



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER DE CARCASSONNE (Aude)

Exercices 2013 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	6
INTRODUCTION.....	7
1. PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT ET DE SA PLACE DANS L'OFFRE DE SOINS	8
1.1. Le territoire de santé audois et ses déterminants	8
1.1.1. Les caractéristiques générales du bassin de santé.....	8
1.1.2. L'offre du bassin de santé	9
1.1.3. Les difficultés d'attractivité	10
1.2. Une offre de recours infrarégional.....	14
1.3. Le positionnement de l'établissement sur son territoire	15
1.3.1. L'évolution globale de l'activité.....	15
1.3.2. L'activité de médecine	17
1.3.3. L'activité de chirurgie.....	18
1.3.4. L'activité d'obstétrique.....	18
1.4. Les atouts et les limites de la gouvernance.....	19
1.4.1. Un cadrage stratégique insuffisamment formalisé.....	19
1.4.2. L'amélioration limitée de la gouvernance des pôles.....	21
1.4.3. Les atouts de la culture de gouvernance médico-économique.....	22
2. LA SITUATION FINANCIÈRE	26
2.1. La fiabilité des comptes	26
2.1.1. La qualité de la prévision budgétaire	26
2.1.2. La mise en œuvre de l'obligation de certification des comptes.....	26
2.1.3. La fiabilité du SIH et le déploiement du contrôle interne.....	28
2.1.4. Les principaux enjeux relatifs à la fiabilité des comptes	29
2.2. Le cycle d'exploitation	33
2.2.1. Le résultat global.....	33
2.2.2. Les produits courants de fonctionnement	34
2.2.3. Les charges d'exploitation	35
2.2.4. Les budgets annexes	39
2.2.5. La marge brute et le poids des charges calculées sur la capacité d'autofinancement.....	41
2.3. Le cycle d'investissement.....	43
2.3.1. Les opérations de construction de l'EHPAD et du nouvel hôpital	44
2.3.2. La limitation des investissements depuis 2015.....	44
2.3.3. Le poids de la dette	45
2.4. La situation bilancielle.....	46
2.4.1. Le fonds de roulement	46
2.4.2. Les tensions de trésorerie.....	48
3. LES ENJEUX DU REDRESSEMENT	49
3.1. La stratégie de redressement déployée par l'établissement.....	49
3.1.1. Les critères d'analyse des plans de redressement	49

3.1.2. La mise en œuvre des contrats de retour à l'équilibre financier	50
3.1.3. Les principales démarches d'optimisation.....	51
3.2. L'analyse des marges d'amélioration sur les recettes.....	56
3.2.1. Le pilotage des recettes	56
3.2.2. Les autres produits de la facturation	58
3.3. L'analyse des marges d'amélioration sur les dépenses	59
3.3.1. L'analyse globale des coûts de production	59
3.3.2. L'optimisation des fonctions supports	60
3.3.3. Le plateau technique	62
ANNEXES.....	67
GLOSSAIRE.....	77
Réponses aux observations définitives.....	82

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Carcassonne est un établissement multi-sites de 771 lits et places réalisant une activité de médecine chirurgie obstétrique (MCO), de formation paramédicale, de prise en charge des personnes âgées dépendantes et de prise en charge médico-sociale. Disposant d'un plateau technique spécialisé lui permettant d'assurer l'ensemble des activités de traitement des cancers, ainsi que la prise en charge des pathologies cardio-vasculaires et neurologiques aiguës, l'établissement est positionné par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2012-2017 comme un établissement de recours infrarégional. Son bassin de recrutement est pour autant limité à la partie nord-ouest du département audois. Il est soumis à une concurrence marquée d'une clinique privée et des établissements de santé toulousains sur l'activité chirurgicale, dans un contexte de fuite de la patientèle audoise de près de 26 % en 2016.

L'établissement dispose d'un niveau moyen de rémunération de ses séjours supérieur à celui des établissements comparables, et le déménagement des activités MCO sur le nouveau site de Montredon, en 2014, s'est traduit par un accroissement continu de son activité d'urgences, de médecine et de chirurgie jusqu'en 2016. L'exercice 2017 est marqué par un tassement du volume des séjours de médecine et de chirurgie, alors que l'activité programmée semble se fragiliser, au vu de la progression des passages sans hospitalisation sur les urgences, et de l'accroissement des délais de rendez-vous de consultation. S'ajoutent également des difficultés d'attractivité médicale croissantes depuis 2015, nécessitant le recours aux remplacements pour une dépense annuelle de 4 M€ en 2017.

Conformément aux constats précédemment établis par la chambre, la réalisation des deux opérations d'investissement du nouvel EHPAD et du nouveau site MCO, pour un montant cumulé de 178,5 M€, s'est effectuée au prix d'un endettement massif et d'un accroissement substantiel des charges financières et d'amortissement. Ces dernières ne sont pas couvertes par les marges dégagées par le cycle d'exploitation, malgré les aides financières annuelles à l'investissement de 7 M€, et des aides exceptionnelles. La capacité d'autofinancement nette de l'annuité en capital de la dette est négative sur la quasi-totalité de la période, et contraint l'établissement à restreindre depuis 2015 son niveau d'investissement. Cette diminution à moins de 2 % des produits courants limite les projets de renouvellement des équipements des matériels lourds et le développement de nouvelles activités. Les tensions de trésorerie sont particulièrement fortes sur la période sous revue.

La mobilisation des équipes dans la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et de son avenant établis entre 2013 et 2017 a permis de réaliser près de 80 % des objectifs de gains attendus sur l'accroissement de la marge brute, pour un total de 13,4 M€ cumulés. Ces gains, qui portent majoritairement sur les recettes, restent insuffisants pour réduire le déficit comptable établi à plus de 3 % des produits sur l'exercice 2017. Selon la chambre, le retour à l'équilibre financier, tel que défini par le code de la santé publique, nécessiterait un désendettement de plus de 80 % et un effort supplémentaire sur la marge brute de 6,7 M€ pour le seul exercice 2017. Si l'établissement a manifesté sa capacité à déployer une démarche d'adaptation de ses capacités d'hébergement à l'activité particulièrement intéressante, l'absence d'optimisation de plusieurs fonctions supports comme le bloc opératoire, et le surcoût de l'externalisation des fonctions logistiques sur le groupement audois des prestations médico-logistiques (GAPM), estimé entre 2,4 et 2,9 M€, illustrent la nécessité d'approfondir l'analyse des coûts et la recherche de gains. Dans ce contexte, l'absence de formalisation du projet d'établissement et de contractualisation avec les pôles prive le centre hospitalier du cadre managérial indispensable dans sa situation financière, alors même que la forte culture médico-économique de l'établissement constitue un atout dans sa conduite du changement.

RECOMMANDATIONS

1. Adopter rapidement le projet d'établissement. *Non mise en œuvre.*
2. Formaliser les contrats de pôle sur la base des objectifs stratégiques du projet d'établissement. *Non mise en œuvre.*
3. Présenter au directoire une analyse détaillée des résultats annuels du retraitement comptable, pour définir précisément les actions du plan de redressement. *Non mise en œuvre.*
4. Fiabiliser la comptabilisation des immobilisations affectées au groupement audois des prestations médico-logistiques par un transfert des biens concernés sur le compte 24. *Non mise en œuvre.*
5. Provisionner la créance douteuse du groupement audois des prestations médico-logistiques (GAPM) pour 2,4 M€. *Non mise en œuvre.*
6. Élaborer un tableau de bord mensuel de la facturation incluant des indicateurs de qualité et de délai en lien avec le comptable public. *Non mise en œuvre.*
7. Élaborer un tableau de bord mensuel du recouvrement en régie, incluant un suivi sur les chambres particulières en lien avec le comptable public. *Non mise en œuvre.*
8. Régulariser la rémunération de l'astreinte d'infirmier anesthésiste (IADE) sur le bloc opératoire. *Non mise en œuvre.*
9. Élaborer un tableau mensuel de suivi de la performance du bloc opératoire, et permettant le suivi par discipline de l'utilisation des vacations. *En cours de mise en œuvre.*

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans sa synthèse.

Au stade du rapport d'observations définitives, le degré de mise en œuvre de chaque recommandation est coté en application du guide de la Cour des comptes d'octobre 2017 :

- Non mise en œuvre : pour les recommandations n'ayant donné lieu à aucune mise en œuvre ; pour les recommandations ayant donné lieu à une mise en œuvre très incomplète après plusieurs suivis ; quand l'administration concernée s'en tient à prendre acte de la recommandation formulée.
- Mise en œuvre en cours : pour les processus de réflexion ou les mises en œuvre engagées.
- Mise en œuvre incomplète : quand la mise en œuvre n'a concerné qu'une seule partie de la recommandation ; pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours n'a pas abouti dans le temps à une mise en œuvre totale.
- Totalement mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles la mise en œuvre en cours a abouti à une mise en œuvre complète ; lorsque la mise en œuvre incomplète a abouti à une mise en œuvre totale.
- Devenue sans objet : pour les recommandations devenues obsolètes ou pour lesquelles le suivi s'avère inopérant.
- Refus de mise en œuvre : pour les recommandations pour lesquelles un refus délibéré de mise en œuvre est exprimé.

INTRODUCTION

Aux termes de l'article L. 211-3 du code des juridictions financières « Par ses contrôles, la chambre régionale des comptes contrôle les comptes et procède à un examen de la gestion. Elle vérifie sur pièces et sur place la régularité des recettes et dépenses décrites dans les comptabilités des organismes relevant de sa compétence. Elle s'assure de l'emploi régulier des crédits, fonds et valeurs. L'examen de la gestion porte sur la régularité des actes de gestion, sur l'économie des moyens mis en œuvre et sur l'évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs fixés par l'assemblée délibérante ou par l'organe délibérant. L'opportunité de ces objectifs ne peut faire l'objet d'observations ».

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Carcassonne a été ouvert le 15 février 2018 par lettre du président de section adressée à M. Alain Guinamant, ordonnateur en fonctions. Un courrier a également été adressé le même jour à M. Bernard Nuytten, précédent ordonnateur.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 4, 5 et 10 juillet 2018.

Lors de sa séance du 20 juillet 2018, la chambre a arrêté des observations provisoires qui ont été transmises à M. Alain Guinamant. M. Bernard Nuytten et Mme Sylvie Lacarrière, en qualité d'ordonnateur précédent, en a également été destinataire pour la partie afférente à sa gestion. Des extraits les concernant ont été adressés à des tiers.

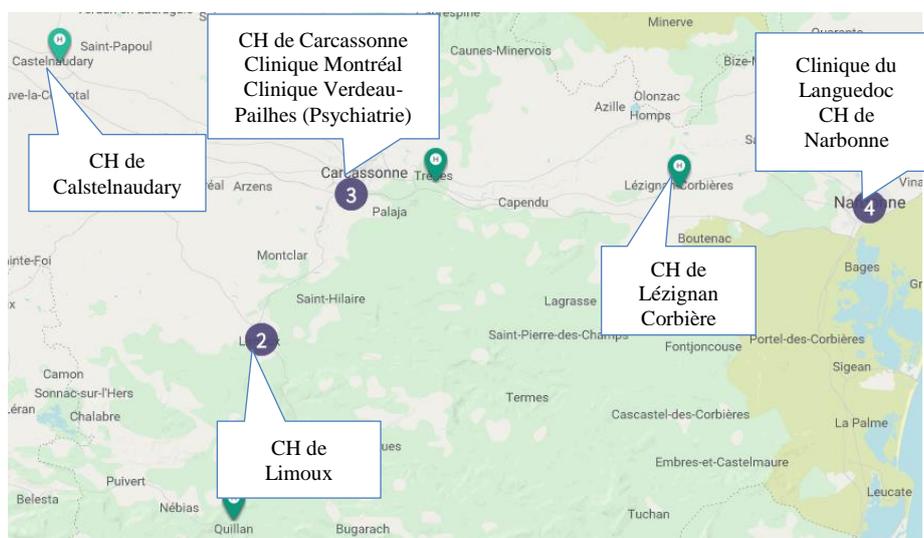
Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 11 décembre 2018, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

dynamique de croissance démographique de + 0,7 % par an en moyenne entre 2007 et 2012 s'explique principalement par l'accroissement de la population de la couronne périurbaine au détriment de la ville-centre³. Ses caractéristiques démographiques et sociales sont conformes aux constats, établis sur l'ensemble de l'Aude, de vieillissement et de fragilité économique de la population, avec une perspective d'augmentation des plus de 60 ans de 42 % d'ici 2030, contre 40 % au niveau régional, et un taux de pauvreté de 21,4 % contre 14,5 % sur le territoire métropolitain. Les données épidémiologiques mettent en évidence des besoins de prise en charge plus marqués sur les pathologies carcinologiques et pneumologiques⁴.

1.1.2. L'offre du bassin de santé

Principal établissement du territoire audois, tant en volume de séjours qu'en capacités d'hébergements exclusivement dédiées aux activités de MCO, le centre hospitalier est localisé sur le même site géographique de la zone d'activité concertée de Montredon que les deux cliniques privées assurant les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de psychiatrie : la clinique du sud, établissement privé à but lucratif du groupe ELSAN de 65 lits, disposant de cinq autorisations de SSR, et la clinique Jacqueline Verdeau-Pailhès, établissement de psychiatrie privé participant au service public (PSPH) de 50 lits, géré par l'Union sanitaire et sociale Aude Pyrénées (USSAP).

carte 2 : Établissements hospitaliers de court séjour de l'Aude



Source : ScopeSanté

Si l'implantation de l'établissement lui permet de détenir 45,8 % des parts de marché sur sa zone de recrutement et respectivement 26,5 % et 44,8 % sur celles des deux autres établissements du GHT ouest-audois, il est soumis à la double concurrence de la clinique privée carcassonnaise et des établissements hospitaliers de la métropole toulousaine. La polyclinique de Montréal, établissement privé à but lucratif également membre du groupe ELSAN, exerce une concurrence dans le domaine chirurgical, disposant sur ce secteur d'une offre de 103 lits et 15 places supérieure en volume à celle de l'hôpital. Elle détient l'offre locale d'autorisations de cancérologie la plus complète du territoire, et son activité est spécialisée à 80 % en volume de séjours comme en valorisation sur les chirurgies digestive, orthopédique et traumatologique,

³ F. BATTLE. Panorama de l'Aude : croissance démographique et difficultés économiques. Insee Analyses, n° 6, mars 2016, p. 2.

⁴ Source : Éléments de contexte du projet régional de santé. ARS Occitanie, octobre 2017.

ophtalmologique et urologique⁵. Elle bénéficie également d'une position hégémonique en ophtalmologie avec 96,5 % des parts de marché en 2016, et d'un recrutement de traumatologie par une filière d'urgence réalisant 20 000 passages en 2016. Distants de seulement une heure de route, les cliniques privées et le CHU de Toulouse détiennent à eux seuls 21,1 % des parts de marché du bassin de santé carcassonnais en 2016, cette part étant en progression de + 2,8 % par rapport à 2013.

Dotés d'une capacité respective de 25 et 42 lits de médecine, à laquelle s'ajoutent des lits de SSR, de longue durée et d'EHPAD, les centres hospitaliers de Castelnaudary et de Limoux, proposent une offre de soins de proximité complémentaire à celle du centre hospitalier de Carcassonne. Les consultations avancées de chirurgie et de médecine spécialisée déployées par l'hôpital sur ces deux établissements s'inscrivent dans la stratégie médicale du GHT ouest-audois pour restructurer les filières de prise en charge sur l'offre publique du territoire. Ils restent toutefois soumis à la concurrence de la clinique et des établissements toulousains, qui drainent 39,7 % des parts de marché en 2016.

1.1.3. Les difficultés d'attractivité

1.1.3.1. Sur les patients

Le centre hospitalier de Carcassonne n'échappe pas au phénomène général de fuite des patient audois, qui représente près de 27 % des séjours consommés en 2016, ce ratio s'accroissant sur la période 2014/2016 de + 1,6 %, d'après les données de l'ATIH⁶. Les principales destinations de soins des patients audois sont les agglomérations de Toulouse, Montpellier et Perpignan, qui représentent 26 % des séjours des patients audois, soit 2 % de plus que le centre hospitalier de Carcassonne. Alors que le taux d'attractivité des établissements audois est limité à 4,8 % en 2016, le centre hospitalier concentre à lui seul 33 % de la production audoise pour l'ensemble de l'activité MCO, devant les autres établissements publics et privés du département. Ce positionnement est nettement moins favorable sur la chirurgie, l'établissement ne produisant que 19,6 % des séjours du département, derrière la clinique Montréal et la polyclinique narbonnaise du Languedoc. Les activités les plus impactées par ce phénomène de fuite sont respectivement l'orthopédie-traumatologie, la gynécologie et la chirurgie du sein, et l'oto-rhino-laryngologie, avec des taux supérieurs à 37 % sur l'exercice 2016⁷. Ces disciplines faisant partie des activités particulièrement rémunératrices dans le système de la tarification à l'activité, les effets financiers de cette fuite d'une partie de la patientèle sont probablement conséquents pour l'ensemble des établissements audois.

Cette faiblesse d'attractivité est analysée par les établissements audois comme résultant de l'organisation de l'offre de carcinologie et des difficultés de recrutement médical. La mise en œuvre de conventions de coopération entre les établissements du territoire et avec les CHU de Montpellier et de Toulouse constitue dans ce cadre un enjeu stratégique fort pour l'établissement.

⁵ La clinique de Montréal est la seule à détenir les six autorisations de chirurgie carcinologique, dont l'autorisation de chirurgie carcinologique ORL. Voir les tableaux d'analyse issus du module ScanSanté de l'ATIH.

⁶ Source : ATIH, requête d'analyse croisée de la consommation et de la production de soins MCO pour les exercices 2014-2016 (les données 2012 et 2013 n'étant pas disponibles). Le taux d'attractivité de l'Aude est estimé à 4,8 %, en diminution de - 0,2 % sur la période 2014-2016. Il est le 5^{ème} taux le plus faible sur la région Occitanie, derrière le Gard, la Lozère, le Gers et les Pyrénées-Orientales. Pour le taux de fuite, l'Aude se classe en 5^{ème} taux le plus fort après le Gers, l'Ariège, le Lot et la Lozère.

⁷ Source : ATIH, extraction du module ScanSanté sur la production/consommations de séjours pour 2016 sur l'Occitanie par domaine d'activité. Les taux de fuite sur la gynécologie sont de 37,7 %, sur l'ORL de 37,9 %, et de 39,7 %.

1.1.3.2. Sur le personnel médical

Outre le déficit croissant d'attractivité vis-à-vis de la patientèle, le territoire souffre de difficultés à fidéliser son personnel médical. Ce phénomène se manifeste sur l'ensemble du territoire audois, d'après les constats présentés dans le rapport d'analyse de 2017 établi par l'ARS Occitanie, qui souligne la faible densité sur le territoire audois des praticiens et des professions paramédicales au regard des moyennes régionales et nationales⁸. Il est confirmé par le taux de vacance de poste de praticien hospitalier de 29,4 % en 2017, supérieur de 5 % au taux régional⁹. Les tensions de recrutement du centre hospitalier de Carcassonne se manifestent depuis 2015 par un taux de postes vacants de 16,2 % par rapport aux effectifs cibles, pour un volume de 31 ETP en 2017, et résultent de la déstabilisation de plusieurs équipes après le départ à la retraite de chefs de service. Si les urgences constituent le secteur le plus durement touché par ces tensions avec 36 % des effectifs manquants en 2017 (voir 3.3.3.1), l'ensemble des disciplines sont concernées : 7,5 % des effectifs sont manquants sur l'anesthésie, 22 % sur la médecine et 15 % sur la chirurgie.

Le recours au remplacement médical a nécessité le recrutement de 126 praticiens en 2017, pour un volume représentant 7,91 ETPR sur un volume total de 204 ETPR médicaux : ce nombre conséquent illustre les difficultés rencontrées par l'établissement, alors même qu'une fidélisation relative des médecins remplaçants permet de concentrer 80 % des journées de remplacement sur 31 praticiens en 2017. Le cadre de recrutement relève des deux statuts de praticien contractuel et de praticien attaché ou attaché associé, selon des dispositions conformes à la réglementation prévue aux articles R. 6152-415 et suivants du code de la santé publique (CSP). La détermination du niveau de rémunération est supérieure aux seuils réglementaires, et résulte d'une négociation individuelle entre les praticiens et la direction¹⁰. Si les contrats des praticiens contractuels limitent ainsi les émoluments au niveau de rémunération du 4^{ème} échelon d'un praticien hospitalier temps plein, majoré de 10 % dans leur article 11, comme prévu par l'article R. 6152-416 du CSP, des indemnités complémentaires fixées à l'article 12 permettent d'atteindre un niveau de rémunération nette correspondant au tarif de la plage horaire négociée par la direction des affaires médicales avec chaque praticien. Les tarifs de référence utilisés varient de 600 à 700 € maximum pour une plage de jour, et de 800 € à 1 300 € maximum pour une plage de 24 heures, selon les disciplines et les praticiens. Pour les contrats de praticiens attachés et attachés associés, l'attribution de l'indemnité différentielle, prévue par les articles 13 et 34 du décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003, est appliquée sans évaluation de la différence de revenus avec la situation antérieure des praticiens concernés¹¹. Dès lors, la détermination du niveau de rémunération relève de la même logique de tarifs négociés au cas par cas, indépendamment de la réglementation susvisée. Ces constats s'inscrivent dans la continuité des observations présentées dans le rapport de 2014 de la Cour des comptes, et dans le rapport de décembre 2013 de l'Assemblée nationale, tant en ce qui concerne les pratiques de dépassement des seuils réglementaires que du niveau des tarifs observés sur l'établissement¹². S'ils témoignent de la situation de fragilité du centre hospitalier de Carcassonne, qui dépend de ses recrutements pour maintenir son activité, la chambre rappelle à l'établissement ses obligations en matière de régularité des contrats de recrutement médical.

⁸ Source : Projet régional de santé, éléments de contexte. ARS Occitanie, octobre 2017, 150 p.

⁹ Voir le tableau de répartition des postes médicaux hospitaliers vacants sur la région en 2017.

¹⁰ Analyse réalisée sur un échantillon de 21 contrats passés en 2017, correspondant à 15 % des contrats de praticiens contractuels et 30 % des contrats de praticiens attachés, répartis sur les services médicaux comme suit : 30 % des urgences et de la cardiologie (5 contrats pour chaque spécialité), 10 % pour la pédiatrie et l'anesthésiologie (deux contrats pour chaque spécialité), 5 % pour la pneumologie et la néphrologie (un contrat par spécialité).

¹¹ Les articles 13 et 34 du décret n° 2003-769 du 1^{er} août 2003 relatif aux praticiens attachés et praticiens attachés associés des établissements publics de santé sont précisés par l'article 4 de l'arrêté du 21 octobre 2003.

¹² O. VERAN. Hôpital cherche médecins, coûte que coûte, essor et dérives du marché de l'emploi médical temporaire à l'hôpital public. Assemblée nationale, décembre 2013, 28 p. ; Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2014, chapitre XIV : « les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire », p. 429. Les tarifs présentés dans le rapport VERAN varient entre 600 et 800 € pour une plage de travail de jour, et plus de 1 000 € pour des gardes de nuit. Ces ordres de grandeur sont également ceux repris par la Cour des comptes.

Les difficultés de recrutement et de fidélisation du personnel médical sont financièrement coûteuses pour l'établissement, puisque les dépenses d'intérim du personnel médical s'élèvent en 2015 à 1,1 M€. Rapporté à la masse salariale, le taux de dépenses d'intérim pour le personnel médical s'élève à 4,78 %, ce qui est largement supérieur à la médiane constatée sur les établissements de même catégorie, d'après les données de l'ATIH. Si ces dépenses diminuent de 0,7 M€ entre 2015 et 2016 du fait de la limitation du recours à l'intérim médical, le total des dépenses de remplacement médical continue pour autant de croître jusqu'à 3,99 M€ en 2017. La diminution du coût unitaire des recrutements est ainsi masquée par l'accroissement global du volume des remplacements. Cinq services concentrent à eux seuls plus de 80 % des dépenses de rémunération des remplacements : la cardiologie, le service des urgences, la pédiatrie, l'anesthésie et la pneumologie. Rapportées aux produits de l'activité d'hospitalisation et de consultations, ces dépenses augmentent de 0,4 % à 4,1 % des produits de l'activité entre 2013 et 2017.

tableau 1 : Évolution des dépenses de remplacement médical entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Ecart 2013/2017	Variation globale 2013/2017	Variation moyenne annuelle 2013/2017
Dépenses intérim	145 760	634 909	1 150 000	427 152	148 000	2 239	1,54%	0,38%
Dépenses intérim hébergement / transports	4 055	19 271	37 113	10 165	4 536	481	11,86%	2,84%
Dépenses contractuels remplacements				865 955	2 569 800	2 569 800		
Dépenses contractuels hébergement / transports				93 500	199 797	199 797		
Dépenses de TTA imputables aux besoins de remplacement (2)	251 685	277 769	390 833	824 792	918 732	667 047	265,03%	38,22%
Dépenses marchés recrutement				35 727	94 066	94 066		
Dépenses gestion remplacements				45 934	58 022	58 022		
Total des dépenses de remplacement	401 500	931 949	1 577 946	2 303 224	3 992 952	3 591 452	894,51%	77,58%
Produits de la tarification à l'activité	82 649 935	85 301 977	87 672 055	89 449 056	88 261 433	5 611 498	6,79%	1,66%
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique	7 195 997	7 553 638	8 212 440	8 326 050	8 451 051	1 255 054	17,44%	4,10%
Total des produits de la T2A et de l'activité externe	89 845 932	92 855 615	95 884 495	97 775 106	96 712 484	6 866 552	7,64%	1,86%
Part des dépenses de remplacement dans les produits de l'activité	0,4%	1,0%	1,6%	2,4%	4,1%	4%	823,90%	74,34%

Source : CRC Occitanie d'après l'ATIH, extraction des parts de marché pour le CH de Carcassonne en 2017 et 2013 sur ScanSanté

Par ailleurs, le coût moyen des effectifs médicaux s'accroît de 14,1 % pour passer de 104 853 € à 119 607 € entre 2013 et 2017.

Outre la diminution du recours à l'intérim, l'établissement a mis en œuvre la précédente recommandation de la chambre sur l'amélioration du suivi des vacations de remplacement, et s'est engagé dans une démarche de fidélisation et de professionnalisation de ses recrutements médicaux. La structuration des filières de recrutement s'appuie, tout d'abord, sur l'intégration de l'établissement à la commission d'agrément du CHU de Toulouse en mai 2018. Cette évolution, très attendue des équipes médicales, n'a, pour autant, pas encore produit les effets escomptés, du fait d'une diminution du nombre de services agréés pour l'accueil des internes suite à la modification réglementaire des conditions d'agrément des services hospitaliers¹³. Plus généralement, l'articulation avec le CHU de Toulouse est restée limitée en matière de coopérations médicales, le déploiement de postes d'assistants partagés n'ayant été mis en œuvre qu'en 2018 suite à une convention d'association avec le GHT ouest audois signée le 4 décembre 2017.

L'organisation du recrutement médical s'est, par ailleurs, professionnalisée avec le recours à trois agences de recrutement, sélectionnées dans le cadre d'un marché multi-attributaire conclu en septembre 2015 pour un montant cumulé de 31 400 €. Bien que la démarche engagée soit

¹³ Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 et l'arrêté du 12 avril 2017 relatifs à la mise en œuvre de la réforme des études médicales. Le nombre d'internes accueillis au CH de Carcassonne est ainsi passé de 17 internes en novembre 2017 à 14 en mai 2018.

intéressante, la chambre souligne l'accroissement des charges sur ce poste, puisque les dépenses effectuées par l'établissement dans le cadre des marchés de recrutement s'élèvent à 10 729 € en 2017, alors même que le nombre de recrutements médicaux retranscrit dans les bilans sociaux n'augmente pas sensiblement entre 2015 et 2017. L'absence de recours au statut de clinicien, introduit aux articles L. 6152-1 et R. 6152-701 à 802 du CSP par la loi « hôpital patient santé territoire » (HPST) de 2009 pour limiter les difficultés de recrutement médical par la proposition de conditions financières particulièrement intéressantes, témoigne du manque d'attractivité de ce statut, déjà souligné dans le rapport précité de l'Assemblée nationale¹⁴. Les autres mesures prises par l'établissement pour faciliter l'accueil et la fidélisation des praticiens portent essentiellement sur l'identification et la proposition de réponses au projet professionnel du candidat, tant en termes de formations, que d'activités à développer en lien avec les équipes médicales du CHU de Toulouse. Outre les dispositifs d'accueil traditionnels (livrables de présentation, formation aux outils, sessions d'accueil...), des mesures pratiques d'aide à l'installation du praticien sont également proposées, comprenant une aide financière plafonnée à 2 000 €, pour le déménagement du praticien et de sa famille, ainsi qu'une aide à la recherche d'emploi pour le conjoint. Le contexte économique difficile de l'aire urbaine de Carcassonne constitue un facteur d'échec non négligeable des procédures de recrutement, huit praticiens ayant été contraints de repartir en 2017 faute d'avoir pu trouver un emploi pour leur conjoint.

1.1.3.3. Sur le personnel non médical

Les difficultés d'attractivité du centre hospitalier de Carcassonne en matière de personnel non médical sont moins marquées que pour le personnel médical, mais tendent à s'accroître au cours de la période sous revue. Les métiers en tension identifiés dans le cadre des indicateurs prévus au bilan social sont les infirmiers, les infirmiers anesthésistes et les masseurs-kinésithérapeutes, en cohérence avec les moyennes nationales. Les difficultés de recrutement des infirmiers de bloc opératoire s'accroissent depuis quelques années, puisque le nombre d'infirmiers non dépositaires du diplôme d'infirmier de bloc opératoire (IBODE) est passé de 38,7 % en 2013, à 47,4 % à la fin de l'année 2017 (voir la partie 3.3.2.1)¹⁵. Intervenant dans un contexte de diminution générale des effectifs non médicaux après les restructurations mises en œuvre depuis 2015 dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), elles restent globalement limitées. Le taux de rotation du personnel non médical relevé dans les bilans sociaux de l'établissement, compris entre 5 % en 2013 et 8,23 % en 2017, est inférieur à la moyenne observée sur les établissements de taille comparable, même si la tendance à la hausse observée sur le centre hospitalier de Carcassonne est opposée à la tendance générale. Au global, les dépenses d'intérim, visant exclusivement à des remplacements d'infirmiers en soins généraux et d'infirmiers anesthésistes, restent limitées en 2017 à 7 888 €, soit 5 % du total des dépenses d'intérim de l'établissement, malgré des variations annuelles conséquentes sur les exercices 2014 et 2016.

Les difficultés d'attractivité se manifestent notamment par la diminution sensible du nombre de candidats aux concours organisés par l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI), évaluée à - 21,4 % entre les seules années 2015 à 2017. Cette désaffection relative pour le métier infirmier peut être rapprochée du ressenti de la profession, exprimé dans l'enquête de l'ordre national des infirmiers publiée en avril 2018. L'organisation des concours des différents IFSI de

¹⁴ O. VERAN, opus cité, p. 15-16 : le contrat de clinicien « n'est défini que pour 3 ans renouvelables une fois, soit 6 ans au total. Et ensuite ? Rien n'est prévu dans la loi, mais seule l'intégration dans le corps des praticiens hospitaliers est envisageable, par voie de concours, ce qui sous-entend une période probatoire, et l'effondrement brutal des revenus. Peu de contrats de cliniciens ont été signés, compte tenu des différences de statut et de rémunération qu'il introduit au sein des équipes hospitalières. Certains aimeraient le voir supprimer, d'autres prolongeable sur toute la durée d'une carrière ».

