



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 26 mai 2010

Le Président

Réf. : JO10 139 04

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous notifier, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, le rapport d'observations définitives sur les comptes et la gestion du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre au titre des exercices 2003 à 2007, accompagné de la réponse écrite du directeur de l'établissement.

Il vous appartient de communiquer l'ensemble de ces documents au conseil d'administration du centre hospitalier dès sa plus proche réunion.

Conformément à la loi, cette communication doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la prochaine réunion du conseil d'administration et le rapport d'observations, assorti de la réponse reçue, doit être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres. Il donnera lieu à un débat lors de sa présentation.

Vous voudrez bien me tenir informé des conditions de cette communication par tout moyen à votre convenance, par exemple en m'adressant la copie d'un extrait du procès-verbal des débats ou du relevé des délibérations.

Je vous précise enfin que ces observations sont, selon les dispositions de l'article R. 241-18 du code précité, communicables aux tiers dès qu'aura eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante suivant leur réception.

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

Jean-Louis BEAUD de BRIVE

Monsieur le Président
du conseil d'administration
du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre
15, rue Gambetta - BP 149
65201 Bagnères-de-Bigorre Cedex

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE MIDI-PYRENEES

Réf. : JO10 139 04

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LES COMPTES ET LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES-DE-BIGORRE
§§§
(DEPARTEMENT DES HAUTES-PYRENEES)

SYNTHESE DES OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE BAGNERES-BIGORRE

Le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre est un établissement de soins disposant en fin d'année 2008 d'une capacité d'accueil de 473 lits et places. Situé à 22 km au sud de Tarbes, il exerce une mission d'hôpital de proximité, ainsi que, dans le domaine des soins de suite et de réadaptation, une mission à l'échelle plus large du territoire de santé des Hautes-Pyrénées. Il est doté d'un budget consolidé de l'ordre de 37M€ en 2008 et emploie près de 700 agents et personnels médicaux.

L'établissement construit une programmation en phase avec la planification régionale. Un contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) a été signé en mars 2007 avec le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation de Midi-Pyrénées et son projet d'établissement a été validé.

L'établissement a présenté pendant la période examinée (2004-2008) des comptes d'exploitation en équilibre. Toutefois, les reprises sur provisions importantes effectuées en fin de période montrent que l'équilibre financier atteint est désormais plus apparent que réel. En neutralisant celles-ci, l'exercice 2007 ressort en effet déficitaire de l'ordre de 500K€ et l'exercice 2008 de plus d'1M€. L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2009 présente également un déficit prévisionnel important (-1,3M€). Sa situation patrimoniale était néanmoins satisfaisante, avec un fonds de roulement confortable et un endettement considérablement réduit par rapport au début de période (de 13,3M€ en 2004 à 7,8M€ en 2008), en raison d'une pause effectuée dans les investissements.

Au regard du projet architectural prévu dans le cadre du programme Hôpital 2012, portant sur un montant de 15 M€ TTC dans une première tranche et sur un total de 25 M€ TTC à plus long terme, la consolidation de sa capacité d'autofinancement apparaît toutefois nécessaire. A cet égard, le plan de redressement établi en juin 2008 fixe des axes d'amélioration mais reste peu contraignant en l'absence de chiffrage et de hiérarchisation des mesures.

La gouvernance et le système d'information qui la sous-tend présentent des insuffisances. L'ordonnance du 2 mai 2005, en créant un conseil exécutif et en prévoyant le regroupement des services en pôles, avait souhaité réunir les conditions d'une association du corps médical à la gestion. Or, force est de constater qu'en dépit d'une mise en place formelle des instances, les conditions d'un dialogue de gestion ne sont pas réunies. Un fort centralisme caractérise encore la prise de décision. S'agissant des pôles, les outils de pilotage, qu'ils soient juridiques (projets de pôle, contrats de pôle) ou financiers (budgets de pôle, comptes de résultats de pôle) font toujours défaut. Pour rendre possible un pilotage par les pôles, la direction doit développer un système d'information performant. Il conviendrait d'achever de mettre en place la comptabilité analytique, pour déterminer avec précision les coûts par activité et établir des comptes de résultats par pôle. Des tableaux de bord réunissant les principaux indicateurs médico-économiques doivent être tenus à jour en temps réel afin de permettre un pilotage des ressources. S'agissant des recettes, l'audit sur la facturation de l'activité et le recouvrement des recettes a montré que l'activité pouvait être mieux valorisée.

L'évolution des effectifs traduit une volonté de maîtrise de la masse salariale, la direction ayant notamment pu mettre à profit les départs en retraite pour geler certains postes. Cependant, l'approche quantitative par les effectifs trouve rapidement ses limites. Celle-ci doit s'accompagner d'une démarche qualitative, par les métiers et les qualifications, qui passe par une réflexion en profondeur sur l'organisation du travail, associant étroitement les producteurs de soins.

L'analyse par activité laisse entrevoir des pistes pour rétablir l'équilibre financier. En ce qui concerne la rééducation, activité principale de l'établissement, l'étude conduite par la tutelle pour mesurer l'impact du futur financement par activité des soins SSR a montré que l'établissement présentait une sous-dotation en 2007 et 2008 d'environ 600K€, qui donnera lieu à une majoration de sa dotation SSR dès 2009 dans la limite de 2%. Pour se préparer à l'application prochaine de la T2A SSR, l'établissement a également engagé une réflexion avec les autres établissements concernés du Haut-Adour sur son positionnement dans le territoire de soins et a recherché une meilleure adéquation de ses ressources à son activité. Dans le domaine des urgences, le travail effectué sur les coûts a permis de déterminer avec précision le besoin de financement de l'établissement, soit environ 600K€, qu'une aide à la contractualisation viendra compenser. L'établissement dispose ainsi de toutes les clés pour opérer son redressement financier.

S O M M A I R E

§§§

1	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET INSERTION DANS LE RESEAU DE SOINS	1
1.1	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	1
1.2	L'INSERTION DE L'ETABLISSEMENT DANS LE RESEAU DE SOINS ET L'OFFRE SANITAIRE.....	2
2	LA SITUATION FINANCIERE	4
2.1	LES RESULTATS D'EXPLOITATION.....	5
2.2	LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS	8
2.3	LA SITUATION PATRIMONIALE.....	9
2.4	LE PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL.....	10
2.5	LE PLAN DE RETABLISSEMENT DE L'EQUILIBRE FINANCIER	11
3	LA GOUVERNANCE	12
3.1	LES ORGANES DE DIRECTION.....	12
3.2	LES POLES.....	13
4	LE SYSTEME D'INFORMATION	15
4.1	LA CONNAISSANCE DES COUTS	15
4.2	L'ANALYSE DE L'ACTIVITE ET SA VALORISATION	18
5	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	20
5.1	APERÇU GENERAL SUR L'EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DES CHARGES	20
5.2	LE PERSONNEL NON MEDICAL	20
5.3	LE PERSONNEL MEDICAL.....	23
6	L'ANALYSE PAR ACTIVITE	24
6.1	L'ACTIVITE DE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION	24
6.2	L'ACTIVITE D'URGENCES	26
6.3	L'ACTIVITE DE MEDECINE GENERALE	27

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE MIDI-PYRENEES

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LES COMPTES ET LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER
DE BAGNERES-DE-BIGORRE

I PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT ET INSERTION DANS LE RESEAU DE SOINS

1.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre est situé au pied des Pyrénées dans la vallée de l'Adour, à 22 km de Tarbes et de Lourdes et à 30 km de Lannemezan. Le tourisme constitue l'activité principale d'un secteur dont la population double pendant l'hiver. L'établissement propose une prise en charge en médecine, en soins de suite et de réadaptation (SSR), et en soins de longue durée.

A - L'évolution des capacités d'accueil

L'établissement dispose, fin 2008, d'une capacité de 473 lits et places installés sur deux sites :

- d'une part, 290 lits se répartissant en 25 lits de médecine polyvalente, 20 lits de moyen séjour gériatrique, 220 lits de soins de suite et réadaptation (SSR), et 25 places de jour en rééducation (RRF) ;

- d'autre part, 35 lits d'unité de soins de longue durée (USLD), 142 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et 8 places d'hôpital de jour en EHPAD. Le nombre de lits de l'EHPAD est passé de 128 à 142, de 2004 à 2008, et celui de l'USLD de 50 à 36.

B - L'évolution de l'activité

Durant la période examinée, le centre hospitalier a maintenu une activité constante dans ses trois grandes activités de soins. En médecine, l'établissement prend en charge un peu plus de 1000 patients chaque année, réalisant en temps normal plus de 7000 journées (seulement 6861 en 2008). Ce service de court séjour MCO donne lieu à un financement en tarification à l'activité (T2A), mis en place de manière progressive en 2004. En moyen séjour, ou activité de soins de suite non spécialisée, il prend en charge environ 200 patients (222 en 2008), réalisant 6151 journées en 2008.

La rééducation (soins de suite spécialisée) constitue sa principale activité. Il traite annuellement environ 1600 patients (1654 patients en 2008 avec 55 710 journées). Il prend en charge aussi certains patients en état végétatif chronique dans une unité de soins continus spécialisés. Il dispose d'une unité de prise en charge des traumatisés crâniens-éveil-AVC (52 patients en 2007 pour une DMS de 109,32 jours). Il a enfin une activité d'hospitalisation de jour.

L'activité de soins de suite et réadaptation requiert une grande attention en raison de la mise en place prochaine d'un financement à l'activité, ce qui suppose la maîtrise des coûts de production et la recherche d'un positionnement médical optimal dans le territoire de soins pour assurer la pérennité de la recette. Le service des urgences accueille annuellement un peu plus de 5000 patients et les consultations externes environ 3 000 patients. Cette activité, dont le financement a constitué un problème épineux ces dernières années, est en partie assurée grâce aux moyens mis en place par le centre hospitalier de Bigorre (Tarbes).

S'agissant des longs séjours, l'activité est restée stable. Celle des maisons de retraite, devenues EHPAD depuis la mise en place de la tarification ternaire, s'est également maintenue au même niveau sur la période 2004-2008. Le taux d'occupation y est proche de 96% dans les deux cas.

1.2 L'insertion de l'établissement dans le réseau de soins et l'offre sanitaire

1.2.1 Les orientations du SROS et les éléments de contexte

Jusqu'en mars 2006, le deuxième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS II), arrêté par le directeur de l'ARH en juin 1999, a servi de cadre à la planification régionale. Depuis cette date, le SROS III, régit l'offre de soins hospitaliers.

