



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 19 janvier 2010

Le Président

Réf. : JO10 018 01

Monsieur le Directeur,

Conformément à l'article L. 243-5 du code des juridictions financières je vous notifie le rapport d'observations définitives sur les comptes et la gestion du centre hospitalier de Tarbes-Bigorre au titre des exercices 2000 à 2006. La chambre a constaté qu'aucune réponse écrite ne lui a été transmise dans le délai prévu par la loi.

Conformément à la loi, cette communication doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la prochaine réunion de l'assemblée et le rapport doit être joint à la convocation adressée aux membres de celle-ci. 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 copie d'un extrait du procès-verbal des débats ou du relevé des délibérations.

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

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

Jean-Louis BEAUD de BRIVE

Monsieur Bruno HOURMAT
Directeur du Centre Hospitalier de Tarbes-Bigorre
Boulevard De Lattre de Tassigny
BP 1330
65013 TARBES Cedex 9



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 3 décembre 2009

Le Président

Réf. : JO9 329 01

Monsieur le Directeur,

Par lettre en date du 9 avril 2008, vous avez été informé, par la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, du contrôle des comptes du centre hospitalier de Tarbes-Bigorre au titre des exercices 2000 à 2006 et de l'examen de la gestion, ce dernier étant étendu aux données disponibles les plus récentes.

L'entretien avec le rapporteur, prévu à l'article L.243-1 du code des juridictions financières étant intervenu le 11 février 2009, la chambre a procédé, dans sa séance du 21 avril 2009, à l'examen du rapport que lui a présenté le conseiller chargé de l'instruction. Après en avoir délibéré, la juridiction a décidé de vous communiquer des observations provisoires, portant sur les domaines ci-après :

- la présentation de l'établissement et son insertion dans le réseau de soins,
- la situation comptable et financière,
- le contrat de retour à l'équilibre financier,
- la gouvernance
- le système d'information
- la gestion des ressources humaines,
- la modernisation de l'appareil de production
- l'ouverture sur le territoire de soins

Monsieur Bruno HOURMAT
Directeur du Centre Hospitalier de Tarbes-Bigorre
Boulevard De Lattre de Tassigny
BP 1330
65013 TARBES Cedex 9

Par lettre du 28 juillet 2009, je vous ai adressé, ainsi qu'à M. Chapel, ancien ordonnateur en fonctions sur la période contrôlée, ces observations provisoires.

Conformément aux dispositions de l'article R.241-12 du code des juridictions financières, un extrait des observations provisoires a également été adressé au directeur régional de DEXIA Crédit Local.

A la suite des réponses qui ont été apportées à la chambre par M. Chapel, ancien ordonnateur, le 1^{er} septembre 2009 et par le directeur régional de Dexia Crédit Local le 25 septembre 2009, enregistrées respectivement au greffe de la chambre le 3 septembre 2009 et le 29 septembre 2009, la juridiction a, dans sa séance du 10 novembre 2009, arrêté les observations définitives ci-jointes. Ces observations constituent le rapport d'observations définitives prévu par l'article L.243-5 du code des juridictions financières.

Conformément à l'article L.243-5 précité, vous disposez d'un délai d'un mois pour faire parvenir, si vous le désirez, au greffe de la chambre une réponse écrite qui sera alors jointe au dit rapport d'observations. Au terme du délai précité et une fois complété, le cas échéant, par votre réponse et celle de M Chapel, le rapport d'observations définitives vous sera notifié à nouveau pour être présenté à l'assemblée délibérante dès sa plus proche réunion. Ce n'est qu'à partir de ce moment-là qu'il sera communicable aux tiers.

Dans l'attente de votre réponse, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Jean-Louis BEAUD de BRIVE

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE MIDI-PYRENEES**

Réf. : JO9 329 01

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

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

Le centre hospitalier de Bigorre est l'établissement référent du territoire de santé des Hautes-Pyrénées. Il emploie près de 1800 personnes. En 2008, son budget hospitalier atteint 114 M€ et celui consolidé, qui intègre les budgets annexes, 135 M€. Le contexte dans lequel intervient l'établissement est celui d'une population locale en décroissance et d'une offre de soins multiple, la population du territoire de santé étant desservie, pour l'activité de court séjour MCO, par 4 structures de soins publiques et deux privées.

La situation financière de l'établissement s'est très fortement dégradée à partir de 2005, deuxième année de mise en place de la tarification à l'activité. En 2006, 2007 et 2008, le déficit réel du budget hospitalier (corrige des charges reportées et diminué des aides reçues) a atteint respectivement 3,67M€, 5,54M€ et 4,8M€. L'équilibre financier de l'établissement dépend ainsi des subventions que lui accorde l'autorité de tutelle (2,5M€ en moyenne annuelle, le double de cette somme en 2008) et des emprunts qu'il contracte pour maintenir son fonds de roulement à un niveau suffisant. Le niveau de la dette de l'établissement s'est accru de manière importante, pour atteindre 57,2M€ en 2008.

La signature, avec le directeur de l'ARH en janvier 2007 d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) encadre les efforts de l'établissement pour recouvrer son équilibre financier. Ce contrat, trop optimiste quant à l'évaluation de ses recettes futures, a été corrigé par un premier avenant signé en novembre 2007. Le bilan, au terme de l'exécution budgétaire 2008, est encourageant dans la mesure où les mesures déjà prises par l'établissement pour contenir ses dépenses et ajuster ses activités commencent à produire leurs effets. Cependant, comme le sait la direction, le redressement passe par la poursuite de l'effort de réorganisation interne, également par un repositionnement de l'établissement dans le territoire de soins, et singulièrement par un rapprochement avec le centre hospitalier voisin de Lourdes.

La gouvernance joue un rôle essentiel dans la mise en œuvre de l'effort de mobilisation de tous les acteurs. Sous l'impulsion de la nouvelle direction, depuis 2007, le conseil exécutif a défini de nouveaux axes stratégiques. Au niveau des unités de production, la création des pôles, bien qu'intervenue tardivement, en 2008, a facilité l'ajustement de l'organisation des soins et rendu possible une mutualisation des moyens. Toutefois, comme les projets, contrats et budgets de pôles ne sont toujours pas en place, d'importants efforts restent à faire pour atteindre une vraie déconcentration budgétaire, engageant la responsabilité des pôles.

Le système d'information hospitalier constitue l'accessoire indispensable de la gouvernance puisqu'il donne aux responsables la visibilité nécessaire pour piloter l'établissement. Le système de pilotage doit pouvoir restituer, autant que possible en temps réel, toutes les informations traduisant le fonctionnement hospitalier. Une comptabilité analytique a été mise en place, qui permet d'identifier les secteurs les plus en difficulté, à savoir la chirurgie et les urgences qui enregistrent respectivement 3 et 2 M€ de déficit. Mais elle doit être affinée pour fournir précisément les coûts par activité. L'activité de soins, qui génère les recettes, doit être mieux codifiée et valorisée. L'analyse médico-économique doit être développée pour permettre un diagnostic précis, multifactoriel, de chaque secteur de soins. A condition d'être mesurées, la qualité et la sécurité des soins peuvent constituer des leviers d'amélioration de la prise en charge du patient. Une diffusion large des performances est nécessaire pour responsabiliser tous les acteurs, et le contrôle de gestion doit encore être renforcé pour structurer le dialogue de gestion.

La gestion des ressources humaines est le domaine où la maîtrise des coûts trouve à s'appliquer de manière prioritaire. L'établissement a déjà réalisé un effort réel pour réduire ses effectifs. L'effort doit continuer à porter principalement sur le recrutement, avec une analyse précise des besoins, et sur les éléments de nature à mobiliser les agents, comme la formation, le temps et l'organisation du travail, la rémunération. La gestion du personnel médical, très problématique dans l'établissement, doit donner lieu à un effort de mise en conformité sur plusieurs aspects de la réglementation, notamment sur le temps de travail. L'effort de maîtrise des ressources ne peut être poursuivi efficacement que s'il s'appuie sur une responsabilisation des pôles et, en externe, sur une mutualisation à l'échelle du territoire.

La modernisation de l'organisation des soins, engagée tardivement, doit être intensifiée. L'effort à conduire conditionne tout à la fois la qualité de prise en charge des patients et l'efficience, c'est-à-dire la maîtrise des coûts. Dans le domaine clinique, la gestion des lits a été optimisée et les alternatives à l'hospitalisation, qui étaient presque inexistantes, ont commencé à être mises en place. Dans le domaine médico-technique, les audits conduits avec l'aide de la MEAH ont permis d'identifier les points faibles de l'organisation des soins et de décider des améliorations nécessaires. L'audit du bloc opératoire, surdimensionné, a montré de graves dysfonctionnements. Une réduction du nombre des salles opératoires est envisageable moyennant une optimisation des conditions de fonctionnement. L'audit du secteur des urgences a permis de fluidifier leur fonctionnement. La démarche qualité structure les efforts de l'établissement en matière de prise en charge des patients, mais elle doit être plus précisément évaluée par un outil approprié.

Dans un contexte territorial d'offre de soins laissant peu d'espoir de résorption du déficit hospitalier par un développement de l'activité, la décision de regroupement prochain avec le centre hospitalier de Lourdes, situé à seulement 18 km, constitue une opportunité offerte à l'hôpital de recouvrer à terme une situation financière équilibrée. Dans la perspective de la mise en place d'un plateau technique unique, l'établissement doit s'efforcer, en partenariat, de réduire le nombre d'activités exercées en doublon par les deux établissements de manière à constituer des équipes stables dans un contexte de plus grande efficience.

SOMMAIRE

§§§

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.....	2
2	LA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIERE.....	4
2.1	LES RESULTATS D'EXPLOITATION	4
2.2	LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS	9
2.3	LA SITUATION PATRIMONIALE	11
3	LE CONTRAT DE RETABLISSEMENT DE L'EQUILIBRE FINANCIER.....	12
3.1	LE CONTRAT INITIAL ELABORE EN JANVIER 2007	12
3.2	L'AVENANT N°1 AU CREF SIGNE LE 29 NOVEMBRE 2007	12
3.3	LES INNOVATIONS PREVUES SUR 2009.....	13
3.4	L'IMPACT DU CREF	14
4	LA GOUVERNANCE.....	14
4.1	LES ORGANES DE DIRECTION	14
4.2	LES POLES.....	15
5	LE SYSTEME D'INFORMATION.....	17
5.1	LA CONNAISSANCE DES COUTS	18
5.2	L'ANALYSE DE L'ACTIVITE ET SA VALORISATION	20
5.3	L'INFORMATION SUR LA PERFORMANCE MEDICO-ECONOMIQUE DE L'ORGANISATION DES SOINS	23
5.4	L'INFORMATION SUR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	24
6	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	26
6.1	APERÇU GENERAL SUR L'EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DES CHARGES	26
6.2	LE PERSONNEL NON MEDICAL.....	27
6.3	LE PERSONNEL MEDICAL	30
7	LA MODERNISATION DE L'APPAREIL DE PRODUCTION.....	36
7.1	LA MODERNISATION DES INFRASTRUCTURES	36
7.2	L'OPTIMISATION DE LA GESTION DES LITS	38
7.3	LA MISE EN PLACE DES ALTERNATIVES A L'HOSPITALISATION COMPLETE	39
7.4	LE FONCTIONNEMENT DES URGENCES	39
7.5	LE FONCTIONNEMENT DU BLOC OPERATOIRE.....	41
7.6	LE FONCTIONNEMENT DES SERVICES PRODUCTEURS D'EXAMENS.....	43
7.7	LA DEMARCHE QUALITE	44
8	L'OUVERTURE SUR LE TERRITOIRE DE SOINS	45
8.1	LE POSITIONNEMENT DU CENTRE HOSPITALIER DANS L'OFFRE TERRITORIALE DE SOINS.....	45
8.2	MIEUX PARTAGER L'ACTIVITE ET LES RESSOURCES AU NIVEAU DU TERRITOIRE.....	46

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE MIDI-PYRENEES**

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

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

1.1 Présentation de l'établissement

L'offre de soins du centre hospitalier de Bigorre était, en fin 2008, de 967 lits et places, répartis sur trois sites : 349 sur le site de la GESPE, 240 sur le site de l'Ayguerote, 378 sur le site de Vic en Bigorre. Le premier site regroupe les capacités d'accueil en court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) : activités médicales (201 lits), activités chirurgicales (109 lits), activités d'urgence et pédiatrie (39 lits). Les deux autres sites concentrent les activités de moyen et long séjour et de prise en charge des personnes âgées¹.

Jusqu'en 2005, les capacités d'accueil n'ont pas évolué. Ce n'est qu'à partir de 2006 que des efforts ont été conduits pour adapter les capacités d'hospitalisation complète en court séjour MCO. Le nombre de lits a été réduit de 16,25% entre 2003 et 2007, l'effort ayant surtout porté sur la chirurgie (-25,86%). Dans le secteur du moyen et long séjour, les capacités de prise en charge sont restées stables jusqu'en 2007. En 2008, le secteur a été restructuré à la suite de la transformation des maisons de retraite en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

En court séjour MCO, l'activité, appréciée en nombre d'admissions, a d'abord augmenté jusqu'en 2005 puis a diminué en 2006 et 2007, se réduisant à une augmentation de 3,8 % en trois ans. Même si le nombre d'admissions en MCO a légèrement progressé en 2008 (+1,19%), l'évolution récente est préoccupante, avec une diminution en chirurgie et surtout un tassement en médecine. En moyen séjour, l'activité a été relativement stable (896 admissions en 2007). En long séjour, le nombre total de journées a légèrement baissé entre 2006 et 2007 (61 835 cette année-là). Le taux d'occupation demeure proche de 100% dans les deux activités. L'activité des maisons de retraite a été stable sur la période 2003-2007.

¹ Le site de l'Ayguerote regroupe 40 lits de soins de suite et réadaptation, 47 lits d'unité de soins de longue durée et 153 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Le site de Vic-en-Bigorre regroupe 47 lits de soins de suite et réadaptation, 101 lits d'unité de soins de longue durée et 189 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, ainsi que 5 lits de médecine gériatrique et 36 places de service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIADPA).

1.2 *L'insertion de l'établissement dans le réseau de soins*

1.2.1 Les orientations du SROS et les éléments de contexte

Jusqu'en mars 2006, le deuxième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS 2), arrêté par le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) en juin 1999, a servi de cadre à la planification régionale. Depuis cette date, le SROS III, arrêté par l'ARH le 22 mars 2006, régule l'offre de soins hospitaliers dans les différentes disciplines. Les dispositions du SROS incitent au développement de solutions alternatives à l'hospitalisation, le développement de la chirurgie ambulatoire devenant « une priorité forte pour tous les établissements ». Dans le domaine de la maternité, la réduction du nombre de sites habilités (fermeture de la maternité de Lannemezan) est de nature à permettre un redressement de l'activité du CH de Tarbes, établissement pivot.

Le plan Hôpital 2007 a constitué un élément structurant de la programmation hospitalière. Dans son volet financier d'abord, avec la mise en place progressive à partir de 2004 de la tarification à l'activité (T2A), qui vise notamment à rétablir un lien - qui s'était considérablement distendu depuis 1983 - entre les moyens engagés dans une discipline et l'activité de soins produite. Dans son volet institutionnel aussi, avec la réforme de la nouvelle gouvernance, qui tend à associer les médecins à la gestion, et celle de la certification, qui matérialise l'engagement des établissements dans la politique qualité.

L'évolution démographique, qui conditionne l'activité du centre hospitalier, est en baisse dans le territoire de santé des Hautes-Pyrénées, celui-ci subissant l'influence du vieillissement de la population et du mouvement d'attraction de sa population la plus jeune vers l'agglomération toulousaine.

Enfin, la concurrence est très forte dans les activités de court séjour MCO, à la fois publique (Centre hospitalier de Lourdes, Centre hospitalier de Lannemezan, Centre hospitalier départemental de Pau en Aquitaine situé à seulement 36mn) et privée, singulièrement dans les activités de chirurgie (clinique privée de l'Ormeau à Tarbes, clinique de l'Ormeau Pyrénées).

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, sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement². Les établissements doivent aussi s'engager avec l'autorité de tutelle dans un contrat d'objectifs et de moyens, dit « pluriannuel » depuis le décret n°2006-1332 du 2 novembre 2006³.

² 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.

³ Codifié à l'article L.6114-1 à 4 du code de la santé publique (CSP).

En l'absence de projets d'établissement, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ont en pratique constitué le seul outil de programmation mis en œuvre. Un premier contrat de ce type avait été signé avec l'ARH de Midi-Pyrénées en 2004, après qu'un plan stratégique ait été élaboré en 2003, qui identifiait, à partir d'un diagnostic, une dynamique de projets.

Le CPOM signé le 28 mars 2007 concentre l'effort à réaliser sur les disciplines les plus en difficulté, à savoir les urgences vitales (avec la rénovation de l'unité de réanimation), les soins de surveillance continue (avec la création d'un pôle public-privé de rythmologie), la maternité (avec la mise en place d'un réseau départemental de périnatalité), le développement des alternatives à l'hospitalisation (avec la chirurgie et l'anesthésie ambulatoires), le développement des coopérations dans différentes activités cliniques et médico-techniques.

1.2.3 La coopération avec les autres établissements.

La coopération du centre hospitalier de Bigorre avec les autres établissements de santé était jusqu'à récemment peu développée. L'établissement a bien signé des conventions de partenariat avec les établissements qui l'entourent, publics et privés, mais il a tardé à s'engager dans un rapprochement volontaire avec le centre hospitalier de Lourdes avec lequel il a vocation à partager ses moyens et son activité. Actuellement, les deux établissements continuent de produire concurremment des soins dans de nombreuses disciplines, alors même que l'état dégradé de leurs finances leur impose à l'un comme à l'autre de se rapprocher pour partager leur activité et leurs ressources. A la fin de l'année 2007, les deux conseils exécutifs des centres hospitaliers de Bigorre et de Lourdes ont cependant initié une démarche de collaboration étroite afin d'étudier la faisabilité d'un établissement hospitalier bi-site, pouvant dans l'avenir évoluer vers un seul site, initiative soutenue financièrement par l'ARH de Midi-Pyrénées. Des progrès dans ce sens ont déjà été réalisés (cf. chapitre VIII).