¹⁵ Analyse des bilans sociaux 2015, ATIH, opus cité, indicateur F59 p. 86 : les métiers les plus sensibles au niveau du personnel non médical sont par ordre décroissant les masseurs-kinésithérapeutes, les infirmiers en soins généraux, les aides-soignants, les infirmiers anesthésistes, et les infirmiers de bloc opératoire.

la région entraîne, par ailleurs, une répartition des promotions souvent déconnectée de leur origine géographique : en 2017, seulement la moitié des admis au concours de l'IFSI de Carcassonne étaient des résidents audois. D'après les entretiens effectués au cours de l'instruction, l'accroissement des tensions de recrutement renvoie également à une baisse de l'attractivité du secteur public par rapport au secteur privé : les intégrations des infirmiers, qui avaient commencé leur carrière dans le secteur privé pour bénéficier d'un meilleur niveau de rémunération en début de carrière avant de basculer sur le secteur public au bout d'une dizaine d'années d'exercice, ont fortement diminué avec l'allongement de l'âge du départ à la retraite, consécutif à l'intégration des infirmiers de la fonction publique hospitalière dans la catégorie A mise en œuvre par le décret n° 2010-1139 du 29 septembre 2010.

L'accroissement des tensions de recrutement a conduit la direction des ressources humaines (DRH) du CH de Carcassonne à élargir ses propositions de recrutement au-delà du cadre réglementaire, en systématisant le recours aux CDI, et en pratiquant une politique de promotion professionnelle correspondant à 1,31 % de la masse salariale totale du personnel non médical, soit + 0,71 % au-delà de la contribution obligatoire par mutualisation des crédits ANFH avec le fonds de mutualisation des études professionnelles (FMEP). Bien que répondant à des problèmes accrus sur la période sous revue, le recours aux CDI est contraire aux règles de la fonction publique hospitalière, qui prévoit que les postes permanents ne peuvent être occupés par des agents contractuels qu'en cas de spécificité des fonctions¹⁶. La chambre relève également que, dans ce contexte général, les recommandations précédentes concernant la révision du recrutement, l'avancement et la rémunération du personnel non médical ont été peu suivies d'effet. Les autres mesures de fidélisation engagées portent sur les modalités d'accueil des nouveaux arrivants : outre le livret d'accueil, dont le contenu est régulièrement mis à jour, deux sessions d'accueil sont réalisées chaque année au printemps et à l'automne.

1.2. Une offre de recours infrarégional

En application du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 2012-2017, le centre hospitalier de Carcassonne constitue l'établissement pivot du territoire audois, et se positionne comme un établissement de recours infrarégional, avec une activité de court séjour associée à un accès continu aux structures d'urgences. L'offre de soins, bénéficiant d'infrastructures rénovées depuis l'installation sur le nouveau site de Montredon en 2014, est axée essentiellement sur l'activité de médecine, intégrant la prise en charge aiguë de cardiologie et de neurologie, ainsi que l'éventail complet des modalités de traitement des cancers. L'établissement dispose, par ailleurs, de trois autorisations de médecine d'urgence : le service d'accueil des urgences qui accueille près de 42 325 passages en 2017, les trois antennes SMUR de Carcassonne, Castelnaudary et Quillan, qui réalisent globalement plus de 3 000 sorties annuelles, et le centre de régulation médicale, qui totalise plus de 120 000 appels en 2017 (cf. 3.3.3).

Le plateau technique est composé d'un bloc opératoire de neuf salles, d'équipements complets d'imagerie, exploités dans le cadre d'un groupement d'intérêt économique (GIE) comprenant deux appareils d'imagerie à résonance magnétique (IRM) dont un ostéo-articulaire, deux scanners, d'un laboratoire de biologie médicale, et d'un service de médecine nucléaire équipé de deux gamma-caméras, conventionné avec le CHU de Toulouse pour l'accès à des vacances de TEP Scan. L'ouverture de la plateforme médico-logistique du groupement audois des prestations

¹⁶ Article 9 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière : l'occupation de postes permanents par des agents contractuels dans la fonction publique hospitalière n'est possible que « lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées ».

médico-logistiques (GAPM) en 2010 a conduit à l'externalisation des fonctions logistiques d'approvisionnement, de blanchisserie et de restauration. Les fonctions médicotechniques externalisées sont limitées à la pharmacie. L'unité de stérilisation, bien que localisée sur le site de la plateforme, est intégrée dans le périmètre de l'établissement. Ce dernier dispose également d'une maternité de niveau 2b, pour une activité obstétricale représentant un peu plus de 10 % des capacités d'hébergement et de la production en séjours et 6 % en valorisation, et réalisant 1 596 accouchements en 2017.

Le centre hospitalier pourrait élargir encore son périmètre d'activité au vu des dispositions introduites dans le schéma régional d'organisation des soins (SROS) ouvert pour la période 2018-2023. Les grandes orientations contenues dans ce document en cours de concertation comprennent, en effet, la perspective d'ouverture d'une autorisation de rythmologie et d'un équipement de TEP Scan sur l'Aude.

1.3. Le positionnement de l'établissement sur son territoire

1.3.1. L'évolution globale de l'activité

D'après les données de l'établissement, le volume global des séjours du centre hospitalier augmente annuellement de + 2,2 %, alors que l'accroissement des produits de la valorisation des séjours est plus limité (+ 1 %) et traduit une diminution de la valeur annuelle moyenne des séjours de - 1 %. Alors que les pathologies digestives, cardio-vasculaires, neurologique, orthopédique et pneumologiques, représentent près de 60 % du volume économique réalisé par l'établissement en 2016, les principales évolutions de la période sous revue portent, d'une part, sur la diminution de l'activité obstétricale et, d'autre part, sur l'accroissement des séjours de cardiologie et d'orthopédie. Le déménagement de 2014 n'a eu qu'un impact ponctuel limité de - 2,2 % sur les services de médecine, hors radiothérapie. *A contrario*, les effets positifs de cette nouvelle implantation se manifestent par un accroissement de 3,6 % et de 3,9 % sur l'ensemble des secteurs MCO, hors radiothérapie.

tableau 2 : Évolution globale de l'activité entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	2016/2017	Variation 2016-2017	Variation globale	Variation moyenne
Nombre total de séjours	57 820	58 719	61 065	61 835	63 545	1 710	2,8%	9,7%	2,4%
Dont médecine hors radiothérapie	36 671	35 882	37 209	38 755	38 882	127	0,3%	6,2%	1,5%
Dont radiothérapie	11 313	12 055	12 720	11 626	13 416	1 790	15,4%	17,4%	4,4%
Dont chirurgie	4 921	5 945	6 451	6 667	6 681	14	0,2%	29,6%	7,9%
Dont obstétrique	4 915	4 837	4 685	4 787	4 566	- 221	-4,6%	-7,2%	-1,8%
Valorisation totale des séjours	83 074 399	84 288 905	88 050 799	90 213 900	87 580 987	- 2 632 913	-2,9%	5,3%	1,3%
Dont médecine hors radiothérapie	57 566 822	58 025 144	60 718 164	62 755 477	60 015 262	- 2 740 215	-4,4%	4,2%	1,0%
Dont radiothérapie	2 560 746	2 757 286	2 860 757	2 626 633	3 080 756	454 123	17,3%	18,9%	4,7%
Dont chirurgie	15 150 670	15 790 537	16 906 820	17 231 820	17 170 250	- 61 570	-0,4%	12,8%	3,2%
Dont obstétrique	7 796 161	7 715 938	7 565 058	7 599 970	7 314 719	- 285 251	-3,8%	-6,2%	-1,6%

Source : données d'activité du CH de Carcassonne

L'analyse comparée du poids moyen du cas traité (PMCT) montre que le profil d'activité de l'établissement est globalement avantageux dans le système actuel de tarification¹⁷. La diminution des produits de la valorisation des séjours de chirurgie, résultant de l'accroissement des séjours ambulatoires, est théoriquement atténuée par le niveau plus élevé du PMCT sur ce type

¹⁷ L'analyse du poids moyen du cas traité (PMCT) permet de comparer la rémunération moyenne des séjours du centre hospitalier de Carcassonne avec celui des établissements de même catégorie. Sa décomposition par catégorie d'activité donne des hypothèses explicatives sur la structuration des recettes d'activité et les leviers potentiels de l'établissement en matière d'évolution de son activité.

d'activité : alors que le niveau du PMCT des séjours de chirurgie en hospitalisation complète, supérieur de 22 % à celui observé sur les établissements de même catégorie en 2016, est appelé à s'accroître avec la bascule des séjours moins rémunérés relevant de la chirurgie ambulatoire, le PMCT des séjours de chirurgie ambulatoire est supérieur de 4 % au niveau constaté sur les établissements comparables. Ce phénomène, qui tendrait à indiquer que l'établissement est plus pénalisé par son taux de fuite que par l'organisation structurelle de son activité, devra être vérifié dans le cadre du rapport d'observations définitives avec l'actualisation des données 2017.

Dans ce contexte, le tassement du volume des séjours et la diminution des produits de l'activité de médecine et de chirurgie observés en 2017, constituent une inflexion sensible de la dynamique observée depuis 2013. Les effets du virage ambulatoire pris par l'établissement à partir de 2015 n'expliquent pas à eux seuls cette tendance puisque le nombre de séjours chirurgicaux reste globalement stable à + 0,2 % tandis que leur valorisation diminue de 0,4 %, sous l'effet de la diminution concomitante de l'activité et de la valeur moyenne des séjours de chirurgie viscérale et des spécialités de la face (ORL et stomatologie).

tableau 3 : Évolution du taux de chirurgie ambulatoire du CH de Carcassonne comparé aux données nationales

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale
Taux établissement	32,1%	36,9%	38,9%	40,8%	44,0%	11,9%
Premier quartile	ND	41,90%	43,90%	45,90%	ND	4,0%
Taux national	ND	50,00%	51,90%	54,10%	ND	4,1%
Médiane	ND	51,20%	53,70%	55,60%	ND	4,4%
Troisième quartile	ND	61,80%	64,00%	66,00%	ND	4,2%

Source : données établissement / données ATH, extraction fiches établissement chapitre 4 Focus MCO

La chambre constate sur ce point que si l'accroissement de 12 % du taux de chirurgie ambulatoire, observé entre 2013 et 2017, ne permet pas au centre hospitalier d'atteindre la moyenne annuelle nationale de 54 %, la marge supplémentaire d'activité ambulatoire de l'établissement serait limitée : le potentiel supplémentaire estimé par la direction est de 154 à 511 séjours, pour un taux cible maximal compris entre 47 et 54 %.

S'il est confirmé, le ralentissement la production de séjours constaté en 2017 indique une perte d'influence de l'établissement, alors même que l'augmentation des soins non programmés souligne une fragilisation de son activité : l'accroissement de 38 % en 5 ans du volume annuel de passages sur les urgences porte, en effet, principalement sur les consultations externes, et marque une focalisation de l'activité du service sur la prise en charge de proximité, au détriment de l'activité programmée de recours. Cette évolution, associée au constat d'accroissement des délais d'accès aux consultations spécialisées, risque de limiter les marges de récupération des taux de fuite, et d'induire une diminution des séjours les plus complexes et les plus rémunérateurs.

Dans ce contexte, l'articulation avec la médecine de ville est un levier intéressant d'amélioration de l'attractivité de l'établissement. Il fait d'ailleurs partie des objectifs inscrits dans le CPOM, en complément des mesures déjà engagées dans le cadre du projet d'établissement 2009-2013, comme le déploiement de la messagerie sécurisée pour la transmission des comptes rendus d'hospitalisation. Alors même que les indicateurs de qualité soulignent les marges persistantes d'amélioration dans la tenue des documents de sortie, les échanges engagés avec les médecins libéraux n'ont pas permis d'aboutir à la localisation sur le site hospitalier de la maison médicale de garde, et se sont limités à cinq rencontres ponctuelles entre septembre 2016 et mars 2018. En 2018, l'établissement a candidaté avec succès, avec les deux autres établissements du

GHT ouest-audois, à l'appel à projets organisé par la délégation régionale de Fédération hospitalière de France (FHF) et l'union régionale des professionnels de santé (URPS), afin d'accompagner les GHT et les professionnels libéraux dans le développement des relations ville-hôpital¹⁸. Bien que récente, cette initiative témoigne de la prise de conscience de l'établissement de la nécessité d'améliorer ses relations avec les professionnels libéraux.

1.3.2. L'activité de médecine

Représentant plus des deux tiers de la production totale de l'établissement, le volume des séjours de médecine hors radiothérapie s'accroît sur la période sous revue de 5,1 %, alors que la valorisation augmente de façon moins soutenue de + 3,3 %, du fait d'importantes diminutions du groupement homogène de malade (GHM) moyen sur la réanimation, la surveillance continue et la pneumologie. L'activité médicale étant structurellement diversifiée, les quatre principales disciplines du secteur que sont la cardiologie, la neurologie, la gastro-entérologie et la pneumologie ne représentent que 40 % des produits de la valorisation des séjours en 2017, et connaissent une diminution de 3,5 % en volume et de 4,2 % en valorisation, pour un montant total de 1 M€. L'affectation de moyens de remplacement importants sur la cardiologie a permis de maintenir l'activité sur cette discipline, contrairement aux autres secteurs. La perte globale de 2,1 % des parts de marché de médecine du centre hospitalier entre 2013 et 2016 se réalise au profit de la clinique Montréal (+ 1,1 %) et des établissements toulousains (+ 1,9 %).

tableau 4 : Évolution des séjours des services de médecine entre 2013 et 2017

Séjours	2013	2014	2015	2016	2017	Ecart global	Variation globale	Variation moyenne	Variation 2016/2017
Radiothérapie	11 313	12 055	12 720	11 626	13 416	2 103	17,4%	4,4%	15,4%
Hémodialyse	11 682	11 665	11 992	12 549	12 536	854	7,3%	1,8%	-0,1%
Oncologie	4 465	5 035	5 455	5 476	5 955	1 490	29,6%	7,5%	8,7%
UHCD	2 383	2 233	2 566	2 714	2 537	154	6,9%	1,6%	-6,5%
Cardiologie	2 528	2 452	2 404	2 530	2 635	- 87	-3,5%	1,0%	4,2%
Pédiatrie-néonatalogie	2 479	2 533	2 340	2 267	2 343	- 136	-5,4%	-1,4%	3,4%
Neurologie	2 530	2 515	2 409	2 497	2 378	- 188	-7,5%	-1,5%	-4,8%
Pneumologie	1 504	1 554	1 635	1 871	1 725	221	14,2%	3,5%	-7,8%
Gastro-entéro	3 034	1 606	1 769	1 598	1 448	- 1 586	-98,8%	-16,9%	-9,4%
Médecine polyvalente gériatrique	877	992	1 197	1 385	1 256	379	38,2%	9,4%	-9,3%
Rhumatologie	1 285	1 419	1 211	1 223	1 107	- 178	-12,5%	-3,7%	-9,5%
Hospitalisation box urgences	315	364	454	734	1 097	782	214,8%	36,6%	49,5%
Médecine polyvalente	1 251	1 122	1 095	1 074	1 082	- 169	-15,1%	-3,6%	0,7%
Endocrinologie	611	572	652	669	726	- 22	-3,8%	4,4%	8,5%
Surveillance continue	295	387	468	543	478	183	47,3%	12,8%	-12,0%
Néphrologie	549	548	610	502	484	- 88	-16,1%	-3,1%	-3,6%
Réanimation	297	335	401	454	439	142	42,4%	10,3%	-3,3%
Médecine de jour	408	443	393	441	385	- 23	-5,2%	-1,4%	-12,7%
Unité d'évaluation gériatrique	178	107	158	228	271	93	86,9%	11,1%	18,9%
Total médecine	47 984	47 937	49 929	50 381	52 298	3 924	8,2%	2,2%	3,8%

Source : Tableaux de suivi de l'activité établis par la direction des finances du CH de Carcassonne

Par ailleurs, la cancérologie apparaît comme particulièrement dynamique, avec une augmentation moyenne annuelle de 5,3 % en radiothérapie et de 4 % en oncologie. L'accroissement de l'activité d'urgences se traduit par une augmentation des séjours sur les services de post-urgences : l'augmentation des produits qui en résulte n'est effective que sur la médecine gériatrique, pour un volume total de 1,8 M€ sur la période.

¹⁸ C. Cordier, « La FHF et l'URPS médecins en Occitanie veulent accompagner les GHT dans les relations ville-hôpital », HOSPIMEDIA, 31 janvier 2018.

1.3.3. L'activité de chirurgie

L'activité chirurgicale est composée à plus de 70 % par la chirurgie orthopédique et viscérale. La chirurgie ambulatoire s'accroît de 26 % entre 2014 et 2017, et représente 47,7 % de la production globale des séjours pour 20 % des produits en 2017. Contrairement à l'ensemble des spécialités chirurgicales, l'activité d'orthopédie et de traumatologie croît de façon continue sur la période, et ses parts de marché progressent de 3,8 % sur la traumatologie et de 11,8 % sur l'orthopédie, pour un total de respectivement 64,5 et 47,6 % en 2016.

tableau 5 : Évolution de la production des service de chirurgie entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation 2014-2017	Variation moyenne 2014/2017	Variation 2016-2017
Ambulatoire	0	2525	2816	3072	3190	26,3%	8,1%	3,8%
chir ophtalmo	9	3	8	9	4	33,3%	10,1%	-55,6%
chir ORL	359	236	260	327	180	-23,7%	-8,6%	-45,0%
Chir ortho	1 748	1 224	1 318	1391	1458	19,1%	6,0%	4,8%
chir stomatologique	96	29	54	28	16	-44,8%	-18,0%	-42,9%
Chir urologique	283	229	217	180	192	-16,2%	-5,7%	6,7%
Chir vasculaire	840	514	483	408	414	-19,5%	-7,0%	1,5%
Chir viscérale	1 586	1 185	1 295	1252	1104	-6,8%	-2,3%	-11,8%
Dermato-esthétique					123			
Total chirurgie	4 921	5 945	6 451	6 667	6 681	29,6%	7,9%	0,2%

Source : Tableaux de suivi de l'activité établis par la direction des finances du CH de Carcassonne

La production des autres services chirurgicaux diminue de 26 % sur les spécialités de la face et de 6,8 % sur la chirurgie viscérale. Au global, la chirurgie est le secteur le plus touché par la fuite de la patientèle audoise, et ses parts de marchés restent limitées à 24,3 % en 2016. Ce constat, applicable à l'ensemble des établissements du département, souligne la concurrence croissante des établissements toulousains, qui drainent 26,2 % des parts de marché en 2016, soit 3,5 % de plus qu'en 2014.

1.3.4. L'activité d'obstétrique

L'activité d'obstétrique constitue l'activité de recours de l'établissement, et draine plus de 86 % des parts de marché en 2016. La diminution de production de 7,2 % au global résulte principalement de l'évolution de la natalité sur le département, puisque l'établissement gagne sur la même période entre 1 et 2,5 % de parts de marchés, et que les établissements toulousains en perdent 1,5 %.

tableau 6 : Évolution de l'activité du service de gynéco-obstétrique entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation 2016-2017	Variation globale	Variation moyenne
Gynéco-obstétrique	4 915	4 837	4685	4 787	4 566	-4,6%	-7,2%	-1,8%
Total obstétrique	4 915	4 837	4685	4 787	4 566	-4,6%	-7,2%	-1,8%

Source : tableaux de suivi de l'activité établis par la direction des finances du CH de Carcassonne

1.4. Les atouts et les limites de la gouvernance

1.4.1. Un cadrage stratégique insuffisamment formalisé

1.4.1.1. La contractualisation avec l'ARS Occitanie

Le CPOM, établi le 4 juillet 2013 entre la direction du centre hospitalier de Carcassonne et l'ARS Occitanie pour cinq ans a été prolongé par avenant jusqu'au 31 décembre 2018. Il définit les engagements de l'établissement pour la mise en œuvre des orientations stratégiques régionales en matière d'accessibilité, d'amélioration de l'efficacité des organisations par le déploiement de l'activité ambulatoire, de structuration et l'optimisation des filières et des parcours de soins, et d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les orientations spécifiques au centre hospitalier, détaillées dans les dix annexes jointes au contrat, visent à conforter l'établissement dans son rôle de recours infrarégional, et correspondent bien aux problématiques de l'établissement de fuite de la patientèle et de fragilisation de l'activité de recours. Pour autant, la formalisation de ces objectifs est perfectible : les cibles ne sont pas toujours identifiées de façon précise, tout comme leur programmation pluriannuelle et leurs modalités de suivi. Les objectifs relatifs à la politique de coopération ne recourent que partiellement les objectifs stratégiques, ce qui conduit à l'augmentation numérique des engagements. En matière de performance, le spectre des engagements de l'établissement est large, mais le niveau de certains objectifs reste relativement limité : le taux cible de chirurgie ambulatoire fixé pour 2016 n'est ainsi que de 38 % pour un niveau de départ de 22 % en 2012, et le taux d'occupation cible sur les services de médecine est fixé à 87 %, alors que la cible nationale fixée par la DGOS est de 95 %. Contrairement aux dispositions prévues aux articles L. 6114-1 et D. 6114-8 du CSP reprises dans le contrat, le suivi du CPOM n'a donné lieu à aucune formalisation depuis 2013, tant dans le relevé des indicateurs que dans l'appréciation des résultats obtenus par l'établissement.

La chambre constate néanmoins la régularité des échanges entre l'ARS Occitanie et le centre hospitalier sur l'ensemble de la période dans le suivi de la mise en œuvre du CREF 2013-2017 et de son avenant, signés respectivement le 22 mai 2013 et le 17 novembre 2015. Ces échanges intègrent à partir de 2016 le suivi du déploiement des objectifs inscrits dans la feuille de route stratégique établie en application du plan triennal de l'assurance maladie.

1.4.1.2. L'absence de projet d'établissement

Le centre hospitalier de Carcassonne ne dispose plus de projet d'établissement depuis l'achèvement du projet d'établissement de 2009-2013. Cette situation, qui s'explique pour l'exercice 2014 par le contexte de déménagement du nouvel hôpital, s'est prolongée sans avoir fait l'objet de remarques de la part de l'ARS Languedoc-Roussillon puis Occitanie. L'établissement a, pour autant, réalisé un important travail d'analyse des projets médicaux de ses pôles, et de réflexion sur les orientations stratégiques du GHT.

En interne, la préparation du projet médical a été conduite entre 2015 et 2016 à partir du recensement et de l'étude des projets détaillés de chaque pôle, sur la base d'une analyse multicritère des conditions de leur mise en œuvre technique et financière, et des opportunités et des menaces constatées sur chaque discipline. D'après les documents transmis par l'établissement, 116 actions sont ainsi répertoriées, et 17 restent encore à analyser de façon détaillée. Les quatre axes stratégiques retenus par la direction générale à partir de ce travail préparatoire, formalisés

dans un support de présentation de 14 diapositives, validé en conseil stratégique le 31 mars 2016, portent sur la fidélisation de la ressource médicale, l'amélioration de l'efficience par des restructurations d'activités et la réduction du non-programmé, le développement d'activités intégrant l'amélioration des relations avec la médecine de ville, et la mise en œuvre de parcours et de filières (urgences, gériatrie, cancérologie, etc.). Contrairement au calendrier initial, qui prévoyait une validation du projet d'établissement au 30 juin 2016, l'ordonnateur a expliqué avoir fait le choix de privilégier la formalisation de la stratégie médicale du GHT à partir du printemps 2016, et vouloir finaliser le projet d'établissement sur 2018. Un recours à un prestataire extérieur est prévu à cette fin, pour un coût de 109 757 €. La chambre rappelle que l'absence de projet d'établissement est contraire aux obligations réglementaires des établissements publics de santé prévues à l'article L. 6143-2 du CSP¹⁹, et prive le centre hospitalier du cadre de communication institutionnel lui permettant de donner la lisibilité nécessaire à ses actions, en interne vis-à-vis des professionnels, et en externe vis-à-vis des patients et des professionnels libéraux.

Sur le territoire, le projet partagé de prise en charge du patient partagé du GHT ouest-audois fait suite à l'arrêté constitutif de l'ARS Occitanie du 1^{er} juillet 2016, et à la convention constitutive établie le 30 juin 2016 identifiant le centre hospitalier de Carcassonne comme son établissement support, en application des dispositions prévues à l'article L. 6132-2 du CSP. Si la convention constitutive comme le règlement intérieur n'appellent pas d'observations, les principes fondateurs d'égalité et de subsidiarité explicités au titre 2 du document semblent peu adaptés au territoire ouest-audois, tant la différence capacitaire est grande entre le centre hospitalier de Carcassonne et les deux autres établissements membres, le premier étant de surcroît établissement de recours pour le territoire. Le cadre stratégique posé par le projet partagé du 30 juin 2017 et de son avenant du 5 mars 2018 constitue potentiellement un appui dans la déclinaison des orientations stratégiques de l'établissement. Le déploiement d'une offre de soins structurée au niveau de l'ensemble du GHT pour la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux, de la cancérologie et de la gériatrie constitue ainsi un levier intéressant dans la recherche d'une limitation des fuites de patientèle. Dans la même logique, l'ouverture d'une réflexion commune sur les stratégies de recrutement médical et paramédical peut permettre de renforcer les actions déjà déployées par le centre hospitalier. Pour autant, la chambre souligne deux limites aux perspectives d'optimisation offertes par la mise en place du GHT pour l'établissement, tenant à l'absence de mutualisation supplémentaire des fonctions supports sur le GAPM d'une part, et du coût potentiel de l'harmonisation du système d'information, d'autre part (voir 3.3.1).

Constatant l'absence de mise en œuvre par le centre hospitalier de la recommandation précédemment émise lors de son dernier contrôle en matière de formalisation des orientations stratégiques, la chambre insiste sur la nécessité d'adopter au plus vite un projet d'établissement. Dans sa réponse à la chambre, l'ordonnateur a indiqué vouloir adopter un projet d'établissement sur le premier semestre 2019.

Recommandation

1. Adopter rapidement le projet d'établissement. *Non mise en œuvre.*

¹⁹ L'article L. 6143-2 du CSP, qui précise que « le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement (...). Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques, ainsi qu'un projet psychologique et un projet social. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma régional ou interrégional de santé, définit la politique de l'établissement en matière de participation aux réseaux de santé (...) et d'actions de coopération (...). Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs ».

1.4.1.3. La politique de coopération

La politique de coopération du centre hospitalier de Carcassonne, dont l'ampleur avait déjà été soulignée par la chambre lors de son précédent rapport d'observations définitives, est cohérente avec son rôle de recours infrarégional. La base transmise dans le cadre de l'instruction fait ainsi état de 236 conventions de coopérations actives, et de près de 90 signatures annuelles entre 2014 et 2017. Trois grandes catégories de conventions sont recensées : les coopérations relevant des actions de coordination assumées par le centre hospitalier, les conventions de coopérations inter-établissements, et les conventions passées avec les CHU de Toulouse et de Montpellier. Les conventions avec les deux CHU portent essentiellement sur la prise en charge des disciplines de recours régional. Les accords passés avec le CHU de Toulouse appuient la politique de recrutement déployée par l'établissement, mais restent encore limités, puisque ne sont recensés que six conventions portant sur la formation de praticiens nouvellement recrutés et une seule convention de déploiement d'un poste d'assistant partagé entre 2014 et 2017.

Le caractère hétérogène, et globalement limité, des accords avec les établissements membres du GHT recensés dans la base des conventions de l'établissement, et formalisés préalablement à la signature de la convention constitutive en 2016 de la marge de progression en matière de structuration des filières de prise en charge des patients entre les trois établissements²⁰. Pour autant, l'analyse des transferts inter-établissements recensés dans le cadre des séjours d'hospitalisation sur le secteur MCO avec les données de l'ATIH met en évidence les flux sortants du centre hospitalier vers le centre hospitalier de Limoux sur l'aval de la filière gériatrique, et les flux entrants du CH de Castelnaudary vers Carcassonne : l'articulation fonctionnelle entre les trois établissements, sans avoir été formalisée avant le déploiement du GHT, semble, ainsi, manifeste, et confirme l'enjeu d'optimisation des filières de prise en charge entre les trois établissements. L'ancien ordonnateur souligne sur ce point les échanges sur le déploiement de consultations avancées et la limite imposée par l'ancien statut d'hôpital local du centre hospitalier de Limoux pour la formalisation de ces conventions.

1.4.2. L'amélioration limitée de la gouvernance des pôles

L'ordonnateur a fait le choix de ne pas mettre en œuvre la recommandation précédemment émise par la chambre, en maintenant inchangé le périmètre de ses pôles d'activité médicale depuis le dernier contrôle. Au vu de la longévité du périmètre défini, il apparaît au final que le choix de dimensionnement, s'il majore de fait le nombre de structures et s'il limite leur taille, permet également d'assurer une certaine cohérence médicale, et s'accompagne d'une stabilité des responsables sur la période sous revue.

Par ailleurs, il n'apparaît pas que le nombre de pôles génère des besoins supplémentaires d'accompagnement, puisque les moyens qui y sont dévolus reposent sur la désignation d'un directeur adjoint référent pour chaque pôle, exerçant cette mission en plus de ses attributions fonctionnelles, et d'un temps de contrôleur de gestion réparti depuis 2018 sur trois adjoints des cadres, suite à un redéploiement interne des postes.

La contractualisation déployée par le centre hospitalier est pour autant insuffisante au regard des obligations réglementaires définies aux articles L. 6146-1 et R. 6146-8 du CSP, puisqu'elle ne porte que sur trois des huit pôles entre 2012 et 2015, et qu'aucun contrat n'est

²⁰ Une seule convention visant à la réalisation de consultations avancées est ainsi recensée avec le CH de Limoux avant 2017 dans le domaine de la cardiologie, tandis que 19 conventions dont 12 encore actives en 2018 ont été établies avec le CH de Castelnaudary, portant sur la réalisation de consultations avancées en addictologie, en cancérologie et en diabétologie, la réalisation des activités d'imagerie et de gynéco-obstétrique, et l'appui à la prestation de médecine du travail.

effectif depuis. Établis sur un modèle conforme aux dispositions prévues aux articles R. 6146-8 et 9 du CSP, les contrats définissent les délégations et les objectifs des pôles par service et par thématique, portant à la fois sur les développements d'activité, les réorganisations et la participation à la politique financière, sociale et managériale de l'établissement, en lien avec les objectifs généraux du projet d'établissement de 2009. Au total, plus de cent objectifs étaient ainsi définis, selon une cible finale et une fréquence de suivi qui ne sont pas systématiquement établis. Les difficultés inhérentes au suivi d'un tel volume sont confirmées par l'absence d'évaluation et de bilan de ces trois contrats.

Depuis 2016, la politique managériale de l'établissement se limite à une démarche d'information et d'analyse de l'évolution de l'activité des pôles et de leurs dépenses directes, les objectifs d'optimisation évoqués avec les équipes de pôle ne prenant, par définition, aucun caractère contraignant. Effectués au début du dernier trimestre de l'exercice, ces temps d'échanges sont complétés des tableaux de bord mensuels établis à partir des extractions du système d'information décisionnel de l'établissement (voir *infra*).

La seule contractualisation recensée sur l'établissement est circonscrite au service de cardiologie du pôle vasculaire et métabolique en mars 2018 et vise à mettre en œuvre une feuille de route établie depuis avril 2017. Portant sur l'augmentation de l'activité et de la capacité de l'unité de soins intensifs de cardiologie, le contrat fait suite à la réalisation d'un audit externe sur les enjeux de réorganisation du service et le renforcement de son attractivité. Plus opérationnel et simplifié dans son suivi, il ne couvre qu'une partie des engagements formalisés par l'équipe de cardiologie dans le cadre de sa feuille de route. Bien qu'intéressante, cette démarche ne répond pas aux obligations réglementaires de l'établissement.