En ce qui concerne l'activité SSR, le SROS III fait état d'une répartition géographique assurant une couverture des territoires acceptable, malgré l'hétérogénéité des établissements. Il indique également des taux d'occupation élevés en soins de suites, avec des différences entre établissements. Il met en évidence les difficultés que les établissements devront prendre en compte, notamment : l'adaptation nécessaire des structures au vieillissement de la population, les insuffisances en matière d'inscription des établissements dans des filières de soins, de médicalisation des SSR polyvalents, de capacité de prise en charge des médecines physique et réadaptation (MPR), de prise en charge dans certaines pathologies, une attente trop longue pour les accidents vasculaires cérébraux (AVC), le décalage entre les besoins de l'agglomération toulousaine et la localisation actuelle des services de suite en zone rurale ou périurbaine.

Une circulaire, prise en application du décret n° 2008-377 du 17 avril 2008 réglementant l'activité de soins de suite¹, redéfinit les spécialités de SSR et prévoit une modification de l'environnement institutionnel des établissements. Elle prévoit notamment une seule modalité d'autorisation et instaure une spécialisation des activités² et une définition des services attendus de chacune. Des dispositions socles de l'organisation des structures de SSR sont également édictées pour répondre à l'objectif de fluidité de la prise en charge des patients (évaluation des besoins, mise en place d'une coordination en SSR, inscription dans les réseaux ou filières).

¹ Circulaire n°DHOS 01/2005/305 du 3 octobre 2008

² Possibilité de mentions complémentaires (ex : enfants et ou adolescents), ou de mentions de spécialité (ex : appareil locomoteur, système nerveux, cardio-vasculaire, respiratoire, digestif...).

Tous les établissements concernés (SSR) devront demander le renouvellement de leur autorisation sur ces bases. Un comité de pilotage a été constitué sous l'autorité de la DDASS pour conduire les travaux relatifs au projet médical SSR de territoire, qui ont été intégrés dans le nouveau volet SSR du SROS III début septembre 2009. Le dépôt des dossiers d'autorisation est prévu en 2010. Ce travail sur l'organisation de l'offre de soins SSR sera complété prochainement par la réforme du financement des activités SSR (tarification à l'activité)³. Dans l'intervalle, l'autorité de tutelle peut moduler, dans certaines limites, les dotations en fonction de l'activité produite.

1.2.2 Le projet d'établissement et les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Aux termes de l'article L.6143-2 du code de la santé publique, les établissements publics de santé ont l'obligation d'établir un projet d'établissement, qui définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement⁴. Les établissements doivent aussi s'engager avec l'autorité de tutelle dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), qui porte plus spécifiquement sur les activités médicales.

L'établissement s'est engagé dans les deux démarches de programmation, complémentaires. Leur qualité essentielle est de définir une stratégie en cohérence avec le schéma régional d'organisation sanitaire.

Le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre a d'abord fait approuver par le conseil d'administration en 2006 son projet d'établissement 2006-2009, qui prévoit un programme de travaux et de rénovation de locaux assez conséquent. Le projet d'établissement a été validé par l'ARH en décembre 2006, après que la DDASS ait vérifié le financement des opérations d'investissement les plus lourdes et rappelé que la réalisation du plan directeur⁵ était conditionnée par le maintien d'un équilibre financier d'exploitation.

En avril 2007, l'établissement a signé avec l'ARH un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, selon les axes développés dans le projet d'établissement. Les opérations prévues au plan directeur y sont reprises, moyennant la préservation de l'équilibre financier. Le CPOM confirme le maintien des filières gériatriques et de médecine physique et de réadaptation (MPR). La première filière, incluant l'unité de médecine générale, a une vocation de proximité, tandis que la seconde, centrée sur la rééducation, a une vocation élargie au territoire de santé des Hautes-Pyrénées et même au-delà au sud du Gers, à la région de Pau et au Sud Toulousain. Le CPOM confirme également le rôle structurant des activités d'urgences et d'imagerie médicale de l'établissement.

³ La tarification à l'activité en SSR mettra en œuvre un indice de valorisation de l'activité (IVA) qui fera référence à l'âge, aux pathologies, aux handicaps, aux types de rééducation.

⁴ Ce projet, établi pour une durée de 5 ans, doit fixer les axes d'évolution et les moyens pour réaliser les objectifs. Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les orientations définies dans le cadre du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), doit être validé par l'ARH.

⁵ Le projet architectural du plan directeur sera mis en œuvre dans le cadre d'une seule opération de travaux comportant une tranche ferme et deux tranches conditionnelles :

-tranche ferme : déconstruction et construction d'un bâtiment neuf accueillant les urgences, la pharmacie, des chambres d'hospitalisation de rééducation et éventuellement la radiologie ;

-1ère tranche conditionnelle : démolition de l'ancienne médecine et restructuration des bâtiments situés en façade ;

-2ème tranche conditionnelle : restructuration de l'actuel bâtiment d'hospitalisation de rééducation.

1.2.3 La coopération avec les autres établissements.

La politique de conventionnement constitue un axe fort de la politique de l'établissement, pour consolider sa position dans l'offre de soins, singulièrement en soins de suite et réadaptation (SSR). L'établissement a ainsi signé plusieurs conventions de partenariat avec les établissements qui l'entourent.

Dans le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR), le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre a passé des conventions avec les centres hospitaliers de Lourdes et de Lannemezan pour obtenir de leur part un adressage plus dynamique. Il s'est surtout mis en phase avec les deux établissements voisins ayant une activité de soins de suite et réadaptation : l'hôpital de moyen séjour de la MGEN (96 lits), sis à Bagnères-de-Bigorre, et l'établissement de moyen séjour situé à Astuges (88 lits), pour définir un projet médical commun afin de mieux identifier et cibler les activités existantes et convenir de mettre en commun ce qui a lieu de l'être.

Conclusion

Le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre est un établissement dont la vocation principale est l'activité de soins de suite et de rééducation. Il dispose également d'une offre de proximité en médecine polyvalente et de capacités de prise en charge des personnes âgées (EHPAD et USLD).

Le dispositif de programmation est en phase avec les orientations définies dans le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS). L'établissement a disposé sur la période écoulée d'un projet d'établissement validé par l'ARH, qu'un contrat d'objectifs et de moyens est venu compléter pour conforter sa stratégie médicale. Pour autant, l'établissement sait devoir consentir un effort renouvelé pour ajuster son positionnement dans l'offre territoriale de soins.

2 LA SITUATION FINANCIERE

Au plan budgétaire et comptable, l'établissement met en œuvre un budget principal et plusieurs budgets annexes. Le premier enregistre les opérations relatives aux activités de court séjour et de moyen séjour (SSR). Devenu « compte de résultat principal » en 2006, après la réforme qui a accompagné la mise en place de la T2A, il représente 80% des dépenses de l'établissement en 2008 (soit 29,5M€ sur 36,9M€).

Deux budgets annexes ont existé jusqu'en 2005 (dotation non affectée et maison de retraite), puis trois à partir de 2006, après qu'une convention tripartite ait été signée entre l'établissement, le département et l'Etat, séparant notamment les activités de la maison de retraite et celles de l'unité de long séjour (USLD). Le budget de la dotation non affectée (DNA) enregistre les opérations relatives à la location d'un terrain à la ville de Bagnères-de-Bigorre.

Jusqu'en 2000, dernière année de la période précédemment contrôlée, la situation financière de l'établissement était équilibrée. Les résultats avaient été excédentaires pendant toute la période analysée (1994-2000). En revanche, l'établissement, qui avait beaucoup investi, avait largement recouru à l'emprunt, faisant croître le niveau de la dette de 5,48M€ à 13,9M€ entre 1994 et 2000.

Les conditions de l'équilibre budgétaire ont changé depuis la mise en place progressive de la tarification à l'activité dans le secteur du court séjour MCO. Seule l'activité de médecine polyvalente (exercée sur 25 lits) est à ce jour concernée par la T2A. Sa part dans le budget principal représente environ 16%. L'activité de soins de suite et de réadaptation polyvalente (exercée sur 220 lits) et spécialisée (sur 20 lits) n'est pas encore financée selon ces modalités (elle pourrait l'être à partir de 2012). Toutefois depuis 2009 l'autorité de tutelle prend en compte en partie l'activité réalisée dans ce secteur pour déterminer les dotations allouées à chaque établissement.

2.1 Les résultats d'exploitation

A - Les résultats consolidés (compte principal et comptes annexes)

Sur la période analysée, la situation financière du compte principal comme celle des comptes annexes est restée équilibrée, même si une tension croissante est perceptible sur le compte principal depuis 2002, plus forte en fin de période.

Résultats comptables consolidés de l'établissement sur la période 2004-2008

Source : compte de gestion

Résultats en €	2004	2005	2006	2007	2008
budget "H"	598 322	423 295	61 229	8 118	744
budgets annexes	169 373	109 942	67 788	183 330	34 861
total consolidé	767 695	533 237	129 017	191 448	35 605

B - Le compte principal (H)

Le compte de résultat principal regroupe les recettes et dépenses relatives aux activités hospitalières : activité de médecine, d'urgences et de soins de suite, qui représentent respectivement 16,64%, 5,09% et 77,57% des dépenses nettes en 2007.

Les recettes d'exploitation

Sur la période 2004-2008, les produits d'exploitation ont connu une croissance globale de 13,3%, soit de 2,7% en moyenne annuelle. Mais pour la première fois, ils ont diminué en 2008. L'évolution des produits versés par l'assurance maladie (+6% sur toute la période pour les produits du titre I) qui représentent près de 77% des recettes, est caractérisée par une certaine stabilité, à l'inverse des autres recettes qui ont connu une évolution beaucoup plus dynamique. Tel est le cas, notamment, des « produits de l'activité hospitalière » (titre II), correspondant à l'activité de soins non prise en charge par l'assurance-maladie et aux forfaits journaliers, qui ont augmenté de 6% en moyenne annuelle, mais ne représentent que 7,3% du total des recettes d'exploitation en 2008.

Les produits du titre III ont connu une augmentation de 55% entre 2004 et 2008. L'exercice 2007 se distingue des autres années par l'enregistrement d'une recette exceptionnelle relative à la régularisation des charges URSSAF dans le cadre des zones de revitalisation rurale (ZRR) pour un montant total de 2,3M€, dont 1,5M€ au titre des exercices antérieurs. Une partie (1M€) a fait l'objet d'une dotation aux provisions.

