



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 29 juillet 2009

Le Président

Réf. : DO9 204 02

Monsieur le Président,

J'ai l'honneur de vous notifier, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du code des juridictions financières, le rapport d'observations définitives sur les comptes et la gestion du centre hospitalier de Lannemezan au titre des années 1995 et suivantes, complété de la réponse de M. BAQUE, directeur en fonctions, à qui le présent rapport est également adressé.

Il vous appartient de communiquer ce rapport au conseil d'administration du centre hospitalier de Lannemezan dès sa plus proche réunion.

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

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

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

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

Jean-Louis BEAUD de BRIVE

Monsieur Henri FORGUES
Président du conseil d'administration
du Centre Hospitalier de Lannemezan
644, route de Toulouse – BP 90167
65308 Lannemezan



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 17 juin 2009

Le Président

Réf. : JO9 131 03

Monsieur le Directeur,

Par lettre en date du 14 novembre 2007, vous avez été informé, par la chambre régionale des comptes de Midi-Pyrénées, du contrôle des comptes du centre hospitalier de Lannemezan au titre des exercices 1995 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 7 octobre 2008, la chambre a procédé, dans sa séance du 28 novembre 2008, 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 gouvernance,
- la situation comptable et financière,
- la gestion des ressources humaines,
- l'organisation des soins,
- la qualité et la sécurité des soins,
- le système d'information

Par lettre du 5 février 2008, je vous ai adressé, ainsi qu'à M. SOCODIABEHÈRE et M. RIGAL, ordonnateurs en fonctions sur la période contrôlée, ces observations provisoires.

Monsieur Alain BAQUE
Directeur du Centre Hospitalier de Lannemezan
644, route de Toulouse – BP 90167
65308 Lannemezan

A la suite des réponses qui ont été apportées par votre lettre du 17 mars 2009, la juridiction a, dans sa séance du 21 avril 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 cet article, 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, 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.

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 131 03

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

SYNTHESE DES OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN

Le Centre hospitalier de Lannemezan (Hautes-Pyrénées) est situé sensiblement à mi-chemin entre Tarbes et Lourdes, localisées respectivement à 36 km et 56 km, à l'ouest, et Saint-Gaudens, à 40 km à l'est. Il emploie plus de 1350 salariés. Le budget principal, qui regroupe l'activité de court séjour de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et la psychiatrie, est de 65M€ au 31 décembre 2007, celui consolidé (avec les budgets annexes) s'élève à 78,6M€

Historiquement, l'hôpital de Lannemezan est un établissement spécialisé dans la prise en charge de la santé mentale, l'essentiel de son activité se faisant en psychiatrie. Dans le cadre d'une politique de diversification, il a développé les activités de court séjour à la suite de l'intégration de la clinique du Plateau en 1975, puis une activité en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées à partir des années 1990. Son offre de soins mobilise au 31 décembre 2007 603 lits, 234 places d'alternatives à l'hospitalisation et 215 places en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

L'établissement a éprouvé, dans le passé, des difficultés pour définir une politique de développement en cohérence avec l'approche territoriale des soins préconisée par le schéma régional d'organisation sanitaire. En témoigne le rejet par l'autorité de tutelle des projets d'établissement successifs. S'y sont substitués, pour l'organisation des activités médicales, des contrats d'objectifs et de moyens négociés puis signés avec la tutelle, en 2002 puis en 2007. Depuis 2004, la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A), qui ne concerne pour l'instant que les activités de court séjour MCO, a conduit l'établissement à reconsidérer son positionnement stratégique, en réduisant son offre de soins sur le court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique, tout en recherchant une meilleure prise en compte des besoins dans les secteurs de la psychiatrie, des personnes âgées et du handicap.

La réforme de la gouvernance a donné lieu dans l'établissement à la création des instances réglementaires : le conseil exécutif a été mis en place, de même que les pôles. Au niveau central, les médecins sont mieux associés à la préparation et à la prise de décision. S'agissant des pôles, leur nombre important en psychiatrie adulte présente l'inconvénient de limiter fortement les possibilités de mutualisation. De ce fait, la contractualisation interne, préalable à la déconcentration budgétaire, n'a pas été mise en place, ni l'intéressement.

La structure de l'exploitation étant désormais sensible aux performances atteintes par l'activité de court séjour MCO, la situation financière de l'établissement, qui était encore équilibrée jusqu'en 2004, est devenue déficitaire. En 2007, derrière un équilibre comptable apparent, compte tenu de ressources présentant un caractère exceptionnel, l'établissement présentait un déficit réel de 2 M€ ramené en 2008 à 1,5 M€ à la suite à la fermeture de la maternité. Ce déficit est imputable pour deux tiers à l'activité MCO et pour un autre tiers à la psychiatrie.

L'établissement doit donc assurer une meilleure maîtrise de ses dépenses, notamment en ce qui concerne la gestion des effectifs et des charges de personnel (problème de l'absentéisme, recours aux remplacements, gestion du temps de travail), et poursuivre l'effort entrepris pour rendre plus efficiente son organisation des soins. Dans le domaine de la psychiatrie, le SROS appelle l'établissement à poursuivre le développement des alternatives à l'hospitalisation, en réduisant le cas échéant le nombre des lits d'hospitalisation complète. Dans le domaine des activités de court séjour, l'analyse médico-économique met en évidence une organisation en décalage par rapport aux standards observés ailleurs, dégageant fin 2007 un déficit annuel proche de 1,5 M€, sur la base d'une valorisation des activités T2A à 100%. De fait, l'organisation de l'activité MCO présente certaines insuffisances, avec une activité importante et des lits saturés en médecine, et un constat inverse en gynécologie-obstétrique et en chirurgie, avec une activité très faible et une prise en charge en hospitalisation complète peu adaptée au besoin des patients et peu efficiente.

Dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en 2007, qui prévoit de nouvelles formes de prise en charge des patients et un certain reformatage des services, l'établissement a entamé l'adaptation de son organisation des soins. La fermeture de la maternité a contribué à réduire le déficit du secteur MCO, qui n'est plus que de 1 M€ depuis cette fermeture. En médecine, la prise en compte d'un besoin non satisfait de prise en charge des patients, notamment en faveur des personnes âgées, trouvera un début de réponse avec la création d'une unité de soins de courte durée, avec la mise en place de modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète et avec l'attention mise sur les activités en aval. En chirurgie, la mise en place d'une chirurgie ambulatoire et d'une chirurgie programmée de courte durée sera de nature à optimiser la prise en charge du patient et devrait pouvoir atténuer le déficit, même si la pertinence financière du dispositif reste à démontrer. Il en va de même en ce qui concerne le rapprochement entre le service des urgences et du service de soins continus. Quant à la permanence des soins, qui continue à mobiliser d'importantes ressources pour une activité parfois très faible, elle doit encore donner lieu à une réflexion approfondie.

Un pilotage médico-économique de qualité suppose un système d'information performant. Le dossier patient doit être parachevé, à la fois comme outil de connaissance et de suivi du patient, et comme moyen d'enregistrer les coûts par séjour. La qualité et l'exhaustivité du codage des actes, leur bonne facturation, conditionnant le bon encaissement des recettes, l'établissement doit répercuter aux services les corrections faites par le directeur de l'information médicale (DIM) et sécuriser son circuit de facturation. La valorisation des coûts de production des soins passe par le développement d'une comptabilité analytique médicalisée, par séjour, qui reste à construire. Les outils de pilotage, qui mesurent et comparent les performances (en termes de qualité des soins comme en termes économiques), doivent constituer un instrument de gestion partagé, pour mobiliser les équipes sur les objectifs à atteindre.

L'engagement concomitant de l'établissement dans la démarche qualité - sécurité des soins, au travers notamment de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la coordination des vigilances, constitue la garantie d'une amélioration continue de la qualité, compatible avec une recherche nécessaire d'efficience. Les initiatives prises par l'établissement pour mesurer la satisfaction du patient participent aussi de cet effort.

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 ET L'OFFRE SANITAIRE	2
2	LA GOUVERNANCE.....	6
2.1	LES ORGANES DE DIRECTION	6
2.2	LES POLES.....	7
3	LA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIERE.....	8
3.1	LA SITUATION AVANT 2002	8
3.2	LA SITUATION FINANCIERE (ANNEES 2003 A 2007).....	9
3.3	LA SINCERITE DES COMPTES	13
4	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	14
4.1	APERÇU GENERAL SUR L'EVOLUTION DES EFFECTIFS ET DES CHARGES	14
4.2	LE PERSONNEL NON MEDICAL.....	15
4.3	LE PERSONNEL MEDICAL	20
5	L'ORGANISATION DES SOINS.....	22
5.1	LE SECTEUR PSYCHIATRIQUE.....	22
5.2	L'ORGANISATION DANS LE SECTEUR DE LA MCO	25
5.3	LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES AGEES ET LES PERSONNES HANDICAPEES	32
6	LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	33
6.1	LA DEMARCHE QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS	33
6.2	LA SATISFACTION DES PATIENTS.....	35
7	LE SYSTEME D'INFORMATION.....	36
7.1	LA VALORISATION DE L'ACTIVITE DE SOINS ET SA FACTURATION.....	36
7.2	LA CONNAISSANCE DES COUTS	37

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

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

1.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de Lannemezan est à l'origine un établissement dont la vocation exclusive est la prise en charge de la santé mentale. Avec la diversification des activités, en 1975 puis au cours des années 1990, l'établissement a connu un très fort développement de ses capacités d'hospitalisation. Il est le premier employeur du bassin d'emploi et le second du département après le centre hospitalier de Tarbes-Bigorre.

L'offre de soins du centre hospitalier de Lannemezan, en fin d'année 2007, est de 603 lits installés, dont environ la moitié en psychiatrie, 61 en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), avant la fermeture de la maternité intervenue en 2008, et de 249 lits pour la prise en charge des personnes âgées ou handicapées. Au cours de la période 2002-2007, les capacités d'accueil de l'établissement ont augmenté essentiellement en psychiatrie adulte (+8 lits) et prise en charge des personnes âgées (+11 lits). L'établissement disposait par ailleurs de 388 places d'alternative à l'hospitalisation en psychiatrie (en augmentation de 24 sur la période), de 59 pour l'hébergement de jour des personnes âgées (en augmentation de 8 sur la période) et de 2 places d'hospitalisation en court séjour MCO.

L'activité est restée soutenue dans les secteurs autres que le court séjour MCO. En psychiatrie adulte, la file active des patients a augmenté durant la période sous revue tandis que le nombre de patients hospitalisés a baissé. L'activité ambulatoire, en nette progression, a compensé la diminution du nombre d'entrées directes en hospitalisation complète. En pédopsychiatrie, la file active des patients a augmenté mais les taux d'occupation en hospitalisation complète sont faibles. Dans le secteur de la prise en charge des personnes âgées et handicapées, le taux d'occupation est resté proche de 100 % pour les trois structures concernées : EHPAD (maison de retraite), unité de soins de longue durée et service infirmier (SIDPA). En court séjour MCO, l'activité a été soutenue en médecine mais faible sur les activités de chirurgie et gynécologie-obstétrique, qui mobilisent le plus le plateau technique. La maternité a été fermée tandis qu'en chirurgie des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète ont commencé à être mis en place.

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

L'offre de soins du centre hospitalier de Lannemezan prend place dans un contexte démographique marqué par une population à la fois en décroissance, en raison du déclin du tissu industriel départemental, et en vieillissement.

Aux hôpitaux de Lannemezan, la notion de territoire de soins se décline de façon très différente selon la mission : l'hôpital intervient en effet comme hôpital départemental en psychiatrie, mais comme hôpital de proximité dans ses autres activités. Dans le cadre de son activité principale, à savoir la psychiatrie adulte, le territoire de soins dépasse le strict périmètre du département des Hautes-Pyrénées puisqu'il s'étend au secteur sanitaire de Saint-Gaudens en Haute-Garonne. Cette activité y est structurée en 4 secteurs : Tarbes Nord (73 035 habitants), Tarbes Sud-Lourdes (79 510 habitants), Tarbes Est-Lannemezan (76 352 habitants), Saint-Gaudens (80 165 habitants dans l'Est du département des Hautes-Pyrénées avec 3 cantons à l'ouest du département de la Haute-Garonne). En pédopsychiatrie en revanche, la zone d'attraction recouvre exactement les limites géographiques du département.

Dans le cadre de son activité de soins de proximité, le potentiel de patients de l'établissement correspond peu ou prou à la zone desservie par le SMUR, qui compte 34 093 habitants hors population saisonnière (statistique de 1999). La clientèle provient à hauteur de 78 % du département, de 12 % de la région (hors département), de 10 % hors région¹, les 22 % extérieurs s'expliquant par le tourisme, notamment hivernal (point d'entrée des vallées). En période hivernale et estivale, le bassin voit sa population tripler et s'élever à environ 100 000 habitants². Le passage autoroutier de l'A64 qui traverse le plateau de Lannemezan est également à prendre en compte.

La concurrence est faible en psychiatrie puisque l'établissement a le quasi-monopole des soins dans cette discipline, hormis un secteur privé faible localisé sur Tarbes. Elle est nettement plus présente en revanche en court séjour, avec le centre hospitalier de Tarbes et la clinique privée de l'Ormeau à Tarbes, voire le centre hospitalier de Saint-Gaudens situé en Haute-Garonne. L'établissement ne dispose pas de lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), les patients étant adressés à l'Arbizon, Astugue et Bagnères-de-Luchon. Il entend déposer un dossier de demande d'autorisation pour exercer cette activité.

Il est important que l'établissement évalue clairement sa place dans l'offre de soins départementale, pour s'y positionner le plus justement possible, en adéquation avec le schéma régional et l'offre de soins concurrentielle déjà existante. Cette démarche repose sur une étude des flux de patients et des zones de concurrence et de complémentarité, engagée mais non rendue encore disponible à la date du contrôle. D'ores et déjà, la conférence sanitaire de territoire du 9 avril 2008 a mis en évidence diverses fuites de clientèle vers Toulouse et Pau.

¹ Source : PMSI 2005

² Si ce n'était l'afflux saisonnier, la population des neuf cantons composant le secteur sanitaire de Lannemezan reste insuffisante pour amortir les coûts d'un plateau technique complet de médecine chirurgie obstétrique (MCO), surtout dans le nouveau contexte de concurrence entre établissements.

1.2.1 Les orientations du SROS

Le schéma régional d'organisation sanitaire, dont le projet a donné lieu à une large concertation au niveau régional, fixe les orientations de l'offre de soins. Le double objectif affiché traduit les aspirations parfois divergentes des acteurs locaux : de recherche d'une plus grande cohérence de l'offre de soins s'agissant de l'autorité de santé, de maintien de l'offre locale pour les élus. Sur la période examinée ce sont principalement le deuxième schéma régional d'organisation sanitaire (SROS II), arrêté par le directeur de l'ARH en juin 1999, puis le SROS III, arrêté en mars 2006, qui ont servi de cadre à la planification sanitaire régionale. Le SROS III est venu réunir en un seul document les autorisations, désormais données pour des activités, et les orientations pour harmoniser et rationaliser l'offre de soins³.

Les dispositions de l'arrêté du 11 juillet 2001 portant schéma régional en psychiatrie ont été maintenues comme parties intégrantes du SROS III. Le schéma régional de psychiatrie, qui note que les pratiques ambulatoires et la psychiatrie communautaire sont dans la région en-deçà des tendances nationales, et constate le caractère trop « hospitalo-dépendant » des formules de prise en charge des patients retenues localement, incite à réduire l'hospitalisation complète et à développer différentes formes d'alternatives à l'hospitalisation.

Pour les activités autres que la psychiatrie, le SROS III met en avant à la fois une valorisation des hôpitaux locaux et le développement de solutions alternatives à l'hospitalisation. En MCO, des objectifs quantifiés en volume d'activité (OQVA), établis à partir des données démographiques et des données d'activité, viennent encadrer l'activité des établissements. S'agissant de la maternité, l'établissement a bénéficié du principe de l'exception géographique reconnu par le SROS III pour obtenir jusqu'en 2007 le renouvellement de l'autorisation d'obstétrique. S'agissant de la chirurgie, le SROS III préconise le développement de la chirurgie ambulatoire et en fait « *une priorité forte pour tous les établissements* », en particulier en ortho-traumatologie, en ophtalmologie, en ORL, en vasculaire et en urologie » dans le cadre d'opérations d'adaptation des plateaux techniques à faible activité.