La logique poursuivie par le législateur dans la modification de la gouvernance introduite par la loi HPST était de favoriser l'implication des équipes médicales dans le pilotage de l'établissement, en les conduisant à participer à la définition des objectifs stratégiques et de leur déclinaison au niveau des pôles. L'absence de mise en œuvre de la démarche contractuelle prévue par la réglementation fragilise ainsi l'établissement à plusieurs titres : elle le prive de l'engagement institutionnel des équipes dans la mise en œuvre des restructurations inscrites au CREF, et elle ampute le directoire des moyens de pilotage nécessaires à l'exercice de ses missions, alors même que le projet d'établissement n'est pas formalisé. Elle prive également la direction d'un cadre de travail structurant la gestion et le pilotage des ressources humaines, notamment médicales. La chambre recommande donc à l'établissement de formaliser les contrats de pôle déclinant les objectifs stratégiques du projet d'établissement, dès finalisation de ce dernier. Dans sa réponse, l'ordonnateur indique avoir engagé la démarche de préparation de la contractualisation par une réorganisation, effectuée sur l'exercice 2018, de l'appui de la cellule du contrôle de gestion auprès des pôles.

Recommandation

2. Formaliser les contrats de pôle sur la base des objectifs stratégiques du projet d'établissement. *Non mise en œuvre.*

1.4.3. Les atouts de la culture de gouvernance médico-économique

1.4.3.1. L'implication médicale dans la gouvernance de l'établissement

Les lacunes relevées dans l'organisation de la gouvernance des pôles d'activité médicale sont d'autant plus dommageables que le centre hospitalier dispose d'une culture particulièrement

développée de gouvernance médico-économique, du fait d'une forte implication de la communauté médicale dans le pilotage de l'établissement. Elle se manifeste, tout d'abord, dans le fonctionnement du directoire, qui est majoritairement composé de représentants médicaux sur l'ensemble de la période sous revue, les directeurs adjoints étant invités et non membres de l'instance. Ce choix de structuration, conforme aux dispositions prévues par les articles L. 6143-7-5 et D. 6143-35-2 du CSP, permet d'élargir l'implication de la communauté médicale dans le pilotage stratégique de l'établissement. Cette organisation témoigne de la capacité de l'établissement à travailler son animation managériale en intégrant la communauté médicale. Le déploiement de la démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail (voir *infra*) témoigne également de l'implication de la communauté médicale dans la politique de l'établissement, puisque la présidence de la CME est impliquée dans la gestion du recrutement médical et dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins. La dynamique commune déployée sur ce dernier point a permis de lever en juillet 2017 l'intégralité des neuf réserves notifiées par la Haute autorité de santé (HAS) en avril, dans le cadre de la procédure de certification V2010²¹. Elle se manifeste enfin dans la responsabilisation des porteurs de projet de restructuration, la direction d'appui aux projets créée en 2017 étant positionnée en soutien (voir *infra*).

La volonté partagée entre la direction générale et la communauté médicale d'un pilotage le plus intégré possible se manifeste enfin dans la configuration même de l'organigramme de la direction. La direction des finances présentant la particularité d'être intégrée dans un pôle médico-économique des systèmes d'information et de pilotage, placé sous la double responsabilité d'un directeur adjoint et du responsable du service d'information médicale. À l'heure où les débats nationaux soulignent la perte de pouvoir de la communauté médicale avec la réorganisation de la gouvernance induite par la loi HPST, la dynamique observée sur le centre hospitalier de Carcassonne mérite ainsi d'être soulignée²².

1.4.3.2. Les travaux du contrôle de gestion

Rattachée à la direction des finances, la cellule du contrôle de gestion est composée jusqu'en 2018 de trois adjoints des cadres et d'un attaché d'administration hospitalière. L'articulation fonctionnelle avec les unités d'analyse médico-économique, d'analyse du PMSI, et d'informatique médicale du service d'information médicale permet la production de rapports conjoints, et le déploiement d'un circuit commun d'analyse et de traitement des demandes d'études. À partir de 2018, le contrôle de gestion des ressources humaines, jusqu'alors rattaché à la direction des ressources humaines (DRH), doit être intégré à la cellule du contrôle de gestion, et permettre ainsi de centraliser l'ensemble des compétences et de la production. La recommandation précédemment émise par la chambre concernant le déploiement d'un contrôle de gestion RH peut ainsi être considérée comme étant en cours de mise en œuvre. Ses missions, initialement centrées sur la production des outils de comptabilité analytique, des tableaux de bord de gestion à visée interne, et des outils de contractualisation avec les pôles, se sont élargies à la production des études médico-économiques, en lien avec le service d'information médicale, et à

²¹ Par décision n° 2015.0287 du 22 avril 2015, la HAS a certifié conditionnellement le CH de Carcassonne avec neuf réserves et sept recommandations, une visite de suivi devant être effectuée dans les six mois. Ces résultats s'expliquaient probablement en partie par le contexte du récent emménagement de l'établissement sur son nouveau site. Les réserves portaient sur la politique et l'organisation de l'évaluation des pratiques professionnelles, la gestion documentaire, la gestion des déchets, le programme d'actions qualité, la gestion des événements indésirables, le bon usage des antibiotiques, l'identification du patient, le management de la prise en charge médicamenteuse et la mise en œuvre des démarches d'évaluation des pratiques professionnelles. Les recommandations portaient sur l'intégration des nouveaux arrivants, la gestion des plaintes et des réclamations, l'information du patient en cas de dommage lié aux soins, l'identification du patient en cas de dommage lié aux soins, le risque suicidaire, l'organisation du bloc opératoire et du secteur d'endoscopie.

²² Voir sur ce sujet les résultats de l'enquête menée conjointement par les conférences de présidents de CME de CHU, de CH et de CHS en octobre 2017 et janvier 2018 montrant un jugement positif de seulement 65 % des PCME sur le fonctionnement opérationnel du binôme directeur/PCME au quotidien, et les propositions relatives au renforcement du rôle décisionnaire du directoire émises dans le rapport du « groupe des 26 » en mai 2018 (P. Denormandie, J. Secher, *Changer la vie à l'hôpital*, 2018, p. 15).

la production d'outils de pilotage de la performance des organisations, pour la conduite et l'accompagnement des projets de restructuration. L'intégration de l'établissement dans la démarche d'accompagnement mise en place par l'agence nationale d'appui à la performance (ANAP) dans le cadre du plan triennal a manifestement constitué une opportunité pour l'équipe dans l'appropriation de nouvelles références et de méthodologies d'analyse, qui ont été systématiquement réinvesties au niveau de l'établissement.

La production de la cellule du contrôle de gestion ne présente pas de risque de fiabilité lié aux modalités d'exploitation du fichier de structure, bien que ce dernier repose sur une mise à jour manuelle. Cette configuration du SIH nécessite, en effet, un suivi et une organisation de l'actualisation des différents applicatifs n'appelant aucune observation de la part de la chambre²³. En matière de comptabilité analytique, la cellule effectue les transmissions réglementaires que sont la statistique annuelle des établissements (SAE) et le retraitement comptable (RTC). Les comptes de résultats analytiques des pôles (CREA) sont produits et diffusés annuellement avec un délai de production de 9 mois après la clôture de l'exercice. La limitation des dépenses annuelles d'investissement induite par les difficultés financières de l'établissement n'a pas incité la direction à formaliser une méthode d'analyse de retour sur investissement. Néanmoins, les propositions d'accroissement de moyens tant humains que matériels effectuées par les services font l'objet d'une analyse médico-économique par la cellule du contrôle de gestion, en partenariat avec le service d'information médicale et les équipes médicales concernées, avant l'arbitrage de la direction générale. Des études de parangonnage ont également été effectuées, afin d'analyser la situation de l'établissement sur un certain nombre de thématiques médicales, tant en volume d'activité qu'en moyens mobilisés sur un certain nombre de disciplines médicales.

Dans son précédent rapport d'observations définitives, la chambre avait souligné le caractère limité de la production du contrôle de gestion, qui n'intégrait ni les tableaux coûts case mix (TCCM) et ni la participation à l'enquête nationale annuelle de la base d'Angers²⁴. Une recommandation avait été formalisée pour déployer ces deux outils. L'absence de production du TCCM n'a pas freiné pour autant la mise en place d'un travail approfondi sur la maîtrise des consommations médicales. Dans le cadre de la mise en œuvre du CREF, l'établissement s'est ainsi engagé dans une analyse des consommations médicales avec la pharmacie et les équipes du pôle. La restitution mensuelle des cinq principales familles de médicaments consommées par unité médicale a été intégrée dans les tableaux de bord mensuels, en lien avec les données d'activité. Les outils ainsi déployés ont permis une réduction des consommations de médicaments hors molécules onéreuses de - 5 % entre 2016 et 2017, cette évolution ne se répercutant pas sur la dépense du fait de la structuration des tarifs de facturation établie par le GAPM (voir 2.2.3).

Concernant la participation à la base d'Angers, il convient de souligner que l'intérêt majeur de cette démarche, au vu des problématiques financières de l'établissement, repose sur l'analyse des surcoûts de production des secteurs externalisés sur le GAPM. Or, la configuration particulière des prestations assurées par la plateforme logistique dans le cadre de l'installation du nouvel hôpital ne permet pas l'utilisation de cette base, et nécessite des travaux de fiabilisation dans

²³ Le fichier de structure d'un établissement de santé vise à définir le découpage organisationnel de l'établissement. Les règles d'affectation des dépenses et des recettes sur chacun de ces niveaux de découpage doivent impérativement être définies à l'avance et conditionnent les capacités de l'établissement à répondre à des enquêtes nationales comme le retraitement comptable ou la « base d'Angers ».

²⁴ Les TCCM permettent une comparaison des consommations médicales incluant les dépenses de médicaments, de fournitures, d'examen de biologie et d'imagerie en fonction de l'activité produite. Ils constituent ainsi un instrument d'analyse potentiellement très intéressant dans le dialogue entre la direction et les équipes médicales pour identifier les leviers potentiels de diminution des dépenses médicales. La fiabilité des données constitue un enjeu majeur dans l'élaboration de ce type d'étude, la significativité du volume de séjours comparés constituant par ailleurs un biais possible dans l'analyse. L'enquête annuelle relative à la base de données des coûts par activité, dite « base d'Angers », permet la comparaison du coût moyen de la production de l'établissement sur l'ensemble des secteurs médico-logistiques et administratifs avec les autres établissements participant à l'enquête, classés par taille. Nécessitant l'adoption d'une méthodologie définie dans le cadre de l'enquête, cette étude constitue une source d'information et d'analyse intéressante pour repérer les surcoûts éventuels de fonctionnement sur les secteurs non cliniques.

l'affectation des dépenses entre la plateforme et l'établissement qui ne sont toujours pas achevés en 2018. L'absence d'analyse approfondie du coût des secteurs pose d'autant plus question que la situation financière du groupement est lourde de conséquences sur les comptes du centre hospitalier.

Si la production de comptabilité analytique est tout à fait intéressante dans sa méthodologie de production et dans ses effets, la chambre souligne la limite d'une programmation de travail qui reste structurée sur la gestion des propositions remontées par les pôles, et non sur une analyse systématique et approfondie des fonctions supports issue des résultats du retraitement comptable (voir 3.3). Cette structuration uniquement ascendante du contrôle de gestion constitue une limite sérieuse dans la capacité de l'établissement à mettre en œuvre l'ensemble des leviers nécessaires à son redressement financier, notamment sur la partie relative aux prestations médico-logistiques actualisées auprès du GAPM. La chambre recommande donc à l'établissement de produire une analyse annuelle des résultats du retraitement comptable et de la présenter au directoire dans le cadre du suivi du plan de redressement.

Recommandation

3. Présenter au directoire une analyse détaillée des résultats annuels du retraitement comptable, pour définir précisément les actions du plan de redressement. *Non mise en œuvre.*

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier de Carcassonne constitue l'établissement pivot du territoire audois et à ce titre, il est considéré comme l'établissement de recours infrarégional du territoire. S'inscrivant dans un bassin de santé limité à la partie occidentale du département audois, ses flux de patientèle et de recrutement sont orientés vers la métropole toulousaine, dont la concurrence est particulièrement marquée sur la chirurgie. Les difficultés d'attractivité du bassin de santé se manifestent également par des tensions importantes dans le recrutement médical, dont le coût total pour l'établissement s'élève à 4 M€ en 2017, et représente 4,1 % des produits de l'activité médicale. La progression globale de l'activité s'infléchit sur l'exercice 2017, notamment sur les secteurs de médecine, alors même que l'établissement subit les effets financiers de son engagement dans le virage ambulatoire.

Dans ce contexte général, la capacité de mobilisation de l'établissement pour répondre à ses difficultés financières est limitée par l'absence de projet d'établissement depuis 2013, et une contractualisation incomplète avec les équipes de pôle, arrêtée depuis 2015. Cette situation, contraire à la réglementation applicable aux établissements publics de santé (EPS), le prive d'un cadre établi de ses orientations stratégiques, alors même qu'il dispose d'une culture dynamique de pilotage médico-économique.

2. LA SITUATION FINANCIÈRE

2.1. La fiabilité des comptes

2.1.1. La qualité de la prévision budgétaire

Bien que conformes à la réglementation précisée à l'article R. 6145-29 du CSP, les délais de présentation des documents budgétaires sont tardifs. Ils ont été, jusqu'en 2017, présentés entre les mois de mai et de juin des exercices auxquels ils se rapportent, du fait, en particulier, de la tardiveté de la réception par l'établissement d'éléments nécessaires à leur élaboration.

Les comptes du centre hospitalier de Carcassonne sont composés d'un compte de résultat principal et de sept comptes de résultats prévisionnels annexes, correspondant à l'unité de soins de longue durée (USLD), aux deux EHPAD, aux deux structures médico-sociales du CAMSP et du CSAPA, et à l'IFSI. L'ensemble de ces comptes annexes représente 15,6 % des produits consolidés, et 14,7 % des charges sur l'exercice 2017. La qualité des prévisions budgétaires est satisfaisante sur l'ensemble de la période sous revue pour le budget principal, les écarts de réalisation étant en moyenne inférieurs à 10 % les principaux dépassements s'expliquant par une dépense exceptionnelle dans le cadre d'un litige. La sous-réalisation des opérations d'investissement, pour un montant cumulé de 1,4 M€ entre 2014 et 2015, est liée à des décalages de décaissements lors de la finalisation des opérations de construction de l'EHPAD et du site MCO, ainsi qu'à des reports d'opérations courantes sur ces exercices. Le niveau des emprunts n'ayant été ajusté que partiellement, les conséquences pour l'établissement de la mobilisation excessive du levier de la dette sont limitées à 0,6 M€.

2.1.2. La mise en œuvre de l'obligation de certification des comptes

2.1.2.1. La préparation de la certification des comptes

En application de l'obligation de certification des comptes introduite par la loi HPST du 21 juillet, le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 établit à 100 M€ de produits pendant trois exercices consécutifs le seuil de certification des EPS. Le centre hospitalier de Carcassonne est soumis à l'obligation de certification de ses comptes au vu de ces ratios, et il a été intégré dans la classe des établissements devant y répondre à compter de l'exercice 2015, en application des dispositions prévues par l'arrêté du 1^{er} août 2014.

L'établissement avait préalablement entamé sa fiabilisation des comptes en 2013, avec un accompagnement par un cabinet de commissaires aux comptes à compter de la production du compte financier de l'exercice 2014. Les résultats de l'analyse du bilan d'ouverture 2014 sont cohérents avec ceux de l'audit du poste comptable effectué par la DDFiP de l'Aude en 2015, et concluaient sur la nécessité d'une formalisation des règles et méthodes comptables dans l'annexe des comptes annuels et sur chaque cycle financier. Au global, la qualité des prévisions budgétaires est satisfaisante sur l'ensemble de la période sous revue. Les principales observations en matière de fiabilité des comptes étaient les suivantes :

- sur le cycle des immobilisations : l'existence d'écarts significatifs entre la comptabilité de l'ordonnateur et celle du comptable, pour un montant cumulé de 3,7 M€, l'absence d'exhaustivité de l'inventaire des biens, des terrains et des bâtiments, des lacunes dans la méthode de déploiement de l'inventaire, et l'absence d'amortissement selon la règle du *prorata*

temporis sur les biens significatifs de l'EHPAD des Rives d'Odes et du nouvel hôpital, ainsi que de déploiement de la méthode des composants ;

- sur les comptes de provisions : l'insuffisante justification et de suivi des provisions constituées, notamment sur les litiges, ainsi que des écarts de fiabilité sur le provisionnement des comptes épargne temps (CET) et le risque financier du GAPM ;
- sur les comptes de subventions : l'imputation à tort des comptes de dotations en lieu et place des comptes de subventions, entraînant un retard dans la dépréciation de ces subventions en lien avec l'amortissement des biens subventionnés ;
- sur le cycle des recettes : la nécessité d'apurer les comptes d'attente et la fiabilisation des provisions pour créances douteuses ;
- sur le cycle des achats : des erreurs d'imputation entre les achats stockés et non stockés et l'absence de comptabilisation des stocks médicaux présents dans les services et des stocks du laboratoire ;
- sur le cycle du personnel : les risques de paiement d'indus résultant de l'insuffisante formalisation des règles de contrôle des variables de paie et d'absence d'interfaçage entre le logiciel de gestion du temps de travail et du logiciel de paie, ainsi que l'absence de formalisation des règles du temps de travail médical.

2.1.2.2. La certification des comptes sur les exercices 2015 et 2016

Les diligences effectuées par le commissaire aux comptes ont porté sur l'analyse globale de l'ensemble des cycles financiers dans le cadre du bilan d'ouverture 2015, ainsi que sur le système d'information et le contrôle interne de chaque cycle. L'audit annuel intègre, par ailleurs, l'analyse critique des règles et méthodes comptables, de la documentation, et des corrections effectuées par l'établissement. La structuration de la mission permet ainsi de focaliser les diligences sur les principaux risques et leur suivi au cours des exercices suivants.

La mission d'audit et de certification des comptes a abouti à la formulation d'une réserve sur la réalisation de l'inventaire des immobilisations au titre de l'exercice 2015, levée dans le cadre de l'audit des comptes de l'exercice 2016. Une réserve a également été formulée pour l'exercice 2016 sur les procédures de contrôle interne relatives à la codification des séjours, cette dernière réserve étant levée sur l'exercice 2017. Ces résultats placent le centre hospitalier de Carcassonne dans la moyenne des 95 établissements ayant certifié leurs comptes à partir de l'exercice 2015, selon le rapport publié en mai 2018 par la Cour des comptes, puisque, sur cette vague d'établissements, 45 % ont été certifiés avec au moins une réserve. Les motifs des réserves sont également en cohérence avec les moyennes nationales²⁵.

²⁵ Cour des comptes, La qualité des comptes des administrations publiques, synthèse des rapports des commissaires aux comptes pour les exercices 2014 à 2016, mai 2018, 58 p. Le détail des résultats de la certification des établissements publics de santé est présenté p. 43-45 : le nombre d'établissements certifiés avec au moins une réserve sur la deuxième vague baisse de 45 % à 32 % entre le premier et le deuxième exercice de certification. Les immobilisations concentrent 54 % des réserves, loin devant le contrôle interne et notamment l'exhaustivité des recettes (22,5 %) et les charges de personnel (10 %).

En application de la norme d'exercice professionnel 701 du CNC, les justifications des appréciations présentées dans les rapports sur les comptes des exercices 2015 et 2016 portent sur les points suivants :

- les méthodes comptables utilisées dans la comptabilité du bail emphytéotique hospitalier (BEH) du GAPM ;
- la provision pour renouvellement des immobilisations ;
- la valorisation de l'ancien hôpital Antoine Gayraud ;
- l'estimation des passifs sociaux ;
- l'estimation des séjours à cheval ;
- les changements de méthodes et de corrections d'erreur, ce dernier point n'étant pas repris dans le rapport relatif à l'exercice 2016.

L'évolution des observations détaillées entre 2013 et 2015 souligne l'effectivité des travaux de fiabilisation entrepris par l'établissement sur les immobilisations, les subventions et les provisions. Au global, les régularisations sur l'imputation des subventions d'investissement se sont traduites par un transfert en 2013 de 13,8 M€ sur le compte 10 des apports et dotations, assortis d'une diminution de plus de 1 M€ correspondant au rattrapage des amortissements non réalisés. Les corrections des comptes de provisions et d'amortissement des immobilisations effectuées entre 2014 et 2015 ont entraîné une diminution des fonds propres de près de 8 M€.

2.1.3. La fiabilité du SIH et le déploiement du contrôle interne

2.1.3.1. La fiabilité du système d'information

Les résultats des audits du système d'information de l'audit annuel des comptes sont fondés sur les contrôles généraux élaborés à partir du guide de la DGOS²⁶, de la revue des interfaces, et de la revue des habilitations. Ils sont globalement cohérents avec ceux de l'autodiagnostic effectué par l'établissement en 2015 à partir des outils de l'ANAP : si aucune faiblesse majeure n'est soulignée à l'issue de ces différents audits, il est relevé que la maturité du système d'information présente des lacunes en matière de définition des orientations stratégiques, de formalisation des procédures et de traçabilité des contrôles.

Dans un contexte général de retard d'urbanisation des processus métiers, des risques ont été relevés sur les interfaçages entre le logiciel de gestion des malades et les logiciels de codage et de biologie, potentiellement pénalisants en matière d'exhaustivité des recettes. La sécurisation des applicatifs en matière d'accès et de mise en production des nouvelles versions constitue également un enjeu d'amélioration selon le commissaire aux comptes.

2.1.3.2. Le dispositif de contrôle interne

En matière de contrôle interne, la principale observation émise dans le cadre de l'audit des comptes a porté sur le contrôle du codage, justifiant une réserve en 2016, suite aux anomalies relevées dans l'échantillon de 40 dossiers analysés par l'expert mandaté par le commissaire aux

²⁶ DGOS. Guide méthodologique pour l'audibilité des SI, fiabilisation et certification des comptes des établissements publics de santé. Janvier 2013, 101 p.

comptes. Les dispositifs de contrôles *a priori* et *a posteriori* déployés historiquement par le service d'information médical ont, pour autant, permis de lever cette réserve en 2017.

La deuxième marge d'amélioration repose sur l'optimisation de la gestion du temps de travail et l'automatisation des contrôles en articulation avec le logiciel de gestion de la paie. Les tests de détail effectués par le commissaire aux comptes sur la gestion des tableaux de service médicaux soulignent l'absence de validation systématique par les chefs de service, la possibilité matérielle de modifier des tableaux préalablement validés, ainsi que l'absence de contrôle du service fait. Les modifications en paie suite aux révisions des tableaux de service sont ainsi traitées directement par la direction sans validation systématique par le responsable médical. Ces constats étaient globalement similaires s'agissant du personnel non médical. Les travaux engagés par l'établissement portent sur le déploiement d'un logiciel de gestion du temps de travail interfacé avec le logiciel de paie entre 2018 et 2019, et la formalisation progressive des contrôles effectués tant au niveau de la direction des affaires médicales que de la direction des ressources humaines.

La chambre encourage l'établissement à poursuivre la démarche engagée, tant au niveau de la structuration de son système d'information que dans l'amélioration de la traçabilité des contrôles internes.

2.1.4. Les principaux enjeux relatifs à la fiabilité des comptes

2.1.4.1. Les immobilisations

La tenue des comptes d'immobilisations

Un écart de - 145 989 € est relevé entre la base du comptable et celle de l'ordonnateur à la clôture de l'exercice 2017, soit une surestimation pour autant limitée à - 0,06 % du total de l'actif immobilisé. Bien que ce montant ne puisse être considéré comme significatif, la chambre invite l'établissement à finaliser l'ajustement de son actif avec celui du comptable. Dans sa réponse, la direction s'est engagée à poursuivre la fiabilisation des comptes avec le comptable sur ce point. Outre la formalisation de la procédure comptable de gestion des immobilisations, la fiabilisation effectuée dans le cadre de la certification des comptes a porté sur la réalisation de l'inventaire des biens acquis antérieurement à 2014, et le contrôle des biens à proposer à la réforme. Le nettoyage de la base des immobilisations inférieures à 500 € est en cours de finalisation.

Les intégrations des immobilisations en cours

L'absence d'intégration des deux opérations de construction de l'EHPAD des Rives d'Odes et du nouvel hôpital, pour un montant cumulé de 177,7 M€ en valeur brute, explique le caractère disproportionné des comptes d'immobilisations en cours de 164,6 M€ et 170,8 M€ sur les exercices 2013 et 2014, représentant entre 2 et 2,6 fois le total des immobilisations corporelles. Le transfert des biens sur le compte des immobilisations corporelles et le rattrapage des amortissements ramènent, dès 2015, le niveau du compte des immobilisations en cours à moins de 0,8 M€, pour un volume compris entre 15 et 43 % des dépenses d'investissement de l'exercice. Le suivi annuel des intégrations formalisé par la procédure de gestion des immobilisations comme le tableau de suivi des opérations n'appellent pas d'observations de la part de la chambre.

tableau 7 : Évolution des comptes d'immobilisation entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
= Immobilisations incorporelles	909 670	556 317	1 462 700	1 459 640	1 145 747	26,0%	5,9%
Immobilisations corporelles (a+b+c+d)	62 445 788	92 285 670	249 593 575	238 538 645	230 890 566	269,7%	38,7%
en % de l'actif immobilisé	27,1%	34,7%	98,3%	98,2%	98,4%	262,9%	38,0%
= Immobilisations en cours	164 614 761	170 831 117	710 479	777 541	234 502	-99,9%	-80,6%
immo en cours / dépenses d'équipt de l'année en %	276,9%	400,3%	24,5%	42,6%	14,7%	-94,7%	-52,0%
en % de l'actif immobilisé	71,5%	64,2%	0,3%	0,3%	0,1%	-99,9%	-80,7%
= Immobilisations reçues en affectations	0	0	0	0	0		
Total actif immobilisé	230 223 782	265 926 668	254 020 317	243 029 389	234 561 879	1,9%	0,5%

Source : comptes de gestion d'après les extractions du logiciel ANAFI

La modification de la politique d'amortissement

La méthode d'amortissement historiquement appliquée par le centre hospitalier est celle de l'amortissement linéaire à partir de l'année suivant la mise en service du bien, selon des durées inférieures à celles recommandées dans l'instruction budgétaire et comptable M21 sur les constructions, les matériels de transports, le matériel informatique et les équipements biomédicaux. Ce choix de l'établissement induit une limitation des dépenses d'amortissement estimées par la chambre entre - 1 et - 1,8 % des dépenses annuelles.

Dans le cadre de la certification de ses comptes, l'établissement a par ailleurs mis en œuvre l'amortissement au *prorata temporis* des deux principales opérations d'investissement, pour un coût total de 3,6 M€ prélevé sur les fonds propres. L'obligation d'utilisation de cette méthode à partir de l'exercice 2017 n'a eu qu'un impact limité pour l'établissement (0,3 M€), en raison de la limitation des dépenses d'investissement appliquée depuis 2015 (voir *infra*).

2.1.4.2. La comptabilisation du bail emphytéotique du GAPM

Constituée fin 2009 dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), la plateforme médico-logistique du GAPM a pour objectif de mutualiser les moyens de six établissements hospitaliers et médico-sociaux. La construction de la plateforme a été effectuée dans le cadre d'un partenariat public privé, formalisé en décembre 2007 par un bail emphytéotique hospitalier (BEH) signé entre l'emphytéote et le seul centre hospitalier de Carcassonne, antérieurement à la constitution du GCS. Ce bail couvre un périmètre plus large que celui de la plateforme, puisqu'il intègre la stérilisation et la centrale d'énergie desservant l'intégralité du site de Montredon²⁷.

De ce fait, l'intégralité des immobilisations relatives à la plateforme, pour un montant total de 34,1 M€, est comptabilisée dans les immobilisations corporelles de l'établissement, financées par emprunts enregistrés au compte 16. Indépendamment des conséquences sur le fonctionnement du GAPM, cette situation pose une question de fiabilité des comptes du fait de l'intégration dans les immobilisations du centre hospitalier de biens que ce dernier ne contrôle pas, puisqu'ils sont exploités par le GCS dans le cadre de deux conventions de mise à disposition. Si les biens acquis dans le cadre du bail emphytéotique doivent bien être comptabilisés dès leur mise en service dans des comptes d'immobilisations²⁸, la chambre estime que les biens placés sous le contrôle du GAPM doivent être enregistrés dans un compte spécifique 241 « Immobilisations affectées ou mises à

²⁷ De ce fait, les opérations sont comptabilisées dans trois lots différenciés : un premier lot portant sur les unités de restauration, de blanchisserie, d'approvisionnement hôtelier et d'approvisionnement pharmaceutique, un deuxième lot relatif à la construction de l'unité de stérilisation et son équipement, et un troisième lot portant sur la centrale d'énergie.

²⁸ En application des règles comptables rappelées par la circulaire interministérielle du 11 mai 2011 relative aux évolutions d'ordre budgétaire et comptable des EPS.

disposition ». Cette opération nécessite préalablement l'individualisation des réseaux sous dallage de l'unité de stérilisation, dont l'estimation de 189 240 €, contestée sur le plan méthodologique, est en cours de finalisation. La mise en affectation de biens dont le centre hospitalier n'est, par définition, pas propriétaire avant l'expiration du contrat de BEH, peut se faire dans le cadre d'une sous-location, en application des dispositions prévues à l'article 1717 du code civil, dont la jurisprudence a confirmé l'applicabilité aux baux emphytéotiques. Les modalités comptables d'imputation ne posent pas de problèmes techniques complémentaires²⁹.

L'absence d'individualisation des composantes bilancielle du GAPM pose également un problème d'exhaustivité de l'information présentée au conseil de surveillance, puisqu'il n'existe pas de présentation détaillée de la situation patrimoniale de l'établissement prenant en compte les biens relevant du GAPM dans le rapport financier annuel.

Par ailleurs, il apparaît que le centre hospitalier a fait le choix de ne pas amortir les immobilisations relevant du BEH. Cette décision résulte de l'application des dispositions contractuelles, précisant que le bien doit être restitué par l'emphytéote à l'état neuf. Cette obligation explique le coût considérable de la part maintenance et entretien du loyer, estimée à 51 % du coût du BEH pour un total de 103,7 M€. Si l'absence d'amortissement des immobilisations acquises dans le cadre d'un BEH est, en effet, autorisée dans les schémas comptables applicables aux contrats de partenariat et aux BEH, dans l'hypothèse où le contrat autorise une transmission du bien à l'état neuf à l'issue du bail³⁰, la chambre considère que le risque d'absence de vétusté d'un bien restitué 27 ans après sa construction est manifeste, et justifie d'être pris en compte.

La chambre recommande ainsi à l'établissement d'affecter les biens exploités par le GAPM dans un compte de biens mis en affectation. Dans sa réponse à la chambre, l'ordonnateur a indiqué vouloir étudier les modalités de mise en œuvre de la recommandation dans le cadre de la certification de ses comptes.

Recommandation

4. Fiabiliser la comptabilisation des immobilisations affectées au groupement au sein des prestations médico-logistiques par un transfert des biens concernés sur le compte 24. *Non mise en œuvre.*

2.1.4.3. Les provisions

Dans le cadre de la certification de ses comptes, le centre hospitalier a fiabilisé ses comptes de provisions, tant au niveau de la couverture du risque de déficit du GAPM, que du calcul des estimations de charges en matière d'indemnisation (CNRACL), et de l'estimation des CET. Le dégrèvement des fonds propres nécessaires à ces corrections d'erreurs commises sur les exercices antérieurs s'est élevé à 4,5 M€.

²⁹ L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit que le compte 249 est crédité par le débit des comptes 28, 131 et 1675 pour le montant des amortissements et des remboursements d'emprunts. Le compte 249 est crédité par le débit du compte 139 pour le montant total de la subvention amortie.

