 % sur la période 2007-2011, en tenant compte des recettes reportées sur le budget de la DNA, et de 5,86 % en 2011. Les produits versés par l'assurance maladie représentent la part la plus importante des recettes.

2.2.3. Les produits versés par l'assurance maladie

Les principales progressions qui impactent les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) concernent les dotations MIGAC dont le montant double sur la période, ainsi que les prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique. Les produits liés à l'activité évoluent dans une plus faible proportion.

- ✦ Les MIGAC (missions d'intérêt général et d'accompagnement contractuel)

Les MIGAC représentent en moyenne 12 % des produits d'exploitation sur la période de contrôle et près de 15 % des produits versés par l'assurance maladie. Elles progressent plus rapidement que les produits liés à l'activité.

L'analyse de leur évolution doit tenir compte du transfert en MIG depuis 2009 des montants versés au titre de la permanence des soins et de la prise en charge de la précarité, qui représentent respectivement 1,7 M€ et 500 k€ en moyenne sur la période.

➤ Les MIG (missions d'intérêt général)

Le financement des missions d'intérêt général concerne principalement les dotations au titre de l'aide médicale urgente et de la permanence hospitalière.

Les dotations destinées au SMUR¹ représentent 30 % du financement des MIG, soit 2,6 M€ en moyenne par an à compter de 2009. Les parts des dotations destinées à la permanence hospitalière et au SAMU sont également conséquentes, elles représentent en moyenne 21 % et 20 %, soit respectivement près de 1,7 M€ et 1,4 M€ par an depuis 2009.

En 2011, les principales MIG reconductibles perçues (hors permanence des soins et précarité) par l'établissement représentent 5 727 693 € (détail en annexe 1), le montant global des MIG et MERRI² représentent 9 140 574 €, soit une évolution de 70 %.

- Les AC (aides à la contractualisation)

Le financement des aides à la contractualisation est principalement destiné aux opérations d'investissement et au développement de l'activité.

La part des dotations au titre de l'investissement progresse de façon significative sur la période : elle représente 63 % des AC en 2007 et 90 % en 2011. Les aides à l'investissement concernent essentiellement le financement du plan « hôpital 2007 » (plateforme médico-logistique) et « hôpital 2012 » (reconstruction de l'hôpital).

Fin 2011 le CH a perçu en fin d'exercice 2,6 M€ supplémentaires au titre des dotations MIGAC, dont 854 k€ destinés au projet « hôpital 2012 » et 1 150 000 € d'aide ponctuelle « d'accompagnement des établissements en difficulté ».

Les aides à la contractualisation sont reconduites en moyenne à 80 %. Les enveloppes destinées aux projets hôpital 2007 et 2012 constituent une enveloppe d'aide à la contractualisation reconduites chaque année dans le cadre du programme de construction.

2.2.4. Les produits de l'activité

Les produits de l'activité valorisée dans le cadre de la tarification à l'activité progressent de 11 % sur la période et de 4,46 % en 2011.

2.2.5. Les autres produits

La progression des recettes issues des autres produits (titre 3) résulte notamment des reprises sur provisions et des ventes de produits fabriqués. Les reprises sur provisions s'élèvent à 3,8 M€ en 2010 et 2,8 M€ en 2011 et influent de manière significative sur l'évolution des produits. Les produits des ventes de produits fabriqués, prestations, marchandises et produits des activités annexes (non compris les rétrocessions et les remboursements de frais au budget annexe) évoluent de 2 M€ en 2009 à 7 M€ en 2010. Cette augmentation résulte en grande partie des remboursements par le GAPM pour un montant de 3 M€ des mises à dispositions du personnel non médical à la PML. Cette évolution se poursuit en 2011 et apparaît dans le budget annexe de la DNA (compte 752 « Revenus des immeubles » et compte 7084 « Remboursements de personnel »).

Les produits d'exploitation connaissent une hausse de 5,86 % entre 2010 et 2011 en tenant compte des recettes du budget DNA, mais cette progression reste limitée par le poids des consommations intermédiaires qui augmentent sous l'effet de la mise en place de la PML et de

¹ SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation.

² MERRI : missions d'enseignement, de recherche, référence et innovation.

l'augmentation des charges de personnel. Malgré l'aide d'accompagnement accordée par l'ARS et les reprises sur provisions, les recettes restent insuffisantes pour couvrir l'ensemble des charges.

2.2.6. Les charges d'exploitation

L'évolution des charges a été fortement impactée par le démarrage de la PML à compter du mois d'août 2010 et par le financement du nouvel hôpital. Les charges d'exploitation progressent de 28,6 % en intégrant les charges du budget DNA.

2.2.7. Les charges de personnel (titre 1)

Les charges de personnel (titre 1) atteignent 84 M€ et représentent 60 % des charges en 2011. Elles progressent en moyenne de 4 % chaque année. Cette augmentation résulte notamment des recrutements liés à la mise en œuvre de la PML, au respect des normes, à l'organisation logistique sur deux sites et à l'évolution de l'activité.

Elles représentent 79 % des produits versés par l'assurance maladie et absorbent ainsi la totalité des produits de la tarification des séjours (74 M€ en 2011). Toutefois, une partie concerne le personnel mis à disposition de la PML et fait l'objet d'un remboursement en titre 3 de recettes. Les charges de personnel non médical représentent près de 69 % des charges de personnel et progressent de 11 % sur la période avec une hausse de + 4 % en 2009 plus importante que les autres années (3 %). Les charges de personnel médical connaissent une évolution de 20 % sur la période dont une progression de 15 % en 2008 en raison de la monétisation d'un nombre important de CET pour un montant de 1 283 000 €.

2.2.8. Les charges à caractère médical (titre 2)

Les charges à caractère médical connaissent une évolution soutenue de 30 % sur la période. Cette progression résulte de plusieurs facteurs.

Les consommations de produits pharmaceutiques (c/6021) et produits à usage médical augmentent de 37 %. Elles concernent les rétrocessions de médicaments et des consommations de médicaments anti-cancéreux dont le volume double entre 2007 et 2009 pour atteindre 3,7 M€.

La sous-traitance générale (c/611) augmente de 116 % (+ 1 M€ sur la période), elle concerne l'imagerie médicale, les prestations des laboratoires et les autres prestations.

2.2.9. Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) et les charges du titre 4

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) suivent une progression modérée en début de période et connaissent une évolution significative de 32 % entre 2009 et 2010. Les postes « Services extérieurs » (compte 61) et « Autres charges de gestion courante » (compte 65) sont principalement concernés. Cette progression provient, d'une part, des coûts générés par la mise en œuvre de la PML. Ces coûts sont de deux ordres. Ils intègrent principalement les avances du loyer opérées pour la PML qui feront l'objet d'un remboursement en titre 3 de recettes, ainsi que les dépenses liées aux prestations servies par la PML. Elle est, d'autre part, liée au loyer du bloc opératoire modulaire qui est de l'ordre de 1 M€ par an.

Les autres charges du titre 4 sont principalement constituées des dotations aux amortissements et aux provisions, en grande partie liées aux investissements nécessaires à la construction du nouvel hôpital. Leur poids représente en moyenne chaque année près de 8 % du total des charges.

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

Les frais financiers progressent également de façon conséquente en raison des emprunts contractés à partir de 2010. Les charges financières passent de 420 k€ en 2009 à 1,2 M€ en 2011.

2.2.10. Une évolution des résultats de fonctionnement défavorable

L'évolution des résultats de fonctionnement (en euros)

Budget	2007	2008	2009	2010	2011
Budget principal H	-1 713 575	-1 265 149	-398 428	-730 383	-2 529 108
Budget annexe E1 - EHPAD CSPV	-164 824	-135 865	87 444	-1 318	-9 557,65
Budget annexe E2 - EHPAD léna	0	30 427	27 303	16 035	-23 804
Budget annexe J	151 323				
Budget annexe P1 - CAMSP	64 331	23 018	55 975	17 608	40 574
Budget annexe P2 - CCAA	6 243	19 483	7 193	92 690	19 978
Budget annexe C0 - IFSI	5 222	-5 487	1 884	41 129	58
Budget annexe A0 - DNA					-151 472
Résultats consolidés	-1 651 277	-1 333 573	-218 626	-564 238	-2 653 331

Source : comptes financiers

Le déficit du compte de résultat est de 2 653 331 € pour l'exercice 2011, sur l'ensemble des budgets. Le déficit cumulé, en intégrant les déficits antérieurs, atteint à la clôture 5 229 466 €.

➤ Un résultat du budget principal déficitaire

Le résultat reste déficitaire cinq années consécutives, et se dégrade en 2011 avec un déficit de - 2 529 108 € malgré les reprises sur provisions et l'aide financière accordée par l'ARS. Sans cette aide exceptionnelle destinée à aider les établissements en difficulté, le déficit aurait été de 3 808 331 €. Parallèlement, les recettes générées par l'activité de l'hôpital restent insuffisantes pour couvrir le poids des charges relatives au développement de l'activité et aux surcoûts du titre 4.

Le centre hospitalier précise qu'il envisage d'affecter la réserve de trésorerie de 6 489 076 € à ce report à nouveau déficitaire cumulé. La chambre rappelle que la reprise de la réserve de trésorerie est soumise à une procédure particulière : elle ne peut se faire que suite à autorisation conjointe du directeur général de l'ARS et du directeur départemental ou régional des finances publiques, après étude d'une analyse financière rétrospective et prospective. La reprise au profit du compte 110 (report à nouveau), si elle permet de couvrir un déficit d'exploitation, ne permet en aucun cas d'abonder le fonds de roulement.

➤ Le déficit récurrent de l'EHPAD CSPV

Le résultat déficitaire du budget de l'EHPAD CSPV des exercices 2007, 2008 et 2011 est la conséquence du niveau insuffisant de l'activité, du poids des charges de personnel et de l'impact des tarifs pratiqués par la PML. La prise en charge de résidents plus lourds a également contribué au déséquilibre. Le vieillissement du personnel entraîne des coûts supplémentaires d'absentéisme et de remplacement qui ne sont pas intégralement financés par le département. Le titre 1 représente 76 % du total des charges en moyenne sur la période.

Les résultats du budget E sont entachés d'insincérité. En effet, le CH indique que les résultats de l'EHPAD CSPV ont fait l'objet d'un retraitement consistant à faire supporter au compte de résultat principal une partie du déficit du budget annexe. Cette diminution artificielle du déficit constitue une anomalie. La chambre rappelle que les ressources de l'assurance maladie ne doivent pas financer les déficits des budgets annexes et ainsi assurer des charges qui ne lui incombent pas.

2.2.11. Les écarts entre les prévisions et les réalisations

L'EPRD est généralement établi de manière prudente. Ainsi le déficit prévisionnel reste inférieur au résultat réalisé sur la période, à l'exception de l'exercice 2010, première année de fonctionnement de la PML.

Concernant les charges, la qualité des prévisions des dépenses de personnel peut être relevée sur l'ensemble de la période.

Les prévisions des recettes apparaissent cohérentes à l'exception des produits du titre 2 qui restent en-deçà des réalisations en 2009 et 2010 et des produits du titre 3 surévalués en 2011. Le centre hospitalier précise que ce dernier écart est lié à la mise en place de la DNA pour la plateforme médico-logistique.

2.2.12. Le financement de l'investissement

➤ La capacité d'autofinancement de l'établissement

La capacité d'autofinancement nette connaît une chute de 40 % en 2010 et se stabilise en 2011. Le CH réussit à dégager une capacité d'autofinancement nette positive permettant de rembourser ses emprunts et de financer partiellement sa politique d'investissement.

La marge brute représente les ressources dégagées sur l'exploitation courante. Elle se dégrade de 15 % passant de 9,354 M€ en 2009 à 7,359 M€ en 2010. Elle est ainsi légèrement insuffisante (109 k€) pour couvrir les dotations aux amortissements et les charges financières qui s'élèvent à 7,470 M€ (source TBFEPS). Ce constat demeure valable en 2011.

En 2010, le taux de marge brute de l'établissement s'établissait à 5,45 % tandis que la médiane des établissements de même catégorie s'établissait à 7,58 % (source TBFEPS).

➤ L'effort d'investissement

Le taux de renouvellement des immobilisations passe de 7,58 % en 2007 à 18,86 % en 2010, pour une médiane à 6,96 %. Le taux de vétusté des équipements (hors construction) s'améliore également sur la période et s'établit à 69 % en 2010 pour une médiane de 76,98 %.

Le niveau soutenu de l'investissement s'explique par la réalisation de travaux sur le site actuel qui ont été nécessaires pour respecter les normes de sécurité, maintenir le niveau de l'activité et développer de nouvelles activités (cancérologie interventionnelle, chirurgie ambulatoire).

2.2.13. La structure financière

Le fonds de roulement progresse de 22 M€ entre 2009 et 2011 pour s'établir à 44 M€. Son évolution relève en partie de la souscription de nouveaux emprunts de 20 M€ en 2010 et 43 M€ en 2011.

Le besoin en fonds de roulement constitué de l'écart entre les créances à court terme et les dettes à court terme se dégrade de manière continue sur la période pour s'établir à 19 M€ en 2010 contre 13,6 M€ en 2009. Cette évolution résulte en partie de la subvention FMESPP de 5,059 M€ (apport construction MCO), non encaissée au 31 décembre 2010. Néanmoins, le fonds de roulement permet de financer le besoin en fonds de roulement.

La trésorerie est en forte hausse depuis 2009, sous l'effet de l'encaissement d'un nouvel emprunt.

➤ La situation de la dette

Jusqu'en 2009, le niveau d'endettement était faible et permettait à l'établissement de souscrire de nouveaux emprunts pour financer les investissements prévus. A partir de 2010, la reconstruction a entraîné une forte augmentation de la dette, l'encours ayant été multiplié par neuf.

Avec un montant de 67 M€ au 31 décembre 2011, l'encours de la dette est principalement composé d'emprunts classiques à taux fixes qui restent dans l'ensemble inférieurs à 4 %. L'endettement est essentiellement composé d'emprunts récents et ne comporte pas de ligne de trésorerie ni de CLTR. Les engagements se répartissent entre Dexia (renégociation anciens contrats en 2002 et réhabilitation du site actuel), la Société Générale (accélérateur de particules), le Crédit Agricole (construction MCO - emprunt n° 1), la Caisse des Dépôts et Consignation (construction MCO emprunt 2 et construction EHPAD).

2.3. L'analyse financière prospective

2.3.1. Le programme global de financement pluriannuel (PGFP) 2012

L'établissement ne prévoit qu'en 2015 un résultat excédentaire, sous l'effet de la cession des locaux actuels et de l'allègement des provisions. Par ailleurs, le tableau de financement prévisionnel montre une dégradation de la trésorerie nette à partir de l'exercice 2014 jusqu'en 2017, qui pourrait s'apparenter à un déficit de financement.

Les prévisions d'évolution des recettes sont optimistes, contestables et peu en phase avec les référentiels nationaux. Par conséquent les charges prévues sur les titres 1, 2 et 3 devraient être revues à la baisse lors de la réévaluation du PGFP.

Le centre hospitalier précise qu'il a établi un nouveau plan global de financement pluriannuel en attente d'approbation par l'ARS dans le cadre de la prochaine mise en œuvre d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Le PGFP ainsi revu prévoit une diminution des dépenses et une révision des recettes afin de sécuriser les évolutions à venir.

2.3.2. L'EPRD 2012 : une approbation tardive

Le calendrier budgétaire a pris du retard au niveau national. L'EPRD 2012 a été présenté en directoire le 16 mai 2012, et la notification de l'ARS a été reçue le 16 avril 2012. Le centre hospitalier a dû attendre six mois avant de disposer d'un EPRD approuvé (approbation du 25 juin 2012).

Le centre hospitalier a précisé que le déficit s'est réduit en 2012, hors aides ARS il ressort à hauteur de 3 244 607 € contre 3 679 107 € en 2011.

2.4. Conclusion sur la situation financière du CH

La situation financière du CH de Carcassonne est préoccupante car déficitaire sur l'ensemble de la période. Le fonctionnement sur deux sites entraîne des coûts d'exploitation conséquents, tandis que le niveau de recettes se maintient sans atteindre un niveau suffisant. Enfin, les surcoûts liés aux prestations de la plateforme médico-logistique ont déstabilisé une situation financière déjà fragile, et les baisses de tarifs qui peuvent affecter les recettes d'activité restent difficilement prévisibles, d'autant plus que le centre hospitalier connaît un ralentissement de son activité depuis 2011.

Cette situation a conduit l'établissement à engager, de sa propre initiative, deux plans de retour à l'équilibre. Le rétablissement des équilibres d'exploitation constitue l'enjeu fondamental du financement des investissements structurels en cours.

3. LE PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE

Le CH a mis en œuvre deux plans de retour à l'équilibre (PRE). Le premier, adopté le 18 décembre 2008, n'a été que partiellement appliqué. Le second, en cours de réalisation, a été présenté au conseil de surveillance le 16 décembre 2011.

La chambre a constaté que l'objectif de retour à l'équilibre du premier plan, prévu en 2010, n'a pas été atteint. Elle a également relevé que l'application partielle de ce PRE associée à un champ limité, sans tenir compte du démarrage de la PML et de l'investissement, ne permet pas de dresser un bilan des économies effectivement réalisées.

Le second plan avait vocation à actualiser et mettre en œuvre les objectifs fixés dans le plan précédent. Il s'est révélé partiel et sans réponse face aux enjeux financiers. Toutes les pistes d'économies et d'optimisation de recettes n'ont pas été explorées, et il n'a en outre présenté des données chiffrées que pour 2012.

Le centre hospitalier indique, qu'en accord avec l'ARS, il a établi une proposition de contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) plus détaillée afin de répondre aux enjeux financiers. Celui-ci a été présenté à l'ARS, ainsi qu'aux instances du CH, en décembre 2012. Il a été signé avec l'ARS le 17 mai 2013.

4. LES PROJETS ARCHITECTURAUX 2010-2013

Dans son projet d'établissement 2009-2013, le centre hospitalier a prévu la réalisation de trois projets architecturaux de grande ampleur : la plateforme médico-logistique en 2010, l'EHPAD du « Pont-Vieux » sera reconstruit sur le site de Prat Mary en 2013 et l'hôpital Gayraud sera remplacé par un nouvel hôpital sur le site du pôle de santé de Montredon en 2014.

La plateforme médico-logistique et le nouvel hôpital sont construits sur un terrain qui regroupe d'autres acteurs de la santé audoise, le pôle de santé de Montredon, la Clinique Sud, installée depuis 2006 ; la plateforme médico-logistique, mise en service en août 2010 ; l'ASM psychiatrie (2 ha), mis en service en décembre 2010 qui comprend des lits de pédopsychiatrie et des lits pour adolescents ; le MCO hôpital (18 ha) dont la mise en service est prévue en 2014.

Le centre hospitalier a acquis le terrain de 24 hectares en 2006 pour 827 k€ hors taxes auprès de la communauté d'agglomération du Carcassonnais, la CAC.

4.1. Présentation de la plateforme médico-logistique

- ✦ Un projet de plateforme médico-logistique visant à préserver l'emploi public

Le centre hospitalier de Carcassonne a signé le 14 décembre 2007 un bail emphytéotique hospitalier pour la réalisation d'une plateforme logistique. Ce projet de plateforme logistique à vocation territoriale est apparu comme la solution appropriée à l'obsolescence des cuisines.

Les principaux partenaires avaient deux options : soit se diriger chacun vers une externalisation d'une partie de la logistique, soit réfléchir à une mutualisation des prestations logistiques en tenant compte des risques pour l'emploi.

L'opportunité a été saisie dans le cadre du plan Hôpital 2007. L'ARH, malgré quelques réticences sur le projet, a soutenu l'initiative consistant à faire travailler ensemble les structures sanitaires et médico-sociales du territoire de santé.