Outre les éléments issus du SROS III, d'autres orientations structurantes sont définies au plan national, comme les propositions de parcours du patient ou de coopération avec d'autres établissements⁴.

³ - SROSS II (2004) : les dispositions de l'arrêté du 7 juillet 2004 sont partie intégrante du SROS 3 (2006) pour les disciplines suivantes : réanimation, cardio-vasculaire, neuro-vasculaire, urgences, insuffisances rénale chronique.

- SROSS III (2006) : le SROS 3 a été arrêté par l'Agence régionale d'hospitalisation le 22 mars 2006, régulant l'offre de soins hospitaliers dans les disciplines suivantes : urgences, périnatalité, enfants et adolescents, médecine, plateaux technique, soins de suite et réadaptation (SSR), cancer, soins palliatifs, personnes âgées, cérébro-lésés.

⁴ - le parcours du patient âgé (maintien à domicile, court séjour gériatrique, accroissement des capacités en SRR) ;

- le parcours de la femme enceinte et l'offre périnatale (une surveillance périnatale de proximité, 2 voire un seul site public d'accouchement) ;

- le parcours de l'urgence chirurgicale et l'offre chirurgicale (maintien des services d'urgence actuels, mutualisation de l'offre radiologique, développement de l'orthopédie-traumatologie ambulatoire sur les CH, graduation de l'offre départementale) ;

- l'organisation de coopérations public-privé sur certaines spécialités, notamment pour l'organisation de la permanence des soins.

1.2.2 *Le projet d'établissement et les contrats d'objectifs et de moyens (COM puis 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'établissement. Aux termes de l'article L.6114-1 à 4 du CSP, les établissements doivent aussi s'engager avec l'autorité de tutelle sur un *contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* (CPOM), destiné à encadrer les activités médicales de l'établissement.

Dans le cas du centre hospitalier de Lannemezan, les démarches de programmation initiées par l'établissement se sont régulièrement heurtées à une autre lecture de la configuration de l'offre de soins par l'autorité territoriale de soins, l'opposition se cristallisant sur le devenir des activités de court séjour. Dans ce contexte, **le contrat d'objectifs et de moyens, défini conjointement par l'établissement et par l'autorité de tutelle, a constitué le seul outil de programmation réellement mis en œuvre.**

Déjà, le premier projet d'établissement adopté par l'établissement pour la période 1996-2000 n'avait été approuvé que le 7 mai 1999 en raison des réserves émises à l'époque par l'autorité de tutelle sur certaines options prises par l'établissement, notamment sur la création de 20 lits de soins de suite ou de réadaptation (SSR), non compensée par un effort de réduction de la capacité d'accueil en court séjour. Dans l'ensemble, à part les urgences psychiatriques et la création d'un département de médecine polyvalente qui devraient être réalisées dans le cadre du CPOM signé le 31 mars 2007, les projets inscrits avaient pu être réalisés⁵.

Le 19 juillet 2002, les hôpitaux de Lannemezan et l'Agence régionale d'hospitalisation ont signé un contrat d'objectifs et de moyens (COM), applicable sur la période 2002 à 2006⁶. Outre le développement des prises en charge des personnes démunies et des personnes âgées, l'objectif du CPOM était d'assurer la sécurité des prises en charge, singulièrement en court séjour⁷. On y note en outre, pour le centre médico-chirurgical (CMC), les objectifs d'optimisation du bloc opératoire (charte de bloc et conseil de bloc) et de création d'une activité d'hospitalisation de jour médico-chirurgicale (par transformation de lits en places), ainsi que le développement d'une hospitalisation à durée déterminée (HDD). Ces derniers projets sont repris dans le CPOM 2007-2011.

⁵ Redécoupage des secteurs de psychiatrie, séniorisation des urgences, regroupement des centres médico-psychologiques (CMP) sur Tarbes et installation d'un centre de postcure, psychiatrie de liaison, création des structures médico-sociales : maison d'accueil spécialisée (MAS) et foyer d'accueil médicalisé (FAM). Les conventions tripartites ont été signées.

⁶ Le COM 2002-2006 a donné lieu à une évaluation interne.

⁷ En anesthésie en créant une astreinte d'infirmière anesthésiste diplômée d'Etat (IADE), en maternité en finançant un équivalent temps plein (ETP) de sage-femme afin de disposer de deux sages-femmes pour l'activité de jour (avec la sédentarisation d'un gynécologue), aux urgences générales avec le financement d'un sixième poste de PH temps partiel, la création d'une fédération médicale hospitalière avec le centre hospitalier de Tarbes et l'étude d'opportunité d'un scanner, et aux urgences psychiatriques avec la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) au sein du SAU de Tarbes.

A partir de mai 2004, le centre hospitalier de Lannemezan s'est engagé, avec l'aide d'un consultant, dans une démarche de formalisation de sa politique d'établissement. Pour le court séjour, le projet d'établissement 2006-2010 dans sa version initiale confortait sa position d'hôpital de proximité. Mais le contexte très tendu de l'année 2006, à la fois en raison des difficultés de recrutement de médecins dans certaines spécialités et des déficits engendrés en MCO par la mise en place de la T2A, a conduit la direction à envisager une évolution alternative pour le centre médico-chirurgical, dans laquelle les activités de maternité et de chirurgie étaient arrêtées. Le projet d'établissement élaboré, qui comportait deux options pour le centre médico-chirurgical, n'a pas été soumis aux instances de l'établissement, ni a fortiori approuvé par l'ARH. Cette situation de blocage institutionnel a perduré pratiquement pendant deux ans, la fermeture de la maternité ayant marqué le point d'orgue de cette crise institutionnelle. Dans ce contexte, le CPOM, grâce à sa procédure souple, s'est révélé comme un outil de programmation bien adapté.

Un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été signé le 31 mars 2007. A cette date, toutes les matières incluses dans le CPOM n'avaient pas fait l'objet d'une contractualisation. Fin 2007, les sujets restant à traiter concernaient la chirurgie (projet de chirurgie ambulatoire en cours) et les soins de suite ou de réadaptation. Une solution de compromis a été trouvée en chirurgie dans le courant 2008 tandis qu'une position de statu quo a été adoptée en SSR.

1.2.3 La coopération avec les autres établissements.

En court séjour MCO, les hôpitaux de Lannemezan ont défini des partenariats avec les différents établissements limitrophes⁸. Les deux établissements de Tarbes et Lannemezan sont en principe complémentaires, le premier étant amené à intervenir sur le plateau technique de Lannemezan. Cependant, dans plusieurs disciplines, les conventions visant à partager les ressources entre les deux établissements ne sont plus opérantes.

En psychiatrie, les efforts de coopération ont porté sur la psychiatrie de liaison avec les centres hospitaliers de Tarbes, de Saint-Gaudens, de Bagnères-de-Bigorre et de Lourdes, sur les urgences psychiatriques avec les deux premiers, enfin sur la prévention, l'ambulatoire et l'orientation avec l'association ADAOS et l'Education nationale.

1.2.4 Les réformes

D'importants éléments structurants de la programmation hospitalière résident dans les réformes intervenues depuis 2000. La réforme de la tarification à l'activité (T2A) instaurée en MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) vise à rétablir un lien -qui s'était fortement distendu depuis 1983- entre les moyens engagés dans une discipline et l'activité de soins produit ; elle agit comme levier d'adaptation de l'offre de soins hospitalière. La réforme de la gouvernance et la démarche de certification et de gestion des risques et des vigilances en constituent les corollaires, la visée économique étant sous-tendue par la volonté d'améliorer la prise en charge du patient, grâce à la mobilisation de l'ensemble de la communauté hospitalière.

⁸ Des conventions ont ainsi été signées avec le centre hospitalier départemental de Tarbes-Bigorre dans les domaines suivants : chirurgie orthopédique, gastro-entérologie, anatomopathologie, ophtalmologie, neurologie, IFSI de Tarbes, centre périnatal de proximité (CPP). D'autres sont également en projet : néonatalogie, cancérologie, urgences, radiologie, hospitalisation à domicile (HAD), télé-médecine.

Conclusion

Historiquement, l'offre de soins du CH de Lannemezan procède d'une addition d'activités très diversifiées, parfois de manière fortuite, comme ce fut le cas lors de l'intégration de la clinique du Plateau en 1975. L'établissement a commencé à retrouver un développement harmonieux depuis qu'il s'est engagé avec l'ARH dans une démarche stratégique d'ajustement de son organisation des soins, concrétisée par la signature d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, que la passation d'avenants doit venir compléter.

2 LA GOUVERNANCE

L'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005, complétée par l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005, a réformé les règles de fonctionnement des établissements publics de santé dans le sens d'une plus grande responsabilisation des acteurs. De nouvelles instances ont été créées ; les services ont dû être regroupés en pôles, les outils d'un pilotage décentralisé mis en place.

2.1 Les organes de direction

L'ordonnance du 2 mai 2005 a recentré l'action du 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 à la gestion les directeurs et les praticiens par la création d'une nouvelle instance, le conseil exécutif.

La meilleure cohésion de la communauté médicale et de la direction, rendue possible par la mise en place du conseil exécutif, n'a pas permis cependant de déboucher sur des décisions communes s'agissant du positionnement stratégique de l'établissement et de l'organisation des soins, faute d'appréciation partagée par les deux instances, conseil d'administration et conseil exécutif. La pression résultant des normes de sécurité des soins et celle financière exercée par le passage à 100% de la tarification à l'activité ont, en définitive, été déterminantes pour conduire les partenaires, dans le cadre du CPOM, vers une position devenue progressivement plus consensuelle.

Le CPOM signé le 31 mars 2007 avec l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) a constitué un cadre déterminant puisqu'il a notamment permis au conseil d'administration de repérer, pour chaque secteur d'activité, les marges d'adaptation et de progrès. Des avenants, portant sur la périnatalité, la chirurgie et la mise en place d'un partenariat public-privé pour améliorer l'efficacité de ce service et celui de l'imagerie scanner également sur les réseaux, ont été abordés en séance du conseil d'administration du 25 avril 2008.

2.2 *Les pôles*

2.2.1 *La mise en place des pôles*

Outre l'activité administrative, technique et logistique regroupée en deux pôles, l'activité clinique a été découpée en 9 pôles dont 4 de psychiatrie générale, correspondant aux quatre secteurs de psychiatrie adulte, un de *pédopsychiatrie*, un pôle *personnes âgées*, un pôle *handicap*, un pôle de *MCO*. Même si le schéma retenu a fait l'unanimité des votes, d'autres logiques de regroupement des services étaient imaginables, singulièrement en psychiatrie, où le maintien de quatre pôles en psychiatrie adulte a fait l'objet de débats, pour différentes raisons tenant au besoin de rapprocher le lieu de prise en charge du patient, à la pénurie du personnel médical, à la possibilité de mutualiser les moyens humains et matériels.

En psychiatrie adulte, la création de 4 pôles, qui a été calquée sur le nombre de secteurs préexistants, n'est pas étrangère au statu quo conservé dans l'organisation interne. La direction a décidé de suspendre la signature des contrats de pôle car elle a estimé qu'elle aurait pour effet de renforcer les cloisonnements. Outre une plus grande cohérence interne et une réduction des coûts, le regroupement des moyens autour d'un nombre réduit de secteurs permettrait cependant au CH de Lannemezan de mieux maîtriser le problème de la pénurie médicale auquel il est sévèrement confronté dans cette spécialité de psychiatrie. Certains secteurs ne travaillent ainsi qu'avec un seul psychiatre certificateur, voire parfois en son absence. Le mode relationnel de l'organisation interne est aussi appelé à évoluer : aujourd'hui essentiellement vertical et hiérarchique, il pourrait tendre vers un mode de relation plus horizontal et multidisciplinaire.

Les chefs de pôle ont été nommés et les conseils de pôle constitués ; d'ores et déjà, grâce aux conseils de pôle, le dialogue institutionnel a été simplifié. Les cadres de santé ont été désignés presque partout, mais les assistants de gestion n'ont pas été nommés, faute de crédits. Sauf au centre médico-chirurgical, la création des pôles n'a pas eu pour conséquence la suppression des postes de chefs de service.

Au centre hospitalier de Lannemezan, la gestion de proximité se décline donc de façon contrastée selon les domaines d'activité. En MCO, la mise en place d'un seul pôle commence à produire des effets positifs. Mais en psychiatrie, elle se heurte clairement au nombre excessif de pôles, qui rend hypothétique une mutualisation des moyens. Ce préalable réglé, les contrats de pôle entre direction générale et pôles de gestion pourront constituer une nouvelle étape vers un management par objectif et un contrôle des résultats.

2.2.2 *Les outils de la gestion déconcentrée*

Il n'a pas encore été signé de contrats de pôles ni établi de budgets de pôles. Il n'y a donc pas de délégation de gestion, ni d'intéressement pour matérialiser les responsabilités et l'autonomie de gestion transférées aux chefs de pôle, dans le cadre de budgets décentralisés. Actuellement, seuls les pôles médico-social et personnes âgées ont une enveloppe de remplacement dédiée.

Les autres outils nécessaires au pilotage font également défaut ; les pôles n'ont pas de tableaux de bord pour suivre leur activité et leur performance ; leur capacité de diagnostic reste donc limitée. Un contrôle de gestion est néanmoins effectué chaque trimestre par la direction pour chaque pôle. Dans l'optique d'une gestion déconcentrée, le système d'information et de pilotage de l'établissement doit être aménagé pour délivrer aux pôles les informations nécessaires (données médico-économiques, exhaustivité du codage, respect du budget délégué, résultats de pôle basés sur la comptabilité analytique).

A ce jour, l'apport des pôles dans la gestion demeure donc trop souvent virtuel. La gestion de proximité reste à construire, que ce soit en gestion budgétaire, en gestion des effectifs (par exemple en matière de remplacements), ou en ce qui concerne les achats. Pour l'heure, il semble que le secteur MCO soit le seul où la mise en place d'un pôle ait permis de fluidifier l'organisation et de moins solliciter le pool de remplacement en cas d'absence. Le partage des ressources en personnel passe encore néanmoins par une plus grande polyvalence (ou multidisciplinarité) et suppose qu'un effort important de formation soit consenti. Un impact positif de l'organisation en pôle y a également été constaté pour l'achat du matériel, singulièrement des consommables, en raison des études préalables conduites sur les prix d'achat et les coûts.

2.2.3 *Les relations entre les pôles*

Les relations internes aux pôles doivent se développer, mais aussi celles entre les pôles, dans la mesure où ils maintiennent un découpage susceptible lui-même d'entretenir des redondances. A Lannemezan, divers exemples illustrent cette problématique. La psychiatrie a ainsi son propre service de médecine polyvalente psychiatrique, sans qu'une relation soit établie avec le service de médecine générale. La psychiatrie a de même sa propre unité de géronto-psychiatrie, sans qu'une communication soit établie avec la gériatrie. De même, le secteur des personnes âgées prévoit la création d'un service de soins aigus Alzheimer, qui pourrait éventuellement être pris en charge par le service de médecine, mais les deux unités n'ont pas établi de contact.

La nouvelle gouvernance, qui s'attache, avec le comité exécutif à traiter les problèmes ensemble, hors des découpages, peut permettre de dépasser les logiques de services ou de spécialités. La DDASS s'emploie à faire prévaloir une telle vision à travers le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

3 LA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIERE

3.1 *La situation avant 2002*

Un audit financier effectué préalablement au COM 2002-2006 avait permis de mettre en exergue les forces et faiblesses de la gestion financière de l'établissement. Parmi les points forts, l'audit notait un effort de gestion sur les principaux postes de dépenses, le redéploiement de moyens sanitaires du budget principal psychiatrie vers le secteur médico-social (maison d'accueil spécialisée et foyer d'accueil médicalisé) et, en psychiatrie, un rapport *moyens / activité* proche de la moyenne régionale. Parmi les points faibles, l'évolution défavorable de la structure des dépenses et des recettes était soulignée (poids des dépenses de personnel de 75 % à 80 % en 2000, diminution de la dotation globale de fonctionnement, effet de ciseaux) de même que le déficit structurel du service infirmier à domicile pour personnes âgées (SIADPA).