Conclusion

Son statut d'établissement pivot dans le territoire de santé des Hautes-Pyrénées fait du centre hospitalier de Tarbes-Bigorre un maillon essentiel de la chaîne de soins. Dans le contexte d'une demande de soins en baisse et d'une offre saturée, la mise en place d'un financement à l'activité a rendu plus pressante l'adoption d'une stratégie médicale adaptée.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés avec l'autorité de tutelle, en 2003 puis en 2007, ont tracé les grands axes d'adaptation de l'organisation des soins. Toutefois, l'établissement n'a pas défini les autres axes de sa politique à long terme dans le cadre d'un projet d'établissement.

2 LA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIERE

Jusqu'en 2007, l'établissement a mis en œuvre quatre budgets annexes : deux retraçant les activités des maisons de retraite d'Ayguerote et Vic en Bigorre, un budget des soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIADPA) et un budget retraçant les opérations de l'institut de formation aux soins infirmiers (IFSI). A partir de 2008, les activités des maisons de retraites ont été partagées entre unité de soins de longue durée (USLD) et établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

La situation financière de l'établissement, telle que décrite par la chambre lors de son dernier contrôle, était équilibrée. Elle s'est dégradée fortement à partir de 2005, les reports de charges dépassant cette année là un montant de 5,5M€

Depuis 2004, la réforme de la tarification à l'activité (T2A) est entrée en application, de manière progressive. Le financement des hôpitaux se décompose désormais – pour les activités MCO - en deux grandes catégories de recettes⁴. L'exercice 2008 a vu le passage à 100% du financement T2A. En raison d'un passage en 5 ans à la tarification à l'activité, plus rapide qu'initialement prévu (2012), les recettes d'activité des hôpitaux perdant à la T2A ont été affectées en 2008 d'un coefficient de transition, évoluant lui-même en fonction d'un taux de convergence tarifaire (de 30% la première année). Dans le cas du centre hospitalier de Bigorre, le coefficient de transition constitue un surplus de recettes important en 2008 (2M€), appelé à se rétracter d'ici 2011 puis disparaître en 2012.

Les dépenses de leur côté ont connu une évolution importante ces dernières années, en raison des mesures de revalorisation statutaire ayant touché autant la fonction publique hospitalière que le corps médical hospitalier. Ces différents facteurs dessinent un contexte contraint, qui a fortement impacté tous les établissements publics de santé. Le centre hospitalier de Bigorre, qui était déjà identifié comme ayant un coût (ISA) élevé avant la mise en place en 2004 de la T2A, est entré avec elle dans une zone de forte turbulence.

2.1 *Les résultats d'exploitation*

A- Les résultats consolidés (budget principal et budgets annexes)

Sur la période récente, la situation financière du budget principal n'a cessé de se dégrader tandis que la situation des budgets annexes est restée à peu près stable, sauf en 2005. En 2008, la diminution du déficit du compte de résultat principal s'explique par l'aide exceptionnelle accordée par l'ARH en fin d'année (2,8M€), en sus de l'aide de 2,5 M€ contractualisée dans le contrat de rétablissement de l'équilibre financier (CREF).

⁴ Les ressources dépendantes de l'activité, qui recouvrent la valorisation de l'activité MCO et de l'activité externe de consultation, la valorisation du forfait annuel urgences, le financement des molécules onéreuses et des dispositifs médicaux implantables (DMI). Les ressources ne dépendant pas de l'activité, réparties en trois enveloppes : la dotation annuelle complémentaire (jusqu'en 2007), la dotation annuelle de financement, les missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation (MIGAC).

Résultats comptables consolidés de l'établissement sur la période 2003-2008 :

Source : compte de gestion

Résultats en K€	2003	2004	2005	2006	2007	2008
budget "H"	-117	629	-108	-2 601	-6 716	-2 523
budgets annexes	79	152	-159	25	28	541
total consolidé	-38	781	-267	-2 576	-6 688	-1 982

B- Le budget principal (H)

Les recettes d'exploitation

Entre 2003 et 2007, les recettes d'exploitation ont augmenté de 7,5%. Leur évolution n'a été que de +0,24% en 2007, traduisant un fort ralentissement de l'activité, quand l'augmentation moyenne pour les établissements de la région était, pour cette année, de 5,7%.

Les produits versés par l'Assurance-Maladie (Titre I), qui représentent 78% des recettes en 2007, ont augmenté de seulement 3,6% sur 5 ans. La part des « produits de l'activité hospitalière » (titre II) a en revanche évolué très favorablement sur la période (75,7%), alors que la catégorie des autres produits (titre III) a stagné.

En 2008, l'augmentation des recettes a été de 1,94%, correspondant à une évolution positive sur le titre I (+1,3M€) et sur le titre III (+0,9M€), tandis que les produits de l'activité hospitalière connaissent un tassement.

Evolution des recettes d'exploitation du budget principal

Source : rapports de gestion de l'ordonnateur

recettes d'exploitation (K€)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
I – produits AM	82 528	85 498	84 444	85 394	85 496	86 781
II – produits hospitaliers	5 906	6 209	6 149	8 944	10 378	10 296
III – autres produits	13 498	14 750	13 417	15 002	13 734	14 656
total	101 932	106 457	104 011	109 340	109 608	111 733
Evolution (en %)		4,44%	-2,3%	5,12%	0,25%	1,94%

Les dépenses d'exploitation

Les dépenses de personnel (du titre I), qui constituent de loin le premier poste de dépenses (66% en 2007), ont évolué très fortement jusqu'en 2006 en raison d'une politique de recrutement dynamique et de la revalorisation des rémunérations de la fonction publique hospitalière et médicale, élément externe à l'hôpital. A partir de 2006, l'établissement a réalisé des efforts importants pour réduire les effectifs, en grande partie neutralisés par l'augmentation des rémunérations. En 2008, l'augmentation a été de nouveau contenue, inférieure à 2% par rapport à l'année précédente.

Après avoir augmenté fortement (+11,4%) jusqu'en 2006, les dépenses à caractère médical (essentiellement médicaments et dispositifs médicaux) ont été contenues en 2007 (-0,08%) avant d'augmenter de nouveau en 2008 (+2,4%). Les dépenses à caractère hôtelier et général ont beaucoup augmenté jusqu'en 2005 (+10,8%), avant d'être ramenées en 2007 sensiblement au même niveau qu'en 2003 (10,4M€), malgré la création d'une équipe ambulancière en 2004 qui a justifié un transfert de crédits sur le groupe I.

Les dépenses du titre IV, dites de structure, ont fortement augmenté sur la période, passant de 6,2M€ en 2003 à 7,9M€ en 2006. Le montant atteint en 2007 (12,8M€) s'explique par l'imputation cette année-là en charge exceptionnelle, pour 4M€ du remboursement du solde de la taxe sur les salaires non payée en 2005. Le montant des dépenses du titre IV atteint 10,1M€ en 2008, ce qui rapproche l'établissement des taux moyens calculés en 2007 au plan national (9,5%) et régional (8,9%).

Evolution des dépenses d'exploitation, avant correction des reports de charges intervenus sur la période 2003-2008 :

Source : rapports de gestion de l'ordonnateur

Budget H – dépenses d'exploitation corrigées (en K€)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
I – personnel	70 645	73 340	69 981	76 686	76 841	77 270
II – à caractère médical	14 705	15 588	15 958	16 358	16 329	16 724
III – à caractère hôtelier et général	10 415	11 126	11 590	10 986	10 382	10 161
IV – amortissements, provisions, frais fin.	6 251	7 050	6 575	7 910	12 771	10 101
Total (hors GF)	102 016	105 750	104 103	111 941	116 324	114 256
Total + dépenses GF	102 099	105 914	104 216	111 941	116 324	114 256
Evolution (en %)		3,73%	-1,6%	7,41%	3,91%	-1,78%

C- Les budgets annexes

Globalement, les budgets annexes ont présenté des résultats excédentaires entre 2003 et 2007. Seul l'exercice 2005 y a fait exception, les trois principaux budgets annexes ayant affiché cette année là des déficits. Leur impact sur le budget de l'établissement a été faible, sauf en 2008 (540K€).

D- La sincérité des comptes

Le compte principal (H)

Les résultats comptables ont été largement faussés par le non rattachement de certaines dépenses aux exercices auxquels elles se rapportent. Les reports de charges sur l'exercice suivant (nets des reports de l'exercice antérieur sur l'exercice en cours) ont représenté 351K€ en 2003, 783K€ en 2004, 3,56M€ en 2005, 1,9M€ en 2006 et 4,18M€ en 2007. La prise en compte des reports de charges montre une évolution « corrigée » des résultats d'exploitation bien différente de celle purement comptable :

Résultats corrigés (en K€)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable	- 117 449	628 662	-108 433	-2 600 839	- 6 716 034	-2 522 803
retraitement dépenses	+ 351 035	+ 783 294	+ 3 566 533	- 1 928 999	- 4 178 042	3 000 000*
Résultat corrigé	- 233 586	-154 632	-3 674 966	- 671 840	- 2 537 992	477 197

(*) : Le retraitement des charges pour 2008 est explicité à la page suivante

Si, en plus des reports de charges, ou réintégrations de charges (2008), l'on neutralise les aides exceptionnelles dont a bénéficié l'établissement, à savoir 1,5M€ en 2006, 3M€ en 2007⁵ et 5,3M€⁶ en 2008, **on obtient les « résultats hors aides exceptionnelles » ci-après, traduisant la dégradation réelle de la situation financière de l'établissement :**

En €	2003	2004	2005	2006	2007	CA 2008
Résultat après retraitement	-233 585	-154 631	-3 674 966	-671 839	-2 537 989	477 197
- aides exceptionnelles				1 500 000	3 000 000	5 307 427
Résultat corrigé hors aides	-233 585	-154 631	-3 674 966	-2 171 839	-5 537 989	-4 830 230

L'exercice 2005 connaît la chute du résultat la plus brutale : cette année là, l'établissement, qui affiche un quasi-équilibre comptable (-108K€), a en fait été obligé de reporter la taxe sur les salaires (5M€), des cotisations à la CNRACL pour 600K€ et des indemnités de garde. Le report de paiement de la taxe sur les salaires 2005 a été effectué en accord avec les services fiscaux. Si l'on neutralise les sommes qui correspondent à l'exercice précédent (2 366K) et que l'on ajoute les dépenses de l'exercice indûment reportées (5,932M€), le résultat corrigé est un déficit de 3 675K€

L'exercice 2006 a été arrêté avec un résultat comptable de -2,6M€ Après neutralisation des dépenses reportées de l'exercice antérieur payées sur cet exercice (1M€ de taxe sur les salaires 2005 et les cotisations CNRACL 2005), puis neutralisation des crédits exceptionnels accordés (1,5M€), le résultat net corrigé est un déficit de 2,17M€

L'exercice 2007 a dégagé un résultat comptable de -6,716M€, mais après neutralisation des dépenses afférentes à des exercices antérieurs (4M€ de taxe sur les salaires 2005 et 178K€ de dépense diverse) et déduction des aides exceptionnelles (3M€), le résultat corrigé est un déficit de 5 538K€. C'est en 2007 que l'établissement a entrepris de payer sa taxe sur les salaires en contractant un emprunt prévoyant le remboursement de 1M€ par an sur quatre ans.

⁵ Les 3M€ d'aide financière accordés en 2007 comportent 2,5M€ d'aide apportée dans le cadre du CREF, 400K d'intérêts d'emprunt sur les salaires et 100K€ d'aide au démarrage de l'activité d'hospitalisation à domicile

⁶ Les 5,3M€ d'aide financière accordés en 2008 comportent 2,5M€ d'aide apportée dans le cadre du CREF et 2,8M€ de crédits alloués en fin de campagne par l'ARH

L'exercice 2008 a dégagé un résultat comptable négatif de 2,523M€ Après neutralisation des aides exceptionnelles octroyées par l'ARH (2,5M€+ 2,8M€= 5,3M€), le résultat corrigé est de -7,83M€ Mais ce déficit est à relativiser en raison de l'intégration par l'établissement dans ses comptes de plusieurs opérations de dépenses (à hauteur de 3,745M€)⁷ qui, tout en ayant bien vocation à être prises en charge, dépassent le cadre strictement annuel de l'année 2008 (par exemple l'anticipation du mandatement de la prime de service). Le résultat retraité net de toute aide extérieure continue d'être déficitaire, de l'ordre de 4,830 M€

Rapporté aux recettes d'exploitation du compte de résultat principal (ou budget H), le déficit réel par exercice dépasse 3% à partir de 2005 pour atteindre 5,2% en 2007 et 4,5% en 2008.

(En K€)	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Résultats d'exploitation corrigés	-234	-155	-3 674	-2 172	-5 538	-4 830
Recettes d'exploitation corrigées	101 932	106 457	104 011	107 840	106 608	106 426
% du déficit/aux recettes d'exploitation	-0,83%	-0,58%	-3,66%	-2%	-5,2%	-4,5%

Les comptes annexes

Pendant toute la période examinée et jusqu'en 2007 inclus, les budgets des maisons de retraite ont été fortement subventionnés par le budget principal de l'hôpital : pour un montant de 505K€ en 2003, 500K€ en 2004, 475K€ en 2005, 446K€ en 2006 et 471K€ en 2007, soit un total de 2,4M€ que le budget général a supporté indûment.

Après qu'une opération de sincérité des comptes ait été conduite, l'activité en direction des personnes âgées a été scindée en 2008⁸, une partie de l'activité étant maintenue sous la forme d'unités de soins de longue durée (USLD), plus fortement médicalisées, une autre sous la forme d'EHPAD. Les quatre budgets dégagent un excédent d'exploitation, les EHPAD étant fortement excédentaires.

⁷ Les opérations intégrées sur 2008 ont été les suivantes : la prime de service engagée en totalité (1 438 000 €), une dotation aux provisions pour 1 530 592€ des créances irrécouvrables pour 113 000 euros, les intérêts courus non échus (ICNE) pour un montant de 663 000 euros. Les dotations aux provisions effectuées en 2008 se composent d'une partie de la dette constituée au titre des jours épargnés sur les CET (PNM 476 K€ et PM 273 K€), de diverses dépenses relatives au PNM (585,6 K€), de travaux pour la réanimation (150K€) et de centre de périnatalité de proximité (CPP) pour 45,6 K€. Il conviendrait de neutraliser la prime de service ainsi que les dotations faites au titre des personnels non médicaux et médicaux (soit environ 3M€).

⁸ Le redécoupage a été effectué sur la base suivante : 47 pour l'USLD d'Ayguerote ; 153 lits pour l'EHPAD d'Ayguerote ; 101 lits pour l'USLD de Vic en Bigorre ; 189 lits pour l'EHPAD de Vic en Bigorre.

2.2 Le financement des investissements

Les investissements réalisés par l'établissement sur la période 2003-2007 ont représenté un montant total de 37,5M€, soit un montant moyen annuel de 7,5M€. Les investissements ont été financés à hauteur de 25,5M€ par des ressources propres, le solde par emprunt (soit 12M€). Or c'est un montant de 53,4M€ (hors crédits à long terme renouvelables) qui a été mobilisé, soit largement au-delà des besoins de financement des immobilisations, afin de reconstituer le fonds de roulement, maintenu ainsi au même niveau. En 2008, le rythme d'investissement a baissé avec un montant investi de 5,9M€ en diminution par rapport aux années précédentes.

L'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF), qui traduit la capacité de l'établissement à financer ses investissements (annuité de dette et investissements nouveaux) a fortement diminué, de 5,47M€ en 2003 à 1,78M€ en 2006, pour chuter à 0,486 M€ en 2007 et n'est positive que grâce aux aides exceptionnelles octroyées par l'autorité de tutelle. Elle ne permet pas de couvrir le remboursement en capital des emprunts : sur les quatre derniers exercices, l'insuffisance de financement des immobilisations approche 14M€ (13 985K€).

Années / K€	CAF	Remboursement annuité en capital de la dette	Solde
2005	5 945	10 681	-4 736
2006	1 781	5 596	-3 815
2007	486	5 730	-5 244
2008	5 554	5 744	-190

Les autres ratios d'autofinancement confirment cette insuffisance. Le coefficient d'autofinancement, qui rapporte la CAF aux produits d'exploitation, était de 5% en 2003 ; il n'est plus que de 1,5% en 2006, pour une moyenne des établissements publics de santé de 4,83%. Le taux de marge brute, qui mesure la marge dégagée par l'établissement sur son exploitation courante pour financer son investissement, est seulement de 3,4% en 2006.

Le niveau et la consistance de la dette

L'endettement de l'hôpital était de 57,2M€ au 31 décembre 2008, en augmentation de 21% depuis 2003. Le ratio de durée apparente de la dette, exprimé en années, qui rapporte la dette à la capacité d'autofinancement qui était de 8,6 ans en 2003, est passé à 29,5 années en 2006, pour une moyenne des établissements de la catégorie (>70M€) qui était de 3,7 ans cette année-là. L'annuité de la dette a représenté chaque année un montant un peu supérieur à 10,3 M€ par an.

Le taux d'intérêt moyen de la dette a augmenté ces dernières années : 2,55% en 2005, 2,96% en 2006, 3,2% en 2007 et de 4,19% en 2008⁹. Les emprunts à taux variable ne représentent qu'une part relativement faible de l'encours total (18,5%).

⁹ Selon les données transmises par la direction.

Dans l'encours figurent toutefois deux contrats de prêt (n°184 et 186) exposant l'hôpital à un risque de taux d'intérêt. Ces prêts conclus en 2008 dans le cadre d'une gestion active de la dette conduite avec la banque Dexia Crédit Local, présentent en effet les caractéristiques d'emprunts structurés, c'est-à-dire d'emprunts comportant deux phases d'exécution, avec, pour la première, l'application d'un taux fixe et pour la seconde l'application d'un taux fixe ou variable, selon qu'une barrière désactivante est ou non franchie, sans que des limites aient été contractuellement posées en ce qui concerne le niveau des taux d'intérêt que l'établissement aurait à supporter.