³⁰ DGOS/DGFIP, fiche technique n° 5 sur les schémas comptables applicables aux contrats de partenariat et BEH inventaire actif, 2012, 8 p. L'amortissement des biens comptabilisés démarre à la mise en service, « pour autant que cet amortissement soit nécessaire ; dans le cas où l'obligation d'entretien conduit à conserver le potentiel de service initial à la fin du contrat, il peut être admis qu'il n'y ait pas d'amortissement ».

tableau 8 : Évolution des comptes de provision

	2013	2014	2015	2016	2017
#142- provisions pour renouvellement des immos	18 849 381	18 088 837	14 571 331	13 079 565	11 546 091
#153-provisions sur compte épargne temps	3 092 781	2 901 636	4 024 663	3 857 041	3 679 375
#151-Provisions pour risques et charges	759 965	1 757 245	5 202 295	5 643 295	5 840 895
TOTAL PROVISIONS	22 702 127	22 747 718	23 798 289	22 579 901	21 066 361

Source : Comptes de gestion de l'établissement

L'établissement a également formalisé le suivi de ses comptes de provisions. Toutefois, la procédure ne prévoit pas de suivi des litiges relatifs à la commande publique et au personnel, contrairement aux préconisations de l'instruction budgétaire et comptable M21. Pour autant, le suivi des litiges en matière de ressources humaines donne lieu à provision. L'estimation du provisionnement des CET inscrit au compte 153 présente des risques limités de sous-évaluation, tenant aux modalités d'évaluation des mouvements d'épargne à la date de la clôture et aux applications de taux de charges patronales.

L'ajustement réalisé sur le compte 151 « Provisions pour risques et charges » afin de couvrir la réalité du risque financier du GAPM pour un montant de 3,8 M€ sur l'exercice 2017 a été déterminé à partir du constat des déficits d'exploitation du GAPM chaque année. Ce montant n'intègre pas la créance que le centre hospitalier détient sur le groupement pour un total de 2,4 M€³¹. Cette créance, qui résulte de l'appel de fonds réalisé par le groupement en 2014 pour couvrir des besoins de trésorerie, présente un risque d'autant plus important que la situation financière du GAPM s'avère fragile, avec un déficit d'exploitation compris entre 0,8 et 1,9 M€ représentant plus de 2,5 % des produits depuis 2010, et une situation bilancielle marquée par l'absence de capitaux propres, des ressources stables négatives composées de dettes, et un report à nouveau négatif. L'absence de provisionnement de cette créance, fondée par l'ordonnateur sur la demande d'un plan de redressement sur 5 ans, n'est pas justifiée pour la chambre qui constate que les objectifs de gains sont limités à 0,5 M€ sur trois ans, et que ce plan évoque des hypothèses de reconfiguration voire de dissolution partielle ou totale de l'activité.

La chambre recommande au centre hospitalier d'ajuster le niveau de son provisionnement pour risques et charges en incluant la créance du GAPM. L'ordonnateur a indiqué préparer ce provisionnement à la clôture des comptes 2018 dans le cadre de sa réponse à la chambre.

Recommandation

5. Provisionner la créance douteuse du groupement audois des prestations médico-logistiques (GAPM) pour 2,4 M€. *Non mise en œuvre.*

2.1.4.4. Les recettes

Le centre hospitalier comptabilise en produits constatés d'avance la valorisation des séjours commencés sur l'exercice en cours et se prolongeant sur l'exercice suivant. La méthodologie établie par le département d'information pour identifier la part des produits correspondant aux produits des séjours commencés sur l'exercice N-1, et terminés sur l'exercice N, repose sur l'extraction et la valorisation des séjours concernés par unité fonctionnelle, et n'appelle pas d'observations.

³¹ En application de l'article 10.3 de la convention constitutive, les membres du groupement sont en effet tenus des dettes du groupement sur leur patrimoine propre dans la proportion de leurs droits.

L'estimation des créances douteuses et litigieuses doit être comptabilisée au compte 49 en fonction d'une analyse annuelle des restes à recouvrer, commune entre l'ordonnateur et le comptable. Dans le cadre de la certification de ses comptes, le centre hospitalier s'est doté d'une procédure d'estimation des créances douteuses et litigieuses. Au global, le montant du provisionnement réalisé au compte 49 est évalué à 0,5 M€, l'intervalle estimé par la chambre sur ces créances étant compris entre 0,5 M€ et 0,9 M€ pour le seul budget principal. Cette estimation présente un risque modéré de sous-évaluation, au vu des difficultés de facturation et de recouvrement de l'établissement mises en évidence par l'analyse de l'état des restes à recouvrer : 6,7 % des créances présentent une ancienneté de plus de cinq ans au 31 décembre 2016, et 65 % des titres sont inférieurs à 30 €, tout en ne représentant que 6,2 % du montant global des restes. Dans un bassin de population caractérisé par un taux de pauvreté important, et donc un risque majoré de difficultés de recouvrement, le choix effectué par l'ordonnateur dans l'estimation de ses créances douteuses doit s'assortir d'une optimisation du recouvrement afin de limiter le nombre de titres de faible montant (voir 3.2.1).

2.2. Le cycle d'exploitation

2.2.1. Le résultat global

A la clôture de l'exercice 2017, l'établissement présente un déficit global de 4,1 M€ représentant 2,3 % des produits, alors que l'exercice 2016 constituait le premier exercice d'excédent pour l'établissement depuis plus de 10 ans. Cette évolution s'explique par un fort effet ciseaux des charges et des produits sur le budget principal, qui passe d'un excédent de 0,4 M€ en 2016 à un déficit de - 5 M€ en 2017.

Sur l'ensemble de la période sous revue, les produits consolidés, qui s'élèvent à 176,9 M€ en 2017, présentent une dynamique de + 2 % en moyenne par an, moins marquée que celle de + 2,3 % constatée sur les charges, expliquant l'aggravation du déficit entre 2013 et 2017, comme le montre le tableau ci-après.

tableau 9 : Évolution du résultat consolidé entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Part dans budget consolidé	Variation globale
Résultat - Budget principal H	- 1 642 160	- 2 316 517	- 2 323 598	398 695	- 5 019 957	141,0%	205,7%
<i>Résultat en % des produits - Budget principal H</i>	-1,2%	-1,6%	-1,6%	0,3%	-3,4%		
Résultat - Budget annexe DNA - GAPM	119 578	240 773	414 703	815 853	861 081	-31,7%	620,1%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe DNA - GAPM</i>	5,3%	1,8%	0,6%	1,6%	-1,7%		
Résultat - Budget annexe B - USLD	30 139	37 317	53 785	73 676	27 300	-2,9%	-9,4%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe B - USLD</i>	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%		
Résultat - Budget annexe C - IFSI	91 402	31 348	9 955	29 024	- 29 509	-1,7%	-132,3%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe C - IFSI</i>	5,3%	1,8%	0,6%	1,6%	-1,7%		
Résultat - Budget annexe E - EHPAD RO	- 60 791	- 99 410	- 159 553	- 97 267	19 389	5,1%	-131,9%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe E - EHPAD RO</i>	-0,7%	-1,1%	-1,7%	-0,8%	0,2%		
Résultat - Budget annexe E - EHPAD Iéna	73 678	108 220	157 175	119 902	- 9 865	-5,8%	-113,4%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe E - EHPAD Iéna</i>	3,4%	4,4%	6,0%	4,8%	-0,4%		
Résultat - Budget annexe P1 - CAMSP	9 381	13 793	32 847	38 403	13 484	-1,4%	43,7%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe P1 - CAMSP</i>	1,1%	1,7%	3,7%	3,9%	1,4%		
Résultat - Budget annexe P2 - CSAPA	31 393	33 718	50 287	54 651	36 831	-2,7%	17,3%
<i>Résultat en % des produits - Budget annexe P2 - CSAPA</i>	6,2%	6,6%	9,8%	10,4%	6,9%		
Charges - Budgets consolidés	165 103 539	171 336 073	178 208 826	181 077 561	181 019 704	100,0%	9,6%
Produits - Budgets consolidés	163 756 158	169 385 315	176 444 427	182 510 498	176 918 459	100,0%	8,0%
Résultat - Budgets consolidés	- 1 347 381	- 1 950 758	- 1 764 399	1 432 937	- 4 101 245	100,0%	204,4%
<i>Résultat en % des produits - Budgets consolidés</i>	-0,8%	-1,2%	-1,0%	0,8%	-2,3%		

Source : comptes de gestion

2.2.2. Les produits courants de fonctionnement

2.2.2.1. Le chiffre d'affaires

Les produits d'exploitation consolidés s'élèvent en 2017 à 155,5 M€, et augmentent globalement de 9,4 % sur l'ensemble de la période sous revue. Les produits de l'activité hospitalière augmentent de 8,6 % entre 2013 et 2017, et représentent à eux seuls plus de 80 % du chiffre d'affaires consolidé. Ils expliquent 75 % de sa variation.

tableau 10 : Évolution des produits d'exploitation consolidés entre 2013 et 2017

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale 2013-2017	Variation moyenne 2013-2017
= Produits de l'activité (a)	127 844 177	132 570 322	135 851 257	140 310 637	138 711 977	8,5%	2,1%
= Produits annexes (b)	6 973 098	7 714 929	8 536 769	9 083 628	8 985 413	28,9%	6,5%
Prestations services, tx, études, divers (c)	733 422	767 810	699 407	679 713	749 108	2,1%	0,5%
Ventes de marchandises (d)	358 732	366 940	357 695	383 058	348 975	-2,7%	-0,7%
Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'une activité (e)	6 217 126	7 394 426	7 107 897	6 628 767	6 658 303	7,1%	1,7%
= Chiffre d'affaires (a+b+c+d+e)	142 126 555	148 814 426	152 553 024	157 085 803	155 453 777	9,4%	2,3%

Source : données des comptes de gestion d'après les extractions du logiciel Anafi

2.2.2.2. Les produits de la tarification à l'activité pour les séjours et les consultations

Les produits de la tarification à l'activité comprennent les produits de la tarification des séjours, et ceux de la facturation des molécules onéreuses (MO) et des dispositifs médicaux implantables (DMI). Leur dynamique reflète les variations déjà présentées de l'activité MCO du centre hospitalier, avec une période d'accroissement continu entre 2013 et 2016, et une diminution de 3 % en 2017, sous le double effet du tassement en volume et de la baisse de la rémunération moyenne des séjours. La forte augmentation des produits de la facturation des MO et des DMI est cohérente avec l'accroissement de l'activité chirurgicale, ainsi que de la dynamique déjà mentionnée de l'activité de cancérologie.

Les produits des consultations externes s'élèvent à 6,9 M€ et augmentent de façon plus soutenue que les produits des séjours, selon un rythme moyen annuel de + 3,7 % par an. Cette dynamique explique, en partie, les tensions organisationnelles du plateau de consultations auxquelles essaie de répondre l'établissement. Les produits de l'activité d'accueil et de traitement des urgences, financés par un forfait global et par une facturation des passages externes, s'élèvent à 3,3 M€ à la fin de l'exercice 2017. L'accroissement annuel de ces produits de 5,2 % en moyenne sur l'ensemble de la période sous revue est inférieur à la dynamique de 8,4 % du volume des passages.

2.2.2.3. L'évolution des dotations et des subventions d'exploitation

Les dotations recouvrent les crédits attribués pour le financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), versées par l'assurance maladie pour un montant de 15,5 M€ en 2017, et les subventions d'exploitation versées dans le cadre du fonds d'intervention régional (FIR), qui s'élèvent à 5,3 M€ sur le même exercice. En cumul, ces deux dotations s'élèvent à 20,8 M€ et croissent de 13 % entre 2013 et 2017, en parallèle à l'augmentation des produits de l'activité.

En 2017, les crédits de financement des activités d'intérêt général représentent 56 % des dotations, pour un total de 11,4 M€³², répartis entre 7,6 M€ au titre des crédits MIGAC et 3,7 M€ au titre du FIR. Les crédits d'aide à la contractualisation, qui s'élèvent à 8,9 M€, sont constitués à plus de 78 % par des aides à l'investissement, et concentrés à 82 % sur l'enveloppe des crédits MIGAC. Ces aides d'investissement correspondent aux financements des opérations d'investissement inscrites dans les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 : le centre hospitalier se voit, ainsi, attribuer près de 1,4 M€ de financement des coûts de location de la plateforme logistique, et 5,5 M€ pour le financement du site MCO du nouvel hôpital.

Les dotations d'activité d'intérêt général, au vu des moyens engagés, sont insuffisantes. Cela concerne principalement l'activité du SMUR, pour un total de 1,5 M€, intégrant les transports hélicoptérés. Si l'estimation des besoins de financement établie par l'agence majorait le financement de l'antenne de Castelnaudary, le nouveau modèle de financement, élaboré en application de la réforme nationale mise en œuvre par le ministère de la santé depuis 2016, a diminué de 0,3 M€ les crédits alloués³³. Cette évolution est d'autant plus problématique pour le centre hospitalier qu'il fait face à un accroissement de ses charges directes de plus de 6 % entre 2013 et 2016, avec la réforme du temps de travail des urgentistes et compte tenu du coût des remplacements médicaux. S'ajoute à ce sous-financement un écart de près de 0,9 M€ dans le financement de la permanence des soins, dû aux surcoûts des lignes de garde, et au déploiement de quatre lignes d'astreinte non financées, car relevant de la continuité des soins, et donc appelées à être financées par les produits des séjours.

2.2.2.4. Les produits de la facturation aux patients et aux mutuelles, les produits annexes et les autres produits de gestion

Les produits de l'activité externe augmentent également de façon soutenue à un rythme annuel de + 4,9 % en moyenne pour un total de 10,8 M€, reflétant la dynamique globale de croissance de l'activité MCO sur l'établissement. Les produits annexes consolidés s'élèvent à 9 M€ en 2017, dont seulement 3,9 M€ pour le compte principal, le reste correspondant aux produits refacturés au GAPM et retracés dans le compte annexe de la DNA pour un total de 5 M€ (voir *infra*). Sur le compte principal, ces produits sont constitués des produits de la mise à disposition de personnel, pour un total de 2,8 M€ en 2017, et des prestations délivrées aux usagers, dont l'augmentation de 0,7 M€ résulte de la revalorisation des tarifs des chambres particulières et de l'internalisation des prestations de télévision et de téléphonie. Les autres subventions et les autres produits de gestion consolidés s'élèvent à 7,7 M€, et correspondent pour 4,2 M€ aux frais et revenus locatifs de la plateforme logistique au GAPM sur le compte annexe de la DNA.

2.2.3. Les charges d'exploitation

Les charges courantes consolidées s'élèvent à 160,9 M€ en 2017, et sont en augmentation de 14,7 M€ sur la période sous revue, pour un taux de croissance annuel moyen de 2,4 %. Cette augmentation repose à 74 % sur l'accroissement de + 10,9 M€ des charges de personnel, qui s'élèvent à 109,2 M€ en 2017, et sur les frais financiers, qui s'accroissent de 68 % en passant de

³² Le détail des dotations est présenté en annexe n°4.

³³ Le changement des modalités des modèles de financement des SAMU, des SMUR et des urgences est annoncé dans la circulaire DGOS du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé. Les principes généraux affichés dans la circulaire sont ceux d'une meilleure prise en compte de l'activité dans la modulation des financements, avec un lissage des effets pour les établissements concernés tant à la hausse qu'à la baisse qui doit être étalé jusqu'en 2020.

4,5 M€ à 7,6 M€ entre 2012 et 2017. Les variations infra-annuelles sur ces différents postes sont conséquentes sur l'ensemble de la période sous revue.

tableau 11: Évolution des charges courantes consolidées entre 2013 et 2017

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale 2013-2017	Variation moyenne 2013-2017
Consommations intermédiaires	38 722 618	41 409 196	39 419 775	40 443 489	41 622 789	7,5%	1,8%
+ Charges totales de personnel	98 316 477	101 730 695	106 002 418	106 247 679	109 206 664	11,1%	2,7%
+ Autres charges de gestion	3 203 434	3 448 413	3 217 483	3 172 758	3 400 418	6,1%	1,5%
+ Frais financiers réels (y c. pertes de change)	5 896 709	8 012 161	7 927 355	7 653 735	6 634 688	12,5%	3,0%
= Charges courantes	146 139 238	154 600 465	156 567 030	157 517 660	160 864 559	10,1%	2,4%
<i>en % des produits d'exploitation</i>	<i>102,8%</i>	<i>103,9%</i>	<i>102,6%</i>	<i>100,3%</i>	<i>103,5%</i>	<i>0,6%</i>	<i>0,2%</i>
<i>Frais de personnel / Charges courantes</i>	<i>67,3%</i>	<i>65,8%</i>	<i>67,7%</i>	<i>67,5%</i>	<i>67,9%</i>	<i>0,9%</i>	<i>0,2%</i>
<i>Frais financiers réels / Charges courantes</i>	<i>4,0%</i>	<i>5,2%</i>	<i>5,1%</i>	<i>4,9%</i>	<i>4,1%</i>	<i>2,2%</i>	<i>0,6%</i>

Source : données des comptes de gestion d'après les extractions du logiciel Anafi

2.2.3.1. Les charges de personnel

Les charges consolidées de personnel représentent près de 68 % des charges courantes en 2017, ce qui reste dans la moyenne des établissements publics de santé, estimée à 64 % par la Cour des comptes en 2014³⁴, et comprise entre 60 et 85 % selon les données de la DGOS³⁵. Les dépenses du compte principal représentent près de 85,6 % des dépenses consolidées. L'augmentation moyenne de + 2,7 % par an de ce poste recouvre une croissance plus soutenue de + 18,5 % des dépenses de personnel médical, concentrée sur les exercices 2015-2017, alors que les dépenses de personnel non médical augmentent sur un rythme moins soutenu de + 7,9 %, principalement sur les exercices 2014-2015. Cette tendance résulte de l'accroissement des effectifs de 0,5% sur le personnel non médical et de 3,4 % sur le personnel médical, et d'une augmentation générale du coût moyen des effectifs.

tableau 12 : Évolution des effectifs non médicaux entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
Titulaires et stagiaires	1 395,14	1 408,46	1 450,85	1 481,44	1 478,71	6,0%	1,5%
CDI	146,01	112,07	55,22	27,04	35,40	-75,8%	-29,8%
CDD	182,55	247,63	287,90	254,15	241,46	32,3%	7,2%
Contrats aidés	32,03	24,05	13,14	10,35	8,29	-74,1%	-28,7%
PNM	1 723,70	1 768,16	1 793,97	1 762,63	1 755,57	1,8%	0,5%
Total PNM incluant contrats aidés	1 755,73	1 792,21	1 807,11	1 772,98	1 763,86	0,5%	0,1%
<i>Poids titulaires et stagiaires</i>	<i>80,9%</i>	<i>79,7%</i>	<i>80,9%</i>	<i>84,0%</i>	<i>84,2%</i>	<i>4,1%</i>	<i>1,0%</i>
<i>Poids CDI</i>	<i>8,5%</i>	<i>6,3%</i>	<i>3,1%</i>	<i>1,5%</i>	<i>2,0%</i>	<i>-76,2%</i>	<i>-30,2%</i>
<i>Poids CDD</i>	<i>10,6%</i>	<i>14,0%</i>	<i>16,0%</i>	<i>14,4%</i>	<i>13,8%</i>	<i>29,9%</i>	<i>6,8%</i>

Source : Bilans sociaux

Sur le personnel non médical, l'accroissement des effectifs résulte principalement des augmentations de postes lors de l'installation sur le nouveau site MCO en 2014 et 2015, pour un total de 54,16 ETP dont 27 résultent de la renégociation des effectifs cibles³⁶, suite aux tensions sociales préalables à l'ouverture du nouveau site hospitalier.

En parallèle à ces variations d'effectifs, le coût de l'absentéisme pour le budget principal s'accroît : si les taux de 6,93 % au global et de 7,72 % pour le personnel de soins restent limités

³⁴ Cour des comptes, Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, 2014, 412 p., disponible sur www.ccomptes.fr. La Cour invitait dans le cadre de son analyse « à une grande prudence dans l'analyse des effectifs et des dépenses de personnels des cliniques, notamment au regard d'une démarche comparative avec le secteur public » (p. 451).

³⁵ Guide pour le suivi de la masse salariale, DGOS, 2014, 67 p.

³⁶ Alors que la redéfinition des maquettes d'effectifs cibles permettait une diminution de - 3,22 ETP, 27 ETP ont été créés sur les unités de soins, dont 8,91 sur les urgences. L'absence d'application d'une partie des nouvelles maquettes ainsi que des créations de postes liées à des évolutions d'activité et des besoins de renfort exceptionnels ont majoré ces besoins, dont le total s'élève à 54,16 ETP entre 2013 et 2015.

par rapport aux données comparatives proposées par l'ATIH³⁷, le nombre de journées d'absence augmente pour autant de 12,3 % sur l'ensemble de la période sous revue, pour un volume d'ETP absents estimé par la direction des ressources humaines à 101,9 ETP en 2017. Rapporté au coût moyen chargé de l'ETP non médical, le coût global de l'absentéisme s'élèverait, ainsi, selon la chambre à plus de 4,2 M€ en 2017, en augmentation de + 18,4 % sur la période sous revue. L'analyse des motifs d'absence souligne le poids des motifs professionnels (accidents du travail, accidents de trajets, maladies professionnelles), qui représente plus de 16 % des journées d'absence en 2015 contre 13 % en moyenne nationale, d'après les données de l'ATIH. Ce constat a contribué à l'engagement d'une réflexion institutionnelle sur l'accompagnement au changement, ainsi qu'au déploiement d'une politique d'amélioration des conditions de vie au travail (voir 3.1.3).

La progression des effectifs médicaux porte principalement sur les praticiens contractuels, dont le volume augmente de 51,4 % au cours de la période sous revue. Cette tendance est accompagnée d'une diminution de près de 7 % de l'effectif de praticiens titulaires, et s'explique par les difficultés de recrutement déjà exposées. La baisse du poids des charges de personnel externe de 1,7 % à 0,7 % entre 2013 et 2017 résulte de la politique de diminution de l'intérim exposée plus haut. Par ailleurs, la mise en œuvre de la réforme du temps de travail aux urgences, en application des instructions ministérielles de 2014 et 2015³⁸, a conduit à la création de 5,1 ETP, pour un coût total estimé par la chambre à 0,7 M€³⁹.

Si l'augmentation annuelle du coût moyen des effectifs médicaux de + 4,2 % semble s'expliquer principalement par le poids des dépenses de remplacement, et des dépenses de temps additionnel et de permanence des soins, l'accroissement du coût moyen annuel de + 1,7 % du coût moyen du personnel non médical résulte principalement des effets du glissement vieillesse technicité. La pyramide des âges présentée dans le bilan social n'offre pas de perspective de diminution de ce coût dans les années à venir. *A contrario*, la mise en œuvre de la revalorisation statutaire de juillet 2016 s'est traduite par une augmentation de 1,7 M€ des dépenses sur l'exercice 2017, selon les estimations de l'ordonnateur.

tableau 13 : Évolution du coût moyen des ETPR médicaux et non médicaux entre 2014 et 2017

	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
Coût moyen rémunération titulaires	30 185	30 719	30 730	31 163	3,2%	1,1%
Coût moyen rémunération CDI	24 374	26 715	32 080	32 017	31,4%	9,5%
Coût moyen rémunération CDD	21 891	22 397	22 752	23 335	6,6%	2,2%
Coût moyen chargé PNM	44 311	45 361	45 241	46 556	5,1%	1,7%
Coût moyen PH	79 308	79 935	82 026	83 123	4,8%	1,6%
Coût moyen attaché	44 573	47 768	48 893	50 778	13,9%	4,4%
Coût moyen contractuel	55 419	56 702	76 009	60 375	8,9%	2,9%
Coût moyen assistant	36 112	35 438	36 192	37 731	4,5%	1,5%
Coût moyen chargé PM	105 641	108 043	110 805	119 522	13,1%	4,2%

Source : données ordonnateur

Les données comparatives disponibles pour l'exercice 2016 attestent du niveau globalement élevé des charges de personnel par rapport aux établissements de même catégorie, et confirment ainsi l'enjeu de la maîtrise de ces charges dans le redressement financier de

³⁷ Analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé, ATIH, 2015, 138 p. Les taux d'absentéisme sur cet exercice pour les EPS dont les produits sont supérieurs à 70 M€ sont respectivement de 8,1 % pour l'ensemble du personnel non médical, et de 8,8 % pour le personnel soignant.

³⁸ Circulaire DGOS n° 2014-359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR, et instruction DGOS n° 2015-234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence.

³⁹ Estimation établie à partir du nombre de postes créés dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme d'après les retours de l'ordonnateur, et du coût moyen de l'ETP médical sur le secteur des urgences (estimé par l'ordonnateur à 135 000 €).

l'établissement⁴⁰. Les ventilations de charges de personnel par lit, par journée et par entrée, reprises par la MEEF à partir des bases nationales de la DGFIP, mettent en effet en évidence un surcoût pour le centre hospitalier compris entre 5 % par entrée et 35 % par journée. Si ces données sont à utiliser avec prudence, elles sont en partie confirmées par les résultats du retraitement comptable (voir 3.3.1)⁴¹.

2.2.3.2. Les consommations intermédiaires

Les consommations intermédiaires consolidées s'élèvent à 41,6 M€, dont 81,3 % relèvent du budget principal. Elles augmentent globalement de + 7,5 % au cours de la période sous revue.

tableau 14 : Évolution des consommations intermédiaires du budget principal

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
Achats (a)	19 161 154	19 576 290	19 700 638	20 349 639	20 970 420	9,4%	2,3%
Services extérieurs* (b)	4 557 660	4 859 995	4 211 829	4 530 939	4 970 491	9,1%	2,2%
Autres services extérieurs (c)	6 731 081	8 996 712	7 588 512	7 694 284	7 882 639	17,1%	4,0%
Impôts & taxes, hors taxes sur le personnel (d)	51 338	56 453	160	2 790	3 053	-94,1%	-50,6%
Consommations intermédiaires (a+b+c+d)	30 501 233	33 489 449	31 501 139	32 577 652	33 826 603	10,9%	2,6%
<i>en % des produits d'exploitation</i>	21,5%	22,5%	20,7%	20,7%	21,8%	1,4%	0,3%
<i>En % des consommations intermédiaires consolidées</i>	78,8%	80,9%	79,9%	80,6%	81,3%	3,2%	0,8%

Source : comptes de gestion extraits par le logiciel Anafi

Les achats représentent 50 % des consommations sur le budget principal en 2017. Les dépenses d'achats médicaux, composés des achats de matières et de fournitures, s'élèvent à 18,4 % en 2017. Représentant en moyenne 13,9 % des produits de l'activité hospitalière, leur dynamique est plus marquée que celle de l'activité, avec un taux d'accroissement global de 14,2 % entre 2013 et 2017 contre 8,6 % pour les produits de l'activité hospitalière. Ce décalage constitue une source de surcoût pour l'établissement, résultant principalement des effets de tarifs des prestations pharmaceutiques pratiqués par le GAPM⁴².

La diminution des achats hôteliers de près de 24 % entre 2013 et 2017 témoigne de la mise en œuvre des objectifs de redressement en matière d'achats. Bien que son périmètre soit limité aux secteurs non transférés à la plateforme médico-logistique du GAPM, le centre hospitalier s'est lancé depuis 2015 dans une optimisation de ses achats dans le cadre du plan Phare. Au global, les gains comptabilisés entre 2016 et 2017 s'élèvent à 1,9 M€.

L'installation sur le site de Montredon a eu enfin des conséquences sur la dynamique des charges : outre les frais spécifiques liés au déménagement des activités en 2014, l'accroissement des surfaces et des équipements repris s'est traduit par une augmentation des dépenses de maintenance de près de 0,9 M€, indépendamment du choix d'externalisation d'une partie des prestations effectué par la direction.

Les autres postes significatifs concernent les prestations externalisées auprès du GAPM. D'après les éléments transmis par la cellule du contrôle de gestion, trois types de surcoût sont

⁴⁰ Charges de personnel par lit de 244 810 € pour le CH contre une médiane à 188 682 €, de 827 € par journée pour le CH contre 611 € en médiane, et par entrée de 4 935 € pour le CH contre 4 699 € en médiane.

⁴¹ Données du retraitement comptable 2016 extraites de l'ATIH : coût de 639 € sur la journée d'hospitalisation complète, pour une médiane à 568 € et un 3^{ème} quartile à 615 € ; consultation MCO à 93 € pour une médiane à 78 € et un 3^{ème} quartile à 93 € ; urgences médico-chirurgicales à 202,4 € pour une médiane à 164,4 € et un 3^{ème} quartile à 193,6 €.

⁴² L'état détaillé des comptes transmis par l'établissement permet toutefois de mettre en évidence une diminution de 0,3 M€ des achats de médicaments, dans le cadre de la mise en œuvre des objectifs de redressement financiers, et une augmentation de 0,9 M€ des médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation, liées à la mise sur le marché de nouveaux traitements dans le cancer du poumon, et partiellement remboursés dans le cadre des crédits MIGAC. La diminution de près de 17 % des consommations de fluides compense également partiellement l'accroissement des achats médicaux.

identifiés : ceux du BEH, ceux liés au fonctionnement de la plateforme et ceux propres au centre hospitalier. Au global, le coût de production des repas est de 14,35 €, soit un niveau trois fois supérieur au coût médian national de 5,63 €.

Le coût de production du kilogramme de linge est supérieur de 50 % au niveau médian. Les données du retraitement comptable pour l'exercice 2016 qui intègrent l'ensemble des coûts liés à la prestation, permettent toutefois d'estimer entre 2,3 et 2,9 M€ le surcoût des seules prestations de restauration et de blanchisserie, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 15 : Estimation du surcoût des prestations de restauration et de blanchisserie à partir des données du retraitement comptable

	Unité d'œuvre	Nombre d'UO	Coût de l'établissement	Coût médiane	Coût 3ème quartile	Estimation surcoût borne basse	Estimation surcoût borne haute
Restauration	Nombre de repas	307810	14,22	6,11	6,53	2 367 059	2 496 339
Blanchisserie	Nombre de kilos de linge	587784	2,33	1,56	2,33	-	452 594
Total						2 367 059	2 948 933

Source : Données du retraitement comptable 2016, requête sur le CH de Carcassonne, ATIH

Ces données sont confirmées par les études provisoires fournies par la cellule du contrôle de gestion. Si la diminution de 0,3 M€ des coûts de restauration observée sur les exercices 2016 et 2017 correspond aux mesures mises en œuvre par le GAPM pour améliorer sa prestation, le retrait de l'USSAP à la fin de l'exercice 2017 risque d'accroître sensiblement à nouveau ce poste.

2.2.3.3. Les autres charges de gestion

Les autres charges de gestion s'élèvent à 3,4 M€ à la clôture des comptes 2017. Au niveau du budget principal, ces charges intègrent les pertes sur créances irrécouvrables, et le reversement au budget de la DNA des dotations MIGAC visant à financer le contrat de bail emphytéotique de la plateforme médico-logistique, pour un total de 1,7 M€ en 2017.

2.2.4. Les budgets annexes

2.2.4.1. Le GAPM

Le budget de la DNA centralise les flux d'exploitation entre le centre hospitalier et le GAPM. En 2017, le montant total des produits constatés sur ce compte s'élève à 10,8 M€, pour 9,9 M€ de charges. L'excédent de fonctionnement constaté sur l'ensemble de la période sous revue correspond à la partie du bail comptabilisée directement en dépense d'investissement sur le compte 167 du centre hospitalier, pour un montant de 0,8 M€. L'accroissement global de 0,7 M€ entre 2013 et 2017 s'explique principalement par les évolutions méthodologiques dans la refacturation des charges.

Les refacturations établies par le centre hospitalier sont comptabilisées en hors taxes, et relèvent principalement de trois grandes catégories :

- les consommations de fluides (eau, gaz et électricité) du GAPM établies avec les relevés des compteurs de la centrale d'énergie commune à la plateforme et au site MCO ;

- les dépenses relatives au personnel, imputées sur les comptes de personnel du budget annexe pour le personnel non médical, et sur le compte de personnel extérieur pour le personnel médical pharmaceutique ;
- la partie du loyer du BEH comprenant l'investissement, les grosses réparations et les autres prestations pour le lot n° 1.