Le contrat d'objectif et de moyens signé à l'issue de cet audit incitait à renforcer la sécurité financière de l'établissement, en mettant en place différents outils de gestion (contractualisation des budgets de services du centre médico-chirurgical, programmation pluriannuelle des investissements, gestion active de la dette et de la trésorerie). Les outils de gestion préconisés ont été mis en place et des conventions tripartites signées. Mais, pour ce qui est de la maîtrise des dépenses, singulièrement de personnel, le poids de ces dernières est resté d'environ 79 %, et l'effet de ciseaux s'est renforcé, du fait de l'augmentation des dépenses de personnel et de la diminution des recettes d'assurance-maladie.

3.2 *La situation financière (années 2003 à 2007)*

L'activité psychiatrique étant largement prédominante, le financement du budget hospitalier est resté essentiellement forfaitaire, ce qui a atténué l'effet de la mise en place progressive de la tarification à l'activité (10% en 2004, 25% en 2005, 35% en 2006, 50% en 2007 puis 100% en 2008 avec un coefficient de transition⁹). En 2007, la part du budget hospitalier financé à l'activité était de 4,5M€ pour un montant de recettes du titre I de 52,5M€ soit 8,5 %.

3.2.1 *Les résultats d'exploitation consolidés (budget principal et budgets annexes)*

Les Hôpitaux de Lannemezan, budget principal et budgets annexes confondus, ont affiché des résultats consolidés excédentaires jusqu'en 2004, puis déficitaires en 2005 (-0,22M€) et 2006 (-0,28M€) en raison du déficit croissant dégagé par l'activité MCO. **En 2007, l'établissement affiche un résultat consolidé en équilibre apparent (63K€) ; celui-ci n'est atteint en réalité que grâce aux crédits exceptionnels perçus par l'établissement** au titre de son appartenance à une zone de revitalisation rurale pour les années 2005 à 2007 et comptabilisés sur la seule année 2007, soit une somme globale de 2M€. De fait, les crédits exceptionnels en question, qui correspondent au remboursement des cotisations versées au titre des charges patronales, ont représenté un allègement de charges de 596 K€ en 2005 (application du dispositif depuis février), de 638 K€ en 2006 et de 744 K€ en 2007. L'extinction progressive de ce dispositif d'aide met en lumière la fragilité de l'équilibre d'exploitation de l'établissement.

Pour 2008, le centre hospitalier a présenté un compte de résultat prévisionnel principal en équilibre, avec un niveau de charges de 64,4 M€. Ce résultat, rendu possible par la fermeture de la maternité, est cependant principalement obtenu par des reprises de provisions pour 1,5 M€ ce qui traduit toujours un déséquilibre structurel.

⁹ L'application aux recettes T2A en 2008 d'un coefficient de transition, destiné à atténuer l'impact financier du passage en tarification à l'activité à 100 %, se traduit cette année là par un abondement de ses recettes d'environ 170 K€

3.2.2 *Le budget principal (H)*

Le budget principal, (psychiatrie, MCO et urgences) devient déficitaire à partir de 2005 (-222 K€ en 2005 et -304 K€ en 2006), l'excédent d'exploitation de l'activité psychiatrique ne parvenant plus à compenser le déficit du secteur MCO. La présentation des résultats d'exploitation par activité, dans le tableau ci-après, montre le rôle important joué par l'activité de psychiatrie sur l'équilibre financier de l'établissement.

Résultats d'exploitation du budget principal présenté par activité

Résultats en K€	2002	2003	2004	2005	2006	2007
MCO et urgences			-627	-967	-957	-1 542
Psychiatrie			1109	745	653	1 551
total consolidé	243	2 594	482	-222	-304	9

Source : comptes financiers retraités

Les recettes d'exploitation ont augmenté en 5 ans (de 2003 à 2007) de 8,75 %, soit en croissance annuelle de 2,1%. La part des produits de l'assurance-maladie décroît faiblement (de 85,4 % à 84,8 %), notamment en raison du passage au financement à l'activité pour le secteur MCO ; la part des produits hospitaliers reste stable autour de 4,5 % ; celle des « autres produits » augmente de 10,4 % à 11,7 %, notamment en raison de l'augmentation des rétrocessions de médicaments et des remboursements des budgets annexes. Pour les activités MCO, les dotations de l'assurance-maladie laissent progressivement la place depuis 2004 aux recettes liées à l'activité, mais leur part ne représente encore que 5% des recettes du titre I en 2006.

Dans le même temps, **les dépenses d'exploitation** ont crû à un rythme légèrement supérieur (+9% de 2003 à 2007) à celui des recettes, soit 2,2% par an %. Les dépenses des titres 1 (personnel) et 2 (dépenses médicales) ont augmenté respectivement de 11,5% et 6% entre 2003 et 2007, soit **pour les dépenses de personnel une augmentation de 2,8 % par an, plus rapide que celle des autres dépenses**. Les dépenses d'ordre logistique et général (titre 3) ont été réduites (-7,47%), malgré une hausse constatée sur certains postes incompressibles, du moins en courte période (+96% en 2006 sur les dépenses d'énergie et électricité). Celles du titre 4 (amortissements, provisions et charges financières) ont augmenté de 15,1%, en raison principalement de provisions constituées en 2004.

En 2005, les dépenses totales ont diminué grâce à la signature des conventions tripartites intervenue l'année précédente (la subvention d'équilibre versée par le budget principal aux budgets personnes âgées soit 813 000 € est supprimée le 31 décembre 2004 ; l'augmentation forte des dépenses de personnel cette année là explique le déficit du budget principal). En 2006, la maîtrise des dépenses de personnel (+1,35 %) n'a pas suffi pour équilibrer le budget principal et les dépenses à caractère hôtelier et général augmentent fortement (+4,8 %). En 2007, les dépenses n'augmentent que de 2 %, grâce à la bonne maîtrise des charges des groupes 2 (dépenses médicales) et 3 (dépenses à caractère hôtelier et générales), que la direction impute à l'attention portée par les services au respect des enveloppes qui leur sont attribuées et au contrôle budgétaire mis en œuvre. Mais l'exercice 2007 voit les dépenses de personnel augmenter de 4,2 %, en raison de l'augmentation des effectifs et de l'impact des protocoles de revalorisation de la fonction publique hospitalière.

En 2007, l'équilibre budgétaire provient surtout des remboursements obtenus au titre de l'exonération de l'établissement sur les charges sociales des personnels contractuels et intérimaires compte tenu de son appartenance à une zone de revitalisation rurale, soit environ 700K€ par an. **Cette opportunité budgétaire devant prendre fin en 2010, l'établissement devra la compenser par une maîtrise accrue de ses coûts.**

3.2.3 Les budgets annexes

Sur la période examinée, les budgets annexes ont été arrêtés en excédent, à l'exception du budget de **l'unité de soins de longue durée (USLD)** en 2005, dont le déficit s'explique par le changement de régime de financement intervenu en 2004, avec la signature de la convention tripartite le 31 décembre 2004 et la mise en application complète de la tarification ternaire, instaurant une sincérité des comptes et interdisant une subvention du budget général. Ce budget a donc augmenté fortement et grâce à l'excédent dégagé par les soins et l'hébergement, les exercices 2006 et 2007 sont de nouveau excédentaires.

La maison de retraite de Galan fonctionne depuis 2004 selon les mêmes principes que l'unité de soins de longue durée, étant également régie désormais par la convention tripartite signée le 31 décembre 2004. Pour les mêmes raisons que pour l'USLD, le budget de la maison de retraite a également augmenté fortement (2003-2007).

Le service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIDPA) affiche un excédent artificiel de 551€ en 2006 mais a été obligé de reporter en 2007 un montant de 97 K€ de charges. Les recettes arrêtées en forfait-soins sont donc insuffisantes pour couvrir l'augmentation des charges de personnel et des honoraires des infirmières libérales représentant des surcoûts de prise en charge de certains patients. La question se pose aussi de la poursuite de la prise en charge de certaines pathologies (ex. diabétiques). Le problème n'est pas réglé à ce jour et reste en négociation avec la CPAM/DDASS.

Le budget de **la dotation non affectée** a diminué sur la période, de 62,3% entre 2001 et 2005. Cette diminution en 2005 résulte de la suppression de l'activité interne d'équithérapie, qui était comptabilisé en stock (compte 7135).

Résultats comptables des budgets annexes :

budgets annexes (en €)	2003	2004	2005	2006	2007
dotation non affectée	28 315	37 476	22 370	18 506	23 085
USLD	2 554	652	-30 832	2 178	20 854
écoles paramédicales			1 450	178	323
Maison de retraite- EHPAD	3 234	403	10	1 036	6 816
service de soins infirmiers à domicile	2 585	803	5 849	552	735
activités art. L.312-1 CASF (MAS)	2 713	398	1 806	368	1 764
activités art. L.312-1 CASF (FAM)	2 535	919	45	1 023	58

Source : rapports de gestion de l'ordonnateur

3.2.4 Le financement des investissements et l'équilibre financier

Hormis en 2004 où elle a atteint 4 M€ suite aux provisions constituées, la **capacité d'autofinancement**¹⁰ (CAF) est restée relativement stable jusqu'en 2006, à un niveau proche de 2,5M€ du fait des amortissements pratiqués ainsi que des plus-values provenant des cessions d'actifs, mais elle a chuté sous les 2M€ en 2007 (1,9M€). Le coefficient d'autofinancement, qui rapporte la CAF aux produits d'exploitation, n'est plus que de 2,62% en 2007 pour une moyenne de 4,83% pour l'ensemble des hôpitaux. Le taux de marge brute¹¹, qui mesure la capacité de l'établissement à financer son investissement, est passé de 4,94% en 2004 à 3,13% en 2006 (pour une moyenne nationale de 4,46% cette année là), puis à 1,33% en 2007.

Les investissements se sont élevés globalement à 12,5 M€ sur la période 2002-2007, soit un montant moyen annuel de 2,1M€. Ils ont été financés pour deux tiers par autofinancement, et pour environ un tiers par emprunt. En 2005 et 2006, le rythme d'investissement s'est ralenti (1,2 et 1,7M€ d'investissements), l'établissement étant dans l'attente de l'approbation de son programme. Son programme de renouvellement des équipements (de matériel médical, notamment en radiologie) adopté dans le cadre du programme de financement pluriannuel (PGFP) par le conseil d'administration du 25 avril 2008 ayant été maintenu, le niveau d'investissement devrait être important entre 2009 et 2011, notamment avec l'opération prévue de rénovation de l'USLD (7M€).

Le niveau de la dette du centre hospitalier de Lannemezan a diminué sur la période 2002-2007, passant de 7,6 M€ à 5,16 M€. L'annuité de la dette représentait 857 K€ en 2006, contre 2 065 K€ en 2005. Le ratio de durée apparente de la dette, exprimé en années, qui rapporte l'encours de la dette à la capacité d'autofinancement, était en 2007 de 3,24 ans, pour une moyenne (tous établissements) de 1,87 en 2006. Le ratio de *dépendance* financière, qui mesure le poids de la dette dans les ressources stables, est de 20,35% en 2007, plus élevé que la moyenne observée dans l'ensemble des établissements publics de santé (16,44%).

L'équilibre financier, tel qu'il ressort du bilan, n'apparaît pas menacé. En haut de bilan, les ressources stables d'investissement couvrent les immobilisations, même si le taux de couverture des actifs immobilisés par des ressources stables est un peu inférieur à 100%. Mais depuis 2006, le fonds de roulement d'exploitation (FRE) est devenu négatif, notamment en raison des déficits d'exploitation, ce qui a obligé l'établissement à contracter 2007 un emprunt à hauteur de 1,65M€ pour reconstituer son fonds de roulement.

¹⁰ La CAF est composée des amortissements et provisions nets de reprises, du résultat d'exploitation de l'exercice avant affectation, des plus ou moins values sur éléments d'actifs cédés, et des subventions d'investissement virées au compte de résultat.

¹¹ Le taux de marge brute est obtenu en rapportant la marge brute au total des recettes inscrites aux crédits des comptes 70 à 75 (hors 7584).

Le besoin en fonds de roulement (BFR), qui représente la différence entre l'actif circulant et le passif circulant, est devenu générateur de ressources en 2005 et 2006, essentiellement grâce à l'avance octroyée par l'assurance maladie dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité. L'impact du remboursement de ladite avance sur la trésorerie devrait être atténué par le remboursement prévu par l'assurance maladie de la créance de l'article 58 pour la part MCO¹².

La trésorerie au 31 décembre, qui est restée négative en début de période, jusqu'en 2004, l'est de nouveau en 2007 (-890K€). L'établissement met en œuvre une gestion active de la dette et de la trésorerie, en flux tendus, grâce à un emprunt de type CLTR (crédit long terme renouvelable), reconduit chaque année.

3.3 *La sincérité des comptes*

La pratique des reports de charges n'a pas affecté de manière significative la sincérité des comptes de l'établissement. Celui-ci a en revanche conservé dans son bilan des provisions qui n'étaient pas motivées par la couverture d'un risque clairement identifié et qui jouaient ainsi le rôle d'une réserve de trésorerie, en mode passif, et d'une variable d'ajustement budgétaire, en mode actif. Leur reprise prévue en 2008, si elle intervient, aura pour effet de régulariser une pratique de provisionnement non conforme à la réglementation.

Le principe de l'imputation sur chaque budget des seules opérations le concernant a quant à lui connu certaines entorses. Ainsi le budget général a-t-il continué à endosser pendant une partie de la période examinée -soit jusqu'en 2004 inclus- des charges relevant des budgets annexes de l'unité de soins de longue durée (USLD) et de la maison de retraite, devenue EHPAD. Les conventions tripartites signées en 2004 ont permis de clarifier cette situation. En revanche, le problème demeure entier en ce qui concerne le budget de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIADPA) dont une partie des charges a été reportée (97 K€ en 2007), une autre partie (diverses charges de personnel et de frais généraux) ayant été prise en compte dans le budget principal. D'une manière générale, l'augmentation de 56% entre 2003 et 2007 du niveau de remboursement des frais des comptes annexes atteste d'une amélioration de la situation.

Conclusion

En 2007, la comptabilisation des crédits exceptionnels (ZRR) a permis au centre hospitalier de Lannemezan de présenter des résultats comptables à l'équilibre, sans quoi les comptes auraient été déficitaires de 2M€. En 2008, de nouveau, le compte de résultat principal prévisionnel a pu être présenté en équilibre, cette fois grâce à l'inscription de reprises sur provisions pour 1,5M€. La situation réelle reste donc déficitaire, même si la fermeture de la maternité a permis de réduire le déficit.

¹² On peut noter que la réserve de trésorerie constituée par l'établissement (de 4 715 K€) ne couvre pas le montant de la créance de l'article 58 (5 941 K€), à laquelle s'ajoute la créance de sectorisation psychiatrique (643 K€ 620 K€ depuis 2006), ce qui pénalise l'établissement. La part de la créance article 58 correspondant à l'activité MCO, qui s'élève à 1,244 M€, devrait prochainement faire l'objet d'un remboursement dans le cadre d'une procédure de compensation avec l'avance que lui a consenti l'assurance-maladie au titre de la tarification à l'activité. La procédure de compensation devrait commencer en 2008.

L'établissement sait ne pas pouvoir demeurer en déficit sans compromettre son équilibre financier. Cette situation l'oblige à poursuivre tant l'effort global en cours de maîtrise de ses dépenses que celui d'adaptation et d'optimisation de son organisation des soins. Son objectif est de réduire le déficit résiduel à raison d'un million d'euros sur le centre médico-chirurgical et de mettre en œuvre des économies globales de gestion pour le solde.

4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

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

Les effectifs du personnel non médical sont restés quasiment stables entre 2004 et 2006, avant d'augmenter de manière importante en 2007.

Evolution des effectifs en équivalents-temps plein (ETP)

1- PERSONNEL NON MEDICAL	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre d'agents	1 246	1 205,08	1 206,04	1 209,22	1 238,22
Emplois jeunes	4	4	0		
2- PERSONNEL MEDICAL*	60,47	65,12	58,18	64,08	65,38
TOTAL (1+2)	1 252,75	1 274,2	1 264,22	1 273,3	1 303,60

source : le rapport de gestion

(*) : y compris les attachés

D'après les éléments communiqués par la direction, l'augmentation importante des effectifs en 2007 (+28,3 ETP) s'explique par quatre éléments :

- le renfort d'effectifs sur la MAS et au SMUR pour 11,5 postes ;
- les jours d'absence pour formation, qui ont augmenté de 50% entre 2006 et 2007, soit l'équivalent de 10 ETP, ce qui a fortement sollicité le pool de remplacement ;
- l'absentéisme global qui a augmenté de 400 journées entre 2006 et 2007 ;
- enfin, la transformation de certains contrats aidés (ex contrats d'avenir) en contrats à durée déterminée (pour environ 6 CDD), afin d'anticiper certains départs en retraite et de bénéficier d'exonérations au titre de la ZRR.