Le groupement de coopération sanitaire a été créé avec 6 membres fondateurs. Sept prestations ont été proposées : l'unité centrale de production alimentaire (UCPA), le ravitaillement

général programmé (RGP) alimentaire et hôtelier, l'unité de production textile (blanchisserie), le transport, la pharmacie, la stérilisation, et à terme, les prestations intellectuelles mutualisées. Parmi ses activités, la PML couvre également la PUI (pharmacie à usage intérieur) transférée, pour laquelle une activité de facturation auprès des caisses d'assurance maladie a dû être mise en place. Le GCS comprend 14 membres à compter de janvier 2012 dont le CH de Narbonne.

➤ Les chiffres clefs

La surface du terrain est de 29 293 m², et 11 000 m² de bâtiment qui sont sur le site de Montredon. Le bail emphytéotique a été signé pour 27 ans avec Logicité / CIRMAD Grand Sud. Le montant de l'investissement est de 40 M€, avec un loyer annuel de 4,2 M€ TTC.

Le montant de la subvention Hôpital 2007 allouée au CH de Carcassonne est de 1 432 425 €/an. La plateforme produit 4 000 repas/jour (en évolution vers 6 000 repas/jour) et 7 tonnes de linge/jour. La stérilisation se fera pour le CH de Carcassonne à l'ouverture de l'hôpital MCO.

➤ Les difficultés apparues lors de la mise en service

La PML a été mise en service durant août et septembre 2010 et un procès-verbal de validation du fonctionnement nominal a pu être dressé le 22 septembre 2010. Les problèmes de parfait achèvement, persistants à la fin de la première année d'exploitation sont, pour la plupart, à présent réglés.

Un dégât des eaux à l'UCPA, suite à un important orage le week-end des 6 et 7 août 2011, a par ailleurs mis en évidence un défaut de construction. Ces défauts ont été corrigés et des pénalités infligées au vu du préjudice subi.

➤ La gouvernance

L'administrateur du GCS est le directeur du centre hospitalier de Carcassonne et est ordonnateur des dépenses. L'agent comptable nommé par le ministre du Budget est le comptable du centre hospitalier. Après une première période où les aspects opérationnels liés au démarrage étaient déterminants, il a été fait le choix en 2012 d'avoir recours à un directeur plus orienté sur les questions administratives et financières.

Le centre hospitalier de Carcassonne, comme les autres membres, dispose de droits proportionnels à sa participation aux charges de fonctionnement. Il est le plus important adhérent de la PML avec 51,32 % des voix en 2011, suivi par l'ASM avec 22,50 %.

4.1.1. Un bilan financier des charges d'exploitation sur les 3 premières années d'exploitation déficitaire

La PML a connu un démarrage difficile qui conduit à une situation financière déficitaire. En effet l'outil avait été dimensionné pour accueillir un nombre plus important de partenaires que celui qui a été constaté à l'ouverture de la PML. Ainsi, le désistement du centre hospitalier de Narbonne a fragilisé le positionnement financier de la PML. De plus, la PML a été dimensionnée pour servir l'ensemble des prestations à tous les membres participants, or, certains membres du GAPM n'ont choisi qu'une prestation.

L'exercice 2010 est déficitaire de 1 256 505 € sur 5 mois soit environ 3 M€ en année pleine. Ce résultat négatif s'explique par la montée en puissance progressive des prestations, avec des démarrages qui ont pu être reportés pour certains membres. Le budget 2011, prévu en équilibre, s'est trouvé déficitaire de 1,9 M€. En 2012 le déficit est de 1 M€.

Ces déficits cumulés ne vont pas sans poser des difficultés de trésorerie.

L'assemblée générale a voté un EPRD 2013 avec un fonds de roulement positif assorti d'une réduction du déficit dans l'objectif d'un retour à l'équilibre en 2015. L'ARS précise que par délibération du 24 octobre 2012, l'assemblée générale a modifié la convention constitutive du GCS par avenant qui permet une recapitalisation du GCS afin de reconstituer le fonds de roulement et la trésorerie. Par une autre délibération le même jour, une avance de trésorerie a été consentie par tous les établissements adhérents, répartie en fonction des parts de chacun. Cette nouvelle avance de trésorerie (2,193 M€), vient compléter les avances déjà effectuées à l'ouverture par le CH de Carcassonne (2,244 M€) et l'association audoise AASM (937 k€).

4.1.2. Les répercussions sur l'EPRD 2012 du centre hospitalier de Carcassonne

Le CRPA de la dotation non affectée (DNA) a été mis en place pour répondre aux obligations fiscales afin d'isoler un secteur TVA spécifique résultant des relations « commerciales » entre la PML et le CH (TVA déductible et collectée) dont le volume croissant nécessitait un suivi particulier, d'établir une comptabilité distincte et de suivre les écritures budgétaires et comptables spécifiques entre le CH et la PML.

Le CRPA dotation non affectée s'élève à 10 211 823 € pour l'exercice 2012 et est composé côté dépenses :

- d'un titre 1 - charges de personnel : 4 547 000 € ;
- d'un titre 2 - autres charges qui comprend le paiement du loyer de la PML, le versement à la PML de la dotation Hôpital 2007, ainsi que de toutes les dépenses que le CH effectue pour la PML et que le CPRA DNA lui facture : 5 664 823 €

Côté recettes, la DNA est composée d'un titre 1 - produits de la DNA et de l'activité de production et de commercialisation qui comprend toutes les recettes émises à l'encontre de la PML (loyer, personnel, consommations téléphoniques, prestations DRH informatiques, etc.) pour un montant de 10 211 823 €.

4.1.3. Le bilan financier des charges d'investissement

Bail emphytéotique administratif

Coût prévisionnel de l'opération valeur décembre 2007	Montant HT	Montant TTC
Coût investissement lot 1	27 684 468,00	33 110 623,73
Coût investissement lot 2	2 195 393,00	2 625 690,03
Coût investissement lot 3	6 800 000,00	8 132 800,00
TOTAL	36 679 861,00	43 869 113,76

L'investissement immobilier est de 43 869 113,76 €, et les équipements représentent 2 134 736,82 €.

4.2. Un démarrage difficile

Le projet de construction de la PML s'est déroulé sans engagement ferme des partenaires et sans que les tarifs n'aient été clairement annoncés. Les frais fixes de fonctionnement de cette plateforme sont d'autant plus élevés que le nombre de partenaires est insuffisant.

En 2008 et 2009 les membres fondateurs ont alerté l'ARH sur la nécessité d'ouvrir la PML aux autres partenaires pour rentabiliser l'investissement.

L'adhésion du CH de Narbonne en 2012, pour la prestation linge, permet de renforcer le positionnement de la PML et de mutualiser le coût du transport, car la PML livre du linge pour l'ASM dans le secteur de Narbonne. De nouvelles adhésions sont actuellement à l'étude, le CH de Béziers pour la partie informatique (décret confidentialité sécurité) et le CH de Perpignan pour la blanchisserie. Une réflexion est également en cours pour une fonction achats mutualisée.

4.3. Une performance à améliorer sur le management et sur la rentabilité

✦ Les premiers enseignements après un an de fonctionnement

Devant les difficultés de fonctionnement de la PML, un audit, demandé par l'ARS, a été confié à un prestataire privé. Selon le rapport, les forces de la PML résident dans un outil industriel de qualité et une bonne maîtrise des processus de fabrication. Le surdimensionnement permet d'envisager une intégration de nouveaux partenaires et d'augmenter le chiffre d'affaires. La PML présente par contre plusieurs faiblesses.

Le système de management est assis uniquement sur l'efficacité opérationnelle, sans direction des finances en 2011. Il n'y a pas non plus de stratégie de développement affirmée et de prospection de nouveaux clients. L'encadrement intermédiaire est jugé peu expérimenté et ne dispose pas d'outils de gestion performant. La fonction achats est insuffisamment structurée. La situation financière est dégradée. La politique tarifaire ne reflète pas la réalité économique et ne permet pas une parfaite connaissance des résultats par activité. En effet elle a consisté en une répartition des coûts compatible avec une tarification comparable aux prix de marché, sans que ces coûts reflètent la réalité des coûts réels des activités. Ainsi cette politique tarifaire a avantagé l'activité de blanchisserie et a par contre défavorisé l'activité de pharmacie, qui à elle seule réalise plus de la moitié du chiffre d'affaires. La réflexion a été menée principalement sur l'efficacité des processus internes à la plateforme, intégrer une réflexion sur l'organisation interne des adhérents. Ainsi, l'optimisation du processus ne semble pas avoir été réalisée. La réduction des coûts chez les adhérents n'a pas été effective. A terme, le prix des prestations de la plateforme pourrait être jugé excessif.

✦ Quelques éléments de comptabilité analytique

Ainsi, le coût du kilo de linge lavé était à 1,37 € en 2011, alors que le coût de revient serait à 2,35 €. Cette activité est défavorisée par un surdimensionnement de l'outil industriel, ce qui la pénalise lorsque lui sont affectés les coûts associés.

En 2010, l'évolution des charges à caractère médical s'explique principalement par l'application d'un coefficient sur le tarif de responsabilité et l'achat de médicament, ce qui mécaniquement augmente les charges du CH sans relation avec l'activité. Le centre hospitalier précise que le coût du produit à la sortie de la PML est un coût complet de la prestation pharmaceutique. Ce coût complet, qui était de 1,20 € en 2011, est à comparer avec le coût complet 2009 de la prestation pharmaceutique hospitalière 2009 qui était de 1,12 € pour 1 € d'achat. Une discussion entre le CH et la PML devrait permettre de mettre en place un budget mensuel d'autorisation de dépenses pour réguler les dépenses de pharmacie des services hospitaliers.

Encore faudrait-il que cela se traduise par un coût d'avantage positif pour les établissements adhérents.

4.4. Le projet de construction d'un nouvel hôpital

4.4.1. Présentation du projet de construction

Sur le site de l'hôpital Gayraud, le centre hospitalier de Carcassonne dispose d'un ensemble immobilier qui s'est développé depuis 1975 sur 18,9 hectares. Dès 2002, il est apparu nécessaire d'envisager la reconstruction de l'hôpital sur un autre site pour répondre aux besoins des activités de plateau technique hospitalier et hébergement en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO). Ce projet n'a

pas immédiatement reçu l'aval de l'ARH. Toutefois, en raison de l'obsolescence du site et du terrain accidenté qui rend toute extension, restructuration et mise en conformité impossibles, le projet a été inscrit au plan Hôpital 2012. Après un pré-projet avorté de partenariat public-privé et suite à la mission d'audit du ministère réalisée en novembre 2006, la procédure de conception-réalisation a été finalement choisie, en accord avec la direction du CH et la mission d'aide à l'investissement national hospitalier.

La capacité d'accueil sera dans le nouvel hôpital ainsi modifiée :

Lits autorisés CH MCO 2012	Nouvel hôpital MCO
501 lits et 22 places, 17 postes	429 lits et 36 places, 17 postes

Le déménagement est prévu début 2014.

4.4.2. Les prévisions financières de l'opération de reconstruction

4.4.2.1. Les prévisions au niveau de l'investissement

Le coût d'objectif arrêté par l'ARH le 11 septembre 2009 est de 144 128 735 € TDC³ fixé par l'avenant n° 2 du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Le marché de conception / réalisation a été notifié fin juin 2010, ainsi qu'un premier avenant.

Le coût prévisionnel de l'opération TDC est de 148 433 555 € (valeur TDC juillet 2009), pour une surface dans œuvre est de 54 335 m².

Le coût SDO est de 2 246 € HT le m² pour une valeur finale TDC prévisionnelle en mars 2013 de 159 100 323 €.

Le nombre de lits et place installés est de 482 soit un ratio de 103,18 m² DO/lit⁴.

Le centre hospitalier a prévu de financer l'équipement du nouvel hôpital à hauteur de 18 M€ par prélèvement sur le fond de roulement en 2014.

4.4.2.2. Le financement

Une aide au financement de l'investissement a été attribuée sur le titre 4 dans le cadre du plan national Hôpital 2012, pour 53 % du montant de 144 000 000 €, soit 76 320 000 €. Les compléments sont assurés sur les fonds propres de l'hôpital. L'aide pérenne annuelle de 5 719 181 € est allouée à l'établissement sous forme d'aide à la contractualisation.

Un financement du fonds de modernisation (FMESPP) a été alloué le 6 juin 2011 pour un montant de 5 059 007 €.

La valeur vénale des bâtiments et du terrain a été estimée en 2006. Pour la réactualiser, le CH a déposé un dossier de candidature auprès de l'ANAP, qui a mandaté un cabinet spécialisé pour préparer des scénarii de reconversion et assister le CH jusqu'à la signature des actes de vente.

4.4.2.3. L'évaluation prévisionnelle des conséquences de l'investissement projeté sur l'exploitation future

L'établissement a évalué les surcoûts d'exploitation hors titre 4 en 2009, qui concernent principalement le titre 3 de dépenses (nettoyage et maintenance), à 1 068 800 €. Les économies

³ TDC : toutes dépenses confondues.

⁴ DO/lit : dans œuvre par lit.

potentielles issues de l'application des normes HQE et HPE ont été chiffrées en 2009 à 250 000 €. La hausse des tarifs d'énergie oblige à revoir à la baisse la prévision d'économie. Afin de compenser les surcoûts ci-dessous mentionnés, un potentiel de recettes supplémentaire pour chambres individuelles a été évalué à 800 000 €.

Toutefois, l'étude des surcoûts n'a à ce jour pas été actualisée, l'examen du PGFP 2012 montre que l'établissement n'a pas de lisibilité totale sur les économies attendues par l'ouverture du nouvel hôpital.

4.5. Le projet de construction du nouvel établissement pour personnes âgées dépendantes

4.5.1. Présentation du projet

En raison de l'obsolescence progressive des structures du centre hospitalier de Carcassonne accueillant les personnes âgées dépendantes (maisons de retraite du CSPV et Léna), il a été décidé de construire un nouvel établissement sur le site de Prat Mary. Cette opération concerne 200 lits répartis dans 5 unités de 40 lits, et 15 places d'accueil de jour sur un terrain d'environ 17 000 m². Les 200 lits sont répartis entre 170 lits d'EHPAD et 30 lits d'USLD dont 20 lits seront affectés à une unité d'hébergement renforcée (UHR) de 20 lits.

La capacité d'accueil sera ainsi modifiée :

Lits autorisés EHPAD 01/01/2012	Nouvel EHPAD
208 lits MR CSPV	200 lits EHPAD Prat Mary
15 places	15 places EHPAD Prat Mary
90 lits MR Léna	90 lits MR Léna

Les travaux démarrés en février 2011, qui auraient dû prendre fin en octobre 2012, n'ont été finalement achevés que début 2013 suite à la défaillance d'une entreprise. Le déménagement a eu lieu en mars 2013.

4.5.2. Les prévisions financières de l'opération de reconstruction

Le projet a été estimé à 23 400 000 € (valeur 2012) toutes dépenses confondues, hors acquisition du terrain et hors mobilier.

L'opération de reconstruction de l'EHPAD du centre de séjour du Pont Vieux sur le site de Prat Mary se décompose de la façon suivante. D'une part, des subventions sont supposées acquises pour un montant de 10 157 589 €, soit 2 221 000 € dans le cadre du plan Etat / Région, 2 536 589 € attendues de la CNSA, 3 300 000 € d'aide ministérielle et 2 100 000 € du département de l'Aude. La CAC subventionne 530 580 € et la mairie 550 000 €. La valeur vénale des bâtiments et du terrain est en cours de réévaluation.

L'enveloppe initiale figée en décembre 2007 pour 23 400 000 € TDC a pu absorber les demandes complémentaires représentant des prestations dont le coût ne pouvait être intégré en phase établissement de programme. Pour autant, les délais induits par les reprises des études ont eu une incidence sur l'actualisation prévisible des prix.

La réalité des recettes compensatoires estimées par l'établissement à 2 014 100 € reste à démontrer. Selon l'établissement, les surcoûts seraient compensés par la reprise de provisions et la suppression de prestations. Le solde entre les surcoûts et les recettes compensatoires s'établit à 605 700 €, soit un surcoût final de 639 013 € TDC, ce qui représente une augmentation de 2,73 % du montant total du projet estimé en décembre 2007.

4.6. Conclusion sur les projets de reconstruction

Les deux opérations de reconstruction, EHPAD Prat Mary et nouvel hôpital, seront achevées en 2013. Ce calendrier ambitieux nécessite une mobilisation et une coordination accrues des directions principalement concernées (pôle de reconstruction et pôle médico-économique).

Le marché de conception-réalisation du nouvel hôpital a débuté dans un environnement économique moins favorable que l'année 2009 concernant l'évolution des indices de révision des prix qui ont progressé sensiblement depuis le dernier trimestre 2009.

La mise en service du GCS médico-logistique en août 2010 a pour conséquence des surcoûts liés à l'éloignement des deux sites, qui devraient perdurer jusqu'à l'ouverture du futur hôpital. Celui-ci sera alors relié à la plateforme par une galerie couverte.

Le centre hospitalier précise que dans le cadre de la préparation à la certification, une réflexion sur l'actualisation de l'actif est en cours.

5. LES COOPERATIONS AVEC LES PARTENAIRES

L'analyse a porté sur les coopérations les plus significatives et structurantes, sans chercher à décrire l'ensemble des coopérations existantes au demeurant fort nombreuses.

Les coopérations avec les partenaires de santé se traduisent par des relations amont-aval, mais aussi de complémentarité. Il est à souligner à cet égard que le centre hospitalier ne propose pas de soins de suite. Il est tenu de développer de nombreux partenariats pour les sorties de ses patients en SSR afin d'éviter un allongement des durées de séjour.

De nombreuses coopérations existent avec les centres hospitaliers (CH de Narbonne, CHU de Montpellier et de Toulouse, CH de Castelnaudary) qui ont pour objet soit la délivrance de prestations, soit l'activité médicale. Compte tenu de la proximité du CH de Castelnaudary, elles sont particulièrement développées avec ce dernier qui a vu successivement ses activités de maternité et de chirurgie transférées à Carcassonne. Le bloc opératoire est en effet fermé depuis décembre 2010 et ne subsiste qu'un centre de périnatalité. Les conventions concernent notamment la mise en place de consultations avancées au CH de Castelnaudary, ainsi que la mise à disposition de temps médicaux.

Diverses conventions ont été signées par ailleurs, avec des établissements du secteur privé.

6. LE DIAGNOSTIC MEDICO-ECONOMIQUE

6.1. L'organisation et les orientations de l'établissement

6.1.1. L'organisation de la direction

L'organigramme de la direction est classique, de type « râteau ».

Outre la direction générale et la direction des soins, les directions fonctionnelles sont regroupées en 5 pôles :

1. pôle finances, contrôle de gestion, admissions, recettes, systèmes d'information ;
2. pôle achats, services économiques, logistiques, biomédical et travaux ;
3. pôle ressources humaines et politique sociale ;
4. pôle projets de construction ;

5. pôle stratégie médicale, coopérations territoriales et clientèle.

Les effectifs de la direction sur la période contrôlée sont relativement stables.

6.1.2. Le projet d'établissement : un projet détaillé mais non exhaustif

Le projet d'établissement a été élaboré en 2009, pour la période 2009-2013. Il ne comporte pas de partie introductive définissant quels sont les axes stratégiques de l'établissement.

La chambre recommande de veiller lors de l'adoption du futur projet d'établissement à préciser les axes stratégiques dans une partie introductive. Elle a pris acte de la formalisation prochaine d'un projet de prise en charge des patients, conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

Le projet médical est l'élément central d'un projet d'établissement. Les orientations majeures du projet médical 2009-2013 comportent quatre objectifs principaux : réduire les fuites évitables du territoire en garantissant la pluralité de l'offre de soins publique / privée ; assurer l'égalité d'accès aux soins, notamment pour les personnes âgées ; assumer la fonction d'établissement référent du territoire en développant des partenariats renforcés avec les autres établissements ; et enfin jouer un rôle de proximité notamment par le développement des consultations, de l'hospitalisation de jour et des relations ville / hôpital.

Néanmoins, à côté des intentions exposées, aucune nouvelle stratégie n'a été définie.