Le premier emprunt (n°184), consenti pour une durée de 15 ans et 10 mois, porte sur un encours de 5,3M€ Il comporte une première phase à taux fixe de 3,99% se terminant le 1er mars 2010, puis une seconde phase avec application d'un taux fixe en-dessous d'un seuil, ou barrière (EURIBOR 12 mois de 6%) et application de taux plus élevés au-dessus de ce seuil selon une formule donnée¹⁰. Le second emprunt (n°186), consenti pour une durée de 16 ans et 2 mois, porte sur un encours de même montant. Il comporte une phase à taux fixe (3,75%) se terminant le 1er juillet 2010, puis une seconde phase avec application du même taux fixe en-dessous d'un seuil (LIBOR de 7%) et application de taux plus élevés au-dessus de ce seuil selon une formule donnée¹¹.

Dans les deux cas, les taux d'intérêts susceptibles d'être mis à la charge du centre hospitalier, selon le niveau des index de référence, peuvent atteindre des niveaux relativement élevés pouvant rapidement faire perdre à l'hôpital les gains réalisés durant la première phase à taux fixe¹², en raison de l'effet multiplicateur de la formule déterminant le taux applicable. De telles situations ne sont ni statistiquement ni économiquement improbables en longue période.

La chambre estime que la maîtrise de ces risques, assumés par le centre hospitalier dans le cadre de la gestion active de sa dette avec l'établissement prêteur, exige une vigilance particulière de la direction de l'établissement. Au regard d'une conjoncture incertaine quant à l'évolution des index de référence, la direction du centre hospitalier ne peut que rester particulièrement attentive aux conditions de marché et se mettre en mesure de renégocier lesdits contrats, afin d'écarter le risque d'obérer de manière significative sa capacité d'autofinancement.

¹⁰ Formule applicable pendant la deuxième phase d'exécution du contrat : 3,99% si Euribor < ou = 6% et 3,99% + 5 fois l'écart entre Euribor et 6% au-dessus de ce seuil.

¹¹ Formule applicable pendant la deuxième phase d'exécution du contrat : 3,75% si Libor < ou = 7% et 3,75% + 5 fois l'écart entre Libor et 7% au-dessus de ce seuil.

¹² Selon les informations communiquées par la banque DEXIA Crédit Local, la gestion active de la dette de l'établissement lui aurait permis de réaliser depuis 2004 plus de 100 000 euros de gains.

2.3 *La situation patrimoniale*

La situation patrimoniale de l'établissement s'est très fortement dégradée.

Le fonds de roulement d'investissement (FRI) a affiché des valeurs positives jusqu'en 2006 (environ 6 M€ entre 2004 et 2006) mais en 2007, il a suppléé de manière plus visible (11,1M€), grâce à l'augmentation de la dette, le fonds de roulement d'exploitation, en déficit de 8,6M€. Le ratio d'indépendance financière, qui traduit le poids de la dette dans les ressources stables, était de 30% en 2007, soit presque deux fois plus élevé que la moyenne des établissements de même catégorie (16,44% en 2006).

La dégradation du fonds de roulement d'exploitation (FRE) est d'abord due aux déficits d'exploitation, celui de 2005 ayant été répercuté dans les comptes principalement en 2007. Le fonds de roulement ne représente plus en 2007 que 13,3 jours de charges courantes, pour une valeur couramment située dans les autres établissements publics de santé entre 25 et 30 jours.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) a mobilisé des ressources mais son niveau a baissé grâce à l'avance octroyée en 2006 par l'assurance-maladie (11M€). Cet effet bénéfique sur la trésorerie de l'établissement pourrait s'atténuer en 2009, année au cours de laquelle l'établissement pourrait commencer à rembourser l'avance consentie.

L'établissement conserve à son bilan un stock important de créances irrécouvrables, admises en non-valeur (451K€ au 31 décembre 2008), pour lesquelles des crédits ont été inscrits au budget 2008 à hauteur de 113K€ seulement, situation qui ne concourt pas à donner une image fidèle de la situation patrimoniale. Si l'on ajoute à celles-ci les créances sur exercice antérieur, non recouvrées, qui s'élèvent fin 2008 à 676K€, le stock total de créances irrécouvrables avoisine un million d'euros.

La trésorerie au 31 décembre (différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement) est restée positive jusqu'en 2006. Elle est devenue négative en 2007 (-1,155M€), signe d'une forte tension. Selon le rapport de gestion, le ratio de trésorerie (qui rapporte les disponibilités aux dettes à court terme) diminue sur les dernières années de 79% en 2005 à 49% en 2006, puis à 20% en 2007. Le ratio d'aisance de trésorerie, qui mesure la durée de couverture des dépenses à venir par des disponibilités actuelles diminue de 16,84 jours en 2005 à 11,21 jours en 2006 puis à 3,74 jours en 2007.

Conclusion

La situation financière du centre hospitalier de Bigorre se caractérise par des résultats fortement déficitaires depuis 2005. Dans ces conditions, l'équilibre financier est désormais assuré de manière artificielle. La trésorerie de l'établissement est complétée année après année par des emprunts qui alourdissent la dette de l'hôpital, le paiement de ses échéances étant également conditionné par les aides financières de l'autorité de tutelle accordées pour des montants très significatifs (plus de 5M€ en 2008). Cette situation a justifié la signature avec le directeur de l'ARH d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

3 LE CONTRAT DE RETABLISSEMENT DE L'EQUILIBRE FINANCIER

Depuis 2007, un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) structure l'effort de l'hôpital pour restaurer son équilibre financier. Il s'agit d'un contrat qui a vocation à être évalué et ajusté chaque année en fonction des résultats atteints.

3.1 *Le contrat initial élaboré en janvier 2007*

Le constat, partagé par la direction et l'autorité de tutelle, d'une dégradation tendancielle de la situation financière de l'établissement a conduit la direction à « échafauder » dès 2005 des scénarios de rétablissement, comme la note d'orientation de retour à l'équilibre élaborée au début de l'année 2005. Après un audit réalisé par une mission d'appui de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en fin d'année 2006, un plan de retour à l'équilibre a été présenté par l'établissement à la suite de la délibération du conseil d'administration du 9 mai 2006. Le plan de retour à l'équilibre est ensuite devenu « contrat » (CREF) car mettant en œuvre une aide extérieure¹³.

Une mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS) effectuée durant l'été 2007 a souligné toutefois l'imprécision des mesures préconisées et le caractère irréaliste des prévisions de recettes. Des marges d'amélioration des performances ont été mises en évidence, autant dans la gestion des ressources humaines (effectifs, activité produite) que matérielles (blocs, imagerie). Le poids excessif des fonctions logistiques a été également souligné. Par ailleurs, au-delà du diagnostic médico-économique, l'IGAS a relevé la fragilité du portefeuille d'activités de l'établissement dans certains domaines comme la chirurgie et invité à une réflexion pour trouver un meilleur positionnement par rapport à la concurrence. Deux axes de travail ont été proposés : un premier au niveau de l'établissement lui-même pour mieux adapter les structures au besoin de soins (chirurgie, activités ambulatoires, blocs...), un second au niveau territorial pour essayer de supprimer autant que faire se peut les redondances les plus manifestes dans certaines activités de soins des établissements, par un rapprochement avec le centre hospitalier de Lourdes.

3.2 *L'avenant n°1 au CREF signé le 29 novembre 2007*

Cet avenant, intervenu fin 2007, établit un bilan du contrat initial. Celui-ci montre l'absence de recettes nouvelles suite à la chute continue de l'activité, mais, en sens opposé, il constate la réussite dans l'objectif de réduction des effectifs, bien que celle-ci ait été presque neutralisée par l'impact des mesures salariales intervenues entre 2006 et 2007. Partant, l'avenant n°1 au CREF accorde des aides financières d'un montant très significatif (12,9M€ sur 5 ans), tandis que les mesures sur les deux volets du contrat sont renforcées.

¹³ Côté recettes, un montant de 4,387M€ de plus-values était attendu, constituées la première année d'une aide exceptionnelle de l'ARH de 1,5M€ et d'une augmentation volontaire des recettes d'activité de 2,8% par an, soit un surcroît de recettes d'activité proche de 1M€ par an sur trois ans. Côté dépenses, une moins-value de 3,3M€ de dépenses était prévue, l'essentiel de l'effort consistant dans la suppression de 76,5 postes (dépenses de personnel du titre I).

S'agissant des activités, l'établissement s'engage sur des restructurations beaucoup plus lourdes, à la fois en externe (rapprochement avec le centre hospitalier de Lourdes avec un objectif de projet médical commun) et en interne avec un objectif de diversification des modalités de prise en charge (alternatives notamment). A cet égard, en 2008, en sus de l'aide accordée par l'ARH (2,5 M€) l'établissement s'engage à mettre en œuvre une facturation des chambres individuelles (1,1M€ de recettes supplémentaires attendues) et à créer des activités nouvelles dans le cadre de la diversification (hospitalisation à domicile, unité neuro-vasculaire, groupement de coopération sanitaire de réanimation).

S'agissant des dépenses, l'objectif assigné est double : une organisation des soins mieux ciblée sur la satisfaction des besoins du patient et la poursuite de l'effort de maîtrise des effectifs. En 2008, l'établissement doit ainsi dégager des économies d'un montant de 823K€ en mettant en œuvre une approche à la fois générale (réduction d'effectifs, non remplacement de tous les départs en retraite, cessation des cotisations Assedic) et par activité (réorganisation des urgences, réduction des bilans des pompiers secouristes, suppression du dépôt de sang).

D'après le bilan d'application pour 2008, l'effort réalisé sur les dépenses s'est révélé efficace. En effet, aux 752K€ d'économies réalisées sur les mesures spécifiques inscrites au CREF se sont ajoutées les efforts de maîtrise des effectifs de personnel non médical, à hauteur de 1,28M€ correspondant à un total de 2,03M€ d'économies. En revanche, l'objectif fixé en matière de recettes n'a pas été atteint (970K€ de recettes nouvelles pour un objectif de 1,1M€). De fait, certains projets n'ont pu être réalisés (unité neuro-vasculaire, groupement de coopération sanitaire de réanimation).

3.3 Les innovations prévues sur 2009

Les efforts sur les dépenses sont poursuivis, surtout par les modifications apportées à l'organisation des soins. Des recettes nouvelles sont aussi envisagées. Certaines sont déjà inscrites au CREF comme la création d'une unité neuro-vasculaire, d'une unité de soins palliatifs de 6 lits ou encore de la prise en charge des pathologies du sommeil (détection des troubles du sommeil et traitement). D'autres ont été mises en évidence plus récemment et pourraient être inscrites au CREF dans une prochaine version. Il s'agit de la création d'une unité de réanimation de 12 lits, d'une unité de surveillance continue de 8 lits et enfin d'une unité de médecine polyvalente à dominante gériatrique.

Les aléas inhérents à la mise en place de ces projets justifient une certaine prudence quant aux recettes attendues, d'autant que les moyens mobilisés pour les produire doivent être équilibrés financièrement. Selon la direction, les restructurations envisagées devraient satisfaire à ces conditions, les personnels mobilisés étant pour la plupart redéployés à l'intérieur de l'établissement à partir d'activités peu rémunératrices.

3.4 *L'impact du CREF*

Les aides très importantes accordées à l'établissement sont indispensables, eu égard à sa situation financière très dégradée, mais elles ne peuvent être justifiées que si elles trouvent leur contrepartie dans un effort radical de l'établissement pour maîtriser l'organisation des soins, autant interne que sur le territoire de soins, en relation avec les autres établissements. S'agissant de modifications lourdes et structurelles, il serait vain d'attendre du CREF une amélioration sensible de la situation financière dans un délai court.

Conclusion sur le CREF

La première version du CREF a constitué un remède inadapté au regard de la gravité du déficit de l'établissement, notamment en ce qui concerne les objectifs de recettes, dont la progression attendue était trop optimiste. La seconde version du CREF, qui a pris en compte les remarques faites par l'IGAS à l'été 2008, s'est déjà révélée à l'usage plus efficace. Mais le dispositif manque encore de rigueur et de transparence à la fois dans la prévision et dans la restitution des résultats. Un lien plus net doit notamment être établi entre les mesures prévues au CREF et l'évolution générale de l'EPRD.

4 LA GOUVERNANCE

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, complétée par l'ordonnance du 1er 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 ont été créées ; les services ont dû être regroupés en pôles ; les outils d'un pilotage décentralisé ont dû être mis en place.

Ayant été précurseur dans ce domaine, avec la création dès 2003 d'un comité stratégique, le centre hospitalier de Bigorre aurait dû présenter une certaine avance sur les autres établissements, mais les pôles n'étaient pas encore en place au 1^{er} janvier 2007.

4.1 *Les organes de direction*

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 a recentré le conseil d'administration sur ses missions stratégiques de définition de la politique générale de l'établissement en cohérence avec la planification régionale, d'évaluation et de contrôle, et a associé à parité les directeurs et les praticiens à la gestion par la création du conseil exécutif.

Le conseil exécutif, qui a été créé pour permettre une meilleure collaboration entre direction et médecins, singulièrement entre directeur et président de la commission médicale d'établissement, est à l'origine des principales orientations prises pour adapter l'organisation des soins, qu'il s'agisse du volet interne ou du volet inter-hospitalier. La légitimité de ses initiatives a été renforcée, grâce à l'élargissement de sa composition de 8 à 12 membres courant 2007.

Le conseil d'administration a négocié et signé le CPOM 2003-2007, qui définit les orientations stratégiques du centre hospitalier en matière médicale ; il a donc statué sur les nouvelles orientations médicales, notamment sur le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en médecine (hôpital de jour et de semaine) et en chirurgie (ambulatoire) et sur la restructuration du bloc opératoire.

Les options prises ont pu heurter ponctuellement les intérêts des différentes catégories de personnels, médicaux ou non médicaux, justifiant des positions divergentes des instances de concertation représentatives du personnel et des services de soins. Cependant, globalement, les instances stratégiques ont pu, dans le cadre de la nouvelle gouvernance, développer une perception convergente des enjeux auxquels est confronté l'établissement et adopter les réformes nécessaires pour faire évoluer l'organisation.

4.2 Les pôles

A - La mise en place des pôles

Les pôles n'ont été mis en place qu'au 1er janvier 2008, soit très tardivement. Tandis que les activités de logistique technique et administrative sont restées sous la responsabilité du directeur de l'établissement, l'activité clinique a été découpée en 5 pôles : médecine, chirurgie, urgences et pédiatrie, logistique médicale, gériatrie.

La logique de regroupement des services est une logique de grande discipline, intégrant également une logique de filière de soins et de prise en charge du patient depuis la réorganisation de la médecine et de la chirurgie. Elle devrait permettre une meilleure mutualisation des moyens, le nombre réduit de pôles ayant permis de donner à chacun une taille critique suffisante en nombre de lits et en effectifs médicaux et soignants.

La logique de construction des pôles comporte cependant certaines incohérences, comme l'appartenance des anesthésistes, des réanimateurs et des urgentistes à des pôles différents, incohérences s'expliquant par les difficultés relationnelles entre services ou par la réticence à partager les mêmes contraintes, notamment en termes de participation à la permanence des soins. Un nouveau découpage est à l'étude dans lequel le pôle urgences pédiatrie deviendrait un pôle urgences anesthésie réanimation.

La subsistance des services, en doublon des pôles, constitue une lourdeur, le maintien d'un double niveau d'administration ne se justifiant pas, notamment en l'absence de responsabilité médicale attachée à la personne du chef de service.

B – L'encadrement juridique et financier des pôles

Le cadre institutionnel a été mis en place. Les chefs de pôle ont été nommés et les conseils de pôle constitués en 2007, et les cadres de santé et les assistants de gestion désignés. Un règlement intérieur de pôle a été élaboré. Toutefois les projets de pôle n'ont pas été formulés, bien que les coordonnateurs aient dû rapidement s'investir dans les réorganisations prévues dans le CPOM. De même, bien qu'un contrat type de pôle ait été élaboré, il n'a pas encore été signé de contrats de pôles. De fait, un des points de blocage de la déconcentration budgétaire réside dans la délégation de gestion et dans l'intéressement au résultat. La direction, qui sait ne pouvoir sanctionner un déficit par une diminution des moyens, entend à cet égard promouvoir un intéressement collectif sur les objectifs à atteindre.

C- L'efficacité des pôles

D'ores et déjà les pôles ont montré leur aptitude à endosser les grands projets de réorganisation les concernant :

- Le pôle médecine a mis en place la nouvelle organisation des unités d'hospitalisation complète (26 lits) en respectant une égalité de moyens (10 IDE, 10 AS soit 2 postes le matin et l'après-midi et un de nuit pour chaque catégorie professionnelle) et aussi celle de l'hospitalisation partielle (création d'un hôpital de jour et d'une hospitalisation de semaine, augmentation du nombre des chambres à un lit pour améliorer le confort du patient et générer de nouvelles recettes, réorganisation des secrétariats médicaux avec regroupement des consultations sur un même étage pour optimiser les moyens humains).

- Le pôle chirurgie, dont le coordonnateur n'est pas membre du comité exécutif, ne couvre que 3 ailes d'hospitalisation et un secteur ambulatoire et n'a pas une très forte homogénéité. La gestion du personnel médical y est très difficile en raison de l'instabilité et des départs des médecins, mais le pôle se montre efficace pour mutualiser la ressource en personnel non médical. Il s'est investi fortement sur certaines problématiques, comme l'organisation de la nouvelle stérilisation, mais certaines restent non résolues, comme l'homogénéisation des secrétariats médicaux, qui induit la fermeture de la centrale de rendez-vous, ou l'organisation de la permanence des soins, où de nombreux appels sont déclarés entre 18h30 et 8h30, notamment juste après 18h30. Le déficit du pôle est vécu douloureusement, l'activité de chirurgie vasculaire étant financièrement sinistrée.

- Le pôle urgences-pédiatrie ne présente pas non plus une grande homogénéité. Néanmoins, sa mise en place a permis que soit désormais bien prise en compte la double exigence de qualité des soins et d'efficacité économique. Un effort a été conduit pour mieux valoriser l'activité, notamment en matière de consultations externes¹⁴. Le pôle a pris toute sa part dans l'engagement de l'établissement de réduire le nombre des postes de personnel soignant (-138 PNM), grâce à des fermetures de lits (en pédiatrie 24 lits ramenés à 18 et en néo-natalité 12 à 6) et à une meilleure mutualisation des moyens. Ces efforts se sont traduits par une meilleure répartition du personnel soignant en fonction de l'activité de soins, une amélioration des taux d'occupation, une réduction du taux de fuite (7%) et un maintien de l'attractivité (7%) malgré une baisse de la natalité.