Recettes d'exploitation du compte principal

Source : rapports de gestion de l'ordonnateur

recettes d'exploitation (€)	2004	2005	2006	2007	2008
I – produits AM	21 307 323	22 229 235	22 469 114	22 512 301	22 590 420
II – produits hospit.	1 656 864	1 766 202	1 865 834	2 018 471	2 153 886
III – autres produits	3 077 770	3 963 416	3 777 347	6 083 935	4 760 029
total	26 041 957	27 958 853	28 112 295	30 614 707	29 504 335
Evolution (en %)		7,36%	0,55%	8,9%	-3,63%

Les dépenses d'exploitation

Les dépenses de titre I (personnel) constituent de loin le premier poste (environ 73% du total). Leur croissance annuelle moyenne a été un peu supérieure à 2% sur la période 2004-2008. Toutefois, leur part dans le budget principal (devenu compte de résultat principal) a diminué de presque quatre points entre 2004 (76,7%) et 2008 (72,86%). Elles ont notamment enregistré une baisse de 2,32% (-0,5M€) en 2008, qui correspond, entre autres mesures d'économie, au gel de 9 emplois de personnels permanents à temps plein. Compte tenu de la maîtrise relative des effectifs (v. infra), l'essentiel de l'augmentation de la masse salariale résulte des mesures nouvelles et des revalorisations salariales concernant le personnel non-médical.

Il convient de noter l'incidence sur la situation financière de l'établissement de l'extinction progressive du dispositif d'exonérations de charges sociales au titre des zones de revitalisation rurale, qui se traduit, en 2008, par l'obligation pour l'établissement d'assumer une charge supplémentaire de 142 K€ par rapport à 2007, incidence qui sera également significative sur les années à venir.

Les dépenses à caractère médical ont augmenté fortement en cinq ans (+75%). Cette augmentation correspond notamment à la facturation par le centre hospitalier de Tarbes des moyens mis en œuvre dans le cadre de l'activité d'urgences exercée sur le site de Bagnères-de-Bigorre. Les dépenses du titre II représentent ainsi 8,72% du budget général en 2008, quand elles n'en représentaient que 5,8% en 2004. Les dépenses à caractère hôtelier et général ont été contenues durant toute la période autour de 10,5% du budget, malgré l'augmentation forte constatée sur plusieurs produits.

Les dépenses du titre IV, dites de structure, s'élèvent à 2,3M€ en 2008, après que leur niveau ait été bien supérieur en 2007 (3,5M€), suite à l'enregistrement de deux opérations exceptionnelles. La première est une dotation aux provisions de 1M€ déjà évoquée ci-dessus dans l'analyse des recettes d'exploitation. La seconde est une charge exceptionnelle de 456 219€ relative à des régularisations d'écritures intervenues dans le cadre de la liquidation de l'association Notre Dame de l'Espérance.

Dépenses d'exploitation du compte principal

Source : rapports de gestion de l'ordonnateur

dépenses d'exploitation (en €)	2004	2005	2006	2007	2008
I – personnel chap. limitatifs			11 834 773	12 892 226	12 890 164
personnel chap. évaluatifs			8 894 126	9 115 057	8 606 196
Sous-total personnel	19 514 729	20 449 141	20 728 899	22 007 283	21 496 360
II – à caractère médical	1 463 382	1 557 681	1 768 113	1 857 928	2 572 183
III – à caractère hôtelier	2 708 300	2 852 211	3 074 912	3 151 102	3 120 485
III – amortiss., provisions, fi	1 757 224	2 676 525	2 479 142	3 590 276	2 314 563
total	25 443 635	27 535 558	28 051 066	30 606 589	29 503 591
Evolution (en %)		8,22%	1,87%	9,11%	-3,6%

La diminution du résultat d'exploitation, passé d'un excédent moyen de 400K€ entre 2004 et 2005 à une situation d'équilibre relatif en 2006, 2007 et 2008, obtenu à la faveur de reprises sur provisions, résulte des évolutions ci-dessus analysées.

L'impact des reprises de provisions et des aides

En 2007 et 2008, les reprises sur provisions ont permis de minimiser la baisse des résultats du budget H. Hors reprises de provisions, l'exercice 2007 dégage en réalité un déficit proche de 500K€ et l'exercice 2008, un déficit supérieur à 1M€.

Impact des reprises de provisions sur les résultats des trois derniers exercices :

Budget H (en €)	2006	2007	2008
Résultat affiché	61 229	8 120	745
Reprises sur provisions	0	494 786	1 118 199
Total produits hors reprise	28 112 295	30 119 921	28 386 137
Total dépenses	28 051 066	30 606 587	29 503 591
Résultat corrigé des reprises de provisions	61 229	-486 666	-1 117 454

Plusieurs facteurs expliquent ce déficit : la participation versée au centre hospitalier de Tarbes au titre de l'activité d'urgences (avec paiement en 2008 de la facture 2007, soit 307K€), la baisse des recettes de médecine (soit -206 K€), l'extinction programmée du dispositif ZRR. L'évolution défavorable des résultats a justifié l'inscription de l'établissement dans un plan de redressement à partir de 2008 (v infra).

La situation ne s'est pas améliorée en 2009 puisque l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2009 a été de nouveau arrêté en équilibre au moyen d'une reprise de provisions de 1,3 million d'euros.

La chambre observe qu'en l'espèce les provisions pour risques constituées au compte 151 n'avaient pas pour objet, comme le prévoit l'instruction comptable M21, de couvrir un risque clairement identifié et que leur reprise n'a pas correspondu à la réalisation ou à la disparition de ce risque.

Les aides acquises par l'établissement en raison de son appartenance à une zone de revitalisation rurale (ZRR), donnant droit au remboursement des cotisations URSSAF, ont de même eu une incidence significative sur sa situation financière. L'encaissement en 2007 de 2,5M€ d'aides à ce titre a redonné une certaine aisance financière à l'établissement, en lui permettant de doter son poste de provisions (1M€) et de rattacher la prime de service à l'exercice, ce qu'il n'avait pas réussi à faire sur les autres exercices.

Les reprises de provisions et les aides ont contribué à masquer l'absence de couverture des dépenses pérennes par des recettes présentant le même caractère.

B- Les comptes de résultat annexes

Sur toute la période, les comptes annexes ont présenté des résultats excédentaires, notamment grâce aux excédents dégagés par la maison de retraite, devenue EHPAD.

2.2 Le financement des investissements

A - La capacité d'autofinancement (CAF)

La capacité d'autofinancement reste positive et se maintient à un niveau à peu près stable (2,5M€) jusqu'en 2007, mais elle baisse fortement en 2008, son montant se trouvant fortement amputé du fait de la reprise de provision effectuée cette année-là (-1,1M€).

B - Les investissements

L'établissement a investi sur la période 2004-2008 un montant global de 7 M€, ce qui représente un montant moyen annuel de 1,3M€. Les investissements réalisés ont été entièrement autofinancés. Le taux de renouvellement des immobilisations, qui rapporte les sommes consacrées chaque année à l'investissement au total des immobilisations ressort à 3,2% en 2008, ce qui est faible et traduit un état du patrimoine vieillissant. Le taux de vétusté⁶ progresse en effet ; il est de 50,6% en 2007 contre 44,9% et 43,9% en moyenne régionale et nationale cette année-là.

C - L'endettement

Le stock de dette a considérablement diminué en quelques années, passant de 13,3 M€ en 2004 à 7,76 M€ en 2008. En l'absence d'emprunts nouveaux, il a diminué chaque année du montant de l'annuité en capital (en moyenne de 1,1M€/an). Le ratio de durée apparente de la dette⁷ était seulement de 3 ans jusqu'en 2007, ce qui était favorable, mais il s'est détérioré en 2008 (7,7 ans) suite à la diminution de la CAF. Le taux d'intérêt moyen de la dette, qui rapporte les frais financiers à l'encours de la dette, a augmenté ces dernières années : après avoir été de 3,4% en 2006, il est de 4,4% en 2008. La part des emprunts à taux variable représente 27% de l'encours en 2007 (soit 2,4M€). L'établissement n'a pas contracté d'emprunts structurés.

⁶ Le taux de vétusté des immobilisations rapporte les amortissements annulés à la valeur brute des immobilisations.

⁷ Le ratio de durée apparente de la dette rapporte la dette à la capacité d'autofinancement ; il est de 4 à 5 ans en temps normal.

2.3 La situation patrimoniale

Sur la période récente, le bilan fonctionnel du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre, tel qu'établi par le comptable de l'établissement (avant affectation des résultats), montre une situation patrimoniale équilibrée.

Source : rapport de gestion du comptable

en €	2004	2005	2006	2007	2008
FRI	3 831 151	4 695 021	3 451 942	3 469 522	3 794 606
FRE	2 958 527	2 931 371	3 131 259	3 849 921	2 478 558
FRNG	6 789 678	7 626 391	6 583 201	7 319 444	6 273 163
BFR	1 350 396	1 131 423	2 691 097	3 676 833	1 681 165
TRESORERIE	5 439 282	6 494 968	3 892 104	3 642 610	4 591 995

En haut de bilan, le fonds de roulement d'investissement (FRI), qui correspond à la différence entre les emplois stables et les ressources stables, d'un montant proche de 3,5M€ durant les trois derniers exercices, reste confortable. Le poids des dettes dans les ressources stables d'investissement n'a cessé de diminuer, passant de 12M€ en 2004 à 7,8M€ en 2008. Le taux d'indépendance financière est inférieur à 40% (34,2% en 2007), ce qui est favorable.

Le fonds de roulement d'exploitation (FRE) a diminué d'environ 0,5M€ sur la période, mais il reste largement positif en 2008 (2,5M€). Son niveau baisse en 2008 (1 371K€) sous l'effet du remboursement partiel des avances de la caisse pivot et suite à la régularisation intervenue dans la comptabilisation de ces avances, certaines ayant été budgétées à tort en 2006 et 2007. La reprise sur provisions de 1,1M€ effectuée en 2008 a aussi contribué à ramener le niveau des provisions pour risques et charges de 2,36M€ en 2007 à 1,3M€ en 2008.

Fin 2008, le fonds de roulement net global (FRNG) représentait 19% des dépenses totales de l'exercice (contre 4,5% en moyenne au niveau régional), ou 68,8 jours d'exploitation, chiffres traduisant une réelle aisance.

Le besoin en fonds de roulement (BFR), différence entre l'actif circulant et le passif circulant, mesure les sommes que l'établissement doit immobiliser pour payer ses dépenses dans les délais légaux (50 jours), dans l'attente de l'encaissement des recettes. Le BFR est resté consommateur de ressources, mais son niveau a fortement baissé, essentiellement grâce à l'avance octroyée en 2006 par l'assurance-maladie. L'établissement a commencé à rembourser ladite créance de l'assurance-maladie en 2008. Après avoir représenté 41 jours d'exploitation en 2007, le BFR en représente 18,9 en 2008, ce qui le rapproche de la moyenne nationale de 11 jours observée.