Pour le futur projet médical, la communauté hospitalière envisage de structurer les relations avec la médecine de ville, de développer les alternatives à l'hospitalisation, de structurer la filière gériatrique, et d'une manière générale d'améliorer le parcours du patient. Ce nouveau projet médical devra définir de façon claire les axes stratégiques. La chambre encourage la communauté hospitalière à conduire une réflexion sur son positionnement, notamment au niveau de l'activité chirurgicale.

6.1.3. Le contrat pluriannuel d'objectif et de moyens

Le CPOM a été contracté pour la période 2007 à 2012, en cohérence avec le cadre fixé par l'ARH et les orientations du SROS. Il a été prolongé d'un an par avenant jusqu'en 2013.

6.1.4. Les restructurations récentes et à venir

Le centre hospitalier a été tenu d'opérer certaines restructurations au sein du site actuel, malgré la perspective proche de l'ouverture du nouvel hôpital. Ces restructurations ont eu pour objectif des rationalisations d'activité ou des mises en place de nouvelles activités.

6.1.4.1. Les restructurations et regroupements géographiques de services cliniques

Ont été impliqués dans cette restructuration les pôles de médecine polyvalente et gériatrique et de cancérologie pneumologie rhumatologie. Les capacités d'accueil ont été augmentées de 95 à 103 lits, les effectifs de 5,25 ETP d'infirmiers, 4 ETP d'aides-soignants et 0,3 temps de secrétariat médical, soit 9,55 ETP.

6.1.4.2. Télé radiologie

Depuis juillet 2011, face à l'impossibilité d'assurer la permanence médicale en garde dans le service de radiologie, le CH a mis en place une coopération à distance avec un prestataire privé, durant

les nuits des week-ends et jours fériés, pour l'activité de scanner d'urgence pour l'interprétation des images.

6.1.4.3. Création d'une activité de coronarographie

Fin mars 2012 une salle de coronarographie a été ouverte. Pour son fonctionnement, l'établissement a recruté un cardiologue temps plein et formé une équipe paramédicale constituée de 3 ETP infirmiers et 1,5 ETP manipulateurs en électroradiologie. Cette activité a été évaluée à 970 coronarographies annuelles, pour moitié complétées par une angioplastie.

6.1.4.4. Création d'un secteur dédié aux activités ambulatoires

La création de ce secteur de 10 lits, ouvert en avril 2012, s'inscrit dans les grandes orientations des politiques de santé et a pour finalité la rationalisation de l'offre de soins. Les moyens humains ont été affectés par redéploiement. Ce secteur d'activités ambulatoires regroupe dans ce mode de gestion les activités chirurgicales déjà existantes (orthopédie, chirurgie viscérale, chirurgie vasculaire, ORL, urologie et stomatologie) et l'activité d'endoscopie digestive. La chirurgie gynécologique est effectuée sur un autre site opératoire.

La chambre encourage l'établissement à conduire une évaluation des activités restructurées ou nouvellement créées. En effet, compte tenu de l'augmentation des effectifs et parfois aussi des investissements réalisés, il conviendra de mesurer l'équilibre financier de ces activités nouvelles et de vérifier si les recettes sont supérieures aux charges et si les effectifs sont en rapport avec l'activité réelle.

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

6.2.1. Les pôles

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 sur la gouvernance hospitalière a introduit des dispositions nouvelles dans l'organisation des centres hospitaliers, avec notamment la création de pôles d'activité (articles 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.

Le CH de Carcassonne s'est inscrit dans le processus de nouvelle gouvernance avec la mise en place des pôles médicaux dès 2004, ainsi que du conseil exécutif en 2005. Le contrat type, destiné à préparer la déconcentration de gestion et la contractualisation avec les pôles, a été établi en 2008. L'établissement est découpé en six pôles d'activité clinique, un pôle médico-technique, et un pôle dépendance et maintien de l'autonomie qui regroupe les activités des deux EHPAD. La direction est elle-même regroupée en six pôles qui correspondent aux six directions fonctionnelles. Le nombre total de pôles est donc de 12.

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 de pôles pour les centres hospitaliers par établissement est de 5,8.

Si un certain nombre de pôles présentent une logique d'activité, la chambre reste perplexe sur la cohérence par exemple du pôle dénommé cancérologie-pneumologie-rhumatologie. Le CH envisage d'ailleurs d'amorcer une redéfinition des contours des pôles lors de l'installation dans le nouvel hôpital.

➤ Les projets et contrats de pôle

Le décret du 11 juin 2010 précise que sur la base de l'organisation déterminée par le directeur, le contrat de pôle est conclu pour une période de quatre ans dans les six mois qui suivent la publication du décret (article R. 6146-8 du code de la santé publique).

Aucun contrat de pôle n'a été signé avant le 31 décembre 2010, seuls deux contrats ont été signés en 2011. L'ensemble des pôles du centre hospitalier ont établi leur projet de pôle entre 2005 et 2006.

6.2.2. La délégation de gestion

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

La délégation de gestion est mentionnée dans l'annexe 6 « délégation de gestion » des contrats de pôle mais elle n'est pas en place dans les pôles dépourvus de contrat.

6.2.3. Conclusion sur les orientations stratégiques

L'établissement dispose d'un projet d'établissement et d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens détaillés. Toutefois la chambre considère que le projet d'établissement comporte des lacunes dans la présentation des axes stratégiques.

Recommandations

La chambre recommande à l'établissement de :

1. veiller lors de l'élaboration du futur projet d'établissement à décrire les axes stratégiques dans un chapitre introductif et à formaliser le projet de prise en charge des patients en conformité avec le projet médical et le projet de soins ;
2. conduire une évaluation des activités restructurées ou nouvellement structurées ;
3. revoir le dimensionnement et le contenu des pôles.

6.3. Le contrôle de gestion et la comptabilité analytique

La mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004 a profondément bouleversé les modèles organisationnels en place. L'une des conséquences de la T2A est le renforcement des outils de gestion.

6.3.1. Le contrôle de gestion

Le service contrôle de gestion est placé sous la responsabilité du contrôleur de gestion, rattaché au pôle médico-économique dirigé par un directeur adjoint en charge de ce pôle. Au sein de ce pôle, on retrouve les services finances, contrôle de gestion, admissions / facturation, systèmes d'information ainsi que le service d'information médicale.

L'effectif comprend 4 agents : un responsable (ingénieur - contrôleur de gestion), deux adjoints des cadres hospitaliers et un adjoint administratif.

Les travaux réalisés montrent que ce service produit non seulement les tableaux de bord de pilotage, mais réalise également des études plus ponctuelles portant par exemple sur le flux de patients aux urgences par tranches horaires, le programme capacitaire du nouvel hôpital, le potentiel de chirurgie ambulatoire en 2011, ou encore une étude médico-économique portant sur la demande d'augmentation de quotité de temps de travail médical. Il remplit sa mission d'aide au pilotage et à la décision.

6.3.2. La comptabilité analytique

Au-delà de la comptabilité des dépenses engagées, l'ordonnateur doit tenir une comptabilité analytique hospitalière (CAH) qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement. Le directeur communique les résultats de la comptabilité analytique au conseil de surveillance.

Le CREA et le TCCM sont aujourd'hui deux outils reconnus au niveau de la comptabilité analytique médicalisée. Le compte de résultat analytique (CREA) d'une structure (établissement, pôle, structures internes...) permet de rendre compte sur une période donnée de l'équilibre entre les charges et les produits. Cet outil est orienté sur la mesure de la performance économique d'une activité et de sa contribution à la performance globale de l'établissement. Il peut s'appliquer à toutes les activités d'un établissement. L'objectif du TCCM (tableau coût case-mix) est de comparer les dépenses directes et indirectes d'un établissement aux dépenses d'un établissement fictif disposant du même case-mix. Il s'agit d'un outil complémentaire au CREA.

La chambre relève que la CAH mise en œuvre dans l'établissement est développée dans sa version comptabilité analytique médicalisée depuis 2007, mais que l'établissement ne produit pas de tableau coût case mix au niveau de l'établissement. Ces derniers ne sont utilisés qu'au cas par cas pour affiner les réflexions. Or le TCCM, lorsqu'il est généralisé, permet à l'hôpital de se comparer poste de dépenses par poste de dépenses avec son double « vertueux », représentatif de l'organisation moyenne des établissements de l'échelle nationale des coûts. Il s'agit d'un outil nécessaire à l'analyse des comptes de résultats analytiques.

L'établissement ne participe pas à la base d'Angers⁵. Toutefois, il en utilise la méthodologie et les références sur le secteur médico-technique, en complément des CREA ; de cette façon, la base d'Angers, chaque fois que c'est possible, permet de corroborer les résultats obtenus.

L'établissement gagnerait à abonder cette base nationale. Cette participation permettrait à l'établissement de fiabiliser la méthodologie employée pour calculer le coût des activités sélectionnées.

Recommandation

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

6.4. L'activité (annexe n° 3)

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

L'activité d'hospitalisation complète a augmenté de 3,65 % entre 2008 et 2010 en nombre d'entrées, alors qu'elle a diminué de 4,28 % en termes de journées. Cette évolution traduit une augmentation de l'activité combinée avec une diminution de la durée moyenne de séjour : 4,4 jours, soit en légère baisse par rapport à 2009.

Le nombre de lits est resté pratiquement stable avec une légère diminution de 0,23 %. L'examen détaillé fait apparaître une diminution de presque 1 % des lits de médecine et une augmentation de 2,38 % des lits de chirurgie.

L'activité d'hospitalisation partielle a diminué de 11 % en médecine et augmenté de 40 % en obstétrique.

⁵ La base d'Angers est une base de données des coûts par activité qui permet aux établissements de santé participant d'appréhender notamment le coût des productions à caractère médico-technique et logistique.

Après une augmentation due à l'arrêt de l'activité de la maternité de la clinique Montréal, le nombre de naissances à la maternité s'est stabilisé avec 1923 naissances en 2010. L'évolution des séances entre 2009 et 2010 a diminué de 4,80 % malgré une progression de 17,59 % des séances de chimiothérapie. Le nombre de séances d'hémodialyse diminue de 13,78 %, notamment en raison de la concurrence du secteur privé.

6.4.2. L'activité à partir du PMSI

6.4.2.1. L'activité globale entre 2007 et 2010

L'activité sur la période 2007-2010 est globalement restée stable avec des disparités dans certains domaines.

Les activités de médecine et chirurgie augmentent de 3 %.

Les activités ayant progressé de plus de 10 % sont les suivantes :

- la chirurgie ambulatoire : + 33 % ;
- les chimiothérapies : + 42 %.

6.4.2.2. La situation de l'activité en 2011 et 2012

Le nombre d'entrées MCO augmente de 1,8 % entre 2010 et 2011. Le nombre de journées diminue pour les activités de chirurgie viscérale (- 9,7 %), de chirurgie orthopédique (- 12,7 %). Les résultats des activités ORL, OPH et stomatologie sont faibles. Les résultats de l'activité chirurgie sont inférieurs pour le premier semestre 2012 aux prévisions établies, notamment en urologie, orthopédie, vasculaire et ORL.

6.4.2.3. Des taux d'occupation inférieurs à la cible nationale

Les taux d'occupation sont inférieurs entre 2008 et 2010 à la cible nationale de 85 % en ce qui concerne la médecine et l'obstétrique, mais supérieure à la cible nationale de 75 % pour la chirurgie. Les taux d'occupation en 2011 sont tous inférieurs à la cible nationale, que ce soit pour la médecine (83 %), la chirurgie (70 %) et l'obstétrique (71 %). La pédiatrie enregistre un taux d'occupation faible avec 55 %, même si classiquement les taux d'occupation de cette spécialité sont bas.

Ce constat pose la question du dimensionnement en nombre de lits de ces deux activités ainsi que du développement d'alternatives à l'hospitalisation complète.

Le taux global MCO se situe à un niveau inférieur à 80 %, ce qui apparaît insuffisant au regard du financement T2A.

Taux d'occupation MCO	2008	2009	2010
Total MCO	79,43%	76,95%	76,20%

Source : Hospi - Diag

6.4.2.4. Les durées moyennes de séjour

L'évolution du nombre de résumé de sortie standardisé (RSS) est de 3,18 %, mais le nombre de journées brutes diminue de 1,29 %.

La durée moyenne de séjour (DMS) diminue de 4,3 jours en 2010 à 4,2 jours en 2011. Les DMS sont inférieures en médecine et en chirurgie à la DMS théorique dans les mêmes domaines. En

revanche, l'activité obstétrique, avec une DMS de 4,7 jours, est légèrement supérieure à la DMS théorique fixée à 4,3 jours. Une DMS de 22,5 jours, supérieure à la DMS théorique (16,7 jours) est constatée pour les traumatismes multiples ou complexes graves. La DMS est de 4 jours pour le secteur des explorations des affections circulatoires, alors que la DMS théorique est de 1,6 jour, soit un écart de 2,4 jours. Les radiothérapies hors séances ont également une DMS de 10,5 jours pour une DMS théorique de 8 jours.

6.4.2.5. Groupes d'activité les plus fréquents dans l'établissement

Les groupes d'activité les plus fréquents en médecine concernent les accouchements et maladies du tube digestif en 2007, 2008 et 2009, et les accouchements et endoscopies digestives en 2010. La chirurgie orthopédique et traumatologique occupe une place importante dans l'activité chirurgicale. En dehors des hernies et de la chirurgie vasculaire, les actes les plus fréquemment rencontrés concernent les traumatismes crâniens, la traumatologie et la chirurgie orthopédique.

6.4.2.6. Les indicateurs de performance à partir d'HospiDiag

Les indicateurs de performance n'ont cessé de progresser entre 2007 et 2010. Ils sont favorables dans les secteurs de la médecine et de la chirurgie avec des IP inférieurs à 1. En revanche l'indicateur pour l'obstétrique est à améliorer. L'établissement produit des séjours avec des niveaux de sévérité importants depuis 2009 et surtout depuis 2010. Le pourcentage des entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences est faible en 2010. Il est possible que l'indicateur ait été mal renseigné.

6.4.2.7. L'activité d'urgences, SAMU, SMUR

➤ Le service d'aide médicale urgente (SAMU)

En 2010, les urgences de l'hôpital et l'antenne de Quillan ont comptabilisé 27 361 passages, soit en moyenne 75 passages par jour, dont 34 % ont été suivis d'hospitalisation dans les services de soins. Le niveau d'activité est en baisse de 4,5 % par rapport à 2009.

➤ Le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR)

L'établissement gère actuellement trois sites : Carcassonne, Castelnaudary et Quillan.

En 2010, les SMUR ont enregistré une baisse de 1,27 % par rapport à 2009 avec 2 872 sorties, qui se répartissent en 83 % de sorties « primaires » et 17 % de sorties « secondaires ». 94 % des sorties sont effectuées avec des véhicules terrestres, et 6 % en hélicoptère. Depuis décembre 2009, le site de Castelnaudary ne fonctionne plus que sur 12 heures, en dehors de ces périodes, c'est le site de Carcassonne qui assure les sorties pour ce secteur géographique. Il convient de noter que le ratio 2010 du nombre de sorties SMUR ramené à la journée est seulement de 7,86 sorties en moyenne.

Compte tenu de la présence obligatoire de cinq personnes sur une ligne de garde et des sorties limitées pouvant aller jusqu'à une seule par jour, le SMUR représente donc un coût élevé.

6.4.2.8. Les consultations externes

En 2010, 121 927 venues en soins externes ont été comptabilisées sur l'ensemble du centre hospitalier, soit 3,3 % de plus qu'en 2009.

6.4.3. L'évolution des parts de marché selon la Banque de données hospitalières de France (BDHF)

Les parts de marché restent stables en médecine et en chirurgie sur la zone d'attractivité entre 2007 et 2010.

➤ Les parts de marché selon la BDHF en 2010

Premier établissement du département pour la médecine et l'obstétrique, le CH affiche cependant des parts de marché relativement faibles pour la médecine (seulement la moitié des parts de marché). Par ailleurs, il est en situation de quasi-monopole en matière d'obstétrique. Il détient le tiers des parts de marché pour la chirurgie. La concurrence des cliniques privées se concentre de façon classique sur l'ORL, l'ophtalmologie, activités rentables avec des séjours souvent ambulatoires. Classé second, l'établissement est directement concurrencé par la clinique Montréal de Carcassonne pour la chirurgie digestive, la chirurgie vasculaire, l'ophtalmologie, et a perdu 0,4 % de parts de marché par rapport à cette dernière. Le CH est également concurrencé par la polyclinique « Le Languedoc » de Narbonne, qui est première en matière d'ORL, stomatologie et de gynécologie au niveau du sein.

Il est observé une progression des séances de chimiothérapie, le CH étant bien placé sur la zone d'attractivité en cancérologie.

6.4.4. L'activité des services médico-techniques

6.4.4.1. Les blocs opératoires

En février 2009, a été ouvert un nouveau bloc modulaire qui a remplacé le bloc opératoire devenu vétuste. Il est composé de 6 salles polyvalentes, une salle de radiologie interventionnelle et de deux salles d'endoscopie digestive. Suite à la mission menée par la MEAH en 2008, un plan d'action destiné à optimiser son utilisation a été mis en place.

En 2010, 5 478 interventions ont été pratiquées aux blocs avec répartition pour 88 % sur le bloc central et 12 % sur le bloc maternité pour la spécialité de gynéco-chirurgie. Le chiffre d'affaires moyen par séjour de chirurgie est plus important que la moyenne. En revanche le chiffre d'affaires moyen par chirurgien est inférieur à la moyenne. Le nombre de séjours par salle d'intervention est inférieur à la moyenne régionale de la catégorie, mais légèrement supérieur à la moyenne nationale de la catégorie. Le nombre de séjours ambulatoires est faible : 18 % du total des séjours en 2008 pour une moyenne régionale et nationale de la catégorie autour de 24 %. Cette situation est amenée à évoluer avec l'ouverture de l'unité ambulatoire en avril 2012.

➤ Les indices de performance du personnel de bloc opératoire

Le nombre d'ICR (indice de coût relatif) par anesthésiste en 2010 a baissé par rapport aux années précédentes. Il est assez faible au regard des données de comparaison. Le nombre d'ICR par chirurgien a baissé également entre 2007 et 2010, mais se situe dans la moyenne. Le nombre d'IADE (infirmier anesthésiste diplômé d'Etat) par anesthésiste baisse entre 2007 et 2010 et se situe dans la moyenne. En 2008, la moyenne nationale de péridurales était de 72 % et celle de césariennes de 20 %. Le CH est en dessous des moyennes de référence pour les césariennes sur toute la période et a atteint les moyennes en 2010 pour les péridurales.

6.4.4.2. L'imagerie et la radiothérapie

618 patients ont été traités par radiothérapie en 2009 et 11 601 séances de radiothérapie ont été réalisées. En 2009 toujours, le scanner a été remplacé et la salle de radiologie interventionnelle a été ouverte. Une activité nouvelle apparaît avec le colo-scanner. En 2010, les services de radiodiagnostic et de médecine nucléaire ont réalisé 63 562 actes d'imagerie, comprenant des actes de radiodiagnostic, de scanner, d'IRM, de scintigraphie et d'ostéodensitométrie. Cette activité d'imagerie fléchit un peu par

rapport à 2009 (- 3 %). Le scanner et l'IRM sont gérés dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique, le GIE d'Imagerie de l'Ouest Audois, dont 47 % de l'activité est réalisée au bénéfice de consultants externes, les 53 % restants portant sur des patients hospitalisés dans les services de soins. En 2010, un 2^{ème} équipement IRM a été acquis par le GIE et l'échographe a été renouvelé.

6.4.4.3. Le laboratoire

En 2010, le laboratoire central a produit 21 946 736 actes de laboratoire exprimés en lettres-clés NGAP (B/BHN). Environ 23 % de l'activité globale est réalisée en soins externes, tandis que les 77 % restants concernent des patients hospitalisés dans les services de soins.

6.4.5. Les traitements des affections cancéreuses

L'établissement dispose d'une autorisation « traitement des cancers » pour la radiothérapie et pour la chimiothérapie. En 2010, avec une file active de 550 patients environ, ont été réalisées 10 782 séances de radiothérapie et 3 902 séances de chimiothérapie.