Les choix d'affectation des dépenses relatives au bail emphytéotique reposent sur la simplification des imputations entre les deux entités juridiques, puisque l'intégralité du lot 1 est imputée au GAPM et les lots n° 2 et n° 3 au centre hospitalier. La présence d'immobilisations relatives à la stérilisation dans le lot n° 1 induit une surestimation des charges imputées au GAPM de moins de 20 000 € en annuel, d'après l'ordonnateur. Pour autant, le versement de l'intégralité de l'aide allouée par l'ARS au titre du plan hôpital 2007 joue en faveur du GAPM, puisque la stérilisation, en tant que structure d'exploitation, pourrait relever de cette aide, selon une quote-part estimée par la chambre à 112 000 €⁴³. Bien que cet écart ne puisse pas être considéré comme significatif, les choix d'imputation sont donc défavorables au centre hospitalier. Dans sa réponse, l'ordonnateur a indiqué vouloir revoir les critères de facturation auprès du GAPM.

D'après l'ordonnateur, le coût annuel TTC du BEH s'élève à 6,5 M€ : sur les 27 années du bail, le coût global de l'opération pour l'établissement s'élève ainsi à 177,4 M€, les frais de la maintenance représentant la moitié du coût global et les frais financiers le quart. Au vu des montants constatés, la chambre souligne que ce bail coûte au centre hospitalier aussi cher qu'une reconstruction à neuf tous les 8 ans de la plateforme, de la stérilisation et de la centrale d'énergie. Le poids des charges financières est, par ailleurs, doublé en comparaison avec un emprunt classique à 3,22 % correspondant au taux moyen sur l'établissement.

tableau 16 : Détail des dépenses relatives au bail emphytéotique sur l'exercice 2017

K€	Dépense annuelle	Dépense globale	Part en %
Loyer R1	3 725	100 575	49,2%
dont immobilisations (compte financier)		50 900	24,9%
dont frais financiers		49 675	24,3%
Loyer R2-R3-R4 Maintenance / entretien	2 844	76 788	37,6%
TOTAL loyer	6 569	177 363	86,8%

Source : CRC Occitanie d'après les données transmises par l'ordonnateur

2.2.4.2. Les EHPAD

Les deux EHPAD des Rives d'Odes et de Iéna représentent en moyenne 7 % des produits consolidés du centre hospitalier, mais relèvent de deux situations très différentes :

- l'EHPAD des Rives d'Odes, ouvert en 2014, dispose d'une capacité de 170 lits installés pour un volume global de 9,3 M€ de produits en 2017. Son activité est soutenue, avec un taux d'occupation supérieur à 98 % depuis 2014. L'installation sur un site entièrement neuf constitue sur ce point un facteur non négligeable d'attractivité. Placée en convergence tarifaire sur les dotations de soins en 2010, la structure est en léger excédent de 0,2 % des produits en 2017, alors que la mise en œuvre de la réforme tarifaire nationale des EHPAD place l'établissement en convergence négative sur la dépendance⁴⁴ ;

⁴³ Quote-part correspondant à la part de la stérilisation dans les dépenses d'exploitation (dépenses hors investissement du lot n° 1 et du lot n° 2, la partie relative au lot n° 2 pour les loyers R2, R3 et R4 étant estimée en fonction du poids des immobilisations du lot n° 2 sur le sous-total du lot n° 2 et du lot n° 3).

⁴⁴ D'après le rapport de l'IGAS de 2018, la réforme tarifaire se traduit globalement par un accroissement de la recette des soins mais une forte diminution des recettes de dépendance, particulièrement sensible pour les EHPAD publics : P. RICORDEA., Relevé des échanges et propositions

- l'EHPAD de Iéna, situé dans le centre-ville de Carcassonne, a de son côté une capacité maximale de 90 lits dont 77 sont budgétés en 2016, pour un volume global de 2,4 M€ de produits en 2017. Ses résultats sont équilibrés sur l'ensemble de la période sous revue. La fragilité principale de l'établissement réside toutefois dans son niveau d'activité, puisque le taux d'occupation constaté en 2016 est inférieur à 80 % sur l'hébergement et la dépendance, en nette diminution par rapport à l'exercice 2015.

2.2.4.3. Les autres budgets annexes

La situation financière des autres budgets annexes ne soulève pas d'observations particulières : l'IFSI, l'USLD, le CAMSP et le CSAPA sont en effet en excédent d'exploitation pour un taux cumulé de 2,8 % des produits.

La situation de l'IFSI présente toutefois des besoins d'investissements conséquents à moyen terme. La réhabilitation comme le maintien en l'état du site nécessitent des travaux de réhabilitation de la chaufferie, située sur la parcelle du site en vente. Le centre hospitalier ne dispose pas des capacités d'investissement suffisantes pour mener à bien l'opération, dont les estimations s'établissent entre 5 et 6 M€. Les études complémentaires diligentées en 2018 à l'initiative du conseil régional s'inscrivent, selon la présidente de région Occitanie, dans la stratégie régionale de préservation de l'offre de formation de proximité, et doivent aboutir à un partenariat équilibré dans le financement du projet. De la même façon, la ville de Carcassonne et la communauté d'agglomération ont manifesté, selon l'ordonnateur, une intention de principe de soutien financier au projet.

2.2.5. La marge brute et le poids des charges calculées sur la capacité d'autofinancement

2.2.5.1. La marge brute d'exploitation

La marge brute consolidée s'élève à 8,6 M€ à la fin de l'exercice 2017. Le taux de 5,3 % des produits courants sur cet exercice est le plus faible sur l'ensemble de la période sous revue. Compris entre 6,4 % et 8,8 % entre 2013 et 2016, il est considéré par la MEEF comme particulièrement élevé, la médiane étant de 6,27 % sur les établissements de même catégorie.

Après retraitement des aides exceptionnelles reçues sur l'ensemble de la période sous revue, le taux de marge brute est inférieur au seuil de 8 % fixé par l'instruction ministérielle du 16 mars 2016 comme l'un des critères de l'équilibre financier des établissements publics de santé, l'exercice 2016 mis à part.

de la mission de médiation sur la mise en place de la réforme de la tarification dans les EHPAD. IGAS, avril 2018, 56 p. ; A. MORET, Point Gir départemental, une réforme à l'application disparate pour limiter les casses dans les EHPAD, HOSPIMEDIA, 30 août 2017. D'après les données reprises de la CNSA, le point Gir de l'Aude est de 6,17, contre une médiane à 6,96, une moyenne à 7,03, un minimum à 5,68 et un maximum à 8,4.

tableau 17 : Évolution de la marge brute des comptes consolidés et du budget principal

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale 2013-2017
Résultat en % des produits - Budget principal H	-1,2%	-1,6%	-1,6%	0,3%	-3,4%	182,2%
Marge brute d'exploitation consolidée	10 302 473	10 054 690	11 819 992	14 543 226	8 626 659	-16,3%
en % des produits courants de fonctionnement consolidés	6,9%	6,4%	7,4%	8,8%	5,3%	-22,8%
Marge brute d'exploitation du budget principal	8 965 156	7 904 608	9 587 862	11 946 969	6 181 517	-31,0%
en % des produits courants de fonctionnement du budget H	7,1%	6,0%	7,1%	8,6%	4,5%	-36,7%
Aides exceptionnelles	1 000 000	1 100 000	1 000 000	-	2 000 000	100,0%
Marge brute d'exploitation du budget principal corrigée	7 965 156	6 804 608	8 587 862	11 946 969	4 181 517	-47,5%
Taux de marge brute du budget principal corrigé des AE	6,4%	5,4%	6,6%	8,9%	3,0%	-52,8%

Source : comptes de gestion extraits du logiciel ANAFI

Les 7 M€ d'aides annuelles à l'investissement, attribuées au centre hospitalier pour la couverture des charges liées au BEH et au financement des investissements du nouvel hôpital, représentent entre 59 et 113 % de la marge brute du budget principal : indépendamment de la seule dynamique du cycle d'exploitation, le niveau élevé de la marge brute dépend donc très fortement de l'attribution de ces aides. Retraité des aides exceptionnelles et des aides à l'investissement, le taux de marge brute serait même négatif sur les exercices 2014 et 2017, à respectivement - 0,2 et 2 %, pour n'atteindre le niveau de 3,7 % que sur le seul exercice 2016.

Les charges financières s'élèvent à 6,6 M€ en 2017, et sont réparties à 78 % pour le budget principal, 16 % pour le budget de la DNA, qui retrace les opérations relatives au GAPM, et 3 % pour l'EHPAD des Rives d'Odes. À ce volume conséquent s'ajoutent plus de 10 M€ de charges d'amortissement, dont l'accroissement de 40 % au cours de la période sous revue s'explique par l'ouverture des nouveaux bâtiments. Au global, les charges d'amortissement et les frais financiers réels nets représentent plus de 10 % des produits courants consolidés, et entre 1,3 et 2,5 fois le montant de la marge brute consolidée et retraitée des aides exceptionnelles⁴⁵. Si la limitation des investissements à partir de 2015 permet de contenir cette dynamique, ce constat confirme les observations établies précédemment par la chambre sur le poids financier des trois grandes opérations d'investissement réalisées entre 2010 et 2014 sur l'établissement.

2.2.5.2. La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement reste limitée entre 1 et 2 % des produits courants, exception faite des effets de la cession du site de l'ancien EHPAD sur l'exercice 2016. Le poids de l'annuité de la dette, qui augmente de 82 % sur la période sous revue, pour atteindre le montant de 7,8 M€ sur l'exercice 2017, explique dans ce contexte la faiblesse de la capacité d'autofinancement nette. Cette dernière reste négative sur l'ensemble de la période sous revue.

tableau 18 : Évolution de la CAF et de la CAF nette entre 2013 et 2017

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale 2013-2017	Variation moyenne 2013-2017
Capacité d'autofinancement brute	3 097 953	2 684 381	4 370 887	7 783 039	2 515 979	-18,8%	-5,1%
Taux de CAF	1,4%	1,1%	2,1%	4,1%	1,0%	-30,9%	-8,8%
Remboursement de l'annuité de la dette	4 882 570,83	8 458 694	9 381 200	9 751 937	9 118 908	86,8%	16,9%
CAF nette	- 1 784 617	- 5 774 312	- 5 010 313	- 1 968 898	- 6 602 929	270,0%	38,7%

Source : comptes de gestion extraits du logiciel ANAFI

⁴⁵ Voir le tableau détaillé des indicateurs de résultats présenté en annexe n°4.

2.2.5.3. L'analyse de l'équilibre financier de l'établissement

L'équilibre financier des établissements publics de santé défini par les articles D. 6143-39 et D. 61145-70 du CSP repose sur trois types de critères :

- un équilibre financier de la section d'exploitation défini par un taux de déficit du budget principal contenu à moins de 2 % ;
- un autofinancement supérieur à 2 % des produits et positif après remboursement de l'annuité de la dette en capital ;
- un niveau d'endettement limité, défini par une durée apparente de la dette inférieure à 10 ans, un taux d'indépendance financière inférieur à 50 %, et un encours de la dette inférieur à 30 % des produits.

En application de ces critères, la situation du centre hospitalier de Carcassonne est déséquilibrée, principalement du fait de la faiblesse de sa capacité d'autofinancement et du poids de sa dette, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 19 : Critères d'équilibre financier du centre hospitalier

Objectif	Indicateur de suivi	Cible	2013	2014	2015	2016	2017
Respect équilibre financier (D6143-39 CSP)	Taux de déficit du budget principal	Maximum -2 à -3%	-1,2%	-1,6%	-1,6%	0,3%	-3,4%
	Taux de CAF	Minimum 2%	1,39%	1,08%	2,06%	4,11%	0,96%
	CAF nette	positif	- 1 784 617 €	- 5 774 312 €	- 5 010 313 €	- 1 968 898 €	- 6 602 929 €
Maîtrise du niveau de l'endettement (D6145-70 CSP)	Durée apparente de la dette	Maximum 10 ans	80,00	136,00	64,00	32,00	276,00
	Indépendance financière	Maximum 50 %	72,63%	76,07%	79,31%	78,65%	79,94%
	Encours dette / produits	Maximum 30%	109,3%	118,7%	109,4%	102,0%	101,2%
Instruction ministérielle 15/03/2016	Taux de marge brute du budget principal hors aides	Minimum 8%	6,39%	5,40%	6,56%	8,87%	3,02%

Source : comptes de gestion extraits du logiciel ANAFI

2.3. Le cycle d'investissement

La période sous revue est caractérisée par un rythme soutenu des dépenses correspondant à la fin des travaux de l'EHPAD des Rives d'Odes en 2013 et l'ouverture du nouvel hôpital en 2014, et à la limitation à moins de 3 M€ des dépenses d'investissement à partir de 2015.

tableau 20 : Évolution du tableau de financement entre 2013 et 2017

Emplois	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Remboursement dette financière	4 882 571	8 458 694	9 381 200	9 751 937	9 118 908	41 593 310
Immobilisations	59 440 295	49 103 461	2 988 938	1 823 734	1 595 284	114 951 712
Autres emplois	2 244 000	15 227 797	-	-	37 500	17 509 297
Total des emplois	66 566 866	72 789 951	12 370 138	11 575 672	10 751 692	174 054 319
Apport au fonds de roulement				8 235 484		8 235 484
Ressources	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Capacité d'autofinancement	3 097 953	2 684 381	4 370 887	7 783 039	2 515 979	20 452 240
Emprunts	42 500 000	30 627 036	1 501 750	3 004 600	2 003 600	79 636 986
Dotations et subventions	7 094 217	15 834 426	1 026 126	2 208 717	2 070 825	28 234 310
Autres ressources	2 050	6 435 450	184 638	3 407 400	33 009	10 062 547
Dont cessions d'immobilisations	2 050	10 680	99 448	3 407 400	33 009	3 552 587
Dont autres						-
Total des ressources	52 696 270	55 591 974	7 182 848	19 811 156	6 656 422	141 938 670
Prélèvement sur le fonds de roulement	13 870 595	17 197 978	5 187 290		4 095 270	40 351 133

Source : comptes de gestion

2.3.1. Les opérations de construction de l'EHPAD et du nouvel hôpital

Le centre hospitalier présente la particularité d'émarger aux deux plans nationaux d'investissement de 2007 et de 2012, selon des modalités très différentes et lourdes de conséquences sur son équilibre bilanciel : la construction de l'EHPAD des Rives d'Odes, qui s'élève au final à 24,7 M€, est financée à hauteur de 36,2 % par des aides en capital, alors que celle du site MCO, d'un montant de 153,6 M€, est financée à 4,5 % par des aides en capital et à 49,7 % par une aide en exploitation, versée annuellement dans le cadre des crédits MIGAC. L'aide annuelle de 6,13 M€ attribuée dans le cadre des crédits MIGAC est ainsi appelée à n'être reconduite que sur 12 années.

tableau 21 : Structuration du financement de l'EHPAD des Rives d'Odes et du nouvel hôpital

	EHPAD	Nouvel hôpital
Dépenses investissement	24 727 523	153 651 119
Dépenses exploitation	205 000	
Total dépenses	24 932 523	153 651 119
Part autofinancement	19,8%	4,4%
Part emprunt	34,5%	91,1%
Part subvention	36,2%	4,5%

Source : Données ordonnateur

La dépense d'investissement de ces deux entités s'est élevée au global à 178,6 M€, dont 70 M€ sur les exercices 2013 et 2014. L'analyse générale des pièces des deux marchés permet de conclure qu'il n'y a pas eu de débordement notable sur les coûts prévisionnels définis dans le cadre de leur attribution : l'écart à la prévision est de + 1,7 % pour l'EHPAD, avec les pénalités, et de - 3,7 % pour le nouvel hôpital. Sur cette 2^{ème} opération, les modifications postérieures à la notification du marché sont restées limitées à 3,3 % du coût initial de 117 M€ hors taxes et le coût total de la construction s'avère inférieur de 4,4 % à l'estimation totale. Les résultats de l'avis de la commission de sécurité à la poursuite de l'activité de l'EHPAD des Rives d'Odes mettent pour autant en évidence que les manquements des fournisseurs sur certains équipements n'avaient pas fait l'objet de réserves, car non identifiées par les équipes techniques en 2014. Les coûts complémentaires liés à la mise en conformité sont limités à 0,3 M€.

Le coût de la construction du nouvel hôpital, estimé à 2 062 € le m² de surface dans l'œuvre (SDO), semble relativement élevé, puisqu'il se situe dans le 90^{ème} centile de l'échantillon constitué par l'ANAP dans son étude des coûts de la construction hospitalière. Toutefois, cette analyse comparative est perturbée par la configuration même des locaux. En effet, la localisation sur le même site de Montredon du bâtiment MCO et de la plateforme médico-logistique a conduit à minimiser les surfaces dédiées à l'approvisionnement intermédiaire hôtelier et pharmaceutique. Le montant globalement élevé du coût de la construction carcassonnaise peut ainsi s'expliquer par le fait qu'il concentre uniquement les locaux dédiés aux soins et à l'hospitalisation, plus coûteux. Les gains de surface et leur traduction sur le coût de la construction n'ont pas été estimés, mais ils constituent pour autant le deuxième impact financier de la plateforme médico-logistique sur le centre hospitalier.

2.3.2. La limitation des investissements depuis 2015

La direction de l'établissement a limité ses dépenses d'investissement de 3 à 1,6 M€ à partir de l'exercice 2015 soit 1,9 % en 2015 puis 1 % en 2017 des produits courants consolidés. Si le

taux de vétusté des immobilisations a diminué de 10 % sur les exercices 2016 et 2017, sous les effets conjugués de la fiabilisation des comptes et des opérations de construction, celui des installations techniques, du matériel et de l'outillage reste sensiblement élevé, et augmente même sur la fin de la période sous revue, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 22 : Évolution des taux de vétusté entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
Total des immobilisations corporelles	62 445 788	92 285 670	249 593 575	238 538 645	230 890 566	269,7%	38,7%
Amortissements et dépréciations des installations	24 411 403	24 520 456	21 924 781	24 484 310	26 689 659	9,3%	2,3%
Taux de vétusté des immobilisations	39,1%	26,6%	8,8%	10,3%	11,6%	-70,4%	-26,3%
Taux de vétusté des installations techniques, matériel et outillage	78,7%	62,3%	61,3%	67,3%	72,8%	-7,5%	-1,9%

Source : comptes de gestion d'après les extractions du logiciel ANAFI

Malgré le resserrement des dépenses, l'établissement continue de dépendre des financements extérieurs, en l'absence de capacité d'autofinancement nette. Au global, le centre hospitalier puise dans son fonds de roulement à hauteur de 32,1 M€.

Le volume des investissements courants effectué par le centre hospitalier depuis 2015 est largement inférieur aux 4,9 M€ correspondant au taux cible de 3 % établi par la DGOS⁴⁶. Cette limitation des capacités d'investissement pose un double problème du remplacement des équipements d'imagerie actuellement en fin de vie, dont un accélérateur de particules et une gamma-caméra, et du financement des équipements nécessaires au développement de l'activité, tant au niveau de l'imagerie nucléaire que de la cardiologie. Si le recours au crédit-bail pour les équipements lourds permet de limiter celui à l'emprunt, il majore, pour autant, le montant des charges d'exploitation, et limiterait d'autant la marge brute d'exploitation. Par ailleurs, l'obsolescence progressive du plateau technique, en l'absence d'investissements suffisants, peut aggraver les difficultés d'attractivité de l'établissement vis-à-vis des équipes médicales. Enfin, les contraintes financières pesant sur la section d'investissement empêchent l'établissement d'apporter une réponse aux besoins de rénovation et de restructuration de l'IFSI et l'EHPAD de Iéna⁴⁷.

2.3.3. Le poids de la dette

La structuration du financement du nouvel hôpital a conduit l'établissement à s'endetter massivement, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 23 : Évolution de l'endettement du centre hospitalier sur la période 2013-2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
+ Emprunts et dettes financières	148 737 656	154 528 320	148 624 475	143 870 543	138 807 595	-6,7%	-1,7%
+ Autres dettes	29 525 159	45 902 837	43 927 232	41 933 827	39 881 467	35,1%	7,8%
= Dettes financières (b)	178 262 815	200 431 157	192 551 707	185 804 370	178 689 062	0,2%	0,1%
Encours de la dette / produits courants	118,6%	128,0%	119,9%	113,0%	109,5%	-7,7%	-2,0%
Durée apparente de la dette	57,5	74,7	44,1	23,9	71,0	23,4%	5,4%
Taux d'indépendance financière	72,6%	76,1%	79,3%	78,6%	79,9%	10,1%	2,4%

Source : comptes de gestion

Si la limitation des dépenses d'investissement à partir de 2015 permet de diminuer globalement l'encours de la dette de près de 7 %, les indicateurs relatifs au poids de la dette restent

⁴⁶ DGOS, fiche performance n° 3-5 sur la soutenabilité financière des projets d'investissement, 2016.

⁴⁷ Les investissements induits par les inondations de l'automne 2018 peuvent conduire à une rupture de cette politique de limitation des dépenses d'immobilisations. Le coût restant à la charge de l'hôpital, après indemnisation de l'assureur, s'élèverait à 0,6 M€ d'après les retours de l'ordonnateur.

très dégradés, supérieurs aux seuils définis par l'article D. 6145-70 du CSP, comme un tiers des établissements publics de santé français en 2016 selon les données de la Cour des comptes⁴⁸. Les données comparatives indiquées par la MEEF dans son rapport d'analyse sur la période 2012-2016, placent l'établissement parmi les 10 % d'établissements de sa strate présentant le niveau d'encours le plus lourd. Le centre hospitalier présente ainsi une durée apparente de la dette huit fois supérieure à la médiane observée sur les établissements comparables pour l'exercice 2016. Cette durée est triplée sur l'exercice 2017 avec la dégradation des résultats de la section d'exploitation. Le ratio d'indépendance financière étant, par ailleurs, supérieur de 25 % à la médiane nationale. La structuration de la dette ne présente pas de risque, puisque les 18 emprunts la constituant sont cotés A selon l'échelle de la charte Gissler.

Au vu de son niveau d'endettement, l'établissement a été soumis à l'autorisation préalable de l'ARS pour tout nouvel emprunt, en application de l'article D. 6145-70 précité⁴⁹. Afin de limiter le poids des charges financières sur la section d'exploitation, la direction a entrepris depuis deux ans une démarche de renégociation auprès des quatre principaux partenaires bancaires, qui devrait selon l'ordonnateur permettre de diminuer de près de 4,5 % les frais financiers annuels sur les 28 prochains exercices, soit un total de gains cumulés de 12 M€.

2.4. La situation bilancielle

2.4.1. Le fonds de roulement

Le fonds de roulement devient négatif à partir de 2014, sous le double effet des opérations d'investissement et de la fiabilisation des comptes exposés plus haut.

⁴⁸ Cour des comptes, Rapport public annuel 2018, Chapitre 6. La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir. La Documentation française, p. 279-306, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁹ Disposition introduite par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé : pour les établissements répondant à au moins deux des trois critères d'endettement excessif déjà exposé, tout nouvel emprunt doit être assorti d'une autorisation préalable du directeur de l'ARS.

tableau 24 : Évolution des indicateurs bilanciaux sur la période sous revue

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
+ Apports, réserves et reports	45 444 650	29 080 753	19 164 162	19 400 781	22 821 892	-49,8%	-15,8%
+ Résultat de l'exercice	- 2 336 017	- 2 939 161	- 2 831 915	419 928	- 5 054 159	116,4%	21,3%
= Fonds propres	43 108 633	26 141 592	16 332 247	19 820 709	17 767 733	-58,8%	-19,9%
+ Subventions d'inv. et droits de l'affectant	2 125 194	15 931 454	15 316 627	13 687 765	11 849 536	457,6%	53,7%
+ Provisions réglementées	21 942 162	20 990 473	18 595 994	16 936 606	15 225 466	-30,6%	-8,7%
= Fonds propres élargis	67 175 988	63 063 518	50 244 868	50 445 080	44 842 735	-33,2%	-9,6%
+ Dettes financières	178 262 815	200 431 157	192 551 707	185 804 370	178 689 062	0,2%	0,1%
= Ressources stables (a)	245 438 803	263 494 675	242 796 575	236 249 450	223 531 797	-8,9%	-2,3%
Immobilisations d'exploitation	227 970 219	263 673 104	251 766 754	240 775 825	232 270 816	1,9%	0,5%
+ Immobilisations financières	2 253 563	2 253 563	2 253 563	2 253 563	2 291 063	1,7%	0,4%
= Actif immobilisé (b)	230 223 782	265 926 668	254 020 317	243 029 389	234 561 879	1,9%	0,5%
Fonds de roulement (a-b=c)	15 215 021	- 2 431 992	- 11 223 742	- 6 779 939	- 11 030 082	-172,5%	
en nbre de jours de charges courantes	38	- 6	- 26	- 16	- 25	-165,9%	
Besoin en fonds de roulement de gestion	18 060 580	- 1 900 631	- 1 943 557	3 627 163	777 378	-95,7%	-54,5%
+ Autres créances et dettes	- 2 026 822	7 414 423	2 010 722	1 764 309	- 1 010 174	-50,2%	-16,0%
- Provisions pour risques et charges	759 965	1 757 245	5 202 295	5 643 295	5 840 895	668,6%	66,5%
- ICNE	1 046 946	1 072 508	1 028 817	989 633	489 342	-53,3%	-17,3%
= Besoin en fonds de roulement net global propre	14 226 847	2 684 039	- 6 163 947	- 1 241 456	- 6 563 033	-146,1%	
= Besoin en fonds de roulement net global (d)	14 226 847	2 684 039	- 6 163 947	- 1 241 456	- 6 563 033	-146,1%	
Trésorerie nette (c-d)	988 174	- 5 116 031	- 5 059 795	- 5 538 483	- 4 467 050	-552,1%	
en nbre de jours de charges courantes	2,5	- 12,1	- 11,8	- 12,8	- 10,1	-510,7%	
dont trésorerie active	2 197 895	1 507 163	2 804 694	1 337 726	1 531 982	-30,3%	-8,6%
dont trésorerie passive tirée des fonds en dépôt	201 084	134 791	96 973	60 173	46 117	-77,1%	-30,8%
dont trésorerie passive (LDT)	-	5 500 000	6 700 000	5 800 000	5 000 000		

Source : comptes de gestion d'après les extractions du logiciel ANAFI

La dégradation du fonds de roulement place l'établissement dans une situation de déséquilibre financier particulièrement importante, au vu de la préconisation ministérielle d'un niveau de fonds de roulement équivalent à 30 jours de charges courantes⁵⁰. Dans ce contexte, la vente des sites désaffectés constitue un enjeu prioritaire. La vente du site du Pont Vieux, réalisée en 2016 après trois années de démarches, a permis la comptabilisation de 3,4 M€ de produits de cessions, pour une plus-value estimée à 0,8 M€. La mise en vente engagée dès 2014 du site Antoine Gayraud, estimé à 7 M€, n'a pour l'instant pas abouti.

Le besoin de fonds de roulement se calcule par la différence entre les stocks et les créances, et les dettes de l'établissement. Sa structuration est profondément transformée au cours de la période sous revue, et son niveau passe de 14,2 M€ à - 6,6 M€ entre 2013 et 2017, comme le montre le tableau ci-après :

tableau 25 : Évolution du besoin en fonds de roulement entre 2013 et 2017

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
= Stocks et en-cours (a)	38 664	46 642	48 713	45 570	51 468	33,1%	7,4%
= Redevables et comptes rattachés (b)	27 528 689	21 849 766	23 829 828	24 201 915	22 291 304	-19,0%	-5,1%
= Dettes fournisseurs (c)	9 506 774	23 797 039	25 822 098	20 620 322	21 565 394	126,8%	22,7%
= Autres dettes et créances (e)	- 2 026 822	7 414 423	2 010 722	1 764 309	- 1 010 174	-50,2%	-16,0%
= Besoin en fonds de roulement global* (d+e-f-g)	14 986 812	4 441 284	- 961 652	4 401 839	- 722 138	-104,8%	
= Provisions pour risques et charges (h)	759 965	1 757 245	5 202 295	5 643 295	5 840 895	668,6%	66,5%
= BFR net global* (g-h=i)	14 226 847	2 684 039	- 6 163 947	- 1 241 456	- 6 563 033	-146,1%	
en nbre de jours de charges courantes	35,5	6,3	- 14,4	- 2,9	- 14,9	-141,9%	

Source : comptes de gestion d'après les extractions du logiciel ANAFI

Alors que l'externalisation des fonctions d'approvisionnement hôtelier et pharmaceutique se traduit par un niveau de stock de moins de 52 000 € en 2017, la structuration du besoin en fonds de roulement se caractérise en 2013 par un niveau de créances assez élevé de 27,5 M€, et des dettes fournisseurs limitées à 9,5 M€. Ce rapport s'inverse à partir de 2014, sous l'effet d'une double

⁵⁰ Instruction ministérielle du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements publics de santé.

tendance de diminution des créances de 18,6 % à 15,1 % entre 2013 et 2017, et d'accroissement des dettes fournisseurs en attente de règlement de 6,5 % à 13,4 %.

Une partie des dettes fournisseurs comme des créances clients concerne le GAPM : la dette du centre hospitalier de Carcassonne au 15 mars 2018 auprès du GAPM s'élève ainsi à 12,5 M€, alors que sa créance auprès du groupement s'élève à 5,1 M€. Le déficit de trésorerie du centre hospitalier résultant de l'insuffisance de marge d'exploitation et du coût financier des investissements se trouve ainsi majoré par les tensions propres au GAPM, auxquelles il participe.

2.4.2. Les tensions de trésorerie

En trésorerie nette négative à partir de 2014, le centre hospitalier dépend de l'accessibilité des crédits à court terme, pour un montant total de 5,5 M€ à 4,5 M€ en raison de la défection de l'un des trois organismes bancaires à partir de 2017. L'établissement ne semble pas pour l'instant en situation de restriction globale de l'accès au crédit, malgré la prudence adoptée par le secteur bancaire auprès des établissements publics de santé⁵¹.

La gestion active de la trésorerie déployée pour limiter l'accroissement des délais de paiement repose sur le suivi quotidien des décaissements, et la formalisation d'un plan prévisionnel de trésorerie, discuté avec l'ARS Occitanie et la DRFiP en application de l'instruction ministérielle du 14 septembre 2012 relative à la cellule de veille de trésorerie.

Malgré une relative amélioration entre 2016 et 2017, la situation de la trésorerie du centre hospitalier de Carcassonne reste très préoccupante, et les possibilités de déblocage des paiements en attente dépendent des aides exceptionnelles attribuées par l'ARS, la dernière versée sur l'exercice 2017 s'élevant à 2 M€. Alors que les délais réglementaires de paiement sont fixés à 60 jours, ceux du centre hospitalier s'élèvent à plus de 190 jours pour les fournisseurs du GAPM, plaçant l'établissement en risque de rupture d'approvisionnement, les fournisseurs impayés préférant recourir au blocage de nouvelles commandes plutôt qu'à l'application des intérêts moratoires prévus par la réglementation. Cette restriction des flux de paiement ne concerne pas les fournisseurs négociant leurs échéances.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

L'engagement du centre hospitalier dans la procédure de certification de ses comptes à partir de l'exercice 2015 s'est traduit par une amélioration significative de la fiabilité de ses inscriptions comptables, et le déploiement progressif de procédures de contrôle interne. Si des marges d'amélioration restent encore identifiées en matière de formalisation et d'automatisation des contrôles, les mesures de fiabilisation ont conduit à la diminution de près de 10 M€ des fonds propres entre 2013 et 2015, révélant l'ampleur des difficultés financières de l'établissement.