Le recouvrement des créances a été identifié comme un point de fragilité de la gestion financière de l'établissement, en raison de délais de rotation anormalement élevés. Un audit réalisé avec la MEAH a permis de cibler puis corriger les dysfonctionnements.

Au 31 décembre 2008, le FRNG couvre largement le BFR. La trésorerie, positive (4,59M€), représente 50 jours de charges courantes cette année-là (et 41 jours en 2007), ce qui est important.

2.4 Le plan global de financement pluriannuel

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) permet d'observer, avec une marge d'anticipation de plusieurs années, l'impact de la politique d'investissement de l'établissement sur son équilibre financier. Dans le cas du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre, cet exercice de prévision a été effectué sur une période de 7 ans (2007-2013), afin de prendre en compte le projet architectural de l'établissement, au moins dans sa première tranche qui porte sur un investissement de 12M€

Plan global de financement pluriannuel

Unités : K€

Source : PGFP

Emplois	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
1 -Opérations courantes	452	385	460	425	639	419	439
2 -Opérations nouvelles	341	745	2 193	2 795	5 825	2 091	65
dont Schéma 1 ^e tranche			1 558	2 730	5 760	2 025	
Total investissements	793	1 130	2 653	3 220	6 464	2 510	504
Rembt. capital emprunts	1 107	1 073	1 084	1 114	1 179	1 314	1 408
Total emplois	1 900	2 203	3 737	4 334	7 643	3 823	1 912

Ressources	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Amortissement	2 319	2 252	2 295	2 545	2 397	2 070	1 923
Autres recettes		22	47	242	670	723	830
Excédents FRI reportés	1 800	2 219	3 090	2 795	5 048	2 971	1 941
Total ressources	4 119	4 493	5 432	5 582	8 114	5 764	4 694
Emplois - ressources	2 219	2 290	1 695	1 248	471	1 941	2 782
Emprunt potentiel	0	0	800	1 100	3 800	2 500	0

Le plan de financement comporte des emprunts, qui auront pour effet d'alourdir les dépenses d'exploitation du titre 4, et des recettes d'investissement (amortissements) qui supposent elles-mêmes un maintien de la capacité d'autofinancement. La validation de ce plan d'investissement ambitieux, dans le cadre du programme Hôpital 2012, reste conditionnée par le retour de l'établissement à l'équilibre financier.

Conclusion sur la situation financière

La situation patrimoniale de l'établissement est structurellement équilibrée, grâce à un fonds de roulement conséquent et à un endettement contenu. Toutefois l'engagement de l'établissement dans un programme de travaux ambitieux, dont le financement sera en partie issu de l'autofinancement, exige une parfaite maîtrise de l'exploitation.

A cet égard, certains signes de précarité sont décelables, car après avoir été en équilibre sur la plus grande partie de la période examinée, le résultat d'exploitation du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre s'est dégradé à partir de 2007, l'établissement ayant dû reprendre 500K€ puis 1,1M€ sur ses provisions pour équilibrer ses comptes d'exploitation, l'exercice 2009 s'annonçant de nouveau déficitaire.

La recherche d'un équilibre pérenne de la situation financière de l'établissement passe par une maîtrise stricte de l'activité de soins.

2.5 Le plan de rétablissement de l'équilibre financier

A- Le plan de redressement

Faisant face à la dégradation croissante de sa situation financière, l'établissement a été mis dans l'obligation par l'ARH, à mi-année 2008, d'arrêter un plan de redressement.

Ce plan, soumis au conseil d'administration le 27 juin 2008, liste les mesures à prendre. Certaines s'appliquent à la gestion du personnel, tels le gel de 9 postes (ETP) en 2008, dans le cadre d'un objectif de réduction de 20,5 postes à l'horizon 2012, l'application de la charte de travail à la lettre dans les services ne travaillant pas en continu, la révision de l'accord local OARTT, l'implantation d'un logiciel de gestion du temps des personnels non médicaux et la contention de l'absentéisme.

D'autres mesures concernent l'organisation des services, soignants et non soignants. S'agissant des personnels non soignants, il est prévu le regroupement des équipes de ménage aujourd'hui dispersées, le développement de la polyvalence dans les transports internes, l'externalisation de certaines activités (services techniques), la réorganisation de la direction (nouvel organigramme) et des services administratifs (accueil et gestion des patients). S'agissant des personnels soignants, le plan prévoit la réorganisation, dans le cadre des pôles, des horaires et des moyens médicaux afin de mieux prendre en charge les patients (réflexion sur les temps et postes vacants), la mise en place d'une hospitalisation de semaine en rééducation pour réduire le personnel à mobiliser pendant les permissions de weekend des patients, l'organisation du temps des soignants en MPR (chantier MEAH effectué). L'organisation du circuit du médicament (chantier MEAH prévu), la constitution d'un pool unique de remplacement dans le cadre du budget H (afin de pouvoir effectuer des remplacements croisés), le regroupement des patients pour optimiser l'occupation des lits, l'informatisation du dossier patient, font aussi partie des mesures prévues par le plan. Le dépôt d'un dossier d'aide à la contractualisation au titre de l'activité d'urgence, en raison du fort déficit observé, est enfin envisagé.

Le champ de la coopération avec les autres établissements du Haut-Adour (projet de projet médical et de communauté hospitalière de territoire) est aussi abordé. On peut, en outre, noter en 2009 l'adjonction d'autres items comme l'optimisation de la chaîne de facturation – recouvrement, et la comptabilité analytique (chantier MEAH demandé). Des actions comme la contention des dépenses de chauffage par une meilleure régulation, ou le projet d'extension de la blanchisserie et la mise en place d'une plateforme logistique, en font également partie.

Bien qu'adopté dans l'urgence, ce plan constitue un effort louable d'identification des points faibles de l'organisation du centre hospitalier. Il a produit des résultats concrets, comme l'atténuation de la reprise de provisions en 2009, la forte sensibilisation des acteurs aux enjeux financiers et d'organisation, et a permis le lancement de plusieurs opérations structurantes comme les chantiers MEAH sur le recouvrement et la facturation et celui sur l'organisation du temps soignant en MPR.

Mais il présente des insuffisances qui en diminuent l'efficacité, comme son absence de chiffrage des mesures, ce qui empêche toute hiérarchisation et tout suivi efficace. Pour suivre efficacement sa réalisation, une mise à jour sous la forme d'un tableau chiffré serait nécessaire, ainsi qu'une vision globale de son impact sur l'EPRD dans une perspective pluriannuelle de retour à l'équilibre.

B- Le plan de retour à l'équilibre

Suite à la circulaire DHOS du 16 juillet 2008, l'ARH de Midi-Pyrénées a décidé la mise en place d'une démarche d'accompagnement des établissements en difficulté. Une cellule régionale d'appui a été constituée, chargée de l'élaboration et du suivi des plans de retour à l'équilibre. L'établissement a inscrit sa démarche dans ce cadre.

Une méthodologie précise a été mise en œuvre, faisant intervenir successivement un diagnostic en quatre axes (finances, gouvernance, activité, ressources), une détermination des leviers d'amélioration sur chacun de ces quatre thèmes, et enfin la validation d'un plan d'actions. Dans le cadre de la première étape (établir un diagnostic partagé avec l'ARH), un diagnostic économique a été demandé à un cabinet de consultant, qui a remis son travail au cours de l'été 2009.

Le diagnostic partagé pourra, le cas échéant, donner lieu à un ajustement du plan de redressement, sous la forme d'un plan dit « de retour à l'équilibre », soit un ensemble de mesures destinées à ajuster l'organisation de l'établissement et à concourir ainsi au redressement de l'équilibre financier.

3 LA GOUVERNANCE

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, complétée par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005, a réformé les règles de fonctionnement des établissements publics de santé dans le sens d'une plus grande responsabilisation des acteurs. De nouvelles instances créées au niveau central sont censées faciliter le dialogue entre direction et médecins et la prise de décision. Au niveau local, le regroupement des services en pôles doit favoriser la mutualisation des moyens. Ces objectifs supposent par ailleurs la mise en place d'outils de pilotage adaptés.

3.1 Les organes de direction

Au niveau central, l'ordonnance du 2 mai 2005 a recentré le conseil d'administration sur ses missions stratégiques, de définition de la politique générale de l'établissement et d'évaluation et de contrôle, et a associé à parité les directeurs et les praticiens à la gestion par la création d'une nouvelle instance, le conseil exécutif.

Les responsables des instances centrales s'accordent sur les grands axes de la politique de l'établissement. Le président du conseil d'administration, maire de Bagnères-de-Bigorre, assure cette fonction depuis 1989. Le directeur de l'établissement a pris son poste en janvier 2002. Toutefois, les changements intervenus dans la présidence de la commission médicale d'établissement montrent la difficulté éprouvée jusqu'à présent par la communauté médicale à prendre toute sa place dans le fonctionnement institutionnel.

Le conseil d'administration avait délibéré favorablement sur le projet d'établissement (PE) ; il a aussi signé en 2007 le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Mais les positions prises récemment par le conseil d'administration en matière budgétaire – à savoir le refus de voter l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) deux fois successivement, en 2008 et 2009, reflètent la préoccupation générale des élus quant à « l'impasse budgétaire » dans laquelle se trouve l'établissement, singulièrement depuis 2007-2008.

Le conseil exécutif, créé pour permettre une meilleure collaboration entre direction et médecins, se réunit à échéance régulière. Mais il tarde encore à s'affirmer comme le vecteur de l'impulsion des réformes à l'hôpital. Les pôles constituent l'organisation appropriée pour renforcer le dialogue avec le milieu médical et soignant.

La direction est organisée autour de quatre éléments principaux, à savoir le directeur de l'établissement, le directeur des ressources humaines, le directeur des services économiques, enfin la directrice des soins infirmiers, tandis que le poste de directeur des finances, occupé pendant quelques années par une personne finalement écartée pour raisons professionnelles, est resté vacant depuis deux ans. Le besoin d'une expertise financière reste insatisfait.

La signature du CPOM a permis d'arrêter d'un commun accord entre la tutelle et l'établissement une stratégie médicale cohérente. Pour que cette réflexion partagée sur l'avenir de l'établissement puisse se traduire sur le terrain par un ajustement continu de l'organisation des soins, la direction doit chercher à mieux associer à la décision tous les acteurs, notamment ceux médicaux et soignants.

3.2 Les pôles

A - La mise en place des pôles

Quatre pôles ont été mis en place en 2007 : médecine générale et filière gériatrique⁸, médecine physique et réadaptation⁹, médico-technique¹⁰, administration et logistique¹¹.