L'établissement a conduit en 2008 un effort important pour réduire l'effectif du pool de remplacement, de telle manière qu'au 31 août 2008, l'effectif non médical rémunéré était de 1 219 ETP, soit 19 de moins qu'au 31 décembre 2007. L'objectif est de ramener le niveau de l'effectif non médical rémunéré à celui de 2006, hors impact des créations de postes sur le SMUR et la MAS.

La répartition par âge du personnel (source bilan social) montre une part importante de la catégorie des 56 ans et plus (8,2%). Cette moyenne d'âge élevée représente un coût pour l'établissement en raison de l'incidence du glissement vieillesse technicité (GVT), mais offre aussi une certaine souplesse de gestion, chaque départ en retraite étant l'occasion pour l'établissement de s'interroger sur le renouvellement des postes devenus vacants. En 2006, le nombre d'agents ayant quitté l'établissement était de 74, la moitié environ (38) correspondant à des départs en retraite ou à des congés de fin d'activité (CFA). Cette même année, le nombre d'agents ayant changé d'affectation (au sens de centre de responsabilité) était de 115, soit 9% de l'effectif. Il est à noter que la

substitution du tableau des effectifs rémunérés à l'ancien tableau des emplois permanents a introduit une réelle souplesse dans la gestion des effectifs, permettant à la direction de répondre à l'évolution des besoins, notamment dans l'activité de soins.

Malgré les efforts consentis pour maîtriser les effectifs, l'évolution des charges de personnel n'a pas été enrayée. Ainsi, entre 2003 et 2007, l'évolution des charges de personnel (+14% sur 5 ans), retracée dans le tableau ci-après, a été beaucoup plus forte que celle des effectifs.

Les charges (en K€)	2003	2004	2005	2006	2007
1- PERSONNEL NON MEDICAL	47.776	49.140	50.979	51.580	53.804
2- PERSONNEL MEDICAL*	6.477	6.833	7.141	7.432	7.991
total	54 253	55 973	58 120	59 012	61 795

Source comptes de résultat – groupe 1 en K€

4.2 Le personnel non médical

Les effectifs du personnel non médical, qui avaient augmenté en 2003 de 4,5% par rapport à 2002, ont diminué en 2004, puis sont restés stables en 2005 et 2006, avant d'augmenter de nouveau en 2007.

4.2.1 Evolution des effectifs du personnel non médical (en ETP)

Le poids de chaque catégorie de personnel a évolué fortement sur la période. Tandis que le personnel technique a diminué (-20,8 ETP), la catégorie des personnels soignants et éducatifs a augmenté de 67,89 ETP, passant de 71,8% de l'effectif à 77,8%. Le poids du personnel soignant au sein des charges de personnel non médical est conforme à la moyenne d'établissements comparables, c'est-à-dire à titre principal à vocation psychiatrique. A l'inverse, les effectifs des deux autres catégories, administratif et médico-technique, ont peu évolué.

1- PERSONNEL NON MEDICAL	2003	2004	2005	2006	2007
Administratif	98,8	99,75	103,96	100,4	101,55
Technique	181,15	174,15	167,75	162,75	160,35
Soignant et éducatif	894,73	918,08	919,63	931,37	962,62
Médico-technique	13,1	13,1	14,7	14,7	13,70
Nombre d'agents	1 246	1 205,08	1 206,04	1 209,22	1 238,22
Emplois jeunes	4	4	0	0	0

Source : le bilan social

Ces variations traduisent une volonté de restructuration des moyens en direction de la fonction soins (personnel soignant et médico-technique), par redéploiement de moyens issus des services logistiques et techniques (jardins, prestations hôtelières...). Les compléments de moyens obtenus par la création d'emplois liés à la RTT en 2002-2004, ainsi qu'à la suite de la mise en place des 32 h 30 de nuit sur l'année 2004, ont prioritairement concerné les services de soins et à un degré moindre les tâches administratives et de gestion (secrétariats médicaux notamment).

Les charges de rémunération des titulaires ont augmenté de 9% en 5 ans, tandis que celles des contractuels sont restées stables, la part de ces derniers dans le total diminuant d'un point. De fait, la direction a freiné l'application de la *charte des contractuels* à partir de 2006, qui prévoyait notamment le passage en contrat à durée indéterminée (des agents en attente de concours, ayant effectué plus de 6 mois en contrat à durée déterminée et occupant un poste vacant¹³).

Effectifs de titulaires et de non-titulaires

En K€	2003	2004	2005	2006	2007
Titulaires/Stagiaires	29.344	29.637	30.627	31.074	31.996
CDI/CDD	2.345	2.540	2.415	2.131	2.390
% contractuels/total	7,4 %	7,9 %	7,3 %	6,4 %	6,9 %

Source : le bilan social

4.2.2 Les instruments d'une gestion dynamique des ressources humaines

A - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

La capacité d'adaptation de l'établissement repose en bonne partie sur la mobilité du personnel, ce qui suppose une capacité d'anticipation des besoins et une formation des personnels adaptée. Le recrutement et la mobilité des agents sont organisés avec les directions fonctionnelles concernées selon des procédures écrites et sur la base d'une fiche de poste renseignée par le chef de pôle ou de service ; ces mêmes fiches de poste sont également utilisées pour les entretiens annuels d'évaluation.

Pour permettre une anticipation des besoins en personnel à court et moyen terme, la direction des ressources humaines met en œuvre un suivi mensuel des services par catégorie et statut, au regard du tableau des emplois. Les prévisions de départ sont communiquées aux directeurs fonctionnels (et des propositions de pré-recrutement faites en septembre de n-1) pour anticiper les recrutements. La direction reconnaît cependant que l'approche mise en œuvre répond davantage à des besoins de court terme que de long terme. Pour une telle approche, l'établissement devrait se doter d'un système d'information permettant de connaître les prévisions de départ et les besoins en termes de compétences métier, compte tenu des besoins nouveaux identifiés (ex : manipulateur radio, technicien image, contrôleur de gestion, etc...). Partant, la gestion prospective des emplois fait l'objet d'une réflexion stratégique dans l'établissement, prévue dans le volet social du projet d'établissement, en instance de validation, ainsi que dans le volet social du CPOM en discussion (2008).

¹³ Selon la direction, la limitation de son application répondrait à deux raisons : la mise en place de l'EPRD et la distinction nécessaire entre crédits limitatifs et crédits évaluatifs. Cette prudence manifestée par le centre hospitalier de Lannemezan concernant les CDD serait partagée au plan régional.

B - La formation

La formation constitue un élément important d'une stratégie d'adaptation et d'évolution de l'organisation des soins. Le décret du 5 avril 1990 oblige tout employeur à consacrer à l'effort de formation 2,5% de sa masse salariale, non compris les coûts de gestion.

L'établissement, qui était adhérent à l'ANFH jusqu'à ce jour, a été conduit à remettre en cause son adhésion pour deux raisons, la dénonciation devant prendre effet au 1^{er} janvier 2009. La première est l'absence de restitution de la totalité de la cotisation versée (seule 85% de la somme versée est récupérée, le solde étant reversé aux petits hôpitaux) ; la seconde est l'augmentation progressive de la cotisation. En effet, jusqu'en 2003, la cotisation était de 1 % ; elle est passée en 2004 à 1,6 %, après intégration des études promotionnelles. Elle avait atteint en 2007 2,1 % et devait représenter 2,9% en 2009, après intégration du congé de formation professionnelle (CFP) et du fonds mutualisé d'études promotionnelles (FMPEP).

4.2.3 L'absentéisme, les remplacements et le temps de travail du personnel non médical

A - L'absentéisme du personnel non médical

Sur l'ensemble de l'établissement, le nombre de journées d'absence du personnel non médical a d'abord diminué en 2005, avant d'augmenter de nouveau, comme le montre le tableau ci-après :

PERSONNEL NON MEDICAL	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de journées théoriques travaillées	275 163	277 151	279 798	279 095	282 189
Nombre de journées de présence au travail	246 645	248 383	254 569	252 676	256 371
Nombre de journées d'absence	28 518	28 767	25 228	26 419	26 817
En %	10,36%	10,38%	9,02%	9,47%	9,5%
Dont absentéisme pour maladie	10 363	9 943	9 367	10 302	10 722

Source : bilan social

Leur répartition par motif d'absence montre une part très significative d'absence pour maladie, soit 39% en 2007, exercice durant lequel l'absentéisme pour maladie est le plus élevé de la période (+ 500 journées par rapport à 2006).

Pour faire baisser le taux global d'absentéisme, la direction, qui s'appuie en cela sur les travaux de la commission d'hygiène sécurité des conditions de travail (CHSCT), a pris différentes mesures d'amélioration des conditions de travail et de prévention de la violence, notamment en psychiatrie¹⁴. Des enquêtes de satisfaction du personnel ont également été conduites, les anomalies donnant lieu à des actions correctives¹⁵.

¹⁴ Déclaration et exploitation systématique des événements indésirables, déploiement généralisé des « BIPS » au sein de toutes unités pour alerter en cas d'agression, prise en charge post-traumatique ; la mise en place du tutorat, également en psychiatrie

¹⁵ En 2004 une enquête a été conduite sur les conditions de travail dans le cadre de l'élaboration du projet d'établissement, et en 2006 une enquête régionale sur l'encadrement

La direction reconnaît cependant que ces mesures restent insuffisantes pour confirmer la tendance à la baisse de l'absentéisme, en raison du vieillissement du personnel et du recours de plus en plus difficile au personnel soignant, en particulier dans les pavillons de psychiatrie. L'absence de notation dans le système d'évaluation des agents empêchant de récompenser les efforts accomplis dans leur service, la direction envisage une correction du dispositif : en plus de la réfaction réglementaire de 1/140^e de la prime de service par jour d'absence, un lien plus étroit pourrait être établi entre l'indemnisation des agents et la présence effective au travail.

La chambre note que le coût de ces absences ne donne plus lieu dans le bilan social à une évaluation du coût théorique pour l'établissement, alors qu'elle était faite jusqu'en 2002. L'impact financier de l'absentéisme peut s'apprécier par ailleurs par les charges que l'établissement doit supporter en personnel de remplacement.

B -Les remplacements

Grâce à une connaissance des besoins recueillie auprès des cadres supérieurs de santé, **un pool de remplacement mutualisé** régule les flux d'absentéisme, sous l'appellation de *service infirmier de compensation et de suppléance* (SICS). Dès le mois de septembre de l'année, des propositions de pré-recrutement permettent d'anticiper les recrutements de l'année suivante. Le SICS est composé de 2 unités opérationnelles : le SICS permanent gère l'absentéisme de courte durée tandis qu'un SICS temporaire gère l'absentéisme de longue durée. Ce pool de remplacement a représenté jusqu'à présent un total de 70 ETP de personnel non médical, réparti entre 40 personnels permanents et 30 variables.

Le coût du dispositif mis en place pour le seul personnel permanent ayant atteint 1,6 M€ en 2007, une réflexion sur son maintien a été engagée. S'il est vrai que son organisation transversale et multidisciplinaire est perçue comme un point fort, son efficacité apparaît en revanche diminuée par l'utilisation inégale des ressources dans les services, en raison de missions trop nombreuses et d'une priorisation difficile des interventions. Pour réguler plus efficacement les moyens en personnel et mieux responsabiliser les unités, la direction a commencé à intégrer progressivement les personnels de remplacement dans les services ; ainsi dans les services médico-sociaux et de personnes âgées. L'objectif visé en 2008 de réduction des effectifs du pool de remplacement de 20 ETP représente une économie annuelle évaluée à 800 000 euros.

S'agissant du personnel non permanent, les personnels en contrat à durée déterminée ont eux-mêmes représenté une charge qui a plus que doublé depuis 2004 pour la seule activité principale (hors budgets annexes), soit un montant de 860 000 € en 2006.

C - Le temps de travail du personnel non médical

La durée de travail réelle dans l'établissement correspond à la durée réglementaire. Toutefois, le décompte du temps de repas n'obéit pas strictement aux prescriptions réglementaires définies par l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982, qui pose comme principe qu'à l'exception des repas thérapeutiques et des cas où l'agent doit rester à la disposition de l'employeur, le temps de repas ne doit pas être décompté comme temps de travail. Ainsi, alors que la réglementation accorde une pause de 20 minutes décomptée comme temps effectif de travail lorsque le temps de travail quotidien est supérieur à 6 heures, la pratique de l'établissement est de décompter comme temps de travail une durée supérieure, évaluée en moyenne à environ dix minutes par agent. Rapportée au nombre d'agents concernés, soit environ 800, la perte occasionnée pour l'établissement correspond annuellement à environ 15 équivalents-temps plein de personnel non médical.

Par ailleurs, un écart, minime sur l'année, de 1h30 est constaté pour les personnels travaillant de nuit.

Catégories	Durée réglementaire*	Durée dans l'établissement
Repos fixe	1 575 h	1 575
Repos variable (>10 DJF)	1 561 h	1 561
Repos variable (20 DJF)	1 547 h	1 547
Travail de nuit	1 448 h (depuis le 1.1.2004)	1 446,50

(*) : la journée de solidarité pour les personnes âgées étant comptée

D - L'organisation du travail du personnel non médical

L'organisation du travail habituellement observée est de 3 jours travaillés pour 2 jours de repos en psychiatrie (3-2), de 4-2 en MCO et de 5-2 pour les personnels administratifs et techniques. Seuls les manipulateurs en radiologie exercent sur des séquences de 12 heures. L'organisation étant mise en place sur la base de journées longues de 8h à 8h20, le nombre de jours de repos par agent est important (20 jours) et le nombre de jours de travail plus réduit (190 jours). La réduction de la durée de la journée de travail serait donc de nature à optimiser la ressource en personnel. Mais la direction considère qu'une remise en cause du schéma existant présenterait des difficultés au regard des gains escomptés ; elle a, par conséquent, privilégié l'option de l'intégration des effectifs du pool de remplacement dans les services.

Pour optimiser la durée effective du temps de travail et le temps passé auprès des malades, la direction a essentiellement conduit deux types d'actions. La première a consisté à informatiser les plannings, ce qui a permis d'améliorer la gestion, en permettant notamment un gain de temps pour les cadres. L'informatisation des plannings est en place depuis 2006 sur l'ensemble des unités de soins et a été étendue aux autres services (techniques, logistiques et administratifs) en 2007. La seconde action a tendu à limiter les temps de chevauchement en psychiatrie. Ainsi, alors que la durée quotidienne de temps de recouvrement était de deux heures avant la mise en place de la RTT, elle a pu être ramenée à une heure, à raison de vingt minutes par équipe.

Une autre voie d'adaptation de l'organisation du travail réside dans l'ajustement du taux d'encadrement dans les spécialités où les effectifs présentent une plus forte densité. Sous l'impulsion de la direction de l'établissement, secondée par les directions fonctionnelles (DRH, direction des soins, DIM, contrôle de gestion), les pôles, qui disposent d'un périmètre de gestion élargi par rapport aux anciens services, sont les mieux à même d'apprécier les besoins en personnel au plus près du terrain. Selon les éléments communiqués, tous les secteurs d'activité sont concernés par cette démarche, autant des spécialités de court séjour (manipulateurs radio, cadre hygiéniste), que de psychiatrie (personnels d'accueil des secrétariats, infirmiers (en lien avec la baisse des effectifs du SICS), ou des services logistiques (personnels transporteurs). En psychiatrie, l'adaptation des effectifs de personnel infirmier dans les unités de soins chroniques constitue un thème de réflexion. La recherche d'une meilleure adéquation des effectifs aux besoins peut s'appuyer – entre autres éléments - sur les résultats des enquêtes de satisfaction des agents sur l'organisation et les conditions de travail, déjà évoquées.