L'équilibre d'exploitation du centre hospitalier reste facial, car il repose à la fois sur les aides exceptionnelles et les aides à l'investissement versées dans le cadre du financement du nouvel hôpital. La réalisation des opérations de construction, qui ont toutes les deux bénéficié d'un

⁵¹ D. Banquy, P. Painault. Les conditions de financement des établissements publics de santé auprès du secteur bancaire, IGF, 2012, 58 p. L'IGAS souligne ainsi que les établissements bancaires adoptent une position qualifiée de "très prudente" sur les lignes de trésorerie accordées aux établissements publics de santé, qui se traduit par un abaissement progressif et systématique des plafonds des autorisations de tirage lors des renégociations annuelles des contrats. Ce mouvement, qui concerne l'ensemble du secteur public local, s'explique par le contexte de renforcement des règles prudentielles appliqué par les établissements bancaires. (p. 9). En ce qui concerne les financements à moyen et long terme, le même rapport fait état de la réticence croissante des banques à financer le secteur public hospitalier, du fait de l'identification par ces mêmes établissements d'une dégradation du risque financier hospitalier (p. 31).

accompagnement financier dans le cadre des deux plans nationaux Hôpital 2007 et 2012, s'est traduite par un recours massif à l'endettement et un accroissement des charges financières et d'amortissement. Alors que l'analyse financière de la MEEF insistait sur le fait que le seul *scenario* viable pour l'établissement consistait dans un recours complémentaire à l'emprunt, une diminution du BFR et une progression de la marge brute de 32,3 % entre 2013 et 2017, la marge brute hors aide s'est dégradée de 47 % sur la période sous revue. Bien que limités à moins de 2 % des produits courants depuis 2015, les investissements nécessitent le recours à l'emprunt du fait d'une capacité d'autofinancement négative. Cette limitation ne pouvant être que ponctuelle, au vu des obligations futures de renouvellement et de développement de nouvelles activités, l'établissement va être contraint de poursuivre son endettement ou de limiter davantage sa marge d'exploitation en recourant au crédit-bail.

La situation du centre hospitalier de Carcassonne correspond aux constats établis par l'inspection générale des affaires sociales et l'inspection générale des finances sur la réduction de « la capacité des établissements à financer leurs investissements passés et futurs » liée au « phénomène de cyclisation des investissements » constitués par les plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012⁵². Dans ce contexte, le redressement financier repose sur l'accroissement de la marge brute, par le maintien de la dynamique d'activité dans un secteur pourtant concurrentiel, et par l'optimisation des charges de fonctionnement.

3. LES ENJEUX DU REDRESSEMENT

3.1. La stratégie de redressement déployée par l'établissement

3.1.1. Les critères d'analyse des plans de redressement

Les objectifs du redressement financier définis par le CSP et les circulaires ministérielles sont les suivantes⁵³ :

- le redressement de la marge brute d'exploitation hors aides financières octroyées par l'ARS à 8 % afin de permettre le financement des investissements courants ;
- la mise en œuvre d'un plan d'actions documenté, qui doit être majoritairement constitué de gains portant sur les dépenses de fonctionnement, dont les dépenses de personnel ;
- le respect des équilibres réglementaires concernant le niveau d'endettement, incluant une attention particulière aux souscriptions d'emprunt programmées sur la période sous revue ;
- l'atteinte d'un fonds de roulement net global dit de sécurité préservant l'établissement de tensions de trésorerie.

Si le désendettement du centre hospitalier constitue un enjeu fondamental dans la stratégie de redressement, la chambre souligne que la diminution du volume de l'encours de la dette nécessaire pour répondre aux seuils fixés par la réglementation est estimée à 80 % pour 2013, et n'est donc pas atteignable dans le cadre du calendrier triennal appliqué dans les CREF.

⁵² P. Aballea, P. Legrand, A. Vanneste, P. Collette, D. Banquy, P. Painault. Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier. Rapport définitif, IGAS IGF, mars 2013, p.3 et p.31.

⁵³ Décret n° 200-8-621 du 27 juin 2008 sur l'équilibre financier des établissements de santé, dont les modalités de mise en œuvre sont explicitées dans les deux circulaires DHOS/F2/2008/233 du 16 juillet 2008 et DHOS/F2/CNAMTS 2009-295 du 23 septembre 2009 relatives à l'équilibre financier des établissements de santé ; décret n° 2015-1687 du 16 décembre 2015 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, dont les modalités de mise en œuvre sont explicitées dans l'instruction interministérielle DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016.

3.1.2. La mise en œuvre des contrats de retour à l'équilibre financier

Le centre hospitalier s'est volontairement inscrit dans une dynamique de redressement sur l'ensemble de la période sous revue : outre le contrat de 2013 à 2015 et son avenant de 2015 à 2017, la direction a pris acte des résultats dégradés de l'exercice 2017 en maintenant ses efforts sur 2018, indépendamment de la signature d'un nouveau plan de retour à l'équilibre. Au global, le plan d'actions constitué par l'établissement porte à un peu plus de 50 % sur les mesures d'accroissement de l'activité, et à 20,5 % sur les mesures d'économies sur le personnel, pour un total de 16,8 M€ de gains. L'établissement a, par ailleurs, inscrit dans sa trajectoire de redressement, plusieurs gains complémentaires en recettes pour un montant de 268 798 €. Alors que les critères définis dans la circulaire interministérielle de 2013 permettaient le rattachement du suivi du plan de redressement du centre hospitalier par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), le contrat de 2013 comme son avenant ont été suivis de façon effective et régulière par l'ARS Languedoc-Roussillon puis Occitanie⁵⁴.

Si les objectifs présentés dans la feuille de route du plan triennal sont établis en cohérence avec les orientations retenues dans le CREF, et permettent d'en affiner les modalités de mise en œuvre, le déploiement de la chirurgie ambulatoire, l'optimisation des transports et des dépenses pharmaceutiques constituent également des axes importants de cette feuille de route. Intégré dans le dispositif d'accompagnement par l'ANAP des établissements en difficulté, la direction a cherché à récupérer l'ensemble des outils et des bases d'étude élaborées au niveau régional et national pour alimenter sa réflexion et nourrir son plan d'actions à partir de 2016, notamment en matière d'adaptation des capacités d'hospitalisation et de développement de la chirurgie ambulatoire.

La retranscription dans les PGFP des gains prévus aux CREF ne permettent qu'un redressement partiel de la situation financière de l'établissement : alors que la marge brute est supérieure à 8 % dès 2015, la capacité d'autofinancement nette reste négative, et l'encours de la dette reste supérieur aux seuils réglementaires.

tableau 26 : Prospective pluriannuelle des résultats financiers du centre hospitalier entre 2013 et 2017

PGFP 2013-2017 et 2015-2019	Prévisions 2013	2014	2015	2016	2017
Marge brute prévisionnelle	11 110 075	10 849 924	14 176 753	12 374 678	12 857 321
<i>Taux prévisionnel de marge brute</i>	7,4%	7,1%	9,1%	9,3%	9,5%
CAF prévisionnelle	5 138 926	5 087 808	8 256 664	8 031 940	8 845 788
CAF nette prévisionnelle	- 1 666 961	- 2 068 777	8 256 664	- 2 200 087	- 1 401 124
Encours prévisionnel de la dette	172 839 499	177 682 914	177 682 914	188 096 315	177 849 403

Source : PGFP 2013-2017 et 2015-2019

L'analyse des réalisations montre que l'établissement a effectué près de 80 % des gains inscrits au contrat et à son avenant, n'hésitant pas à retenir des objectifs supplémentaires de 1,7 M€ : le total des gains réalisés sur la période sous revue s'élève à 13,1 M€. Toutefois, ces gains ont été constitués à 65 % par l'accroissement de l'activité, loin des objectifs initiaux du contrat.

Cette focalisation sur les actions portant sur les recettes révèle toutes ses limites sur l'exercice 2017, où le tassement de l'activité en volume, accompagné d'une diminution du poids moyen du cas traité, conduisent à une baisse sensible des produits de l'activité. Contrairement aux

⁵⁴ La circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013 du 5 juin 2013 relative à la mise en place du COPERMO prévoit en effet que le périmètre d'intervention du comité porte sur les établissements présentant des plans d'investissements de plus de 50 M€ HT en travaux, et les établissements de plus de 80 M€ présentant une situation financière dégradée.

objectifs de réduction de l'encours de la dette, globalement tenus, les gains réalisés sur le cycle d'exploitation sont insuffisants pour redresser la marge brute et la capacité d'autofinancement nette. D'après les calculs effectués par la chambre, le volume des gains aurait dû être doublé pour atteindre le seuil de 8 % de marge brute sur l'ensemble de la période sous revue, et obtenir une capacité d'autofinancement nette positive, correspondant à une moyenne de 2,7 % de marge brute supplémentaire, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 27 : Estimation des gains supplémentaires nécessaires au rétablissement de la marge brute et de la capacité d'autofinancement nette sur la période sous revue

Augmentation nécessaire de la MB	2013	2014	2015	2016	2017	Cumul
Marge brute hors aide >6%	-	900 000	-	-	4 300 000	5 200 000
CAF nette positive	1 800 000	5 800 000	5 020 000	2 000 000	6 700 000	21 320 000

Source : CRC Occitanie d'après les données des comptes de gestion

L'ordonnateur a informé la chambre de son inscription dans la procédure de suivi des établissements en redressement du comité de performance et de modernisation (COPERMO) des établissements de santé.

3.1.3. Les principales démarches d'optimisation

3.1.3.1. L'adaptation continue des capacités d'hébergement

Le déménagement sur le nouveau site MCO de Montredon a conduit à un ajustement des capacités d'hébergement dans les trois secteurs de médecine, de chirurgie et d'obstétrique : outre une augmentation de neuf postes sur l'hémodialyse, on constate un rééquilibrage des capacités de médecine, une augmentation de huit lits sur le secteur des chirurgies, et une diminution des capacités d'obstétrique de quatre lits. Après le déménagement, les capacités d'hébergement sont soumises à plusieurs évolutions afin d'accroître les taux d'occupation des différentes unités. Si l'analyse détaillée des variations annuelles des capacités de chaque secteur de prise en charge est difficile à reconstituer de façon synthétique, la variation globale des lits et des places sur l'ensemble des disciplines MCO met en évidence une légère diminution de trois lits d'hospitalisation complète, et surtout une diminution de 22 lits de semaine, et de 12 places d'hospitalisation de jour de médecine, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 28 : Évolution des capacités d'hébergement entre 2013 et 2017

Disciplines	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale				
	Total	Total	Total	Total	Total	Lits HC	Lits HDS	Places	Postes	Total
Total médecine	337	342	349	354	345	-3	-7	-9	27	8
Total chirurgie	80	78	69	68	68	3	-15	0	0	-12
Total obstétrique	59	55	55	53	53	-3	0	-3	0	-6
TOTAL GENERAL	476	475	473	475	466	-3	-22	-12	27	-10

Source : données de l'ordonnateur

Le rythme soutenu des restructurations est facilité par les capacités d'adaptation du bâtiment construit en 2014. Les deux principales opérations réalisées depuis l'ouverture du nouveau site portent sur la médecine et la chirurgie :

- la réorganisation des chirurgies effectuée en avril 2016, a porté sur la reconfiguration des lits de chirurgie viscérale, vasculaire, gynécologique et ORL dans une nouvelle unité de chirurgie générale, et le transfert d'une partie du potentiel ambulatoire de l'unité de chirurgie ambulatoire. Cette réorganisation a conduit à une redéfinition des maquettes d'effectifs cibles se traduisant par la diminution de - 3,175 ETP d'IDE et - 8,12 ETP d'aides-soignants ;
- la réorganisation des médecines en septembre 2017, intègre le déménagement de l'unité neurovasculaire, la diminution des capacités de neurologie, de néphrologie et d'endocrinologie. La baisse des effectifs théoriques de 6,7 ETP n'a pas été constatée à ce jour, du fait de l'accroissement des besoins de remplacement pour pallier à l'évolution de l'absentéisme. Pour autant le ratio du nombre d'ETP présents et consommés par lit occupé baisse de près de 1,7 à 1,3.

La démarche appliquée sur chacune de ces opérations repose sur un cadrage préalable des objectifs avec les équipes concernées, à partir des études de la cellule de contrôle de gestion, et prenant en compte les variations saisonnières et les risques de tension qui en résultent. L'évaluation détaillée réalisée après chaque réorganisation comprend le ressenti des équipes et l'appréciation de la qualité de vie au travail. Cette approche rigoureuse, qui témoigne de la qualité du dialogue médico-administratif déployé sur l'établissement, a conduit à engager un mouvement permanent d'adaptation des capacités d'hébergement. Des audits ciblés réalisés par des professionnels médicaux reconnus sont également envisagés pour identifier les évolutions indispensables à l'amélioration de la qualité des soins, et à l'attractivité de certains services.

Si les réorganisations entraînent une diminution déjà évoquée de 2,6 % des effectifs soignants entre 2015 et 2017, compensant partiellement l'accroissement constaté au moment de l'ouverture du nouvel hôpital, elles conduisent également à une augmentation des taux d'occupation sensible sur l'exercice 2016, mais plus limitée en 2017, du fait du tassement général de l'activité observé sur cet exercice. Au global, les taux d'occupation restent inférieurs aux taux cibles définis par la DGOS de 95 % pour les unités de médecine et de chirurgie et de 85 % pour les unités d'obstétrique⁵⁵.

tableau 29 : Évolution des taux d'occupation entre 2015 et 2017

	2015	2016	2017
sous-total médecines HC	87,0%	89,6%	87,2%
sous-total chirurgies HC	71,0%	80,2%	77,4%
sous-total obstétrique HC	71,4%	67,3%	63,3%
Total général MCO	84,4%	88,9%	85,8%

Source : données ordonnateur

La mise en œuvre des restructurations présente plusieurs risques. Le premier porte sur la fragilisation de l'encadrement intermédiaire, puisque le taux de cadres faisant fonction est de 38 % des effectifs d'encadrement en 2017. Le deuxième porte sur l'accroissement de la fatigabilité du personnel, et l'augmentation de l'absentéisme qui en résulte. L'analyse de l'évolution de l'absentéisme par secteur met ainsi en évidence la corrélation des absences avec le calendrier des restructurations : les chirurgies voient leur taux d'absentéisme augmenter de 1,9 % sur 2016, alors que celui des médecines augmente de 3,7 % sur le pôle vasculaire et métabolique en 2017. Le

⁵⁵ DGOS, Fiche performance n° 2-5 sur le dimensionnement du capacitaire.

troisième porte sur la dépendance de l'établissement aux variations d'activité, dans un contexte où les durées de séjours sont particulièrement courtes et renforcent les effets des variations d'activité sur les occupations de lits.

En réponse à ces constats, une professionnalisation de la gestion des restructurations a été mise en place à partir de 2017, avec l'identification d'une direction chargée de l'accompagnement des projets. Fondé sur le principe d'un appui méthodologique, ce déploiement vise à accompagner et soutenir les équipes soignantes, qui restent responsabilisées sur la conduite des projets. Par ailleurs, une démarche d'amélioration de la qualité de vie au travail a été mise en place : lancé en avril 2017 dans le cadre de la participation à un réseau régional, le projet, suivi par un comité de pilotage composé de la présidente de la CME, de la direction des ressources humaines, d'un représentant qualité, d'une assistante sociale et des membres du CHSCT, a débuté avec le pôle test de la chirurgie, et a donné lieu à une présentation aux instances à l'été 2017. Les problématiques remontées par les équipes de chirurgie portaient à 27 % sur l'amélioration des ressources matérielles, à 25 % sur la fidélisation et la valorisation du personnel, et à 29 % sur la formation continue et l'évaluation des pratiques, mettant en évidence l'exigence des professionnels quant aux moyens dont ils disposent, tant sur le plan matériel que de la formation et de la considération, dans un contexte d'accroissement de la productivité par mise en tension.

3.1.3.2. L'optimisation de la gestion des lits : réalisations et limites

Les pratiques du centre hospitalier en matière de gestion des lits sont particulièrement intéressantes s'agissant de l'unité de chirurgie ambulatoire et de l'unité d'hospitalisation de semaine. Le fonctionnement de l'unité de chirurgie ambulatoire de cinq lits, intégrée sur le même plateau que l'hôpital de jour de médecine, permet la prise en charge des patients debout. Ce type de circuit, minoritaire dans les établissements publics comme privés, a permis un accroissement sensible de l'activité et représente 20 % des prises en charge au premier trimestre 2018. Bien que présentant une organisation solide et conforme aux bonnes pratiques organisationnelles, les taux d'occupation de l'unité restent inférieurs au seuil de 130 % préconisé par la DGOS, indiquant les marges possibles de progression, comme le montre le tableau ci-dessous :

tableau 30 : Évolution du taux d'occupation de l'unité de chirurgie ambulatoire entre 2015 et 2017

	2015	2016	2017
UCA	90,1%	117,2%	115,7%

Source : données ordonnateur

L'organisation de l'unité d'hospitalisation de semaine de 20 lits repose quant à elle sur une logique de prestation d'hospitalisation programmée à partir de protocoles de soins par type de séjour, et d'un logiciel de programmation articulé avec celui de planification des consultations. Bien qu'inférieur à 80 % le taux d'occupation de cette unité est important par rapport à ce qui est observé sur d'autres établissements.

tableau 31 : Évolution du taux d'occupation de l'unité d'hospitalisation de semaine entre 2015 et 2017

	2015	2016	2017
HDS	67,5%	88,8%	76,4%

Source : données ordonnateur

Plus globalement, l'optimisation de la gestion des lits mise en œuvre sur le centre hospitalier présente la particularité d'avoir pour seul objectif l'amélioration du taux d'occupation,

puisque l'établissement ne connaît pas de tension au départ des urgences, contrairement à la majorité des autres établissements hospitaliers⁵⁶. Le déploiement d'une gestion effective des lits est en cours sur l'exercice 2018, avec la pratique de fermeture ponctuelle des lits en fonction de l'activité observée sur le week-end et le recensement des propositions de fermeture ponctuelles de lits. L'identification des fermetures estivales des lits constitue un projet à part entière de l'établissement depuis 2016.

Si le déploiement récent de cette politique ne permet pas de pouvoir en analyser les effets, cette démarche est intéressante et mérite d'être encouragée, car elle constitue la seule marge réelle de manœuvre de l'établissement, après l'ajustement des pratiques d'hospitalisation : l'indice de performance de la durée moyenne de séjour (IP DMS)⁵⁷ est en effet inférieur au taux cible de 0,94 fixé par la DGOS⁵⁸ et se situe parmi les plus faibles des taux observés dans le cadre du serveur HOSPIDIAG. Les analyses faites par le service d'information médicale montrent même que la faiblesse de la durée des séjours de l'établissement impacte négativement son PMCT, estimant les pertes de valorisation liées aux effets des bornes basses à près de 0,5 M€ en 2017⁵⁹.

tableau 32 : Évolution et comparaison de l'IP DMS du centre hospitalier entre 2013 et 2016

Indicateur	2013	2014	2015	2016	Région 2016		Catégorie 2016		Typologie 2016	
					2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile	2ème décile	8ème décile
P1 : IP - DMS Médecine	0,812	0,798	0,823	0,819	0,844	1,173	0,964	1,347	0,914	1,067
P2 : IP - DMS Chirurgie	0,907	0,836	0,858	0,876	0,906	1,175	0,972	1,368	0,867	1,072
P3 : IP - DMS Obstétrique	1,05	1,066	1,057	1,052	0,909	1,08	0,928	1,036	0,936	1,071

Source : HOSPIDIAG

Dans ce contexte général, la politique de gestion des lits mise en place par l'établissement facilite le déploiement d'une culture d'adaptation continue du nombre de lits à l'activité réelle de l'établissement, faisant du lit un indicateur, et non une référence organisationnelle immuable.

3.1.3.3. Optimisation des charges de personnel

La gestion des ressources humaines tant médicales que non médicales a fait l'objet de travaux d'optimisation au cours de la période sous revue, le premier portant sur l'adoption de procédures de contrôle des variables de paie. Outre l'établissement de la liste des points de contrôle préalables et postérieurs à la réception de la paie permettant de vérifier la cohérence globale des données, le déploiement en 2018 d'un logiciel de gestion du temps de travail interfacé avec le logiciel de paie doit permettre de maîtriser le risque d'erreurs et donc de dépenses indues. Par ailleurs, le suivi des effectifs a été harmonisé pour le personnel médical et le personnel non médical pour intégrer, outre le suivi des effectifs théoriques, celui des effectifs affectés et des remplacements par unité fonctionnelle et par pôle. Bien qu'établi sur des extractions du logiciel de paie, le maintien de ce suivi en manuel, sans intégration dans le système d'information des ressources humaines, constitue une limite à ces démarches d'optimisation, puisqu'il ne permet pas d'articulation rétroactive avec le suivi de la paie.

⁵⁶ Le dispositif d'hôpital en tension n'est ainsi jamais déclenché au cours de la période sous revue.

⁵⁷ L'IP DMS est un indicateur rapportant la durée des séjours à un niveau de référence national établi pour chaque pathologie. Il permet ainsi une analyse comparée des durées de séjours, contrairement à la durée moyenne de séjour qui ne transmet qu'une indication de temps.

⁵⁸ DGOS, Fiche performance n° 2-5 sur l'optimisation du capacitaire, disponible sur www.sante.gouv.fr.

⁵⁹ La DMS de l'établissement est de 5,2 jours alors que les DMS observées sur les établissements voisins comparables oscille entre 6 et 8,7 jours, selon l'étude réalisée par le médecin DIM du centre hospitalier en 2017.

Les conditions d'avancement d'échelon dérogatoires, constatées précédemment par la chambre, ont été appliquées jusqu'à la fin de l'exercice 2016. Concernant le régime indemnitaire, la chambre relève que la direction a étendu l'attribution de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) à la majorité des assistants médico-administratifs et adjoints administratifs pendant 6 mois de l'année. Si cette décision s'explique par les difficultés d'application du décret de 1997, elle majore les dépenses liées à l'attribution de la NBI⁶⁰. Il apparaît également que les modalités de calcul de la prime de service ont été modifiées à partir de l'exercice 2016, la redistribution des récupérations effectuées sur l'absentéisme s'appliquant, à partir de cet exercice, non plus à l'intégralité des agents éligibles à la prime, mais au périmètre des agents ayant bénéficié de moins de quatre jours d'absence. Cette démarche s'inscrit dans la politique plus globale poursuivie par l'établissement de lutte contre l'absentéisme, en valorisant le présentéisme.

En matière d'organisation et de gestion du temps de travail, l'évolution la plus structurante réside dans le déploiement du nouveau logiciel de gestion du temps de travail, dont la mise en service est prévue à la fin de l'année 2018 pour le personnel médical, et en 2019 pour le personnel non médical. Ce projet a permis de formaliser et de revoir l'ensemble des procédures relatives à la gestion du temps de travail, le guide applicable au personnel médical et non médical étant en cours de finalisation à la clôture de l'instruction. Pour le personnel médical, l'informatisation permettra de renforcer l'obligation de validation des tableaux de services, puisque cette dernière conditionnera le versement des indemnités de temps additionnel. Au vu des multiples enjeux financiers qu'il représente, la chambre encourage l'établissement à finaliser au plus vite ce déploiement.

Au niveau du personnel non médical, le constat précédemment établi d'une définition du temps de travail avantageuse pour les agents est confirmé encore sur la période sous revue⁶¹, et constitue une source supplémentaire de surcoût dans le fonctionnement de l'établissement. La structuration des horaires de travail reste par ailleurs encore très complexe, et fait l'objet d'une simplification dans le cadre du projet d'informatisation, puisque la direction des ressources humaines recense près de 380 horaires de travail en 2018, pour une cible de 160 dans le futur logiciel de gestion du temps de travail. Dans ce contexte général, l'établissement comptabilise un volume d'horaires dérogatoires en douze heures de 15,26 %, légèrement supérieur au niveau moyen constaté sur les établissements comparables⁶². L'évolution la plus marquante de la période sous revue porte sur l'accroissement du volume des heures supplémentaires, en lien avec l'évolution évoquée *supra* de l'absentéisme non médical. Les règles de remplacement internes, privilégiant le remplacement au recours aux recrutements, se sont accompagnées en 2017 d'une recherche de récupération plus systématique des heures supplémentaires en fonction des fermetures ponctuelles de services. Le nombre d'heures supplémentaires par agent, s'il reste largement supérieur à la moyenne de 22 heures constatée sur les établissements comparables⁶³, tend ainsi à diminuer sensiblement entre 2016 et 2017.

⁶⁰ Le décret n° 97-120 du 5 février 1997 restreint l'attribution de la bonification aux agents exerçant leurs fonctions sur le secteur des consultations externes.

⁶¹ Le protocole d'accord relatif à la réduction du temps de travail établi en application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 prévoit en effet un temps de travail annuel des agents compris entre 1 557 heures et 1 587 heures pour les agents travaillant de jour, et de 1 469 heures pour les agents travaillant de nuit, alors que la durée annuelle du travail définie dans la réglementation est de 1 582 heures pour les agents en repos variable, et de 1 476 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit.

⁶² Source : bilan social provisoire 2017. Les horaires en 12 heures concernent principalement les agents de sécurité, les permanenciers, les conducteurs ambulanciers (près de 100 % de l'effectif sur chacune de ces catégories), et dans une moindre mesure les infirmiers (28,5 % des effectifs). D'après le bilan annuel déjà cité de l'ATIH pour 2015, le taux moyen d'horaires en 12 heures est de 13 % pour les centres hospitaliers de plus de 70 M€ de produits, avec une forte dispersion des données, caractérisée par une médiane à 10,2, un minimum à 2,1 et un maximum à 34,1.

⁶³ Le décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit un volume maximal d'heures supplémentaires par agent de 180 heures dans la fonction publique hospitalière, majoré à 220 heures pour certaines professions ciblées. D'après le bilan annuel déjà cité de l'ATIH pour 2015, le volume d'heures supplémentaires par agent pour le PNM sur les centres hospitaliers de plus de 70 M€ de produits est de 18,5 en médiane, avec un minimum nul et un maximum à 48,8 heures.

tableau 33 : Évolution du nombre d'heures supplémentaires par agents entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
Nombre d'heures sup par agent	24,96	28,32	29,4	36,1	32,5	30,2%	6,8%
dont assistant médico-administratif	45,72	53,46	57,84	56,18	56,8	24,2%	5,6%
dont personnel soignant	16,63	21,8	20,12	29,27	28,56	71,7%	14,5%

Sources : bilans sociaux 2013-2017

En ce qui concerne le personnel médical, les difficultés déjà exposées relatives au recrutement médical se sont traduites par une augmentation du temps de travail additionnel des praticiens de près de 0,5 M€, pour un total de 3,5 M€. L'accroissement de ces dépenses renforce l'enjeu d'amélioration des procédures de contrôle interne sur le temps de travail médical, limité à des contrôles de cohérence et au blocage de l'implémentation des CET en cas de non déclaration des jours de congés. Alors que les constats sur l'insuffisante validation des tableaux de service, déjà effectués par la chambre dans son précédent rapport, sont confirmées par les observations du commissaire aux comptes et, par la présente instruction, la mobilisation de la sous-commission de la CME en charge de l'organisation et de la permanence des soins se révèle insuffisante au vu de ses obligations réglementaires, tant en nombre de réunions annuelles que de suivi global. La chambre invite sur ce point l'établissement à formaliser le bilan annuel de l'organisation de sa permanence des soins⁶⁴.

3.2. L'analyse des marges d'amélioration sur les recettes

3.2.1. Le pilotage des recettes

3.2.1.1. Les marges limitées sur le codage

Le codage de l'activité effectué par le DIM, bien que comportant par principe des risques de sous-évaluation au vu de sa structure décentralisée, apparaît, néanmoins, comme globalement maîtrisé. Alors que le système repose sur les compétences des équipes de terrain, la sensibilisation et la formation des médecins et des personnels non médicaux aux règles de codage constituent les missions principales du service d'information médicale, et intègrent l'assistance et l'intervention directe dans les situations de fragilité particulière des équipes médicales. Cette récupération des missions de codage a ainsi été mise en œuvre en 2016 et 2017 sur le service de néphrologie, alors que l'équipe rencontrait des difficultés de recrutement.

Par ailleurs, le périmètre d'intervention du service comme les moyens dont il dispose sont cohérents avec les missions qui lui sont confiées. Malgré une fragilité relative des interfaces informatiques, soulignée par le commissaire aux comptes, l'organisation du contrôle repose sur l'identification a priori des risques et la formalisation de plans de contrôle portant sur la qualité et l'exhaustivité des codages, qui permettent l'évaluation en continu de la valorisation des séjours par rapport aux valeurs moyennes enregistrées sur chaque type de pathologie.

En l'absence d'audit externe, l'évaluation de la performance du codage est limitée à l'analyse des résultats des contrôles externes, lesquels confirment l'absence d'anomalie sur ce

⁶⁴ Les missions de la COPS sont définies par les articles 6 et 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié, et reprises dans l'instruction DGOS-RH4/2014/101 du 31 mars 2014 : définir annuellement avec le directeur l'organisation et le fonctionnement de la permanence des soins, proposer un règlement intérieur de fonctionnement des astreintes qui sera arrêté par le directeur après avis de la CME et en concertation avec le directoire, donner un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins, établir un bilan annuel adressé au directeur et au président de la CME. La COPS ne s'est réunie qu'une fois par an sur les exercices 2014 et 2017. Aucun rapport ou bilan annuel n'est validé au cours de la période sous revue.

processus. Les résultats du contrôle de l'assurance maladie sur le codage de l'exercice 2013, réalisé en 2015, a donné ainsi lieu à un redressement positif limité à 45 000 €. L'appréciation négative du commissaire aux comptes dans son rapport sur les comptes 2016 a été levée, comme déjà exposé, sur l'exercice 2017. L'ordonnateur souligne la fragilisation de son équipe médicale sur ce secteur, intervenue depuis la fin de l'exercice 2018, du fait de départs et d'arrêts de travail.

3.2.1.2. L'insuffisance de pilotage de la facturation et du recouvrement

Les marges d'amélioration du centre hospitalier en matière de pilotage des recettes portent principalement sur l'optimisation du processus de facturation et de recouvrement, soulignant l'absence de mise en œuvre des précédentes recommandations de la chambre sur ce secteur. Le service, composé de 40 agents répartis entre les quatre secteurs d'hospitalisation, des consultations, de l'accueil et du secteur mère-enfant, et des EHPAD, est déconcentré au niveau des pôles, et l'accueil des patients se fait directement dans les étages, hormis pour les consultations. Si le périmètre du service est cohérent, et intègre bien la facturation des urgences, l'éclatement des points d'admission fragilise les équipes en cas d'absentéisme, en dépit des deux *pools* de remplacement de trois agents chacun.

L'organisation de la facturation dispose du double avantage d'une base patients ne comportant qu'un faible nombre de doublons, faisant par ailleurs l'objet d'un suivi rigoureux par la cellule d'identitovigilance, et d'une souplesse dans l'organisation des admissions et des pré-admissions. Alors même que la dispersion des secteurs invite à un pilotage resserré, les indicateurs disponibles sont parcellaires, établis par ressaisie au lieu d'une exploitation directe du système d'information. Leur niveau est inférieur à celui préconisé dans le cadre des bonnes pratiques organisationnelles formalisées par l'ANAP⁶⁵. Le délai de facturation de 24,3 jours pour les hospitalisés et de 36,68 jours pour les consultants est supérieur au délai cible compris entre 5 et 15 jours. L'importance de ces délais constitue même un enjeu important d'amélioration au vu des difficultés de trésorerie. Les indicateurs relatifs à la complétude des dossiers de facturation deux jours après la sortie du patient ne font pas l'objet d'un suivi, le taux cible préconisé par l'ANAP étant de 60 %. Le taux de rejet des dossiers de consultation dématérialisés envoyés dans le cadre de la facturation individuelle des établissements de santé (FIDES), est compris entre 4,5 % et 5,5 % sur les exercices 2016 et 2017, soit un niveau proche de la limite haute des 5 % recommandés en matière de performance de la chaîne de facturation⁶⁶. La fragilité de la qualité des titres est confirmée par le taux d'annulation, légèrement supérieur au seuil de 4 % préconisé dans les bonnes pratiques organisationnelles de l'ANAP. Enfin, le taux de pré-admission est particulièrement faible, puisqu'il est estimé à 40 % pour l'exercice 2017, alors que le taux cible est compris entre 75 et 85 %⁶⁷.