⁸ composé notamment des unités suivantes : médecine, SSR, maison de retraite, SLD, accueil de jour, équipes mobiles (2), secrétariat médical.

⁹ composé des unités suivantes : HC, HJ, plateau technique, cellule comète, appareillage, accueil, secrétariat médical.

¹⁰ comprenant imagerie médicale, pharmacie, odontologie, urgence, consultations non rattachées aux pôles cliniques (gynécologie, ORL), DIM, hygiène, vigilances, secrétariats médicaux.

¹¹ qui regroupe la direction, la direction des soins, la DRH, la DAF, la DSIO, la gestion des usagers, la qualité et la gestion des risques et diverses unités logistiques.

La logique de construction des pôles a entériné l'existence antérieure des deux secteurs cliniques de l'établissement : la gériatrie et la rééducation. Les chefs des deux services ont été nommés responsables respectifs des deux pôles cliniques. Bien que l'intégration au pôle administratif du service social, de la diététique, de la qualité et de la gestion des risques soit peu consensuelle, il n'est pas envisagé de nouveau découpage.

La mise en place des pôles n'a pas eu un impact important sur la configuration des services au sein de l'établissement car ils n'étaient pas dispersés comme dans beaucoup d'autres établissements. L'officialisation des regroupements existants en qualité de pôles a consacré les efforts antérieurs pour identifier clairement dans l'établissement deux filières médicales. La nouveauté en termes de regroupement touche davantage les services médico-techniques, mais ces derniers gardent dans la réalité une grande autonomie de fonctionnement.

B – L'encadrement juridique et financier des pôles

Pour l'heure, les pôles restent peu opérants. Ce sujet constitue très certainement un des points les plus critiques de la gestion de l'établissement, celui où se cristallise l'impatience des responsables de pôles.

Les responsables de pôle ont été nommés et les conseils de pôle constitués en mars 2007. Une configuration minimale a été retenue. Des cadres de santé ont été désignés. De même, des directeurs ont été nommés en qualité de cadres de gestion référents auprès des pôles. A l'automne 2007, une formation a été dispensée aux coordonnateurs de pôles et cadres de la direction.

Le cadre institutionnel a été mis en place mais les outils juridiques et financiers font toujours défaut. Les projets de pôle n'ont pas été formulés. De même, il n'a pas encore été signé de contrats de pôles. Il n'y avait donc pas, fin 2009, au centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre de délégation de gestion, ni d'intéressement pour matérialiser le transfert de responsabilités réelles et d'une autonomie de gestion aux responsables des pôles.

Les outils de pilotage, notamment financiers, font aussi encore largement défaut. Malgré certaines avancées, aucun budget ni compte de résultat analytique de pôle (CREA) n'est finalisé, qui enregistre les recettes et dépenses réalisées dans chaque pôle. Par ailleurs, les pôles n'ont pas encore de tableaux de bord pour suivre leur activité et leur performance, limitant d'autant leur capacité de diagnostic médico-économique. De même, aucun véritable contrôle de gestion n'est en place, qui permettrait, grâce aux tableaux de bord de pôle, d'instaurer un suivi et une évaluation périodique de la performance des pôles et de décider des ajustements nécessaires.

Pour répondre à la critique d'une certaine inertie manifestée dans ce domaine, la direction indique que « les responsables de pôles sont régulièrement associés aux décisions qui concernent leur pôle ». Elle indique aussi pratiquer jusqu'à ce jour des délégations d'ordre informel, portant sur une partie des crédits de formation, et associer les responsables de pôle à la définition du plan d'équipement annuel et au recrutement des personnels qualifiés, en accord avec le directeur des ressources humaines. La direction reconnaît l'intérêt qu'il y aurait à une authentique déconcentration budgétaire, qui constitue au demeurant un objectif consigné dans le CPOM-CREF.

La direction a aussi indiqué qu'un contrôle de gestion était effectué chaque trimestre. Cependant un contrôle de gestion opérationnel suppose qu'une information complète soit donnée aux pôles, ce qui n'est pas le cas. Cette problématique est développée plus en détail dans le chapitre suivant consacré au système d'information hospitalier (SIH).

Conclusion sur la gouvernance

La chambre note la faiblesse des outils juridiques, financiers et médico-économiques des pôles, tous outils de pilotage qu'il conviendrait d'instaurer car ils conditionnent la qualité du dialogue de gestion.

4 LE SYSTEME D'INFORMATION

De la qualité du système d'information hospitalier (SIH) dépend celle du pilotage, au niveau central comme au niveau des pôles.

L'établissement, qui souhaite optimiser ses outils informatiques, a pris différentes mesures pour améliorer la performance de son SIH. A l'initiative du MIPIH¹², structure de coopération en matière informatique constituée sous la forme de groupement d'intérêt public présidée par le directeur de l'établissement lui-même, la décision a notamment été prise de réécrire le plan global d'informatique hospitalière (PGIH).

4.1 La connaissance des coûts

A - Les comptes de résultats par pôle (CREA)

En l'absence d'une comptabilité analytique en bonne et due forme, l'établissement n'établit pas de comptes de résultat par pôle. Une telle présentation permettrait de bien localiser les secteurs d'activité en difficulté et d'établir avec certitude la nature et l'origine des déficits, ce qui permettrait d'alerter les acteurs concernés, soit en interne soit en externe (déficits susceptibles de justifier une aide de l'autorité de tutelle).

Les trois activités de médecine (MCO), urgence et soins de suite (SSR et rééducation) ont toutefois donné lieu à un chiffrage. Bien qu'incomplets, les résultats disponibles pour ces trois activités, retracés dans les tableaux ci-après, apportent un éclairage sur l'origine des difficultés rencontrées.

En médecine, le compte de résultat, établi sur la base d'une T2A à 100%, permet de retracer l'évolution sur les quatre dernières années (v. tableau ci-dessous). Sauf en 2008, l'activité de médecine ressort globalement excédentaire. Eu égard au poids relativement stable des dépenses, le résultat apparaît très largement conditionné par l'activité produite, dont la valorisation n'a fait que diminuer (-25% en quatre ans).

¹² Le MIPIH (Midi Picardie Informatique Hospitalière) est une structure publique de coopération inter-hospitalière constituée sous forme de groupement d'intérêt public (GIP). Cette structure réunit 300 collaborateurs sur deux sites (Toulouse, Amiens), et dispose d'un budget de 30M€(soit l'équivalent du budget principal du CH de Bagnères-de-Bigorre).

Unités : K€

Médecine	2005	2006	2007	2008
Total dépenses	3 382	3 278	3 337	3 344
Dépenses directes	2 231	2 296	2 338	2 326
-Dont : personnel	1 838	1 876	1 930	1 820
Dépenses indirectes	1 151	983	999	1 018
Total Recettes	4 224	3 773	3 606	3 258
Dont : Recettes titre I (GHS)	3 917	3 509	3 293	2 941
Résultat	842	494	269	-86

Source : retraitements de l'ordonnateur

Pour l'activité d'urgences, l'établissement a pu également établir un compte de résultat depuis 2005, prospectif puisqu'il intègre une prévision sur N+1 et N+2. Ce compte de résultat fait ressortir le déficit important de cette activité sur toute la période, en raison du déséquilibre entre les moyens importants mobilisés et un faible nombre de passages. Une analyse précise et chiffrée a pu finalement conduire à une prise en charge du surcoût par l'autorité de tutelle. Ce point est appréhendé infra (cf. analyse par activité).

Unités : K€

Urgences	2005	2006	2007	2008	Prévision 2009	Prévision 2010
Total dépenses	1 138	1 436	1 274	1 983	1 723	1 755
Dépenses directes	664	833	954	1 660	1 397	1 425
Dépenses indirectes	474	604	320	323	326	329
Total recettes	920	968	941	1 328	1 092	1 096
Recettes titres I et II	906	951	920	1 301	1 076	1 080
Recettes subsidiaires	14	17	21	27	16	16
Résultat	-217	-468	-333	-655	-632	-659

Source : retraitements de l'ordonnateur

Pour l'activité de médecine physique et de réadaptation (MPR), qui constitue de loin la principale activité de soins de l'établissement, la direction ne dispose encore que d'une liste des dépenses directes, lesquelles s'élèvent en 2007 à 12 644K€ et en 2008 à 12 335 K€. Les dépenses de personnel en constituent l'essentiel (plus de 90%). En l'absence des dépenses indirectes, le compte de résultat n'est donc encore que partiel. Les recettes en sont absentes.

Unités : K€

Médecine physique et réadaptation	2007	2008
Total Dépenses directes	12 644	12 335
Dépenses titre I	11 494	11 268
Dépenses titre II	609	588
Dépenses titre III	541	479

Source : retraitements de l'ordonnateur

L'établissement doit achever de mettre en place la comptabilité analytique, de manière à connaître avec précision le coût de chaque activité de soins.

B – Les autres formes de comptabilité analytique

Les autres formes de comptabilité analytique ne sont guère plus mises en œuvre. L'établissement ne dispose pas d'une comptabilité analytique par séjour (GHM) qui serait la mieux adaptée dans le cadre du financement à l'activité¹³. Et, faute d'une comptabilité analytique « coût case mix »¹⁴, il ne peut se comparer à un établissement fictif de la base nationale des coûts présentant le même profil.

Les données de coût recueillies par la DRASS de Midi-Pyrénées sur les établissements de la région permettent de combler en partie ces lacunes comparatives. On constate que les performances de l'établissement ne sont pas toujours dans la moyenne de celles des autres établissements dans la région :

Indicateurs DRASS	2006	2007	Moyenne catégorie 2007
Indice de production MCO	1,13	0,92	0,92
Coût net urgences par passage	2 331	2 329	1 320
Coût net SSR par journée	301	322	243
Coût net SSR par RHA	1 428	1 555	1 160
Coût net imagerie	1,17	1,36	1,32
Dépenses de structure / dépenses totales	4,61%	4,39%	4,95%
Dépenses logistique gén. / dépenses totales	20,76%	22,48%	18,35%
Coût net kg linge	1,72	1,07	1,14
Coût net du repas	7,03	7,49	6,58
Coût net services hôteliers / m2	97,41	72,18	53,19
Coût net DSIO - poste informatique	6 887	8 375	3 352
Coût net DIM / rsa	6,23	7,18	8,67

Ces données confirment la situation de surcoût de l'établissement dans les trois activités principales déjà citées. L'attention est aussi appelée sur le coût de la logistique et le coût des services hôteliers.