E - Les crédits de jours RTT et les heures supplémentaires

Les heures supplémentaires représentent 60 985 € en 2006, dont 51 038 € au titre des astreintes, et les jours RTT accumulés sur des comptes épargne temps (CET) une dette de 88 743€, ce qui dans les deux cas est faible. Ce dernier montant est couvert par l'allocation globale de crédits (incluant le personnel médical) octroyée par l'ARH en 2008.

4.3 Le personnel médical

A - Les effectifs et l'absentéisme

Les effectifs de personnel médical ont évolué sur la période de 2002 à 2007 entre 60 et 65 ETP, sauf en 2005 où l'effectif n'était que de 58. Sur la période, la masse salariale correspondante (62M€ en 2007) augmente de 14 %.

En 2007, l'absence pour longue maladie a pesé lourdement (511 journées). Des actions sont menées pour faciliter l'anticipation des absences et atténuer l'impact négatif sur l'organisation des soins. Un planning prévisionnel d'activité médicale est établi pour les services nécessitant des remplacements. Les tableaux de service sont organisés et régulièrement suivis, non seulement pour la planification des absences mais également pour le calcul des obligations de service et le règlement des plages additionnelles de travail de certains personnels médicaux.

PERSONNEL MEDICAL	2003	2004	2005	2006	2007
Nombre de journées théoriques travaillées	12 973	13 254	13 476	12 321	11 579
Nombre de journées de présence au travail	12 376	12 649	12 747	11 581	10 509
Nombre de journées d'absence	597	605	729	740	1 070
En %	4,6%	4,6%	5,4%	6%	9,2%

Source : Bilan social

Un suivi du compte épargne temps (CET) est également en place pour le personnel médical. Au 31 décembre 2007, les 1279 jours de RTT cumulés placés sur compte épargne temps ont justifié la constitution de provisions sur la base de crédits notifiés par l'ARH.

B - Les remplacements

L'écart constaté chaque année entre les postes existants et les postes pourvus est resté constamment important sur la fin de la période examinée, dans les spécialités de court séjour MCO notamment (gynécologie-obstétrique avant la fermeture de la maternité, urgence, anesthésie, radiologie, chirurgie) mais également en psychiatrie.

En 2005, l'établissement a eu à faire face, de manière répétée, à des départs de médecins et éprouvé des difficultés pour les remplacer et le fonctionnement des services s'en est trouvé fragilisé. La radiologie (avec le départ d'un radiologue temps plein) constitue la première spécialité concernée, la psychiatrie venant ensuite (avec le décès d'un praticien hospitalier à temps plein, 2 mutations, 1 congé parental notamment). En 2006, l'établissement a été confronté à des situations de remplacement pour maladie et longue maladie (en MCO) et à la situation particulière d'un praticien hospitalier chirurgien en formation ayant fait l'objet d'une procédure d'insuffisance professionnelle. Ce médecin, resté en sureffectif dans l'établissement sans exercer depuis l'année 2004, a représenté un coût annuel budgétaire d'environ 110 000 €/an. La création d'un centre national de gestion (CNG) en 2007, qui semblait offrir une perspective pour régler ce type de situation, n'ayant pas apporté de solution, seule la suppression du poste concerné a mis fin à la situation.

La chambre observe **que les conditions de recrutement et de rémunération du personnel médical remplaçant se sont écartées dans certains cas des conditions prévues par la réglementation** (dispositions du décret n°2005-840 du 20 juillet 2005 codifiées aux articles R.6152-401 et suivants du code de la santé publique), qui prévoit que la rémunération de ces praticiens ne peut dépasser le montant des émoluments des praticiens hospitaliers parvenus au 4^e échelon majorés de 10%. La vérification effectuée sur les années 2005 et 2006 a montré que l'établissement traitait différemment deux types de situations de remplacement médical : d'une part, les médecins recrutés, sur la base du décret du 20 juillet 2005 précité, pour exercer des fonctions temporaires en raison de la vacance d'un poste de praticien hospitalier, d'autre part, les médecins recrutés pour assurer le remplacement des médecins titulaires pendant leurs absences et congés annuels. Pour ceux-ci la rémunération, s'écartant des dispositions précitées, est située dans une fourchette allant de 530 € à 700 € nets par jour, la majorité des contrats prévoyant une somme de 610 €

Mettant en avant l'obligation de l'établissement de faire fonctionner le service public médical et d'assurer la continuité des soins, le conseil d'administration de l'établissement a voté le 29 octobre 2004 une délibération, validée par la DDASS des Hautes-Pyrénées, autorisant le comptable du centre hospitalier à payer les dites rémunérations sur une base autre que celle réglementaire. Si la délibération couvre le comptable pour le paiement de la dépense, elle n'en conserve pas moins son caractère irrégulier et introduit des inégalités dans le régime général de rémunération des médecins.

Cette pratique, qui s'explique par la pénurie de médecins dans plusieurs spécialités, alliée il est vrai à une grande dispersion de l'offre de soins sur le territoire, a représenté une charge financière lourde pour l'établissement : pour la seule année 2006, le coût représenté par ces honoraires a été de 192 340 € pour 316 jours de travail. Sur l'ensemble de la période 2003-2007, les remplacements ont coûté 523 K€ à l'hôpital, sans compter qu'aux rémunérations proprement dites s'ajoutent les honoraires d'agence (pouvant atteindre 6 % des rémunérations nettes versées), les avantages en nature tels que les frais de logement et les fluides, entièrement pris en charge, ainsi que les frais de déplacement.

L'évolution du coût de la permanence des soins (PDS), de 974 K€ en 2003 à 1,213 M€ en 2007, n'est pas sans rapport avec la pénurie affectant le personnel médical : pour assurer la permanence des soins (PDS), l'établissement s'est assuré le concours de médecins remplaçants, qu'il s'est efforcé de pérenniser sur des contrats longs. La direction invoque l'absence de financement de la permanence des soins par la tarification à l'activité. Toutefois, compte tenu du lien étroit existant entre la pénurie du personnel médical constatée dans l'établissement et le nombre important d'établissements de santé dans le territoire de soins des Hautes-Pyrénées, le problème de l'accès à cette ressource pourrait être plus facilement résolu s'il procédait d'une approche globale au niveau du territoire de soins (mutualisation de la ressource, concentration de l'offre).

Conclusion

L'établissement sait devoir mettre en œuvre un effort de maîtrise de ses effectifs pour espérer contenir l'évolution de sa masse salariale, ce qu'il a commencé à faire en réduisant les effectifs du pool de remplacement. L'ajustement des moyens en personnel aux besoins passe désormais par une plus grande responsabilisation des pôles. Les difficultés rencontrées pour gérer les postes ouverts de praticiens hospitaliers et remplacer les postes vacants, singulièrement en court séjour MCO mais aussi en psychiatrie, rendent souhaitable une approche globale au niveau du territoire de soins et décloisonnée au sein de l'établissement.

5 L'ORGANISATION DES SOINS

La problématique de l'organisation de soins est appréhendée successivement dans le secteur de la psychiatrie, de la MCO et des personnes âgées dépendantes.

5.1 Le secteur psychiatrique

Grâce aux crédits perçus au titre de l'appartenance à une zone de revitalisation rurale, l'activité de la psychiatrie est apparue jusqu'à présent excédentaire. Cependant, si l'on neutralise les crédits accordés à l'établissement à ce titre, elle apparaît déficitaire d'un montant de d'environ 500K€ en 2007. Ce constat, alors même que l'activité de psychiatrie est encore financée de manière forfaitaire, devrait inciter l'établissement à un examen attentif des causes de ce déficit, sachant que le passage de l'activité de psychiatrie en tarification à l'activité est prévu en 2011.

Les hôpitaux de Lannemezan, qui comportaient encore 1 000 lits de psychiatrie en 1980 ont fait un effort d'ouverture vers l'extérieur, en réduisant progressivement le nombre des lits d'hospitalisation complète (241 lits en 2007). La sectorisation n'a été mise en place dans l'établissement que tardivement, entre les années 1980 et 1990. En 2007, l'établissement dispose de 22 structures extérieures d'alternatives à l'hospitalisation, implantées dans les villes des secteurs concernés : Lannemezan, Tarbes, Lourdes, Bagnères-de-Bigorre, Vic en Bigorre, Saint-Gaudens.

Dans le secteur de la psychiatrie adulte, les capacités d'hospitalisation complète, qui avaient diminué fortement en 2001 (de 293 à 249) se sont stabilisées (241 en 2007). Les capacités d'hospitalisation partielle ont aussi été réduites, notamment celles de nuit : de 110 en 2001, elles sont désormais de 92. Les structures alternatives d'accueil des malades ont été largement développées : il existe ainsi dans tous les secteurs des centres médico-psychologiques (CMP), des hôpitaux de jour, des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Dans la même période, la file active des patients (qui englobe l'activité ambulatoire) a augmenté, passant de 6 148 en 2002 à 6 512 en 2005, alors que le nombre de patients hospitalisés a diminué de 5 % entre 2000 et 2005. En raison de la réduction de la durée des séjours (DMS), le nombre de journées d'hospitalisation qui était 92 262 en 2000, a diminué encore fortement par la suite, de 85 299 en 2002 à 79 226 (-7 %).

L'activité n'évolue pas de manière égale selon les secteurs : alors que la file active des secteurs de Saint-Gaudens et de Tarbes-Sud connaît une forte progression, de 1 295 à 1 543 (+19 %) pour le premier, de 1 818 à 1 994 (+9,7%) pour le second, celle du secteur de Tarbes Nord est stable (1 324 patients) et celle du secteur de Tarbes-Est diminue sensiblement, de 1 721 à 1 528 (-11,22 %).

Le contrat d'objectifs et de moyens signé avec l'ARH en 2007 encadre les efforts d'adaptation de l'établissement pour les années à venir. Il s'appuie pour cela sur le schéma régional d'organisation sanitaire de psychiatrie, qui note que « *les pratiques ambulatoires et la psychiatrie communautaire sont dans la région en deçà des tendances nationales ; cela tient à l'offre hospitalière, à des formules trop hospitalo-dépendantes* ». Partant, le schéma régional de psychiatrie propose des relais d'un nouveau genre : associations ayant cet objectif, structures d'étayage du type *hébergement assisté* ou des formules souples telles que *appartements associatifs, maisons communautaires*, toutes structures appelées à fonctionner en lien étroit avec les partenaires associatifs du secteur.

Le schéma régional invite donc l'établissement à rechercher un allègement des structures d'hospitalisation. L'organisation interne des secteurs, actuellement de 40 à 45 lits d'admission pour 30 lits de suites, devrait donc évoluer dans le sens d'un regroupement des lits, actuellement éclatés entre les quatre pôles de psychiatrie adulte. Le SROS, qui ne remet pas en cause le secteur comme cadre d'organisation géo-fonctionnelle, invite les acteurs à s'interroger sur la cohérence de l'organisation intra-hospitalière actuelle¹⁶.

¹⁶ cf les développements précédents concernant la problématique du regroupement de l'activité dans des pôles.

En amont de l'hospitalisation, la capacité de l'hôpital à répondre à ses missions de prévention, de gestion d'urgence et de crise se trouve mise en cause. La situation du centre hospitalier de Lannemezan à trente minutes du centre hospitalier de Tarbes, établissement pivot du territoire de soins, se révèle à cet égard problématique : après qu'un projet d'installation de lits d'unité d'accueil médico-psychologique (UAMP) H24 se soit heurté à un refus, l'établissement travaille à un nouveau projet d'installation de lits de crise (à 72h) au CH de Tarbes.

En aval, la capacité de l'établissement à accompagner le patient est aussi questionnée. Malgré la présence d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) et d'un foyer d'accueil médicalisé (FAM), l'existence de 40 lits en inadéquation en psychiatrie suggère qu'un effort reste à conduire pour orienter les patients vers des structures d'aval plus adaptées, soit médico-sociales, soit de soins de suite psychiatriques.

Sur le plan financier, la bonne adéquation de l'organisation des soins avec le besoin de soins et l'activité n'est pas neutre puisque **l'hospitalisation mobilise des moyens médicaux importants que la situation du patient peut ne pas requérir** (problèmes de suite, problèmes purement somatiques). En outre, dans la mesure où certains patients seraient orientés vers les structures d'aval, les modalités de la prise en charge relèveraient pour l'hébergement du département, ce qui suppose une approche conjointe du dossier avec cette même collectivité. La préparation prochaine du schéma d'organisation sanitaire psychiatrique sera l'occasion pour l'établissement de conduire une réflexion pour pallier l'insuffisance des structures d'aval. Cette réflexion sera également à conduire avec les partenaires concernés dans le cadre de la préparation du futur programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC). Dans ce contexte nécessitant une coordination des efforts, il est à noter que l'outil CPOM se montre peu adapté.

En pédopsychiatrie, l'établissement dispose de 18 lits, de 6 places d'accueil familial thérapeutique (AFT), et de 70 places de jour (hospitalisation partielle). Le nombre d'entrées en hospitalisation s'est stabilisé autour de 600 entrées (612 en 2005), mais la file active a augmenté de 1 860 à 2 110 patients entre 2002 et 2005. Cependant, les taux d'occupation sont globalement faibles : respectivement de 55 % en 2005 pour l'hospitalisation complète et à temps partiel (HCTP), de 15% pour l'AFT, de 73 % pour l'hôpital de jour (HJ). Le CPOM prévoit différentes mesures pour accompagner les efforts de l'établissement pour adapter son offre de soins.

Les locaux dédiés à la psychiatrie

Le surcroît d'intérêt porté au centre médico-chirurgical depuis sa création n'est pas sans poser problème, s'agissant d'un établissement dont la vocation première est la prise en charge des maladies mentales. Le fait que les efforts en matière d'investissement aient principalement porté sur le secteur du court séjour (en 1991 notamment avec la reconstruction du centre médico-chirurgical), n'a pas été accepté - sans doute à juste raison si l'on considère les orientations du SROS - par l'ensemble de la communauté médicale, qui aurait espéré que l'intérêt pour les autres activités, notamment le secteur psychiatrique, soit mieux pris en compte. La psychiatrie compte ainsi plusieurs locaux d'accueil qui ne répondent plus aux normes actuelles de confort ; il en est ainsi d'une chambre à 4 lits, de plusieurs chambres à 3 lits et de la persistance de sanitaires collectifs. L'établissement envisage depuis longtemps de faire les travaux de modernisation nécessaires mais sa capacité d'investissement limitée l'a obligé à ce jour à étaler les travaux d'humanisation de son hébergement.

5.2 L'organisation dans le secteur de la MCO

Le secteur de la médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) a retenu particulièrement l'attention de la chambre, en regard de la problématique générale de l'organisation des soins, thème de d'enquête conduite conjointement avec la Cour des comptes et une quinzaine d'autres chambres régionales des comptes. Dans le cadre de celle-ci, la chambre a recueilli certaines données brutes d'activité, d'effectifs et de coût, sur les années 2005 à 2007, et établi divers ratios susceptibles d'être comparés¹⁷.

L'analyse médico-économique, menée avec l'établissement à cette occasion, s'est appuyée sur les différents indicateurs disponibles : d'activité, d'adéquation entre activité et ressources (taux d'occupation, taux de productivité), de prise en charge du patient (durée moyenne de séjour), de résultat par pôle ou service.

5.2.1 Données globales sur la performance MCO

A - Le résultat MCO

Au regard de la comptabilité analytique mise en œuvre par l'établissement, le résultat de l'activité des services MCO, calculé avec des recettes basées sur une T2A à 100%, est déficitaire de presque un million d'euros en 2005 et 2006 et de 1,5 M€ en 2007, dans un contexte d'assez forte stabilité des dépenses (12,3 M€ en 2005, 12,17 M€ en 2006 et 12,18 M€ en 2007). La direction observe que ce n'est plus le cas en 2008 où l'organisation des services de soins a commencé à être réformée, suite à la fermeture de la maternité et aux mesures de réduction des remplacements, de gestion et d'adaptation des

¹⁷ Environ une cinquantaine d'établissements de toute taille sont représentés dans l'échantillon

roulements et des effectifs entre les différents services du pôle MCO ; la réorganisation de la chirurgie devrait aussi permettre une augmentation des recettes.

Selon les statistiques de la DRASS, en 2006, le coût net majoré MCO par RSA¹⁸ est de 2 357€ au centre hospitalier de Lannemezan, pour une moyenne régionale de 1 971 € soit 20 % supérieur. Il se dégrade en 2007. Et l'indicateur de productivité MCO (IPMCO) qui rapproche les dépenses de fonctionnement MCO et les recettes de fonctionnement MCO) est bien inférieur à 1, résultat de la conjonction d'effectifs importants et d'une activité faible.