L'organisation du recouvrement présente également des fragilités, alors même que le contexte de fragilité sociale du territoire de santé invite à une attention particulière aux risques d'impayés. Le circuit de recouvrement déployé n'intègre pas l'ensemble des secteurs à risques, puisque l'accueil des urgences ne dispose pas de régie, et qu'il n'existe pas d'invitation systématique à régler avant son départ la prestation de chambre particulière. Le recouvrement en

⁶⁵ MEAH, Bonnes pratiques organisationnelles sur l'optimisation de la facturation et du recouvrement, 2008 ; ANAP, kit d'autodiagnostic sur la performance de la chaîne de facturation et de recouvrement.

⁶⁶ Le projet de facturation individuelle des établissements de santé est déployé de façon progressive sur l'ensemble des établissements de santé. La première phase a consisté à basculer en facturation au fil de l'eau les consultations et les actes externes, ce qui oblige de fait les établissements à améliorer significativement la qualité de leur facturation puisque les possibilités de correction des dossiers facturés sont beaucoup plus limitées que dans le passé. La généralisation de la facturation individuelle des séjours est prévue mais son calendrier a été retardé à plusieurs reprises.

⁶⁷ La pré-admission consiste à enregistrer le patient et les documents permettant de traiter la facturation de son dossier avant son entrée dans le service de soins. Cette modalité de prise en charge est intéressante pour le patient, car elle permet d'éviter les attentes le jour même de l'entrée, mais également pour l'établissement, puisqu'elle garantit l'exhaustivité des pièces nécessaires à la facturation, et limite les causes de retard et de désorganisation des services de soins sur cette partie du processus.

régie de ces prestations ne serait par ailleurs que de 25 % pour l'exercice 2017. Comme observé sur la facturation, les bonnes pratiques organisationnelles ne sont que partiellement mises en œuvre : le déploiement des télétransmissions sur les mutuelles est limité aux quatre principaux organismes recensés sur l'établissement, pour un volume de 30 % des factures télétransmises, et le service de paiement en ligne n'est pas ouvert aux patients. L'inscription du centre hospitalier dans le programme national « simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées » (SIMPHONIE) n'a manifestement pas permis d'optimiser le pilotage du recouvrement, les démarches étant limitées à l'adaptation du logiciel de GAM à la consultation des droits des patients au regard de leur inscription aux services de l'assurance maladie⁶⁸. Par ailleurs, l'établissement ne dispose pas de convention de partenariat avec le comptable. L'absence de politique de recouvrement formalisée dans ce cadre est d'autant plus dommageable qu'elle permettrait à l'hôpital de définir des engagements tant au niveau de l'ordonnateur que du comptable dans ce domaine.

La chambre recommande à l'établissement de déployer un suivi mensuel de la performance de sa facturation et de son recouvrement en lien avec le comptable public. Dans sa réponse à la chambre, l'ordonnateur s'est engagé à mettre en œuvre ces recommandations dans le cadre d'une réorganisation de son service de facturation et de recouvrement, et le déploiement du projet SIMPHONIE.

Recommandations

6. Élaborer un tableau de bord mensuel de la facturation incluant des indicateurs de qualité et de délai en lien avec le comptable public. *Non mise en œuvre.*

7. Élaborer un tableau de bord mensuel du recouvrement en régie, incluant un suivi sur les chambres particulières en lien avec le comptable public. *Non mise en œuvre.*

3.2.2. Les autres produits de la facturation

3.2.2.1. La facturation des mises à disposition de personnel dans le cadre du GHT

Si le contrôle de la facturation des personnels mis à disposition dans le cadre des conventions de coopération est bien effectif, et n'appelle pas d'observations, les modalités d'affectation des nouvelles primes d'exercice territorial semblent pouvoir constituer une charge supplémentaire pour l'établissement. Alors que les modalités d'attribution des primes d'activité multi sites sont conformes aux dispositions réglementaires prévues par l'arrêté du 17 octobre 2000⁶⁹ et en vigueur jusqu'en 2017, pour une dépense totale comprise entre 30 000 et 40 000 €, le financement accordé historiquement par l'ARS Languedoc-Roussillon puis Occitanie permettait de couvrir l'intégralité de ces charges. L'application de la nouvelle prime d'exercice territorial renvoie ce financement aux accords de coopération conclus entre les établissements de santé⁷⁰. Afin de ne pas supporter une charge qui a vocation à être répartie sur l'ensemble des

⁶⁸ SIMPHONIE est un programme national composé d'un ensemble de projets qui partagent un double objectif de simplification et de digitalisation du parcours hospitalier pour répondre aux besoins des patients, de leurs accompagnants, et des professionnels de santé, et de pilotage de la facturation, la sécurisation des recettes et de leur recouvrement. L'inscription dans le programme est validée par la DGOS, dans le cadre d'un appel d'offres annuel.

⁶⁹ Circulaire n° 521 du 13 octobre 2000 relative à l'indemnité versée à certains personnels médicaux hospitaliers lorsqu'ils exercent leur activité sur plusieurs établissements, arrêté du 17 octobre 2001 relatif à l'activité exercée dans plusieurs établissements par différentes catégories de personnes médicales, odontologiques et pharmaceutiques et précisant d'une part, les conditions d'application de cette disposition, d'autre part, le montant et les conditions d'attribution de l'indemnité prévue pour l'exercice de cette activité.

⁷⁰ Décret n° 2017-326 du 14 mars 2017 relatif à l'activité partagée de certains personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques et créant la convention d'engagement de carrière hospitalière pour les praticiens contractuels et les assistants des hôpitaux, décret n° 92017-327 du 14 mars 2017 portant création d'une prime d'exercice territorial et d'une prime d'engagement de carrière hospitalière, arrêté du 14 mars 2017 relatif à la prime d'exercice territorial des personnels médicaux.

établissements bénéficiant des activités médicales partagées, le centre hospitalier de Carcassonne a tout intérêt à renégocier les conventions de mise à disposition de ses professionnels médicaux.

3.2.2.2. La facturation des prestations hôtelières

Le montant de la facturation des prestations de chambre particulière s'élève à 0,9 M€ sur les exercices 2016 et 2017, en augmentation de plus de 0,6 M€ par rapport à l'exercice 2013. L'analyse réalisée par l'établissement en 2018 met en évidence un potentiel de facturation nettement supérieur, estimé à 1,6 M€ et reposant sur l'amélioration du suivi de la prestation. La révision de la procédure en vigueur doit également permettre à l'établissement de se mettre en conformité avec les dispositions réglementaires prévues à l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale, qui interdit la facturation de la chambre lorsque son utilisation relève d'une prescription médicale.

Ce travail d'optimisation est d'autant plus important que l'établissement semble disposer d'un gisement potentiel de recettes supplémentaires : ses tarifs de prestations, établis à 38 € depuis 2015, sont nettement inférieurs aux niveaux de remboursement des mutuelles, estimés à 43 €⁷¹, et aux catégories tarifaires de 55 à 119 € appliquées sur la clinique de Montréal. L'ordonnateur a indiqué, dans sa réponse à la chambre, prévoir une augmentation des tarifs d'hébergement à compter de l'exercice 2019. Le risque d'impayés étant fort sur ce type de prestations, la sécurisation du recouvrement constitue également un axe important d'optimisation au vu des constats précédents.

3.3. L'analyse des marges d'amélioration sur les dépenses

3.3.1. L'analyse globale des coûts de production

L'analyse comparée des résultats du retraitement comptable du centre hospitalier pour l'exercice 2016 met en évidence des surcoûts de fonctionnement sur certains secteurs cliniques, ainsi que sur plusieurs fonctions supports. Les charges de personnel représentant près de 70 % des charges d'exploitation (voir *supra*), l'hypothèse d'un dimensionnement important des effectifs cibles sur l'établissement peut être posée.

Sur les secteurs cliniques, le surcoût de la journée d'hospitalisation complète s'expliquerait essentiellement selon l'ordonnateur par les pratiques de l'établissement en matière de durée de séjour sur l'unité de réanimation et de soins continus. Sur les fonctions médicotechniques, les principaux surcoûts identifiables portent sur les secteurs d'urgence, les blocs opératoires, et les consultations externes : le coût moyen observé sur le centre hospitalier est en effet supérieur de 5 et 1 % au niveau observé sur les 25 % d'établissement ayant le coût le plus important, et de 20 à 31 % par rapport au coût médian. Bien que non ciblée dans les résultats du retraitement comptable, la stérilisation présente également des surcoûts importants liés à son surdimensionnement (voir 3.3.3). Sur les autres fonctions supports, outre les surcoûts des prestations assurées par le GAPM en matière de restauration et de blanchisserie, estimés entre 2,3 et 2,9 M€, les principaux surcoûts portent sur le brancardage et le plateau de consultations.

L'estimation globale des surcoûts issue des données du retraitement comptable est comprise entre 6 et 16 M€, soit un volume de 4 à 10 % des charges courantes consolidées de

⁷¹ CISS. La tarification d'une chambre particulière dans les établissements de santé. Santé info droits pratiques. Fiche A.7 de 2017, p. 4.

l'exercice 2016. Cette estimation semble exagérée à l'ordonnateur qui souligne les limites méthodologiques du recours à cette seule source d'analyse analytique, mais ne présente pas en retour de chiffrage complémentaire. La chambre souligne donc la nécessité pour le centre hospitalier d'approfondir l'exploitation des données analytiques internes et externes pour identifier de façon précise et chiffrée les surcoûts les plus significatifs et de pouvoir déterminer les actions d'optimisation envisageables dans le plan de redressement (voir *supra*).

Par ailleurs, la chambre souligne que les marges d'optimisation des coûts des fonctions supports mutualisables dans le cadre du déploiement du GHT semblent limitées, voire nulles. D'après les dispositions introduites par le décret de 2017 à l'article L. 6132-3 du CSP, les fonctions dévolues au GHT qui sont soumises à un objectif de mutualisation sont l'organisation et la gestion du système d'information, la fonction achats, et la coordination des instituts de formation paramédicale et des plans de formation. Dans le contexte carcassonnais, la mutualisation des achats conduirait à intégrer les centres hospitaliers de Limoux et de Castelnaudary dans le périmètre des fonctions d'achat et d'approvisionnement hôtelier et pharmaceutique réalisées par la plateforme médico-logistique du GAPM. Or, en dépit de la demande de travail complémentaire effectuée sur ce point par l'ARS Occitanie, et alors même que la mutualisation des fonctions médicotecniques fait partie des cinq objectifs stratégiques du groupement, la proposition d'une mutualisation complète de la fonction d'approvisionnement pharmaceutique a été refusée au vu des tarifs pratiqués⁷², privant ainsi la plateforme d'une perspective d'accroissement de sa production et de limitation de ses surcoûts, actuellement supportés en grande partie par le centre hospitalier. Les directions des centres hospitaliers de Limoux et de Castelnaudary expliquent leur position par les surcoûts conséquents des prestations du GAPM, ainsi que par la médiocre qualité des fonctions d'approvisionnement de la plateforme (ruptures de stocks, erreurs de commandes, retards de livraison). Outre le défaut de mutualisation des références pharmaceutiques découlant de l'absence politique harmonisée de la prise en charge médicamenteuse, les deux établissements soulignent que l'intégration de la totalité de leurs commandes pharmaceutiques ne permettrait pas de résoudre le déséquilibre financier du GAPM. Dès lors, la mutualisation des achats sur le GHT ne pourra porter que sur un périmètre restreint, pour des gains minimes. *A contrario*, la mutualisation du système d'information hospitalier va nécessiter un travail de restructuration sur le centre hospitalier de Carcassonne, puisque l'établissement présente la particularité d'avoir un SIH faiblement urbanisé, et discordant de la cartographie déployée sur les deux autres établissements du groupement. La convergence des applicatifs va nécessiter ainsi un investissement complémentaire pour l'établissement, confirmé par les deux autres établissements du GHT. Les estimations présentées en juillet 2018 font ainsi état de surcoûts annuels d'investissements et d'exploitation compris entre + 75 % et + 80 % pour les trois centres hospitaliers.

3.3.2. L'optimisation des fonctions supports

3.3.2.1. Le plateau des consultations externes

La configuration architecturale du nouvel hôpital a permis la constitution d'un plateau mutualisé de consultations de taille conséquente, et à fort potentiel de performance, comportant 34 salles et un espace central d'accueil du patient, intégrant les phases d'accueil administratif et paramédical, pour un total de 76 847 consultations réalisées sur l'année 2017.

⁷² Avenant n° 2 du projet partagé de prise en charge du patient, thème n° 9 sur l'organisation territoriale de la pharmacie, p. 14 : « le modèle tarifaire actuel [de la pharmacie du GAPM] est jugé peu adapté et même dissuasif. Il constitue un obstacle à une utilisation plus complète de l'offre d'approvisionnement de la plateforme médico-logistique auprès des établissements parties du GHT. Ce point est à considérer pour parvenir à une plus large communauté de produits au sein du GHT ».

Pourtant, les délais de rendez-vous observés dès 2015 sont incompatibles avec l'exigence d'accessibilité indispensable au maintien et au déploiement de l'activité programmée du centre hospitalier : de 11 à 33 semaines pour les spécialités médicales, et de 4 à 39 semaines pour les premiers rendez-vous de chirurgie. Dès 2016, l'organisation du plateau mutualisé a fait l'objet d'une attention de la direction et des équipes soignantes, dans un contexte d'augmentation continue de l'activité. L'analyse réalisée par la cellule du contrôle de gestion en 2015 soulignait la performance limitée du plateau : l'ouverture des vacances était nettement inférieure au potentiel global, et les vacances réalisées ne représentaient que 50 % de ce volume. Cette analyse est confirmée par l'autodiagnostic réalisé en décembre 2017 à partir des outils publiés par l'ANAP : le taux d'ouverture du plateau est estimé à 39,7 % pour un taux cible de 85 %, et le taux d'occupation est de 81 % pour une cible de 90 %. Le taux de débordement reste modéré à 3 %, pour une limite maximale de 5 %. L'analyse du dimensionnement des consultations, effectuée par l'équipe projet dans le cadre de l'autodiagnostic de 2017, mettait également en évidence des écarts entre le dimensionnement des plages offertes, et les besoins réels en fonction du volume et du temps moyen de consultations. Le diagnostic organisationnel a complété cet état des lieux, en identifiant des axes d'amélioration en matière d'accessibilité, de structuration des relations avec la médecine de ville, d'efficacité médico-économique et de pilotage. Les principaux points d'écart avec les bonnes pratiques organisationnelles préconisées par l'ANAP portent ainsi sur le suivi des indicateurs d'activité et de délai, l'organisation et la performance de la programmation, et l'insuffisance de suivi du recouvrement, confirmant l'analyse présentée plus haut en matière de pilotage des recettes.

Les travaux d'optimisation ont donné lieu à la formalisation de règles de fonctionnement du plateau et à leur validation par le conseil des consultations en novembre 2017. Structuré sur l'accompagnement méthodologique et technique de la direction d'appui au projet, le calendrier du projet d'optimisation intègre un travail sur l'organisation des secrétariats médicaux et la mutualisation de plusieurs tâches sur le plateau. Les estimations de variation des effectifs cibles sur les secrétariats médicaux transmis par la DRH n'indiquent toutefois aucune réduction du volume de postes, mais un rééquilibrage entre le plateau de consultations et les services médicotechniques. Le déploiement de l'informatisation du dossier patient ne semble donc pas avoir intégré de réorganisation globale des fonctions de secrétariat. La chambre invite l'établissement à compléter sa démarche d'un audit sur ce secteur, au vu des enjeux potentiels qu'il représente.

3.3.2.2. Le brancardage

L'équipe de brancardage du centre hospitalier de Carcassonne est historiquement structurée en quatre entités : trois unités dédiées au transport du bloc opératoire, de l'imagerie, et des urgences, et une unité réservée aux autres transports. Ce modèle a été reconduit sur le nouveau site, avec un renfort supplémentaire de 2,96 ETP affecté sur l'unité de brancardage des urgences, portant à 29,52 ETP le dimensionnement de l'équipe en mai 2014. Sur la suite de la période sous revue, les effectifs affectés sur le secteur ont été supérieurs aux effectifs cibles, puisque le volume d'ETP annuel est de 34,35 en 2014 et de 36,83 en cumulé à novembre 2015⁷³. La nouvelle organisation proposée en 2015 a permis de revenir à un niveau d'effectif cible proche de celui constaté avant le déménagement du nouvel hôpital, sans remettre en question la structuration du service.

Sur le plan organisationnel, les évaluations disponibles soulignent l'absence de logiciel dédié et de suivi de la qualité de la prestation et de la satisfaction des clients. L'évaluation de la

⁷³ Source : données ordonnateur – tableau des effectifs du brancardage pièce 257.

qualité de la prestation est ainsi limitée au suivi des événements indésirables. L'analyse comparée, effectuée par la chambre à partir des données de présentation des sept établissements participant au rapport de diagnostic de 2007 de la MEAH, d'une part, et des deux éléments de comparaison produits par la direction du centre hospitalier dans son rapport de présentation de 2015, d'autre part, incite à questionner le dimensionnement global des effectifs affectés au brancardage⁷⁴. Il apparaît en effet que le volume de transports effectués par ETP est plus de trois fois supérieur au niveau moyen constaté sur ces deux échantillons étudiés, comme le montrent les deux tableaux ci-dessous⁷⁵ :

tableau 34 : Comparaison inter-établissements du volume de transports interne par ETP

	H1	H2a	H2b	H3	H4a	H4b	H5	H6	H7	CHC 2013
ETP	16	46,3	40	2,5	3	7	5,5	7,47	25	7
Lits et places	321	1056	1009	197	289	229	1634	517	387	
Transports /an	56 000	106 000	59 000	20 000	26 000	15 000	100 000	28 000	66 000	10 728
Transports / ETP	3 500	2 289	1 475	8 000	8 667	2 143	18 182	3 748	2 640	1625

Source : MEAH, *Transport interne : améliorer la prestation de brancardage dans les hôpitaux et les cliniques, rapport de phase 1, oct 2007*, p.12 / Données étude CH Carcassonne 2013

	Etab1	Etab2	CHC
Passages urgences	46 000	40 000	36 000
Volume transports	29 120	109 500	67 600
ETP	12	13,5	34,02
Transports / ETP	2 427	8 111	1 987

Source : rapport d'étude du CH de Carcassonne, 2015

La chambre invite l'établissement à conduire une analyse plus complète de la performance de son brancardage dans le cadre de la reconduction de son contrat de retour à l'équilibre financier.

3.3.3. Le plateau technique

3.3.3.1. Les urgences

Comme exposé plus haut, l'activité d'accueil des urgences a été marquée par une augmentation de plus de 38 % de son volume global de passages entre 2013 et 2017, portant principalement sur l'activité externe. Cette évolution s'est accompagnée d'un lissage de la répartition mensuelle du volume des passages : le nombre moyen de passages journaliers passe de 92 à 114 entre 2014 et 2017, et l'augmentation annuelle traditionnellement constatée sur la période estivale passe de 12 à 5 % sur la même période. La saturation des nouveaux locaux a pour autant nécessité des travaux d'aménagement pour un montant de 280 622 € en 2017. Des augmentations d'effectifs ont également été attribuées, tant au niveau paramédical avec un renfort de brancardage et une réorganisation des postes infirmiers de jour, qu'au niveau médical. L'effet de saturation constaté sur l'accueil des urgences n'est paradoxalement pas observé sur l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de neuf lits, dont le taux d'occupation reste particulièrement faible, à moins de 90 % sur la période sous revue⁷⁶.

⁷⁴ Les indicateurs transmis dans le rapport de la MEAH portaient sur le nombre d'ETP et le nombre de transports par an. Les données datant de 2007, le ratio pour le centre hospitalier de Carcassonne a été établi à partir des données de 2013 présentées dans le bilan annuel de l'activité de brancardage, et limité au nombre de transports annuels et au volume des ETP du brancardage non dédié. Les éléments de comparaison produits par le centre hospitalier dans son rapport de présentation de 2015 étaient issus d'une étude publiée dans le magazine Finances hospitalières, et une recherche ciblée sur le centre hospitalier de Castres-Mazamet. Les données du nombre de transports par semaine ou par jour ont été rapportés à l'année, pour pouvoir produire le ratio du volume annuel de transport par ETP.

⁷⁵ Les limites de fiabilité sur cet indicateur (+ 16 % par rapport au coût médian) sont soulignées par l'ATIH elle-même.

⁷⁶ Les critères de fonctionnement propres à ce type d'unité, où la durée d'hospitalisation est souvent inférieure à 24 heures, permet de dépasser les 100 % de taux d'occupation.

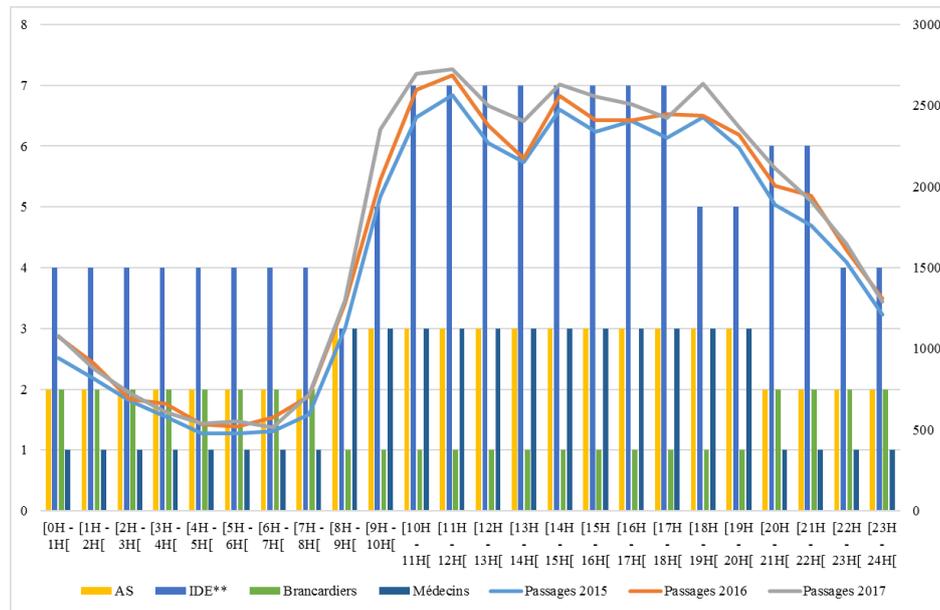
Le service, dont le fonctionnement est mutualisé avec celui de l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) de 9 lits, le centre de régulation du SAMU et le SMUR, assure ses missions dans le respect des exigences définies par la HAS, et a obtenu une cotation B dans le cadre de la procédure de certification L'analyse des données d'activité permet, par ailleurs, de constater que près de 70 % des passages sont traités en moins de quatre heures.

L'équipe médicale est particulièrement impactée par les difficultés de recrutement médical, puisque plus de 36 % des effectifs étaient vacants en 2017. L'accroissement déjà évoqué des effectifs théoriques, résultant de l'application de la réforme des 39 heures, a majoré ce phénomène, se traduisant concrètement par l'augmentation du volume de temps additionnel des praticiens en place. Le fonctionnement du service bénéficie de la mutualisation avec le SMUR, puisque la deuxième ligne de garde réalise moins d'une sortie par jour et peut ainsi se positionner en renfort sur l'accueil des urgences. Pour autant, la couverture de l'ensemble des lignes de garde, et notamment des lignes de SMUR de Castelnaudary et de Quillan, est difficile, notamment en période estivale. Si ces deux antennes présentent une activité relativement faible, correspondant à un peu plus d'une sortie quotidienne, l'isolement des zones desservies justifie leur maintien au vu du critère d'accessibilité de 30 minutes défini par le ministère de la santé. Leurs contraintes de fonctionnement ne permettent pas leur mutualisation avec d'autres structures d'urgences, et placent l'établissement hors du champs d'application du décret de 2018 autorisant l'organisation de lignes de garde communes entre les structures d'urgences et les SMUR⁷⁷.

Le coût moyen du passage, établi dans le cadre du retraitement comptable pour l'exercice 2016, est supérieur de plus de 23 % au coût médian observé sur les établissements de même catégorie, et de plus de 4,5 % aux 25 % d'établissements disposant du coût moyen le plus élevé, pour un surcoût global compris entre 0,4 et 1,5 M€. Cette situation semble principalement s'expliquer par le niveau des effectifs déployés sur ces secteurs, et le coût du remplacement médical. L'analyse de l'adéquation des passages par tranche horaire avec les effectifs déployés permet, par ailleurs, de constater des déséquilibres constituant des pistes potentielles d'ajustement des effectifs, notamment sur le nombre de brancardiers, qui est doublé la nuit alors que l'activité diminue sensiblement entre 20h et 8h, et sur la répartition des effectifs infirmiers, en fin de journée et sur la nuit, comme le montre le graphique ci-dessous :

⁷⁷ Décret n° 2018-427 du 31 mai 2018 modifiant l'article D. 6124-1 du CSP relatif à l'organisation de lignes de garde communes entre structure des urgences et structure mobile d'urgence et de réanimation : le décret autorise la mise en place d'une astreinte pour couvrir l'activité des urgences en cas de départ du SMUR, ce qui autorise le regroupement de la ligne de garde SMUR et de celle des urgences.

graphique 1 : Répartition du volume des passages et des effectifs par tranche horaire



Source : tableaux d'activité du service des urgences / données de l'ordonnateur sur les effectifs

Au vu des difficultés d'attractivité et de ses surcoûts potentiels, la chambre invite l'établissement et réaliser un audit organisationnel sur ce secteur.

3.3.3.2. Le bloc opératoire

Ce bloc comporte six salles opératoires incluant une salle hybride⁷⁸, deux salles d'endoscopie et une salle obstétricale. Les articulations avec le plateau d'hospitalisation, le service des urgences et les salles de naissance sont fonctionnelles, et il n'existe aucune rupture architecturale sur cette partie du plateau technique, contrairement à la configuration du précédent site MCO où les trois blocs étaient séparés. Bien que l'organisation du bloc opératoire ait fait l'objet d'une recommandation maintenue après la visite de suivi dans le cadre de la certification par la HAS, les grands principes de fonctionnement de ce secteur sont conformes aux bonnes pratiques organisationnelles, tant au niveau des instances que de l'organisation de la planification, de la programmation et de la régulation. Un outil informatique déployé en interne permet le traitement par *work-flow*, de la demande de réservation de créneau opératoire lors de la consultation, à la validation du programme journalier. Ce dernier ne permet pas la production d'indicateurs d'activité.

L'audit effectué en 2013, dans le cadre de la préparation du déménagement sur le nouveau site de Montredon, a mis en évidence un niveau de performance assez médiocre : le taux d'occupation des salles était inférieur à 70 %, alors que le taux cible préconisé par l'ANAP est de 85 %, et le taux de débordement était systématiquement supérieur au seuil limite des 5 %. L'inégale répartition de l'activité selon les heures et les jours de la semaine entraînait une sous-utilisation des ressources affectées. L'insuffisante formalisation des critères d'attribution des plages de vacation et d'ajustement de la planification, ainsi que le manque d'opérationnalité du conseil de bloc et l'absence d'indicateur de suivi étaient également soulignés. Alors que le plan d'actions formalisé à l'issue de ce sévère diagnostic n'a jamais été finalisé, l'audit réalisé par l'ARS Occitanie en 2015 souligne l'absence d'évolution des indicateurs de performance cités plus

⁷⁸ Une salle hybride associe un bloc opératoire à un système de radiographie perfectionné pour pratiquer des interventions mixtes en chirurgie et en interventionnel. Elle permet d'associer aux gestes chirurgicaux et médicaux des techniques d'imagerie interventionnelle de haute qualité. Cette combinaison permettant d'effectuer des interventions de pointe mini-invasives sous imagerie 2D et 3D.

haut : le taux d'occupation reste à la limite des 70 %, et le taux de débordement reste largement supérieur à 5 %. Avec un taux d'ouverture limité à 50 %, alors que la cible nationale préconisée est fixée à 70 %, le bloc opératoire du centre hospitalier de Carcassonne dispose de marges d'amélioration substantielles qui n'ont fait l'objet d'aucun plan d'actions complémentaire, l'informatisation du secteur n'étant, par ailleurs, toujours pas effective en 2018.

A contrario, la direction a validé le déploiement d'une garde sur place des IADE pour la première partie de la nuit à partir de 2017, afin de répondre aux alertes des médecins anesthésistes quant au niveau de sécurité jugé insuffisant de la garde médicale d'anesthésie telle qu'assurée par certains remplaçants médicaux. Cette mesure, débattue à deux reprises au conseil de bloc, se traduit par la rémunération sur un modèle non réglementaire d'une astreinte forfaitisée au montant d'un déplacement et du déclenchement du temps de travail à chaque appel, l'IADE restant sur place mais non posté au bloc opératoire. Au vu des résultats des deux audits mentionnés plus haut, l'hypothèse d'une activité d'urgence résultant de débordements du programme semble tout à fait envisageable, et aurait mérité au moins une vérification.

Présentant un coût de fonctionnement élevé du fait de la technicité de ses professionnels et de ses équipements, le bloc opératoire doit faire l'objet d'un suivi attentif, et l'ajustement de la planification aux effectifs et à l'activité de chaque discipline chirurgicale est indispensable. Cet impératif est majoré dans le contexte carcassonnais des variations d'activité résultantes des problèmes de recrutement médical. Par ailleurs, la productivité de ce secteur semble en perte de vitesse, avec une diminution de 2 % du volume des actes opératoires, et un nombre d'ICR par salle situé dans la moyenne basse des établissements de taille comparable. Les résultats du retraitement comptable pour l'exercice 2016 soulignent également le coût moyen de l'ICR, supérieur de 10 % au niveau médian des établissements comparables, et cela alors même que le coût fixe de l'équipe infirmière est ponctuellement limité par les difficultés de recrutement d'infirmières de bloc diplômées.

La chambre recommande à l'établissement de régulariser la rémunération de l'astreinte d'IADE et de déployer des tableaux de bord mensuels de performance. Dans sa réponse, l'ordonnateur s'engage à déployer des tableaux de bord mensuels sur le bloc opératoire et à poursuivre le travail d'optimisation des vacations opératoires.

Recommandations

8. Régulariser la rémunération de l'astreinte d'infirmier anesthésiste (IADE) sur le bloc opératoire. *Non mise en œuvre.*

9. Élaborer un tableau mensuel de suivi de la performance du bloc opératoire, et permettant le suivi par discipline de l'utilisation des vacations. *En cours de mise en œuvre.*

3.3.3.3. La stérilisation

La stérilisation, localisée sur le site de la plateforme médico-logistique, n'a pas été intégrée dans le périmètre du GCS, puisqu'aucun autre établissement n'a souhaité bénéficier de cette prestation. Le dimensionnement initial, comprenant quatre chaînes de lavage et de stérilisation, permet l'approvisionnement d'au moins deux établissements, et l'unité se trouve aujourd'hui en situation de surdimensionnement.

En 2016, le coût de production du m³ est de 896,94 €, pour un volume de 1 253 m³, soit un niveau supérieur de près de 17 % par rapport aux coûts moyens établis dans la base d'Angers et le

retraitement comptable de 2015, selon les données transmises par l'ordonnateur. Le volume supplémentaire de production nécessaire pour ramener l'établissement à un coût et, par conséquent à un tarif compétitif est important. Une étude a ainsi été réalisée par la cellule du contrôle de gestion en 2017 sur l'incidence de l'intégration d'un volume complémentaire de 40 % de la production, correspondant à la réalisation de la stérilisation d'un établissement hospitalier supplémentaire. Au terme de cette étude, le coût de production ne diminue que de 5 %, car les gains de productivité sont presque intégralement compensés par les charges supplémentaires de transport. Au global, le coût moyen de l'établissement se situerait ainsi encore plus de 10 % au-dessus des coûts moyens des deux bases de référence.