C - Les éléments de diagnostic médico-économique

Les indicateurs médico-économiques disponibles apparaissent peu exploités dans l'ensemble. Leur intérêt n'est pas limité à l'analyse et à la comparaison des coûts mais s'étend aux différents paramètres de l'organisation des soins : analyse de l'activité, analyse des ressources mis en œuvre, en personnel et équipement (notamment médico-technique), analyse des pratiques de soins (ex : temps d'attente des patients à chaque étape du parcours de soins) et de la qualité des soins (ex : vigilances).

Le diagnostic Flash, outil de diagnostic « médico-économique » de l'activité MCO, présente un intérêt plus réduit dans le cas du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre, où l'activité MCO occupe une place marginale. La comparaison de l'établissement avec la moyenne présentée dans la même catégorie d'établissements révèle une situation contrastée.

¹³ Elle permettrait de connaître précisément les différents types de dépenses qui composent chaque séjour ; elle supposerait une amélioration sensible du recueil des dépenses variables par séjour, conditionnée notamment par l'informatisation de la prescription, qui permettra d'imputer directement les médicaments et les examens.

¹⁴ Le tableau coût case mix (TCCM) permet d'observer si l'établissement coûte plus cher qu'un établissement fictif présentant le même case mix dans la base nationale (ENC), et à quelles dépenses correspond l'éventuel surcoût (dépenses de personnel, médical ou non médical, ou plateau technique (blocs, urgences...)).

Indicateurs Diagnostic Flash (MCO)	2006	2007	Moyenne catégorie 2007
Indice de production MCO	1,13	1,01	0,93
IP DMS Médecine	nc	1,38	1,07
Ratio agents des services cliniques	46,14	47,24	42,35
Poids dépenses adm. et log.	20,8%	22,5%	19,1%
Recettes rapportées aux effectifs de PM	888 756	958 182	714 701
% de transfert depuis les urgences	25,5%	nc	9,6%
Taux d'occupation net en médecine	83%	78,3%	81,9%
Taux d'hospit. des passages aux urgences	14,9%	10,6%	24%

L'établissement trouverait avantage à comparer ses performances médico-économiques à celles des autres établissements, afin d'affiner le diagnostic global et par activité, et identifier tant les difficultés que les marges d'amélioration.

4.2 L'analyse de l'activité et sa valorisation

En MCO (les activités de médecine et d'urgences sont ici concernées), une des causes de l'absence de couverture des dépenses d'exploitation par les recettes d'exploitation est à rechercher dans la valorisation insuffisante de l'activité de soins, pour laquelle la direction met d'abord en exergue des facteurs externes.

Une première cause de sous-valorisation provient de l'application aux recettes d'activité MCO d'un coefficient de convergence, qui était de 91% en début 2008. Selon l'établissement, la moins-value supportée par lui aurait été cette même année de l'ordre de 150 000€ sans toutefois qu'une somme précise soit avancée. L'établissement sera pénalisé jusqu'en 2012 par l'application de ce coefficient dégressif aux recettes d'activité MCO. Il indique également avoir été pénalisé dans les années récentes (2008) par la classification des groupements homogènes de séjours (GHS). Selon la direction, la nouvelle classification des GHS, qui entraîne une baisse des GHS « courants » et une hausse des GHS « avec complications », a eu en 2009 un impact positif pour l'établissement, qui accueille des patients âgés présentant de nombreuses complications.

Cependant, la sous-valorisation de l'activité médicale a aussi des causes internes, liées à la qualité du codage de l'activité de soins et aux conditions de sa facturation à l'assurance-maladie. Au centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre, la codification des diagnostics est réalisée dans les services, sous le contrôle du directeur de l'information médicale (DIM). L'établissement considère qu'il maîtrise la saisie de l'activité et son codage, mais aucune statistique n'a été transmise sur l'exhaustivité du codage (global ou par service) et le taux de comorbidité associée, information que les médecins ne fournissent pas toujours correctement. Il est par ailleurs à regretter que les contrôles ne donnent pas lieu à diffusion des résultats.

Le processus de facturation de l'activité médicale à l'assurance-maladie a posé problème. Le dysfonctionnement mettait en cause d'une part les médecins et leurs secrétariats, dont le délai pour saisir l'activité était excessif, de plus d'un mois en moyenne, d'autre part le bureau des entrées, chargé de recueillir les informations d'identification auprès des patients entrants. Ces difficultés d'identification, qui se sont surtout concentrées sur les consultations externes et les urgences, ont justifié le recours aux services de la MEAH.

L'audit conduit avec la MEAH sur la facturation et le recouvrement des produits hospitaliers

Les performances dégradées en matière de facturation de l'activité de soins et de recouvrement des titres de recettes ont conduit la direction de l'établissement à solliciter une mission de la MEAH, qui a pris place en 2008 et a été clôturée en 2009.

Le diagnostic effectué a permis de mettre en évidence une mauvaise qualité de la collecte des données administratives du patient, autant à son entrée que durant son séjour, qui se traduisait par des taux élevés de retour des dossiers et des refus de prise en charge, et donnait lieu à des annulations ou à des rémissions de titres.

Cette dégradation coïncidait avec l'absence d'indicateurs de performance. Le diagnostic de la MEAH a permis d'objectiver la performance de l'établissement en la mesurant : le délai global moyen de facturation, de l'entrée du patient au recouvrement, était de 105 jours en MCO. Le taux d'encaissement en régie était de 4% seulement, et le taux de rémission des titres de 7,47%.

Globalement l'exhaustivité des codages était jugée bonne, mais des pistes d'amélioration ont été mises en évidence pour réduire les délais de facturation et de recouvrement. L'audit a montré l'intérêt de développer la saisie à la source aux consultations externes, d'encaisser davantage en régie, et de traiter les contentieux au fil de l'eau.

Les premiers éléments de bilan disponibles font état de gains quantitatifs : les délais de facturation-recouvrement ont diminué de 105 jours à 90 (dont facturation 30 à 20 jours), notamment en consultations externes (de 99 jours à 62), les montants encaissés en régie ont doublé (de 4% à 8%), les taux de recouvrement se sont améliorés. Mais le taux de rémission des titres reste élevé (6,7%), et les délais de recouvrement demeurent inchangés.

Des progrès ont aussi été constatés dans les relations nouées entre le bureau des entrées et ses différents interlocuteurs (unités de soins, DIM, service social, trésorier, CPAM) et dans l'attention portée à la fluidité du circuit de facturation – recouvrement. Le rôle des intervenants à chaque étape du processus a été mieux formalisé et l'intérêt de développer le dialogue par télétransmission mis en évidence. La mission d'audit de la MEAH s'est aussi attachée à préparer le passage de l'activité SSR en facturation à l'activité, par l'optimisation du codage des diagnostics.

L'établissement, qui a rencontré des difficultés pour valoriser ses recettes d'activité, doit poursuivre son effort pour optimiser sa chaîne de facturation de l'activité et de recouvrement.

5 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

5.1 Aperçu général sur l'évolution des effectifs et des charges

Globalement, personnel non médical et médical compris, les rémunérations et charges accessoires ont augmenté de 10,16% entre 2004 et 2008.

Unités : K€

Les rémunérations du personnel	2004	2005	2006	2007	2008
Personnel non médical	17 799	18 690	20 729	20 004	19 396
En % de progression		5,01%	10,91%	-3,5%	-3,04%
Personnel médical	1 715	1 759	1 999	2 003	2 100
En % de progression		2,57%	13,64%	0,2%	4,84%
Total	19 514	20 449	22 728	22 007	21 496

Source : compte financier

Les rémunérations et charges du personnel non médical ont progressé de 8,97% entre 2004 et 2008. La hausse a été discontinuée, d'abord de 11,3% sur les trois premières années avant d'être contenue sur 2007 et 2008 (-6,44%). A l'inverse, l'évolution pour le personnel médical a été plus forte (+22,45%) et continue.

Dans le cas du personnel médical, l'augmentation constatée est proche de celle des effectifs. L'établissement, qui a dû faire face à plusieurs départs, s'est attaché à reconstituer son effectif (22 ETP au 31 décembre 2008), afin de maintenir son activité.

Dans le cas du personnel non médical, le lien avec les effectifs n'est pas aussi net. L'impact important sur la masse salariale des mesures prises au plan national pour revaloriser les carrières et les traitements, s'est ajouté à l'effet du glissement vieillesse technicité (GVT) pour expliquer la forte augmentation des dépenses. Le coût par équivalent temps plein (ETP) de personnel non médical est ainsi passé de 86,8K€ en 2005 à 95,1K€ en 2008 (chiffre 2004 non communiqué), correspondant à une augmentation de 9,56% en quatre ans, alors que l'évolution des effectifs a été négative (-6,63 %).

Le conseil d'administration a refusé de voter l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) deux années consécutivement, considérant que l'effectif de l'établissement était insuffisamment financé. La direction, qui estime à 50 ETP environ le nombre des effectifs non médicaux non financés, a été lente cependant à démontrer la pertinence de sa revendication, en l'absence de tout système d'information précis et fiable qui lui aurait permis de mettre en parallèle les dépenses et les recettes par activité.

5.2 Le personnel non médical

A – La répartition des effectifs

En quatre ans, l'effectif moyen rémunéré de l'établissement a diminué pour le personnel non médical (-35 ETP). Cette évolution prend en compte l'intégration en 2007 de 8 personnes d'un établissement privé (Association Notre-Dame de l'Espérance).

Evolution des effectifs moyens rémunérés du personnel non médical entre 2005 et 2008

source : logiciel de paie PH7 – Budget H

	2005	2006	2007	2008
1- PERSONNEL NON MEDICAL (ETP)	531,13	516,58	521,89	495,92
Evolution en ETP		-2,82%	+1,02%	-4,98%

La diminution des effectifs a d'abord touché les personnels recrutés sous contrat, le nombre de CDI passant de 37,43 ETP en 2005 à 21,41 ETP en 2008, et le nombre de CDD de 62,38 à 55,07 ETP. L'effectif des personnels titulaires a, en revanche, augmenté de 400,12 ETP à 407,6 ETP durant cette même période.

Durant la période, les départs à la retraite ont donné à la direction une certaine souplesse de gestion pour maîtriser les effectifs. Ainsi, les départs à la retraite n'ont pas donné lieu à des remplacements nombre pour nombre, des réponses adaptées étant apportées en fonction des besoins et des qualifications requises. A titre d'illustration, des postes de masseurs-kinésithérapeutes (MKDE) devenus vacants ont permis le recrutement de neuropsychologues, d'ergothérapeutes, ou de professeurs d'éducation physique. Une réunion regroupant la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins (DDS), accompagnée de l'encadrement supérieur de santé des pôles cliniques, prend place chaque mois pour décider des postes à pourvoir.