6.4.6. Traitement de l'insuffisance rénale

L'établissement dispose d'une autorisation d'hémodialyse en centre qui se répartit entre 16 postes d'hémodialyse et 1 poste d'entraînement à la dialyse. La répartition de l'ensemble des séances d'hémodialyse montre une légère diminution de l'ordre de 3,8 % qui s'explique par la réorientation d'une partie des patients depuis fin 2008 vers l'Association Installation à Domicile Epurations Rénales (AIDER) dans des locaux sur le site de l'hôpital.

6.4.7. Conclusion sur l'activité du centre hospitalier de Carcassonne

S'il est vrai que le CH de Carcassonne dispose d'atouts sur son territoire, il doit néanmoins rechercher à consolider ses positions dans l'Ouest audois, notamment en matière d'activité de chirurgie, et de médecine. La raréfaction des cabinets de spécialistes libéraux en ville va le conduire à assurer un rôle de proximité et de recours ambulatoire. Le travail d'organisation des hospitalisations programmées et coordonnées de très courte durée a la vocation d'offrir un accès facilité au plateau technique pour tous les patients et les établissements du territoire. La reconstruction du nouvel hôpital sur le site de Montredon constituera une opportunité de modernisation et d'innovation pour l'établissement, susceptible de renforcer sa position favorable, à condition que les activités soient correctement dimensionnées et que la démographie médicale permette le maintien des activités.

7. LE RECOUVREMENT DES RECETTES

La tarification à l'activité inverse la logique de financement des activités cliniques et médico-techniques. Les éventuels dysfonctionnements au niveau de la chaîne de facturation / recouvrement des établissements, jusqu'alors absorbés 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.

7.1. Le recouvrement des recettes d'activité

7.1.1. Le pilotage de la valorisation des recettes d'activité

Le pilotage de la valorisation des recettes d'activité est assuré par le pôle finances, contrôle de gestion, admissions, recettes, système d'information avec une codirection du pôle partagée entre le directeur des finances et le médecin DIM.

7.1.2. Les ressources humaines du département d'information médicale (DIM)

7.1.2.1. L'évolution des effectifs pendant la période contrôlée

L'effectif du service d'information médicale dédié à la gestion de l'information médicale a évolué depuis 2007, les effectifs non médicaux sont passés de 2,35 ETP en 2007 à 5,12 ETP en 2011, les effectifs médicaux de 0,50 ETP en 2008 à 1,60 ETP en 2011.

7.1.2.2. La formation des agents

Les agents ont suivi des formations initiales au PMSI. Le DIM essaye de mettre en place des mises à niveau de compétences pour doubler les postes en cas d'absence.

Les praticiens hospitaliers sont également animateurs et formateurs.

7.1.3. L'organisation du recouvrement des recettes T2A

7.1.3.1. L'organisation du codage

Le codage est organisé sur un mode essentiellement décentralisé.

Le délai de production théorique est au plus proche du temps réel pour les actes médico-techniques, qu'il s'agisse des actes facturables ou des actes effectués au cours de l'hospitalisation. Les diagnostics sont codés dans les 15 jours suivant la sortie du patient afin de permettre le contrôle et le traitement des données par le DIM.

7.1.3.2. L'organisation des contrôles

a) Le contrôle d'exhaustivité

Un suivi du codage à fin décembre 2011 (situation au 3 janvier 2012) fait apparaître un taux d'exhaustivité de 98,5 % avec une perte potentielle liée à ce manque d'exhaustivité de 1 926 121 €. Le même suivi actualisé au 23 janvier 2012 montre une exhaustivité à 100 %. La progression des recettes entre décembre 2011 et janvier 2012 a été de 2 734 842 €, démontrant ainsi l'impact du travail réalisé sur la qualité du codage.

b) Le contrôle de la qualité du codage des diagnostics

Un contrôle attentif est porté à la pertinence des diagnostics en regard des éléments de prise en charge et de la réglementation en vigueur. Une vigilance particulière est portée sur les séjours de chirurgie pour dépister d'éventuels oublis de codage des actes chirurgicaux, ou une inadéquation de l'acte codé.

Le DIM apporte une vigilance particulière aux séjours extrêmes et frontières et au codage des diagnostics associés. Le DIM dispose ainsi d'une centaine de critères de tests.

Les pertes liées à un défaut de qualité de codage, dans le cadre de cette gestion décentralisée, sont très inégales en fonction des services ou des praticiens codeurs. Ainsi les services de pneumologie, rhumatologie, endocrinologie, néphrologie, la médecine interne, la pédiatrie et enfin la chirurgie vasculaire effectueraient un codage de qualité. D'autres services ont une marge de progression sur la valorisation de leur activité.

La qualité du codage aux urgences s'est considérablement améliorée avec l'arrivée d'un praticien urgentiste. Toutefois, l'organisation mise en place, à savoir un seul dossier par année et par patient, a atteint ses limites. Avec la perspective de la facturation directe, un changement de fonctionnement est à l'étude.

La chambre relève que le DIM ne mène aucun contrôle sur l'activité des consultations externes, ni sur la cotation des consultations en C2. Même si la part des consultations cotées C2 augmente (4,7 % en 2007 et 22,7 % en 2011), une marge de progression existe eu égard aux nouvelles possibilités offertes par la réglementation.

Le centre hospitalier indique qu'il a fait appel à un cabinet extérieur pour l'accompagner dans le recensement de l'activité externe et l'optimisation de son codage.

c) Les contrôles de cohérence

Les contrôles de cohérence entre l'activité codifiée et l'activité réellement facturée à l'assurance maladie via la plateforme ePMSI sont effectués avec l'aide du contrôle de gestion.

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

Une réunion a lieu une fois par semaine entre le directeur des finances et le DIM, les contacts avec le contrôle de gestion sont réguliers.

7.1.4. La communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes

Le médecin DIM est membre invité du directoire et fait des communications en CME, en directoire, aux pôles en fonction des demandes et de l'actualité.

Le collège de l'information médicale ne s'est pas réuni depuis 2007, le médecin DIM envisage aujourd'hui de le réactiver pour impliquer davantage les praticiens.

L'article R. 6113-8 du CSP dispose que le médecin DIM transmet à la commission médicale d'établissement et au directeur les informations nécessaires à l'analyse de l'activité. Cette démarche va de pair avec le rapprochement structurel et fonctionnel du service de l'information médicale et du pôle finances / contrôle de gestion au sein d'un pôle médico-économique. La présentation de l'activité issue des bases PMSI est donc couplée à celle du contrôle de gestion et des finances.

7.1.5. Les projets du DIM

Le DIM est en cours de structuration. Le renforcement de l'équipe a permis de donner une nouvelle dynamique, et la montée en compétences des agents est recherchée. Le fait de réunir davantage de médecins mais aussi des profils divers permet d'associer les compétences et de renforcer le contrôle qualité. Un travail est en cours sur le thésaurus pour faciliter le codage. Le DIM a établi des palmarès de diagnostics oubliés alors que ces diagnostics valorisent les séjours avec des comorbidités associées (CMA) de niveaux 3 et 4.

7.2. Le recouvrement des recettes par le bureau des entrées

7.2.1. Le pilotage du processus de facturation

Si les résultats de l'autoévaluation réalisée par l'établissement sont au-dessus de la moyenne en matière de pilotage et d'organisation, les résultats en matière de ressources humaines, de communication et de relations avec les débiteurs institutionnels sont perfectibles. Les points faibles des ressources humaines résident dans la formation des agents et dans le partenariat avec le DIM en matière de facturation hospitalière. L'établissement ne dispose d'aucun support de communication à destination du patient en dehors du livret d'accueil. Les relations avec les débiteurs institutionnels sont en outre à développer.

Sur le pilotage, des points peuvent être également améliorés. S'il existe des tableaux de bord, ces derniers ne comportent pas d'indicateurs fournis par la trésorerie, ni d'indicateurs propres à l'établissement comme les délais et les taux de facturation à fin de mois. Par ailleurs, ces tableaux de bord ne font pas l'objet d'un examen régulier associant également la direction des finances et le département d'information médicale. Ils ne sont pas communiqués au directeur.

La chambre recommande à l'établissement de compléter les tableaux de bord par des indicateurs du comptable, mais aussi par d'autres indicateurs comme les délais et les taux de facturation à la fin de mois.

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

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

Les points forts des ressources humaines au sein des admissions du centre hospitalier résident en un encadrement au plus près des équipes sur le terrain avec la présence de quatre cadres. Des points faibles sont identifiés dans le manque de responsabilisation du personnel, et dans une communication qui n'est pas facilitée par le nombre d'agents. En effet, les effectifs du bureau des entrées sont passés de 32,18 ETP en 2007 à 35,96 ETP en 2011.

En dehors des formations individuelles et professionnelles, les agents du bureau des entrées ont suivi des formations sur la tarification à l'activité, ainsi que sur les éléments de facturation des soins. Toutefois, les agents n'ont pas suivi de formation sur les fonctionnements des régies, ni actualisé leurs connaissances en matière de facturation aux organismes d'assurances maladie et organismes complémentaires.

7.2.3. L'organisation du recouvrement des recettes

7.2.3.1. L'organisation du contentieux

Chaque équipe gère son contentieux. Des réunions ont été mises en place avec le comptable afin d'améliorer le recouvrement. Dans le cadre de la réorganisation du bureau des entrées du futur hôpital, la création d'une cellule contentieux est prévue.

7.2.3.2. L'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. Cette problématique est omniprésente dans l'ensemble de la chaîne de production de soins.

Le bureau des entrées ne participe pas à un groupe de travail identifié identitévigilance, groupe qui ne semble pas d'ailleurs très actif dans l'établissement.

La chambre ne peut qu'encourager l'établissement à mettre en place une démarche de fiabilisation de l'identité des patients et débiteurs.

7.2.3.3. L'organisation du recouvrement et des sorties

➤ Les admissions

Il existe cinq points d'admission au sein du centre hospitalier Antoine Gayraud pour ce qui est des activités de court séjour MCO. Les horaires d'ouverture du service au public sont cohérents avec l'activité et correspondent aux flux de patients pour l'antenne des urgences. Le recouvrement de toute l'activité externe, y compris celle effectuée aux urgences, se fait dans la mesure du possible par encaissement dans les régies (hall central, maternité).

➤ La préparation de la facturation au fil de l'eau

L'établissement n'a pas mené de projet visant à l'optimisation de la facturation et du recouvrement dans la perspective de la facturation au fil de l'eau, pourtant annoncée pour 2013 pour les consultations externes. Il envisage néanmoins de mettre en place une formation de l'ensemble du personnel du bureau des admissions afin de mieux comprendre le fonctionnement de la tarification à l'activité et mieux appréhender la facturation au jour le jour. Une réorganisation des tâches et de la gestion des dossiers sont également prévues en vue de raccourcir les délais de facturation et d'améliorer le recueil d'informations.

La chambre recommande au centre hospitalier de mettre en place un projet formalisé visant à l'optimisation de la facturation et du recouvrement dans les meilleurs délais.

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

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

Sept jours doivent être ajoutés au délai de création de la facture pour obtenir le délai moyen d'envoi.

Le délai moyen de facturation n'est pas compatible avec la facturation au fil de l'eau (en 2011 de 49,32 jours) et le délai d'envoi de 56,32 jours.

La chambre recommande à l'établissement de travailler prioritairement sur son délai de facturation afin de le réduire à 15 jours pour les hospitalisations et à 8 jours pour les externes, tout en veillant à maintenir un niveau de qualité de la facturation afin d'éviter un accroissement du contentieux.

7.2.4.2. Le taux de recouvrement

Le taux de recouvrement a diminué en 2011 par rapport à 2010, il est passé de 95,7 % en 2010 à 87,40 %.

7.2.4.3. Le taux de dématérialisation

En 2009 et 2010 la dématérialisation s'applique aux deux mutuelles les plus présentes : la MNH et Via Santé. Le bureau des entrées n'est pas favorable à l'extension de la dématérialisation aux

autres mutuelles. La dématérialisation existe pour les titres de la couverture maladie universelle (CMU), de la caisse primaire du département, des migrants et de l'aide médicale d'Etat. En 2011, elle s'étend aux titres CMU et autres régimes.

La chambre recommande à l'établissement d'envisager une extension de la dématérialisation. Le centre hospitalier indique qu'il rencontre actuellement des difficultés de flux avec les mutuelles en télétransmission.

7.2.4.4. Le nombre de doublons

Le nombre de doublons⁶ a sensiblement diminué entre 2009 et 2011 passant de 788 à 455. Une procédure a été mise en place en concertation avec le service des archives et le service dossier patient informatisé pour fusionner tous les dossiers à partir d'un document tenu sur un tableur.

7.2.4.5. Les annulations et réémissions

L'établissement explique le taux d'annulation en raison d'erreurs successives, des informations erronées à l'entrée (carte mutuelle, les cotisations ne sont pas à jour). Il n'a pas fourni le taux de réémission.

La chambre attire l'attention sur la nécessité de fiabiliser la qualité de l'émission des titres de facturation.

7.2.4.6. Le taux de recouvrement en régie

Le taux d'encaissement en régie est supérieur à 35 % en nombre et en montant. L'établissement ne peut qu'être encouragé à poursuivre et à augmenter ce taux. Dans le nouvel hôpital des sous régies sont prévues au niveau des pôles, mais aussi un plateau de consultations externes.

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

Il n'existe pas de suivi de cet indicateur, ni au niveau du Trésor, ni au niveau du bureau des entrées. Ce dernier ne mène pas d'actions spécifiques dans ce domaine, ce qui semble particulièrement surprenant.

La chambre encourage l'établissement à mettre en place un suivi des retours pour motif « n'habite pas à l'adresse indiquée », ainsi que des actions correctrices pour les éviter. Le centre hospitalier précise qu'une nouvelle version du logiciel de facturation (CPAGE) mise en place récemment permettra désormais de suivre cet indicateur.

7.2.4.8. Le montant des admissions en non-valeur (ANV)

Le montant des admissions en non-valeur varie d'une année sur l'autre. Aucune admission en non-valeur n'a été effectuée en 2010, 141 332,25 € de créances ont été admises en 2011 et 179 000 € en 2012. Il n'y a pas eu de provision depuis plusieurs années, le montant de la provision actuelle permet de couvrir pour l'instant le risque d'ANV.

Une étude a montré que les ANV proviennent principalement des dossiers de patients admis aux urgences. Un accueil administratif a donc été mis en place afin d'améliorer le recueil d'information. La présence de l'agent administratif et de l'infirmier d'orientation et d'accueil permet d'améliorer la qualité des éléments de facturation. La proximité également d'une assistante sociale permet, de surcroît, une

⁶ Les doublons sont des dossiers créés deux voire plusieurs fois pour un même patient, et sont sources d'erreur.

prise en charge rapide des situations difficiles. Une antenne du bureau des entrées avec une régie a également été créée sur le secteur maternité, ce qui permet une gestion simplifiée et une facturation plus rapide. De façon générale les dossiers difficiles ou de patients étrangers sont traités en priorité dès leur admission avec le concours du service social.

7.2.5. La communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes

Le centre hospitalier n'ayant pas mené de projet d'optimisation de la facturation au niveau de l'ensemble de la chaîne du recouvrement, la communication institutionnelle en matière de recouvrement des recettes est perfectible. Les agents chargés de la communication n'ont pas été sensibilisés et n'ont pas reçu de formation spécifique à la communication auprès des patients sur cette thématique. Aucun support ne porte de message sur la mise à jour de la carte Vitale, l'identification, le paiement, les règles de facturation (panneaux, documents d'information). Enfin, aucune signalétique ne permet au patient d'être guidé vers les antennes des bureaux des entrées pour la sortie.

La chambre recommande donc à l'établissement de mettre en place un projet de communication portant sur l'ensemble de la thématique du recouvrement comportant des volets spécifiques concernant les agents du bureau des entrées, les services de soins, les patients et les instances de l'établissement.

7.2.6. Les relations avec les institutions

Des réunions mensuelles ont lieu avec le comptable. Elles portent sur des problématiques communes admissions / finances publiques.

Toutefois, les concertations avec la CPAM, acteur essentiel de la mise en œuvre des flux de facturation, et les mutuelles sont limitées.

7.3. Le recouvrement des recettes subsidiaires

7.3.1. Les recettes de titre 3 de 2007 à 2011

Les produits de titre 3 connaissent une diminution entre 2010 et 2011. Le montant des recettes issues des autres produits, au titre de l'exercice 2011, était budgété à hauteur de 11 101 500 €. La réalisation a été inférieure à la prévision, puisque le montant recouvré n'est que de 10 555 217 €. Les recettes de titre 3 ont été de 19 656 239,17 € en 2010 et de 16 954 167,34 € en 2009.

Le transfert des prestations servies à d'autres établissements par le CH (repas, linge) au GCS de la PML, ainsi que le transfert de l'activité des rétrocessions de médicaments au GCS de la PML à compter du 2 août 2010, le transfert sur le budget annexe DNA du loyer de la plateforme médico-logistique, de la mise en remboursement du personnel non médical mis à disposition du GCS expliquent cette baisse des recettes de titre 3.

Le montant des recettes issues des autres produits, au titre de l'exercice 2012, a été prévu à hauteur de 13 193 745 €.

Les reprises sur provisions sont prévues pour un montant de 3 772 753,39 € qui comprend une reprise sur provision sur dépréciations de créances de 160 000 € et une reprise pour renouvellement des immobilisations afin de couvrir les surcoûts en titre 4 (côté charges) de la reconstruction du MCO pour un montant de 3 612 735,39 €. En 2011 la reprise sur provision s'est élevée à 2 965 403 € (dont 2 086 563 € relatifs aux seuls surcoûts de titre 4 liés à la reconstruction du MCO).

7.3.2. Les recettes liées aux conventions

Parmi les principes régissant l'occupation du domaine public, le principe selon lequel toute occupation privative du domaine public donne lieu au paiement d'une redevance est consacré.

Le centre hospitalier a signé des conventions d'occupation du domaine public avec plusieurs associations. Certains loyers apparaissent faibles au regard des prix moyens au m² indiqués par l'INSEE.

La chambre prend acte de la révision à la hausse au titre de l'exercice 2012, du loyer des locaux mis à disposition du GIE IMOA.

7.3.3. Les recettes liées au régime particulier

Les établissements peuvent comporter soit un régime unique d'hospitalisation qui constitue le régime commun, soit deux régimes d'hospitalisation : le régime commun et le régime particulier, lequel comprend des chambres à un lit. Les chambres particulières peuvent être facturées.

Une nouvelle procédure a été mise en place au mois de juin 2011 pour améliorer le recouvrement des recettes liées aux chambres particulières. Le tarif est à l'heure actuelle de 34 €. L'établissement possède là une marge de manœuvre pour augmenter ce tarif, peu élevé, dans le cadre du nouvel hôpital.

7.3.4. Conclusion sur le recouvrement des recettes

Le centre hospitalier ne dispose pas d'un processus de facturation et de recouvrement fiabilisé. Au niveau du DIM les contrôles du codage de l'activité externe sont à mettre en place. Des progrès sont à effectuer au niveau de l'organisation du bureau des entrées, car l'établissement n'est pas en ordre de marche pour une facturation au fil de l'eau. Aucun projet transversal formalisé n'a été mis en place pour s'y préparer.

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

Recommandations

La chambre recommande au centre hospitalier de Carcassonne de :

5. renforcer les contrôles de cohérence entre l'activité réalisée et l'activité facturée, notamment en ce qui concerne l'activité externe ;

6. mettre en place un projet transversal visant à l'optimisation de la facturation en vue de la facturation au fil de l'eau.

8. LES RESSOURCES HUMAINES

8.1. L'évolution des charges de personnel médical et non médical (budget H)

Les effectifs augmentent de 28 % entre 2007 et 2010, les ETP médicaux progressant de 8 % et les non médicaux de 7 % avec une forte hausse du personnel technique et ouvrier de 31 %. Les dépenses en personnel ont augmenté de 12 % sur la période.