- Le pôle gériatrie a créé une unité de court séjour gériatrique sur une aile partagée avec la gastroentérologie.

¹⁴ Alors que nombre des consultations externes n'étaient pas comptabilisées, 500K€ de recettes supplémentaires ont pu être facturées en 2007, grâce à une meilleure identification du patient au départ et à un meilleur classement des GHM en fonction des co-morbidités associées.

La gestion par pôles constitue un moyen d'amener le corps médical et soignant à s'investir dans la gestion de l'hôpital, sachant que la conduite du changement reste largement conditionnée par l'appropriation des enjeux par les acteurs eux-mêmes. Certes, la gestion de proximité n'a pas trouvé à s'appliquer dans tous les domaines, ainsi en matière de gestion budgétaire ou en matière d'achat. Mais, dans le domaine de la gestion des effectifs, le décloisonnement a immédiatement produit des effets positifs, en termes de partage des ressources, par exemple en matière de remplacement. De même, au bloc opératoire, où une gestion « polaire », décloisonnée, a permis d'en optimiser le fonctionnement. Si la réunion en pôles permet une mutualisation des moyens, elle n'implique pas toutefois une totale polyvalence des personnels non-médicaux à grade égal, laquelle suppose un volontariat et la mise en place de formations ad hoc.

Conclusion sur la gouvernance

Au niveau central, la mise en place du conseil exécutif a ouvert un espace de dialogue et de réflexion entre la direction et le corps médical, capable d'impulser, sous l'initiative conjuguée du directeur et du président de la commission médicale d'établissement (CME), les ajustements nécessaires à l'organisation des soins.

Au niveau local, les pôles, qui constituent un niveau de gestion adapté à l'approche médico-économique en permettant une responsabilisation des acteurs et une mutualisation des moyens, sont désormais en place. Mais les outils de la gestion de proximité restent à installer, notamment les projets de pôle pour décliner les objectifs de la stratégie médicale et les contrats de pôle pour constituer une nouvelle étape vers un management par objectif et un contrôle des résultats.

5 LE SYSTEME D'INFORMATION

Pour être réactive, la nouvelle gouvernance doit mettre en œuvre un système d'information performant, permettant de mesurer et de suivre en temps réel l'ensemble des paramètres rendant compte du fonctionnement de l'hôpital.

Au niveau central, des mesures ont été prises pour construire ces outils et les exploiter, comme la création d'une commission de l'information médicale et des systèmes d'information et d'une commission du recueil de l'information médico-économique (2004), tandis qu'un contrôle de gestion est désormais effectué chaque trimestre par la direction avec chaque pôle. Mais dans l'ensemble, comme les outils de pilotage restent lacunaires, les pôles n'ont encore qu'une capacité d'autodiagnostic limitée.

5.1 La connaissance des coûts

Depuis la mise en place de la T2A, la connaissance des coûts, qui conservait encore jusqu'à présent une place confidentielle dans le système d'information, est devenue un outil déterminant de la gestion d'un établissement de soins. L'activité étant tarifée à partir des coûts moyens constatés dans chaque pathologie, disposer d'une comptabilité analytique, permettant de calculer les coûts de chaque activité de soins produite, devient impératif. Le centre hospitalier de Bigorre a déjà développé plusieurs outils de comptabilité analytique, mais il doit aller encore plus loin dans la connaissance de ses coûts.

a- Les comptes de résultats par pôle (CREA)

La présentation des comptes de résultats par pôle - et par services, dans une présentation plus détaillée - a le mérite de proposer une vision de l'équilibre économique de chaque pôle et discipline. Les comptes de résultats analytiques (CREA) 2007 montrent que le déficit MCO de l'établissement, soit 4,5M€ en 2007, est imputable pour 3,15M€ à l'activité de chirurgie et pour 2,23M€ à l'activité d'urgences, qui présentent l'une et l'autre un déficit représentant 12% de leurs recettes d'exploitation respectives. L'analyse par discipline ajoute cependant un fort effet de contraste, à relativiser néanmoins, au regard de certains traitements comptables.

Source : comptes de résultats analytiques (CREA)

Pôles (2007) en K€	recettes	dépenses	surface	résultat	% recettes
Activités médicales	36 228	36 110	39,54%	118	0,33%
Activités chirurgicales	25 451	28 601	31,32%	-3 150	-12,38%
Activités d'urgence et pédiatrie	18 306	20 532	22,48%	-2 226	-12,16%
Activités gériatriques	6 792	6 066	6,64%	726	10,7%
Total pôles cliniques	86 778	91 309		-4 532	-4,64%

Le pôle médecine apparaît globalement équilibré en 2007 (+118K€), bien qu'il ait été déficitaire en 2006 (-290K€). L'analyse par discipline montre que certaines activités sont très fortement déficitaires, comme le service de réanimation polyvalente (SRP) (-1,453M€ en 2007), quand d'autres comme la pneumologie (+928K€ en 2007) ou la cardiologie (+641K€ en 2007) sont largement excédentaires.

Le pôle chirurgie est quant à lui très fortement déficitaire, de 3,2M€ en 2007, et quasiment toutes les disciplines le sont aussi. Les plus forts déficits affectent les activités de chirurgie digestive (-1,28M€), de chirurgie vasculaire (-934K€), les spécialités chirurgicales (-525K€), la gynécologie (-417K€) et enfin l'obstétrique (-115K€).

Le pôle des activités d'urgences et de pédiatrie présente aussi un très fort déficit (-2,2 M€ en 2007), qui concerne toutes les activités : les urgences (-896K€), la néonatalogie (-409K€), l'UPATOU (-301K€), le SAMU (-205K€), le SMUR (-185K€), et enfin la pédiatrie (-239K€).

Cette présentation apporte une visibilité indispensable dans le cadre d'une responsabilisation des producteurs de soins. Il est regrettable à cet égard que les CREA n'aient pas été diffusés à tous les personnels avant mi 2007.

Des chiffres contestés

Certains pôles ou services ont contesté la validité des résultats des comptes de résultats analytiques (CREA). De fait, la direction reconnaît que les retraitements comptables présentent des insuffisances, qui tiennent notamment au fait que les prestations qu'un service ou pôle réalise au profit d'un autre ne sont pas toujours décomptées à son profit¹⁵. Les résultats s'en trouvent faussés dans une proportion assez forte puisque, dans le cas du service des urgences, le déficit affiché en 2007, de 2,2M€ pourrait ne plus être après correction que de 1,5M€. Pour pallier ces distorsions dues à des imputations lacunaires, la direction a demandé au contrôleur de gestion de veiller à prendre en compte les prestations croisées entre services et pôles. Par ailleurs, des comptes de résultats par objectifs pourraient voir le jour, dans lesquels les services médico-techniques ne seraient plus uniquement des sections de reversement. En conclusion, l'élaboration de comptes de résultats par pôle constitue un progrès réel, mais l'établissement doit encore en affiner le calcul, en prenant mieux en compte l'activité de chaque unité de production.

b- D'autres outils restent à développer pour comparer les performances

Des efforts restent à accomplir pour disposer d'autres outils de connaissance des coûts, complémentaires des premiers. Ainsi, l'établissement ne dispose pas d'une comptabilité analytique par séjour (GHM) qui serait la mieux adaptée dans le cadre du nouveau financement à l'activité, puisqu'elle permettrait de connaître précisément les différents types de dépenses qui composent chaque séjour¹⁶. Jusqu'en 2007, l'établissement ne disposait pas davantage d'une comptabilité analytique dite *tableau coût case mix* (TCCM), qui permet à un établissement de se comparer à un établissement fictif de la base nationale des coûts présentant le même *case mix* ou profil d'activité.

Les données ci-dessous, issues des bases de données consolidées par les services de l'autorité de tutelle, donnent des informations précieuses sur les coûts comparés des principaux facteurs de production du centre hospitalier de Bigorre :

¹⁵ A titre d'exemple, le patient de médecine adressé en chirurgie pour la pose d'un cathéter et ramené ensuite au service de médecine, ne donne lieu actuellement qu'à la déclaration d'un séjour au profit du service de médecine, sans qu'aucune prestation ne soit décomptée au profit de la chirurgie.

¹⁶ 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.

Dépenses en K€	CHB 2007	Coût de référence	Différence	Différence en %
Charges de personnel, dont :	26 667	21 192	5 475	25,8%
-Personnel médical	5 671	4 144	1 528	36,9%
-Personnel non médical	20 996	17 049	3 948	23,2%
Dépenses médicales	4 967	5 970	-1 003	-16,8%
Logistique médicale	1 312	1 075	237	22%
Plateau technique, dont :	21 746	18 000	3 746	20,8%
-blocs opératoires	6 404	5 327	1 077	20,2%
-dialyse	2 891	2 163	728	33,7%
-smur	1 610	540	1 070	198,1%
-urgences	1 498	689	809	117,3%
Gestion gén. et log. Gén.	13 312	13 047	266	2%
Structure	3 766	2 415	1 350	55,9%
Dépenses totales	71 770	61 699	10 071	16,3%

En 2007, on peut observer que l'établissement affiche un coût plus élevé de 10M€ que le coût moyen des établissements participant à l'échelle nationale de coûts (ENC), et que sur ces dix millions d'euros, plus de la moitié (55%) sont dus à la dépense de personnel (1,5M€ de surcoût de personnel médical et 3,95M€ de personnel non médical), l'autre étant imputable au plateau technique, à hauteur de 3,75M€, dont 1M€ au bloc, 1 M€ au SMUR, 1M€ aux urgences, le service de dialyse dégageant également un surcoût de 728K€

Des comparaisons sont également faites par les services de la tutelle entre les seuls établissements de la région.

Depuis peu, le centre hospitalier de Bigorre exploite lui-même, dans le cadre de sa nouvelle unité de contrôle de gestion, les données de comptabilité analytique issues de la base d'Angers (base de coûts par activité). Des établissements présentant un case mix presque identique (St-Lo, Châteauroux, Alençon, Pau, Sud-Bretagne, Brive, Gap-Sisteron) ont été sélectionnés afin de constituer un échantillon de comparaison pertinent.

Il est impératif que la mesure des coûts et leur comparaison vienne nourrir le dialogue médico-économique entre les acteurs, direction et médecins. En recrutant un contrôleur de gestion et en s'attachant à faire la transparence sur le coût de ses activités, le centre hospitalier de Bigorre a pris une option pour maîtriser ses dépenses.

5.2 *L'analyse de l'activité et sa valorisation*

A - L'évolution de l'activité

L'évolution de la production de soins conditionne désormais l'évolution des recettes d'activité, tandis que les dotations encore octroyées présentent un caractère plus marginal. Or cette évolution est celle d'une dégradation continue depuis 2006, les prévisions d'évolution d'activité optimistes des dernières années ayant été largement démenties par la réalité.

En effet, après que l'activité MCO (hors séances) ait significativement augmenté entre 2004 et 2005 (+6,76%), elle n'a cessé de diminuer, se réduisant de 300 séjours en 2006, 250 en 2007 et presque 200 en 2008, soit au total une baisse en 4 ans de 2,54%. En médecine, qui représente les deux tiers de la capacité d'accueil en court séjour MCO, l'activité appréciée en séjours (RSA) est restée relativement stable ; mais alors que l'établissement s'était fixé un objectif de production de 100 séjours supplémentaires de médecine (cf. CREF), le résultat inverse a été obtenu en 2008. En chirurgie, l'activité n'a pas cessé de diminuer depuis 2005¹⁷ et l'établissement, qui s'était fixé un objectif de production de 50 séjours de chirurgie supplémentaires, n'y est pas parvenu. En maternité, alors que l'activité 2007 avait été favorable (2 567 séjours), celle de 2008 a diminué (2 341 séjours), l'établissement retrouvant son niveau de 2005 (2 349) ; l'augmentation espérée à la suite de la fermeture fin 2007 de la maternité de Lannemezan ne s'est pas réalisée.

L'activité, analysée en nombre de séjours MCO et de séances d'hémodialyse, stagne (cf. tableau ci-dessous). L'activité médico-technique a également diminué ; il en est ainsi de l'activité des blocs opératoires, de celle des laboratoires et de celle d'imagerie (sauf pour l'IRM)¹⁸.

Les séjours MCO	2004	2005	2006	2007	2008
Médecine	18 191	19 628	19 801	19 412	19 313
Chirurgie	6 467	6 564	6 226	6 183	6 162
Gynécologie-obst.	2 074	2 349	2 223	2 467	2 341
Total séjours MCO	26 732	28 541	28 250	28 062	27 816
+ Hémodialyse	10 167	10 029	9 140	9 046	9 570
Total	36 899	38 570	37 390	37 108	37 386

B - La valorisation de l'activité

Il est important que toute l'activité produite soit facturée à l'assurance-maladie. Or, la distorsion constatée entre l'évolution de l'activité produite et celle valorisée par les tarifs montre que l'activité reste mal valorisée. Une sous-valorisation peut ainsi être constatée en 2006, au regard de l'écart entre l'évolution des recettes liées aux séjours (-2,54%) et l'évolution des séjours eux-mêmes (-1,06%). Outre une diminution tendancielle des tarifs, cette distorsion provient soit de lacunes dans le codage de certains actes (ex consultations externes), soit de difficultés dans la facturation elle-même (ex problèmes d'identification du débiteur) soit encore de recouvrement des titres une fois émis (ex insolvabilité).

¹⁷ (de 6 564 séjours en 2006 à 6 162 séjours en 2008).

¹⁸ Au bloc, le nombre d'actes a diminué entre 2006 (6 771) et 2007 (6 727) ; il en est de même de l'activité des laboratoires (24,8 M de B en 2006 contre 21,6M de B en 2007), et de celle d'imagerie (le nombre des actes de scanner produits, de 8805 en 2005, n'est plus que de 8118 en 2007), exception faite de l'activité d'IRM, où le nombre d'actes est passé de 2829 en 2005, à 3 389 en 2007.

Le codage

Au centre hospitalier de Bigorre, le codage de l'activité demeure centralisé. Les médecins rédigent les courriers de sortie des patients (diagnostic), mais c'est le directeur de l'information médicale (DIM), aidé de ses techniciens d'information médicale (TIM), qui procède au codage et au contrôle de tous les dossiers de prise en charge en court séjour¹⁹, avant l'envoi des données (descriptif de l'activité et recettes attendues) à l'assurance-maladie.

La direction de l'établissement reconnaît que le système actuel ne donne pas satisfaction, l'activité n'étant pas déclarée par les médecins de façon suffisamment précise, notamment en termes de diagnostics associés, ce qui occasionne une déperdition importante de recettes. Par ailleurs, l'opération de groupage des résumés d'unité médicale (RUM) dans les groupes homogènes de séjours (GHS), dans le cas des séjours multi-unités, donne lieu de la part de l'équipe du DIM à une ressaisie des données, qui se révèle chronophage et source d'erreurs. Un axe de progrès réside donc dans la saisie directe par les médecins de leur activité médicale. A cet égard, le dossier patient, qui est informatisé en bonne partie, est devenu facilement accessible aux médecins, qui devraient aujourd'hui coder eux-mêmes leurs actes²⁰.

S'agissant des consultations externes, qui donnent lieu à une saisie directe par les services concernés, la direction, au vu de la part anormalement basse des consultations dans les recettes globales d'activité, estimait en 2007 la perte potentielle proche de 800 000 €. Une somme de 450 000 euros a déjà pu être récupérée en 2008.

La perspective d'une facturation au fil de l'eau, qui impose le respect d'un délai maximal de 15 jours entre la sortie du patient et la facturation, plaide pour une décentralisation du codage, que beaucoup d'hôpitaux ont déjà adoptée. Le codage décentralisé est aussi celui qui semble le plus en phase avec la responsabilisation des pôles, qui devront intégrer dans leurs tableaux de bord l'ensemble des indicateurs de performance en matière de codage et de valorisation de l'activité. Dans cette perspective, une mise en ligne des corrections effectuées par le DIM et la mise à disposition d'un logiciel d'analyse de l'activité seraient de nature à sensibiliser les pôles et services producteurs de soins au résultat du codage et à son impact en termes de recettes à percevoir.

La facturation

Le processus de facturation, qui vise au paiement des séjours par l'assurance-maladie, met principalement en cause le bureau des entrées, placé sous la responsabilité de la direction des finances, à qui il revient d'identifier correctement tous les débiteurs. L'amélioration de la prise de renseignement passe par un renforcement des services d'accueil et des régies de recettes. Le service des urgences, notamment, rencontre encore des difficultés pour saisir et facturer son activité.

¹⁹ Les contrôles par le logiciel DATIM font partie intégrante de ce contrôle.

²⁰ Le DIM se propose d'amener les médecins vers le codage décentralisé de manière progressive. L'apprentissage pourrait commencer par la saisie des 8000 séjours de zéro jour (31,2% du total des séjours), qui sont des séjours simples, faciles à décentraliser. Certains séjours sont au demeurant déjà décentralisés, comme les dialyses et les chimiothérapies.

La dynamisation nécessaire des recettes liées aux missions d'intérêt général

L'établissement assure de nombreuses missions d'intérêt général (MIG) dont plusieurs ont ainsi été identifiées comme déficitaires, comme le SAMU (qui supporterait des charges directes erronées), les consultations « Douleur » (la perte estimée est de 100K€), les urgences avec le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre, ainsi que d'autres missions comme le secours en montagne, le trouble du langage, l'unité de médecine légale. Les pertes constatées, après avoir représenté 808K€ en 2006, ont déjà pu être sensiblement réduites (691K€ en 2007, 100K€ à 200K€ en 2008).

5.3 L'information sur la performance médico-économique de l'organisation des soins

Le développement des outils d'analyse médico-économique participe à l'évaluation de la performance de l'activité, à la fois sous l'angle de la qualité de la prise en charge et sous l'angle de l'efficacité. Ces outils restent encore d'utilisation trop marginale dans l'établissement.

