



Le président

Bordeaux, le 9 décembre 2020

à

Monsieur le directeur du centre hospitalier de
Mauléon-Soule

6, avenue Tréville

64130 MAULEON-LICHARRE

Dossier suivi par :
Joanna Boury, Greffière de la 4^{ème} section
T. : 05-56-56-47-00
Mel. : nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr
Réf : contrôle n° 2018-0328

Nos références à rappeler : KSP GD200602 CRC

Objet : rapport d'observations définitives relatif au contrôle des
comptes et de la gestion du centre hospitalier de Mauléon-Soule

P.J. : 1 rapport

*Envoi dématérialisé avec accusé de réception
(Article R. 241-9 du code des juridictions financières)*

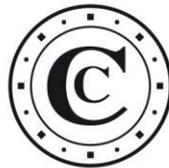
Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Mauléon-Soule concernant les exercices 2012 jusqu'à la période la plus récente pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger jusqu'à sa communication au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, par son président qui en a également été destinataire.

Ce rapport pourra alors être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis au préfet, à la directrice départementale des finances publiques des Pyrénées-Atlantiques ainsi qu'au directeur général de l'agence régionale de santé.

Jean-François Monteils



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE MAULEON SOULE (Département des Pyrénées-Atlantiques)

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 11 septembre 2020

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|--|----|
| SYNTHÈSE | 4 |
| RECOMMANDATIONS..... | 6 |
| 1 LA PROCEDURE..... | 7 |
| 2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT | 8 |
| 2.1 Le centre hospitalier de Mauléon Soule, un hôpital de proximité | 8 |
| 2.1.1 Une labellisation fonction de la situation démographique et économique du territoire de santé | 8 |
| 2.1.2 Une labellisation fonction des caractéristiques de l'activité..... | 10 |
| 2.1.3 Un établissement dont le positionnement sur sa zone d'attractivité se dégrade | 12 |
| 2.2 Une gouvernance fragilisée par l'absence d'un directeur, les dysfonctionnements des instances et des documents stratégiques perfectibles | 14 |
| 2.2.1 Une direction commune avec le CH d'Oloron Sainte-Marie pour pallier l'absence de directeur au CH de Mauléon | 14 |
| 2.2.2 Un renforcement de cette direction commune sans évolution de la convention dont elle émane | 14 |
| 2.2.3 Une direction commune instable et un cumul de fonctions pour le directeur chargé de ce CH préjudiciable au bon fonctionnement du CH de Mauléon | 16 |
| 2.3 La coopération | 31 |
| 2.3.1 Le contrat local de santé Basse-Navarre-/Soule | 31 |
| 2.3.2 La coopération avec le CH d'Oloron en matière de consultations avancées | 33 |
| 2.3.3 L'hôpital dans le groupement hospitalier de territoire..... | 33 |
| 2.3.4 La coopération avec le CH des Pyrénées en matière d'audit financier..... | 34 |
| 2.3.5 Les autres coopérations..... | 34 |
| 3 UNE ACTIVITE REDUITE SUR LA PERIODE EN RAISON DE LA RESTRUCTURATION DE L'EHPAD | 35 |
| 3.1 Conformité par rapport aux autorisations | 35 |
| 3.2 Une activité de chirurgie et de psychiatrie non conforme à son statut d'hôpital de proximité..... | 36 |
| 3.3 Une activité de soins marquée pour la présence de lits d'EHPAD..... | 37 |
| 3.3.1 En médecine, une activité centrée sur les pathologies des personnes âgées, en baisse mais bénéficiant d'une valorisation croissante | 37 |
| 3.3.2 En soins de suite et de réadaptation, un nombre de séjours en baisse mais un taux d'occupation des lits en hausse..... | 42 |
| 3.3.3 Une durée moyenne de séjour qui croît en médecine et en soins de suite et de réadaptation..... | 45 |
| 3.4 A l'EHPAD, une activité en baisse et une faible proportion de personnes très dépendantes..... | 46 |
| 3.4.1 Un taux d'occupation faible et décroissant..... | 47 |
| 3.4.2 Une faible proportion de personnes très dépendantes (en GIR1) | 47 |
| 4 DES COMPTES NON FIABLES | 49 |
| 4.1 La nécessité de mettre en place un contrôle interne comptable..... | 49 |
| 4.2 Un état de l'actif non fiable | 51 |
| 4.3 Un résultat comptable majoré | 52 |

| | | |
|-------|--|-----------|
| 4.3.1 | Des dotations aux amortissements insuffisantes liées à des durées d'amortissement trop longues | 52 |
| 4.3.2 | Des dotations aux provisions insuffisantes et mal imputées..... | 53 |
| 4.3.3 | Au compte financier provisoire 2018, des charges de l'EHPAD non comptabilisées.... | 56 |
| 4.4 | Des créances non fiables | 57 |
| 4.4.1 | Un faible montant de créances anciennes | 58 |
| 4.4.2 | Une part de créances sur « hospitalisés et consultants » non négligeable | 58 |
| 4.4.3 | La qualité des titres de recettes | 59 |
| 4.4.4 | Une part négligeable de créances anciennes mais un taux élevé de créances datant de plus d'un an..... | 60 |
| 4.4.5 | L'absence de détermination de créances douteuses..... | 60 |
| 4.4.6 | Un montant très faible d'admissions en non-valeur | 60 |
| 4.5 | La fiabilité de la régie « prestations diverses » est entachée par l'absence de procès-verbal de vérification..... | 61 |
| 5 | UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE : UNE CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT EN FORTE BAISSSE QUI CONDUIT A UN FORT ENDETTEMENT | 63 |
| 5.1 | Des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) conformes et des plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) non approuvés par l'ARS..... | 64 |
| 5.1.1 | Des EPRD conformes mais un EPRD 2019 transmis hors délai | 64 |
| 5.1.2 | Des refus d'approbation du PGFP dont les prévisions sont peu fiables | 65 |
| 5.2.1 | Une CAF brute consolidée qui baisse fortement | 66 |
| 5.2.2 | Des charges consolidées contenues au prix d'une faible maintenance | 69 |
| 5.2.3 | L'évolution des produits | 73 |
| 5.3 | Un bilan financier en trompe-l'œil | 75 |
| 5.3.1 | Un fonds de roulement élevé mais lié à un fort endettement..... | 75 |
| 5.3.2 | Un besoin de fonds de roulement faible du fait de la hausse des délais de paiement des fournisseurs | 77 |
| 5.3.3 | Une trésorerie fortement positive en 2018..... | 79 |

SYNTHÈSE

Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier de Mauléon est un hôpital dit de proximité, ayant une capacité de 5 lits de médecine, 25 lits de soins de suite et de réadaptation et 155 lits d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. En 2018, son effectif était de 163,75 équivalents temps plein (ETP) dont 2,1 médicaux, 2,27 personnels de direction et administratifs, 132,13 personnels soignants et 21,25 personnels techniques et ouvriers et 6 emplois aidés.

La gouvernance

La gouvernance a été fragilisée par l'absence de directeur (sur 4 mois précédant la période sous contrôle et jusqu'au 30 juin 2013) ce qui a conduit à l'instauration d'une direction commune avec le centre hospitalier (CH) d'Oloron-Sainte-Marie qui s'est révélée instable. Le fonctionnement des instances n'a pas été satisfaisant. En effet, le nombre de réunions du conseil de surveillance, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), a été inférieur à celui prévu par les textes qui les instituent.

Par ailleurs, cette instabilité, ainsi qu'un désaccord entre le président du conseil de surveillance et la direction, ont eu pour conséquence de retarder le projet de reconstruction de l'hôpital et de son EHPAD.

L'activité

Le centre hospitalier de Mauléon propose un case-mix conforme à son statut d'hôpital de proximité, une médecine centrée sur les pathologies des personnes âgées et un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) orienté vers la gériatrie et un EHPAD.

Les médecins qui interviennent à l'hôpital sont des médecins généralistes du secteur privé et un praticien attaché coordonnant le secteur sanitaire (médecine + SSR). L'activité baisse sur la période mais sa valorisation économique croît en raison de la hausse du poids moyen du cas traité.

En soins de suite et de réadaptation, le nombre de séjours croît (270 en 2018) tout comme le taux d'occupation des lits (92,33 % en 2018) du fait de l'augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS).

S'agissant de l'EHPAD, son activité a été réduite sur la période en raison de sa reconstruction qui a nécessité la fermeture temporaire de 26 lits en 2018. Sur cinq des huit exercices examinés, le taux d'occupation des lits d'EHPAD est inférieur au taux moyen des EHPAD (97 %), et plus particulièrement sur les deux derniers où il est inférieur à 95 %. Ce pourcentage se doit d'être conjoncturel en raison de la reconstruction de l'EHPAD. En effet, avec la réforme de la tarification, la sous-activité caractérisée par un taux d'occupation inférieur à 95 % donne lieu à une modulation des forfaits soins et dépendance en n+1, donc à

une perte de recettes. La proportion de personnes classées en GIR¹ 1 (perte d'autonomie totale) n'est jamais supérieure à 25,18 % et n'atteint que 7,59 % en 2018.

Des comptes non fiables

La fiabilité des comptes est entachée de plusieurs difficultés. Ainsi, se trouvent à l'état de l'actif des biens qui en réalité ont été détruits. Les dotations aux amortissements sont insuffisantes car liées à des durées d'amortissement trop longues, comme celles des installations générales, agencements, aménagements et constructions qui s'échelonnent de 30 à 80 ans alors que l'instruction comptable M21 recommande qu'elles ne dépassent pas 20 ans. Les dotations aux provisions sont insuffisantes (provision pour compte épargne-temps nulle) et mal imputées. Cette faiblesse des dotations aux amortissements et provisions a pour conséquence de majorer artificiellement le résultat comptable. En l'espèce, cela n'a pas empêché qu'il soit négatif de manière récurrente.

Le centre hospitalier de Mauléon se doit de respecter l'instruction comptable M21 applicable aux établissements publics de santé afin de donner une image fidèle de sa situation budgétaire et comptable.

Une situation financière en trompe l'œil

La capacité d'autofinancement (CAF) nette a fortement baissé sur la période et devient négative en 2017 et le reste en 2018. Cette détérioration est la conséquence, d'une part, de la forte dégradation de la CAF brute consolidée (conséquence de celle de la CAF de l'EHPAD) en raison d'un accroissement des charges courantes nettement supérieur à celui des produits courants et, d'autre part, d'une augmentation de l'annuité en capital de la dette. Surtout, cet autofinancement brut ne traduit pas la réalité de la situation financière de cet hôpital, les charges de maintenance étant très significativement sous-estimées de plusieurs millions d'euros.

La structure bilancielle est marquée par une trésorerie nette fortement positive due en réalité à des délais de règlement des fournisseurs élevés et à une mobilisation précoce d'un emprunt qui survalue le fonds de roulement. Ainsi, sont compensées les pertes engendrées par l'activité mais également par l'importance du projet immobilier du centre hospitalier. En effet, ce projet consiste à reconstruire l'EHPAD pour un coût de 13 140 633 € financé à près de 68 % par emprunt et à un peu plus de 11 % par autofinancement, toutefois inexistant ; le solde par des subventions.

¹ Groupe iso-ressources : l'évaluation de la perte d'autonomie de la personne, réalisée à l'aide de la grille AGGIR, permet de classer chaque personne dans un groupe iso-ressources c'est-à-dire un ensemble de personnes ayant le même degré de dépendance et donc des besoins en soins comparables. Le GIR 1 regroupe les personnes ayant une perte d'autonomie totale confinées au lit dont les facultés mentales sont gravement altérées et qui ont besoin d'une présence continue d'intervenants alors que le GIR 6 rassemble les personnes autonomes pour tous les actes de la vie courante.

RECOMMANDATIONS

Recommandations faites au cours du contrôle actuel

Recommandation n° 1 : Veiller au respect du code de la santé publique quant aux fréquences des réunions des instances du CH.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 2 : Etablir un bilan à la fin du projet d'établissement 2017-2021.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 3 : Conformément à l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, établir chaque année, le rapport d'activité.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 4 : Transmettre au comptable les éléments nécessaires à la validation du compte provisoire 2018 afin de le produire et transmettre au conseil de surveillance le compte financier de l'exercice au plus tard le 31 mai de l'exercice suivant conformément à l'article R.6145-44 du code de la santé publique.

[Recommandation en cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 5 : Installer un contrôle interne dans les meilleurs délais conformément à ce que prévoit le projet d'établissement.

[Recommandation non mise en œuvre]

Recommandation n° 6 : Fiabiliser les comptes du centre hospitalier conformément aux règles budgétaires et comptables posées par l'instruction comptable M21 en :

- revoyant les durées d'amortissement ;
- provisionnant lorsque cela est requis, notamment s'agissant de créances douteuses ;
- effectuant régulièrement des admissions en non-valeur.

[Recommandation non mise en œuvre]

1 LA PROCEDURE

Le contrôle a été effectué dans le cadre du programme annuel 2018 de la chambre régionale des comptes et a fait l'objet d'un plan de contrôle visé par le président de l'instance de délibéré le 29 octobre 2018.

En application de l'article R.241-2 du code des juridictions financières, l'ouverture du contrôle a été notifiée à Madame Valérie Friot-Guichard, ordonnateur en fonctions depuis le 1^{er} janvier 2015, à Monsieur Philippe Gizolme ancien ordonnateur du 1^{er} août 2013 au 30 juin 2014, à Monsieur Xavier Etcheverry, ancien ordonnateur du 1^{er} juillet 2014 au 31 décembre 2014 et à Monsieur Michel Etchebest, président du conseil de surveillance, par courriers du 29 octobre 2018. Madame Friot-Guichard en a accusé réception le 31 octobre 2018, MM. Gizolme, Etchebest et Etcheverry, respectivement les 2, 3 et 19 novembre 2018.

L'entretien de début de contrôle a eu lieu le 25 mars 2019 avec l'ordonnateur en fonctions.

Conformément à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 4 décembre 2019 avec l'ordonnateur en fonctions et l'ordonnateur précédent et le 11 décembre 2019 avec le premier ordonnateur de la période.

Le contrôle de la chambre a porté sur les thèmes suivants : (1) l'établissement et son territoire de santé, la stratégie et les coopérations, (2) la gouvernance, (3) l'activité et son évolution, (4) le respect des principes comptables et le contrôle interne, (5) l'analyse financière.

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré le 14 janvier 2020. Il a été adressé à Mme Valérie Friot-Guichard, ordonnateur en fonctions, à MM. Philippe Gizolme et Xavier Etcheverry, anciens ordonnateurs.

Des extraits ont été adressés au cabinet d'expertise comptable Mazars, au directeur du CHS des Pyrénées, au directeur du CH d'Oloron, et au président du conseil de surveillance.

Des communications administratives ont été adressées au comptable public, M. Francis Mieybegue et au directeur général de l'agence régionale de santé (ARS).

M. Frédéric Lecenne, actuel directeur du CH d'Oloron, et ordonnateur du CH de Mauléon a adressé des réponses à la Chambre, par deux courriers des 22 avril et 15 mai 2020. Il a par ailleurs sollicité une consultation de pièces et formulé une demande d'audition. L'audition s'est déroulée le 11 septembre 2020.

Par ailleurs, Mme Valérie Friot-Guichard, ancienne directrice du CH de Mauléon a adressé une réponse le 21 août 2020, soit deux jours avant la date du 23 août, dernier délai compte tenu des dispositions liées à la crise sanitaire, qui ont notamment eu pour objet de repousser les délais de réponse accordés aux contrôlés.

Les autres destinataires d'extraits du rapport d'observations provisoires n'ont pas adressé de réponses à la chambre régionale des comptes.