Il est à noter une différence entre les données de la SAE et les données du bilan social. Ainsi en 2010, alors que la SAE indique 1 837,92 ETP, le bilan social indique 1 730,68 ETP. Cette différence est liée au fait que ce dernier ne comptabilise que les titulaires et contractuels sur postes

permanents. De plus, un changement de méthodologie de comptabilisation de la SAE, notamment en ce qui concerne la comptabilisation des CDD, rend les évolutions par catégorie de personnel difficilement interprétables. En 2011, les effectifs mis à disposition du groupement audois de prestations mutualisées (plateforme médico-logistique) font l'objet d'un budget spécifique (DNA) et ne figurent plus dans les dépenses du budget principal.

8.1.1. Le nombre de journées travaillées dans l'année par des agents intérimaires ou appartenant à une entreprise extérieure

	2007	2008	2009	2010
Agents appartenant à une entreprise extérieure (Sin et Stés)	14 972	15 483	12 432	16 008

Le recours aux agents extérieurs tend à augmenter. Il atteint 16 008 journées en 2010. L'établissement précise que le centre hospitalier a recours à une société extérieure pour l'entretien des locaux qui, pour assurer la prestation contractualisée, a employé cette année-là plus de personnel.

8.1.2. Les indicateurs issus de la Banque de données hospitalière de France

En 2010 le glissement vieillesse technicité (GVT) affiché pour l'établissement est supérieur aux moyennes régionales et nationales.

Les dépenses de personnel, de 62,5 % en 2010 par rapport au budget général, sont inférieures aux moyennes régionales et nationales.

En revanche, le poids des personnels administratifs par rapport à l'ensemble du personnel non médical est légèrement supérieur aux moyennes régionales et nationales. Il est de 13,5 % en 2010, contre 12 % par rapport à la moyenne nationale des établissements de même catégorie.

Il en est de même des personnels médico-techniques par rapport à l'ensemble du personnel non médical.

La densité de personnel de soins en MCO est supérieure aux moyennes régionales et nationales, en particulier pour la catégorie infirmiers spécialisés, la catégorie aides-soignants. Le nombre d'aides-soignants est particulièrement élevé par rapport aux moyennes régionales et nationales.

8.1.3. Les difficultés de recrutement

Le centre hospitalier de Carcassonne rencontre les difficultés analogues à celles des autres structures hospitalières en ce qui concerne le recrutement de personnels spécialisés médicaux et non-médicaux (infirmières anesthésistes et de bloc opératoire, manipulateur en électroradiologie...).

La DRH répond aux difficultés de recrutement en accordant un soin particulier aux populations professionnelles déficitaires (étude prospective des besoins, instruction de toute candidature dans les domaines professionnels concernés...). En outre, l'établissement s'efforce de mettre en adéquation la politique de promotion professionnelle avec les besoins de recrutement. Arrêtée en partenariat avec la direction des soins et les pôles concernés, cette politique consiste à organiser des préparations aux concours d'entrée de certaines écoles et des validations des acquis et d'expérience.

Il n'existe pas de marché concernant le recours au personnel intérimaire. Le centre hospitalier allègue qu'il établit plusieurs devis lui permettant d'obtenir les meilleurs tarifs, sans toutefois étayer sa réponse de pièces permettant de confirmer cette affirmation.

L'accélération des titularisations peut être un moyen pour rendre plus attractifs les recrutements. De nombreux centres hospitaliers ont réduit ces dernières années les délais de mise en stage, et le centre hospitalier de Carcassonne n'échappe pas à ce mouvement. De 2007 à 2010 le délai

de mise en stage a globalement diminué. Il est inférieur à 24 mois pour la catégorie soignant et éducatif, pour les grades A et B. Pour la catégorie C, les délais de mises en stage peuvent dépasser les trois ans.

8.2. La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)

La direction des ressources humaines s'emploie à mener une politique prévisionnelle des emplois et des compétences tant en termes quantitatifs qu'en termes qualitatifs. Cette GPMC est décrite dans le projet social 2009-2013.

Pour autant, en raison de la multitude de projets relatifs aux mutations de l'établissement, la démarche de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences n'a pas été complètement menée à terme. L'établissement confirme que certaines thématiques ont dû être mises en sommeil, tout en indiquant que dans le cadre des déménagements des EHAPD et du court séjour, une réflexion est en cours sur les éventuels nouveaux métiers et compétences pour pouvoir procéder soit au recrutement, soit à la réaffectation de personnels adaptés. Le centre hospitalier a prévu dans un deuxième temps de mener une réflexion sur la gestion pluriannuelle des compétences.

8.3. 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. Un contrôle de la paye est effectué mensuellement par le service. La direction a, par ailleurs, mis en place une cellule composée d'un agent et d'un contractuel de catégorie A, chargés du suivi des dépenses et de la production de tableaux de bord en lien avec la direction des finances. Toutefois cette cellule ne joue pas un véritable rôle de contrôle de gestion portant sur les ressources humaines. L'établissement se prive ainsi d'un outil de maîtrise de sa masse salariale.

8.4. La gestion de l'absentéisme

8.4.1. La répartition des absences par motif de 2007 à 2010

Il ressort de la Banque de données hospitalières de France que le nombre de jours d'absence pour causes médicales est en augmentation de 2007 à 2010, mais reste néanmoins largement inférieur aux moyennes nationales et régionales. Il varie entre 2007 et 2010 de 15 à 17 jours, alors que la moyenne nationale varie entre 18 et 19 jours. En 2010 toutefois, le nombre de jours atteint 17,73 jours et se rapproche de la moyenne régionale qui se situe à 18,4 jours.

Le taux de présence au poste de travail, qui se situait à 92,03 % en 2008, a chuté en 2009 à 89,74 %. L'absentéisme a augmenté de 2007 à 2010 (+ 2 %, soit + 8 000 jours). La plus forte augmentation est enregistrée entre 2008 et 2009. En 4 ans le nombre d'absences par agent a augmenté de 4 jours.

La catégorie des agents administratifs affiche la plus grande progression du nombre de jours d'absence : + 1 600 jours sur 4 ans. L'établissement souligne la progression importante des congés de longue maladie et de longue durée (plus 66,6 %) et du nombre de personnes en arrêts longs (10 fois plus).

Le motif d'absentéisme le plus présent reste la maladie ordinaire avec 40,93 % des motifs d'absences en 2010.

Le coût des absences augmente de façon constante depuis 2007. Il a presque doublé en 4 ans et peut être évalué en 2010 à 4 093 626 € pour les maladies et à 819 148 € pour les accidents et maladies professionnelles. En retenant un coût moyen par agent de 43 600 € en 2011 on peut estimer que l'absentéisme représente l'équivalent de 112 ETP.

8.4.2. Le contrôle et la gestion de l'absentéisme

✦ *Les contrôles administratifs et médicaux*

L'établissement n'a pas adopté de politique de lutte et de contrôle de l'absentéisme. Ainsi, au cours de l'exercice 2009, il a été procédé seulement à un contrôle médical et aucun contrôle administratif. Le centre hospitalier précise que, depuis 2012, des expertises sont systématiquement demandées pour la reconnaissance en maladie professionnelle, pour celle en accident de travail lorsque les faits ne sont pas formellement avérés ou sans témoin. La possibilité de contrôle des arrêts longs a été mise en place. Des suivis de l'absentéisme par unités et grades sont élaborés périodiquement mais leur analyse avec l'encadrement n'est pas organisée.

✦ *Politique de prévention de l'absentéisme*

Afin de prévenir et prendre en charge les accidents touchant les professionnels, le centre hospitalier s'appuie sur l'action conjointe du comité de lutte contre les infections nosocomiales et de l'équipe opérationnelle d'hygiène, du comité consultatif de radioprotection, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail.

Il a mené une démarche d'ergonomie participative dans le cadre de la construction du nouvel hôpital. Dans la continuité de cette dernière, la formalisation d'un plan d'amélioration des conditions de travail a été entreprise en 2010, mais elle n'est pas encore finalisée à ce jour.

8.5. Une politique de rémunération des contractuels contestable

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

Comme il a été vu supra, en 2011 les effectifs mis à disposition du Groupement Audois de Prestations Mutualisées (plateforme médico-logistique) font l'objet d'un budget spécifique (DNA) et ne figurent plus dans les effectifs du budget principal. Néanmoins, il est observé une forte évolution du nombre de contractuels avec 16 % de CDI en plus sur 4 ans. La proportion de contractuels dans la catégorie administrative, qui représente 13,65 %, apparaît comme particulièrement élevée. Le nombre de contractuels par rapport à l'effectif global est de 16,76 %.

8.5.2. La publication obligatoire des postes vacants

Aux termes de l'article 36 de la loi 86-33 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. Or, sur dix-sept dossiers de contractuels contrôlés par la chambre, la preuve de la publication n'a pas été retrouvée pour onze dossiers.

La chambre recommande à l'établissement de veiller à respecter la réglementation en matière de publicité sur les postes vacants.

Le centre hospitalier indique qu'il a mis en place une procédure permettant de répondre systématiquement à cette recommandation.

8.5.3. Le cas particulier d'un agent non titulaire dont le contrat a été transformé en contrat de directeur adjoint

Les directeurs d'hôpitaux sont recrutés par un concours national et sont astreints à une formation dispensée par l'école des hautes études en santé publique. L'article 17 du décret n° 2005-921 du 2 août 2005 dispose que les vacances d'emploi et les recrutements sont gérés par le Centre national de gestion (CNG) au niveau national. Selon l'article 16 la liste des emplois vacants ou susceptibles d'être

vacants accessibles aux personnels de direction et des emplois dont les titulaires envisagent un changement d'affectation est publiée au Journal Officiel. Les fonctions de direction sont exercées par des cadres titulaires relevant d'un statut particulier et la position de directeur contractuel n'est possible que pour les chefferies d'établissement dans des proportions exceptionnelles. Cette position est strictement encadrée par les décrets n° 2010-855 du 27 juillet 2010 et n° 2012-648 du 9 mai 2012.

Monsieur A. a été recruté à compter du 1^{er} juin 2004 en contrat à durée indéterminée sur un poste d'attaché d'administration hospitalière principal, sous la responsabilité hiérarchique du directeur adjoint. Lorsque ce dernier a quitté l'établissement fin 2007, l'intéressé est devenu directeur contractuel du pôle finances, admissions, contrôle de gestion et systèmes d'information, sans qu'il y ait eu déclaration de la vacance de postes auprès du ministère de la Santé, alors gestionnaire du corps de directeur d'hôpital, alors même que les textes ne prévoient pas le recours aux contractuels pour les directeurs adjoints.

En conséquence, les cinq avenants, du premier en date du 1^{er} février 2006, jusqu'au cinquième en date du 2 février 2011, ne sont pas conformes à la réglementation. Ils ont favorisé l'intéressé en lui octroyant un avancement plus favorable que l'avancement réservé aux titulaires. Alors que le statut des directeurs d'hôpital instaure une carrière linéaire et exige une double mobilité pour passer de classe normale en hors-classe ou une mobilité interrégionale, Monsieur A a accédé à la hors classe en 2008, et est parvenu très rapidement à l'échelon 5, indice majoré 821. Le centre hospitalier de Carcassonne ne pouvait ignorer l'irrégularité de ce recrutement.

Le Centre national de gestion, a au demeurant apporté la précision suivante : « *Les emplois de directeurs adjoints sont donc toujours réservés à des fonctionnaires. Le CNG a eu à plusieurs reprises l'occasion de rappeler ces principes lors des séances de la commission administrative paritaire nationale où siègent les représentants du corps concernés* ».

De surcroît, la chambre relève que Monsieur A. perçoit indûment la prime de fonction et l'indemnité compensatrice de logement réservées aux seuls directeurs titulaires.

8.5.4. Des conditions de rémunération des contractuels de catégorie A particulièrement avantageuses

- ✦ Un recrutement en référence à un échelon élevé avec totale reprise d'ancienneté

Ces recrutements concernent essentiellement les ingénieurs hospitaliers.

Un seul ingénieur a été embauché au 1^{er} échelon du grade d'ingénieur hospitalier, dans le cadre d'un premier CDD de 6 mois. L'agent a par la suite bénéficié d'un CDI le plaçant directement au 4^{ème} échelon. Toutes les autres personnes embauchées directement au grade d'ingénieur hospitalier ont obtenu un contrat soit au 3^{ème} échelon, soit au 4^{ème} échelon ou au 9^{ème} échelon, sans que cela soit réellement justifié par leur expérience professionnelle ou leur ancienneté. Par ailleurs, des recrutements ont été opérés directement au grade d'ingénieur hospitalier chef, alors même que l'article 8 du statut particulier des ingénieurs fixe les modalités d'avancement au choix ou par examen professionnel.

Toutes les personnes embauchées directement en tant qu'ingénieurs hospitaliers, ou y ayant accédé en cours de contrat, ont vu leur ancienneté entièrement reprise et valorisée. 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 qualifiée, sous réserve de l'appréciation souveraine du juge administratif, d'erreur manifeste d'appréciation. La chambre relève également que les dossiers de deux ingénieurs qui lui ont été transmis sont incomplets, les intéressés n'ayant pas fourni à la direction des ressources humaines leur diplôme justifiant d'un niveau d'étude bac+5.

✦ L'avancement anticipé au regard des règles applicables aux fonctionnaires

Il a été relevé que les contractuels de catégorie A (ingénieurs, attachés d'administration hospitalière, psychologues) bénéficient d'un avancement très favorable, sans que le centre hospitalier puisse le motiver. Cette pratique irrégulière constitue un manque d'équité à l'égard des agents titulaires.

8.6. Les modalités d'avancement au centre hospitalier de Carcassonne : une politique d'avancement favorable

En matière d'avancement, l'établissement applique le régime dit de la durée intermédiaire.

Ce régime n'est fixé par aucun texte de nature réglementaire, même s'il est souvent fait référence à une ancienne circulaire du 3 décembre 1959 (relative au recrutement et à l'avancement du personnel administratif des établissements d'hospitalisation). Le statut de la fonction publique hospitalière, qui a remplacé le livre 9 du code de la santé publique, a de fait abrogé cette circulaire au demeurant sans valeur normative.

Le centre hospitalier devra, dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre budgétaire, mettre en œuvre la suppression des modalités d'avancement intermédiaires.

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

8.7.1. L'application des 35 heures

Le protocole d'accord a été signé par le directeur de l'établissement et un seul syndicat, le 16 décembre 2002. Un guide de gestion du temps de travail daté du 13 décembre 2002 l'accompagne. La durée de temps de travail hebdomadaire est fixée à 38 heures 20 minutes.

L'obligation annuelle de travail, parfois appelée durée annuelle de référence, se définit comme le volume d'heures annuelles qu'un professionnel est supposé réaliser dans l'année.

Sur les trois exercices 2009, 2010 et 2011, la durée annuelle du temps de travail n'est pas respectée pour les 3 catégories d'agents : agents en repos fixe, agents en repos variable et agents en repos variable effectuant plus de 20 dimanches et jours fériés par an. Ainsi, en 2011, l'écart est de 2 heures pour les agents en repos fixe, de près de 5 heures pour les agents en repos variable et de 6 heures pour les agents en repos variable ayant effectué plus de 20 dimanches et jours fériés. En 2010 pour cette dernière catégorie l'écart était de 13 heures.

Dans le protocole d'accord des 35 heures, le temps de pause, d'habillage, déshabillage et temps de repas fixé à 30 minutes est compté comme du travail effectif. Ni le protocole d'accord, ni le guide de gestion du temps de travail ne précisent de distinction entre les catégories d'agents. Il semble par conséquent que cette disposition s'applique de façon extensive à tous les agents, y compris ceux non soumis à la tenue hospitalière. Il est rappelé que la réglementation ne prévoit qu'un temps de pause pour six heures de temps de travail effectif. Le temps de repas est considéré comme du temps de travail effectif que lorsque l'agent, sur demande de son cadre, a l'obligation d'être joint à tout moment pendant le temps de restauration. Peu d'agents sont en pratique concernés par cette disposition, malgré l'application extensive parfois faite.

La chambre invite l'établissement à revoir la gestion du temps de travail dans un souci de meilleure efficacité de son plan de retour à l'équilibre, les dispositions prévues sur cette thématique n'apparaissant pas suffisantes.

8.7.2. La réalisation d'heures supplémentaires

Les dépenses correspondant aux heures supplémentaires ont augmenté de 40 % entre 2008 et 2010.

2008	2009	2010	Evolution 2010/2008
207 242	280 351	342 707	40%

Source : bilan social

L'effectivité des heures supplémentaires est contrôlée au centre hospitalier, par le biais du planning informatique et des états d'heures supplémentaires complétés par les agents et validés par l'encadrement, dans les cas de paiement autorisé.

Le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires précise en son article 2, alinéa 2 que : « *Le versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires à ces fonctionnaires est subordonnée à la mise en œuvre par leur employeur de moyens de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires qu'ils auront accomplies* ». Or, l'établissement ne possède pas de moyens de contrôle automatisé. L'établissement doit mettre en place des moyens de contrôle automatisé des présences et des heures effectuées à l'occasion du déménagement dans le nouvel hôpital.

Le centre hospitalier indique qu'il a prévu de mettre en place des systèmes automatisés dans le nouvel établissement : contrôle d'accès, gestion du temps, etc.

8.7.3. Les primes et indemnités

➤ L'indemnité pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif

L'application de l'indemnité pour travail normal de nuit est attribuée aux personnels titulaires et stagiaires, qui assurent totalement ou partiellement leur service normal de nuit. Cependant, il a été considéré que tous les agents effectuant du travail normal de nuit bénéficient de l'indemnité pour travail intensif de nuit. Or, l'indemnité pour travail intensif ne peut être attribuée qu'à certaines catégories de personnels.

Ces indemnités ont été versées en 2010, non seulement aux agents titulaires et stagiaires, mais également aux non titulaires, pour un montant total de 22 095 €, alors que leur contrat ne prévoit pas expressément le versement de cette indemnité.

➤ La prime de laboratoire

Aux termes de l'arrêté du 7 mai 1958, les personnels affectés dans un secteur en charge des travaux de laboratoire peuvent percevoir une prime de laboratoire pour la participation aux recettes réalisées par le service à l'occasion d'analyses ou de travaux effectués pour le compte d'autres collectivités ou de particuliers traités en consultations externes.

La prime de laboratoire a été versée à 39 personnes en novembre 2010 au titre de l'année 2009, pour un montant total de 61 851 €. En 2011 et 2012, 35 personnes ont été attributaires de la prime de laboratoire. La chambre a constaté que deux personnes en ont bénéficié alors qu'elles étaient affectées dans un service distinct du laboratoire. Le centre hospitalier précise que lors du prochain exercice, le bénéfice de cette prime de laboratoire leur sera retiré.

8.7.4. Les astreintes

Aux termes du décret du 11 juin 2003, les astreintes non médicales donnent droit à récupération ou à indemnisation : « *L'indemnité horaire correspond au quart d'une somme déterminée en*

prenant pour base le traitement indiciaire brut de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice 638, augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1820 ». Le temps de travail réalisé lors d'un déplacement au cours de l'astreinte est indemnisé en heures supplémentaires.

Le principe retenu au centre hospitalier est d'appliquer le taux d'indemnisation maximal autorisé à 33 %. Or ce taux d'indemnisation maximal n'est prévu que dans certains cas, l'article 1 du décret précise que : « *cette indemnisation peut, à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels, être portée au tiers de la somme évoquée au précédent alinéa, lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés* ».

Le temps de trajet est forfaitisé et plafonné à une heure (30 minutes pour l'aller et 30 minutes pour le retour). Cette forfaitisation d'une heure de temps de trajet apparaît excessive. Les agents peuvent opter soit pour la récupération totale, soit pour la rémunération totale des heures de travail effectif (durée d'intervention en temps réel + temps de trajet forfaitisé).

La chambre invite l'hôpital à réviser le régime de rémunération des astreintes du personnel non médical dans le cadre de son plan de retour à l'équilibre.

8.8. Conclusion sur le personnel non médical

L'examen de la gestion des ressources humaines pour le personnel non médical a montré que l'établissement n'a pas exploité toutes les pistes possibles visant à maîtriser sa masse salariale.