Le *diagnostic flash*, qui offre une représentation synthétique des différents paramètres de l'organisation des soins, au moyen de quatre types d'indicateurs (financiers, ressources humaines, activité et organisation), mériterait d'être tenu à jour. Des indicateurs globaux de performance (IP), comme l'IP-MCO et l'IP-DMS, traduisent ici un net déséquilibre activité - ressources et une durée de séjour trop élevée.

L'indice de productivité MCO (IP-MCO) traduit la capacité des recettes produites en MCO à couvrir les dépenses de même nature. Dans le cas du centre hospitalier de Bigorre, cet indice évolue nettement à la baisse sur la période examinée (0,99 en 2005, 0,88 en 2006 puis 0,83 en 2007) et se révèle très inférieur à la moyenne régionale (0,92). La dégradation se poursuit en 2008.

L'IP-DMS permet d'apprécier si la durée moyenne de séjour constitue un surcoût pour l'établissement. En l'occurrence, les valeurs pour le CH de Bigorre traduisent une durée de séjour supérieure à la valeur de référence²¹, même si la progression a été favorable dans certains secteurs, comme en médecine où la DMS a pu être réduite de 5,2 à 4,7 jours. De fait, dans un contexte de convergence tarifaire favorisant les séjours courts, l'analyse du case mix de l'établissement (62% des 25 600 séjours réalisés en 2008, hors séances, sont des séjours de 0, 1 ou 2 nuits) révèle un important potentiel d'activité ambulatoire et doit inciter l'établissement à prendre en charge les patients dans les structures les plus adaptées. L'établissement a commencé à faire glisser les séjours courts vers la catégorie CM24 (séjours de moins de 48h, dits ambulatoires), espérant prendre en charge plus de patients, mais pour l'heure, les objectifs fixés par le CREF dans ce sens²² n'ont pas été atteints. Les séjours longs devraient aussi interpeller l'hôpital : 300 séjours sont supérieurs à 30 jours et 1000 supérieurs à 15 jours, autant de séjours dont l'établissement reconnaît qu'ils auraient pu être réalisés dans une structure plus adaptée.

²¹ Les valeurs communiquées pour l'année 2005 sont : 1,02 en MCO, dont 1,02 en médecine, 1,01 en chirurgie et 1,06 en gynécologie-obstétrique

²² Le CREF vise une augmentation l'activité de 100 séjours en médecine (+1 séjour par semaine) et de 50 en chirurgie (+1 par semaine)

De même, les indicateurs qui rapprochent l'activité de soins et les moyens de production sont encore peu mis en œuvre, alors qu'ils révèlent parfois des situations de forte inadéquation. Il en est ainsi par exemple du montant de recettes produites par personnel médical (667K€ au CHB en 2007 contre 714K€ en moyenne régionale), ou du nombre de personnels non médicaux pour produire 5M€ de recettes (14,61 ETP de PNM en 2007 contre 12,43 en moyenne régionale). En ce qui concerne les activités médico-techniques, les outils de mesure de la performance n'étaient pas non plus encore en place. Les audits conduits avec la MEAH ont contribué à corriger progressivement cette lacune (v infra l'analyse de l'organisation des soins).

5.4 L'information sur la qualité et la sécurité des soins

Le dossier patient

Le dossier patient a vocation à rassembler l'ensemble des éléments caractérisant la situation du patient. Il comporte à ce titre un volet administratif, un volet médical et soignant (dossier de soins) et un volet économique, puisqu'il est censé enregistrer les moyens consommés et permettre une valorisation du coût des séjours.

L'établissement dispose d'un dossier patient informatisé²³ commun et généralisé à tous les services de MCO et SSR. Certains aspects du dossier patient restent cependant à améliorer : la prescription des actes et examens, l'ouverture vers la plateforme régionale et le dossier médical du patient (DMP), le dossier de soins, le suivi des flux au service des urgences et la mise en œuvre du décret sur la confidentialité, enfin les examens de radiologie (ou images).

Le dossier patient doit permettre de mesurer le temps passé par le patient dans chaque étape du parcours de soins, la diminution du temps passé à chaque étape dudit parcours et la résorption des goulots d'étranglements étant le gage d'une meilleure prise en charge et la garantie d'une meilleure maîtrise des coûts. Faute d'être informatisé dans sa totalité, la traçabilité de l'accueil et de la gestion des patients restent à ce jour un objectif à atteindre pour le centre hospitalier de Bigorre. Cette tâche échoit au directeur de l'information médicale (DIM), sur qui pèse par ailleurs les obligations de contrôle du codage de l'activité et sa valorisation, souvent jugées plus prioritaires au moment de la montée en puissance de la T2A.

²³ Ce dossier comprend les comptes rendus d'hospitalisation, de consultation, d'examen, et les lettres de sortie, les résultats de laboratoire, les actes, les diagnostics, les prescriptions pharmaceutiques (logiciel GENOIS) et les dossiers de spécialités.

Au plan qualitatif, le dossier patient informatisé (DPI) a également vocation à devenir le support de *l'évaluation des pratiques professionnelles* (EPP), qui constitue un enjeu important d'amélioration de la prise en charge du patient. Seul le dossier patient informatisé permet en effet de disposer de données fiables, robustes et reproductibles permettant une analyse des pratiques médicales, une fois rendues anonymes. Son développement au centre hospitalier de Bigorre tarde à venir, le système d'information hospitalier continuant à représenter pour certains médecins un outil de contrôle plus qu'un outil d'amélioration des pratiques médicales. Afin de répondre à cette exigence de transparence, l'établissement envisage la création d'un pôle qui aurait pour mission de coordonner l'ensemble des vigilances hospitalières et de les fédérer autour du système d'information hospitalier (SIH). L'évaluation des pratiques professionnelles concourt, avec la revue de mortalité et de morbidité (analyse de chaque décès survenu et maladie contractée à l'hôpital), à la transparence des pratiques médicales.

L'informatisation du dossier patient doit aussi permettre une gestion des soins plus économique. C'est le cas en matière de prescription, où la dispensation journalière individuelle nominative (DJIN), mise en place dans tous les services, permet une gestion de la délivrance des médicaments à la fois plus sécurisée pour le malade et plus efficiente²⁴. C'est le cas aussi avec le dossier de soins infirmiers, en aval de la prescription, la sortie non faite à temps pouvant entraîner une surconsommation de médicaments ou de repas²⁵, mais ce dossier reste à mettre en place. C'est enfin encore vrai de l'informatisation des services d'imagerie et des laboratoires puisque les prescriptions faites de manière automatique, notamment dans le cadre d'un bilan d'entrée, présentent un coût important pour l'établissement ; l'informatisation faciliterait la détection des demandes redondantes. Une prescription mieux maîtrisée des examens passe aussi par une meilleure concertation entre services prescripteurs et services médico-techniques.

La mesure de la satisfaction du patient

L'information donnée au patient et celle qui lui est demandée participent aussi de la qualité de la prise en charge et in fine de l'attractivité de l'établissement. La première donne lieu, lors de l'entrée dans l'établissement, à la remise du livret d'accueil et à l'affichage des chartes réglementaires. Les études de satisfaction des patients sont habituellement réalisées à partir du questionnaire de sortie, dont le taux de retour est toutefois peu élevé.

²⁴ Il est à noter que le CH de Bigorre est passé en dispensation journalière individuelle nominative (DJIN) dans tous les services de médecine. Il s'agit d'un système de dispensation centralisée des médicaments au lit du malade : le pharmacien reçoit et contrôle informatiquement les ordonnances et délivre les médicaments pour chaque malade. L'informatisation de la prescription, opérationnelle dans l'établissement, permet de détecter les mauvaises pratiques de prescription. En matière de prescription d'antibiotiques, l'habitude souvent relevée de privilégier l'intraveineuse sur l'administration orale est coûteuse en raison des charges indirectes induites (coût du personnel infirmier, du matériel de perfusion, des compresses, des veinites et autres risques d'infections nosocomiales).

²⁵ Déjà, le rapport de l'ANAES de février 2003 invitait à réactualiser le dossier de soins, en conformité avec la loi du 4 mars 2002 et l'arrêté d'application du 5 mars 2004.

Des questionnaires plus adaptés sont aussi utilisés. Ainsi l'établissement a-t-il confié à l'IFOP en 2007 le soin de mener une enquête d'opinion sur la perception de l'établissement au moyen d'un interrogatoire téléphonique mené après retour à domicile sur un échantillon aléatoire de 600 patients. Une très large diffusion des résultats (en juin 2008) aux professionnels, aux administrateurs et aux représentants des patients a permis de lister les points forts et de mesurer les efforts à mener pour corriger certains dysfonctionnements ou améliorer les pratiques.

Conclusion

Le système d'information conditionne la qualité du pilotage de l'hôpital. Il doit rendre compte de la complexité du fonctionnement hospitalier et restituer une image fine de sa performance, à l'aide d'indicateurs multifactoriels (de connaissance des coûts, de valorisation de l'activité, d'efficacité de l'organisation, de qualité de la prise en charge) et de comparaison. Une diffusion large des informations et la mise en place d'un contrôle de gestion rendent possible la prise de conscience des enjeux et constituent les ingrédients nécessaires pour nourrir le dialogue de gestion.

6 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

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

A- L'évolution des effectifs (personnels rémunérés en ETP)

Les effectifs de personnel non médical ont connu une forte augmentation entre 2002 et 2005, à la suite de la mise en place de la réforme sur l'aménagement et la réduction du temps de travail (+71,85 ETP) et de l'intégration de salariés du GIAT (+38 ETP). Ce n'est que depuis fin 2005, sous la pression du déficit, que l'établissement consent d'importants efforts pour les réduire. En 2007, après deux années de baisse consécutive, le niveau de 2002 a été retrouvé. En 2008, les effectifs ont à nouveau été réduits de 23 postes.

source : le bilan social

Les effectifs de personnel *	2003	2004	2005	2006	2007
1- PERS. NON MEDICAL	1 625,75	1 673,61	1 683,41	1 625,85	1 570,12
<i>Evolution en ETP</i>	<i>(+47,9)</i>	<i>+47,86</i>	<i>+9,80</i>	<i>-57,56</i>	<i>-55,73</i>
2- PERSONNEL MEDICAL	178	189,1	191,1	187,5	188,85
<i>Evolution en ETP</i>		<i>+11,1</i>	<i>+2</i>	<i>-3,6</i>	<i>+1,35</i>

B – L'évolution des charges

L'évolution des rémunérations et charges accessoires de personnel est sans rapport avec l'évolution des effectifs. Entre 2003 et 2007, les effectifs médicaux ont diminué de 1,2% alors que les rémunérations augmentaient de 3,1%. Dans le même temps, les effectifs de personnel non médical ont diminué de 3,4% et leurs rémunérations ont augmenté de 6,9%. Ainsi l'effort pour réduire les effectifs a-t-il tout juste permis de contenir l'augmentation des dépenses.

Source Bilan social en K€

Les rémunérations de personnel *	2003	2004	2005	2006	2007
1- PERS. NON MEDICAL	Tableau n° 1 : 2 168	43 179	44 596	45 588	45 081
2- PERSONNEL MEDICAL	11 049	11 868	12 655	12 948	13 045
total	53 217	55 047	57 251	58 536	58 126

(*) hors charges accessoires

6.2 *Le personnel non médical*

A – La maîtrise des effectifs

Les effectifs de personnel non médical avaient augmenté jusqu'en 2005 (+106 postes en 3 ans). La restructuration des moyens à laquelle avait donné lieu la réforme de l'ARTT en 2002-2003 avait principalement concerné l'activité de soins, faisant croître la part du personnel soignant et éducatif au-delà des 70% de l'effectif total. L'année 2005 se présente comme une année charnière, 6 postes étant supprimés dont 5,35 de personnels soignants et éducatifs. Depuis 2006, un effort de réduction a été effectué indifféremment sur toutes les catégories de personnel. Au total, en trois ans (2006-2008), la diminution des personnels soignants et éducatifs a été de 73,32 postes.

La réduction des effectifs de personnel administratif et technique est envisagée mais, pour ces derniers elle reste conditionnée par les départs en retraite des ambulanciers. En dépit des suppressions de postes qui ont affecté les différents services (direction, cuisine, nettoyage, blanchisserie, reprographie, crèche), en 2007, la part des personnels administratif et technique représente encore pour chaque catégorie plus de 12% des effectifs, ratios qui sont élevés au regard des statistiques nationales (cf. statistiques BDHF).

Source : Bilan social

1- PERSONNEL NON MEDICAL	2003	2004	2005	2006	2007
Administratif	11,65	+1,76	+0,85	-5,7	-6,91
Soignant et éducatif	32,25	+21,80	-5,35	-29,16	-38,81
Technique	3,7	+22,80	+15,00	-15,5	-6,97
Médico-technique	0,3	+1,50	-0,70	-7,2	-3,04
Nombre d'agents	(+47,9)	+47,86	+9,80	-57,56	-55,73

Les modes de recrutement ont été affectés par la situation de déficit de l'établissement, la part des contractuels à durée indéterminée ayant été réduite fortement au profit des contrats de courte durée. Sur l'ensemble de la période, la part des recrutements par contrat reste faible (entre 7 et 8%).

La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC), l'évaluation et la formation des agents

L'établissement, qui ne mettait pas encore en œuvre de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), s'est porté candidat auprès de l'ARH pour mettre en place une gestion prospective des métiers et des compétences (GPMC). Son dossier a été retenu et un financement octroyé. Pour mieux faire face aux difficultés de recrutement de certains personnels non médicaux, comme les infirmières, les cadres de santé, les masseurs-kinésithérapeutes et les sages-femmes, l'établissement a priorisé les demandes de financement adressées aux fonds mutualisés en charge de ces dossiers (FMES, FMEPP, FORMEP...).

La capacité d'adaptation de l'établissement repose en bonne partie sur la mobilité du personnel, et donc sur la capacité à anticiper les besoins. L'établissement entend promouvoir une gestion plus dynamique des agents, qui prenne mieux en compte les évolutions, les compétences et les besoins de formation. Dans ce sens, la direction travaille à la réalisation d'un « passeport de l'agent » et entend mettre en place un suivi de l'évaluation en cours d'année.

B – L'absentéisme et les remplacements

Alors que la mise en place de l'ARTT avait favorisé une réduction de l'absentéisme²⁶, le phénomène inverse peut être constaté depuis 2005, la réduction de 6,54% des effectifs s'étant accompagnée d'une augmentation des journées d'absence de 13,6%. Le nombre moyen de journées d'absence, qui était tombé à 13,11 jours en 2005, est remonté à plus de 16 jours en 2006, et à presque 16 jours en 2007. L'absentéisme du personnel soignant est sensiblement plus important que pour les autres catégories de personnel ; il était ainsi de 17,43 jours en 2007, soit environ 6 jours de plus que pour le personnel administratif (11,33 en 2007). Un fort absentéisme est constaté par ailleurs sur les catégories de personnel C et B.

Les nombreuses réorganisations engagées semblent expliquer l'évolution défavorable de l'absentéisme, notamment celle des congés de maladie ordinaire, qui représentent en 2007 près de 50% des causes d'absence, en nette augmentation par rapport aux années précédentes. L'augmentation des congés pour maternité, adoption et congés pathologiques y contribue également, qui représentent 3,82 jours en 2007, soit 24% des causes d'absence.

En vue de réduire l'absentéisme, la direction met en œuvre des mesures préventives comme l'amélioration des conditions de travail, la prévention de la violence, l'élaboration du « Document Unique », la prévention des risques professionnels et des accidents. Ces mesures au long cours n'ont pas toutefois d'effet immédiat. Des enquêtes de satisfaction du personnel sont également diligentées. L'établissement entend également établir un lien plus étroit entre la présence au travail et la rémunération, le système de prime unique instauré se révélant peu motivant pour les agents. L'établissement entame par ailleurs une nouvelle réflexion sur le système d'avancement des agents, pour le rendre plus conforme à l'esprit des textes, notamment quant à la durée moyenne à accomplir dans chaque échelon.

²⁶ En même temps que le nombre de journées théoriques travaillées augmentait de 3,8% entre 2003 et 2005, le nombre de journées d'absence baissait de 20%.

L'absentéisme a évidemment un fort impact sur l'organisation de l'activité. A cet égard, l'établissement a décidé de ne pas faire appel à du personnel intérimaire extérieur à l'établissement pour suppléer ses besoins de remplacement de jour. La mise en place des pôles a rendu possible la suppression des pools de remplacement de jour et la mutualisation des moyens. Une régulation est également apportée sous la forme de fermetures temporaires, notamment durant l'été, et de réductions de postes en fin de semaine ou en fonction de la saison (pédiatrie, pneumologie). L'établissement maintient en revanche des équipes de remplacement pour faire face aux besoins de remplacement de nuit.

L'analyse des absences dans le bilan social ne donne pas lieu à une évaluation du coût pour l'établissement. S'agissant des remplacements (pool de remplacement de nuit et coût des CDD), leur coût est évalué à 3,6M€

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

La comparaison des temps de travail avec la durée réglementaire donne des résultats contrastés selon les catégories (repos fixe, variable ou de nuit). Pour l'activité diurne, l'écart est d'une journée de travail en moins, laquelle correspond au 16ème jour de RTT. Pour la nuit, en revanche, la durée de travail des agents est de 1476 heures (au lieu de 1448) conformément à l'accord local relatif à la mise en place des 35 heures de nuit.

Pour l'établissement qui compte 1600 ETP travaillant 200 jours, l'enjeu de la durée de travail est important, chaque jour de RTT représentant environ 8 ETP pour assurer le même nombre de journées de travail. Aussi a-t-il été décidé avec les syndicats représentatifs du personnel de déroger à l'accord RTT (qui prévoit jusqu'à 20 jours de RTT) en maintenant 15 jours de RTT sur la base de 1554 heures par an et une journée de travail de 7h30. En outre, pour optimiser la durée effective du temps de travail et le temps passé auprès des malades, les temps de chevauchement, qui étaient initialement de deux heures, ont été réduits au moment de la mise en place des 35 heures à une heure par 24 heures, à raison de 15 minutes le matin, 30 minutes à midi, et 15 minutes le soir.