Les choix à faire placent la direction en face d'enjeux contradictoires puisqu'il s'agit de prendre en compte les besoins de chaque pôle et service tout en s'attachant à faire prévaloir l'intérêt général de l'établissement. L'équilibre est d'autant plus difficile à trouver que les contraintes financières imposent une certaine urgence à agir et que les quatre pôles présentent chacun des particularités qui induisent une aptitude différente au changement. En effet, autant le pôle MPR et le pôle administratif et logistique offrent de nombreuses opportunités de restructuration (cf. les travaux de la MEAH sur le circuit facturation – recouvrement), autant les deux autres pôles en offrent moins. De fait, le pôle de médecine générale – filière gériatrique (MGFG) rassemble des activités présentant des financements très variés, ce qui complique sa restructuration. Le pôle médico-technique, assemblage de services très différents, se révèle aussi difficile à rationaliser.

La politique rigoureuse de maîtrise des effectifs mise en œuvre par la direction en 2008, à l'issue de l'adoption du plan de redressement, s'est traduite par des gels de postes (9 en 2008), qui ont pu entraîner des inégalités entre les activités et provoquer une certaine tension sociale, comme en rééducation, où le renouvellement de postes de brancardiers a suscité en 2008 une certaine crispation. Mais ce rôle d'arbitre ne donne pas toujours lieu à difficulté, comme le prouve le regroupement à l'été 2009 de deux unités effectué pour libérer des locaux au profit d'une autre unité dont les locaux étaient refaits.

S'il est vrai que la direction est placée « au-dessus de la mêlée » pour arbitrer entre les différents pôles et faire prévaloir une gestion institutionnelle, les tensions, survenues à plusieurs reprises, montrent l'utilité d'une réflexion sur les recrutements conduite le plus en amont possible et engageant tous les acteurs dans un processus de remise à plat des besoins nécessaires pour une prise en charge optimale du patient. Pour le moyen terme (période 2010-2014), la pyramide des âges du personnel non médical offrira d'autres opportunités de départs en retraite. La mise en œuvre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des métiers s'avère dans ce contexte particulièrement nécessaire.

La diminution récente des effectifs de l'établissement atteste la volonté de la direction de contenir la masse salariale. Pour autant, elle doit veiller à associer plus étroitement les pôles dans la recherche du meilleur ajustement des moyens à l'activité.

B – L'absentéisme et les remplacements

Le tableau ci-dessous montre la baisse continue depuis 2005 de l'absentéisme, qui atteint 8,22% en 2008. L'absentéisme pour maladie reste cependant anormalement élevé (63,07% des absences en 2008).

Source : Bilan social

PERSONNEL NON MEDICAL	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de journées théoriques travaillées	118 148	117 935	119 178	118 786	119 885
Nombre de journées de présence au travail	108 254	105 651	107 997	108 439	109 885
Nb de journées d'absence	9 894	12 284	11 181	10 347	98,36
Taux d'absence	8,37%	10,41%	9,38%	8,71%	8,22%
Nb moyen de j. d'absence	17,22	20,92	19,05	17,76	15,64
Dont absentéisme maladie	49,15%	50,01%	52,79%	57,13%	63,07%

Les données ci-dessus n'incluent pas l'absentéisme des personnels contractuels sur poste non permanent

Pour tenter de réduire l'absentéisme, l'établissement met en oeuvre différentes actions préventives¹⁵, le contrôle par le médecin du travail des arrêts de travail et le suivi mensuel des situations individuelles le requérant. L'établissement prend également en compte l'absentéisme dans la rémunération des agents (abattements sur la prime de service) ainsi que le présentéisme (répartition de la surprime aux agents n'ayant pas d'absentéisme).

L'établissement, qui ne recourt pas à l'intérim, accorde actuellement aux pôles cliniques un droit de tirage correspondant à 10% de leur effectif afin de faire face à l'absentéisme. Il envisage, pour mieux contenir les dépenses de remplacement, de mutualiser les moyens destinés à y faire face.

Il est à regretter que l'établissement n'évalue pas le coût de l'absentéisme, ni théorique, ni en termes de coût de remplacement.

C – Le temps de travail et l'organisation du travail

L'organisation du travail est un facteur important de maîtrise des effectifs. Le temps de travail par catégorie de personnel montre l'existence de faibles écarts avec la durée réglementaire.

Le temps de travail est régi par un protocole local OARTT du 22 janvier 2002 et dans une charte du travail du 15 juillet 2003. Au vu des données transmises par la direction, tous droits acquis par ailleurs, le temps de travail d'un agent à temps plein en repos fixe est de 1578 heures et celui du personnel à temps plein en repos variable de 1 547 heures. Pour ces deux catégories de personnel, la journée de travail est de 7h42 et un droit à 20 jours de RTT est ouvert.

¹⁵ formation à la manutention des malades, document unique pour les risques professionnels en matière d'accidents.

L'organisation du travail dans le pôle de rééducation a fait l'objet d'un audit récent qui devrait permettre de l'optimiser. Le respect de normes, figurant dans des textes parus en octobre 2008 et reprises dans le nouveau schéma régional SSR, conduira également à la rationaliser. On peut noter le gain de temps représenté pour les cadres soignants par l'informatisation depuis 2008 des plannings des équipes soignantes.

D - Les crédits de jours RTT et le régime de rémunération des personnels intégrés en 1991

Au 1er septembre 2009, le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre a ouvert 29 comptes épargne temps (CET) pour les personnels non médicaux qui émargent au budget H, pour un total de 758 jours. Ces CET représentent une dette total de 260 000€ A l'heure actuelle, la provision que l'établissement envisage de constituer à la suite de l'octroi de crédits par l'autorité de tutelle (soit 181 030€) est insuffisante pour la couvrir.

Le centre hospitalier doit par ailleurs faire face à un contentieux soulevé par les personnels de l'ancienne régie des thermes ayant intégré l'établissement en 1991. Une décision du tribunal administratif de Pau en date du 16 juillet 2009 a été analysée par l'établissement comme pouvant donner lieu à une dette susceptible d'atteindre 100 000€. Dans ces conditions, il appartiendra à la direction de couvrir ce risque contentieux par l'inscription d'une provision à due concurrence.

5.3 Le personnel médical

A - Les effectifs du personnel médical

L'augmentation du personnel médical de 19,75 ETP à 22,08 ETP entre 2005 et 2008 traduit la remise à niveau de l'effectif médical, deux postes de médecine physique et réadaptation (MPR) étant restés vacants pendant plus d'un an (suite à un départ à la retraite et à une création de poste) avant 2008. En radiologie, l'établissement couvre ses besoins mais est fortement sollicité au niveau du territoire de soins, qui doit faire face à une pénurie de radiologues dans les établissements publics de santé.

Pour le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre, le danger d'une pénurie de médecins est provisoirement écarté en raison d'une structure d'âge favorable des praticiens hospitaliers.

B- L'organisation du temps de travail médical et le CET

Le temps de travail ne constitue pas dans l'établissement une difficulté sur le plan réglementaire dans la mesure où les tableaux de service sont tenus à jour. Il constitue en revanche un problème de gestion délicat pour le pôle de médecine physique et réadaptation (MPR) dans la mesure où les horaires dépassés quotidiennement donnent lieu à l'inscription de nombreux jours sur les comptes épargne temps. En radiologie, c'est aussi grâce au CET que le médecin radiologue parvient à se rendre sur les trois sites où il est détaché. Le CET du personnel médical (10 comptes ouverts) représente 303,75 jours.

Dans ce contexte serré, la direction de l'établissement déplore la difficulté des médecins à assurer les missions transversales d'administration et de gestion des pôles.

C- La permanence des soins (PDS)

Le coût des gardes et astreintes (c6425), de l'ordre de 150 000€ est stable depuis plusieurs années, étant précisé que les médecins des urgences, tarbais, ne sont pas comptabilisés dans la permanence des soins.

Conclusion

La maîtrise des effectifs est nécessaire pour contenir l'évolution de la masse salariale. Elle suppose la mise en oeuvre d'outils de gestion adaptés permettant une gestion dynamique des ressources et exige un travail en profondeur sur l'organisation du travail qui mobilise tous les acteurs.

6 L'ANALYSE PAR ACTIVITE

6.1 L'activité de soins de suite et de réadaptation

En moyen séjour, ou activité de soins de suite classique (non spécialisée), l'établissement prend en charge environ 200 patients (222 en 2008), réalisant plus de 6 000 journées (6 151 journées en 2008). La durée moyenne de séjour est de 29,15 jours et le taux d'occupation de 87% en 2008.

L'établissement réalise sa principale activité en rééducation, ou activité de soins de suite spécialisée. Il traite annuellement environ 1600 patients (1654 en 2008), réalisant 55 710 journées cette année-ci. La durée moyenne de séjour y est de proche de 35 jours et le taux d'occupation s'est amélioré (74,4% en 2008, contre 71% en 2007).

Comme indiqué précédemment, l'établissement n'a pas été en mesure, jusqu'à ce jour, d'établir un compte de résultat pour cette activité de soins, ce qui est fortement préjudiciable puisqu'il s'agit de son activité principale (exercée sur 220 lits). Seules les dépenses directes ont été établies, qui ressortent à 12,3M€ en 2008.

Cette lacune a été comblée, au moins partiellement, grâce aux travaux menés par l'autorité de tutelle (ARH) sur l'impact financier du futur financement par activité des soins SSR, qui ont montré que l'activité SSR du centre hospitalier, appréciée en points IVA (indice de valorisation de l'activité), dégagait un montant de recettes supérieur à la dotation accordée actuellement à l'établissement. Ainsi, en 2007, pour un montant de recettes perçues de 17,7M€, le montant des ressources théoriques auquel donnait droit l'activité de l'établissement s'élevait à 18,28M€, mettant en évidence une sous-dotation de 585K€. Cette somme correspondrait pour l'essentiel à la charge supportée par l'établissement au titre du plateau technique, non financée actuellement. Le déficit de financement calculé pour 2008 est du même ordre, soit d'environ 600K€. La facturation à l'activité pourrait donc permettre à l'établissement de retrouver les conditions d'un équilibre financier de son activité de rééducation. L'ARH, qui est donc désormais en mesure d'identifier des établissements sous-dotés et d'autres sur-dotés, a mis en place un dispositif de convergence (application à la dotation SSR d'un taux de majoration maximum de 2% à partir de 2009).