B - L'activité MCO et sa valorisation T2A

Non seulement l'activité exprimée en nombre de séjours (RSA), après avoir été stable en 2005 et 2006 (un peu plus de 4 000 séjours), a chuté en 2007 (3 869 RSA) mais sa valorisation accentue la baisse, l'établissement subissant –comme beaucoup d'autres– une distorsion entre l'évolution de son activité en volume et l'évolution de son activité en valeur. Alors qu'en trois ans l'activité exprimée en RSA a baissé de 4,24 %, les recettes T2A produites ont diminué de 6,48 %.

Du fait de la baisse de la durée moyenne de séjour, le nombre de journées a diminué. **Le taux d'occupation moyen de MCO - qui rapporte les journées au nombre de lits - s'est détérioré de quinze points, passant de 88 % en 2002 à 73 % en 2006, 68 % en 2007.** Il met en lumière l'inadéquation entre les moyens mobilisés et l'activité produite.

C - Le coût des facteurs de production

La productivité des facteurs de production apparaît très faible quand on la compare à celle observée dans les autres établissements. Il en est ainsi lorsqu'on considère le coût par lit MCO (206 K€ en 2006) ou le coût de la journée MCO (703 € en 2006), qui constituent des valeurs au moins doubles des moyennes habituellement constatées, la dernière valeur se rencontrant davantage dans les CHU (à partir de 750€).

La faiblesse de la productivité MCO concerne autant le personnel médical (PM) que le personnel non médical (PNM), en raison essentiellement de la faible activité. Le nombre d'équivalents temps plein (ETP) de personnel médical pour produire 5 000 jours MCO est de 5,25 ETP en 2006, pour une moyenne située entre 3 et 4 ETP. Selon les données de l'AGHN¹⁹ établies pour 2005, le nombre d'ETP de personnel médical pour produire 5 M€ de T2A était de 12,57 au centre hospitalier de Lannemezan contre 3,54 ETP dans la catégorie des établissements publics de santé ayant moins de 5 500 séjours. Quant au personnel non médical, l'effectif nécessaire pour produire 5 M€ de T2A est de 83 ETP en 2006, quand il est de l'ordre de 40 dans la moyenne des établissements de l'échantillon.

¹⁸ RSA : résumé de sortie anonymisé.

¹⁹ AGHN : Analyse de gestion hospitalière nationale

5.2.2 *L'analyse par service*

L'analyse par service permet d'identifier les services qui présentent les déficits les plus importants et éclaire donc sur les activités présentant un coût élevé au regard des recettes générées. Elle doit entraîner – c'est ce qu'elle a fait au travers du CPOM - une réflexion sur les moyens d'adapter l'organisation des soins, en imaginant d'autres modes de prise en charge du patient et une meilleure utilisation des ressources en personnel.

A - Les activités cliniques

1) La médecine

La médecine (20 lits fin 2007), où le taux d'occupation a dépassé les 100 % en 2004 et 2006 (102 et 104%), connaît une forte saturation de ses capacités d'accueil. L'établissement déplore une insuffisance des structures d'accueil en aval, de nombreuses personnes âgées n'étant pas en mesure de regagner leur domicile. Le nombre de séjours (appréhendés par les résumés de sortie anonymisés) a diminué constamment depuis 2005, entraînant une chute des recettes. Les dépenses de fonctionnement du service n'ont pas été assez réduites pour prévenir un résultat déficitaire à partir de 2006.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en 2007 a identifié plusieurs pistes pour améliorer le fonctionnement du service de médecine et pallier la saturation des lits. L'établissement a commencé à les mettre en œuvre : une hospitalisation de jour de 2 places, qui avait commencé à fonctionner depuis 2007 pour les séjours de moins de 24 h ; la création d'une unité d'hospitalisation de semaine de 8 lits ; l'hospitalisation à domicile (HAD), avec une assistance renforcée pour faciliter le retour à domicile, en lien avec les structures médico-sociales et sociales de type CLIC (centre local d'information et de coordination). Et le CPOM a également prévu l'adoption d'autres mesures : identifier une filière de court séjour gériatrique, développer le réseau ville – hôpital (en lien avec le réseau Arcade), renforcer l'éducation thérapeutique, en utilisant la T2A pour financement.

La concrétisation du projet de création de lits de débouché en soins de suite et réadaptation (SSR), qui était d'abord conditionné à la suppression de la chirurgie, pourrait désormais s'envisager dans le cadre d'un service de suite tarifé à l'activité.

2) La chirurgie

En chirurgie (25 lits installés fin 2007), le nombre d'entrées a diminué et le taux d'occupation s'est dégradé fortement, passant de 80 % en 2002 à 65% en 2005 puis 48% en 2007, indice d'une sous utilisation des ressources autant en équipements qu'en personnels du plateau technique. Du fait de la diminution du nombre de séjours (RSA), de 1 315 en 2005 à 1 058 en 2007, les recettes n'ont cessé de réduire, diminution que la valeur des séjours a amplifiée. Le service de chirurgie présente un résultat déficitaire de l'ordre de 250K€par an.

Les grandes difficultés rencontrées dans le fonctionnement du service, en raison de la pénurie de personnel médical dans certaines spécialités, auxquelles s'ajoute sa situation déficitaire, ont conduit depuis plusieurs années la direction et le corps médical de l'établissement à proposer²⁰ des scénarios d'évolution alternatifs pour le centre médico-chirurgical, dans lesquels les activités du service de chirurgie étaient réduites, les solutions allant d'un maintien d'une chirurgie programmée à une fermeture pure et simple. Les orientations du SROS comme les seuils reconnus nécessaires par les sociétés savantes pour l'exercice d'une activité de chirurgie (2 000 actes, pour seulement 700 actes à Lannemezan), plaidaient plutôt pour une fermeture du service. En raison de l'effort déjà produit par l'établissement en fin 2007 pour fermer son service de maternité, cette solution ne pouvait toutefois être envisagée sans susciter une incompréhension. L'établissement bénéficie donc d'une autorisation d'exercer la chirurgie jusqu'en 2011, à charge pour lui de démontrer qu'il peut assurer cette compétence médicale en étant pertinent financièrement.

L'option qui a été prise est celle d'une reconversion de l'activité réalisée jusqu'à aujourd'hui sur 25 lits en une chirurgie ambulatoire (2 lits) et en une chirurgie programmée de courte durée avec une montée en charge progressive entre 8 et 15 lits. Cette dernière prendra place sous la forme de séquences opératoires à raison de 3 jours par semaine en matinée. S'agissant de la chirurgie ambulatoire, un groupement de coopération sanitaire a été constitué entre l'établissement et une association de médecins libéraux spécialisés en orthopédie, traumatologie et vasculaire ; la liste des actes que l'établissement est habilité à réaliser est strictement encadrée. Dans ce cadre, l'établissement percevra de l'assurance-maladie les tarifs correspondant aux actes effectués (GHS) tandis que les chirurgiens reverseront à l'établissement 10 % de leurs honoraires.

Financièrement, l'organisation en place semble mieux adaptée au profil à faible activité du plateau technique du CH de Lannemezan. En recettes, bien que l'absence de personnel médical permanent contribuera à fragiliser dans la durée le fonctionnement du service, l'arrivée récente de praticiens toulousains a déjà permis d'augmenter l'activité. En revanche, en dépenses, le périmètre à retenir pour la permanence des soins demeure incertain, comme le traitement financier qui lui sera appliqué.

Le dossier de l'hôpital de Lannemezan pour pratiquer la chirurgie ambulatoire a été soumis au conseil d'administration du 25 avril 2008. Le partenariat public-privé adopté lors de la même séance, sous la forme d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec des chirurgiens libéraux, a été accepté par l'autorité de tutelle, ainsi que le dossier de chirurgie ambulatoire, après avis du CROS du 11 janvier 2009, avec comme conséquence la suppression d'un poste de praticien hospitalier titulaire en chirurgie générale à orientation orthopédique.

²⁰ cf. le contrat d'objectif 2002 et l'ébauche de projet d'établissement en 2006, finalement non présenté au conseil d'administration)

La permanence des soins pour les patients opérés dans le cadre de la chirurgie programmée et ambulatoire est réglée dans le cadre du règlement intérieur du groupement de coopération sanitaire : les chirurgiens s'engagent pour leurs patients à assurer une astreinte téléphonique pouvant donner lieu à déplacement ainsi qu'à une astreinte de télé-radiologie. En revanche, en l'absence des chirurgiens du GCS, les urgences seraient orientées vers le centre hospitalier de Bigorre. Pour une activité qui s'annonce très faible, les moyens que l'établissement doit mobiliser pour la permanence des soins en chirurgie demeurent importants : un chirurgien polyvalent salarié, un anesthésiste, un urgentiste, un radiologue, plus la télémédecine ; et l'établissement sait que les coûts afférents ne pourront être équilibrés que dans le cadre d'une prise en charge spécifique par l'assurance-maladie. Une enquête nationale a précisément été diligentée sur ce thème en 2008 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

3) Le service de soins continus

Le service de médecine doit obligatoirement disposer d'un service de surveillance continue pour les patients les plus lourds. Cette unité, dont l'existence repose sur la présence d'anesthésistes, participe en outre au bon fonctionnement du service des urgences. Le nombre d'entrées, de 346 en 2007, est à peu près stable. Malgré une durée moyenne de séjour en légère hausse, le taux d'occupation, qui était de 72% en 2005, n'est que de 68 % en 2007, ce qui atteste d'un rapport entre moyens et activité peu optimal.

La petite taille de ce service rend l'équilibre financier difficile à réaliser. Le compte de résultat affiche un déficit de 285K€ en 2007. De fait, alors que les normes sanitaires pour ce type de service imposent une infirmière IDE pour 8 patients, le personnel infirmier ne se trouve ici mobilisé que pour quatre lits. Dans ces conditions, les coûts de personnel ne peuvent se trouver couverts par les tarifs de la T2A. Pour pallier cette difficulté, l'établissement réfléchit à une mutualisation des moyens avec l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des urgences.

4) La maternité

L'établissement a disposé jusqu'en fin 2007 d'un service de maternité de 10 lits. La poursuite de l'activité dans des conditions difficiles, tant sanitaires que financières, a conduit l'autorité de tutelle à décider sa fermeture. Depuis 2001, année où le seuil de 300 naissances avait été dépassé (301), le nombre de naissances avait oscillé, sans dépasser 249 en 2005. Le taux d'occupation du service, qui avait atteint un niveau très bas en 2005 (37,7 %), était de 45% en 2007. La très faible activité produite (725 séjours en 2006) expliquait un déficit important de cette activité (250K€ depuis 2005, 398K€ en 2007) qui pesait lourdement sur le budget de l'établissement.

Il est à noter que l'établissement conserve certaines des charges qui pesaient sur lui au titre du service de maternité. C'est notamment le cas des charges de structure (charges d'amortissement) et des charges logistiques, mais également de certaines charges directes, ainsi d'un praticien dont le coût n'est pas pris en charge par la MIGAC accordée au titre du centre de périnatalité (CPP) et des personnels infirmiers anesthésistes qui intervenaient au bloc opératoire lors des péridurales et césariennes. L'établissement estime à 175 K€ les charges indirectes qui pesaient sur le service en période d'activité, et à 100 K€ environ le montant qui demeure à sa charge après fermeture du service.

Un centre de périnatalité de proximité (CPP), créé en lieu et place de la maternité, a été mis en place par convention provisoire du 25 janvier 2008, entre le centre hospitalier de Lannemezan et le centre hospitalier de Bigorre. Cette modalité de fonctionnement provisoire doit encore laisser place à une prise en charge définitive par le centre hospitalier de Lannemezan.

B - Les services médico-techniques

1) Le service des urgences

Le nombre de passages aux urgences est de l'ordre de 9000 par an, mais seulement de 6 200 premiers passages. Le nombre d'hospitalisations suite à un passage aux urgences, a augmenté sur la période atteignant 2 144 en 2005, soit un taux de 35 %, ce qui constitue un chiffre supérieur aux moyennes rencontrées (de l'ordre de 20%). Le taux de transfert vers d'autres établissements est inférieur à 5 % des premiers passages. Les sorties SMUR ont augmenté de manière continue (584 en 2006).

L'établissement mobilise pour ce service un peu plus de 3 ETP de médecins et entre 16 et 17 ETP de personnels non médicaux, entraînant un niveau de dépenses de fonctionnement du service des urgences de l'ordre de 2,3 M€ entre 2005 et 2007. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé en 2007 avec l'ARH a obligé l'établissement à mettre le service des urgences en conformité avec le décret du 23 mai 2006, qui prévoit la présence obligatoire dans les transports SMUR d'infirmières diplômées d'Etat (IDE).

L'établissement, qui présentait pour ce service un déficit de l'ordre de 250K€ jusqu'en 2006, et de 297K€ en 2007, en a déjà comblé une partie en 2008 puisque cette même année le seuil de 7500 premiers passages a été franchi, auquel est attaché un supplément de recette de 160 K€. Le CPOM, qui constate par ailleurs un taux d'occupation de 175% des 2 lits d'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD), occasionnant un retard dans la prise en charge des malades, a aussi préconisé le doublement du nombre de lits de cette unité, ce qui devrait permettre d'améliorer l'accueil et l'orientation des patients et rendra possible une prise en charge graduée.

2) Le bloc opératoire

L'établissement dispose d'un bloc opératoire composé de 4 salles dont 3 destinées aux actes sous anesthésie, ouvert en semaine entre 8h et 16h. Le fonctionnement du bloc génère une charge de 1,6 M€ en 2005, correspondant pour l'essentiel au personnel médical et soignant qui y est affecté : 2,8 ETP d'anesthésistes-réanimateurs et 14,25 ETP de personnels non-médicaux, dont 5 infirmières anesthésistes diplômées d'Etat (IADE) et 3,8 infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat (IBODE). Les seules dépenses d'anesthésiologie s'élèvent à 705 K€ à Lannemezan en 2006.

Le nombre d'actes en KC (actes chirurgicaux) a diminué fortement entre 2002 (1204) et 2005 (1 157), comme le nombre de coefficients produits, de 82 845 en 2002 à 62 247 en 2005. Dans le même temps, le nombre d'actes en K (actes exploratoires) a augmenté, de 248 en 2002 (18 130 K) à 395 en 2005 (23 421 K). Les données les plus récentes montrent une reprise de l'activité opératoire en 2008 (1285) et début 2009 suite à la mise en place du GCS.

En toute logique, la productivité du personnel non médical du bloc est très faible, inférieure de 29 % à celle constatée dans la région. Cette faible productivité s'explique notamment par une mobilisation importante du personnel (présence de 2 IBODE et 1 IADE) dans le cadre de la permanence des soins, alors même que l'activité produite pendant la nuit et le weekend demeure très faible (environ 3 à 4 interventions de nuit dans l'année). Le maintien en place du dispositif, qui se justifiait pour des raisons médicales quand l'établissement assurait une activité d'accouchements, semble désormais moins pertinent. La question reste à ce jour sans réponse.

Pour améliorer le fonctionnement de son bloc opératoire, un *conseil de bloc* a été mis en place et une *charte de bloc* élaborée, conformément à la circulaire de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du 19 mai 2000. La programmation des actes opératoires, qui a été entretemps informatisée, est désormais plus encadrée, le logiciel Crossway permettant d'affecter les salles aux utilisateurs des blocs et de leur attribuer des plages opératoires, même si la programmation reste impactée par l'activité non programmée (accueil des urgences chirurgicales). Pour poursuivre l'optimisation du bloc, l'établissement a sollicité la mission d'audit et d'évaluation hospitaliers (MEAH) : des tableaux de bord ont été finalisés pour mesurer l'efficacité de l'organisation et repérer des dysfonctionnements éventuels. Cependant, à ce jour, aucun indicateur d'efficacité (réduction des temps d'attente des patients) ou d'efficience (réduction des coûts) n'est encore utilisé par l'établissement. Le développement de la chirurgie ambulatoire (2 lits) dont le dossier d'autorisation comporte les protocoles correspondants de gestion des blocs, devrait permettre de planifier l'activité programmée avec un préavis d'une semaine.