Il est à noter que l'établissement ne dispose pas d'outil de gestion du temps des personnels non médicaux, l'informatisation des plannings restant à mettre en place.

D - Les crédits de jours RTT et les heures supplémentaires

Lors de la mise en place des 35 heures et en raison de la montée en charge sur trois ans des créations de postes, le centre hospitalier de Bigorre a bénéficié d'un droit de tirage équivalent à 53 ETP sur les fonds prévus pour le financement des comptes épargne temps (CET). Les crédits octroyés sur cette enveloppe ont représenté 30% de l'enveloppe initialement prévue, soit 16 ETP. Par la suite, comme peu d'agents ont souhaité ouvrir des comptes épargne temps (CET), le nombre de jours épargnés est resté relativement faible²⁷. Au 31 décembre 2008, la dette de l'établissement, calculée sur la base d'une durée annuelle de travail de 200 jours, porte sur 52 ETP, représentant un montant de 2 236K€ en prenant comme estimation un coût moyen par ETP de 43 000€

²⁷ Nombre de jours placés sur CET : 7 037 jours en 2004, 6 572 jours en 2005, 8 609 jours en 2006, 8 821 jours en 2007.

La provision de 102K€ dont disposait l'établissement jusqu'à présent a été reprise en 2008. Selon la direction, une dotation complémentaire de 476K€ devait être allouée à l'établissement et complétée au titre des budgets annexes, ce qui situerait le niveau de provision sensiblement à un niveau 20%, qui peut être considéré comme très faible.

E – Le problème de certaines rémunérations du personnel non médical

1- L'indemnisation des permanences effectuées par les infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE)²⁸ au bloc opératoire continue d'être effectuée selon l'ancien régime de calcul d'indemnisation des permanences, alors même que le nouveau décret sur le recours aux heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière a été publié le 11 mai 2007 (décret 2007-826). L'établissement doit par conséquent envisager sans plus tarder de remplacer cette permanence, désormais non réglementaire, par un système d'astreinte à domicile. Cette mise en conformité devrait engendrer une économie pour l'établissement de l'ordre de 50 000 euros par an.

2- S'agissant des astreintes à domicile assurées par les cadres de santé, le système de compensation mis en place au centre hospitalier de Bigorre avant la parution du décret 2003-507 du 11 juin 2003 n'est plus conforme à la réglementation actuelle. Ces modalités sont en cours de révision afin que les astreintes soient récupérées ou indemnisées conformément au nouveau décret précité. L'établissement n'est donc pas habilité à créer une astreinte lors de la présence habituelle des cadres dans l'établissement les jours ouvrés.

6.3 Le personnel médical

A - Les effectifs et les charges du personnel médical

Sur la période 2003-2007, les effectifs médicaux ont d'abord augmenté jusqu'en 2005 (+7,35%), suite aux recrutements mis en œuvre dans le cadre de la réduction du temps de travail médical, puis diminué légèrement (-1,18%). Le nombre de postes médicaux a également dû être augmenté lorsque la garde a été considérée comme temps de travail, la durée maximale statutaire hebdomadaire étant fixée à 48 heures (hors temps additionnel, qui peut donner lieu à des rémunérations complémentaires).

Globalement, entre 2003 et 2007, la progression des effectifs de personnel médical a été de 6% et celle des rémunérations trois fois plus importante (18%) . Cette distorsion a accru l'enjeu financier représenté par la ressource médicale, sur laquelle pèse désormais une contrainte de création de recettes par l'activité.

²⁸ Par courrier du 14 décembre 2005, le Ministre de la Santé a autorisé à titre tout à fait exceptionnel et dérogatoire les établissements publics de santé à recourir au dispositif dérogatoire des permanences dans l'attente de la publication de la modification du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 sur les modalités de recours aux heures supplémentaires. Ces permanences devaient disparaître en vertu du décret 2002-9 du 4 janvier 2002 article 5 relatif à la mise en œuvre de la RTT, lequel transposait en droit français la directive communautaire 93/104/CE concernant l'aménagement du temps de travail.

Source : Bilan social

en K€	2003	2004	2005	2006	2007	Evol. 07/03
Les effectifs	178	189,1	191,1	187,5	188,85	6%
<i>Evolution en ETP</i>		+11,1	+2	-3,6	+1,35	+10,85
Les rémunérations	11 049	11 868	12 655	12 948	13 045	18,06% *
<i>Evolution en %</i>		+7,41%	+6,63%	+2,32%	+0,75%	

(*) Impact de l'intégration du temps de garde dans le temps de travail

Le poids du corps médical s'est beaucoup renforcé au cours des années. Ainsi, les praticiens hospitaliers temps plein sont passés de 88 en 2003 à 100,85 ETP en 2007, alors qu'ils n'étaient encore que de 72 en 2000 et 63,5 en 1996. Le nombre des praticiens exerçant à temps partiel est resté à peu près stable entre 2003 et 2007 (32 en 2007), mais le recours aux attachés s'est accru (ils sont 47 en 2007 pour 131,5 vacations).

Pendant la période, des postes sont toutefois restés vacants dans de nombreuses spécialités, le nombre des médecins rémunérés restant inférieur au nombre de postes autorisés : c'est notamment le cas pour les praticiens hospitaliers (106 « PH » autorisés en 2007) et pour les assistants (18 en 2007).

La structure d'âge des praticiens hospitaliers montre que 33 des 101 praticiens hospitaliers avaient plus de 55 ans en 2007 (contre 22 en 2003), 5 ayant plus de trente ans d'ancienneté dans l'établissement. Cette structure d'âge a pour conséquence une population plus avancée en grade et donc mieux rémunérée. Dans la mesure des départs à la retraite qui vont intervenir, elle offre néanmoins une certaine souplesse de gestion à la direction, qui peut ne pas renouveler certains postes de praticiens. Dans le cadre d'un travail commun de gestion prévisionnelle engagé entre les deux établissements de Tarbes et de Lourdes, un tableau retraçant les perspectives de départs naturels des praticiens (retraite) a été élaboré, de manière à alimenter la réflexion sur la réorganisation des activités entre les deux établissements.

B- L'organisation du temps de travail médical

Le temps de travail médical est organisé sur la base de la demi-journée, hormis trois secteurs où il est organisé en temps continu, à savoir les urgences, le service de réanimation polyvalente (SRP) et le service de soins intensifs de cardiologie (SSIC).

Pendant la période examinée, jusqu'au mois d'août 2008, l'établissement n'a pas mis en œuvre de tableaux de service pour gérer le temps médical, du moins pour les services fonctionnant en demi-journée, ce qui constitue une pratique irrégulière. Dans la circulaire d'application du 6 mai 2003, qui reprend les termes de l'arrêté du 30 avril 2003, l'obligation de tenir des tableaux de service est rappelée.

La chambre rappelle donc l'obligation de tenir un tableau général annuel, qui définit « *l'organisation annuelle prévisionnelle des activités et le besoin de temps de présence médicale par demi-période pour chaque structure, service ou département* ». Cette règle implique, pour chaque médecin, l'obligation de tenir un tableau mensuel nominatif prévisionnel et, chaque mois étant échu, un tableau mensuel nominatif réalisé. A contrario, l'absence de tableau de service perturbe l'organisation des soins puisqu'elle rend difficile la nécessaire adéquation entre le temps médical et le temps soignant, qui suppose une connaissance précise de l'emploi du temps de chaque intervenant (présence, congés, gardes, ...). Cette obligation revêt également un enjeu financier puisque les dits tableaux servent de justificatifs au paiement des traitements et indemnités versés.

Le respect de leurs horaires de travail par les médecins n'est certes pas la garantie d'une forte productivité, mais un lien étroit peut souvent être constaté entre le présentisme et la productivité, justifiant le rappel au respect de la réglementation.

C – La productivité du personnel médical

La production médicale dépend naturellement de la présence des médecins, dont le recrutement est devenu progressivement plus difficile, soit en raison de la démographie médicale en général, soit en raison de facteurs locaux comme le nombre d'établissements sur le territoire de soins ou l'attractivité du secteur privé. En l'espèce, la difficulté de recrutement des médecins est exacerbée par la concurrence exercée par les autres établissements de Tarbes et de la région (Pau et surtout Toulouse, où le secteur privé réalise 90% de l'activité chirurgicale).

La productivité par praticien au centre hospitalier de Bigorre est notoirement très faible. Elle peut s'apprécier en rapportant l'activité produite, mesurée en volume (séjours, passages, examens) ou en valeur, aux moyens mis en œuvre, mesurés en volume (lits, effectifs de personnels médicaux ou non médicaux) ou en valeur. Selon les données éditées par la DRASS de Midi-Pyrénées, les recettes d'activité rapportées aux personnels médicaux (hors internes) étaient de 667 674€ en 2007, contre 714 701€ en moyenne régionale, laquelle est elle-même inférieure à la moyenne nationale. La productivité du personnel médical du centre hospitalier de Bigorre est aussi la plus faible parmi les quelque 40 établissements de l'échantillon diversifié constitué dans le cadre de l'enquête sur l'organisation des soins conduite avec la Cour des comptes. Tel est notamment le cas pour la chirurgie qui produit moins d'un acte par jour et par praticien.

L'écart de productivité constaté révèle à tout le moins une inadéquation entre l'activité produite et les ressources mises en œuvre.

D - Les médecins remplaçants

L'établissement connaît, dans certaines spécialités, comme d'autres établissements, des difficultés pour pourvoir les postes ouverts de praticiens hospitaliers. La radiologie, où deux postes sont pourvus sur 6 autorisés, est de loin la spécialité la plus touchée²⁹. D'autres spécialités sont aussi touchées, comme la gynécologie, où un médecin est arrêté pour longue maladie, la pédiatrie, la médecine nucléaire, la réanimation polyvalente.

Dans ce contexte, l'établissement doit recruter sous contrat des médecins remplaçants, dans des conditions qui dérogent aux dispositions prévues par le décret n°2005-840 du 20 juillet 2005, codifiées aux articles R6152-401 et suivant du code de la santé publique, qui prescrivent que « *les praticiens contractuels sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4ième échelon de la carrière, majorés de 10%* » (art R.6152-416). En l'occurrence, les tarifs pratiqués (en moyenne de 650€ par 24h net payé) sont bien supérieurs à ceux réglementaires, et représentent un coût journalier global pour l'établissement proche de 1200€TTC.

La chambre observe qu'il n'existe pas de délibération du conseil d'administration autorisant l'ordonnateur à recruter les médecins remplaçants sur une base autre que réglementaire. On peut dès lors considérer que le paiement des dits médecins, outre l'absence de toute transparence dans la décision, est dépourvu de base légale.

Pour l'établissement, le coût financier représenté par ces recrutements a été croissant. Les remplacements ont représenté pour l'établissement un coût de 411K€ en 2005, de 571K€ en 2006 et de 574K€ en 2007, soit un total de 1,5M€ sur trois ans. Sur cette somme, 86% concernent la radiologie (454K€).

Les solutions à la « pénurie médicale » ne dépendent pas du seul hôpital de Tarbes-Bigorre. Les effets peuvent en être réduits par une mutualisation des moyens entre établissements et par une plus grande concentration de l'offre. En radiologie, secteur le plus sensible, une convention a été signée entre les centres hospitaliers de Tarbes, Lourdes et Bagnères-de-Bigorre, prévoyant un partage sur les activités de jour en scannographie et IRM, et organisant une garde commune avec le centre hospitalier de Bagnères-de-Bigorre. La direction reconnaît toutefois que cette participation ne permet pas de suppléer à toutes les carences quantitatives liées aux postes vacants. La concentration de l'offre de soins est une solution plus structurante, demandant aussi plus de temps.

²⁹ En radiologie, un poste n'a jamais été pourvu, deux praticiens ont démissionné du service hospitalier pour entamer une carrière en secteur libéral, enfin un praticien a fait valoir ses droits à la retraite en janvier 2008. Depuis plusieurs années, malgré la parution de deux postes à la mutation, aucune candidature n'a pu être enregistrée.

E - La permanence des soins (PDS)

Le coût des gardes et astreintes est élevé (2,67 M€ en 2006). Une diminution de la part des gardes et astreintes dans les rémunérations a été constatée entre 2003 (23%) en 2007 (19,84%), mais elle s'explique surtout par la progression plus rapide des rémunérations. Ainsi, leur coût reste anormalement élevé si on le compare au coût moyen constaté dans les établissements de même catégorie (1,8M€ en moyenne régionale en 2006). Ce montant subit au demeurant l'influence du recours à des médecins remplaçants.

Ce coût s'explique pour l'essentiel par un nombre de lignes de garde particulièrement important, quasiment une par spécialité. Ce choix, qui a donné lieu à une validation par la tutelle (DDASS) et par le préfet, correspond au souhait d'offrir au patient une totale sécurité dans la prise en charge médicale. La chambre observe que ce choix, exigeant mais coûteux, n'est pas celui fait dans d'autres départements³⁰.

La permanence des soins, qui est de la compétence de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins (CROPS), est organisée en gardes sur place (3 services) et astreintes opérationnelles (10 lignes) ou de sécurité (7 lignes), étant rappelé que certains services (urgences, réanimation polyvalente et réanimation cardiologique) ont opté pour le maintien d'une organisation en temps médical continu. Les dépenses de permanence de soins représentent justement un poids particulièrement élevé pour ces dernières activités³¹.

Les indemnités de gardes et astreintes constituent un complément important de la rémunération des praticiens hospitaliers, plus grande en l'occurrence pour les médecins dont la rémunération principale est moindre. Ainsi la part des gardes et astreintes dans le total des dépenses de rémunérations et gardes représente un poids très différent selon les catégories statutaires³².

Sur le plan réglementaire, la chambre avait déjà critiqué, lors d'un contrôle précédent, le paiement des indemnités d'astreintes effectué par l'établissement sans disposer des pièces justificatives requises, à savoir le tableau de service et le tableau de garde signés des intéressés, et, s'agissant des astreintes, le registre unique d'émargement des appels. Le manque de rigueur dans la rédaction des déclarations s'accompagnait de pratiques de sur-déclaration fréquentes. Une certaine clarification des pratiques déclaratives a, depuis, pu être obtenue. L'administration de l'hôpital reconnaît toutefois que la distinction reste difficile à faire entre les déplacements justifiés et ceux non justifiés, nonobstant les contrôles par sondages effectués. Pour faire cesser les dérives constatées, la direction doit impérativement mettre en œuvre un contrôle plus étroit des déclarations effectuées par les médecins.

³⁰ Exemple de l'hôpital d'Auch, où des médecins de spécialité différente sont appelés à assurer les astreintes

³¹ En 2007 : département de l'urgence (1,104M€), cardiologie et réanimation cardiologique (223K€), anesthésiologie (228K€), réanimation polyvalente (148K€).

³² Selon le Bilan social (données 2005) : entre 14% et 15% pour les PH qui ont un revenu moyen élevé (de 89K€ en 2005), beaucoup plus important pour les deux catégories suivantes³² (praticiens à temps partiel et assistants) pour lesquels elle représente entre 36 et 45% des revenus perçus, situés en moyenne entre 55 et 60K€ en 2005. Le pourcentage était du même ordre pour les attachés.

Pour contenir l'inflation du poste budgétaire des gardes et astreintes, la direction avait pensé à un moment donné contractualiser avec les pôles, mais la charte du temps médical proposée n'a pas recueilli de consensus, faute d'accord sur le temps de travail des médecins, plus précisément sur la durée des 10 demi-journées, sachant que la direction a proposé de ne rémunérer sur la base du temps additionnel que le seul temps de travail dépassant 48 heures par semaine (35h + temps ARTT). Cette difficulté pourrait être résolue dans le cadre du rapprochement avec le centre hospitalier de Lourdes, dans un sens à la fois conforme à l'esprit des textes et à l'intérêt des deux établissements.

Les problèmes de permanence des soins se posent avec une acuité particulière dans les activités où une pénurie de personnel médical est constatée, ce qui doit inciter l'établissement à rechercher des solutions à l'échelle plus large du territoire de soins. La situation est symptomatique aux urgences, où le nombre des postes à temps partiel est élevé et où une partie importante du salaire est versée sous la forme d'heures supplémentaires (temps additionnel). La création de postes médicaux pérennes aux urgences a permis de réduire le recrutement d'attachés, dont une partie conséquente de la rémunération est assurée par des crédits de gardes et astreintes. L'établissement, qui dispose par ailleurs de 7 lignes de garde sur les urgences (6 + 2 demi-lignes), essaie mais en vain jusqu'à présent d'en supprimer une, celle du SAMU secondaire.

En chirurgie, la permanence des soins pose aussi problème. En chirurgie vasculaire, du fait des effectifs instables de personnel médical, l'organisation de la permanence des soins se pose de façon aigüe (il faut 3 personnes pour constituer et assurer une ligne de garde). De même, en chirurgie viscérale, alors qu'il existe deux lignes de garde dans le département des Hautes-Pyrénées, les chirurgiens viscéraux de l'établissement appellent de leurs vœux une mutualisation des gardes au niveau départemental. En chirurgie traumatologique osseuse, alors qu'il existe quatre lignes au niveau du département, un seul site cumule l'essentiel des opérations effectuées dans le cadre de la permanence des soins, soit environ 400 actes nocturnes à Tarbes, 40 à Lourdes, 40 à Lannemezan, 40 dans la clinique des Hautes-Pyrénées. En radiologie, quatre lignes de garde peuvent aussi être dénombrées au niveau départemental (Tarbes, Lourdes, Lannemezan et à la clinique des Hautes-Pyrénées).

L'optimisation de la dépense de permanence des soins passe par la continuation de l'effort entrepris pour mieux tenir compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement, ainsi que le prévoit l'article 5 de l'arrêté du 30 avril 2003. Mais pour prétendre diminuer son coût de manière significative, une mutualisation avec les autres établissements est nécessaire, soit en organisant des gardes alternées, soit - solution plus structurante - par la réorganisation de l'offre de soins (par exemple la concentration sur un seul plateau technique de la permanence chirurgicale).