Il emploie un nombre important de contractuels de catégorie A qui bénéficient d'une politique avantageuse et de conditions de rémunérations favorables. La politique d'avancement, quant à elle, est avantageuse pour le personnel titulaire.

Recommandations sur le personnel non médical

La chambre recommande au centre hospitalier de Carcassonne de :

7. mettre en place un véritable contrôle de gestion des RH ;

8. intégrer dans son plan de retour à l'équilibre la révision des conditions d'avancement, de sa politique de recrutement et de rémunération de son personnel contractuel et enfin, la révision du régime de rémunération des astreintes du personnel non médical.

La chambre prend acte des engagements du centre hospitalier par rapport aux recommandations suivantes :

Recommandation n° 7 :

Dans le cadre de ses réorganisations et pour une meilleure efficacité, l'établissement envisage un regroupement de toutes les personnes ayant en charge le contrôle de gestion sous une même autorité.

Recommandation n° 8 :

La direction des ressources humaines étudie la recommandation visant à réviser les conditions d'avancement dans le cadre du plan de retour à l'équilibre.

Au niveau du régime de rémunérations des astreintes du personnel non médical l'établissement s'engage à faire un état des lieux de ce qui peut être fait lors des réflexions sur les organisations futures dans le nouvel hôpital.

Enfin, l'établissement compte s'engager dans la résorption de l'emploi précaire dans les prochains mois, ce qui entraînera la suppression de la plupart des CDI.

8.9. Le personnel médical

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

8.9.1. Les effectifs

8.9.1.1. Evolution de 2007 à 2011 des effectifs médicaux

Le personnel médical en équivalent temps plein (ETP), tous budgets confondus, est passé de 155,66 en 2007 à 182,47 en 2011, soit une augmentation de 26,81 ETP. Le centre hospitalier précise que sur les 26,81 ETP de personnel médical supplémentaires, 12,79 ETP sont des internes. Les praticiens hospitaliers (PH) temps plein constituent la catégorie de personnel médical la plus importante. Les rémunérations du personnel médical, charges sociales comprises, se sont élevées en 2010 à 19 495 920 € sur le budget principal, le montant intègre les dépenses de personnel médical extérieur affecté à la permanence des soins pour un montant de 2 003 968 € et les divers impôts et taxes attachés aux dépenses de personnel médical.

8.9.1.2. Les recrutements

Le CH a renforcé ses effectifs médicaux dans une stratégie de développement des activités existantes et de nouvelles activités. Des difficultés de recrutement existent particulièrement en radiologie, anesthésie et aux urgences.

Pour y faire face, le CH a fait appel à une société d'intérim. Ce recours à l'intérim est utilisé surtout aux urgences, plus rarement en anesthésie. En ce qui concerne la radiologie, l'établissement a fait appel en juin 2011 à une société de télé radiologie. Le recours à un cabinet de recrutement a permis l'embauche de cinq anesthésistes de nationalité roumaine, dont trois sont toujours présents à ce jour. Les autres vacances de postes sont assurées par le temps additionnel des praticiens présents sur le site.

8.9.1.3. Le cas particulier des vacataires

Ces médecins travaillent par vacations d'une demi-journée. Les postes sont occupés soit en attente d'un poste plus stable, soit de manière à conserver une activité hospitalière tout en exerçant une activité libérale. Les médecins vacataires représentent 15,72 ETP, répartis entre 30 praticiens attachés (9,92 ETP) et 7 praticiens attachés associés (5,8 ETP). Ils sont affectés, pour la plupart, dans les services de consultations médicales ou d'hospitalisation, 1,6 ETP étant affecté au service du SAMU, SMUR et urgences. Le montant des dépenses de personnel médical vacataire s'est élevé, tous budgets confondus, à 820 355 € en 2010 et 736 360 € en 2011. Leur temps de travail est déclaratif.

La chambre relève que le centre hospitalier n'a effectué aucune étude prospective sur l'opportunité de recruter des vacataires, sur le nombre de vacations ni sur l'adéquation entre le besoin par spécialité, le temps passé dans les unités et le service rendu à la population. Il n'existe pas non plus d'outil de rapprochement de l'activité, entre l'activité inscrite dans les contrats et l'activité réalisée par ces vacataires. Le temps de travail réel des vacataires n'est ni connu, ni contrôlé.

Une unique vérification a été effectuée en 2008 sur le centre de séjour du Pont Vieux (CSPV) et a entraîné le licenciement de trois vacataires représentant 0,2 ETP chacun. Cette enquête a été réalisée après un signalement de maltraitance.

Une étude sur l'activité des vacataires devra être conduite avec l'aide du DIM et du contrôle de gestion, avec pour objectif d'examiner le bien-fondé de maintenir la totalité des vacataires.

Le centre hospitalier précise que depuis fin 2012, il reprend chaque contrat de praticien attaché pour y faire apparaître l'obligation de saisie de l'activité et conduit une évaluation médico-économique sur la base des chiffres d'activité, ce qui lui a notamment permis de réduire le nombre de vacations d'urologues. L'établissement précise également, que conformément au code de la santé publique, l'évolution des contrats existants relève également d'une négociation avec les intéressés.

8.9.1.4. Les médecins contractuels et attachés

Au CH de Carcassonne, ils représentaient fin 2010, 81 médecins, soit 26 praticiens contractuels (17,42 ETP), 9 assistants (9,42 ETP) et 46 praticiens attachés (19,93 ETP). Cette dernière catégorie intègre également les vacataires.

La chambre rappelle que le numéro d'inscription à l'ordre des médecins doit figurer dans les dossiers des médecins.

8.9.2. Les éléments de comparaison

8.9.2.1. Les données issues de la Banque de données hospitalières de France (BDHF)

En 2010, la part d'équivalent temps plein (ETP) de personnel médical représente pour le CH de Carcassonne 8,5 % de l'ETP total du personnel, ce qui est au-dessus de la moyenne régionale à 7,5 % et au-dessus de la moyenne nationale à 7,7 %. Cette constatation est identique pour les exercices 2007, 2008 et 2009.

En 2010, la part des rémunérations du personnel médical avec charges sociales (y compris internes et permanence des soins) s'élève à 13,5 % des dépenses totales de fonctionnement, au-dessus de la moyenne régionale (12,6 %) et nationale (12,9 %). Cette constatation est identique pour les exercices 2007, 2008 et 2009.

En 2010, la densité du personnel médical en MCO pour 1000 journées de MCO s'élève à 56,3 %, en-dessous de la moyenne régionale (59 %) et nationale (61,3 %). En 2009 elle était déjà sous la moyenne régionale (59,74 %) et nationale (61,2 %) avec 53,4 %.

8.9.2.2. Le bilan social 2010

Le personnel médical du CH de Carcassonne comprend, en 2010, 127 hommes et 93 femmes.

Les médecins de plus de 40 ans représentent 66 % de l'effectif global. Les médecins de plus de 55 ans représentent 25 % du personnel médical total.

Le nombre total de journées d'absence s'élève en 2010 à 977 journées réparties en maladie ordinaire (217), longue maladie et longue durée (151), accidents de travail et de trajet (263), maternité et paternité (346). Le nombre de jours d'absence a fortement augmenté de 2007 à 2010 notamment entre 2008 et 2009 (+ 552 jours), alors que la tendance était à la baisse jusqu'en 2007. La plupart des journées d'absence concernent les praticiens temps plein et temps partiel notamment 151 journées pour longue maladie et longue durée et 261 journées pour accidents de travail. Deux médecins ont eu un accident de travail en 2008 entraînant deux arrêts de travail de 314 jours au total. Ces arrêts de travail se sont prolongés en 2009 avec un total de 348 jours.

Les 977 journées d'absence pour 220 médecins correspondent en moyenne à quatre journées d'absence par an et par médecin. La comparaison entre le nombre de journées d'absence pour maladie ordinaire (217 journées) et le nombre total de médecins (220) fait apparaître un résultat d'une journée d'absence en moyenne par médecin sur l'année.

Le coût lié aux maladies ordinaire, longue maladie ou maladie longue durée a été évalué par l'établissement à 441 113 € en 2009 et 277 658 € en 2010.

En ce qui concerne les accidents de travail et de trajet, le coût a été évalué à 178 281 € en 2009 et 136 516 € en 2010.

8.9.2.3. Analyse de l'ARS sur la productivité du personnel médical en MCO (retraitements comptables 2009)

L'analyse comparative réalisée en 2011 par l'ARS au niveau de la région montre qu'en ce qui concerne la MCO, le CH de Carcassonne affiche une performance perfectible avec seulement 1 615 journées par ETP de personnel médical. Les établissements MCO T2A réalisent en moyenne 1 841 journées par ETP médicaux.

8.9.3. L'organisation des affaires médicales

8.9.3.1. Les affaires médicales

Les affaires médicales font partie du pôle stratégie médicale, coopérations territoriales et clientèle. Elles ont été regroupées pendant quelques mois, d'août 2011 à mai 2012, dans le pôle ressources humaines et politique sociale.

8.9.3.2. Les outils de suivi

➤ Le contrôle de la paye des médecins

Le contrôle de la paye s'effectue mensuellement. Une comparaison systématique et exhaustive des dépenses mensuelles au titre de la permanence des soins est également réalisée entre les dépenses du mois M et les dépenses du mois M-1. Le suivi des dépenses au titre de l'EPRD permet également un contrôle indirect de la paye médicale.

➤ L'organisation du travail médical

Le travail médical est organisé à partir d'une application maison intitulée « Planning PH ». Mensuellement, le praticien renseigne l'application et le responsable d'unité valide.

Au-delà du règlement intérieur qui organise le travail médical, la COPS a mis en chantier en 2012 l'élaboration du tableau général de service de chaque unité.

Jusqu'en 2010, les tableaux de service n'étaient pas produits systématiquement et n'ont été rendus obligatoires par la direction qu'à partir de 2011. Ils ne sont pas toujours remplis, ni signés par le directeur. Il est difficile dans ces conditions de contrôler le temps de travail médical, ce qui en cas de problème médico-légal peut s'avérer particulièrement préjudiciable.

De plus, la chambre constate que les congés des médecins sont déclaratifs.

Le centre hospitalier a précisé dans sa réponse que les tableaux de service ont été validés à la COPS du 10 décembre 2012. La signature des tableaux de services sera généralisée et le temps additionnel contractualisé.

La chambre prend acte de ces engagements.

Le total des journées RTT stockées au CH de Carcassonne est pour l'année 2010 de 7 463 pour le personnel médical. Ces journées épargnées représentent un coût total brut de 2 238 900 € pour

l'année 2010. L'établissement a évalué l'insuffisance de provision à 370 000 € en 2010 pour le seul personnel médical. Dans sa réponse, il précise qu'il a provisionné au titre de l'exercice 2012 un montant de 2 M€ au titre du personnel non médical.

8.9.4. La permanence des soins (PDS)

8.9.4.1. Organisation de la permanence des soins

L'organisation de la PDS au CH de Carcassonne a été arrêtée pour la première fois le 30 avril 2003.

1. Le rôle du règlement intérieur et de la Commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) dans la permanence des soins.

Le règlement intérieur du CH de Carcassonne, qui comprend 230 pages, a été initialement rédigé en novembre 2005 et a été enrichi jusqu'en 2007. Ce document est détaillé et précise tous les cadres d'activité, la réglementation, les obligations des intervenants.

2. Le règlement général des gardes et astreintes

Ce règlement, qui a été validé en CME le 28 juin 2004, est un protocole portant sur les modalités locales d'application au CH de Carcassonne de l'arrêté du 30 avril 2003 sur l'organisation de la permanence des soins. Il détaille de manière pratique les modes d'organisation de la PDS dans la semaine, redéfinit le service quotidien de jour et la permanence sur place, ainsi que l'astreinte à domicile, les congés annuels et les RTT, ces derniers étant versés au CET s'ils ne sont pas pris. Ce protocole définit aussi le tableau général de service annuel et le tableau de service nominatif. Il précise enfin les obligations de service des praticiens et les conditions d'organisation du temps de travail additionnel.

3. Les réunions de la COPS de 2007 à 2011

La COPS a été réunie trois fois en 2007, deux fois en 2008, une seule fois en 2009, trois en 2010 et trois fois en 2011. Au cours de ces années, elle a notamment réorganisé la PDS en anesthésie, en hémodialyse et néphrologie, a mutualisé les astreintes de rhumatologie et de médecine, etc. Elle a rappelé, lors de la réunion du 14 juin 2011, la notion de tableau général de service.

4. Le contrôle de la permanence des soins par les tableaux de service

L'organisation du temps de présence médicale, définie à l'article R. 6152-26 du CSP et à l'article 5 du décret du 29 septembre 2010, est arrêtée par le directeur de l'établissement avec la COPS, après consultation des chefs de pôles et responsables de structures et avis de la CME.

Lors de la réunion de la CME du 20 septembre 2010, le président de la CME a rappelé que la réalisation du tableau de service était de la responsabilité du chef de service et que tous les services du centre hospitalier devaient le remplir pour attester le « service fait » pour la paye et la constatation des droits à congés. Seuls quelques tableaux de services faits, au demeurant non signés par le directeur, ont été édités par l'établissement. Ils concernent quelques mois de l'année 2010 et très peu de services (endocrinologie, rhumatologie et chirurgie traumatologique). Le versement des différentes indemnités est pourtant conditionné par la constatation du service fait sur la base de ce tableau réajusté.

Cette obligation de joindre le tableau mensuel de service est réaffirmée dans l'instruction codificatrice n° 07-024-MO du 30 mars 2007 sur les pièces justificatives dans le secteur public local, laquelle précise que doit être fourni le « *tableau mensuel de service annoté des modifications apportées, et arrêté par le directeur comme état des services faits* ».

Les indemnités de sujétion pour la permanence des soins, incluses dans les obligations de service (c/64251), se sont élevées en 2010 à la somme de 1 282 056 €, alors que les indemnités d'astreinte opérationnelle de sécurité (c/64253) se sont élevées à 721 912 € en 2010.

Les tableaux de service mensuels, ainsi que les tableaux de service faits, n'ayant pas été produits pour les exercices sous revue, il est impossible de vérifier les conditions de versement des indemnités des médecins.

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

Les déplacements des médecins liés à la permanence des soins du CH de Carcassonne sont déclaratifs et retracés sur un carnet à souches tel que rappelé par la réunion de la COPS du 14 juin 2011.

Un carnet à souches est mis à la disposition de chaque praticien par le service paye via leur secrétariat respectif. Le praticien déclare les déplacements en astreinte à raison d'une feuille par praticien et par période d'astreinte.

La multiplicité des carnets à souches au CH de Carcassonne est contraire aux dispositions de l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003 qui dispose que le carnet à souche est unique pour l'ensemble des praticiens. De plus, il n'existe pas de contrôle sur les déplacements des médecins. En effet, la COPS a débattu plusieurs fois de l'utilité de mettre en place un système de contrôle sans parvenir à obtenir de consensus sur le sujet.

Le service de paye effectue tout de même certains contrôles de cohérence, notamment est vérifié que l'intervalle entre deux déplacements est supérieur à 30 minutes ou que le montant total rémunéré (forfait + déplacement) n'excède pas le montant d'une astreinte transformée en indemnité forfaitaire pour une demi-période de temps de travail additionnel. Une information sur l'évolution du nombre de déplacements et des déplacements supérieurs à trois heures est donnée à la COPS puis à la CME.

La chambre rappelle à l'établissement qu'il doit se mettre en conformité avec l'article 19 de l'arrêté du 30 avril 2003, qui dispose qu'un seul carnet à souches doit être situé dans un endroit unique de l'hôpital.

8.9.4.2. L'évolution du coût de la permanence des soins

Les indemnités de sujétion imputées au compte 64251 ont augmenté de 13 %, de façon linéaire et régulière. Les astreintes de sécurité ont diminué légèrement de 3 %. En revanche, les indemnités pour temps additionnel de jour sur la période 2007-2010 ont augmenté de 302 %.

8.9.5. Le temps additionnel

123 médecins ont effectué du temps de travail additionnel en 2010. Les indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel de jour (c/6426) se sont élevées à 420 911 € en 2010 et 405 541 € en 2011.

Les indemnités pour temps additionnel ont progressé de 23 % entre 2008 et 2009 sur toute la période 2007 à 2011, mais elles ont diminué de 4 % entre 2010 et 2011. La COPS rappelle dans sa séance du 14 juin 2011 que la règle générale doit être la récupération des samedis matin, l'exception étant la mise sur les CET ou la rémunération en indemnités.

Selon l'établissement, l'augmentation importante des dépenses pour temps additionnel s'expliquerait par deux facteurs :

- les médecins ne remplissaient pas avant 2007 l'application « Planning PH » pour la plupart, et ne percevaient donc pas d'indemnité pour temps additionnel ;

- le paiement d'indemnités est venu en compensation des postes restés vacants afin d'assurer la continuité des services en 2008 et 2009 (urgences, anesthésie, gynécologie).

Seule la production d'un tableau mensuel de service permettrait de confirmer la pertinence de l'interprétation faite par l'établissement.

8.9.6. L'activité libérale des médecins

L'exercice libéral de la médecine à l'hôpital est un droit institué en 1958 avec la création des CHU. L'objectif était de permettre aux médecins exerçant à temps plein de fidéliser la clientèle constituée avant leur recrutement, tout en leur permettant d'obtenir des revenus supplémentaires.

8.9.6.1. Observations relatives à l'activité libérale du CH de Carcassonne

1. Régularité des contrats d'activité libérale des médecins au CH de Carcassonne

Six praticiens temps plein exerçaient une activité libérale au sein du CH de Carcassonne en 2010. Ils ne sont plus que quatre en 2012. Les spécialités de ces médecins sont l'endocrinologie et les maladies métaboliques, la rhumatologie, la cardiologie, la pédiatrie et la neurologie. Aucun praticien exerçant une activité libérale au sein du CH ne pratique des dépassements d'honoraires.

Même si la réglementation ne le prévoit pas expressément, il est de bonne gestion de renseigner dans les contrats les demi-journées d'activité libérale consacrées dans la semaine par le médecin. Le centre hospitalier précise que la rédaction des contrats a été revue et mentionne le nombre de demi-journées d'activité, les plages horaires et jours concernés, de même que le mode de perception des honoraires (systématiquement perçus par l'intermédiaire de l'hôpital).

2. Le rôle encore effacé de la commission d'activité libérale (CAL)

La CAL ne s'est réunie que trois fois : le 10 décembre 2010, le 28 juin 2011 et le 5 juin 2012. Aucune autre réunion n'a eu lieu sur les exercices antérieurs à 2010.

Lors de la réunion du 10 décembre 2010, il a d'ailleurs été rappelé que la CAL « ne s'est pas réunie depuis plusieurs années ». Le président de la commission a été élu en la personne d'un praticien temps plein, exerçant une activité libérale dans l'établissement. Même si la réglementation n'interdit pas d'élire un président de commission ayant lui-même une activité libérale, l'IGAS, dans un rapport de 2006, s'est prononcée défavorablement sur cette pratique.

La chambre relève que la CAL a effectué des rappels en 2010 de la réglementation sur l'activité libérale et sur l'accès aux consultations. En 2011 elle a constaté que le Docteur X ne respectait pas les textes concernant le nombre d'actes (ex : échographies et épreuves d'effort) et indiqué que plusieurs patients s'étaient plaints de délais de rendez-vous pour les épreuves d'effort beaucoup plus longs en activité publique qu'en activité privée.

➤ Le contrôle de conformité entre l'activité libérale déclarée et les relevés SNIR

La CAL a souhaité être éclairée sur les motifs des écarts entre les relevés SNIR et l'activité libérale déclarée notamment pour les Docteurs W et X. Le 28 juin 2011 elle a souligné le volume d'activité libérale, de 51 % en 2010 et de 56 % en 2009, du Docteur X, dont l'activité libérale est prédominante. Afin de limiter les risques de non-respect du rapport public / privé, le contrôle de gestion diffuse tous les trimestres, depuis 2011, un bilan individuel d'activité permettant aux praticiens d'équilibrer celle-ci.