2 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

2.1 Le centre hospitalier de Mauléon Soule, un hôpital de proximité

Hôpital rural jusqu'en 1992, l'hôpital de Mauléon Soule a été transformé en hôpital local, à cette date. Les hôpitaux locaux, issus de la loi du 31 décembre 1970, ont été supprimés le 31 juillet 2009 par la loi hôpital, patients, santé, territoires avec la création des centres hospitaliers. La catégorie « Hôpital de proximité » a été créée par l'article 52 de la loi n° 2014- 1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, et codifiée à l'article L. 6111-3-1 du code de la santé publique (CSP), suite à un rapport de la Cour des comptes qui décrivait la disparition progressive des services de médecine dans les ex-hôpitaux locaux. Avec le décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement, les hôpitaux de proximité ont un nouveau type de financement, toujours dérogatoire au droit commun de la tarification à l'activité (T2A). Depuis l'arrêté du 23 juin 2016, l'hôpital de Mauléon-Soule est inscrit sur la liste des hôpitaux de proximité.

L'article R. 6111-24 du CSP définit ce qu'est un hôpital de proximité en fonction de la nature de son activité mais également des caractéristiques du territoire sur lequel il rayonne.

2.1.1 Une labellisation fonction de la situation démographique et économique du territoire de santé

Le territoire d'un établissement de santé peut s'apprécier à travers son « territoire de démocratie médicale », son territoire de proximité et sa zone d'attractivité, qui se définit comme étant la zone géographique où 80 % des patients ont leur lieu de résidence principale, ainsi, en 2016, la totalité des patients en médecine (127 séjours) viennent de Mauléon.

En vertu de l'article L. 1434-16 du CSP « *l'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipements des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que les accès aux soins de premiers recours... ».*

Conformément à l'article R. 6111-24 du CSP, peut être qualifié d'hôpital de proximité, « *I-[...] 2° l'établissement [qui] dessert un territoire qui présente au moins deux des quatre caractéristiques suivantes :*

- a) *La part de la population âgée de plus de 75 ans y est supérieure à la moyenne nationale ;*
- b) *La part de la population, située en dessous du seuil de pauvreté, y est supérieure à la moyenne nationale ;*
- c) *La densité de sa population n'excède pas un niveau plafond ;*
- d) *La part des médecins généralistes pour 100 000 habitants y est inférieure à la moyenne nationale.*

[...]. Les moyennes nationales mentionnées aux a, b et d et le seuil de pauvreté mentionné au b sont ceux dernièrement retenus par l'INSEE.

Le niveau plafond de densité mentionnée au c est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

Par ailleurs, ce territoire est défini comme l'ensemble des lieux à partir desquels il est possible de rejoindre l'établissement en automobile en vingt minutes en prenant en compte les temps de trajet aux heures pleines et aux heures creuses.

Selon la révision intervenue en 2015 du programme régional de santé 2012-2017, le territoire de proximité est celui « *des activités de soins exercées hors permanence des soins en établissement de santé . Il se structure autour d'une offre ville-hôpital de proximité englobant tous les offreurs de soins détenteurs d'une autorisation d'activité de soins et /ou d'équipement matériel lourd (EML), situé en établissements de santé ou en cabinets de ville. [...]. Il est préconisé, pour ce niveau de proximité, une accessibilité de l'ordre de 30 à 45 minutes. Une attention particulière doit être portée à l'accessibilité en terme de délai de rendez-vous. [...]* ».

Situé à Mauléon, l'hôpital de Mauléon Soule a vocation à couvrir les besoins de la population du territoire de proximité d'Oloron-Haut Béarn qui appartient au territoire de santé Béarn-Soule.

Selon le projet d'établissement 2017-2021 (p.14), « *cet établissement est situé dans un territoire de 13 500 habitants à vocation principalement rurale, dans une zone montagneuse et enclavée. Il a pour vocation d'être le pivot des soins de premier recours sur sa zone d'attractivité* ».

Tableau n° 1 : Les caractéristiques démographiques du territoire de proximité en 2009²

| <i>Indicateur</i> | Territoire de santé Béarn Soule | Territoire de proximité Oloron/Haut Béarn | France métropolitaine |
|------------------------------|---------------------------------|---|-----------------------|
| <i>Densité de population</i> | 70,1 | 23,4 | 114,8 |
| <i>% 75 ans et plus</i> | 10,6 | 13,1 | 8,8 |

Source : Observatoire régional de la santé Nouvelle-Aquitaine, profil de santé. Territoire de santé Béarn/Soule sociodémographie/professionnels de santé morbidité/mortalité, juin 2013.

Le territoire de santé Béarn-Soule se caractérise par un indice conjoncturel de fécondité inférieur à la moyenne nationale et l'un des plus faibles de Nouvelle-Aquitaine, des proportions de personnes âgées vivant seules à domicile, de jeunes en familles monoparentales, d'emploi précaire parmi les plus faibles de la région. Mais c'est sur le territoire de proximité Oloron/Haut Béarn que la part des personnes âgées de 75 ans et plus est la plus élevée, de même que la mortalité avec une plus forte mortalité prématurée masculine et une importante mortalité par maladies cardio-vasculaires.

Le territoire de proximité Oloron-Haut-Béarn est bien caractérisé par une part de la population âgée de plus de 75 ans supérieure à la moyenne nationale et une densité de population qui n'excède pas 150 habitants au km².³

² L'observatoire régional de la santé de Nouvelle-Aquitaine n'a pas actualisé sa publication suite au recensement INSEE de 2016.

³ La réforme des hôpitaux de proximité : support méthodologique. Direction Générale de l'Offre de Soins, Ministère chargé de la santé, p.9

Concernant les médecins de ville, ce territoire de proximité dispose de 99,7 médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants (96,4 France entière), 64,1 chirurgiens-dentistes libéraux pour 100 000 habitants (56,9 France entière) et de 160,3 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants (142,2 France entière), ce qui est satisfaisant.

2.1.2 Une labellisation fonction des caractéristiques de l'activité

2.1.2.1 Les critères réglementaires

En vertu de l'article L. 6111-3-1 du CSP, « I. -Les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours.

II.- Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique. Le volume de leur activité de médecine ou celui de leurs activités de soins de suite et de réadaptation n'excède pas un seuil défini, qui peut être différencié pour chacune de ces activités, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État ».

Pour répondre à la définition posée par l'article du CSP susmentionné, l'activité de l'établissement doit être circonscrite à la médecine, les activités de chirurgie et d'obstétrique étant prohibées. Néanmoins, celle-ci doit de surcroît, être limitée.

La grande majorité de ces établissements fonctionne avec des médecins généralistes libéraux qui suivent leurs patients lors de leur hospitalisation, le CH de Mauléon Soule ne dérogeant pas à cette règle.

2.1.2.2 Une faible activité de médecine et un EHPAD

L'hôpital de Mauléon Soule offre des soins de court séjour (médecine), des soins de suite et de réadaptation ainsi que de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). En 2018, l'hôpital a « produit »⁴ 1 337 journées en médecine, 8 428 journées en soins de suite et de réadaptation et 50 609 journées d'hébergement en EHPAD. L'activité sera analysée dans le troisième chapitre de ce rapport.

2.1.2.3 Une capacité d'accueil qui évolue

Pour mettre en œuvre cette offre de soins, en 2017 sa capacité d'accueil comportait 185 lits se répartissant entre la médecine (5 lits), les soins de suite et de réadaptation (SSR) (25 lits dont 9 lits pour les personnes désorientées et 3 lits dédiés aux soins palliatifs), et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (155 lits dont 1 d'hébergement temporaire et 6 places d'accueil de jour pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer) et 3

⁴ Rapport d'activité 2017-2018

bâtiments (hôpital, Cantou, maison de retraite) regroupés sur un site. L'hôpital dispose d'une pharmacie à usage intérieur et d'une salle de rééducation fonctionnelle.

Dans le cadre de son projet de restructuration et d'extension, l'objectif est de disposer d'un établissement adapté au confort des patients et résidents et au travail du personnel et conforme à la réglementation. L'objectif est d'arriver à 191 lits répartis comme suit :

- 10 lits en médecine (soit 5 nouveaux lits afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées) ;

- 1 place d'hospitalisation de jour ;

- 25 lits de soins de suite et de réadaptation ;

- 155 lits d'EHPAD dont 137 d'hébergement traditionnel, 13 lits d'hébergement pour des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, et 5 lits d'hébergement temporaire. Sera également créé un pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) d'une capacité de 14 places. Il permettra d'accueillir, dans la journée, les résidents de l'EHPAD ayant des troubles modérés du comportement, dans le but de leur proposer des activités sociales et thérapeutiques, individuelles ou collectives, afin de maintenir ou de réhabiliter leurs capacités fonctionnelles, leurs fonctions cognitives, sensorielles et leurs liens sociaux. Le coût total du projet est évalué à 20 millions d'euros.

2.1.2.4 Des moyens humains en baisse

(36) En 2018, l'hôpital employait 163,75 personnes en équivalents temps plein (ETP) dont 2,10 médicaux (1,28 %), 132,13 soignants (80,69 %), 2,27 administratifs (1,39 %), 21,25 techniques (12,98 %) et 6,00 emplois aidés (3,66 %).

Tableau n° 2 : Evolution des effectifs- en ETP

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evol 2013- 2018 En % |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|-------------------------------|
| Médicaux | 1,00 | 1,90 | 2,5 | 2,25 | 2,10 | 2,10 | 110 |
| <i>Dont PH Temps plein</i> | 0 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | 1,00 | - |
| <i>Dont Praticiens attachés</i> | 0,9 | 0,9 | 1,50 | 1,25 | 1,10 | 1,10 | 22,2 |
| <i>Dont Praticiens contractuels</i> | 0,1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - 100 |
| Non médicaux | 164,95 | 170,4 | 168,00 | 172,86 | 170,33 | 161,65 | - 2 |
| <i>Dont personnels de direction et administratifs</i> | 4,10 | 4,10 | 4,10 | 4,10 | 4,30 | 2,27 | - 44,6 |
| <i>Dont personnels soignants</i> | 119,85 | 125,05 | 119,60 | 123,46 | 129,87 | 132,13 | 10,2 |
| <i>Dont personnels éducatifs et sociaux</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Dont personnels médico-techniques</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Dont personnels techniques et ouvriers</i> | 27,00 | 26,25 | 25,30 | 24,30 | 20,50 | 21,25 | - 21,3 |
| <i>Dont emplois aidés</i> | 14,00 | 15,00 | 19,00 | 21,00 | 15,66 | 6,00 | - 57,1 |
| TOTAL | 165,95 | 172,30 | 170,50 | 175,11 | 172,43 | 163,75 | - 1,3 |

Source : HL Mauléon, réponse à la question 6.4

Durant la période sous revue, l'effectif total a diminué de 2,2 ETP, l'effectif médical croissant alors que les effectifs non médicaux baissent de 3,3 ETP. Parmi ces derniers, l'effectif des emplois aidés subit la plus forte baisse (60 %), ainsi que celui du personnel de direction et administratif (-2,53 soit 10,42 %). Parmi le personnel non médical, la part des titulaires a varié de 75,87 % en 2013 à 62,45 % en 2018.

2.1.3 Un établissement dont le positionnement sur sa zone d'attractivité se dégrade

En 2017, les trois établissements qui ont les parts de marché les plus élevées sur la zone d'attractivité du CH de Mauléon Soule sont listés dans le tableau ci-après.

Tableau n° 3 : Part de marché de l'hôpital de Mauléon Soule

| Rang | Catégorie | Dépt | Etablissement | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|-----------|-----------|----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Médecine | | | | | | | | | |
| 1 | HL | 64 | Mauléon | 9,0 | 7,1 | 7,7 | 6,8 | 7,4 | 6,7 |
| 2 | CH | 64 | Saint-Palais | 20,1 | 30,7 | 29,7 | 32,6 | 30,9 | 32,0 |
| 3 | CH | 64 | Oloron | 29,9 | 24,2 | 24,7 | 21,5 | 20,2 | 23,1 |
| 4 | CH | 64 | Pau | 13,5 | 12,9 | 13,0 | 12,0 | 11,0 | 9,8 |
| Chirurgie hospitalisation complète | | | | | | | | | |
| | HL | 64 | Mauléon | 1,5 | 0,5 | 0,5 | 1,5 | 1,9 | 0,7 |
| | CH | 64 | Saint-Palais | 13,7 | 20,4 | 18,6 | 21,1 | 18,3 | 16,4 |
| | CH | 64 | Oloron | 29,0 | 25,0 | 28,3 | 26,0 | 22,9 | 23,2 |
| | CH | 64 | Côte Basque | 9,0 | 9,7 | 12,2 | 10,8 | 13,4 | 13,1 |
| Obstétrique | | | | | | | | | |
| | HL | 64 | Mauléon | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | CH | 64 | Côte Basque | 12,8 | 18,0 | 16,9 | 19,0 | 23,8 | ND |
| | CH | 64 | Oloron | 27,1 | 22,4 | 19,0 | 16,6 | 13,4 | ND |
| | CH | 64 | Saint-Palais | 12,8 | 13,4 | 17,4 | 20,8 | 13,1 | ND |

Source : Hospidiag 2013-2014 et 2014-2017

Sur la période examinée, la part de marché en médecine a diminué de 2,3 points malgré un léger rebond en 2017 (+0,6 point). L'utilité d'augmenter la capacité de 5 lits comme prévu dans le projet d'établissement pourra donc être discutée d'autant plus que le taux d'occupation des lits de médecine baisse sur la période (-7,62 points) pour s'établir à 73,26 % en 2018.

Le territoire de santé dispose d'une offre de soins présentée en annexe A, source possible de concurrence, sur la médecine et les SSR.

En SSR, la grande majorité des patients résident à Mauléon-Licharre même si leur part diminue de 84,07 % en 2013 à 74,24 % en 2018.

2.2 Une gouvernance fragilisée par l'absence d'un directeur, les dysfonctionnements des instances et des documents stratégiques perfectibles

2.2.1 Une direction commune avec le CH d'Oloron Sainte-Marie pour pallier l'absence de directeur au CH de Mauléon

Alors que l'établissement est dirigé par un directeur par intérim du 31 août 2012 au 30 juin 2013, lors du conseil de surveillance du 26 février 2013, son président rappelle qu'il a reçu trois directeurs potentiels qui sortaient de l'école des hautes études en santé publique (EHESP) en décembre mais qu'aucun n'a donné suite. Ensuite, la vacance de poste ayant été publiée, un directeur d'hôpital s'est manifesté, mais n'a finalement pas donné suite. Lors d'une réunion le 4 janvier 2013, l'ARS a proposé au président du conseil de surveillance que soit recruté un directeur adjoint à Oloron qui serait affecté au CH de Mauléon à temps plein ou pour 3 ou 4 journées par semaine.

Plutôt que de mettre en place uniquement une mise à disposition du directeur-adjoint du CH d'Oloron au CH de Mauléon, les deux établissements ont convenu de créer une direction commune, mécanisme statutaire qui permet de confier à un directeur la responsabilité et la conduite de deux structures publiques sanitaires et/ou médico-sociales. L'article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005 portant dispositions relatives à la direction de certains établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit que *« sur délibération identique des conseils d'administration ou de surveillance, de plusieurs des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, ceux-ci peuvent être gérés, dans le cadre d'une convention établie à cet effet, par une direction commune. / il peut, en outre, être créé dans les mêmes conditions, une équipe de direction, pour partie ou dans son intégralité, commune aux établissements concernés. / La convention de direction commune peut être dénoncée par délibération du conseil d'administration ou de surveillance de l'un des établissements composant cette direction commune. / [...] le directeur général de l'agence régionale de santé peut demander à deux ou plusieurs établissements autonomes [...] de conclure une convention de direction commune »*.