Conclusion

L'établissement a déployé d'importants efforts depuis fin 2005 pour maîtriser l'évolution de ses effectifs. Ces efforts, qui n'ont pas été visibles immédiatement en raison de l'impact sur la masse salariale des mesures prises au plan national pour revaloriser les conditions statutaires des agents, doivent être poursuivis dans l'optique d'un rétablissement des équilibres financiers.

La gestion des personnels non-médicaux doit devenir plus dynamique. Le recrutement des personnels ne doit être décidé qu'à bon escient et sans automatisme. A cet égard, les départs en retraite en perspective offrent à l'établissement une certaine souplesse pour ajuster les effectifs en fonction des besoins. Une plus grande responsabilisation des agents doit aussi être recherchée, en liant davantage la rémunération au travail effectué et en optimisant la durée du travail.

L'optimisation de la gestion du personnel médical passe par un respect du temps de travail médical. Cet effort conditionne largement la maîtrise de la dérive observée sur les différents postes de dépenses du personnel médical, qu'il s'agisse des dépenses de médecins remplaçants ou des dépenses de gardes et astreintes.

7 LA MODERNISATION DE L'APPAREIL DE PRODUCTION

Les retards accumulés par l'établissement en matière d'organisation des soins ont obligé la nouvelle direction à redoubler d'initiative pour moderniser l'outil de production et adapter les modes de prise en charge des patients. Cet effort s'est accompagné, de manière simultanée, d'un effort de maîtrise des coûts. Sous l'impulsion de la nouvelle direction, les grands secteurs de soins ont ainsi été remodelés, parfois avec le concours de la mission d'évaluation et d'audit hospitalier (MEAH).

L'effort d'optimisation des services cliniques et médico-techniques a pris diverses formes : suppression de postes, réduction d'implantation, regroupement de services, réorganisation d'activités.

Les thématiques qui suivent illustrent particulièrement les besoins d'évolution auxquels l'établissement est confronté.

7.1 La modernisation des infrastructures

Une architecture d'une conception ancienne

L'hôpital, qui date de 1979, est d'une conception ancienne (modèle « Fontenoy »), consistant dans un hôpital monobloc de 500 lits, à l'époque livré clé en main. Sa structure en « Y » comportait jusqu'à récemment sur les deux ailes du Y et sur huit étages des plateformes de 33 lits (11 chambres doubles et 11 individuelles), chaque aile comportant une banque d'accueil et un poste de soins et chaque noyau central les bureaux du chef de service et du cadre infirmier. Le bloc et le plateau technique sont situés à la base du Y. Cette distribution était en principe conçue pour loger un service par aile. Une telle organisation en services implique une certaine territorialisation des ressources, chaque service bénéficiant d'un espace réservé, avec ses lits, ses personnels, ses patients. Pour remédier à cette organisation cloisonnée, qui se révèle à l'usage très coûteuse, la nouvelle direction a mis en place une nouvelle organisation des lits, qui regroupe désormais les patients par type de prise en charge (v. infra la gestion des lits).

Un bloc opératoire surdimensionné

Après que la construction d'un nouveau bâtiment des urgences ait été achevée en 1999, l'établissement a entrepris de restructurer son bloc opératoire, qui comportait dix salles réparties sur deux sites et présentait un état d'usure avancé. Cette restructuration des blocs est intervenue entre novembre 2005 et novembre 2008, pour un coût global de 16 M€, la réception des travaux ayant été effectuée en fin 2008.

Dans sa version initiale, le projet prévoyait la construction de 12 salles, soit un nombre supérieur à celui préexistant. Ce nombre avait été fixé en considération d'un rapprochement futur des deux établissements de Tarbes et de Lourdes, alors même qu'aucun accord n'avait été signé entre les deux établissements et sans qu'une vision commune ait été partagée. La capacité était largement surestimée pour le seul établissement tarbais. Compte tenu des surcoûts induits, des études complémentaires ont été décidées à l'initiative de la nouvelle direction peu après son arrivée, pour tenter de mieux ajuster l'investissement prévu au besoin opératoire réel.

De fait, l'audit conduit en 2007 avec la MEAH a permis de revoir la capacité du bloc opératoire à la baisse. La MEAH a montré que le projet était largement surdimensionné au regard des standards mis à jour dans le cadre du chantier sur les blocs opératoires. En effet, alors que le coût moyen de fonctionnement d'une salle est évalué à 1M€ et le nombre d'actes nécessaires pour couvrir ce coût de l'ordre de 1000 actes, le nombre d'actes par salle au centre hospitalier de Bigorre était de 650. Ces considérations ont conduit à réduire le plan initial de construction de 12 à 10 salles. Cette capacité était toutefois encore excessive puisque l'équipement d'une salle a été reportée et une autre dédiée à la rythmologie, de telle manière que sur les 10 salles construites, 8 seulement ont été ouvertes. Aujourd'hui, la direction, qui sait devoir poursuivre son effort pour réduire les coûts de fonctionnement, souhaiterait fermer deux salles supplémentaires pour n'en maintenir que 6 ouvertes. Cette nouvelle réduction de la capacité du bloc nécessite toutefois une clarification préalable des conditions de fonctionnement avec les personnels chirurgiens et anesthésistes.

Des problèmes de maintenance et de sécurité

L'entretien d'une structure ancienne et usagée pose des problèmes de fonctionnalité et de consommation d'énergie, induisant une augmentation des dépenses du titre III (entretien maintenance). Les dépenses de maintenance sont en effet accrues dans les domaines où des contraintes de sécurité ou d'hygiène sont édictées (sécurité incendie, portes coupe-feu, désenfumage, locaux de stockage, ascenseurs). Pourtant, les difficultés financières auxquelles se trouve confronté l'établissement le contraignent à reporter certains travaux, comme les travaux de mise aux normes des tuyauteries d'eau chaude dans le cadre de la lutte contre la légionellose.

La nature et le coût des travaux, à la fois neufs et de restructuration, influent sur l'option que l'établissement doit prendre : soit continuer à adapter les structures existantes, soit construire un nouvel hôpital. La question se posait à l'établissement de savoir s'il devait continuer à investir dans des structures anciennes ou s'il devait se projeter dans une structure nouvelle. Une amorce de réponse a été trouvée dans le projet de construction d'un nouvel hôpital Tarbes – Lourdes. Dans ce cadre, les deux établissements seront conduits à arrêter un projet médical commun et définir les structures nécessaires au fonctionnement de leur future activité.

7.2 *L'optimisation de la gestion des lits*

Le retard de l'établissement en matière de prise en charge alternative à l'hospitalisation complète a été l'occasion d'une réflexion sur l'allocation des lits. L'idée centrale consiste à regrouper les patients ayant les mêmes besoins en termes de durée de prise en charge. Dans ce schéma, l'établissement n'a plus à mobiliser du personnel le soir pour des patients hospitalisés de jour, ni le week-end pour des patients hospitalisés de semaine. La réallocation des lits et des personnels a porté sur 161 lits, sachant qu'un quart environ étaient occupés par des patients hospitalisés de jour ou de semaine.

Au départ, l'idée d'une réduction possible du nombre de lits a suscité des résistances de la part de certains chefs de service qui craignaient une perte d'activité. Les transformations effectuées pour aboutir à une attribution plus rationnelle ont demandé un travail de pédagogie et de conviction. En 2007, la nouvelle direction a pris l'initiative de mettre en place une nouvelle organisation de l'hospitalisation en médecine, offrant à la fois aux patients de meilleures conditions de prise en charge et à l'établissement une meilleure maîtrise de ses coûts d'hospitalisation.

Les nouvelles unités de prise en charge ont été calibrées de manière homogène, intégrant 24 lits par étage et davantage de chambres individuelles facturables aux patients (80 au lieu de 20), tandis que les moyens humains ont été répartis de manière équitable sur la base de ratios standards³³. Sur la base de cette nouvelle organisation, transversale et multidisciplinaire, 140 lits d'hospitalisation traditionnelle ont été installés, 12 de jour et 12 de semaine, la répartition entre semaine et jour restant souple.

Sur le plan financier, une étude prévisionnelle avait montré que, pour une facturation de 80% des 60 chambres supplémentaires, une recette supplémentaire de 432K€ pouvait être attendue en 2008. Dans l'ensemble, les pronostics établis ont pu être vérifiés, le solde positif dégagé en 2008 ayant permis d'absorber l'augmentation des dépenses du pôle de médecine et la moins-value dégagée par la valorisation T2A. L'opération, qui n'a pas nécessité de travaux autres que d'aménagement, a été vécue comme une réussite, autant du point de vue de la prise en charge des patients que sous l'angle de l'attractivité de l'établissement.

³³ 2 infirmières et 2 aides-soignants le matin, 2+2 l'après-midi, 1+1 la nuit, soit 10 ETP d'infirmières diplômées d'Etat (IDE) et 10 ETP d'aides soignantes (AS).

7.3 *La mise en place des alternatives à l'hospitalisation complète*

Le potentiel ambulatoire de l'établissement est important. En effet, l'observation de son case mix montre qu'une partie significative de l'activité concerne des séjours de moins de 48 heures (appelés « CMD24 » pour catégorie majeure de diagnostics d'une durée inférieure à 48 heures), autant en médecine qu'en chirurgie.

En médecine, plusieurs disciplines présentent une part importante de séjours de moins de 48 heures, comme en gastro-entérologie (46,85% en 2007), en pneumologie (44,73%), ou en pédiatrie (58,88%), qui les prédisposent à être mises en œuvre en hospitalisation de jour ou de semaine.

En chirurgie, le potentiel de prise en charge ambulatoire est très important³⁴. L'établissement a accumulé beaucoup de retard puisqu'il n'a développé aucune chirurgie ambulatoire avant 2007 alors même qu'une autorisation pour 8 places lui avait été accordée par l'autorité de tutelle dès 2001. C'est la réalisation en 2007 d'un bloc dédié à la chirurgie ambulatoire qui a permis de débloquer le processus.

La comparaison des taux de l'établissement avec les taux cible de la circulaire du 29 avril 2008, qui propose des actes traceurs, révèle des écarts importants, qui témoignent d'une importante marge de progression. Il en est ainsi par exemple pour la hernie inguinale (18,33% pour une cible de 50%) ou pour la ligature de veines (6,67% pour une cible de 91%).

La mise en place d'une chirurgie ambulatoire, qui constitue un mode de prise en charge très encadré et protocolisé, constitue un réel faire-valoir pour l'établissement. Sur le plan économique, cette mise en place représente un effort nécessaire d'adaptation aux nouvelles exigences de la tarification à l'activité, qui privilégie les prises en charge de courte durée. L'activité réalisée en chirurgie ambulatoire représente désormais 41% des séjours effectués en chirurgie et 16% de ses recettes.

7.4 *Le fonctionnement des urgences*

Point d'entrée des patients à l'hôpital, les urgences constituent fréquemment un goulot d'étranglement dans le parcours du patient, tandis qu'elles constituent un centre de coût important. Le centre hospitalier de Bigorre n'échappe pas à ce constat.

³⁴ La revue annuelle du CREF (axe stratégique 4 – mise en place des alternatives à l'hospitalisation) note ainsi qu'après l'ouverture de l'unité de chirurgie ambulatoire, le 22 octobre 2007, le taux de CM24 à l'issue du 1er trimestre 2008 est de 74,97% (contre 54,03% à la fin du 1er trimestre 2007), sachant que le taux cible pour 2011 (France) est de 89%.

Sur le plan économique, les urgences et le SMUR du centre hospitalier de Bigorre présentent un coût anormalement élevé, nettement supérieur à celui constaté dans les autres établissements (cf. tableau coût-case mix). Le coût par passage aux urgences est situé autour de 240€ entre 2005 et 2007, bien supérieur à la moyenne rencontrée (197€ dans l'enquête conduite par la Cour et les chambres régionales des comptes en 2008). De même, la productivité des urgences de l'établissement apparaît très dégradée par rapport à celle des 7 autres établissements de l'échantillon constitué à partir de la Base d'Angers ; le nombre de passages par ETP de PM (1 153 au CHB) est en effet de loin le chiffre le plus bas de l'échantillon et de même en ce qui concerne le nombre de passages par ETP de PNM (avec 1036 passages par ETP de PNM).

L'établissement avait déjà pris des mesures pour améliorer la prise en charge des patients aux urgences. Une sectorisation avait été mise en place (maison médicale de garde, secteur ambulatoire, secteur médico-chirurgical, urgences vitales, surveillance de très courte durée) ainsi qu'une coordination des flux (infirmière d'accueil et d'orientation depuis 1995, médecin référent à l'accueil en charge du secteur ambulatoire). Toutefois l'établissement ne disposait pas d'indicateurs sur la performance de son organisation, notamment sur ses temps moyens de prise en charge.

Un audit réalisé avec la MEAH a permis de mesurer les flux et processus, et mis en évidence plusieurs axes d'amélioration de nature à fluidifier la prise en charge des patients au service d'accueil des urgences :

- adapter la présence du personnel infirmier et médical au flux d'activité (un diagramme montre en effet que les heures de présence du personnel ne coïncident pas avec les moments de plus grande affluence) ;

- diminuer la durée moyenne de séjour dans l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) ;

- réduire le délai d'obtention des images (en différenciant urgents et non urgents, en définissant des protocoles de prise en charge pour l'imagerie et les spécialités, en contractualisant avec la radiologie) ;

- anticiper la recherche de lits pour recevoir les patients (mise en place d'une commission des transferts afin d'éviter les 200 transferts annuels de patients par manque de place, occasionnant une perte de recettes).

Les gains escomptés sont élevés pour les actions tendant à adapter les heures de travail des personnels au flux de patients et celles tendant à éviter le transfert des patients hors de l'établissement. Pour chaque action, des indicateurs ont été définis³⁵.

³⁵ Par exemple, pour l'action 1 (adapter les moyens à l'activité) : durée moyenne de prise en charge et ventilation horaire ; pour l'action 5 (éviter les transferts) : nombre de transferts par manque de place, délai de prise en charge d'un patient hospitalisé.

L'hôpital a prévu de poursuivre son effort dans plusieurs directions, en informatisant le dossier patient (pour permettre l'évaluation des pratiques professionnelles et pouvoir comparer les performances) et en étendant la contractualisation (avec les unités de SSR et de gériatrie). L'analyse a aussi porté sur les filières de prise en charge concernant certaines populations spécifiques (ex : accident vasculaire cérébral).

7.5 *Le fonctionnement du bloc opératoire*

Le surdimensionnement du bloc opératoire a déjà été évoqué sous l'angle de la dépense d'investissement, mais le fonctionnement est aussi problématique. En effet, celui-ci constitue un centre de coût majeur à l'hôpital, puisqu'il met en œuvre des équipements coûteux et mobilise des équipes médicales et non médicales très spécialisées. En 2007, le fonctionnement des blocs a mobilisé 36,35 ETP de chirurgiens (hors internes), 11 ETP d'anesthésistes (dont internes) et 69,28 ETP de PNM dont 29,6 infirmiers de bloc diplômés d'Etat (IBODE) et 13,7 infirmiers anesthésistes diplômés d'Etat (IADE)³⁶.

Le bloc opératoire (hors obstétrique) du centre hospitalier de Bigorre présente en 2007 un surcoût par rapport aux moyennes observées ailleurs, surcoût situé entre 300K€ (base d'Angers/échantillon de 7 établissements) et 1M€ (base d'Angers tous établissements). La même année, l'activité d'anesthésie présente, quant à elle, par rapport à l'échantillon des 7 établissements pris comme référence, un surcoût de 275K€

Cela dit, non seulement le bloc coûte plus cher mais il produit peu : sa productivité est très faible, avec 6350 interventions chirurgicales par an (2007), soit 635 par salle sur la base de 10 salles, ou 793 sur la base de 8 salles (effectivement ouvertes), ce qui reste nettement en-dessous du seuil de rentabilité estimé à 1000 opérations.

Un audit était nécessaire pour établir un diagnostic objectif et définir un plan d'amélioration³⁷. Celui effectué a permis de bien mettre en évidence les défauts de l'organisation du bloc aux différentes étapes du processus de soins, de proposer des bonnes pratiques d'organisation et des indicateurs (valeurs initiales et valeurs cibles) pour suivre la progression des performances.

Les performances du bloc étaient nettement en-dessous des standards. Il en était ainsi de l'amplitude horaire d'ouverture du bloc (hors urgences), de 1 512 heures par an (sur la base d'une amplitude d'ouverture de 8h à 15h), ce qui était sensiblement inférieur à la valeur cible de 2000 heures par an retenue dans la base Diagnostic Flash.

Le taux d'occupation des salles, qui détermine le degré d'utilisation d'une salle par rapport à son utilisation potentielle, était dégradé, avec moins de 24 heures sur 54 théoriques, correspondant à un taux d'occupation de seulement 44%, pour un taux moyen national de 66% et une valeur cible située entre 75% et 80%.

³⁶ Source : questionnaire chiffré rempli par le centre hospitalier

³⁷ Les améliorations souhaitées ont été formalisées par le conseil de bloc dans sa réunion du 15 mai 2008 : mettre en place un système d'informations fiables ; accroître le volume des opérations, optimiser les salles, adapter les vacations ; réduire les perturbations de la programmation dues aux urgences ; accroître la part de l'ambulatoire ; mettre en place une gestion prévisionnelle des effectifs.

Les salles étaient globalement peu occupées, dont certaines très peu comme la salle 3 (22%) et la salle 2 (36%). Globalement, elles avaient fait l'objet d'une appropriation par les chirurgiens, avec leur matériel et leur personnel. Elles sont désormais redevenues polyvalentes³⁸. La « désappropriation » des salles en facilite la gestion : ainsi, en cas d'absence d'un chirurgien, la salle est aussitôt proposée à un autre, le cas échéant le personnel mis au repos. La gestion est effectuée par une personne disposant d'une vision transversale, gérant dynamiquement les flux avec des outils de pilotage appropriés.

Le fonctionnement des salles, notamment le démarrage le matin, était largement soumis au bon vouloir de chacun, médecin ou soignant. Des protocoles ont été définis (heures de départ, procédures d'enchaînement) et des indicateurs (pourcentage de 1ère incision avant 9h, enchaînement moyen entre deux opérations).