3) Les autres activités médico-techniques

Le nombre des **consultations externes** a connu une forte diminution de 2002 à 2005 (-13%), mais a connu un rebond depuis 2006 (5931, 6000 en 2007, 6883 en 2008), soit +14,7% depuis 2007. Dans le secteur des consultations de chirurgie, où l'activité avait diminué entre 2003 à 2005, mais où une reprise est constatée en 2008 et début 2009, l'établissement envisage une réorganisation mettant en œuvre une optimisation des emplois du temps du personnel infirmier et une mutualisation de certaines tâches.

S'agissant de **l'activité d'imagerie**, les données issues du retraitement comptable pour 2005 (source DRASS), montrent que le coût de cette activité est bien supérieur à Lannemezan (1,93 €/acte) que dans la moyenne régionale (1,57€/acte). De fait, la productivité du personnel médical de l'établissement y est de 207 773 Z par agent de personnel médical, quand la moyenne régionale est de 328 654 Z par agent.

Pour rentabiliser son scanner, en permettre une utilisation 24h sur 24 et faire face éventuellement à l'absence sur place d'un radiologue, l'établissement compte faire appel à des praticiens extérieurs grâce à la télé-médecine. Le montant total engagé en investissement est de 1,23M€ (498K€ d'achat d'équipement et 733K€ de travaux) ; le CPOM prévoit l'autofinancement de l'équipement, à charge pour l'établissement de le financer par des économies sur les transports sanitaires et par une facturation des actes réalisés par les intervenants extérieurs. L'établissement a ainsi établi un projet de convention de co-utilisation avec un cabinet privé de radiologie pour mutualiser son plateau technique d'imagerie médicale.

Les mêmes données DRASS montrent que le coût de l'**activité du laboratoire d'analyse médicale** est également supérieur à la moyenne régionale (0,26€/par acte en B, contre 0,22). L'établissement, qui a commencé à externaliser les prestations d'analyse de laboratoire, souhaite poursuivre dans cette voie.

C - La permanence des soins

Actuellement, l'établissement met en œuvre un nombre important de lignes de gardes et astreintes : 3 permanences sur place²¹ (médecine polyvalente en psychiatrie [SMPP], urgences et SMUR), 5 astreintes opérationnelles (chirurgie, anesthésie-service de soins continus, radiologie, médecine et psychiatrie) et une astreinte de sécurité (pharmacie). Ces 9 lignes de garde représentent en 2007 un coût annuel de 1,2M€

La ligne de gynécologie-obstétrique a été supprimée en janvier 2008, suite à la fermeture de la maternité mais avant cela les autres tentatives pour alléger les charges liées à la permanence des soins ont toutes échoué. En 2003, un premier projet de réduction de lignes de gardes avait été envisagé pour tenir compte de l'intégration du temps de garde (nuits, week-end et jours fériés) dans le temps de travail et de la mise en place de la RTT médicale, mais il s'est heurté à l'absence de diplôme qualifiant de type capacité d'accueil médical des urgences (CAMU) pour les médecins du SMPP, et désengagement progressif des médecins libéraux des urgences. En 2005-2006, une tentative de mutualisation de postes d'urgentistes avec le centre hospitalier de Bigorre a été réalisée à hauteur d'un praticien, avec gardes, mais n'a pas été renouvelée. En 2008, une nouvelle tentative de mutualisation avec Tarbes était à l'étude. En chirurgie, l'établissement n'envisage pas pour l'instant de supprimer la ligne d'astreinte de chirurgie polyvalente, compte tenu de l'articulation de la permanence des soins avec la chirurgie programmée et de la prise en charge des urgences viscérales (discussion en cours d'un avenant au CPOM 2007-2010).

En l'état, la permanence des soins représente pour l'établissement une charge qu'il peut difficilement supporter seul. A cet égard, l'évolution récente de la réglementation, qui prévoit le financement de la permanence des soins sous forme de mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), devrait être de nature à réduire la charge globale représentée par la permanence des soins au sein de l'établissement et par voie de conséquence son déficit.

5.3 La prise en charge des personnes âgées et les personnes handicapées

L'activité des structures d'accueil des personnes âgées est très stable, avec un taux d'occupation proche de 100% pour les trois structures : EHPAD (maison de retraite), unité de soins de longue durée (USLD) de 80 lits et soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SIDPA). Il en est de même dans les structures d'accueil des personnes handicapées, où le taux d'occupation est très élevé, et le taux de renouvellement des résidents très faible.

²¹ Les permanences sur place sont complétées par des plages additionnelles depuis 2003.

L'établissement, qui est confronté à des problèmes d'inadéquation dans la prise en charge des malades, poursuit sa réflexion pour élargir son offre de soins en direction des personnes âgées. Tandis que le schéma régional d'organisation sanitaire appelle à « organiser dans chaque territoire de santé une filière gériatrique », le CPOM signé en 2007 avec l'ARH préconise, outre la rénovation de l'USLD actuelle (avec 7M€ d'investissements prévus à partir de 2009), la mise en place d'un court séjour gériatrique, d'un service d'évaluation gériatrique et d'un hôpital de jour, adossé à une consultation mémoire, dans l'optique d'une meilleure prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Un projet de service de soins de suite et réadaptation est également envisagé, qui supposerait la signature d'un avenant au CPOM.

Conclusion

Le centre hospitalier de Lannemezan présentait en fin 2007 une inadéquation de ses structures de soins dans l'activité de court séjour. Ce constat l'a conduit, de concert avec l'autorité de tutelle, à prévoir les ajustements nécessaires, tels qu'une augmentation de ses capacités d'accueil en médecine et, corrélativement, une réduction de ses capacités d'intervention sur le plateau technique (fermeture de la maternité, mise en place d'une chirurgie ambulatoire et de courte durée). Un effort de rationalisation de la permanence des soins doit encore être conduit.

La remise en cause des capacités en court séjour s'est accompagnée d'une réflexion plus générale sur la place que l'établissement devrait occuper dans l'offre territoriale de soins, compte tenu de l'évolution de la démographie des patients et des médecins. Ce diagnostic mené avec l'autorité de tutelle (CPOM) l'a conduit à conforter ses capacités de prise en charge non seulement dans ses activités de psychiatrie qui correspondent à sa vocation d'établissement départemental, mais aussi dans toutes les activités d'aval, pour mieux répondre aux besoins dans les domaines de la dépendance et du handicap.

6 LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS

La procédure de certification encadre la démarche qualité et des notations commencent à sanctionner les progrès réalisés dans le respect de certaines normes de sécurité instituées (vigilances).

6.1 La démarche qualité et la sécurité des soins

L'établissement dispose depuis 2000 d'une structure de coordination de la démarche qualité-sécurité, désignée sous le nom de *délégation qualité certification*, complétée par un *comité de pilotage qualité-certification* (CQC) qui coordonne et impulse la démarche en amont. S'il est vrai que le processus de certification a représenté une contrainte lourde pour l'établissement, en temps de réunion notamment, il a constitué un engagement dans un processus continu d'amélioration de la qualité de l'organisation des soins, et des soins délivrés eux-mêmes. Il est à noter que le poste de médecin qualité, important dans ce cadre, est resté vacant depuis juin 2007.

La visite des experts-visiteurs a eu lieu du 10 au 14 décembre 2007. Dans le cadre de cette deuxième procédure, deux recommandations ont été émises par la Haute Autorité de santé. Celle-ci a de nouveau souligné la fragilité du processus de prescription (l'absence de signature des prescriptions par tous les médecins, ou le recopiage des prescriptions par le personnel infirmier) et son contrôle insuffisant (en psychiatrie, coexistence de deux ordonnances, dont une spécifique pour les psychotropes). Une correction des pratiques médicales est exigée, préalablement à toute informatisation (dossier patient), afin de clarifier la chaîne des informations patients, avant que le processus ne soit informatisé (dossier patient).

Le dossier patient informatisé constitue un objectif important à atteindre du point de vue de la prise en charge du patient, dans la mesure où il peut permettre d'assurer une fluidité dans la gestion des parcours. L'établissement doit donc poursuivre son effort pour disposer d'un outil opérationnel au service du patient. Actuellement, en l'absence d'un dossier patient complet, la traçabilité de l'accueil et de la gestion des patients restent largement virtuelles.

La fluidité du parcours du patient est souvent dégradée par des durées d'attente excessives aux différents points de passage dudit parcours, qu'il s'agisse pour le patient de trouver un lit, de passer aux urgences, d'obtenir un rendez-vous chez un spécialiste ou d'attendre une autorisation de sortie. Autant de goulets d'étranglement possibles, qui présentent une acuité variable en fonction des taux d'occupation des services. En médecine, où ce taux est élevé, une sortie rapide des patients reste conditionnée par l'obtention de lits d'aval. En consultations externes, afin d'accroître la fluidité des patients pris en charge, le bureau des entrées a été renforcé pour aider les familles à prévoir la sortie dès avant l'entrée. Il est à noter que l'établissement ne désigne pas de personnes chargées de prendre en charge le patient à son entrée et de le suivre dans son parcours de soins, afin de prendre aux différentes étapes les décisions d'optimisation de son parcours, pour le fluidifier et minimiser les temps d'attente.

Les redondances dans les prescriptions ne sont pas mesurées dans l'établissement, faute d'une informatisation suffisante des services concernés (imagerie, laboratoires...). Il ne semble pas non plus que les services prescripteurs se concertent suffisamment avec les services médico-techniques pour améliorer l'efficacité du recours aux examens.

La politique d'amélioration de la qualité et de gestion des risques intègre l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP). A ce titre, une sous-commission chargée de la formation médicale continue (FMC) et de l'évaluation des pratiques professionnelles a été mise en place en 2006. Deux sous-groupes ont été constitués, un pour le court séjour, un pour la psychiatrie, et quinze thèmes de travail définis. Des méthodologies d'analyse et des grilles d'évaluation sont définies dans le cadre de groupes interdisciplinaires et des audits réalisés pour dégager des actions d'amélioration. Un processus est donc enclenché, qui ne doit pas rester seulement formel.

La coordination des vigilances est exercée par un *comité de gestion des risques et de coordination des vigilances* (CCVGDR), qui a établi un programme global et coordonné de gestion des risques. Des audits de bonnes pratiques sont conduits ; celui réalisé en 2002 avait débouché sur un diagnostic mettant en lumière les points forts et faibles de l'établissement dans ce domaine.

6.2 *La satisfaction des patients*

L'information donnée aux patients est pilotée directement par la direction du centre hospitalier et déléguée pour partie aux cadres de proximité des unités de soins. Un livret d'accueil a été réalisé en 1998 et mis à jour en 2007. La Haute Autorité de santé a évalué sous différents angles (liberté d'accès, livret d'accueil, traçabilité des informations) la qualité de l'information donnée aux patients à leur arrivée dans l'établissement.

La gestion des plaintes et des réclamations est prise en charge par la direction de la clientèle, qui accueille les réclamations des patients et y donne réponse. Les patients qui le souhaitent sont reçus par le directeur ou son représentant. Soixante dix sept demandes d'information médicale ont été traitées par l'établissement en 2007. La même année, 17 réclamations ont été recensées, dont 13 pour la psychiatrie adulte, 4 pour le court séjour ; 11 dossiers concernent les conditions de prise en charge. Sept dossiers de recours devant la *commission régionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales* (CRCI) étaient en cours d'instance en 2007, concernant des interventions chirurgicales. La même année, 6 dossiers contentieux étaient en instance. Un rapport annuel est soumis à la *commission des relations avec les usagers et de la qualité des prises en charge* (CRUQPC), puis présenté aux instances de l'établissement.

Cette même commission se réunit tous les trimestres. Elle examine notamment le bilan des questionnaires de sortie. Les études de satisfaction des patients sont habituellement réalisées à partir de ce support. D'autres études sur la satisfaction du patient sont également réalisées au moyen de questionnaires adaptés, il en va ainsi pour les patients des unités de suite de psychiatrie, ou les patients du service de soins à domicile pour les personnes âgées. L'établissement utilise enfin le recueil des événements indésirables signalés par les personnels, analysés chaque semaine par la direction de la qualité, et permettant donc une prise des accidents et incidents en compte en temps réel.

Les enquêtes réalisées auprès des personnels de l'établissement permettent de mettre en évidence certaines insuffisances ou parfois certains dysfonctionnements dans l'organisation des soins, touchant par exemple la prise en charge des patients violents et des patients toxicomanes, la prévention des suicides, le service infirmier de compensation et de suppléance, les alternatives à l'hospitalisation et les liens avec les médecins libéraux (afin d'assurer une bonne qualité de prise en charge et de suivi des patients). A l'inverse, certains aspects de l'organisation des soins ont été favorablement appréciés par le personnel, comme le circuit du médicament et sa dispensation au patient, la prise en charge somatique et la psychiatrie de liaison, l'accueil en urgence et la prise en charge des personnes âgées ou patients en fin de vie, la collaboration entre le personnel médical et le personnel soignant.

Par ailleurs, pour connaître l'image qu'il donne à l'extérieur, l'établissement a mis en œuvre en 2004 divers procédés. Une étude de l'image externe de l'établissement a été effectuée auprès des médecins libéraux, au moyen de questionnaires, deux parties étant distinguées : l'une portant sur la psychiatrie, l'autre sur la MCO et la gériatrie. Il en ressort dans l'ensemble un déficit à la fois de communication et d'image de l'hôpital (y est notamment pointé le manque d'information sur la pathologie du patient), pouvant expliquer un faible adressage par les médecins de ville. Ainsi, en psychiatrie, seulement la moitié des médecins libéraux adressent leurs patients aux Hôpitaux de Lannemezan, le ratio n'étant pas précisé pour l'activité MCO.

Conclusion

Les travaux de la mission d'audit et d'évaluation hospitaliers ont largement montré que la qualité des soins et la recherche d'efficacité et de maîtrise des coûts étaient deux démarches à la fois nécessaires et compatibles, et que ces efforts, pour être menés à bien, demandaient d'être objectivés par des indicateurs de mesure et de comparaison des performances, en toute transparence. L'établissement doit poursuivre dans cette voie.

7 LE SYSTEME D'INFORMATION

La modernisation du système de pilotage médico-économique, dans les deux aspects de la valorisation de l'activité de soins et de la connaissance des coûts, est une condition nécessaire pour maîtriser l'équilibre financier. L'informatisation du dossier patient, qui comporte plusieurs composantes (administrative, médicale et médico-technique, infirmière) permet à l'établissement de suivre les patients dans leur parcours de soins, mais aussi de satisfaire aux deux obligations de développement des recettes et de maîtrise des coûts.

7.1 La valorisation de l'activité de soins et sa facturation

Dans la mesure où ils conditionnent la perception par l'établissement de la totalité des recettes d'activité lui revenant et ont un impact immédiat sur la situation financière, ces deux aspects de la qualité du codage de l'activité et l'efficacité de la chaîne de facturation ont été traités en priorité par l'établissement.

Au centre hospitalier de Lannemezan, **le codage de l'activité** est centralisé. Les médecins producteurs de soins rédigent les courriers de sortie des patients (comportant le diagnostic), mais c'est le directeur de l'information médicale qui procède au codage, à l'occasion duquel il contrôle tous les dossiers de prise en charge en court séjour. Le médecin directeur de l'information médicale (DIM) prépare l'envoi du fichier destiné à l'assurance-maladie (GHS, DMI, MO), qui contient le descriptif de l'activité ainsi que les recettes attendues. L'établissement considère qu'il maîtrise la saisie de l'activité et son codage (le taux d'exhaustivité est estimé de 100%) mais il reconnaît qu'il reste tributaire, pour un codage exact et exhaustif, de la bonne saisie par le corps médical des morbidités associées au diagnostic principal présentées par le patient pris en charge, lesquelles ne sont pas toujours bien renseignées par les médecins. La chambre estime qu'une publication en interne des redressements effectués et un développement de la formation des médecins sur cette problématique seraient de nature à faciliter la prise de conscience nécessaire de l'enjeu présenté pour l'établissement et réduire le risque de sous-cotation²². Par ailleurs, à plus long terme, le maintien d'un codage centralisé fait problème alors même que se profile la mise en place d'une facturation au fil de l'eau.

²² L'établissement doit aussi s'interdire toute sur-cotation. A ce jour, un seul contrôle conjoint ARH – Assurance-maladie a été diligenté sur l'établissement, qui portait sur 100 dossiers.