L'avis du conseil de surveillance (CS) du CH de Mauléon, sur l'instauration de cette direction commune, a bien été recueilli, celui-ci émettant un avis favorable à l'unanimité lors de sa séance du 14 juin 2013.

2.2.2 Un renforcement de cette direction commune sans évolution de la convention dont elle émane

La convention de direction commune a été signée le 14 juin 2013. Elle présente les caractéristiques suivantes s'agissant de la direction du CH de Mauléon :

- le directeur du CH de Mauléon sera un directeur adjoint du CH d'Oloron, basé à temps plein sur l'établissement de Mauléon. Toutefois, en vertu de l'article 3, la direction commune est assurée par le directeur du CH d'Oloron qui devient donc l'ordonnateur du CH de Mauléon ;

- il disposera d'une délégation de signature du directeur d'Oloron et bénéficiera d'un appui de l'équipe de direction du CH d'Oloron. En effet, conformément à son article 5, « *Les directeurs adjoints chargés des directions fonctionnelles (ressources humaines, finances, travaux, filière gériatriques) et la coordinatrice générale des soins du CH d'Oloron peuvent apporter leur appui et leur savoir-faire pour la gestion de questions spécifiques au CH de Mauléon et donc intervenir sur le site de Mauléon* ». Cet article ne prévoit, néanmoins, pas de mise à disposition ni de remboursement à la charge du CH de Mauléon.

Le directeur-adjoint assurera l'élaboration et le suivi des projets stratégiques et le fonctionnement quotidien de l'établissement. En application de l'article 6, « *le directeur chargé de la direction commune établit un rapport annuel d'évaluation de la présente convention. Ce rapport est présenté aux membres des conseils de surveillance des deux établissements* ». Les procès-verbaux du conseil de surveillance ne mentionnent pas qu'un tel rapport y ait été présenté, ce qui est confirmé par l'actuel directeur délégué⁵ : « *Nous n'avons pas trouvé trace de rapports. Toutefois, le thème de la Direction commune est retracé dans les comptes rendus du Conseil de Surveillance aux dates des 15 décembre 2016, 15 mars 2017 et 19 juillet 2018* ».

S'agissant des CH eux-mêmes, la convention de direction précise, en son article 2, que chaque établissement est juridiquement et financièrement autonome et conserve ses propres instances.

Depuis janvier 2017, cette direction commune a été renforcée pour répondre à 4 objectifs : (1) Efficacité et mutualisation des compétences et des moyens, (2) réponse coordonnée aux besoins du territoire, (3) être force de proposition au sein du GHT, et (4) sécuriser certaines activités (paie, facturation). Ce renforcement s'est traduit d'une part par une transversalité de l'ensemble des directions fonctionnelles, signifiant que chaque direction fonctionnelle peut intervenir sur Mauléon et non exclusivement le directeur délégué et une direction déléguée à Mauléon. D'autre part, un dialogue de gestion interne et une contractualisation ont été mis en place, le projet d'établissement 2017-2021 précisant que le CH de Mauléon devient le 5ème pôle d'analyse du CH d'Oloron.

Si la mise en place d'un directeur délégué est prévue par les articles 3 et 5 de la convention précitée, en revanche, celle de directions fonctionnelles transversales et d'instances communes (comité de direction, collège des cadres uniques) n'est pas prévue par la convention. Or, elle aurait dû l'être dans la mesure où avec ce renforcement, il ne s'agit plus des mêmes prérogatives. Au surplus, ces instances communes ne sont pas mentionnées par le CSP.

La direction du CH d'Oloron conteste la nécessité de faire évoluer la convention, pour tenir compte de la mise en place de ces directions et instances, analyse que ne partage pas la chambre régionale des comptes qui estime au contraire nécessaire de sécuriser juridiquement l'implication croissante des directions fonctionnelles, afin de garantir un management pérenne des deux structures.

Sur la période 2013-2017, la direction commune n'a fait l'objet d'aucune convention de mise à disposition. Ces mises à disposition, ainsi que leur remboursement par l'hôpital de Mauléon n'avaient donc aucune base juridique. Depuis le 30 juin 2018, une convention de mise à disposition, signée par la directrice du CH de Mauléon et la directrice du CH d'Oloron Sainte-Marie, précise les identités des agents du CH d'Oloron mis à disposition du CH de Mauléon ainsi que, pour chacun, la quotité d'ETP. Ainsi, le CH d'Oloron met à disposition du CH de Mauléon, 1,95 ETP au titre de la direction et 5,15 ETP au titre des fonctions supports. L'article

⁵ Réponse du directeur délégué à la question 2.9 du questionnaire n°2

7 précise que le CH de Mauléon « s'engage à rembourser à l'établissement d'origine, tous les salaires et charges pendant la durée de la mise à disposition ». L'article 8 précisant que « la mise à disposition de ces salariés auprès du centre hospitalier de Mauléon est établie pour l'année 2018 », la chambre régionale des comptes en conclut que la date de signature de la convention est postérieure à son début de mise en œuvre.

En application de l'article 4 de la convention, « le directeur adjoint affecté auprès du centre hospitalier de Mauléon est chargé, sous l'autorité du directeur, d'assurer l'élaboration et le suivi des projets stratégiques, la gestion générale, et le fonctionnement quotidien de l'établissement [...] il est tenu d'une implication et d'une présence personnelle au Centre hospitalier de Mauléon [...] son logement de fonction situé à Mauléon ou à proximité est pris en charge par le Centre hospitalier de Mauléon. L'ensemble de la rémunération et des charges afférentes du directeur adjoint sont affectées au budget du centre hospitalier de Mauléon ».

L'existence et le contenu des délégations de signature permettent d'analyser l'organisation de la prise de décision pour le CH de Mauléon. Les arrêtés de délégation prévoient que le directeur délégué du site de Mauléon a délégation permanente en rapport avec l'activité de l'hôpital de proximité de Mauléon à l'exception des emprunts, des ordres de service, de l'EPRD, du PGFP, des premiers contrats de recrutement du personnel médical ou décisions de proposition de nomination au CNG de praticiens hospitaliers, du projet d'établissement, des conventions de coopération inter-établissements à portée générale, d'actes d'acquisition ou cession du patrimoine foncier des établissements, des conventions constitutives des groupements de coopération sanitaires, groupements d'intérêt économique ou public. En conclusion, même si celui-ci n'est pas l'ordonnateur, le directeur délégué a peu de marge de manœuvre pour un établissement dont il est dit qu'il reste indépendant du CH d'Oloron. Dès lors, il peut être plus ardu de se sentir investi des prérogatives de direction si, de surcroît, il occupe également des fonctions, prenantes, au sein du CH d'Oloron, par ailleurs en situation financière tendue.

2.2.3 Une direction commune instable et un cumul de fonctions pour le directeur chargé de ce CH préjudiciable au bon fonctionnement du CH de Mauléon

2.2.3.1 Une direction commune instable

Au cours de la période sous revue, 4 ordonnateurs se sont succédé : M. Philippe Gizolme du 1^{er} août 2013 au 30 juin 2014, M. Xavier Etcheverry, du 1^{er} juillet au 31 décembre 2014, Mme Valérie Friot-Guichard, du 1^{er} janvier 2015 au 30 août 2019 et M. Xavier Etcheverry, de nouveau, par intérim, du 1^{er} septembre 2019 au 19 janvier 2020. Depuis le 20 janvier 2020, M. Frédéric Lecenne dirige le CH de Mauléon.

La direction du CH de Mauléon n'a connu de stabilité qu'à compter de 2015 à l'inverse de ce qui s'est passé pour le poste de directeur adjoint puis délégué. En effet, si le poste a bien été occupé de manière durable par le 1^{er} directeur adjoint, ce n'est plus le cas depuis puisqu'on dénombre trois directeurs délégués affectés à la direction du CH de Mauléon depuis juin 2017.

Ainsi, ce poste a successivement été occupé par M. Nicolas Campestre (1^{er} juillet 2013- 1^{er} janvier 2017), Mmes Solana-Heligenstein (2 janvier 2017- 15 mai 2018) et Haristouy, directrice des relations et des ressources humaines du centre hospitalier d'Oloron Sainte-Marie (1^{er} juin 2018- 24 février 2019). Depuis le 25 février 2019, ce poste est occupé par M. Gilet.

Selon le directeur, cette instabilité dans les fonctions de directeur délégué, serait compensée par l'appui de l'ensemble de l'équipe de direction du CH d'Oloron.

2.2.3.2 Des dysfonctionnements préjudiciables au CH de Mauléon

En 2017, « *la directrice de la direction commune a revu l'organigramme et a confié le poste de directeur délégué à Mme Solana- Heligenstein à mi-temps et les autres quotités sont réparties sur les autres directeurs adjoints* ». Cette réorganisation est actée par la note de la directrice commune en date du 13 janvier 2017.

Le directeur délégué de l'hôpital de Mauléon n'exerce donc qu'une partie de ses compétences en faveur de l'hôpital de proximité. La question de sa présence à Mauléon se pose donc. Aussi, lors de sa séance du 18 juin 2018, le président de la commission médicale d'établissement (CME) du CH de Mauléon a souligné les grandes difficultés ressenties par le corps médical sur le fonctionnement de la direction commune des deux établissements de santé. Il est demandé qu'un temps régulier de directeur soit organisé sur l'hôpital.

Les conséquences de cette organisation portent sur quatre points : (1) l'organisation polaire, (2) la composition et le fonctionnement des instances, (3) l'élaboration et le contenu des documents stratégiques, (4) l'élaboration et la mise en œuvre de la restructuration de l'EHPAD.

1/ L'organigramme de l'hôpital de Mauléon et l'organisation polaire

En application de l'article L. 6146-1 du CSP, « *le directeur définit l'organisation en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement, après avis du président de la commission médicale d'établissement [...] Un décret fixe le nombre d'agents d'un établissement en dessous duquel la constitution de pôles est facultative et le nombre maximal d'agents que peut comporter un pôle. / Les pôles d'activité sont composés, d'une part, de services, de départements et d'unités fonctionnelles ou de toutes autres structures de prises en charge du malade par les équipes médicales, soignantes ou médicotechniques ainsi que, d'autre part, des services, unités, départements ou structures médicotechniques qui leur sont associés. [...] Le directeur nomme les chefs de pôle. [...] Pour les pôles d'activités clinique ou médicotechnique, il nomme les chefs de pôle sur proposition du président de la commission médicale d'établissement [...] Le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique ou médicotechnique, le président de la commission médicale d'établissement contresigne le contrat. Il atteste, ainsi, par sa signature la conformité du contrat avec le projet médical de l'établissement* ».

Le projet médico-soignant, socle du projet d'établissement 2017-2021, ne prévoit pas la création de pôles, pourtant obligatoires en l'absence du décret arrêtant le nombre d'agents en deçà duquel ils ne le sont pas. Cependant, le volet « Gouvernance » de ce projet d'établissement l'évoque⁶ à travers la mise en œuvre d'une contractualisation interne en précisant qu'« *une évaluation annuelle de la mise en œuvre du projet sera réalisée au sein du collège des pôles qui fera fonction de comité de suivi* ». Toutefois, il semble que cette indication concerne, non pas l'hôpital de Mauléon, mais un établissement, inexistant juridiquement, qui serait la fusion des deux établissements d'Oloron et de Mauléon, puisque sont cités « cinq pôles d'analyse : chirurgie, médecine, ressources, gériatrie, Mauléon ».

En définitive, en raison de la taille de l'établissement, qui ne justifie pas la création de pôles, le directeur sollicitera du directeur général de l'ARS la dérogation lui permettant de se dispenser de ce mode d'organisation.

⁶ P. 82

2/ Une composition et un fonctionnement des organes non conformes

Ont été examinés les compositions du directoire, de la CME, du comité technique d'établissement, du comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), de la commission des relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge (CRUQPEC), du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN), du comité de lutte contre la douleur (CLUD), du comité de liaison alimentation et nutrition (CLAN). Même si la décision n° 06/2016 du 15 mars 2016 précise que le représentant du corps médical au CHSCT est en attente de désignation, et que les décisions portant composition du directoire comportent plusieurs anomalies (leur date d'effet est antérieure à leur date de signature), la composition de ces instances est conforme à l'exception de celle de la CME.

La composition de la CME

La composition de la CME est fixée aux articles L. 6144-2 et R. 6144-3 et suivant du CSP. L'article R. 6144-3 prévoit que « *La composition de la commission médicale d'établissement des centres hospitaliers est fixée comme suit : 1° l'ensemble des chefs de pôle d'activités cliniques et médicotechniques de l'établissement ; 2° Des représentants élus des responsables des structures internes, services ou unités fonctionnelles ; 3° Des représentants élus des praticiens titulaires de l'établissement ; 4° Des représentants élus des personnels temporaires ou non titulaires et des personnels contractuels ou exerçant à titre libéral de l'établissement ; 5° Des représentants élus des sages-femmes, si l'établissement dispose d'une activité de gynécologie-obstétrique ; 6° Des représentants des internes comprenant un représentant pour les internes de médecine générale, un représentant des internes de médecine des autres spécialités, un représentant pour les internes de pharmacie et un représentant pour les internes en odontologie ; 7° Un représentant des étudiants hospitaliers en second cycle des études de maïeutique, lorsque la structure de formation en maïeutique est rattachée à un centre hospitalier. II-Assistent en outre avec voix consultative : 1° Le président du directoire ou son représentant ; 2° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques ; 3° Le praticien référent de l'information médicale ; le représentant du comité technique d'établissement, élu en son sein ; 5° Le praticien responsable de l'équipe opérationnelle d'hygiène ; 6° Un représentant des pharmaciens hospitaliers désigné par le directeur de l'établissement. Le président du directoire peut se faire assister de toute personne de son choix ».*

Au 1^{er} avril 2016, la CME de l'hôpital de Mauléon comprend deux médecins coordonnateurs, 6 médecins autorisés et une pharmacienne. Assistent aux séances à titre consultatif, le directeur assisté de 3 collaborateurs, la directrice des soins du CH d'Oloron, un représentant du comité technique de l'établissement (CTE) et les présidents de CME de chaque membre du GHT. Sa composition nominative a fait l'objet de quatre⁷ décisions sur la période 2013-2018.

Des dysfonctionnements des organes de gouvernance portant sur la fréquence des réunions

Un premier dysfonctionnement porte sur un nombre annuel de réunions de chacune de ces instances, inférieur à la norme réglementaire comme le montre le tableau ci-après :

⁷ Selon dépôt ordonnateur

Tableau n° 4 : Fonctionnement des instances

| | Fréquence réglementaire | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|--|------|------|------|------|------|------|
| <i>conseil de surveillance</i> | 4 CSP Art R6143-11 | 3 | 2 | 3 | 4 | 3 | 1 |
| <i>Directoire</i> | 8 CSP Art D6143-35-5 | 4 | 3 | 3 | 4 | ND | ND |
| <i>commission médicale d'établissement</i> | 4 CSP Art. R6144-6 | 4 | 3 | 3 | 4 | 1 | 2 |
| <i>comité technique d'établissement</i> | 4 CSP Art.R6144-69 | 4 | 3 | 3 | 4 | 3 | 2 |
| <i>comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail</i> | 4 Code du Travail L4614-7 | 1 | 3 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| <i>commission de soins infirmiers et rééducation médico-techniques</i> | 4 CSP R6146-14 | ND | ND | ND | ND | ND | 2 |
| <i>comité de lutte contre les infections nosocomiales</i> | 3 fois par an CSP R6111-2 | 2 | 3 | 3 | 2 | 3 | 3 |
| <i>commission administrative paritaire locale</i> | Sur demande | ND | ND | 2 | 1 | 2 | 2 |
| <i>commission activité libérale</i> | 1 fois par an CSP R6154-14 | | | | | | |
| <i>comité de lutte contre la douleur</i> | Aucune norme | 3 | 3 | 3 | 2 | 0 | 0 |
| <i>comité de liaison Alimentation Nutrition</i> | Aucune norme | 0 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 |
| <i>commission des relations avec les usagers pour la qualité de la prise en charge</i> | Au moins une fois par trimestre et aussi souvent que nécessaire CSP R.1112-82 | 3 | 3 | 3 | 2 | 2 | 2 |

Source : HL Mauléon, questionnaire n°2, question 2.12

Le nombre insuffisant de réunions du conseil de surveillance, particulièrement prégnant en 2018, est lié au refus de son président de le convoquer. Ce refus résulte selon lui des missions insuffisantes du conseil (courrier du 21-6-2018), de la non transmission par la directrice des informations stratégiques et sur l'absence de directeur délégué à temps plein sur Mauléon. L'ancienne directrice indique avoir tenté de renouer le dialogue avec le président du conseil de surveillance, sans succès. Avec l'arrivée du directeur délégué, le 25 février 2019, une rencontre a eu lieu le 28 février avec ce dernier, le maire, le président de la CME, et la directrice. Un conseil de surveillance a eu lieu le 11 avril 2019, puis le conseil s'est à nouveau réuni les 13 juin et 27 octobre de la même année, retrouvant ainsi un rythme de travail plus normal.