Nonobstant les espoirs que l'établissement peut désormais nourrir quant à ses recettes futures, il doit prendre en considération sans attendre certains indicateurs d'activité, comme les taux d'occupation des 220 lits installés (souvent inférieurs à 80%), qui montrent que ses capacités d'accueil dans l'activité de rééducation traduisent un possible surdimensionnement de ses moyens. En conformité avec les recommandations de l'autorité de tutelle, qui plaide pour « diminuer la voilure », l'établissement a commencé à réfléchir au moyen de mieux ajuster ses ressources à l'activité.

Cette réflexion a été conduite en cohérence avec les axes stratégiques définis dans le CPOM. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens conforte l'activité SSR de l'établissement et insiste tout particulièrement sur la nécessité pour le centre hospitalier de conduire une réflexion sur son positionnement dans le territoire de soins en complémentarité avec les autres établissements.

L'établissement pilote justement un groupe de travail qui a pour objet la rédaction, puis la signature, d'un projet médical de territoire dans le domaine des soins de suite et de réadaptation. Cette recherche d'une régulation de l'offre prend place dans un paysage qui évolue, tant le secteur privé que le secteur public voyant dans l'activité SSR le moyen possible d'agrandir leur clientèle, et par là-même leur chiffre d'affaires.

En parallèle à cet effort de repositionnement externe, l'établissement conduit une réflexion visant au redimensionnement des services de rééducation sur la base des normes édictées pour ce secteur d'activité (les normes établies par la profession et formalisées dans le cadre de la base des données « SOFMER »¹⁶, validées par la DRASS). Ainsi, à titre d'exemple, pour la spécialité de rééducation en neurologie, qui constitue une activité importante de l'établissement puisqu'elle mobilise 70 lits (+16 lits pour les patients en état végétatif), les normes édictées par la DRASS prévoient les effectifs suivants :

IDE	30 lits 2 à 3 le matin, 2 l'après-midi, 1 le soir
AS	30 lits 5 le matin, 5 l'après-midi, 2 le soir
Kinésithérapeute	1 pour 6 à 8 patients
Ergothérapeute	1 pour 15 patients
Orthophoniste	1 pour 30 patients
Psychologue	1 par structure SSR

Ce travail s'appuie sur les textes parus en octobre 2008, qui posent le principe d'une spécialisation de l'activité des soins de suite et de rééducation. L'établissement, organisé actuellement en lits polyvalents, doit se spécialiser, ce qui implique une redéfinition de ses capacités d'accueil, sachant que l'octroi par l'autorité de tutelle des agréments sera conditionné par le respect des normes précitées. Pour l'heure, les capacités d'accueil retenues dans la perspective de la restructuration architecturale visent à ne conserver que 170 lits de rééducation, 16 lits d'état végétatif chronique et 25 places d'hospitalisation de jour.

¹⁶ SOFMER : Société française de médecine physique et de réadaptation

La publication du SROS SSR en septembre 2009 ouvre la possibilité d'autorisation pour l'activité SSR, échéance pour laquelle l'établissement doit se préparer par une parfaite maîtrise de ses charges eu égard au futur financement à l'activité. L'établissement, qui présente des caractéristiques favorables, grâce à un plateau technique important et récent, semble en bonne position pour voir son offre SSR consolidée.

La maîtrise des ressources étant identifiée comme un enjeu essentiel de l'équilibre financier, la gestion et l'organisation du temps soignant pour l'activité MPR ont donné lieu en début 2009 à un audit de la MEAH. La prise en charge y a été décrite comme « cloisonnée, éclatée et insuffisamment coordonnée ». L'audit a permis de mieux formaliser les parcours patients, autant en hospitalisation complète que de jour, en lien avec le projet médical, et de cibler un certain nombre de points à améliorer, comme :

- mettre en place une planification centralisée des soins ;
- faciliter l'accès à l'information médicale, en relocalisant les secrétariats médicaux dans les étages ;
- harmoniser les horaires d'ouverture du plateau technique et les heures de prise de fonction des rééducateurs ;
- organiser une meilleure liaison entre hospitalisation et plateau technique, pour optimiser l'organisation du brancardage.

La direction a toutefois parfaitement compris l'obligation dans laquelle elle se trouvait désormais de parfaitement calibrer ses services de soins en cohérence avec les normes édictées par la profession. Ce travail, auquel s'ajoute l'audit du temps soignant, devrait permettre au centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre de bien négocier les exigences du nouveau SROS et, dans un deuxième temps, les contraintes financières imposées par le passage en T2A.

6.2 L'activité d'urgences

Le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre dispose d'une antenne SMUR, service qui est reconnu par l'autorité de tutelle comme nécessaire en raison de son positionnement en tête de vallée. Il dispose également d'un service d'urgence, qui présente, aux yeux de la DDASS, un intérêt médical plus relatif. Pour ses urgences, l'établissement s'est associé au centre hospitalier de Tarbes dans le cadre d'une fédération inter-hospitalière.

L'activité est un peu supérieure à 5000 passages et 3000 consultations. Elle connaît un important déficit, notamment en raison d'un niveau faible comparé aux moyens importants mis en œuvre. Les recettes des urgences du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre s'élèvent, bon an mal an, à un million d'euros (1,1 en 2008 dont 635K€ au titre du forfait urgences) quand les dépenses atteignent près de 1,7M€ en 2008. Ce déséquilibre entre l'activité et les ressources s'est soldé par un déficit important et croissant du compte de résultat, passé de 217 K€ en 2005 à 655 K€ en 2008.

La principale raison du déficit est à rechercher dans l'obligation dans laquelle s'est trouvé l'établissement en 2007 de prendre en charge le remboursement des professionnels tarbais intervenant au profit du centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre. Depuis 2007, sous la pression de la T2A, l'établissement tarbais réclame en effet à celui de Bagnères-de-Bigorre le remboursement des frais liés à son activité d'urgences exercée à Bagnères-de-Bigorre. Un avenant à la convention est d'ailleurs intervenu en 2007 pour clarifier les conditions financières de cette mise à disposition.

Ce problème a tardé à donner lieu à une aide au titre de la contractualisation en raison de difficultés éprouvées par l'établissement à déterminer de manière précise la nature et le coût des ressources engagées et le respect des normes en personnel. Il est désormais proche d'être résolu : pour 2008, les charges supportées par l'établissement et non financées ont été évaluées contradictoirement (établissement et tutelle) à 573 K€, qui ont donné lieu à une aide octroyée à l'établissement par l'autorité de tutelle au titre de l'aide à la contractualisation (230 K€). La même dépense a été budgétée pour 2009 et l'aide octroyée s'élève à 361 K€. Si le problème semble réglé pour l'avenir, l'établissement aura néanmoins dû supporter entre 2004 et 2009 une charge restée non financée de 1,16 M€ (1,75 M€ de dépense de remboursement – 591 K€ d'aide à la contractualisation).

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé en 2007 consacre l'existence de ce service, ses missions et ses moyens, mais reste silencieux sur son financement. C'est une lacune que le futur contrat de retour à l'équilibre (PRE) devra s'efforcer de corriger.

Le lourd déficit du service des urgences, de presque 600 000 euros en 2008, est désormais en partie financé. Un effort reste à consentir pour parvenir à l'équilibre.

6.3 L'activité de médecine générale

L'activité de médecine polyvalente mobilise 25 lits, ce qui est peu important. Le nombre des entrées en médecine s'est maintenu durant la période, avec un peu plus de 1000 entrées. La durée moyenne de séjour (DMS) se situe entre 6 et 7 jours, ce qui est élevé si on la compare aux moyennes nationales (l'IPDMS montre que la DMS est de 36% plus élevée), correspondant à un profil de patients ayant une moyenne d'âge élevée (74,84 ans en 2007). Le service présente un recrutement de patients essentiellement local (97% des patients sont originaires des Hautes-Pyrénées). Le taux d'occupation est d'environ 80% en moyenne, ce qui n'est pas un taux optimal.

Le compte de résultat (en T2A à 100%) établi pour cette activité montre une dégradation inquiétante entre 2005 et 2008, cette dernière année devenant déficitaire (-86K€). Les recettes d'activité ont diminué de 4,2M€ en 2005 à 3,2M€ en 2008, alors que les dépenses sont restées constantes, de l'ordre de 3,3M€ annuellement. Deux raisons ont été invoquées pour tenter d'expliquer au moins pour partie la diminution des recettes : d'une part, une erreur de valorisation de l'activité qui a généré une moins-value de recettes, d'autre part les travaux effectués, aujourd'hui achevés.

D'une manière générale, l'établissement doit chercher à mieux ajuster activité et ressources, soit en agissant sur les recettes (par exemple en prenant en charge plus de patients), soit en diminuant les moyens mobilisés. L'établissement tente déjà de mieux ajuster les moyens à son activité au cours de l'année, notamment en été où la fréquentation est moins forte. Du côté des recettes, identifiées comme peu dynamiques, l'établissement a fait un effort pour optimiser son circuit de facturation. Pour 2009, les résultats intermédiaires (projections au 31 décembre 2009) sont encourageants puisque les recettes d'activité devraient pouvoir équilibrer les charges.

L'établissement s'est également rapproché de la DDASS afin d'envisager une évolution dans son positionnement allant d'une médecine polyvalente vers une médecine gériatrique. Il s'agit de transformer l'unité de médecine générale de l'établissement en une unité de gériatrie à l'échelle du département. De cette manière, l'établissement pourrait mieux tirer parti de ses ressources (6 gériatres), ressources qui n'existent pas ailleurs.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé en 2007 consacre ce service, ses missions et ses moyens. Il renforce sa vocation gériatrique en amplifiant les activités d'évaluation, d'orientation et de suivi.

Conclusion

La perspective d'un passage en tarification à l'activité en soins de suite et réadaptation exige de l'établissement un effort de rationalisation interne de son organisation des soins et un effort d'ajustement de son positionnement dans l'offre territoriale de soins.

Au plan interne, dans les trois activités prises en compte dans le budget hospitalier, l'établissement doit repenser l'organisation existante à l'aune des normes édictées pour chacune et rechercher le fonctionnement optimal, celui qui privilégie la qualité de prise en charge du patient, la fluidité de l'organisation (par la coordination des étapes de soin), enfin l'efficience par la maîtrise du coût des soins. Au plan externe, il doit rechercher le meilleur positionnement possible dans le territoire de soins, en privilégiant la complémentarité sur la concurrence, et en mutualisant les moyens. L'analyse par activité a montré que l'établissement pouvait aborder les échéances prochaines avec de bons atouts pour recouvrer l'équilibre financier.

Telles sont les observations définitives que la chambre a décidé de vous communiquer.

*
* *

Réponse de l'ordonnateur en date du 11 mai 2010