3. Les anomalies constatées

Le nombre d'actes et de consultations effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique. Deux médecins du CH n'ont pas respecté cette obligation en 2010. Ce dépassement concerne pour le Docteur X les actes à hauteur de 17 % en faveur du privé, et pour le Docteur Y les consultations à hauteur de 34 % en faveur du privé.

➤ Comparaison par le biais du chiffre d'affaires des actes et des consultations

Sur ces mêmes actes et consultations d'activité libérale, en termes de chiffre d'affaires, le dépassement de l'activité libérale sur l'activité publique se retrouve pour les Docteurs X et Y.

Les honoraires des consultations privées du Docteur Y, désormais en retraite, étaient supérieurs de 7 % en 2010 aux consultations publiques. Les honoraires d'actes privés du Docteur X sont supérieurs de 21 % en 2010 au montant facturable de son activité publique.

➤ Comparaison par le biais des référentiels nationaux et régionaux

Cette méthode consiste à comparer les revenus d'activité libérale par spécialité des praticiens de l'établissement avec les revenus moyens par spécialité, des médecins libéraux exclusifs. Selon la méthodologie employée par l'IGAS, il est possible d'effectuer une vérification, par 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. Les relevés sont édités par l'assurance maladie au niveau régional. Selon cette approche, 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.

L'étude des relevés SNIR conduit à une double comparaison :

- entre les revenus moyens nationaux des médecins libéraux exclusifs de l'étude DREES de 2009 et 2010 (chiffres provisoires), et les honoraires perçus selon les relevés SNIR 2009 et 2010 ;
- entre les revenus moyens régionaux des médecins libéraux exclusifs pour certaines spécialités édités par l'assurance maladie, et les honoraires perçus par les praticiens selon les mêmes relevés SNIR.

Pour trois praticiens temps plein sur les cinq concernés en 2010, la part d'honoraires tirée de leur activité libérale 2009 et 2010 à l'hôpital représente plus de 25 % des revenus moyens des médecins libéraux exclusifs au niveau national et régional.

Le Docteur V, endocrinologue : la part de ses revenus d'activité libérale représente 33 % du revenu moyen régional de la spécialité 2009, et 34 % du revenu moyen régional 2010.

Le Docteur X, cardiologue : les honoraires de ses actes d'activité libérale sont 21 % supérieurs en 2010 aux consultations du public. La part de ses revenus d'activité libérale représente 32 % du revenu moyen national 2009. La part de ses revenus privés représente en 2010, 26 % des revenus moyens régionaux et 46 % des revenus moyens nationaux.

Le Docteur Z, pédiatre : la part de ses revenus privés représente 53 % des revenus moyens nationaux 2009, et 59 % des revenus moyens nationaux 2010. En 2010, la part de ses revenus privés représente aussi 42 % des revenus moyens régionaux.

Même si ces résultats ne constituent qu'un indice sur les conditions d'exercice de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, la chambre attire l'attention de l'établissement à ce sujet, et appelle au respect de la réglementation. Une régulation rigoureuse de cette activité permet de garantir la pérennité de l'activité libérale à l'hôpital, et les excès même minoritaires peuvent en discréditer le dispositif dans son ensemble.

8.9.7. Conclusion sur le personnel médical

Le CH de Carcassonne a renforcé ses effectifs médicaux entre 2007 et 2011, dans une stratégie de développement des activités existantes et de nouvelles activités, en lien avec le renforcement de son positionnement sur le territoire. Une réflexion reste à mener sur la permanence des soins et le temps additionnel des médecins. Même si la situation a évolué récemment avec la généralisation des tableaux de service, il existe des insuffisances. La commission d'activité libérale n'a pas encore donné toute la mesure de son action en matière de contrôle du bon déroulement de l'activité libérale. Les actions entreprises, comme la mise en place du carnet à souches unique ou le contrôle des déplacements des médecins n'ont pas été suivies. Il appartient à la nouvelle direction de réactiver les travaux entrepris précédemment, afin de parvenir à une gestion plus rigoureuse du personnel médical. Une attention particulière orientée sur ce point pourrait se traduire par des économies dans le cadre du plan de retour à l'équilibre.

Recommandation

9. La chambre recommande de mener une étude sur l'activité des vacataires avec pour objectif de réviser le nombre de vacations accordées.

Délibéré à la chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon le 21 mai 2013.

ANNEXES

Annexe 1 : l'analyse financières.....	52
Annexe 2 : les projets architecturaux.....	55
Annexe 3 : l'activité	56
Annexe 4 : le recouvrement des recettes.....	59
Annexe 5 : la gestion des ressources humaines.....	61
Annexe 6 : le personnel médical	66

Annexe 1 : l'analyse financières

Les principales MIG reductibles perçues par l'établissement en 2011

	Cancérologie (plan cancer)	Total	Total reductible
MERRI	Radiothérapie et indemnisation des stagiaires	67 844	0
MIG	Centre de coordination des soins en cancérologie (3 C)	220 762	220 762
	Actions qualité transversale soins cancérologie (dispositif d'annonce, réunions de concertation pluridisciplinaire, soins support)	124 024	0
	Internes		
MIG	Addictologie	229 693	229 693
	Gériatrie	248 015	248 015
	SAMU	1 465 082	1 465 082
	SMUR	2 955 129	2 955 129
	Centre de dépistage anonyme et gratuit (CDAG)	58 900	58 900
	Permanence d'accès aux soins de santé (PASS)	71 459	71 459
	Unité de consultation des soins ambulatoires (UCSA)	478 653	478 653
	Total	5 919 561	5 727 693

Sources : arrêtés ARS + annexes CPOM

Les aides à la contractualisation

	2007	2008	2009	2010	2011	évol. 2007-2011
Les missions d'enseignement, de recherche, de référence, d'innovation et de recours (MERRI)						
TOTAL MERRI part variable	88 060 €	101 937 €	93 361 €	77 780 €	128 166 €	46 %
TOTAL MIG hors merri	5 283 005 €	5 629 168 €	7 895 660 €	8 272 269 €	9 012 408 €	71 %
TOTAL MIG	5 371 065 €	5 731 105 €	7 989 021 €	8 350 049 €	9 140 574 €	70 %
Aide à la contractualisation						
Développement de l'activité	577 073 €	682 752 €	1 310 118 €	1 152 971 €	671 484 €	16 %
<i>dt obstétrique-périnatalité</i>	146 078 €	148 643 €	151 745 €	160 958 €	160 778 €	10 %
<i>dt cancérologie</i>	143 860 €	229 933 €	290 982 €	315 297 €	246 311 €	71 %
<i>dt urgences</i>	268 283 €	284 993 €	769 970 €	676 716 €	264 935 €	- 1 %
Restructuration et soutien aux ets. déficitaires		400 000 €	100 000 €			
Amélioration de l'offre existante	57 862 €	170 440 €	247 600 €	288 670 €	99 343 €	72 %
Aides à l'investissement	1 979 663 €	4 093 816 €	5 931 175 €	6 584 640 €	8 723 783 €	341 %
<i>dt Hôpital 2007</i>	650 000€	1 432 425 €	1 432 425 €	1 432 425 €	1 432 425 €	83 %
<i>dt Hôpital 2012</i>		2 125 000€	4 000 250 €	4 659 715 €	5 513 858 €	
<i>dt accompagnement et. difficultés financières</i>					1 150 000 €	
Aides diverses	536 839 €	300 880 €		19 169 €	19 169 €	- 96 %
TOTAL AC	3 151 437 €	5 647 888 €	7 588 893 €	8 045 450 €	9 513 779 €	202 %
TOTAL MIGAC	8 522 502 €	11 378 993 €	15 577 914 €	16 395 499 €	18 654 353 €	119 %

Sources : arrêtés ARS + annexes CPOM

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

L'évolution des résultats de fonctionnement

Budget	2007	2008	2009	2010	2011
Budget principal H	- 1 713 575	- 1 265 149	- 398 428	- 730 383	- 2 529 108
Budget annexe E1 - EHPAD CSPV	- 164 824	- 135 865	87 444	- 1 318	- 9 557,65
Budget annexe E2 - EHPAD IENA	0	30 427	27 303	16 035	- 23 804
Budget annexe J	151 323				
Budget annexe P1 - CAMSP	64 331	23 018	55 975	17 608	40 574
Budget annexe P2 - CCAA	6 243	19 483	7 193	92 690	19 978
Budget annexe C0 - IFSI	5 222	- 5 487	1 884	41 129	58
Budget annexe A0 - DNA					- 151 472
Résultats consolidés	- 1 651 277	- 1 333 573	- 218 626	- 564 238	- 2 653 331

Source : comptes financiers

La capacité d'autofinancement de l'établissement

capacité d'autofinancement	2007	2008	2009	2010	2011
Résultat de l'exercice	- 1 651 277	- 1 333 573	- 218 626	- 564 238	- 2 653 330
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés	8 445	11 309	84 137	42 034	700 853
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	9 498 356	8 904 193	12 167 006	11 582 440	12 844 861
- Produits des cessions d'éléments d'actif	650	150	6 564	131 932	705 401
- Quote-part des subventions virées au compte de résultat	17 458	15 056	19 604	26 950	30 403
- Reprises sur amortissements et provisions	0	190 000	0	3 815 150	2 965 403
Capacité ou insuffisance d'autofinancement	7 837 415	7 376 723	12 006 348	7 086 203	7 191 176
Remboursement des dettes financières (164 et 167)	969 844	983 073	1 081 733	1 359 243	1 360 952
CAF nette	6 867 571	6 393 650	10 924 615	5 726 960	5 830 224

Source : compte de gestion

La structure financière

	2007	2008	2009	2010	2011
Fonds de roulement global (FRNG)	9 591 550	17 979 097	22 040 939	31 852 617	44 400 334
Besoin en fonds de roulement (BFR)	4 361 497	9 066 217	13 658 602	19 188 442	16 875 630
Trésorerie	5 230 053	8 912 880	8 382 337	12 664 175	27 524 671

Source : TBFEPS

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

La situation de la dette

	2007	2008	2009	2010	2011
Dette N-1	5 561 502	7 122 145	7 589 072	6 507 339	25 148 096
Nouveaux emprunts	2 350 000	1 450 000		20 000 000	43 393 000
Remboursements en capital	789 358	983 073	1 081 733	1 359 243	1 362 817
Dette en fin d'exercice N	7 122 145	7 589 072	6 507 339	25 148 096	67 178 278

Source : comptes de gestion

	2007	2008	2009	2010
Dépendance financière	13,13	13,14	10,56	29,03
médiane TBFEPS	40,53	43,81	44,76	47,43

Source : TBFEPS

Annexe 2 : les projets architecturaux

Les membres du GCS

Le Groupement de coopération sanitaire a été créé avec 6 membres fondateurs :

- le CH de Carcassonne,
- le CH de Castelnaudary,
- le CH de Limoux,
- l'USSAP,
- l'EHPAD de Chalabre,
- le centre de rééducation Le Christina de Chalabre.

Le GCS comprend 14 membres à compter de janvier 2012 :

- le CH de Narbonne,
- le CH de Port la Nouvelle,
- le CH de Prades,
- le CH de Lézignan,
- le SDIS 11,
- le centre de Lordat à Bram,
- l'EHPAD d'Esperaza,
- AIDEA 11.

L'état des dépenses engagées au 31/12/2011 au titre du bail emphytéotique administratif

Bail Emphytéotique Administratif

Coût prévisionnel de l'opération valeur décembre 2007	Montant HT	Montant TTC
Coût investissement lot 1	27 684 468,00	33 110 623,73
Coût investissement lot 2	2 195 393,00	2 625 690,03
Coût investissement lot 3	6 800 000,00	8 132 800,00
TOTAL	36 679 861,00	43 869 113,76

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

Annexe 3 : l'activité

Evolution de l'activité d'hospitalisation complète entre 2008 et 2010																
Domaine d'activité	2008				2009				2010				Evolution 2008/2010			
	Hospitalisation complète				Hospitalisation complète				Hospitalisation complète				Hospitalisation complète			
	Lits installés	Entrées totales	Nbre de journées	C.O (%)	Lits installés	Entrées totales	Nbre de journées	C.O (%)	Lits installés	Entrées totales	Nbre de journées	C.O (%)	Lits installés	Entrées totales	Nbre de journées	
Médecine	310	16 653	92 482	79	310	17 019	89 460	82	307	16 975	88 336	82	-0,97%	1,93%	-4,48%	
Chirurgie	84	3 993	20 869	74	84	4 212	20 086	71	86	4 245	20 667	72	2,38%	6,31%	-0,97%	
Obstétrique	47	3 388	14 498	84	47	3 637	14 310	83	47	3 691	13 379	78	0,00%	8,94%	-7,72%	
Total court séjour	441	24 034	127 849	79	441	24 868	123 856	80	440	24 911	122 382	80	-0,23%	3,65%	-4,28%	
Total sect.hôpital	441	24 034	127 849	79	441	24 868	123 856	80	440	24 911	122 382		-0,23%	3,65%	-4,28%	
Total hébergement	298	142	95 093		298	130	100 751		298	103	98 990		0,00%	-27,46%	4,10%	
TOTAL	739	24 176	222 942	79	739	24 998	224 607	80	738	25 014	221 372	80	-0,14%	3,47%	-0,70%	

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

Evolution de l'activité d'hospitalisation partielle entre 2008 et 2010								
Domaine d'activité	2008		2009		2010		Evolution 2008/2010	
	Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)		Hospitalisation partielle (hors chimiothérapie)	
	Nombre de places	Nombre de venues						
Médecine	16	943	16	895	16	838	0%	-11%
Chirurgie								
Obstétrique	6	381	6	372	6	534	0%	40%
Total court séjour	22	1 324	22	1 267	22	1 372	0%	4%

Evolution du nombre de séances					
Indicateurs	2007	2008	2009	2010	Evolution 2009/2010
Nombre de séances de chimiothérapie	2 570	3 104	3 536	3 650	17,59%
Nombre de séances de radiothérapie	11 585	11 221	11 770	10 961	-2,32%
Nombre de séances d'hémodialyse	13 232	13 070	11 407	11 269	-13,78%
Nombre de séances autres	981	772	817	935	21,11%
Total	28 368	28 167	27 530	26 815	-4,80%

Source : PMSI

Indicateurs	CH Carcassonne				Région 2010		Catégorie 2010		Typologie 2010	
	2007	2008	2009	2010	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
Taux d'occupation des lits en médecine	62,5%	70,1%	73,0%	72,7%	70,7%	133,6%	73,6%	89,6%	73,2%	87,7%
Taux d'occupation des lits en chirurgie	93,7%	97,1%	86,5%	85,1%	41,5%	84,9%	63,0%	91,3%	39,4%	81,6%
Taux d'occupation des lits en obstétrique	74,6%	71,8%	69,9%	69,3%	51,6%	68,1%	47,8%	69,2%	57,6%	79,4%
Part de marché en chirurgie sur la zone d'attractivité	35	34,2	34,2	33,4						

Source : Hospi-diag

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

Les parts de marché

Part de marché Etablissement de 2007 à 2010

	2007	2008	2009	2010
Part de marché globale en médecine sur la zone d'attractivité	59,3	60,9	61	59,6
Part de marché globale en médecine sur la région	4,3	4,5	4,5	4,4
Part de marché en chirurgie (HC) sur la zone d'attractivité	35	34,2	34,2	33,4
Part de marché en chirurgie (HC) sur la région	2,4	2,3	2,4	2,3
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	83	89,4	87,7	89,3
Part de marché en obstétrique sur la région	5,5	5,9	5,8	6,1
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	11,9	13,5	14,3	14,7
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	0,7	0,8	0,8	0,8
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la zone d'attractivité (ho	36,4	41,4	41,6	41,6
Part de marché en hospitalisation en cancérologie sur la région (hors séances)	2,3	2,7	2,8	2,7
Part de marché en séances de chimiothérapie sur la zone d'attractivité	41,8	49,4	53	59

Annexe 4 : le recouvrement des recettes

Autoévaluation du processus de facturation

L'autoévaluation porte sur 5 items : le pilotage, les ressources humaines, l'organisation, la communication, les relations débiteurs institutionnels.

SYNTHESE

	Votre résultat	Chantier MeaH (8 établissements)		
		Marge haute	Moyenne	Marge basse
1 - Pilotage	81%	69%	59%	38%
2 - Ressources humaines	44%	63%	43%	25%
3 - Organisation	75%	69%	47%	19%
4 - Communication	38%	44%	20%	6%
5 - Relations débiteurs institutionnels	44%	81%	45%	19%

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

L'enjeu de cet indicateur est d'assurer les recettes de l'établissement en réduisant le délai de facturation.

Mode de calcul : (date d'envoi de la facture - date de sortie du patient) / nombre de patients concernés

Délais moyen de création de la facture et de facturation (en jours)	
2009	50,74
2010	49,29
2011	49,32

Délais moyen d'envoi des factures (en jours)	
2009	57,74
2010	56,29
2011	56,32

Le taux de dématérialisation

	Taux de dématérialisation		
	externes	Hospitalisation	Tous statuts
2009	30,10%	28,40%	29,25%
2010	31,30%	30,90%	31,10%
2011	33,70%	32,50%	33,10%

Le nombre de doublons

	Nombre de doublons traités	Nombre de doublons fusionnés
2009	788	721
2010	421	348
2011	455	405

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

Le taux d'annulation

Il s'agit du nombre de titres émis en première facturation rapporté au nombre d'annulations sur ces dossiers.