Le CLAN ne s'est réuni ni en 2017 ni en 2018 alors que la lutte contre la dénutrition est un des enjeux du bien-être des résidents.

L'exercice des missions et des compétences du conseil de surveillance qui sont définies aux articles L. 6143-1 à 8 et R. 6143-1 et suivants du CSP a été altéré par des désaccords entre son président et la directrice. En effet, selon l'ex-directrice⁸, « *le report des conseils de surveillance n'a pas favorisé une gouvernance équilibrée et porteuse des orientations stratégiques du projet d'établissement : lancement du projet immobilier, co-fondation de la communauté professionnelle territoriale de santé de Soule qui a été créée sous forme associative le 5 mars 2019, mise en place de consultations avancées de cardiologie et de sages-femmes, télémédecine, ni permis d'avoir une information régulière sur la situation financière* ».

Recommandation n° 1 : veiller au respect du code de la santé publique quant aux fréquences des réunions des instances du CH.

3/ Des documents de pilotage dont l'élaboration est difficile et le contenu insuffisant

Des projets d'établissement qui se chevauchent : une mise en œuvre difficile, un décalage sur 2017-2021

Selon l'article L. 6143-2 du CSP, le projet d'établissement définit la politique générale de celui-ci. Sur la base du projet médical, il comporte un projet de prise en charge des patients, un projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques et un projet social. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma régional de santé et définir la politique de participation aux réseaux de santé et les actions de coopération. Il prévoit les moyens en lits et places, en personnel et en équipements. Sa durée maximale est de cinq ans. L'article L. 6143-2-1 du même code précise que le projet social porte notamment sur la formation, le dialogue interne au sein des pôles, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et des qualifications et la valorisation des acquis professionnels.

Il est d'abord constaté que la période étudiée est couverte par deux projets d'établissement officiellement adoptés par le conseil de surveillance : le projet 2009-2014 et le projet 2017-2021. Selon l'actuel directeur délégué⁹, « *Il semble en effet que le projet d'établissement 2009-2014 a fait l'objet d'une évaluation fin 2011-début 2012 qui a permis d'établir une version 3 définissant le projet d'établissement pour la période 2012-2017* ». Cette version « 3 » serait ainsi une version intermédiaire sur laquelle le CH se serait appuyé pour mettre en œuvre sa feuille de route stratégique.

Si le projet d'établissement 2009-2014 a fait l'objet d'une évaluation présentée lors du conseil de surveillance du 4 janvier 2012, celui qui lui succède pour la période 2012-2016 n'a pas fait l'objet d'un bilan. Ainsi aucune référence à un tel document ne figure dans la partie « *la méthode et les principes retenus pour l'élaboration du projet d'établissement* » du projet 2017 - 2021.

Conformément à l'article L. 6143-2, ces deux projets sont basés sur le projet médical et comportent un projet de soins et un projet social ainsi que des objectifs en matière de coopération, en particulier avec le CH d'Oloron. Le projet 2017-2021, adopté par le conseil de surveillance du 19 octobre 2017¹⁰, s'établit autour du projet architectural, base de la

⁸ Réponse à la question 2.3. au premier questionnaire de la chambre.

⁹ Réponse au questionnaire n°2

¹⁰ Rapport activité 2017-2018, p.8

restructuration de l'établissement, qui n'a pu aboutir durant la période précédente en raison de l'absence de directeur et d'importants changements dans le projet lui-même. Le projet social n'aborde pas le dialogue interne au sein des pôles. Il comporte bien une planification des moyens matériels (évolution des capacités, plan pluriannuel d'investissement), et des effectifs cibles.

Recommandation n° 2 : Etablir un bilan à la fin du projet d'établissement 2017-2021.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

L'article L. 6114-1 du CSP prévoit que l'ARS conclut avec chaque établissement de santé un CPOM d'une durée maximale de cinq ans. Ces contrats peuvent faire l'objet d'une révision par avenant.

L'article L. 6114-2 du même code précise le contenu de ces contrats. Ainsi, ils déterminent les orientations stratégiques de l'établissement sur la base du projet régional de santé, et précisent les engagements pris par l'établissement en vue de la transformation de ses activités et de ses actions de coopération.

L'article L. 6114-3 prévoit que ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration. Ils intègrent des objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, et d'évolution et d'amélioration des pratiques professionnelles. Ils contiennent des indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé. Ces contrats décrivent les transformations relatives à leur organisation et à leur gestion. Ils comportent un volet social et culturel.

La période sous contrôle est couverte par trois CPOM : celui relatif à la période 2012-2016, le contrat 2017-2018 qui s'analyse comme un avenant du précédent, dans l'attente notamment du nouveau projet régional de santé (PRS) et le contrat 2019-2023. De nombreux objectifs opérationnels ne sont associés à aucun indicateur de suivi et d'autres ne permettent pas de décrire l'entièreté de l'objectif auxquels ils sont rattachés¹¹.

Les rapports d'activité, les comptes financiers

L'ensemble des rapports d'activité de la période a été examiné. Chacun d'eux comporte 4 parties : (1) activité de l'établissement, (2) la vie des instances de l'établissement, (3) au service des personnes accueillies et (4) Ressources mises en œuvre. Jusqu'en 2015, il comportait aussi une présentation d'éléments du compte administratif.

La première partie (activité) est très peu développée même si la troisième partie pourrait y être intégrée. La plupart des indicateurs sont exprimés en valeur absolue, une expression en pourcentage pourrait utilement compléter cette 1^{ère} information.

Pour la bonne information des membres du conseil de surveillance, il serait souhaitable que le rapport d'activité intègre des commentaires sur les causes de l'évolution de l'activité, et

¹¹ Ainsi, dans le CPOM 2019-2023, l'objectif de renforcement des actions sur les déterminants de santé pour prévenir les atteintes évitables à la santé est-il apprécié à travers le taux de vaccination des agents de l'établissement. Enfin, pour certains la valeur initiale est inconnue et pour beaucoup la valeur cible n'est pas indiquée, la seule indication étant « cible en augmentation » ou « cible en diminution » ne permettant pas d'appréhender ainsi une réalité dans toute sa clarté.

une comparaison objectif/réalisation. Concernant l'EHPAD, il convient de réintroduire les indicateurs aux forfaits globaux de soins et de dépendance (GMPS) qui n'y figure plus depuis 2016. En effet, ils permettent d'évaluer le niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et leurs besoins en soins. C'est en fonction de leurs importances qu'est calculée l'allocation budgétaire des établissements.

L'établissement n'a pas établi de rapport d'activité 2017, mais un rapport d'activité portant sur les exercices 2017 et 2018 a été produit en 2019. Or, l'article L. 6143-1 du CSP prévoit que « *Le conseil de surveillance se prononce sur la stratégie et exerce le contrôle permanent de la gestion de l'établissement. Il délibère sur : [...] le rapport annuel d'activité de l'établissement présenté par le directeur* ». Il découle de cet article qu'un rapport d'activité doit être rédigé chaque année ».

Recommandation n°3 : Conformément à l'article L. 6143-1 du CSP, établir, chaque année, un rapport d'activité.

En application de l'article R. 6145-43 du CSP, « Le compte financier comprend :

1° Les comptes annuels, constitués du bilan, du compte de résultat et de l'annexe.

2° L'analyse de l'exécution du budget. A cette fin, le compte financier :

-récapitule les opérations de dépenses et de recettes et comporte le rappel des prévisions de dépenses et de recettes inscrites au dernier budget rendu exécutoire ;

-comporte un tableau de calcul de la capacité d'autofinancement et un tableau de financement permettant de déterminer la variation du fonds de roulement ;

-fait notamment apparaître le résultat comptable de chacun des comptes de résultat ainsi que le résultat toutes activités confondues ».

L'arrêté du 27 novembre 2012 relatif au compte financier des établissements publics de santé définit les modalités de présentation du compte financier.

L'article R. 6145-44 du même code prévoit que : « *le directeur arrête le compte financier et le transmet au conseil de surveillance au plus tard le 31 mai de l'exercice suivant en vue de son approbation, accompagné :*

1° D'un rapport rédigé par le directeur et le comptable portant sur les comptes annuels mentionnés au 1° du R. 6145-43 ;

2° D'un rapport rédigé par le directeur et le comptable portant sur les éléments du compte financier mentionnés au 2° de l'article R. 6145-43 ;

3° Du projet d'affectation des résultats établi par le directeur ».

Tableau n° 5 : Dates de transmission du compte financier au conseil de surveillance

| <i>EXERCICES</i> | Date de transmission du compte financier au Conseil de Surveillance |
|------------------|--|
| 2013 | 30 avril 2014 |
| 2014 | 30 avril 2015 |
| 2015 | 19 mai 2016 |
| 2016 | Lors du conseil de surveillance du 3 juillet 2017, le directeur indique « le compte financier n'est pas disponible à ce jour, et ce malgré la réglementation » |
| 2017 | <u>19 juillet 2018</u> |
| 2018 | <u>NON DISPONIBLE au 11 septembre 2019</u> |

Source : procès-verbaux des conseils de surveillance, synthèse de la CRC Nouvelle-Aquitaine

Il apparaît que les comptes financiers des exercices 2016 et 2017 n'ont pas été transmis dans les délais réglementaires au conseil de surveillance et que le compte financier 2018 n'est pas disponible au 30 novembre 2019. Le rapport financier 2017 n'a pas été produit et celui de 2018 n'est pas produit à ce jour.

Concernant le compte financier 2018, le comptable a précisé¹² les trois points qui empêchent de le rendre définitif :

- le titre n° 773/2018 émis le 12/04/2019 doit être annulé car il a été typé « ordinaire » au lieu de « rattachement » ;
- le bordereau n° 83, d'un montant de 1 855 654,92 € et ayant pour objet des remboursements du budget EHPAD au profit du budget principal n'a pas fait l'objet d'un flux informatique ;
- l'ordonnateur n'a pas communiqué au comptable :
 - . les numéros des derniers bordereaux de dépenses et recettes, ainsi que les numéros des derniers mandats, titres et annulations pour les deux budgets ;
 - . les états annexes au compte financier ;
 - . les anomalies éventuelles susceptibles d'avoir été relevées sur le compte financier provisoire.

Le 30 septembre 2019, l'ordonnateur nous a transmis le compte financier provisoire 2018 en précisant que « le remboursement de frais de l'EHPAD au CRPP apparait bien en recettes (compte 708.7) mais pas en dépenses du CRPA, ce qui fausse le résultat [de l'EHPAD]. Le montant de ces remboursements de frais est de 1 855 654,92 euros. Il reste encore des écarts mineurs entre les comptes de l'ordonnateur et ceux du trésorier »¹³.

¹² Courriel du 18 novembre 2019

¹³ Courriel du 30 septembre 2019

Recommandation n 4: Transmettre au comptable les éléments nécessaires à la validation du compte provisoire 2018 afin de le produire et transmettre au conseil de surveillance le compte financier de l'exercice au plus tard le 31 mai de l'exercice suivant conformément à l'article R. 6145-44 du CSP.

4/ L'exemple de la réhabilitation du bâtiment de l'hôpital et de la construction de l'EHPAD : un projet remanié, retardé

La genèse

Le projet d'établissement 2009-2014 avait fixé comme orientation stratégique n° 1 de « *mettre aux normes sécurité l'hôpital local et adapter son architecture aux activités développées* ». Cette orientation est déclinée en objectifs opérationnels avec chacun, un plan d'actions, un échéancier et un plan de financement prévisionnel selon le tableau en annexe B.

Le programme technique détaillé, annexé au projet d'établissement, rappelle les objectifs et les limites de cette intervention¹⁴. Malgré ses évolutions, plusieurs points ne seront pas remis en cause comme la démolition complète du bâtiment « Maison de retraite » ou la conservation complète du bâtiment neuf « Cantou » et la conservation et rénovation/extension du bâtiment « Hôpital ».

La solution retenue prévoit la démolition reconstruction et l'extension en R+1 du bâtiment maison de retraite et la rénovation et l'extension en R+2 du bâtiment hôpital. Les parties « sanitaires » et « médico-sociales » sont bien séparées et clairement identifiées. La maison de retraite comprend 8 unités de 12 lits sur 2 niveaux. Elle implante, en partie centrale, sur deux niveaux, l'ensemble des locaux communs ainsi que le pôle d'activités et de soins adaptés (PASA) et l'unité d'hébergement renforcé (UHR). Les locaux en R-1 seront démolis et reconstruits.

La partie « hôpital » prévoit une extension sur trois niveaux : elle implante en RDC l'administration, le secteur soins et kiné, le pôle « hôpital de jour » et l'extension du pôle centre médico-psychologique (CMP), au premier étage le pôle SSR (25 lits) et au second les 10 lits de médecine et le pôle radiologie.

La durée totale de réalisation du projet (du choix du maître d'œuvre à la fin des travaux) est évaluée à 59 mois dont de 35 à 45 mois de durée prévisionnelle de travaux.

Un projet remanié plusieurs fois

Le tableau en annexe G résume les évolutions subies par ce projet de réhabilitation.

¹⁴ Il y a 4 objectifs :

- disposer d'un établissement en harmonie avec le projet médical de l'hôpital local, parfaitement adapté au confort des patients et résidents et au travail du personnel ;
- prévoir un réaménagement complet des bâtiments existants conservés et leur extension, afin de disposer d'un établissement conforme aux normes réglementaires et techniques, notamment par rapport la sécurité incendie ;
- augmenter la capacité de 185 lits à 191 lits répartis comme suit : 10 lits de médecine, 1 place d'hospitalisation de jour, 25 lits de SSR, 155 lits d'EHPAD (dont 3 UHR de 12 lits et un PASA de 12 places) ;
- prévoir les aménagements extérieurs liés au projet.

Un projet retardé

Ce projet a d'abord eu à pâtir d'une interruption liée à l'absence de directeur mais également en raison d'une procédure contentieuse liée à la consultation pour le lot 1 « Démolition-Fondations- Gros œuvre ».

En effet, une procédure concurrentielle avec négociation a été engagée. Mais, suite au recours d'un candidat, le juge des référés du tribunal administratif de Pau a, par une ordonnance en date du 22 août 2017, décider de l'annuler et de rétablir la consultation au stade de la remise des offres du 5 mai 2017. L'hôpital a décidé de déclarer l'appel d'offres sans suite pour pouvoir lancer une nouvelle consultation sur la base d'un nouvel allotissement de nature à apporter une meilleure réponse au besoin, en termes économiques, d'organisation de chantier et de délai. Cette nouvelle consultation a été envoyée le 20 septembre 2017 pour une remise des offres avant le 23 octobre 2017. Le permis de construire a été déposé en septembre 2017.