La planification des vacances (répartition dans le temps de l'activité des chirurgiens, en jour et durée) était peu rigoureuse, certaines salles étant proches de 50% d'occupation, certaines spécialités remplissant moins leurs vacances. Le bloc ne disposait pas d'un processus dynamique de remise à plat des vacances pour adapter les plages offertes au potentiel d'activité de chacun et favoriser le recrutement de nouveaux opérateurs. La nouvelle planification prend désormais en compte l'activité effective des opérateurs.

La programmation (prévoir hebdomadairement le programme opératoire et remplir au mieux chaque créneau d'activité) manquait aussi de rigueur (absence de procédure de rajout, de modification ou d'annulation, absence d'annonce des absences). Une gestion des absences des médecins plus rigoureuse était nécessaire, ainsi qu'une discipline collective et individuelle (tableaux de présence et d'absence). Deux indicateurs ont été proposés (taux de débordement et taux d'occupation des vacances).

Enfin, sur le plan institutionnel, l'audit de la MEAH a montré que des réunions plus fréquentes du conseil de bloc étaient nécessaires et une remise à jour plus fréquente de la charte de bloc. Une commission des utilisateurs a été mise en place, composée de tous les acteurs de terrain, pour ajouter de la réactivité au dispositif.

La méthodologie rigoureuse de la MEAH, l'utilisation systématique de *benchmarks* et l'accompagnement dans la mise en œuvre ont contribué au succès de l'audit réalisé. Le fonctionnement du bloc pourra être optimisé, la prise en charge des patients améliorée et les coûts réduits.

Déjà, les performances de l'établissement en 2008 se sont rapprochées de la moyenne de l'échantillon constitué par la MEAH (cf. tableau ci-après). Depuis la fermeture de deux salles en 2007, le temps d'ouverture est désormais de 1 953 heures par salle, soit un niveau plus proche de la norme (de 2000h). Les taux atteints laissent néanmoins subsister d'importantes marges d'amélioration ; il en est ainsi du taux d'occupation des salles (43 %) et du taux d'occupation des vacances (66,8 %).

³⁸ A l'exception d'une utilisée pour l'ophtalmologie, eu égard à la spécificité de son équipement.

La direction de l'établissement souhaiterait encore pouvoir optimiser le fonctionnement du bloc opératoire en n'ouvrant plus que 6 salles pendant 10 heures par jour. Cette proposition n'a pas encore rencontré l'adhésion de tous les acteurs, notamment médicaux, la dissension mettant en cause la durée de temps de travail des médecins³⁹.

7.6 Le fonctionnement des services producteurs d'examens

L'établissement dispose d'un scanographe (scanner), d'une imagerie par résonance magnétique (IRM), d'un appareil de radiologie non numérisée et de 7 appareils de radiologie numérisée. Le scanner et l'IRM sont partagés (depuis 2007 pour le premier), la quote-part de l'établissement étant respectivement de 90% et de 70%. Le nombre d'actes par appareil est de 8 118 pour le scanner, en diminution par rapport à 2005 et 2006 (8 778), et de 3 389 pour l'IRM.

Les dépenses totales du service d'imagerie représentent un montant de 4,85M€ en 2007, en augmentation par rapport à 2005 (4,6M€) mais en légère diminution par rapport à 2006 (4,89M€). En termes de coût, la position de l'établissement apparaît plutôt favorable. Selon les données de la base d'Angers (base de coûts par activité), l'imagerie médicale présente en 2006 un coût de l'unité d'œuvre de 0,99€, inférieur à la moyenne nationale constatée pour la catégorie (>70M€), de 1,25€. La médecine nucléaire présente également la même année un coût inférieur (1,715€) à la moyenne nationale pour la catégorie (2,1€). En 2007, le rapport reste du même ordre (1,005€ par ICR au CHB contre 1,256 en moyenne dans l'échantillon).

En matière d'examens d'imagerie, comme d'ailleurs de laboratoire, l'efficacité du service rendu au patient dépend de la rapidité de réalisation des examens et de restitution des résultats, lesquels influent sur le temps global du parcours de soins et donc sur le coût global du séjour du patient.

Le temps annuel de mise à disposition du scanner est de 2292 heures, celui de l'IRM de 2148 (en 2007), affichent une performance plutôt meilleure que les moyennes régionales, de 1993h pour le scanner et de 1673h pour l'IRM. Les temps réels d'occupation sont présentés comme identiques aux temps de mise à disposition pour les deux équipements.

Les performances relevées par l'établissement en termes de délai moyen pour obtenir un rendez-vous (respectivement de 20 jours pour le scanner, de 30 jours pour l'IRM, de 48h pour la radiologie) ou pour mettre à disposition les résultats d'examen (48h), sont proches des moyennes rencontrées. Les temps de passage sont cependant en-dessous de ceux du secteur privé : 1,65 passage par heure pour l'IRM contre 2,3 dans le secteur privé, et 3,5 passages/h pour le scanner contre jusqu'à 5 passages/h dans le privé.

³⁹ La direction souhaiterait voir respecter une demi-journée de travail de 4 heures, soit en décomptant le temps du repas une journée de 8h30 à 18h30.

Un des problèmes récurrents caractérisant l'activité d'examen, qu'il s'agisse d'imagerie ou de biologie, réside dans les examens complémentaires, qui sont liés aux habitudes de prescription automatique des médecins juniors, moins expérimentés, souvent appelés à établir le premier contact avec le malade. Un encadrement par des seniors et une informatisation des prescriptions seraient de nature à rationaliser le processus de prescription et limiter ainsi les dérives financières.

7.7 *La démarche qualité*

La démarche qualité matérialise l'effort de l'établissement pour faire siennes l'ensemble des règles et procédures qui contribuent à améliorer la qualité de la prise en charge et sécuriser l'activité de soins. La démarche est cependant consommatrice de temps, dans la mesure où elle mobilise le personnel dans le cadre de réunions fréquentes. Elle peut aussi parfois être ressentie comme trop bureaucratique, dans la mesure où la constitution des dossiers ne s'accompagne pas toujours d'une vérification du respect des consignes. Au plan managérial, elle induit un pilotage par objectifs, avec mesure des résultats et correction des écarts, qui fait encore défaut. A cet égard, la direction de l'établissement regrette de ne pas disposer – s'agissant de la certification qualité et de la sécurité des soins – de plus d'indicateurs de mesure et de comparaison (*benchmarks*). Un des domaines où ces indicateurs sont ressentis comme très utiles est l'évaluation des pratiques professionnelles.

Conclusion

L'organisation des soins au centre hospitalier de Bigorre a pris un grand retard. Déjà, l'architecture des locaux, ancienne, privilégie le service, devenu trop étroit comme cadre de l'organisation des soins, rendant difficile autant l'évolution des modes de prise en charge que la recherche d'efficience. Si l'on ajoute à cela les problèmes de maintenance, rendus plus pressants et plus coûteux du fait de l'ancienneté des locaux, la perspective d'une construction neuve sur un site commun avec le centre hospitalier de Lourdes peut constituer pour l'établissement de Bigorre une opportunité.

Sans attendre cette échéance lointaine, il était urgent que l'établissement modernise son appareil de production. Une réflexion sur l'optimisation de la gestion des lits a permis de répartir les patients par type de prise en charge. Les alternatives à l'hospitalisation complète, qui étaient peu développées, ont commencé à l'être, autant en médecine qu'en chirurgie où existe un potentiel important.

Le plateau technique, important centre de coût, et en l'espèce de surcoût, devait aussi être placé sous la lumière des indicateurs de performance. Le passage aux urgences a été fluidifié. Les blocs, qui présentent un coût largement supérieur à la moyenne, ont vu leurs principaux défauts identifiés : des bonnes pratiques ont été définies et des indicateurs mis en place, avec l'objectif de rattraper les taux cibles. La performance des services prestataires d'examen de biologie et d'imagerie gagnerait aussi à être mesurée précisément.

Bien que présentant encore un caractère trop formel, la démarche qualité constitue le fil rouge que l'établissement doit s'efforcer de suivre pour améliorer la prise en charge du patient.

8 L'OUVERTURE SUR LE TERRITOIRE DE SOINS

8.1 Le positionnement du centre hospitalier dans l'offre territoriale de soins

A- La multiplicité des acteurs sur le territoire de soins

Le contexte territorial est celui d'un nombre important d'établissements de soins coexistant sur un territoire de soins relativement peu peuplé, ce qui confère à la tarification à l'activité un caractère fortement restructurant dans le département des Hautes-Pyrénées.

Le tableau ci-après met en lumière la multiplicité des acteurs sur le territoire de soins des Hautes-Pyrénées :

	CH Bigorre	CH Lourdes	Clinique Ormeau	Clinique	CH Bagnères	CH Lannemezan
Médecine	x	x	x	x	x	x
Chirurgie	x	x	x	x		x
G-Obstétrique		x	x	x		Fermée 2007
USIC, rythmo.		x	x			
Scanner		x + IRM*	x + IRM			
Réa Polyvalente		x				
Palliatif, radiothér			x			
Urgences+SMUR		x **	x		x	
Rééducation fonct.					x	
Moyen et long séjour - EHPAD	x	x			x	
Psychiatrie						x

(*) : + Mammographie + médecine nucléaire

(**) : SAMU, SMUR primaire et secondaire, SMUR Montagne, CESU, structure d'urgence

La situation financière des établissements de santé qui interviennent dans un territoire de soins est sensible au rapport existant au niveau de ce territoire entre l'offre de soins et la population desservie. L'offre de soins en Hautes-Pyrénées est de quatre hôpitaux publics, représentant un budget cumulé de 235 M€ pour une population de 230 000 habitants, soit un rapport peu favorable de 1 M€ pour 1 000 habitants⁴⁰, sans compter les deux cliniques privées.

⁴⁰ A titre d'exemple, les centres hospitaliers de Montbéliard ou de Valenciennes présentent des budgets de l'ordre de 450 K€ pour 1 000 habitants.

B- Le positionnement de l'établissement par discipline

Un audit confié en 2008 à un consultant privé a permis de comparer l'activité des établissements dans le territoire de soins et leur attractivité respective.

Pour chaque secteur d'activité MCO et discipline, l'établissement a pu ainsi connaître de manière relativement précise sa position dans le territoire de soins. L'analyse met en lumière des positions fortes du centre hospitalier de Tarbes-Bigorre dans certaines disciplines (comme le système nerveux ou l'endocrinologie, disciplines de médecine où l'établissement détient plus de 50% de parts de marché), ou encore l'obstétrique. A l'inverse, elle montre des activités où les cliniques exercent actuellement un leadership (comme l'orthopédie, la gynécologie ou la chirurgie du rachis).

L'audit réalisé montre surtout la pente négative de la production du centre hospitalier de Tarbes-Bigorre. Ainsi, dans le territoire de santé des Hautes-Pyrénées, où la production MCO augmente de 0,9% en 2006 et où tous les autres établissements voient leur production augmenter, le centre hospitalier de Tarbes-Bigorre est le seul dont la production diminue (-4,1%), avec celui de Bagnères-de-Bigorre (-11,3%). Il en est ainsi en hospitalisation complète (-3,2%) comme en hospitalisation de moins de 48h. En 2007, la production de l'établissement de Tarbes-Bigorre a continué à diminuer.

Ces données sur sa position relative dans le territoire de soins, additionnées à d'autres éléments caractérisant les forces et faiblesses montrées dans les différentes disciplines, ont permis à l'établissement de disposer d'un diagnostic sur sa capacité à réunir les ressources et compétences pouvant lui permettre de faire face avec succès à ses concurrents.

Dans ce contexte, le rapprochement avec les autres établissements hospitaliers du territoire a constitué une option forte pour consolider l'activité de soins.

8.2 Mieux partager l'activité et les ressources au niveau du territoire

A- Le rapprochement avec le centre hospitalier de Lourdes

L'établissement s'est déjà rapproché du centre hospitalier de Lourdes dans quatre secteurs : dans les domaines des urgences – anesthésie réanimation, de la cardiologie (et rythmologie), de la diabétologie et de l'endocrinologie, et enfin de l'information médicale et des affaires financières. Pour l'heure, le portage juridique est réalisé au moyen de conventions de partenariat, mais le vecteur privilégié pour ces opérations, compte tenu de sa souplesse, pourrait être le groupement de coopération sanitaire (GCS) titulaire d'autorisation.

Le projet de direction commune est le premier projet à avoir été concrétisé, en juin 2008, par un partage de deux postes de direction et une garde commune de direction pour les week-ends et les jours fériés. Dans le domaine des affaires financières, une seule structure pourrait assez rapidement être mise en place.

Le rapprochement avec le centre hospitalier de Lourdes pourrait aussi se concrétiser dans un délai resserré dans le domaine des urgences. Ce projet constituera une chance pour l'hôpital de Tarbes, où les urgentistes et les réanimateurs ne sont pas parvenus à se regrouper (cf. pôle urgences-pédiatrie), tandis que le pôle urgences de Lourdes a réussi à réunir les anesthésistes, les réanimateurs et les urgentistes. La création d'un pôle bi-site pourrait réunir ces trois disciplines, la totalité des moyens étant mise en commun dans une structure juridique ad hoc.

D'autres projets ont été mis à l'étude dans des domaines comme les laboratoires, la gastro-entérologie (dans cette discipline, le départ prévu du médecin de Tarbes laissera place à une équipe commune), et l'informatique.

Les projets existants ou à l'étude concernent surtout la médecine. Ainsi en gastro-entérologie et en cardiologie, disciplines où les deux établissements avaient déjà une pratique de coopération. Dans les autres disciplines de médecine, la coopération est plus ou moins avancée. En diabétologie, les deux équipes travaillent déjà ensemble, la coopération mise en place visant à assurer les remplacements pendant les périodes de vacances ; l'hospitalisation complète serait assurée sur Lourdes, une hospitalisation partielle sur Tarbes uniquement, tandis qu'une garde commune serait organisée. Certaines disciplines ne sont pratiquées que dans un seul établissement, comme la néphrologie à Tarbes. La coronarographie, actuellement pratiquée sur les deux établissements, pourrait se regrouper à Lourdes. Mais d'autres disciplines ne travaillent pas ensemble, comme la neurologie.

En chirurgie, la répartition de l'activité dans le cadre d'une complémentarité pourra tirer parti d'une organisation désormais basée sur la prise en charge du patient (chirurgie de jour, de semaine ou complète, lourde ou légère, nécessitant des soins postopératoires ou pas), sachant que de l'organisation de jour découlent le fonctionnement et l'organisation de la permanence des soins (existence à Tarbes d'un bloc opératoire opérationnel du vendredi soir au lundi matin ainsi que de la veille au lendemain d'un jour férié). De fait, dans les activités cliniques comme dans les activités médico-techniques, l'organisation de la permanence des soins constitue un enjeu important du rapprochement.

Dans le domaine des activités médico-techniques, l'idée semble également admise d'une rationalisation possible de l'offre de services sur le territoire de soins, singulièrement entre les deux centres hospitaliers de Tarbes et Lourdes. Le nombre d'activités concernées est très important⁴¹. Pour nombre d'entre elles, le rapprochement, voire la réduction à une seule unité, constitue l'objectif à atteindre. L'exercice est aisé lorsque l'activité n'existe que sur un site, comme c'est le cas de l'anatomie-pathologie, présente seulement à Tarbes. Le cas de la stérilisation devrait aussi être simple, celle de Tarbes ayant été refaite à neuf en 2005, et dimensionnée pour recevoir l'activité de Lourdes. Le rapprochement des équipes tarde cependant à se mettre en place.

⁴¹ Laboratoire d'analyses, laboratoire « spectro de masse », laboratoire d'anatomo-pathologie, stérilisation, pharmacie, radiologie, médecine nucléaire, DIM, kinésithérapie, mortuarium, brancardiers, dépôt de sang et toutes les vigilances (hygiène, hématologie, matériel, biomédical...).

C - Le projet de construction d'un nouvel hôpital

Par décision de la commission exécutive de l'ARH de septembre 2008, la construction d'un nouvel hôpital a été actée. Ce projet constitue pour les deux établissements publics de santé de Tarbes et Lourdes, en proie tous les deux à d'importantes difficultés financières, une opportunité à saisir pour maintenir une offre publique de soins médicalement cohérente, et économiquement pertinente compte tenu des économies d'échelle rendues possibles.

Cette perspective suppose la définition préalable d'un projet médical commun. A ce jour, les réflexions des deux conseils exécutifs sur la perspective d'un projet médical commun ont abouti à un projet de répartition, où persistent cependant de nombreuses activités en doublon.

La substitution aux deux entités juridiques actuelles d'une seule entité juridique (création d'un groupe hospitalier bi-site) sera de nature à faciliter la mise en place des collaborations et des mutualisations et permettra de renforcer la cohésion de l'offre publique sur Tarbes-Lourdes. Toutefois, les gains de productivité ne seront vraiment significatifs que lorsque l'activité technique prendra place sur un seul plateau technique.

D - Le besoin d'un projet médical de territoire (PMT)

Dans l'objectif d'une meilleure régulation de l'offre de soins publique et privée sur le territoire des Hautes-Pyrénées, l'autorité de tutelle s'est engagée, avec les principaux acteurs, dans une réflexion devant conduire à l'élaboration d'un **projet médical de territoire**. Le nouveau positionnement des établissements de santé participera à la définition d'un nouvel équilibre territorial, mettant en oeuvre une plus grande spécialisation des sites.

La perspective d'une répartition équilibrée de l'offre de soins sur le territoire peut en outre offrir aux établissements la vision à long terme dont ils ont besoin pour définir une politique d'investissement cohérente.

Conclusion

Alors que la population locale desservie stagne, le centre hospitalier de Bigorre doit faire face à une concurrence forte, qui s'exprime aussi bien dans le recrutement des patients que dans celui des médecins et soignants. Ce contexte l'oblige à mieux ajuster son positionnement dans l'offre de soins.

Le choix d'un rapprochement, puis d'un regroupement, avec le centre hospitalier de Lourdes devrait lui permettre de constituer des équipes médicales fortes sur des secteurs clé et de dégager les gains de productivité nécessaires pour permettre à terme un retour à l'équilibre financier. La suppression des doublons, puis dans un deuxième temps l'intervention sur un seul plateau technique, constituent des étapes nécessaires pour restaurer son équilibre financier.

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

*
* *