Le processus de facturation, qui consiste à obtenir le paiement par l'Assurance-Maladie des diagnostics et actes déclarés, rencontre davantage de difficultés. Ce processus met en cause le bureau des entrées, placé sous la responsabilité de la direction des finances. La première difficulté consiste à identifier correctement tous les débiteurs, tant ceux pris en charge par la sécurité sociale (T2A) que ceux hors tarification à l'activité ; une autre difficulté tient à l'éventuelle insolvabilité des débiteurs. Les difficultés étant graduées en réalité selon le type de prise en charge, une attention toute particulière doit être portée par l'établissement aux consultations et surtout aux urgences, où le taux de perte est important. Comme le centre hospitalier de Lannemezan évalue à 3 à 4% la différence entre les recettes attendues et les recettes réelles, les efforts pour maîtriser la facturation et le recouvrement doivent être maintenus.

7.2 *La connaissance des coûts*

L'établissement tient une comptabilité analytique par service (comptes de résultats par service), ce qui lui permet de constater l'équilibre financier atteint dans chaque service.

Il ne dispose pas d'une comptabilité analytique coût-case mix²³ et, pas davantage, d'une comptabilité analytique par GHM (groupe homogène de malades), laquelle supposerait une amélioration sensible du recueil des dépenses variables par séjour, conditionnée par l'informatisation du dossier patient. Ce dossier comporte un volet financier, chaque coût pouvant en principe être tracé. Si l'établissement souhaite pouvoir appréhender les coûts par pathologie (par groupes homogènes de soins "GHS") et les comparer avec les tarifs, la totalité des moyens consommés de toute nature devront y être enregistrés (personnel médical ou non médical, actes prescrits, matières consommées).

Pour enregistrer ces données, l'établissement utilise le logiciel Crossway. Pour l'heure, toutes les données n'y sont pas enregistrées, comme la prescription informatisée, qui est prévue dans le contrat de bon usage du médicament (CBUM), ainsi que les dossiers de spécialités (examens de laboratoire, résultats de radiographies...) qui se présentent encore sous forme papier.

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

*

* *

Réponse de l'ordonnateur en date du 16 juillet 2009

²³ du moins en disposait-il d'une entre 1997 et 2002, qu'il a cessé de tenir car elle n'était plus suffisamment discriminante

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

CENTRE HOSPITALIER DE LANNEMEZAN

ANNEXES

- ◆ Evolution des capacités d'accueil (2002-2007)
- ◆ Budget H/Recettes et dépenses d'exploitation (2003-2007)
- ◆ EPRD synthétique (2006 et 2007)
- ◆ Les soldes intermédiaires de gestion et le bilan (2003-2007)
- ◆ L'activité court séjour MCO/analyse médico-économique (2005-2007)

CH de Lannemezan
Evolution des capacités d'accueil

Activités / Capacités	Au 31/12/2002				Au 31/12/2007			
	Lits	Places HJ	Places CATTP	total	Lits	Places HJ	Places CATTP* ²⁴	total
Psychiatrie adulte	249	79	57	136	277	96	67	163
<i>Secteur Tarbes Nord</i>	69			69	72	27	15	72
<i>Secteur Tarbes Sud - Lou</i>	73			73	73	27	16	73
<i>Secteur St-Gaudens</i>	47			47	47	17	6	47
<i>Secteur Tarbes Est - Lan</i>	60			60	65	25	30	65
Centre d'alcoologie	20			20	20			20
Pédopsychiatrie	18	73	155	246	18	77	148	243
Total psychiatrie	287	152	212	651	295	173	215	683
MAS ²⁵	60			60	60			60
FAM ²⁶	40			40	40			40
Total médico-social	100			100	100			100
SIDPA ²⁷		51		50		57		57
USLD ²⁸	80			80	80	2		82
EHPAD ²⁹	68			68	69			69
Total personnes âgées	148	51		199	149	59		208
CMC	59	2		61	61	2		63
Dont chirurgie	25			25	25			25
 médecine	20			20	20			20
Soins de surveillance continue	4			4	4			4
UHCD – Urgences		2		2		2		2
* Maternité jusqu'au 21/01/08	10			10	10			10
Total général	594	205	212	1011	603	234	215	1054

²⁴ Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

²⁵ Maison d'accueil spécialisée

²⁶ Foyer d'accueil médicalisé

²⁷ Service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées

²⁸ Unité de soins de longue durée

²⁹ Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

CH de Lannemezan
Budget H / Recettes et dépenses d'exploitation

	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 2003-2007
Recettes d'exploitation (K€)						
I – produits AM	51 169	52 247	52 161	53 289	52 477	2,55%
II – produits hospitaliers	2 543	2 552	2 756	2 907	3 266	28,40%
III – autres produits	6 220	7 908	6 827	7 409	9 434	51,70%
total	59 933	62 708	61 744	63 605	65 179	8,8 %
Dépenses d'exploitation						
I – personnel	46 968	47 938	49 575	50 244	52 360	11,48%
II – à caractère médical	3 271	3 340	3 396	3 485	3 467	5,99%
III – à car. hôtelier et gén	7 405	7 559	6 932	7 269	6 852	-7,47%
IV – amorti, prov, fin	2 164	3 423	2 017	2 911	2 491	15,11%
total	59 809	62 261	61 920	63 909	65 170	8,96%

source : rapports de gestion de l'ordonnateur

EPRD SYNTHETIQUE		Prévis. 06	Réalisé 06	écart		Prévis. 07	Réalisé 07	écart
CRPP								
titre 1	charges de personnel	51 125	50 239	-886		51 150	52 360	1 210
titre 2	charges à caractère médical	3 484	3 483	-1		3 477	3 467	-10
titre 3	charges à caractère hôtelier et général	7 301	7 242	-59		6 743	6 852	109
titre 4	charges d'amortiss. frais fin. et charges except.	2 945	2 945	0		2 231	2 491	260
	total des charges	64 855	63 909	-946		63 601	65 170	1 569
titre 1	produits versés par l'AM	53 221	53 289	68		52 532	52 478	-54
titre 2	autres produits de l'activité H	3 048	2 907	-141		3 126	3 267	141
titre 3	autres produits	8 020	7 409	-611		7 148	9 434	2 286
	total des produits	64 289	63 605	-684		62 806	65 179	2 373
	résultat (prévisionnel) du CRPP	-566	-304	262		-795	9	804
Tableau Capacité d'autofinancement (CAF) ou Insuffisance d'autofinancement (IAF) (tous comptes confondus)								
	dotations - reprises	2 136	2 886			1 443	1 858	
	cessions	0	-22			-17	-18	
	le résultat du CRPP et C annexes	-566	-280			-796	63	
	CAF	1 570	2 584			630	1 903	
Tableau de financement (prévisionnel) abrégé								
en charges								
	Insuffisance d'autofinancement							
titre 1	remb capital de la dette (cl1)	1 947	915			2 131	630	
titre 2	immobilisations (cl2)	2 538	1 707			2 641	2 309	
titre 3	autres emplois						3	
	total des emplois	4 485	2 622			4 772	2 942	
en produits								
	Capacité d'autofinancement	1 570	2 584			630	1 903	
titre 1	emprunt	3 046	303			4 172	1 650	
titre 2	dotations (aux inv.) et subventions	310				320	326	
titre 3	autres ressources		22				131	
	total des ressources	4 926	2 909			5 122	4 010	
	Apport/Prélèvement (prévis.) sur le FdR	441	287			350	1 068	

CH de Lannemezan - Les soldes intermédiaires de gestion

(en K€)	2003	2004	2005	2006	2007
Valeur ajoutée	55 636	59 237	60 080	59 883	60 825
Excédent brut d'exploitation	2 384	4 108	2 086	1 730	359
Marge brute	2 216	3 433	1 763	2 232	941
Résultat d'exploitation	-22	-539	-877	-687	-933
Résultat courant	-356	-840	-266	-242	-1 184
Résultat exceptionnel	401	1 363	922	649	1 246
Résultat comptable	45	523	-221	-280	63
Capacité d'auancement	2 282	4 010	2 368	2 584	1 903

Source : le rapport de gestion du comptable

CH de Lannemezan – Le bilan

en K€	2003	2004	2005	2006	2007
Fonds de roulement d'investissement	-967	-1 124	-1 734	156	979
Fonds de roulement d'exploitation	-409	1 159	1 173	-406	-160
Fonds de roulement net global	-1 376	35	-561	-250	819
Besoin en fonds de roulement	-259	-404	154	254	-1 709
TRESORERIE	-1 635	-369	406	-4	- 890

Source : le rapport de gestion de l'ordonnateur

Activité MCO/Analyse médico-économique

Annexe 5

MCO (K€)				
Résultat	2005	2006	2007	évol. 07/06 %
recettes T2A MCO (K€)	11 375	11 214	10 639	-5,13%
dépenses MCO (K€)	12 342	12 171	12 181	0,08%
résultat MCO (K€)	967	957	1 542	61,13%
Activité et valorisation				
lits installés	59	59	59	
entrées	4526	4368	4398	
jours et venues	17 683	17 312	16 988	
dms	5,3	5,7	5,7	
taux d'occupation	72%	74%	68%	
séjours (RSA)	4 040	4 062	3 869	-4,75%
valorisation T2A 100% (K€)	11 375	11 214	10 639	-5,13%
valorisation T2A 100% par lit MCO (K€)	192797	190 068	180 322	
valorisation T2A 100% par séjour (K€)	2 816	2 761	2 750	
Coût et productivité des facteurs de production				
coût par lit (€)	209 186	206 288	206 458	0,08%
coût par journée MCO (€)	698	703	717	1,99%
ETP de personnel médical	18,72	18,17	20,97	
recettes T2A 100% / ETP PM (€)	607 639	617 171	507 344	
nb ETP PM pour produire 5000j	5,29	5,25	6,17	
nb ETP PM pour produire 5M€ T2A	8,23	8,10	9,86	
ETP de personnel non médical	133,8	134,06	142,16	
ETP PNM / lit MCO	2,3	2,3	2,4	
nb ETP PM pour produire 5000j	37,83	38,72	41,84	
nb ETP PNM pour produire 5M€ T2A	58,81	59,77	66,81	
MEDECINE				
Résultat	2005	2006	2007	évol. 07/06 %
recettes T2A MCO (K€)	3 040	3 148	2 809	-10,77%
dépenses MCO (K€)	3 120	3 118	2 790	-10,52%
résultat MCO (K€)	80	-30	-19	-36,67%
Activité et valorisation				
lits installés	20	20	20	0
entrées	1269	1093	1025	-68
jours et venues	7626	7489	7627	138
dms	6,8	8,3	8,3	0,0
taux d'occupation (%)	98%	104%	98%	
séjours (RSA)	1 167	1 009	849	-160
valorisation T2A 100% (K€)	3 040	3 148	2 809	-339
valorisation T2A 100% par lit MCO (K€)	152	157	140	-17
valorisation T2A 100% par séjour (K€)	2 605	3 120	3 309	189
Coût et productivité des facteurs de production				
coût par lit (€)	156 000	155 900	139 500	
coût par journée (€)	459	376	336	
ETP de personnel médical	4,65	5,55	5,65	
recettes T2A 100% / ETP PM	654	567	497	
nb ETP PM pour produire 5000j	3,05	3,71	3,70	
nb ETP PM pour produire 5M€ T2A	7,65	8,82	10,06	
ETP de personnel non médical	23,65	24,84	25,69	
ETP PNM / lit MCO	1,2	1,2	1,3	
nb ETP PM pour produire 5000j	15,51	16,58	16,84	
nb ETP PNM pour produire 5M€ T2A	38,90	39,45	45,73	

CHIRURGIE				
Résultat	2005	2006	2007	évol. 07/06
recettes T2A MCO (K€)	2 969	2 840	2 324	-516
dépenses MCO (K€)	3 250	3 100	2 574	-526
résultat MCO (K€)	-281	-260	-250	10
Activité et valorisation				
lits installés	25	25	25	0
entrées	1310	1296	1277	-19
jours et venues	6 050	5 653	5 373	-280
dms	4,6	4,2	4,0	-0,2
taux d'occupation (%)	64%	55%	48%	
séjours (RSA)	1 315	1 281	1 058	-223
valorisation T2A 100% (K€)	2 969	2 840	2 324	-516
valorisation T2A 100% par lit MCO (K€)	119	114	93	-21
valorisation T2A 100% par séjour (K€)	2 258	2 217	2 197	-20
Coût et productivité des facteurs de production				
coût par lit (€)	130 000	124 000	102 960	
coût par journée (€)	537	548	479	
ETP de personnel médical	2	2	1,95	
recettes T2A 100% / ETP PM	1484,5	1420	1192	
nb ETP PM pour produire 5000j	1,65	1,77	1,81	
nb ETP PM pour produire 5M€ T2A	3,37	3,52	4,20	
ETP de personnel non médical	25,35	23,35	24,6	
ETP PNM / lit MCO	1,0	0,9	1,0	
nb ETP PM pour produire 5000j	20,95	20,65	22,89	
nb ETP PNM pour produire 5M€ T2A	42,69	41,11	52,93	
MATERNITE				
Résultat	2005	2006	2007	évol. 07/06
recettes T2A MCO (K€)	1 347	1 536	1 392	-144
dépenses MCO (K€)	1 607	1 822	1 790	-32
résultat MCO (K€)	-260	-286	-398	-112
Activité et valorisation T2A 100%				
lits installés	10	10	10	0
accouchements	249	237	189	-48
entrées	444	485	415	-70
jours et venues	1 554	1 620	1 369	-251
dms	4,7	4,2	4,0	-0,2
taux d'occupation	35%	51%	45%	
séjours (RSA)	710	725	543	
valorisation T2A 100% (K€)	1 347	1 536	1 392	
valorisation T2A 100% par lit MCO (K€)	135	154	139	
valorisation T2A 100% par séjour (€)	1 897	2 119	2 564	
Coût et productivité des facteurs de production				
coût par lit (€)	160 700	182 200	179 000	
coût par journée MCO (€)	342	434	448	
ETP de personnel médical	1,9	3,2	3,15	
recettes T2A 100% / ETP PM	709	480	442	
nb ETP PM pour produire 5000j	6,11	9,88	11,50	
nb ETP PM pour produire 5M€ T2A	7,05	10,42	11,31	
ETP de personnel non médical	16,45	15,55	16,35	
ETP PNM / lit MCO	1,6	1,6	1,6	
nb ETP PNM pour produire 5000j	52,93	47,99	59,72	
nb ETP PNM pour produire 5M€ T2A	61,06	50,62	58,73	

SOINS CONTINUS				
Résultat	2005	2006	2007	évol. 07/06
recettes T2A MCO (K€)	1 143	1 101	985	-116
dépenses MCO (K€)	1 229	1 153	1 270	117
résultat MCO (K€)	-86	-52	-285	-233
coût net majoré par RSA (€)				
Activité et valorisation T2A 100%				
lits installés	4	4	4	0
entrées	339	279	346	67
journées et venues	1 257	1 335	1 284	-51
dms	3,8	6,4	4,3	-2,1
taux d'occupation	72%	74%	68%	
séjours (RSA)				
valorisation T2A 100% (K€)	1 143	1 101	985	
valorisation T2A 100% par lit MCO (K€)	286	275	246	
Coût et productivité des facteurs de production				
coût par lit (€)	307 250	288 250	317 500	
coût par journée (€)	978	864	989	
URGENCES				
résultat MCO	2005	2006	2007	évol. 07/06
recettes T2A MCO	2 031	1 986	1 987	1
dépenses MCO	2 312	2 214	2 281	67
résultat MCO	-281	-228	-294	-66
Activité et valorisation				
entrées / journées	1 196	1 215	1 276	61
total des passages	8 966	8 945	8 996	51
valorisation T2A 100% (K€)	2 031	1 986	1 987	1
valorisation T2A 100% par passage (€)	227	222	221	-1
Coût et productivité des facteurs de production				
coût par journée (€)	1933	1822	1788	
ETP de personnel médical	3,05	3,18	3,2	
recettes T2A 100% / ETP PM	666	625	621	
nb de passages / ETP PM	2940	2813	2811	
nb ETP PM pour produire 5M€ T2A	7,51	8,01	8,05	
ETP de personnel non médical	15,9	17,2	16,75	
nb de passages / ETP PNM	564	520	537	
nb ETP PNM pour produire 5M€ T2A	39,14	43,30	42,15	