Un conflit entre le président du conseil de surveillance et la directrice s'est cristallisé sur ces questions d'attribution des lots aux entreprises, en décembre 2017. Ce différend entre la directrice et le président du conseil de surveillance s'est traduit par le refus de ce dernier de réunir le conseil de surveillance comme cela a été souligné au point 2.2.4.2 de ce rapport.

Le plan pluriannuel d'investissement (PPI)

Le PPI 2018, validé par le conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques comporte 12 onglets et porte sur la reconstruction de l'EHPAD, l'année de début de réalisation du projet étant 2017; il est donc basé sur des données d'activité et financières de l'exercice 2016.

Le plan de financement présente les ressources et les emplois de chaque exercice sur la période 2017-2026. Bien que la variation du fonds de roulement d'investissement (FRI) ne soit négative que sur trois exercices (2018, 2019, 2020), elle l'est toutefois globalement sur la totalité de la période (-119 374 €).

Tableau n° 6 : Coût et financement de la reconstruction selon le PPI

| <i>COUT PREVISIONNEL</i> | | <i>FINANCEMENT PREVISIONNEL</i> | |
|-------------------------------------|-----------------------------|--|-------------------------------|
| <i>TOTAL</i> | <i>13 140 633,00</i> | <i>TOTAL</i> | <i>: 13 140 633,00</i> |
| <i>Etudes et travaux préalables</i> | <i>: 1 479 758,00</i> | | |
| <i>Première tranche</i> | <i>: 4 440 161,00</i> | Autofinancement | <i>: 1 479 758,00</i> |
| <i>Seconde tranche</i> | <i>: 5 753 347,00</i> | Subventions et apports | <i>: 2 725 900,00</i> |
| <i>Mobilier</i> | <i>: 500 000,00</i> | Emprunts | <i>: 8 934 975,00</i> |

Chaque exercice se traduit par l'existence de surcoûts (amortissements, frais financiers), avec un total sur la période (non indiqué dans le fichier) de 4 287 641 € desquels il faut soustraire le total des recettes en atténuation (1 946 074 €).

2.2.3.3 Des dysfonctionnements connus du CH

Ces difficultés de fonctionnement ont fait l'objet d'un rapport d'évaluation externe, de plusieurs rapports d'inspection et d'un rapport de certification de la Haute autorité de la santé (HAS).

Le rapport d'évaluation externe

L'obligation d'effectuer des évaluations externes découle de l'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles (CASF) qui arrête que « *les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 procèdent à des évaluations de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent, au regard notamment de procédures, de références et de recommandations, de bonnes pratiques professionnelles validées ou, en cas de carence, élaborées, selon les catégories d'établissements et de services, par la Haute Autorité de santé. [...] les résultats des évaluations sont communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services rendent compte de la démarche d'évaluation interne engagée. Le rythme des évaluations et les modalités de restitution de la démarche d'évaluation sont fixés par décret. [...] Les établissements et services font procéder à l'évaluation de leurs activités et de la qualité des prestations qu'ils délivrent par un organisme extérieur. Les organismes habilités à y procéder doivent respecter un cahier des charges fixé par décret. La liste de ces organismes est établie par la Haute Autorité de Santé. Les résultats de cette évaluation sont également communiqués à l'autorité ayant délivré l'autorisation. Les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 sont tenus de procéder à deux évaluations externes entre la date de l'autorisation et le renouvellement de celle-ci* ».

Le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 fixant le contenu du cahier des charges pour l'évaluation externe des activités et de la qualité des prestations des établissements et services sociaux et médico-sociaux dispose que l'évaluation externe doit fournir des éléments synthétiques sur sept points : 1° l'adéquation des objectifs du projet d'établissement ou de service par rapport aux besoins, aux priorités des acteurs concernés et aux missions imparties ; 2° la cohérence des différents objectifs entre eux ; 3° l'adaptation aux objectifs des moyens humains et financiers mis en place, 4° l'existence et la pertinence des dispositifs de gestion et de suivi ; 5° l'appréciation sur l'atteinte des objectifs, la production des effets attendus et d'effets non prévus, positifs ou négatifs ; 6° L'appréciation de l'impact des pratiques des intervenants sur les effets observés et 7° les conditions d'efficience des actions et de réactualisation régulière de l'organisation. Il précise les points qui sont examinés en tenant compte des particularités liées à l'établissement médico-social. Le chapitre III fixe les conditions de l'engagement de la procédure d'évaluation externe.

Un rapport d'évaluation externe de l'EHPAD a été remis en octobre 2014. Il a été élaboré par le cabinet MAZARS. Il se compose de 4 parties : (I) Eléments de cadrage, (2) Résultats et analyse, (3) Synthèse de l'évaluation externe (4) Abrégé du rapport d'évaluation externe et de 4 annexes.

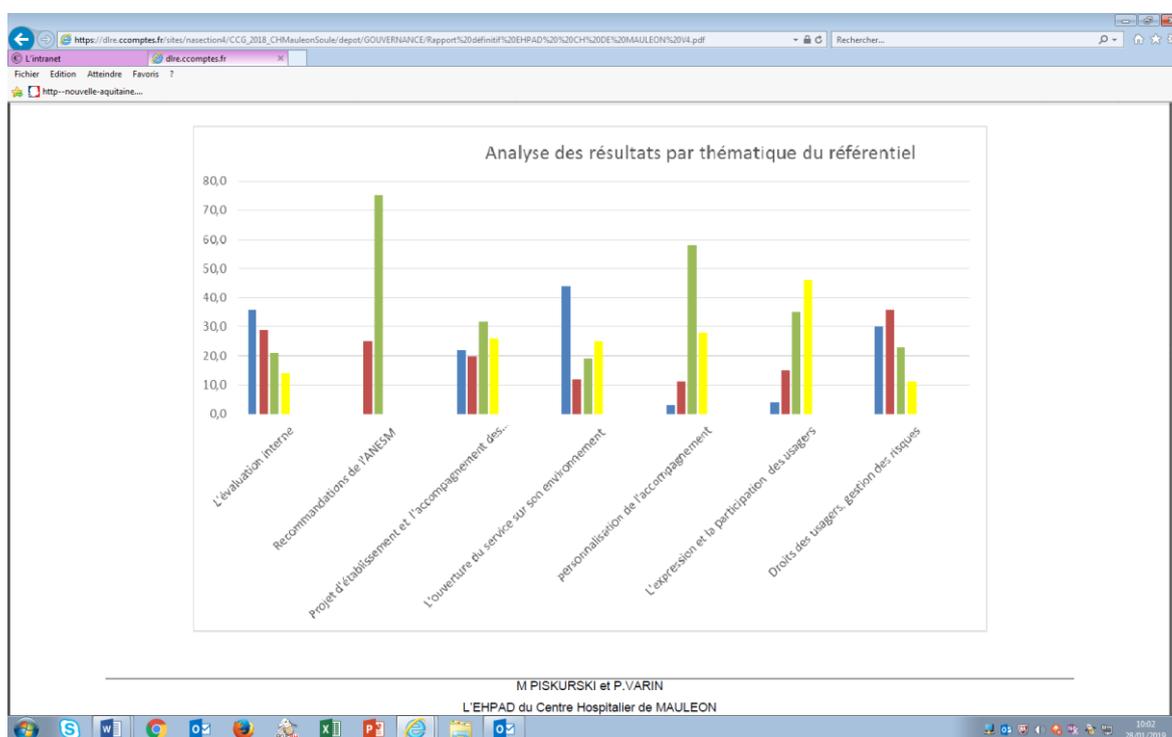
La première partie s'articule autour de sept chapitres. Le premier rappelle les principaux textes législatifs et réglementaires applicables. Le deuxième se concentre sur la seule « présentation du cabinet MAZARS » quand le troisième se contente de présenter l'EHPAD, ce qui n'apporte aucune information au commanditaire, comme le chapitre suivant puisque contrairement à son titre « principales spécificités des personnes accueillies » il ne contient aucune analyse des populations accueillies. Le cinquième chapitre, qui décrit la méthodologie, pourrait constituer une annexe. Le sixième chapitre décrit le dispositif d'évaluation

(préparation, déploiement, rédaction consensuelle, remise du rapport). Enfin, le septième chapitre mentionne les sources d'information.

La troisième partie « synthèse » n'apporte aucun élément nouveau comme la partie 4 « Abrégé du rapport d'évaluation externe ». Au surplus, certaines formulations semblent inappropriées (« manque salles de bain collectives »). L'appréciation globale ne reflète pas certains aspects négatifs importants (sécurité des patients).

Seule la seconde partie, organisée en deux chapitres constitue le véritable rapport : (1) développements informatifs attendus sur la caractérisation, le diagnostic et la portée du projet de service, (2) appréciation générale suite à l'évaluation externe. Seul ce second chapitre présente un réel intérêt. Il est noté cependant que pour la rédaction du second chapitre seuls deux usagers ont été interviewés, ce qui paraît peu représentatif.

Les résultats sont synthétisés dans le graphique reproduit ci-dessous :



Le cabinet constate que le niveau « d'exigences non satisfaites » est particulièrement élevé (45 %) en matière « d'expression et de participation des usagers », que le niveau d'« exigences satisfaites partiellement » est très élevé pour les « recommandations de l'ANSEM » (75 %) et dans une moindre mesure pour la « personnalisation de l'accompagnement ».

La part d'exigences satisfaites totalement n'atteint 50 % pour aucun item.

Sur le thème 6 « l'expression et la participation individuelle et collective des usagers », il est noté que la composition et le fonctionnement du conseil de vie sociale ne sont pas conformes. En effet, son président n'est pas un usager, il n'y a pas eu de candidats lors de l'élection, l'ordre du jour est fixé par le directeur et il n'existe ni commission « restauration », ni commission « qualité de vie ». Malgré cela, le nombre de réunions s'élève à 3 depuis 2014.

Les modalités d'élection et la composition restent à mettre en conformité avec la réglementation.

Enfin, sur le thème 7 « la garantie des droits et la politique de prévention et de gestion des risques », si le rapport souligne¹⁵ que « *la gestion des risques fait l'objet de procédures et de protocoles, un travail remarquable de formalisation et de diffusion auprès des équipes est réalisé* », il précise¹⁶ que « *L'agent d'accueil à l'entrée de l'EHPAD n'est pas remplacé en cas d'absence. Des fugues des résidents sont régulièrement constatées sans que des mesures correctives efficaces soient mises en places* ».

Ce rapport ne semble pas avoir été d'un grand intérêt pour le pilotage de l'établissement. En effet, les « commentaires de l'ESMS sur l'évaluation externe » figurant en annexe du rapport se résument à une phrase sur les conclusions de l'évaluation « *Très complètes ; mais il faudrait nuancer « la prépondérance du sanitaire par rapport au médico-social », à la fois non flagrante et atout en matière de prise en charge* ». De plus, l'annexe I « Observation du commanditaire » est vierge.

Sur le plan méthodologique, ce rapport ne permet pas de connaître, contrairement à ce que prévoit le décret n° 2007-975 du 15 mai 2007 « *la capacité de l'établissement ou du service à évaluer avec les usagers leurs besoins et attentes* » ni « *la pertinence, l'impact et la cohérence des actions déployées [...] au regard d'une part des missions imparties et, d'autre part, des besoins et attentes des populations accueillies* ». Il n'est pas organisé autour des sept points prévus par ce décret. Il n'y a aucune description de la population accueillie (pyramide des âges, répartition par groupe GIR, niveau d'isolement social, ressources), la faiblesse du nombre d'entretiens avec les usagers (2) ne peut être valablement utilisée pour appuyer telle ou telle observation.

Les rapports d'inspection

1/ L'inspection de l'EHPAD en juin 2016

La lettre de mission signée de la directrice de la délégation départementale des Pyrénées-Atlantiques de l'ARS est datée du 10 juin 2016. Cette mission est effectuée en application des articles L. 313-3, L. 313-13, L. 313-14, et L. 331-1 du CASF. Son objet est de vérifier les garanties apportées par l'établissement sur les points suivants :

- conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement ;
- prévention et gestion des risques ;
- politique et outils de bonnes pratiques professionnelles ;
- santé, sécurité et bien-être des personnes hébergées.

La lettre de mission précise que « *Cette inspection devra se dérouler de manière inopinée, le lundi 13 juin à partir de 9h30. Vous veillerez à y associer les services de la Direction de la Solidarité Départementale placés auprès du Conseil Départemental des Pyrénées-Atlantiques* ». La visite de l'ARS et du conseil départemental s'est donc déroulée le 13 juin 2016. Le directeur délégué souligne¹⁷ que bien que cette visite soit imprévue, l'établissement était informé par une famille qu'une inspection aurait lieu sur la structure en raison de plusieurs

¹⁵ Page 46

¹⁶ Page 47

¹⁷ Procès-verbal Conseil de Surveillance 23 juin 2016

événements indésirables signalés en 2015. Le rapport provisoire, reçu par l'établissement le 3 novembre 2016, comportait trois injonctions dont deux à effet immédiat :

- injonction n° 1 : mettre fin à la pratique d'administration des médicaments par les ASH (cours administrative d'appel de Nantes, 22 mars 2016) ;
- injonction n° 2 : décompte des entrées et sorties des substances classées comme stupéfiants (arrêté du 12 mars 2013 relatif aux substances, préparations, médicaments classés comme stupéfiants ou soumis à la réglementation des stupéfiants dans les établissements médico-sociaux mentionnés à l'article R. 5126-1 du CSP) ;
- injonction n° 3 : établir, dans un délai de trois mois, un projet d'établissement actualisé qui comportera : un projet d'accompagnement spécifique à l'EHPAD présentant une déclinaison spécifique à l'unité fermée, un projet de soins présentant un volet spécifique sur la prise en charge des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer, un projet d'animation structuré répondant aux besoins spécifiques de la population accueillie (article D. 312-9III CASF) et un organigramme spécifique à l'EHPAD actualisé en annexe.

Il comportait également 9 prescriptions¹⁸ dont « assurer la diffusion et l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie au sein de l'EHPAD » et « communiquer aux autorités de tarification et de contrôle le phasage et une proposition de PPI actualisée relative aux travaux d'humanisation de l'EHPAD » et 12 recommandations¹⁹.

Si certaines prescriptions ont été contestées comme celle relative à l'affichage dans l'EHPAD, notamment, de la charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante, ou au PPI, la liste des non-conformités, dysfonctionnements, anomalies et autres manquements qui

¹⁸ Prescription 1 : Transmettre le rapport annuel d'activité 2015.

Prescription 2 : Améliorer la gestion des dossiers du personnel.

Prescription 3 : Améliorer le fonctionnement du CVS : revoir sa composition conformément à l'article D 311-5 du CASF, garantir la réalisation et la diffusion des comptes rendus.

Prescription 4 : Actualiser le règlement de fonctionnement.

Prescription 5 : Réunir la commission de coordination gériatrique au moins deux fois par an (art. D. 312-158 al.3) en ayant une réflexion parallèle sur les moyens de garantir une meilleure participation des professionnels de santé libéraux.

Prescription 6 : Fournir la procédure permettant de connaître les modalités de réalisation, d'actualisation et de diffusion des protocoles au sein de l'établissement. (Démarche d'amélioration continue de la qualité D. 312-203 CASF et missions du médecin coordonnateur D.312-158 al.5 CASF).

Prescription 7 : Formaliser la procédure de déclaration d'événements indésirables sur l'établissement en l'actualisant, le cas échéant, au regard de l'article 30 de la loi ASV du 28 décembre 2015. Former et permettre l'accès de l'ensemble du personnel au logiciel support. Assurer le suivi de ces déclarations et formaliser le retour aux personnes déclarantes.