ANNEXES

annexe 1 : Données relatives à l'attractivité du CH de Carcassonne en matière de personnel	68
annexe 2 : Données relatives à l'activité du CH de Carcassonne	69
annexe 3 : Données relatives à la qualité et la fiabilité des comptes	71
annexe 4 : Données relatives à la situation financière	73
annexe 5 : Données relatives aux plans de redressement.....	76

annexe 1 : Données relatives à l'attractivité du CH de Carcassonne en matière de personnel

tableau 35 : Comparaison des taux de dépense d'intérim avec les données nationales

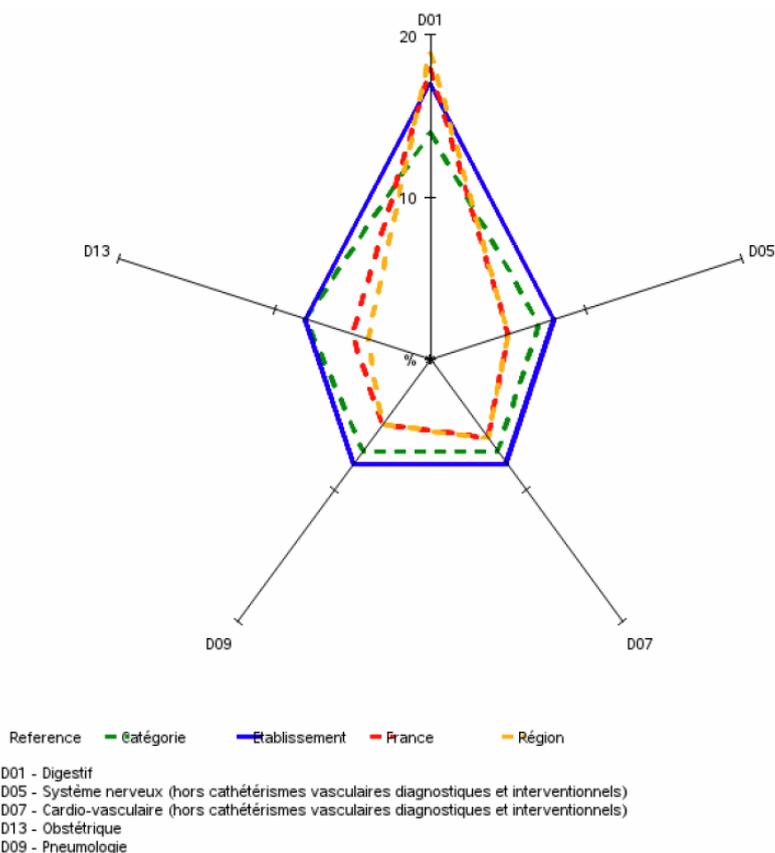
	CH Carcassonne - 2015	CH > 70 M€ - 2015		
		1er décile	médiane *	9ème décile
Taux de dépenses d'intérim du personnel médical	4,78%	0,00%	0,17%	9,70%
Taux de dépenses d'intérim du personnel non médical	0,01%	0,00%	0,10%	0,40%
Taux de dépenses d'intérim global	1,11%		0,70%	

*Pour le taux de dépenses d'intérim global, la donnée comparative est le taux moyen constaté sur les établissements de même catégorie

Source : CRC Occitanie d'après le bilan social 2015 du CH de Carcassonne / ATIH, Analyse des bilans sociaux des EPS 2015, 2017

annexe 2 : Données relatives à l'activité du CH de Carcassonne

graphique 2 : Représentation des principales parts de domaines d'activité du CH de Carcassonne en 2016



Source : fiche établissement CH de Carcassonne extraite du site ScanSanté de l'ATIH
 Chapitre 3 sur la caractérisation de l'activité par champ.

tableau 36 : Évolution du nombre de passages aux urgences entre 2013 et 2017

	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale	Variation moyenne
Nombre de passages aux urgences	30 189	34 479	38 113	40 271	41 661	38,0%	8,4%
dont passages suivis d'hospitalisation	10 025	10 196	10 823	11 485	11 557	15,3%	3,6%

Sources : Données du contrôle de gestion du CH de Carcassonne

tableau 37 : Décomposition du poids moyen du cas traité pour l'exercice 2016

Catégorie d'activité de soins	PMCT Etablissement	PMCT catégorie	Ecart PMCT / catégorie	% séjours Etablissement	% séjours catégorie	Ecart séjours / catégorie
Chirurgie non ambulatoire	5559	4560	21,9%	10%	12%	-1,7%
Chirurgie ambulatoire	1438	1385	3,8%	4%	7%	-3,3%
Séjour sans acte classant avec nuitée(s)	3415	2832	20,6%	47%	44%	3,5%
Séjour sans acte classant sans nuitée	598	590	1,4%	11%	11%	0,0%
Obstétrique-mère	1981	2092	-5,3%	9%	9%	-0,1%
Obstétrique-enfant	1231	1300	-5,3%	6%	7%	-0,5%
Techniques peu invasives	1503	1422	5,7%	12%	10%	2,0%

Source : ATIH, extraction de la fiche établissement du CH de Carcassonne pour 2016 sur le site ScanSanté

annexe 3 : Données relatives à la qualité et la fiabilité des comptes

tableau 38 : Détail des corrections d'erreur sur l'exercice 2013

En €	2013	2014	Ecart
Apports	28 035 377	13 324 555	14 710 822
+ Subventions d'investissement	2 125 194	15 931 454	- 13 806 260
TOTAL	30 160 571	29 256 009	904 562

Source : Comptes de gestion d'après le logiciel ANAFI

tableau 39 : Détail des correction d'erreur sur l'exercice 2015

	#119-report à nouveau déficitaire	#106-apports	#15-provisions	#28 amortissements des immobilisations
Couverture du déficit GAPM - provision pour risque	- 2 298 470		2 298 470	
Couverture du risque CNRACL	- 575 000		575 000	
Couverture du volume financier des CET	- 1 501 975		1 501 975	
Application de l'amortissement au prorata temporis de l'EHPAD RO		- 910 792		910 792
Application de l'amortissement au prorata temporis du site Montredon		- 2 679 597		2 679 597
TOTAL	- 4 375 445	- 3 590 388	4 375 445	3 590 388

Source : rapport financier 2015 de l'ordonnateur

tableau 40 : Reconstitution des variations sur les fonds propres entre 2014 et 2015

En €	2014	2015	Variation 2014/2015	Ecart corrections / Variation	Dotations 2015	Ecart résiduel
Apports	13 324 555	13 324 555	-			
+ Réserves	21 030 408	17 749 969	- 3 280 439	309 949		309 949
+ Report à nouveau	- 5 274 211	- 11 910 362	- 6 636 151	- 2 260 706		- 2 260 706
+ Résultat de l'exercice	- 2 939 161	- 2 831 915	107 246			-
= Fonds propres	26 141 592	16 332 247	- 9 809 345			0
+ Subventions d'investissement	15 931 454	15 316 627	- 614 827			0
+ Provisions réglementées	20 990 473	18 595 994	- 2 394 479			-
Dont provisions pour renouvellement des immo	18 088 837	14 571 331	- 3 517 506			-
Dont provisions sur compte épargne temps	2 901 636	4 024 663	1 123 027	- 378 948	- 384 873	5 925
= Fonds propres élargis (a)	63 063 518	50 244 868	- 12 818 650			-
Provisions pour risques	1 757 245	5 292 295	3 535 050	661 580	1 080 068	- 418 488

Source : Comptes de gestion d'après le logiciel ANAFI

tableau 41: Relevé des écarts entre la base du comptable et de l'ordonnateur sur les exercices 2016 et 2017

Compte	Intitulé compte	Base ordonnateur 2016	Base comptable 2016	Écarts bases ordonnateur / comptable 2016	Base ordonnateur 2017	Base comptable 2017	Écarts bases ordonnateur / comptable 2017
201	Frais établissement	29 937	29 937	-	19 877	19 877	-
203	Frais études recherche	-	-	-	10 140	10 140	-
205	Concessions et droits	4 031 125	4 031 125	-	4 163 850	4 163 850	-
208	Autres immos incorporelles	2 018 663	2 018 663	-	2 455 015	2 455 015	-
20	Immobilisations incorporelles	6 079 725	6 079 725	-	6 648 882	6 648 882	-
211	Terrains	1 903 746	1 964 732	- 60 986	1 903 746	1 964 732	- 60 986
212	Agencements et aménagements de terrains	2 194 762	2 194 762	-	2 194 762	2 194 762	-
213	Constructions	256 953 666	256 953 349	317	257 469 337	257 496 657	- 27 320
21311		131 310 562	131 310 562	-	131 657 492	131 681 262	- 23 770
21314		16 521 662	16 521 346	317	16 565 132	16 568 682	- 3 550
215	Installations techniques et outillage	36 303 663	36 391 519	- 87 855	36 640 338	36 681 543	- 41 206
21541		35 755 129	35 842 984	- 87 855	36 092 153	36 133 358	- 41 206
218	Autres immos corporelles	10 495 528	10 510 714	- 15 186	10 627 893	10 644 370	- 16 477
21821		1 085 743	1 108 261	- 22 518	1 082 389	1 104 907	- 22 518
218321		4 395 844	4 388 505	7 339	4 489 254	4 483 207	6 048
21841		3 525 626	3 525 633	- 7	3 562 269	3 562 275	- 7
21	Immobilisations corporelles	307 851 365	308 015 076	- 163 711	308 836 076	308 982 065	- 145 989
	Total général	313 931 090	314 094 801	- 163 711	315 484 958	315 630 947	- 145 989

Source : relevé de l'ordonnateur

annexe 4 : Données relatives à la situation financière

tableau 42 : Détail de la composition des crédits d'intérêt général attribués en 2017 au centre hospitalier

Crédits	Financement 2017
3C	168 172
PASS	102 308
Consultation d'addictologie	118 178
SAMU	1 794 743
SMUR	3 383 108
USMP (ex UCSA)	516 670
Chambre sécurisée	51 944
Structure de douleur chronique	212 956
Prise en charge patients précarité	438 793
PSM	50 186
Total des crédits MIG versés en MIGAC	7 654 235
<i>Total analysé</i>	<i>6 837 058</i>
<i>% analysé</i>	<i>89,3%</i>
Consultations mémoire	298 685
Equipe liaison addictologie	235 739
Centre vaccination	103 249
CEGIDD	243 940
Education thérapeutique	37 500
Actions qualité transversale cancérologie	146 363
Equipe mobile gériatrie	254 499
PDSES	1 789 015
Total des crédits MIG versés en FIR	3 700 272
<i>Total analysé</i>	<i>3 108 990</i>
<i>% analysé</i>	<i>84%</i>
Total des crédits MIG (MIGAC / FIR)	11 354 507
<i>Total analysé</i>	<i>87,6%</i>

Source : arrêtés de dotation et suivi ordonnateur

tableau 43 : Détail de la composition des crédits d'aide à la contractualisation attribués en 2017 au centre hospitalier

Lignes	2017
Plan Hôpital 2007 (PML)	998 874
Hôpital 2012 reconduction MCO	4 659 715
Hôpital 2012	907 313
Hopital numérique	628 800
Réduction des risques	7 369
Mutualisation des heures syndicales	30 835
Assistants spécialistes	42 554
Total des crédits AC versés en MIGAC	7 275 460
Plan périnatalité : Anesthésiste	104 825
Plan périnatalité : Sage-femme	48 301
Plan cancer Pharmacie Hospitalière	80 319
Plan cancer : Radiothérapie	78 430
plan Cancer : Convention Cl. Montréal : oncologue	87 563
Soutien CAE	8 744
Indemnisation responsable de pôle	13 452
Plan Hôpital 2007	433 551
Mise en conformité Maternité	324 000
Mise en conformité Réanimation	108 000
Reconstruction Hélistation	11 250
Soutien à la politique de prise en charge sanitaire des détenus	19 169
solde evol FIR	110 250
Prime multisite pédiatrie	3 375
Prime multisite cancérologie	13 500
Prime multisite gastro	3 375
Prime multisite urgence	3 375
Prime multisite neurologie	3 375
Aide analyse juridique et fiscale du contrat BEA	75 574
Medecins correspondants SAMU	13 900
Compensation decote SMUR antenne caste & Quillan	100 000
Culture à l'hôpital	3 956
Total des crédits AC versés en FIR	1 648 284
TOTAL DES CREDITS AC (MIGAC / FIR)	8 923 744
<i>Source : arrêtés de dotation et suivi ordonnateur</i>	

tableau 44 : Évolution de la marge brute retraitée des aides à l'investissement

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Variation globale 2013-2017	Variation moyenne 2013-2017
Dotations d'aide à l'investissement	6 999 453	6 999 453	6 999 453	6 999 453	6 999 453	0,0%	0,0%
Part des aides à l'investissement dans la marge brute du BP	78,1%	88,5%	73,0%	58,6%	113,2%	0,0%	9,7%
Marge brute hors AE et hors aides à l'investissement	965 703	- 194 845	1 588 409	4 947 516	-2 817 936	0,0%	
Taux de marge brute du budget principal hors AE et aides invest.	0,8%	-0,2%	1,2%	3,7%	-2,0%	0,0%	

Source : comptes de gestion extraits du logiciel ANAFI

tableau 45 : Évolution des charges financières consolidées entre 2013 et 2017

En €	2013	2014	2015	2016	2017	Ecart 2013-2017	Variation globale	Variation moyenne
Charges d'intérêt	5 896 709	8 012 161	7 927 355	7 653 735	6 634 688	737 979	12,5%	3,0%
- Produits sur participations, immo fi. et VMP	555	543	421	417	379	- 176	-31,7%	-9,1%
- Autres pds ou charges financiers réels	- 81 858	- 40 383	- 6 522	- 396	- 10	81 848	-100,0%	-89,5%
= Frais financiers réels nets	5 978 012	8 052 001	7 933 455	7 653 715	6 634 320	656 308	11,0%	2,6%
<i>en % des produits courants</i>	4,0%	5,1%	4,9%	4,7%	4,1%	0,1%	2,3%	0,6%
Dont frais fi. nets budget H	4 563 020	6 413 557	6 337 937	6 064 580	5 185 984	622 964	13,7%	3,3%
<i>en % des frais financiers consolidés</i>	76,3%	79,7%	79,9%	79,2%	78,2%	0	2,4%	0,6%
Dont charges d'intérêt du budget A	1 274 786	1 362 512	1 327 671	1 329 373	1 052 410	- 222 376	-17,4%	-4,7%
<i>en % des frais financiers consolidés</i>	21,3%	16,9%	16,7%	17,4%	15,9%	-5,5%	-25,6%	-7,1%
Dont charges d'intérêt budgets B, E, J	140 206	275 932	267 847	259 762	190 211	50 005	35,7%	7,9%
<i>en % des frais financiers consolidés</i>	2,3%	3,4%	3,4%	3,4%	2,9%	0,5%	22,2%	5,1%

Source : comptes de gestion d'après les extractions du logiciel ANAFI

tableau 46 : Données de comparaison du coût de la construction du nouvel hôpital

Prix m ²	
Total marché construction HT	121 566 609
Nombre m ² SDO	58 944
Coût m² CH Carcassonne	2 062
Coût médian MCO 2007-2010	1 847
Coût maximum MCO 2007-2010	2 420
Coût minimum MCO 2007-2010	1 361
Coût 90e centile MCO 2007-2010	2 100
Coût 10e centile MCO 2007-2010	1 550

Source : Acte d'engagement CH Carcassonne / Données ANAP

annexe 5 : Données relatives aux plans de redressement

tableau 47 : Tableau détaillé des prévisions et des réalisations annuelles des gains inscrits au CREF

Prévisions de gains	2013	2014	2015	2016	Total prévision
Mesures d'économies sur les dépenses de personnel	644 450	665 000	1 230 800	920 000	3 460 250
Mesures d'économies sur les dépenses médicales	274 350	756 587	613 676	474 542	2 119 155
Mesures d'économies sur les dépenses hôtelières et logistiques	292 221	620 931	1 906 720		2 819 872
Mesures d'accroissement des recettes	1 240 922	867 907	4 338 788	2 017 419	8 465 036
Sous-total gains recettes	1 240 922	867 907	4 338 788	2 017 419	8 465 036
Sous-total gains dépenses	1 211 021	2 042 518	3 751 196	1 394 542	8 399 277
TOTAL DES GAINS PREVUS	2 451 943	2 910 425	8 089 984	3 411 961	16 864 313
Gains en recettes hors CREF		577 975	769 904	460 727	268 798
TOTAL DES GAINS PREVUS avec hors CREF	2 451 943	3 488 400	7 320 080	3 872 688	17 133 111
Réalisations de gains	2013	2014	2015	2016	Total prévision
Mesures d'économies sur les dépenses de personnel	429 500	406 900	781 800	1 098 550	2 716 750
Mesures d'économies sur les dépenses médicales	6 442	589 646	742 338	197 311	343 561
Mesures d'économies sur les dépenses hôtelières et logistiques	97 018	500 000	1 657 308		2 254 326
Mesures d'accroissement des recettes	2 744 475	137 082	3 932 641	2 017 419	8 557 453
Sous-total gains recettes	2 744 475	137 082	3 932 641	2 017 419	8 557 453
Sous-total gains dépenses	532 960	1 496 546	1 696 770	901 239	4 627 515
TOTAL DES GAINS REALISES	3 277 435	1 359 464	5 629 411	2 918 658	13 184 968
Gains en recettes hors CREF		1 356 876	198 035	143 218	1 698 129
TOTAL DES GAINS REALISES avec hors CREF	3 277 435	2 716 340	5 827 446	3 061 876	14 883 097
Taux de réalisation des gains	2013	2014	2015	2016	Total prévision
Mesures d'économies sur les dépenses de personnel	66,6%	61,2%	63,5%	119,4%	78,5%
Mesures d'économies sur les dépenses médicales	2,3%	77,9%	-121,0%	-41,6%	-16,2%
Mesures d'économies sur les dépenses hôtelières et logistiques	33,2%	80,5%	86,9%	#DIV/0!	79,9%
Mesures d'accroissement des recettes	221,2%	-15,8%	90,6%	100,0%	101,1%
Sous-total gains recettes	221,2%	-15,8%	90,6%	100,0%	101,1%
Sous-total gains dépenses	44,0%	73,3%	45,2%	64,6%	55,1%
PART DES GAINS REALISES	133,7%	46,7%	69,6%	85,5%	78,2%
Gains en recettes hors CREF	0,0%	234,8%	-25,7%	31,1%	631,7%
PART DES GAINS REALISES avec hors CREF	133,7%	281,5%	43,9%	116,6%	709,9%

Source : tableaux de suivi du CREF de l'ordonnateur

tableau 48 : Niveau de réalisation des objectifs de résultats prévus aux PGPF entre 2013 et 2017

Réalisé 2013-2015	2013	2014	2015	2016	2017
Marge brute d'exploitation du budget principal	8 965 156	7 904 608	9 587 862	11 946 969	4 181 517
en % des produits courants de fonctionnement du budget H	7,1%	6,0%	7,1%	8,6%	4,5%
Taux de marge brute du budget principal corrigé des AE	6,4%	5,4%	6,6%	8,9%	3,0%
Capacité d'autofinancement brute	3 097 953	2 684 381	4 370 887	7 783 039	2 515 979
CAF nette	- 1 784 617	- 5 774 312	- 5 010 313	- 1 968 898	- 6 602 929
Encours de la dette	178 262 815	200 431 157	192 551 707	185 804 370	178 689 062
Ecarts réalisé / prévisionnel en %	2013	2014	2015	2016	2017
Marge brute d'exploitation du budget principal	80,7%	72,9%	67,6%	96,5%	32,5%
Capacité d'autofinancement brute	60,3%	52,8%	52,9%	96,9%	28,4%
CAF nette	107,1%	279,1%	-60,7%	89,5%	471,3%
Encours de la dette	103,1%	112,8%	108,4%	98,8%	100,5%

Source : comptes de gestion

GLOSSAIRE

AAH	allocation adulte handicapé
AAH	attaché d'administration hospitalière
AAPC	avis d'appel public à la concurrence
AC	aide à la contractualisation
ACA	anesthésie et chirurgie ambulatoire
ACH	adjoint des cadres hospitaliers
AE	acte d'engagement
AFT	accueil familial thérapeutique
AHU	assistant hospitalo-universitaire
AIDER	association d'installation à domicile d'épurations rénales
AM	assurance maladie
AME	aide médicale de l'Etat
AMM	autorisation de mise sur le marché
AMO	actes pratiqué par l'orthophoniste
ANAP	Agence nationale pour l'amélioration de la performance
ANFH	Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier
ANV	admission en non-valeur
APD	avant-projet définitif
AP-HP	Assistance publique-hôpitaux de Paris
APS	avant-projet sommaire
ARH	agence régionale de l'hospitalisation
ARS	agence régionale de santé
ASHQ	agent des services hospitaliers qualifié
ATIH	agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	accueil et traitement des urgences
ATU	autorisation temporaire d'utilisation
AVC	accident vasculaire cérébral
BDHF	banque de données hospitalières de France
BE	bureau des entrées
BEH	bail emphytéotique hospitalier
BEI	Banque européenne d'investissement
BFR	besoin en fonds de roulement
BFT	banque de financement et de trésorerie
BHN	biologie hors nomenclature
BOAMP	Bulletin officiel d'annonces de marchés publics
BPU	bordereau des prix unitaires
C 15	centre 15
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CAC 48	centre d'urgence et de crise 48 heures
CAF	capacité d'autofinancement
CAH	comptabilité analytique hospitalière
CAL	commission de l'activité libérale
CAMSP	centre d'action médico-sociale précoce
CAO	commission d'appel d'offres
CAPL	commissions administratives paritaires locales
CATTP	centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
CCA	chef de clinique assistant
CCAM	classification commune des actes médicaux
CCAP	cahier des clauses administratives particulières
CCMPPA	centre de cure médicalisé pour personnes âgées
CCTP	cahier des clauses techniques particulières
CDD	contrat à durée déterminée
CDG	cellule de contrôle de gestion
CDI	contrat à durée indéterminée
CE	classe exceptionnelle
CE	Conseil d'Etat
CET	compte épargne-temps
CH	centre hospitalier

CHM	centre hélio-marin
CHP	centre hospitalier de Perpignan
CHR	centre hospitalier régional
CHR(U)	centre hospitalier régional (universitaire)
CHRS	centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CHS	centre hospitalier spécialisé
CHSCT	comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHT	communauté hospitalière de territoire
CHU	centre hospitalier universitaire
CIDDIST	centre d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CJCE	Cour de Justice de la Communauté Européenne
CLAT	centre de lutte contre la tuberculose
CLTR	crédit à long terme renouvelable
CMD	catégorie majeure de diagnostic
CME	commission médicale d'établissement
CMF	chirurgie maxillo faciale
CMP	centre médico-psychologique
CMP	code des marchés publics
CMPEA	centre médico-psychologique pour enfants et adolescents
CMS	constant maturity swap
CMU	couverture maladie universelle
CN	classe normale
CNAM	Caisse nationale d'assurance maladie
CNC	Commission des normes comptables
CNG	Centre national de gestion
CNRACL	Caisse Nationale de Retraités des Agents des Collectivités Locales
CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COPERMO	comité interministériel de la performance et de la modernisation
COPS	commission d'organisation de la permanence des soins
CPAM	caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	contrat pluri-annuel d'objectifs et de moyens
CPP	code de procédure pénale
CRAM	caisse régionale d'assurance maladie
CRCAM	Crédit Agricole Sud Méditerranée
CREA	compte de résultats analytiques
CREF	contrat de retour à l'équilibre financier
CRPA	compte de résultat prévisionnel annexe
CRPP	compte de résultat prévisionnel principal
CS	consultation de spécialiste
CSAPA	centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie
CSIRMT	commission de soins infirmiers, rééducation et médico-techniques
CSP	code de la santé publique
CTE	comité technique d'établissement
CTV	chirurgie thoracique et vasculaire
CUMP	cellule urgence médico-psychologique
DAC	dotation annuelle complémentaire
DAF	direction des affaires financières
DAF	dotation annuelle de financement
DALT	direction des achats, de la logistique et des travaux
DAM	direction des affaires médicales
DASRI	déchets d'activité de soins à risques infectieux
DCE	dossier de consultation des entreprises
DCI	défibrillateurs cardiaques implantables
DDASS	direction départementale des affaires sanitaires et sociales
DDFiP	direction départementale des finances publiques
DG	direction générale
DGOS	direction générale de l'offre de soins
DHOS	direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins
DIM	département de l'information médicale
DMI	dispositifs médicaux implantables
DMS	durée moyenne de séjour
DNA	dotation non affectée

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES (ROD2)

DRASS	direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DREES	direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRH	direction des ressources humaines
DSAV	dispositif de soins pour les auteurs de violences sexuelles
DSI	direction des systèmes d'information
DSIO	direction des systèmes d'information et de l'organisation
DUT	diplôme universitaire de technologie
EBE	excédent brut d'exploitation
EFS	Etablissement français du sang
EHESP	Ecole des hautes études de santé publique
EHPAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EML	équipements matériels lourds
ENSP	école nationale de santé publique
EPHAD	établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	état prévisionnel de recettes et de dépenses
EPS	établissement public de santé
ETP	équivalent temps plein
ETPR	équivalent temps plein rémunéré
FFI	faisant fonction d'interne
FHF	Fédération hospitalière de France
FIDES	facturation individuelle des établissements de santé
FINESS	fichier national des établissements de santé et sociaux
FIR	fonds d'intervention régional
FMEP	fonds de mutualisation des études professionnelles
FPH	fonction publique hospitalière
FRE	fonds de roulement d'exploitation
FRI	fonds de roulement d'investissement
FRNG	fonds de roulement net global
GAM	gestion administrative du malade
GAPM	groupement audois des prestations médico-logistiques
GCS	groupement de coopération sanitaire
GECT	groupement européen de coopération transfrontalière
GEIE	groupement européen d'intérêt économique
GHM	groupe homogène de malade
GHS	groupe homogène de séjour
GHT	groupements hospitaliers de territoire
GIE	groupement d'intérêt économique
GIP	groupement d'intérêt public
GIR	groupe iso-ressources
GPEC	gestion prévisionnelle des emplois et des carrières
GPMC	gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GVT	glissement vieillesse technicité
HAD	hospitalisation à domicile
HAS	haute autorité de santé
HC	hospitalisation complète
HJ	hospitalisation de jour
HLM	habitation à loyer modéré
HPST	hôpital, patient, santé et territoires
HS	hospitalisation de semaine
HT	hors taxe
HTP	hospitalisation à temps partiel
IADE	infirmier anesthésiste diplômé d'Etat
IBODE	infirmier de bloc opératoire diplômé d'Etat
ICR	indice de coût relatif
IDAHO	instrument d'analyse hospitalière
IDE	infirmier diplômé d'Etat
IFSI	institut de formation de soins infirmiers
IG	intérêt général
IGAS	inspection générale des affaires sociales
IH	ingénieur hospitalier
IMFSI	Institut de formation aux soins infirmiers et aide soignants
INCA	Institut national du cancer

Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	indemnité pour temps additionnel
IRM	imagerie par résonance magnétique
IS	impôt sur les sociétés
IVG	interruption volontaire de grossesse
JF	jours fériés
JOUE	Journal officiel de l'union européenne
JRTT	jours de réduction de temps de travail
k€	kilo € = millier d'euros
LISP	lits identifiés en soins palliatifs
M€	million d'euros
MAINH	mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier
MAO	module d'accueil et d'orientation
MAPA	marché à procédure adaptée
MAS	maison d'accueil spécialisé
MCO	médecine chirurgie obstétrique
MCU-PH	maître de conférences des universités-praticien hospitalier
MEAH	mission d'expertise et d'audit hospitalier
MEEF	mission d'expertise économique et financière
MERRI	missions d'enseignement, de recherche, référence et d'innovation
MIG	missions d'intérêt général
MIGAC	missions d'intérêt général et aides à la contractualisation
MINEFI	ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie
MMUG	maison médicale universitaire de garde
MO	molécules onéreuses
NBI	nouvelle bonification indiciaire
NC	non connu
NGAP	nomenclature générale des actes professionnels
NH	nouvel hôpital
NPAI	n'habite pas à l'adresse indiquée
OAT	obligation annuelle de temps de travail
ONDAM	objectif national des dépenses d'assurance maladie
OPC	ordonnancement, pilotage et coordination
OPHT	ophtalmologie
OQOS	objectifs quantifiés de l'offre de soins
ORL	oto-rhino-laryngologie
OTD	opposition à tiers détenteur
PAC	praticien adjoint contractuel
PASS	permanence d'accès aux soins de santé
PC	praticien contractuel
PDS	permanence des soins
PEC	prise en charge
PGFP	plan global de financement pluriannuel
PH	praticien hospitalier
PHN	anatomo-pathologie hors nomenclature
PHU	praticien hospitalier universitaire
PM	personnel médical
PMCT	poids moyen du cas traité
PMSI	programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	personnel non médical
PPI	plan pluriannuel d'investissement
PRISM	plan régional d'investissements en santé mentale
PSPH	participatif au service public hospitalier
PUI	pharmacie à usage intérieur
PU-PH	professeur des universités-praticien hospitalier
PV	procès-verbal
QGDR	qualité gestion des risques
RAO	rapport d'analyse des offres
RAPSS	résumés anonymes par sous-fréquences
RC	règlement de la consultation
RESAH	réseau d'acheteurs hospitaliers
RIM	recueil d'informations médicalisées

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES (ROD2)

RODP	redevance d'occupation du domaine public
RSA	résumé de sortie anonymisé
RSF-ACE	résumé standardisé de facturation des actes et consultations externes
RSS	réseau santé social
RSS	résumé de sortie standardisé
RTC	retraitement comptable
RTT	réduction du temps de travail
RUM	résumé d'unité médical
RUM	résumé d'unité médical
SAE	statistique annuelle des établissements de santé
SAE	statistiques d'activité des établissements publics de santé
SAMU	service d'aide médicale d'urgence
SAU	service d'accueil des urgences
SAV	service après-vente
SC	solde créditeur
SD	solde débiteur
SDIS	service départemental d'incendie et de secours
SI	soins intensifs
SIDA	syndrome d'immuno-déficience acquise
SIH	système d'information hospitalier
SIMPHONIE	simplification du parcours hospitalier du patient et de numérisation des informations échangées
SLD	soins de longue durée
SMIT	service des maladies infectieuses et tropicales
SMPR	service médico-psychologique régional
SMUR	service mobile d'urgence et de réanimation
SNIR	système national inter-régimes
SOSED	schéma d'organisation et de suivi de l'élimination des déchets de chantier
SROS	schéma régional d'organisation des soins
SSIAD	services de soins infirmiers à domicile
SSR	soins de suites et de réadaptation
T2A	tarification à l'activité
TBFEPS	tableau de bord économique et financier de EPS
TCCM	tableau coût case mix
TDC	toutes dépenses confondues
TEP	tomographie par émission de position
TF	taux fixe
TSH	technicien supérieur hospitalier
TTC	toutes taxes comprises
TVA	taxe sur la valeur ajoutée
UCA	unité de chirurgie ambulatoire
UCSA	unité de consultation et de soins ambulatoires
UF	unité fonctionnelle
UFR	unité de formation et de recherche
UHCD	unité d'hospitalisation de courte durée
UMJ	unité médico-judiciaire
UNCAM	union nationale des caisses d'assurance maladie
UNV	unité neuro-vasculaire
URPS	union régionale des professionnels de santé
URSSAF	union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et des allocations familiales
USIC	unité de soins intensifs cardiologiques
USLD	unité de soins longue durée
USSAP	Union sanitaire et sociale Aude Pyrénées
ZAC	zone d'activité concertée

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

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 20 février 2019 de M. Alain Guinamant, directeur du centre hospitalier de Carcassonne.

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

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



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie

sont disponibles sur le site :

<https://www.ccomptes.fr/Nos-activites/Chambres-regionales-des-comptes-CRC/Occitanie>

Chambre régionale des comptes Occitanie
500, avenue des États du Languedoc
CS 70755
34064 MONTPELLIER CEDEX 2

occitanie@crtc.ccomptes.fr

 **@crococcitanie**