	Montant de titre émis	Montant de titres annulés	taux d'annulation
2009	137 561 928,31	8 842 731,12	6,42%
2010	169 248 357,18	15 937 124,95	9,41%
2011	194 372 327,04	5 714 355,18	2,94%

Le montant des annulations et rémissions

Annulations et rémissions sur exercices

Annulations

Analyse des annulations

Années	2008	2009	2010
STATUT E			
Nombre dossiers	2653	2800	2438
Montants	216 719,00	468 014,00	280 836,00
STATUT H			
Nombre dossiers	509	453	393
Montants	198 754,26	190 904,58	194 929,77

Les montants annulés (étudiés sur dossiers externes 2010)

< 5 euros	1% des dossiers
entre 5 et 10 euros	19%
entre 10 et 15 euros	8%
entre 15 et 20 euros	11%
entre 20 et 30 euros	12%
entre 30 et 40 euros	8%
entre 40 et 50 euros	6%
entre 50 et 100 euros	15%
entre 100 et 1 000 euros	11%
entre 1 000 et 10 000 €	2% (transports et médicaments)

Annexe 5 : la gestion des ressources humaines

1. Evolution détaillée des charges de personnel médical et non médical

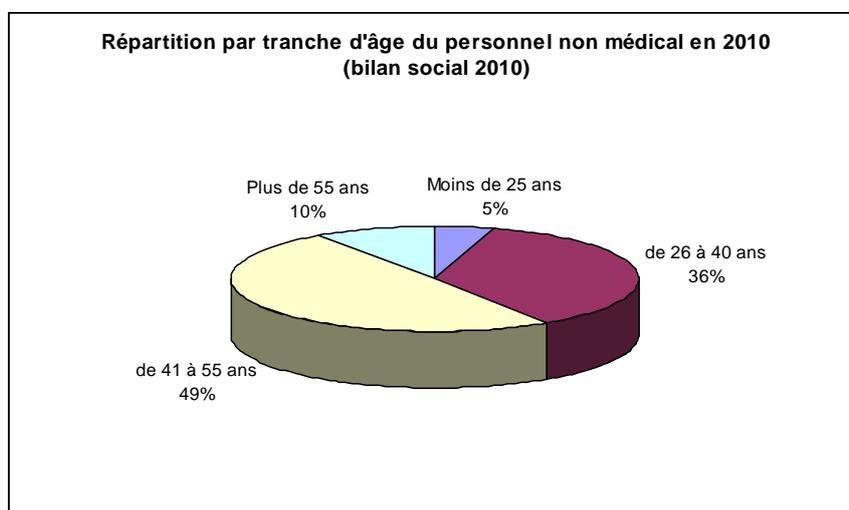
Les ETP médicaux et non médicaux selon la SAE (2007 à 2010)

	2007	2008	2009	2010	Ecart 2010/2007
ETP médicaux	145,2	151,3	147,9	156,8	8%
- dont médecins (hors anesthésistes)	101,3	101,6	99,1	102,6	1%
- dont chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens)	13,3	16,1	15,9	15,9	20%
- dont anesthésistes	10	11,1	11,2	13	30%
- dont gynécologues-obstétriciens	7,1	8,1	8	9,1	28%
ETP non médicaux	1450,7	1477,47	1639,97	1681,12	16%
- dont personnels de direction et administratifs	175,8	185,27	219,17	227,19	29%
- dont personnels des services de soins	995,3	1005,06	1099,86	1097,28	10%
- dont personnels éducatifs et sociaux	7,7	7,7	9,56	9,5	23%
- dont personnel médico-techniques	73,3	71,24	82,41	86,36	18%
- dont personnels techniques et ouvriers	198,6	208,2	228,97	260,79	31%

Source: SAE

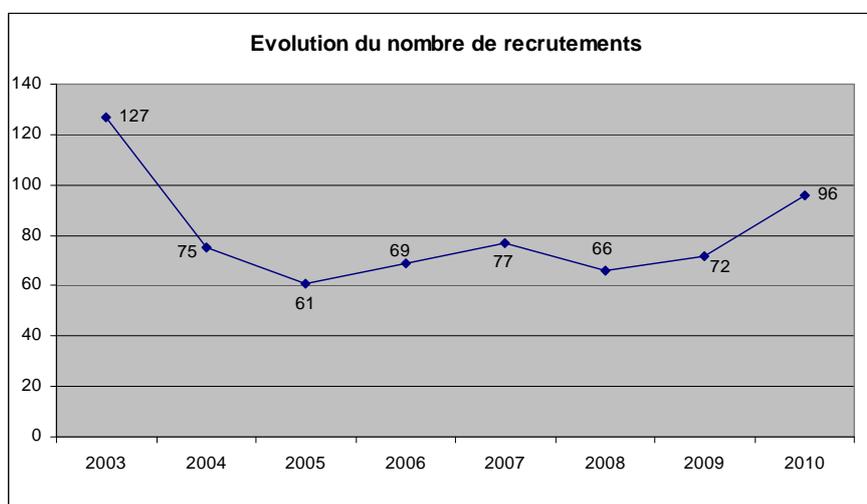
	2007	2008	2009	2010	Ecart 2010/2007
Personnel titulaire et stagiaire	36 706 102	37 667 959	38 909 418	39 447 881	7,00%
Personnel contractuel en CDI	2 236 826	2 740 395	3 017 916	3 139 775	40,00%
Personnel contractuel en CDD	2 585 049	2 347 964	2 467 603	2 988 302	16,00%
Contrat soumis à dispositions particulières:					
CAE	62 758	46 459	58 319	331 578	430,00%
CAV	401 849	426 154	501 083	313 723	-22,00%
Apprentis	8 347	9 294	23 590	29 052	250,00%
Personnel médical	11 488 806	13 147 048	13 310 766	13 773 523	20,00%
Montant des dépenses correspondant aux heures	177 442	207 242	280 351	342 707	93,00%
TOTAL	53 667 179	56 592 515	58 569 046	60 366 541	12,00%

Source: bilan social 2010

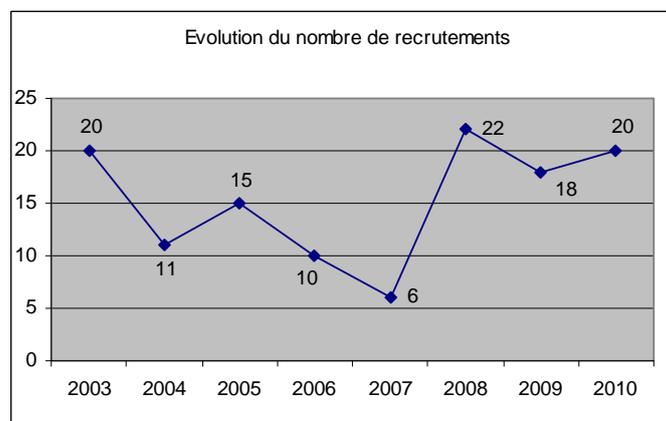


Les recrutements

- Personnel non médical



- Personnel médical



2. Les indicateurs issus des bases de données nationales

- Les indicateurs BDHF

Le GVT

Année	Etablissements de même catégorie						
	Valeur de l'établissement	Valeur moyenne régionale	Valeur moyenne nationale	Ecart-type régional	Ecart-type national	Coefficient de Variation régional	Coefficient de Variation national
2010	102,399	102,204	100,194	1,791	3,311	0,018	0,033
2009	100,373	97,161	101,750	5,397	5,834	0,055	0,057
2008	101,032	104,446	102,033	5,419	10,051	0,052	0,100

Le poids des dépenses de personnel

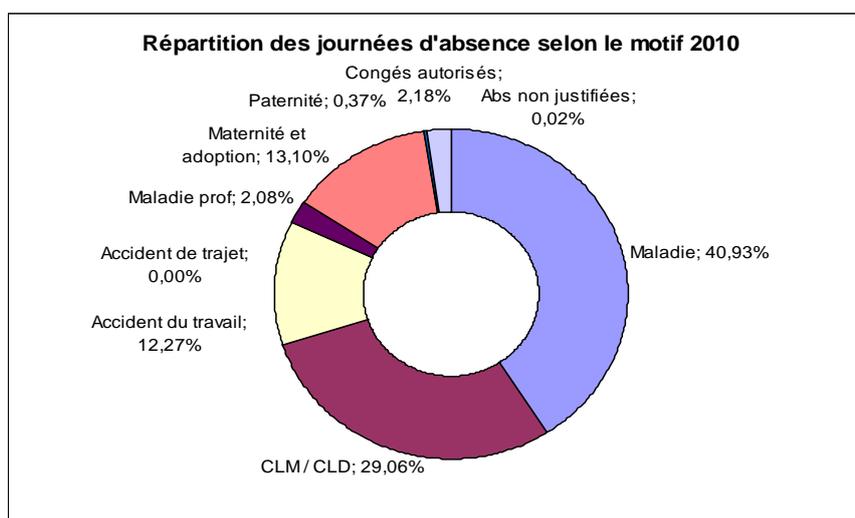
Ratio : Poids des dépenses de personnel par rapport au budget général

Année	Etablissement	Moyenne régionale de votre catégorie	Moyenne nationale de votre catégorie
2010	62,5%	64,9%	65,8%
2009	65,0%	66,5%	66,4%
2008	67,9%	66,8%	66,8%
2007	67,3%	67,0%	67,9%

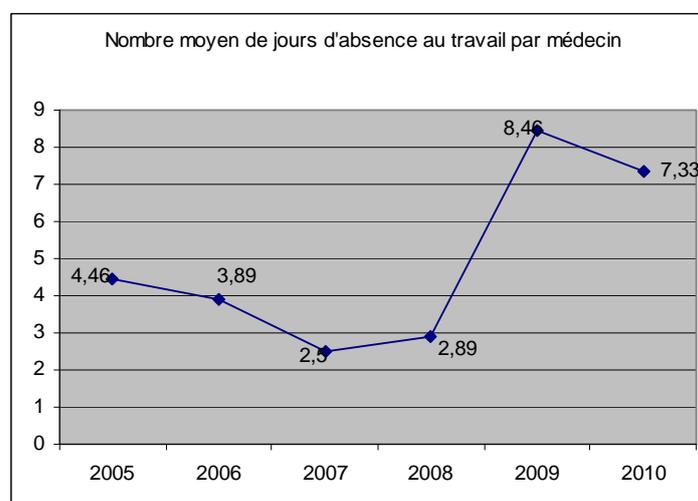
3. L'absentéisme

• Personnel non médical

Répartition des journées d'absence selon le motif (source : bilans sociaux)

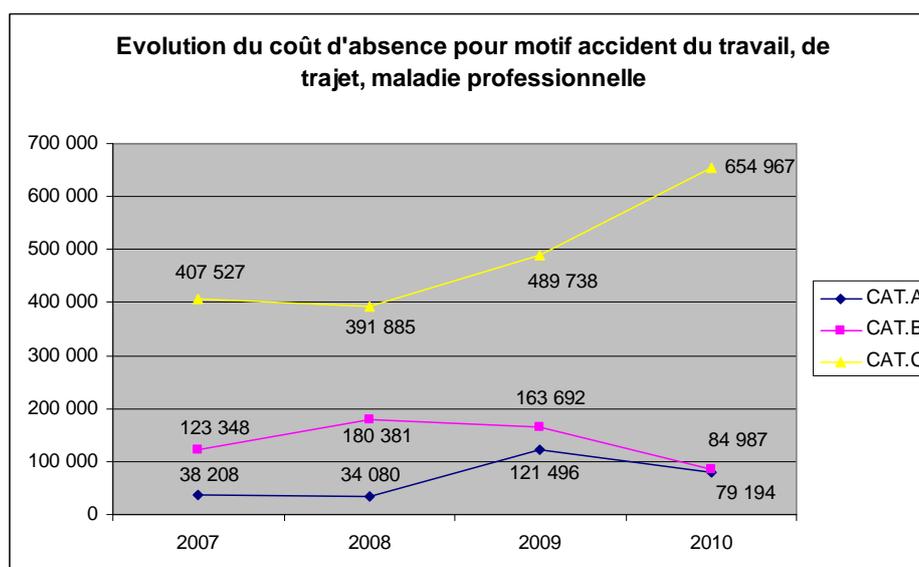
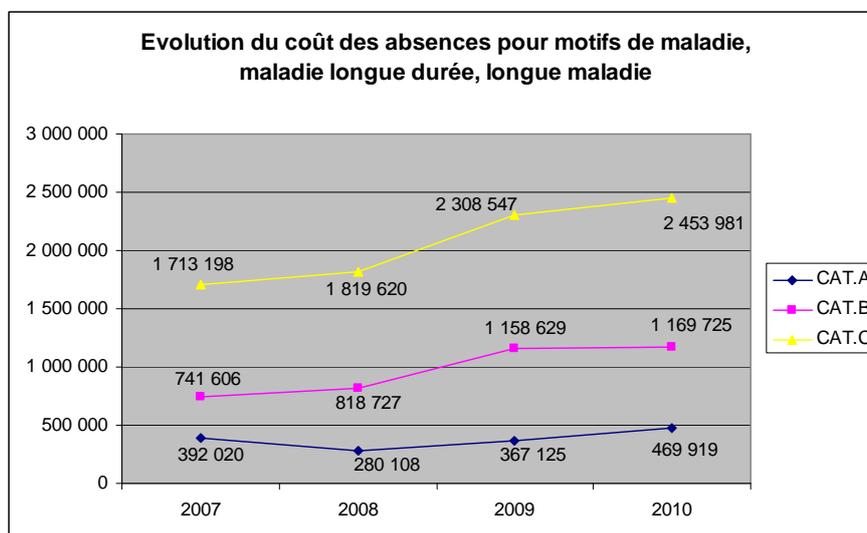


• Personnel médical

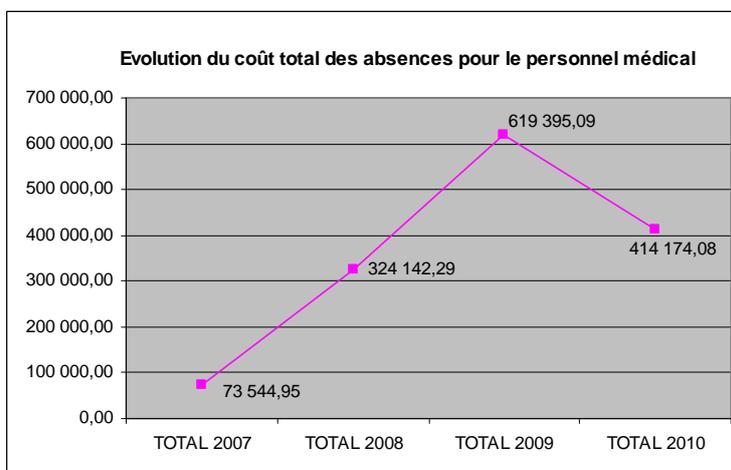
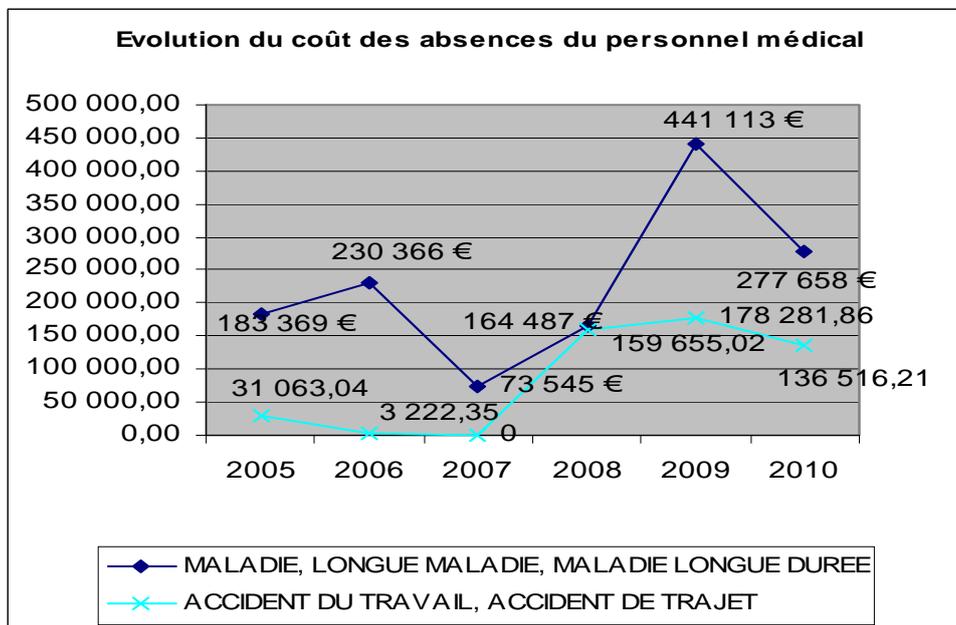


4. Coût des absences

- Personnel non médical



- Personnel médical



Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

Annexe 6 : le personnel médical

personnels médicaux par statut	Effectif total en nombre de personnes					Effectif total en ETP budgets H et budgets annexes					
	2007	2008	2009	2010	EPRD 2011	2007	2008	2009	2010	EPRD 2011	Ecart 2007/2011 en %tage
PH Temps plein	84	84	87	98	110	82,39	84,97	88,08	96,43	108,21	31%
PH Temps partiel	20	18	17	16	13	11,24	10,31	9,76	10,03	9,11	-19%
PC Temps plein	5	19	21	20	20	6,38	13,06	17,96	14,98	12,74	100%
PC Temps partiel	1	3	4	6	4	1,45	1,39	2,11	2,44	2,18	50%
PAC	1	1				1,00	1,00	0,25			-100%
Assistants des hôpitaux	8	7	9	9	7	8,42	7,30	7,60	9,42	8,05	-4%
Praticiens attachés	62	56	44	46	38	32,78	32,51	26,05	19,93	17,39	-47%
Internes, FFI et étudiants	15	19	25	25	33	12,00	15,43	17,83	23,13	24,79	107%
Total	196	207	207	220	225	155,66	165,97	169,64	176,36	182,47	17%

Dépenses de personnel médical budget H	2007	2008	Ecart 2008/2007 en %tage	2009	Ecart 2009/2008 en %tage	2010	Ecart 2010/2009 en %tage	Compte financier provisoire 2011	Ecart 2011/2010 en %tage
PERSONNEL MEDICAL	16 111 146	18 559 529	15,2%	18 832 772	1,5%	19 495 920	3,52%	20 164 001	3,43%

Personnels médicaux et internes Effectif ETP par fonction	2007	2008	2009	2010	Ecart 2010/2007 en %tage
Médecine générale	15,40	12,70	14,20	15,10	-2%
Spécialités médicales	95,90	100,00	96,10	100,50	5%
dont anesthésistes réanimateurs	10,00	11,10	11,20	13,00	30%
Spécialités chirurgicales	20,40	24,20	23,90	25,00	23%
dont gynécologues-obstétriciens	7,10	8,10	8,00	9,10	28%
Odontologistes	1,00	0,60	0,60	1,40	40%
Pharmaciens	6,00	6,60	6,60	6,60	10%
Autres	6,50	7,20	6,50	8,20	26%
TOTAL (hors internes)	145,20	151,30	147,90	156,80	8%
Internes (y compris FFI)	15,00	19,00	25,00	25,00	67%
TOTAL (internes compris)	160,20	170,30	172,90	181,80	13%

LISTE DES ABREVIATIONS

AC	aide à la contractualisation
AIDER	Association d'Installation à Domicile d'Epurations Rénales
AM	Assurance maladie
ANAP	agence nationale pour l'amélioration de la performance
ANV	admission en non-valeur
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ARS	agence régionale de santé
ASM	Association audoise sociale et médicale
BDHF	Banque de données hospitalières de France
BFR	besoin en fonds de roulement
BHN	biologie hors nomenclature
CAC	communauté d'agglomération du Carcassonnais
CAH	comptabilité analytique hospitalière
CAL	commission de l'activité libérale
CAMSP	centre d'action médico-social précoce
CCAA	centre de consultations en alcoologie et addictions
CDD	contrat à durée déterminée
CDI	contrat à durée indéterminée
CET	compte épargne-temps
CH	centre hospitalier
CHC	centre hospitalier de Carcassonne
CLTR	crédit à long terme renouvelable
CME	commission médicale d'établissement
CMU	couverture maladie universelle
CNG	Centre national de gestion
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPS	commission d'organisation de la permanence des soins
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA	compte de résultats analytiques
CREF	contrat de retour à l'équilibre financier
CRPA	compte de résultat prévisionnel annexe
CSP	code de la santé publique
CSPV	centre de séjour du Pont Vieux
DIM	département de l'information médicale
DMS	durée moyenne des séjours
DNA	dotation non affectée
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	direction des ressources humaines
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
FMESPP	fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FRNG	fonds de roulement net global
GAPM	groupement audois prestations mutualisées
GCS	groupement de coopération sanitaire
GIE	groupement d'intérêt économique
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GVT	glissement vieillesse technicité
HAD	hospitalisation à domicile
HC	hospitalisation complète
HJ	hospitalisation de jour
HPE	haute performance énergétique
HQUE	haute qualité environnementale
HT	hors taxe
IADE	infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
ICR	indice de coût relatif
IFSI	institut de formation de soins infirmiers
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IP	indicateur de performance
IRM	imagerie par résonance magnétique

Chambre régionale des comptes de Languedoc-Roussillon
Rapport d'observations définitives : Centre hospitalier de Carcassonne (11)

IVG	interruption volontaire de grossesse
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MEAH	mission d'expertise et d'audit hospitalier
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, référence et innovation
MIG	missions d'intérêt général
MIGAC	missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MNH	Mutuelle Nationale des Hospitaliers
MR	maison de retraite
NGAP	nomenclature générale des actes professionnels
NPAI	n'habite pas à l'adresse indiquée
OPH	ophtalmologie
ORL	oto-rhino-laryngologie
PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PDS	permanence des soins
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PH	praticien hospitalier
PML	plateforme médico-logistique
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PRE	plan de retour à l'équilibre
RGP	ravitaillement général programmé
RSS	résumé de sortie standardisé
RTT	réduction du temps de travail
SAE	statistique annuelle des établissements de santé
SAMU	service d'aide médicale d'urgence
SDIS	service départemental d'incendie et de secours
SDO	surface dans l'œuvre
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
TBFEPS	tableau de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé
TCCM	tableau coût case mix
TDC	toutes dépenses confondues
TTC	toutes taxes comprises
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
UCPA	unité centrale de production alimentaire
UCSA	unité de consultation et de soins ambulatoires
UHR	unité d'hébergement renforcée
USLD	unité de soins longue durée

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

1 réponse enregistrée :

- Réponse du 2 août 2013 de Monsieur Bernard NUYTTEEN, directeur du CH de Carcassonne.

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 ».