Prescription 8 : Assurer la diffusion et l'affichage de la charte des droits et libertés de la personne accueillie au sein de l'EHPAD.

Prescription 9 : communiquer aux autorités de tarification et de contrôle le phasage et une proposition de PPU actualisée relative aux travaux d'humanisation de l'EHPAD.

¹⁹ Dont « améliorer le suivi de la réalisation des douches en le réalisant en suivi individuel et non en suivi global du nombre de douches données » et « clarifier les temps d'intervention des professionnels propres à l'EHPAD ». Concernant cette dernière, il s'agit de « préciser le temps de travail et le planning d'intervention du médecin coordonnateur au sein de l'établissement en qualité de médecin coordonnateur et de médecin traitant. Préciser son statut actuel et la compatibilité entre ses différentes missions. Transmettre les modalités de choix du médecin traitant le cas échéant parmi la liste présentée dans le livret d'accueil. Clarifier les temps d'intervention sur les différents services (SSR/EHPAD) pour le personnel amené à intervenir sur les deux structures. Transmettre la fiche de poste actualisée du CH Mauléon, clarifiant le temps d'intervention comme référent système d'information pour l'ensemble CH Oloron (dont Mauléon) ».

s'avèrent être très importants, avec de potentielles conséquences sur la santé, la sécurité et le bien-être physique ou moral des personnes hébergées.

Dans sa réponse, datée du 1^{er} décembre 2016, le directeur délégué joint un tableau de suivi qui indique qu'il a été répondu aux deux premières injonctions, la troisième « *[ayant] été retardée du fait de la réalisation d'un projet établissement sur la Direction Commune Oloron et Mauléon. La version finale intégrera la spécificité de l'EHPAD Cantou BO* ». Or, le projet d'établissement 2017-2021 ne comporte pas de projet spécifique d'accompagnement de l'EHPAD, la spécificité de ce dernier n'étant abordée qu'à travers le projet de reconstruction du bâtiment.

Une lettre définitive d'injonctions et prescriptions a été adressée à l'établissement le 3 février 2017. Malgré les réponses apportées, la mission d'inspection soulignait « *un niveau d'exposition de la structure au risque de maltraitance élevé* ». La directrice du CH d'Oloron et de Mauléon y a répondu par courrier du 21 avril 2017 indiquant mettre en œuvre plusieurs mesures afin d'y remédier²⁰.

Cependant, par courrier du 16 janvier 2018, l'ARS et le conseil départemental notent qu'il n'a pas été répondu aux injonctions, prescriptions et recommandations réitérées, et ce malgré le courrier de relance du 11 octobre 2017 ce qui a justifié une nouvelle visite conjointe des autorités de contrôle le vendredi 02 février 2018. Un courrier conjoint adressé, à la suite de cette visite, conclut que deux injonctions, sept prescriptions et huit recommandations restent non levées à un an de la première communication des prescriptions et des injonctions définitives. « *Par conséquent, des mesures concrètes visant à la levée de certaines injonctions, prescriptions, recommandations est conditionnée à la transmission d'éléments justificatifs sans délai. La vérification du respect des mesures demandées pourra se faire par tout moyen prévu au titre de la procédure d'inspection, et notamment par des contrôles sur pièces et sur place* ». L'établissement y a répondu par un courrier du 5 juillet 2018.

2/ La certification HAS avec recommandations

L'hôpital de Mauléon a été certifié avec recommandations. La visite de certification V2014 a eu lieu du 11 au 14 octobre 2016. Le rapport pour observations de décembre 2016 a conclu à :

- qualité-risques : 2 points sensibles ;
- droits des patients : 2 non-conformités et deux points sensibles ;
- parcours du patient : 1 point sensible ;
- médicamenteux : 3 points sensibles ;

²⁰ « *Au regard de l'injonction n°1 [administration des médicaments] une réunion à l'initiative de [la] pharmacienne a eu lieu le 1^{er} décembre 2016, en présence des infirmières. A l'issue de celle-ci, a été actée une réorganisation de l'administration médicamenteuse par les infirmières et les aides-soignantes avec mise en œuvre au 15 décembre 2016. Cette réorganisation donnera lieu à formation des aides-soignantes (en cours) et une évaluation du respect des procédures, programmée au premier semestre 2017* ». Sur la prescription n°8, « *La charte a été mise en forme et affichée depuis le 9 janvier 2017. Elle a fait l'objet d'une information spécifique auprès des personnels* ». Sur la prescription n°9 [PPI] « *Dans le cadre de la réorganisation de la direction commune (16 janvier 2017), les différents process relatifs à la gestion de l'établissement sont analysés afin d'optimiser son fonctionnement. Ainsi le process financier fait l'objet d'un audit en lien avec le cabinet KPMG depuis le 10 avril 2017. Au terme de ce dernier un projet de PPI, également retravaillé et actualisé dans le cadre de ce projet de restructuration immobilière avec l'ingénieur travaux de Bayonne, M. Barré, et les différents appels d'offres en cours, pourra vous être proposé* ».

- dossier du patient : 1 non-conformité et 2 points sensibles ;
- risques infectieux : 1 non-conformité et 3 points sensibles.

Suite à la phase contradictoire, le collège de la HAS a prononcé une certification de niveau B (décision du 1^{er} mars 2017). Les recommandations portent sur la gestion du risque infectieux et les droits du patient.

2.3 La coopération

2.3.1 Le contrat local de santé Basse-Navarre-/Soule

L'article L. 1434-2 du CSP précise que les objectifs du schéma régional de santé portent notamment sur la réduction des inégalités sociales et territoriales en matière de santé, sur l'amélioration de l'accès des personnes les plus démunies à la prévention et aux soins, sur le renforcement de la coordination, de la qualité, de la sécurité, de la continuité et de la pertinence des prises en charge sanitaires et médico-sociales ainsi que sur l'organisation des parcours de santé, notamment pour les personnes atteintes de maladies chroniques et les personnes en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Ces objectifs peuvent être mis en œuvre par des contrats locaux de santé (CLS).

Défini par l'article L. 1434-10 du même code, le CLS conclu entre l'ARS et les collectivités territoriales et leurs groupements, porte sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social et social. Déclinant au niveau local certains objectifs du Plan Stratégique Régional de Santé, il a pour but de favoriser :

- l'amélioration des contextes environnementaux et sociaux déterminant l'état de santé des populations au niveau local ;
- l'accès des personnes, notamment démunies aux soins, aux services et à la prévention ;
- la promotion et le respect des droits des usagers du système de santé.

Signé en 2013, pour trois ans et reconduit pour un an, par l'ARS, le syndicat de Baxe-Nafarroa, la communauté de communes de Soule-Xiberoa et le conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques, il prévoit des stratégies non concurrentielles entre les établissements-membres autour d'une coordination, aujourd'hui effective.

Le territoire est doté de quatre établissements de santé²¹, deux centres hospitaliers (Mauléon et Saint-Palais), ainsi que deux établissements privés associant pour l'un, un service de SSR et un EHPAD et pour l'autre de la médecine, des SSR, de la chirurgie ambulatoire et un EHPAD.

²¹ Centre hospitalier de Mauléon, centre hospitalier de Saint Palais, maison de repos et de convalescence Saint Antoine à Tardets et la fondation Luro à Ispoure.

Il s'organise autour de 5 axes stratégiques déclinés en 15 objectifs opérationnels²² :

| <i>Axes stratégiques</i> | Objectifs opérationnels |
|--|---|
| <i>1-Améliorer la coordination et la continuité des soins</i> | 1-1-Améliorer le parcours de santé de l'utilisateur à travers une coordination ville-hôpital 1-2-Promouvoir le territoire pour faciliter l'installation de nouveaux professionnels 1-3-Coordonner les nouveaux modes de fonctionnement des professionnels afin d'installer une prise en charge pluridisciplinaire des usagers 1-4-Mettre en place une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer 1-5-Mettre en place une coordination entre les établissements de santé Basse-Navarre et Soule 1-6-Mettre en place un dispositif de transport à la demande |
| <i>2-Améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie</i> | 2-1-Mettre en place des parcours pour les personnes handicapées 2-2-Former les professionnels et accompagner les familles pour améliorer le maintien à domicile |
| <i>3-Promouvoir les opérations de prévention et de promotion de la santé</i> | 3-1-Promouvoir la santé des jeunes 3-2-Promouvoir la santé mentale 3-3-Promouvoir une activité physique adaptée chez les jeunes et les malades chroniques pour améliorer la santé 3-4-Améliorer la prise en charge de la grossesse et de la périnatalité |
| <i>4-Prendre en compte les facteurs environnementaux dans la stratégie de santé publique</i> | 4-1-Réduire les risques sanitaires liés à la qualité de l'habitat 4-2-Réduire les risques sanitaires liés à la qualité de l'eau distribuée |
| <i>5-Suivi du CLS</i> | 5-1- Animation et coordination du CLS |

Source : *Contra local de santé Béarn-Soule*, p.8-9

Mais, caduc depuis fin 2017, il ne peut plus contraindre les parties signataires. Il conviendrait, pour ce faire, d'en conclure un nouveau.

²² Quatre fiches actions sont annexées au contrat : (1) Améliorer la coordination et la continuité des soins ; (2) améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie, (3) promouvoir les opérations de prévention et de promotion de la santé et (4) prendre en compte les facteurs environnementaux dans la stratégie de santé publique. Dans le cadre de la fiche 1, le CH de Mauléon est partenaire de 3 actions : (1) améliorer le parcours de santé de l'utilisateur à travers une coordination ville-hôpital, (2) mettre en place une maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, (3) mettre en place un dispositif de transport à la demande. Dans le cadre de la seconde fiche d'action, le CH de Mauléon est partenaire dans la mise en place des parcours pour personnes handicapées.

2.3.2 La coopération avec le CH d'Oloron en matière de consultations avancées

En application de l'article R. 711-6 du CSP, la circulaire DHOS/O3/DGAS/ A VIE n° 2003-257 du 28 mai 2003 fixait les activités de l'hôpital local parmi lesquelles le développement de consultations avancées de spécialistes sur site. Bien que cette circulaire ne soit plus en vigueur puisque l'article 711-6 du CSP qui instaurait une convention a été abrogé par le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005, des consultations avancées existent au CH de Mauléon-Soule, réalisées par des sages-femmes et des médecins spécialistes en cardiologie.

2.3.3 L'hôpital dans le groupement hospitalier de territoire

L'hôpital de Mauléon-Soule a été membre de la communauté hospitalière de territoire Béarn et Soule, précurseur du groupement hospitalier (GHT) du territoire Béarn et Soule.

Créé en juillet 2016, il regroupe les établissements suivants : les centres hospitaliers de Pau, établissement support, d'Oloron Sainte-Marie, des Pyrénées (santé mentale), d'Orthez et de Mauléon (hôpitaux de proximité) et le centre gérontologique de Pontacq-Nay-Jurançon. Trois EHPAD y sont associés, ceux de Garlin, Monein et Salies-de-Béarn.

Le projet médical partagé (PMP), signé en 2017, définit 15 filières regroupées autour de 4 thématiques : populationnelles, organisationnelles, spécialités médicales et médico-techniques.

Tableau n° 7 : Les filières prioritaires du projet médical partagé

| <i>Thématiques populationnelles</i> | <i>Thématiques organisationnelles</i> | <i>Thématiques relevant de spécialités médicales</i> | <i>Thématiques médico-techniques</i> |
|---|--|--|---|
| -Gériatrie -Périnatalité et gynécologie -Psychiatrie et santé mentale | -Urgences -HAD -Soins palliatifs -SSR | -Cancérologie -Cardiologie -Gastroentérologie -Chirurgie - Ophthalmologique -Chirurgie vasculaire et thoracique -Chirurgie digestive -Chirurgie orthopédique -Neurologie | -Pharmacie -Imagerie -Biologie -Qualité, hygiène, sécurité et gestion des risques -Télémédecine |

Source : Rapport d'efficience 2017, p.15

Toutes les thématiques sont organisées autour de trois axes transversaux : le lien avec la médecine de ville, la prise en charge du patient au plus près de son lieu de vie et la prévention, la santé publique et l'éducation thérapeutique. Ce PMP a reçu le vote favorable du CTE de l'hôpital de Mauléon le 20 juin 2017.

La création du GHT a permis également de renforcer les coopérations avec le CH d'Oloron, ce qui s'est notamment traduit par un renforcement de la gouvernance et la mise en place d'un parcours de soins au bénéfice des patients.

Comme le prévoient les textes, la fonction achat est mutualisée. C'est dans ce cadre que par décision du président du comité stratégique n° 04/2018 du 15 juin 2018, « *[l'] attaché d'administration hospitalière à l'Hôpital de proximité de Mauléon est mis à disposition du centre hospitalier de Pau, établissement support du GHT, dans le cadre de la fonction achat mutualisée au sein du GHT pour une quotité de son temps de travail fixée à 0,05 ETP. Il est nommé référent achat suppléant de la fonction achat mutualisée et dispose d'une délégation de signature du directeur de l'établissement support* ».

2.3.4 La coopération avec le CH des Pyrénées en matière d'audit financier

Par convention de mission en date du 16 janvier 2019, le directeur du CH des Pyrénées autorise une directrice de son établissement à assurer une mission d'audit et de conseil financier à hauteur de 20 % d'un ETP auprès du CH d'Oloron Sainte-Marie et du CH de Mauléon, pour une période prévisionnelle de 4 mois. Cette convention pourrait être assimilée à une convention de mise à disposition. En effet, la mission, définie par l'article 7 du décret n° 92-566 du 25 juin 1992, doit être effectuée pour le compte de l'employeur du fonctionnaire (ici le CH des Pyrénées), ce qui n'est pas le cas ici puisque l'audit est effectué au bénéfice d'un autre établissement, l'hôpital de Mauléon.

La seule participation financière du CH de Mauléon est le remboursement des frais de déplacement à raison d'un forfait de 20 euros par jour de déplacement. Ainsi, cette convention ne prévoit pas le remboursement par le CH de Mauléon de la rémunération de l'agent effectuant la mission contrairement à ce que prévoit l'article 2 alinéa 2 du décret n° 88-976 pour lequel « *L'organisme d'accueil rembourse à l'établissement d'origine la rémunération du fonctionnaire mis à disposition ainsi que les cotisations et contributions y afférentes* ».

2.3.5 Les autres coopérations

La listes des autres coopérations figure en annexe B1.

3 UNE ACTIVITE REDUITE SUR LA PERIODE EN RAISON DE LA RESTRUCTURATION DE L'EHPAD

Conformément à l'article L. 6141-2 du CSP, l'hôpital de proximité est un établissement public de santé à part entière. Il constitue un premier niveau de prise en charge en offrant des soins de médecine, des soins de suite et de réadaptation (SSR) et de l'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Les médecins qui interviennent à l'hôpital de Mauléon sont essentiellement des généralistes du secteur privé. Le seul praticien hospitalier est la pharmacienne ; deux médecins interviennent sur contrat de praticien attaché : l'un comme coordinateur du secteur hôpital (médecine + SSR) et l'autre comme coordonnateur de l'EHPAD. Toutefois, depuis le 15 janvier 2019 et jusqu'à ce jour, le médecin responsable de l'activité sanitaire assure l'intérim du médecin coordonnateur de l'EHPAD dans l'attente du recrutement d'un successeur au précédent. Actuellement, six médecins libéraux interviennent en médecine et SSR pour leurs patients hospitalisés.

3.1 Conformité par rapport aux autorisations

Par arrêté conjoint n° 96/2008 ARH du 5 janvier 2009- Préfecture de département modifiant l'arrêté n° 88/2008 ARH du 24 octobre 2008 fixant la répartition des capacités et des ressources de l'assurance maladie de l'unité de soins de longue durée de l'hôpital local de Mauléon et en particulier son article premier, « *La capacité d'accueil de l'unité de soins de longue durée de l'Hôpital Local de Mauléon n° FINESS 640 791 968 du secteur social, est transférée dans sa totalité au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes relevant de l'objectif mentionné à l'article L .314-3-1 du code de l'action sociale et des familles à compter du 1^{er} janvier 2009 :*

-Capacité de l'Unité de Soins longue durée transférée au sein de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes relevant de l'objectif mentionné à l'article L.314-3-1 du code de l'action sociale et des familles : 35 lits.

La nouvelle capacité de l'établissement pour personnes âgées dépendantes après ce transfert est portée à : 155 lits dont 5 lits d'hébergement temporaire ».

L'autorisation d'activité de soins de médecine a fait l'objet d'un renouvellement tacite en application du cinquième alinéa de l'article L. 6122-10 du CSP.

Tableau n° 8 : Evolution du nombre de lits et places installés

| <i>Evolution de la capacité</i> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|------|------|------|------|------|------|
| <i>Lits Médecine</i> | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| <i>-dont lits de soins intensifs</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>-dont lits de surveillance continue</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>dont lits de réanimation</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>-dont pédiatrie</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Lits Chirurgie</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Lits Gynéco-obstétrique</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Total Lits MCO</i> | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 | 5 |
| <i>Lits Psychiatrie</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Lits SSR</i> | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 | 25 |
| <i>Lits Personnes âgées (EHPAD)</i> | 155 | 155 | 155 | 155 | 155 | 155 |
| TOTAL LITS | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 |
| <i>Pédiatrie HDJ</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Hémodialyse</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Oncologie de jour</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Médecine ambulatoire</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Chirurgie ambulatoire</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Médecine physique et réadaptation</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Psychiatrie Adultes</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Psychiatrie enfants</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Accueil de jour gériatrique</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Total places</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL LITS ET PLACES | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 | 185 |

Source : Hospidiag et réponse de l'ordonnateur (questionnaire n°1, question 1.4)

Durant la période sous revue, les capacités d'accueil sont restées stables à 185 lits dont 5 lits de médecine, 25 lits de soins de suite et de réadaptation et 155 lits d'EHPAD comprenant 5 lits d'hébergement temporaire. En 2018, 26 lits de l'EHPAD ont été temporairement fermés en raison de travaux.

3.2 Une activité de chirurgie et de psychiatrie non conforme à son statut d'hôpital de proximité

La conformité de l'activité a été appréciée par rapport à l'article L. 6111-3-1 du CSP qui prévoit que « les hôpitaux de proximité sont des établissements de santé publics ou privés qui contribuent, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans les territoires qu'ils desservent. Ils permettent aux patients qui s'adressent à eux d'accéder à des consultations spécialisées, dans le cadre des coopérations qu'ils développent, et assurent, en cas de nécessité, l'orientation des patients vers des structures dispensant des soins de second recours. Les hôpitaux de proximité exercent une activité de médecine ou de soins de suite et de réadaptation. Ils n'exercent pas d'activité de chirurgie ou d'obstétrique. Le volume de leur activité de médecine ou celui de leurs activités de soins de suite et de

réadaptation n'excède pas un seuil défini » par l'article R. 6111-24 du même code. Celui-ci précise que « le volume de son activité de médecine, calculé à partir de la moyenne du nombre de séjours de médecine produits, hors séances, sur les deux années précédant l'année civile considérée, est inférieur à un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Cette moyenne est calculée sur la base des données d'activités disponibles au 15 février de l'année civile considérée ».

Or, d'après HOSPI DIAG²³ (tableau n°4), l'hôpital de Mauléon a traité 1,9 % des séjours chirurgicaux de sa zone d'attractivité.

De même, les données SCANSANTE²⁴ font apparaître des séjours dans le domaine d'activité de la psychiatrie alors que l'établissement n'a pas d'autorisation dans cette spécialité.

Le directeur confirme l'absence d'autorisation en psychiatrie et en chirurgie, sans pour autant fournir d'explication à la présence de ces activités dans les bases de données (problèmes de codage ou exercice d'activités en l'absence d'autorisation).

3.3 Une activité de soins marquée pour la présence de lits d'EHPAD

L'activité de soins a été analysée en distinguant la médecine et les soins de suite : pour chacun de ces secteurs sont présentés le nombre de séjours, le nombre de journées, les modes d'entrée, les modes de sortie et la durée moyenne de séjour.

3.3.1 En médecine, une activité centrée sur les pathologies des personnes âgées, en baisse mais bénéficiant d'une valorisation croissante

Sur l'activité de médecine, l'analyse que fait le président de la CME est la suivante : *« l'hôpital de proximité de Mauléon porte bien son nom puisqu'il prend en charge des patients résidents principalement dans son secteur d'activité. Le dynamisme du service médecine pourrait être amélioré par une meilleure gradation des soins avec une amélioration des relations avec les services d'urgence du secteur et des autres services du GHT Béarn Soule ».*

3.3.1.1 Une activité centrée sur les pathologies affectant les personnes âgées

Afin de décrire les pathologies des personnes hospitalisées, les séjours peuvent être classés selon leur diagnostic principal. L'ordonnateur communique les chiffres suivants²⁵ :

²³ Hospi Diag est un outil de mesure, de comparaison, d'analyse et d'évaluation de la performance des établissements de santé pratiquant la médecine, la chirurgie et l'obstétrique. Il décrit pour chaque établissement : ses capacités, son activité, la qualité des soins, l'organisation des soins, les moyens humains et les moyens financiers. Les données sont issues du e-pmsi transmises par l'établissement.

²⁴ SCANSANTE, réalisé par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) met à la disposition des acteurs du système de soins des données brutes et des indicateurs « prêts à l'emploi » nécessaires à la connaissance et à la gestion du secteur hospitalier. Les données brutes sont issues du PMSI, des retraitements comptables, des comptes financiers, des EPRD et des bilans sociaux produits par l'établissement.

²⁵ Réponse à la question n°3 du premier questionnaire.

Tableau n° 9 : Les 30 diagnostics les plus cités parmi les diagnostics principaux des résumés d'unité médicale en 2017

| Les 30 diagnostics les plus cités dans les (diagnostics principaux des RUM) | | |
|---|---|-------|
| Code | Libellé | % |
| Z51.5 | Soins palliatifs | 8,97% |
| R29.6 | Chutes à répétition, non classées ailleurs | 6,90% |
| I50.1 | Insuffisance ventriculaire gauche | 5,52% |
| J80 | Syndrome de détresse respiratoire de l'adulte | 5,52% |
| R53+0 | Altération [baisse] de l'état général | 3,45% |
| A41.5 | Sepsis à d'autres microorganismes Gram négatif | 2,76% |
| F32.2 | Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques | 2,76% |
| F33.2 | Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques | 2,76% |
| J15.9 | Pneumopathie bactérienne, sans précision | 2,76% |
| T83.0 | Complication mécanique d'une sonde urinaire (à demeure) | 2,76% |
| F00.212 | Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte, avec symptômes essentiellement délirants | 2,07% |
| I63.3 | Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales | 2,07% |
| E87.10 | Hyponatrémie inférieure à 120 millimoles [mmol] par litre | 1,38% |
| F00.14 | Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes mixtes | 1,38% |
| F33.8 | Autres troubles dépressifs récurrents | 1,38% |
| F41.2 | Trouble anxieux et dépressif mixte | 1,38% |
| G55.1 | Compression des racines et des plexus nerveux au cours d'atteintes des disques intervertébraux (M50-M51) | 1,38% |
| I50.0 | Insuffisance cardiaque congestive | 1,38% |
| I80.1 | Phlébite et thrombophlébite de la veine fémorale | 1,38% |
| J20.8 | Bronchite aiguë due à d'autres micro-organismes précisés | 1,38% |
| K56.6 | Occlusions intestinales, autres et sans précision | 1,38% |
| L89.3 | Ulcère de décubitus de stade IV | 1,38% |
| S32.70 | Fractures fermées multiples du rachis lombaire et du bassin | 1,38% |
| A18.0 | Tuberculose des os et des articulations | 0,69% |
| A41.4 | Sepsis à microorganismes anaérobies | 0,69% |
| A46 | Érysipèle | 0,69% |
| A48.0 | Gangrène gazeuse | 0,69% |
| D50.0 | Anémie par carence en fer secondaire à une perte de sang (chronique) | 0,69% |
| D63.8 | Anémie au cours d'autres maladies chroniques classées ailleurs | 0,69% |
| E87.00 | Hypernatrémie supérieure à 150 millimoles [mmol] par litre | 0,69% |

Les cinq diagnostics les plus cités dans les diagnostics principaux des résumés d'unités médicales sont : soins palliatifs (8,97 %), chutes à répétition (6,90 %), insuffisance ventriculaire gauche (5,52 %), syndrome de détresse respiratoire de l'adulte (5,52 %), altération de l'état général (3,45 %).

3.3.1.2 Un nombre de séjours et un taux d'occupation qui baissent

Comme le montre le tableau ci-après, le nombre de séjours et celui des journées a baissé d'où une baisse du taux d'occupation.

Tableau n° 10 : Evolution de l'activité de médecine

| | Nombre de séjours | Nombre de journées |
|------|-------------------|--------------------|
| 2013 | 146 | 1 476 |
| 2014 | 121 | 1 478 |
| 2015 | 150 | 1 427 |
| 2016 | 133 | 1 353 |
| 2017 | 145 | 1 353 |
| 2018 | 127 | 1 337 |

Source : HL Mauléon, Rapport d'activité 2014 (p.2) et Rapport d'activité 2017-2018 (p.2)

Sur la période, le nombre de séjours est donc passé de 146 à 127 en 2018, soit une baisse de 13 %, tout en connaissant des fluctuations erratiques avec un maximum de 150 en 2015. Le nombre de journées a diminué de 1 476 en 2013 à 1 337 en 2018 soit -9,42 %. Le nombre de lits n'ayant pas varié durant cette période, il en résulte une baisse du taux d'occupation.

Tableau n° 11 : Taux d'occupation des lits de médecine

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution (en points) |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| Médecine | 80,88 | 80,89 | 78,19 | 74,00 | 74,17 | 73,26 | -7,62 |

Source : HL Mauléon, Rapport d'activité 2014 (p.2) et Rapport d'activité 2017-2018 (p.2)

Ce taux reste faible (< 85 %) et ne semble pas justifier l'accroissement prévu de nombre de lits.

3.3.1.3 Une valorisation croissante liée à une augmentation du poids moyen du cas traité et à une évolution tarifaire favorable

Comme l'indique le tableau ci-après, la valorisation de l'activité a évolué de 488 133 € en 2014 à 592 845 € en 2017, dernière année pleine connue. On note que sur les 11 mois de 2018, le montant de la valorisation représente un peu plus de 90 % de celui obtenu pour la même période, l'année précédente. La question est donc de savoir si sur ce dernier exercice plein, la valorisation 2018 aura été en baisse.

Tableau n° 12 : Evolution de la valorisation de l'activité

| | | | | |
|--|--------------------------------|-------|--------------------------------|----------|
| <i>Nombre de RUM dans la base</i> | 121 | | 146 | -17,12 % |
| <i>Age moyen par RSS (hors CMD 15)</i> | 85,18 | Ans | 83,57 | 1,93 % |
| <i>% d'hommes</i> | 31 | % | 28 | 10,71 % |
| <i>Taux de décès</i> | 10,74 | % | 12,33 | -12,86 % |
| <i>Durée moyenne de séjour brute des RSS</i> | 11,74 | jours | 10,19 | 15,15 % |
| | Année 2015 | | Année 2014 | |
| <i>Nombre de RUM dans la base</i> | 150 | | 121 | 23,97 % |
| <i>Age moyen par RSS (hors CMD 15)</i> | 85,17 | Ans | 85,18 | -0,01 % |
| <i>% d'hommes</i> | 31 | % | 31 | 0,00 % |
| <i>Taux de décès</i> | 16,00 | % | 10,74 | 48,92 % |
| <i>Durée moyenne de séjour brute des RSS</i> | 9,27 | jours | 11,74 | -20,98 % |
| <i>Valorisation T2A</i> | 592 157 | € | 488 133 | 21,31 % |
| | Année 2016 | | Année 2015 | |
| <i>Nombre de RUM dans la base</i> | 133 | | 150 | -11,33 % |
| <i>Age moyen par RSS (hors CMD 15)</i> | 82,69 | Ans | 85,17 | -2,92 % |
| <i>% d'hommes</i> | 41 | % | 31 | 32,26 % |
| <i>Taux de décès</i> | 12,78 | % | 16,00 | -20,11 % |
| <i>Durée moyenne de séjour brute des RSS</i> | 10,19 | jours | 9,27 | 9,86 % |
| <i>Valorisation T2A</i> | 743 | € | 592 157 | -11,89 % |
| | Année 2017 | | Année 2016 | |
| <i>Nombre de RUM dans la base</i> | 145 | | 133 | 9,02 % |
| <i>Age moyen par RSS (hors CMD 15)</i> | 83,86 | Ans | 82,69 | 1,42 % |
| <i>% d'hommes</i> | 40 | % | 41 | -2,44 % |
| <i>Taux de décès</i> | 9,66 | % | 12,78 | -24,46 % |
| <i>Durée moyenne de séjour brute des RSS</i> | 9,34 | jours | 10,19 | -8,34 % |
| <i>Valorisation T2A</i> | 592 845 | € | 521 743 | 13,63 % |
| | Janvier à novembre 2018 | | Janvier à novembre 2017 | |
| <i>Nombre de RUM dans la base</i> | 115 | | 132 | -12,88 % |
| <i>Age moyen par RSS (hors CMD 15)</i> | 82,68 | Ans | 83,84 | -1,39 % |
| <i>% d'hommes</i> | 39 | % | 41 | -4,88 % |
| <i>Taux de décès</i> | 13,04 | % | 9,85 | 32,44 % |
| <i>Durée moyenne de séjour brute des RSS</i> | 10,80 | jours | 9,31 | 16,00 % |
| <i>Valorisation T2A</i> | 479 944 | € | 550 301 | -12,79 % |

Source : HL Mauléon, réponse à la question 3.2. du questionnaire 1

La valorisation de chaque séjour nécessite que ce dernier soit classé dans un groupe homogène de malades (GHM). Le groupe homogène de malades (GHM) est la catégorie élémentaire de la classification médico-économique propre au programme de médicalisation des systèmes d'information en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. La classification des GHM repose sur le classement de la totalité des séjours produits dans le champ décrit par le PMSI en un nombre limité de groupes de séjours, dits GHM, cohérents en termes médicaux et de coûts. Elle permet un classement exhaustif et exclusif : tout séjour aboutit dans l'un des groupes de la classification et dans un seul, selon un algorithme (arbre de décision) qui se fonde sur les informations médico-administratives contenues dans le résumé de sortie standardisé.

Alors que dans sa réponse au questionnaire à la chambre, l'ordonnateur annonce une répartition des séjours par GHM, il s'agit en réalité d'une répartition par domaine d'activité, présentée ci-dessus. En effet, il apparaît qu'une répartition des séjours par GHM conduirait à ne pas respecter le secret statistique qui stipule qu'aucune donnée ne peut être fournie si l'effectif est inférieur à 11.

Cette évolution favorable de la valorisation peut être liée à l'orientation de l'activité vers des séjours plus rémunérateurs. Cette évolution peut s'analyser d'une part à travers l'évolution du poids moyen du cas traité et d'autre part en comparant l'évolution du tarif moyen par séjour et celle du nombre de séjours.

L'augmentation du poids moyen du cas traité traduit soit une augmentation de la lourdeur des séjours soit une amélioration du codage des séjours, voire les deux.

Sur la période récente (2015-2017), les constats sont retracés dans le tableau en annexe C.

Alors que l'établissement n'a pas d'autorisation de psychiatrie, ce domaine d'activité est le plus représenté (16,55 %), suivi des affections du système nerveux (12,41 %), des affections cardio-vasculaires (11,72 %), de la pneumologie (12,41 %) et des douleurs chroniques (8,97 %). En nombre de séjour, l'activité la plus représentée est l'endocrinologie.

Ainsi, sur la période 2015-2017, l'augmentation de la valorisation économique (+1,60 %) n'est pas due à une augmentation du nombre de séjours (qui en fait baisse de 3,33 %, comme on l'a vu), mais à l'accroissement du poids moyen du cas traité (+ 5,12 %) qui découle d'une augmentation de la lourdeur des séjours et/ou d'une amélioration du codage. Il faut noter que cette augmentation du poids moyen résulte de la présence en 2017 de 3 séjours « brûlures » avec un PMCT de 13 550 €. En effet, en l'absence de ces trois séjours, toutes choses égales par ailleurs, la valorisation économique aurait baissé de 5,4 %.

La chambre régionale des comptes a comparé, pour chaque domaine d'activité, sur la période 2013-2018, l'évolution du tarif moyen du séjour et l'évolution du nombre de séjours. Cette analyse permet de distinguer deux situations favorables et deux situations défavorables :

- SITUATION FAV 1 : l'effectif et le tarif moyen augmentent : c'est la situation la plus favorable à l'établissement, son activité s'oriente vers des domaines qui deviennent plus rémunérateurs ;
- SITUATION FAV 2 : l'effectif baisse et le tarif moyen baisse : cette situation peut être considérée comme favorable et devient moins rémunératrice ;
- SITUATION DEF1 : l'effectif croît mais le tarif moyen baisse : l'activité de l'établissement évolue défavorablement au plan économique, puisqu'elle s'oriente vers une activité qui devient moins rémunératrice ;
- SITUATION DEF 2 : l'effectif baisse pour un tarif moyen qui croît : l'établissement délaisse une activité rémunératrice.

Le détail de la répartition des séjours 2018 selon leur domaine d'activité figure dans le tableau en annexe D.

En 2018, les séjours se répartissent comme suit :

| | SITUATION FAV 1 | SITUATION FAV 2 | SITUATION DEF 1 | SITUATION DEF 2 |
|--------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| <i>Nombre de séjours</i> | 41 | 3 | 14 | 65 |
| <i>Pourcentage des séjours</i> | 32,28 | 2,36 | 11,02 | 51,18 |

Sur la période 2013-2018, l'évolution de l'activité est donc défavorable en terme tarifaire puisque plus de 62 % des séjours sont dans cette situation.

Si l'on suppose que l'activité de décembre 2018 sera égale à l'activité mensuelle moyenne des 11 premiers mois de l'année alors, sa valorisation 2018 s'élèverait à 523 575,27 € soit une baisse de -11,68 % par rapport à 2017.

3.3.2 En soins de suite et de réadaptation, un nombre de séjours en baisse mais un taux d'occupation des lits en hausse

L'analyse que fait le président de la CME est la suivante : « *Le service de SSR a diminué son activité en 2017 du fait du changement de relation avec le CH de Saint-Palais, principal fournisseur, celui-ci a changé son statut d'un ESPIC à un CH en direction commune avec le CH support de Bayonne. Les relations avec le CH d'Oloron sont à améliorer pour avoir un flux de patient plus important venant du bassin de vie de la Soule* ».

Tableau n° 13 : Evolution de l'activité de soins de suite

| Années | Nombre de séjours | Nombre de journées |
|--------|-------------------|--------------------|
| 2013 | 265 | 8 002 |
| 2014 | 266 | 7 993 |
| 2015 | 276 | 7 849 |
| 2016 | 276 | 8 357 |
| 2017 | 261 | 8 799 |
| 2018 | 270 | 8 428 |

Source : HL Mauléon, Rapport d'activité 2014 (p.4) et Rapport d'activité 2017-2018 (p.4)

En soins de suite et de réadaptation, le nombre de séjours croît de 265 en 2013 à 270 en 2018 soit 1,89 % de même que le nombre de journées (+ 426, soit 5,32 %) malgré une baisse en 2018 (-371 soit 4,22 %). Ainsi, le nombre de lits installés étant stable sur la période (25), le taux d'occupation croît de 4,64 points et dépasse 90 % depuis 2016 ce qui paraît satisfaisant.

Tableau n° 14 : Taux d'occupation des lits de soins de suite et de réadaptation

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution (en points) |
|-----|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------------|
| SSR | 87,69 | 87,59 | 86,02 | 91,00 | 96,43 | 92,33 | 4,64 |

Source : HL Mauléon, Rapport d'activité 2014 (p.2) et Rapport d'activité 2017-2018 (p.2)

Sur un plan qualitatif, il est d'abord constaté que les admissions en SSR se font très majoritairement par transfert en provenance d'un autre service SSR.

Tableau n° 15 : Les modes d'admission (en %)

| <i>Mode d'admission</i> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Mutation MCO</i> | 0,00 | 0,35 | 0,00 | 0,00 | 0,76 | 0,00 |
| <i>Transfert MCO</i> | 0,00 | 0,00 | 0,33 | 0,00 | 1,14 | 0,76 |
| <i>Transfert SSR</i> | 63,18 | 65,49 | 65,22 | 72,96 | 66,16 | 75,00 |
| <i>Domicile</i> | 36,82 | 34,15 | 34,45 | 27,04 | 31,94 | 24,24 |

Source : Hôpital de Proximité de Mauléon, réponse à la question n°3 du premier questionnaire

Il est rappelé qu'une mutation est un mouvement interne à l'établissement, alors que dans le cas d'un transfert le patient provient d'un autre établissement. Cette forte proportion des transferts de SSR (75 %) peut s'interpréter comme l'existence de séjours dont le début s'effectue dans un centre hospitalier plus important où a lieu l'intervention chirurgicale puis la première phase de rééducation, la seconde phase pouvant s'effectuer à Mauléon ce qui permet un rapprochement du domicile.

L'analyse qualitative de cette activité peut également prendre en compte les types de pathologies accueillies. La classification médico-économique des groupes homogènes de journées employée pour le programme de médicalisation des systèmes d'information en soins de suite ou de réadaptation est structurée en 14 catégories majeures cliniques (CMC). Les CMC sont le premier niveau de classement des résumés hebdomadaires standardisés (RHS). Elles correspondent aux grands types de prise en charge (cardiovasculaire et respiratoire, neuromusculaire, post-traumatique, soins palliatifs, etc.). Les semaines par patient sont affectées à une CMC en fonction des informations relatives aux problèmes de santé et aux prises en charge enregistrés dans le RHS.

La répartition des séjours 2015 et 2017 par catégorie majeure clinique est présentée dans le tableau en annexe E. Si l'hôpital souligne « *qu'il y a une prise en charge importante au niveau des affections traumatiques du système ostéo-articulaire avec une augmentation importante en 2018* », il faut souligner la part importante des « *autres motifs de recours aux services de santé* » qui culmine en 2017 à 31,18 %.

Enfin, la description de l'activité peut également être passée au crible du catalogue spécifique des actes de rééducation et réadaptation (CSARR) comme le montre le tableau suivant, transmis par le CH de Mauléon²⁶ :

²⁶ Réponse à la question n°3 du premier questionnaire de la chambre.

| Actes CSARR 2016-2018 | |
|---|--------|
| 2016 | |
| AGR+298 - Séance de rééducation des fonctions neuromusculaires pour affection neurologique centrale, en phase précoce | 2,16% |
| NKR+006 - Séance individuelle de réadaptation à la marche | 18,15% |
| NKR+117 - Séance individuelle de rééducation à la marche | 14,21% |
| NKR+130 - Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur après correction de lésion dégénérative | 6,40% |
| NKR+177 - Séance de rééducation des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur | 11,20% |
| NKR+204 - Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur après réparation de lésion traumatique ou correction de vice architectural | 4,18% |
| 2017 | |
| ANQ+234 - Évaluation intermédiaire ou évaluation ciblée sur une fonction, des fonctions sensitives et/ou motrices des membres supérieurs | 3,00% |
| HQQ+106 - Évaluation intermédiaire des troubles de la déglutition | 2,82% |
| HSQ+237 - Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative des objectifs nutritionnels | 3,40% |
| NKR+006 - Séance individuelle de réadaptation à la marche | 13,88% |
| NKR+117 - Séance individuelle de rééducation à la marche | 3,27% |
| NKR+177 - Séance de rééducation des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur | 10,25% |
| NKR+204 - Séance de rééducation postopératoire des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur après réparation de lésion traumatique ou correction de vice architectural | 3,43% |
| NKR+280 - Séance de rééducation des fonctions ostéoarticulaires du membre inférieur pour lésion dégénérative | 2,91% |
| QAQ+093 - Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique de la tête et/ou de main | 3,80% |
| QZQ+104 - Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique en dehors de la tête et des mains | 3,57% |
| ZGQ+046 - Évaluation intermédiaire ou évaluation ponctuelle ciblée sur une activité, des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] avec mise en situation | 3,85% |
| ZGQ+294 - Évaluation intermédiaire des capacités du patient pour les activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ] avec mise en situation | 3,48% |
| ZZC+221 - Synthèse interdisciplinaire de rééducation et/ou de réadaptation | 8,09% |
| 2018 | |
| ANQ+234 - Évaluation intermédiaire ou évaluation ciblée sur une fonction, des fonctions sensitives et/ou motrices des membres supérieurs | 10,59% |
| HQQ+106 - Évaluation intermédiaire des troubles de la déglutition | 10,54% |
| HSQ+237 - Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative des objectifs nutritionnels | 10,65% |
| NKR+006 - Séance individuelle de réadaptation à la marche | 2,41% |
| PEQ+038 - Évaluation intermédiaire du risque de chute | 7,01% |
| QZQ+104 - Évaluation intermédiaire qualitative et quantitative de l'état cutané et trophique en dehors de la tête et des mains | 10,81% |
| ZGQ+046 - Évaluation intermédiaire ou évaluation ponctuelle ciblée sur une activité, des capacités du patient pour les activités de la vie quotidienne [AVQ] avec mise en situation | 6,75% |
| ZGQ+294 - Évaluation intermédiaire des capacités du patient pour les activités instrumentales de la vie quotidienne [AIVQ] avec mise en situation | 6,63% |
| ZZQ+243 - Évaluation intermédiaire pour éducation, en dehors d'un programme d'éducation thérapeutique | 10,58% |

Les types d'actes exécutés varient fortement. Alors qu'en 2016, la totalité était constituée de séances de rééducation, en 2018 la totalité est constituée « d'évaluations intermédiaires ». Ainsi, l'activité est plus celle d'évaluations des soins exécutés en dehors de l'établissement qu'une activité de soins.

Enfin, l'analyse des modes de sortie peut donner une indication sur l'état de santé du patient à sa sortie de l'établissement :

Tableau n° 16 : Les modes de sortie - en %

| <i>Mode de sortie</i> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-----------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| <i>Mutation MCO</i> | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,38 | 0,00 |
| <i>Transfert SLD</i> | 11,27 | 15,81 | 13,99 | 15,72 | 14,94 | 20,42 |
| <i>Domicile</i> | 81,82 | 75,37 | 81,12 | 79,27 | 81,81 | 73,33 |
| <i>Décès</i> | 6,91 | 8,82 | 4,90 | 5,02 | 3,07 | 6,25 |

Source : Hôpital de Proximité de Mauléon, réponse à la question n°3 du premier questionnaire

La sortie vers le domicile est toujours le mode majoritaire (> 73 %), mais la hausse des transferts vers les soins de longue durée (SLD) est constante et significative (+ 9,15 points) ce qui indique que l'état de santé des patients en fin de séjour s'est dégradé. De plus, la part des sorties vers le domicile est surestimée car elle intègre l'entrée en EHPAD, qui implique un degré de dépendance de la personne sortante. Afin de mieux appréhender le niveau de dépendance des patients sortant de SSR et de mieux prévoir les besoins en lits d'EHPAD, il est suggéré à l'établissement de distinguer les mutations vers l'EHPAD des sorties vers le domicile.

3.3.3 Une durée moyenne de séjour qui croît en médecine et en soins de suite et de réadaptation

Pour la médecine, il a été dit que le taux d'occupation des lits a légèrement diminué sur la période alors que le nombre de séjours diminuait. Cela découle d'une augmentation de la durée moyenne de séjour (DMS) de 0,44 jour. Il est constaté également que la baisse du taux d'occupation des lits sur la période 2014-2018 s'accompagne de celle de la DMS (- 1 jour).

Tableau n° 17 : Durée moyenne de séjour en médecine

| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|-------|------|-------|------|-------|
| 10,11 | 11,55 | 9,64 | 10,19 | 9,34 | 10,55 |

Source : HL Mauléon, Rapport d'activité 2014 (p.4) et Rapport d'activité 2017-2018 (p.4)

L'établissement affirme que « la durée moyenne de séjour oscille entre 9 et 10 jours avec parfois des pics ; ce qui est bien inférieur à la moyenne nationale de ce type d'établissement qui est de 15 jours ». En se référant à l'indicateur IP-DMS (indice de performance DMS), indicateur qui synthétise la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement (hors ambulatoire), il convient d'être plus mesuré²⁷.

²⁷ L'IP-DMS compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son case-mix auxquels on applique les DMS de référence de chaque GHM.

Tableau n° 18 : Evolution de l'IP durées moyennes de séjour (DMS) en médecine hors ambulatoire

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Evolution 2013-2017 |
|----------|-------|-------|-------|-------|-------|---------------------|
| Médecine | 1,096 | 1,213 | 0,905 | 1,062 | 0,905 | -0,191 |

Source : Hospidiag

Ainsi, il n'y a que deux exercices (2015 et 2017) pour lesquels l'indice est inférieur à l'unité ce qui signifie, qu'en moyenne, la DMS de l'hôpital de Mauléon est inférieure à celle des autres établissements.

Pour les 3 autres exercices (2013, 2014 et 2016), l'indice est supérieur à l'unité ce qui signifie, qu'en moyenne, les DMS de l'HL de Mauléon ont été plus longues que celles des autres établissements, ce qui le défavorise financièrement puisqu'en moyenne, pour un même GHM²⁸, le CH de Mauléon mobilise plus de ressources alors qu'il est rémunéré au même prix que les autres établissements.

Pour les soins de suite et de réadaptation, le taux d'occupation des lits a cru alors que le nombre de séjours augmentait : il en résulte une stabilisation de la DMS.

Tableau n° 19 : DMS en soins de suite et de réadaptation

| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| 30,00 | 30,99 | 27,33 | 29,78 | 32,76 | 30,53 |

Source : Hôpital de Proximité de Mauléon, réponse à la question n°3 du premier questionnaire

Les rapports d'activité ne comportent aucune analyse ni sur la valeur de la DMS ni sur son évolution. Malgré la faiblesse du nombre de patients concernés, expliquant sa volatilité, il serait opportun malgré tout de la comparer à celle d'un échantillon d'établissements ayant un case-mix comparable, la DMS étant un élément important du coût du séjour.

3.4 A l'EHPAD, une activité en baisse et une faible proportion de personnes très dépendantes

L'activité d'hébergement de personnes âgées dépendantes doit être décrite non seulement à travers le taux d'occupation des lits mais également à travers le degré de dépendance et l'état de santé des personnes hébergées qui détermine la charge de soins.

²⁸ Le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permet de décrire et de classer chaque séjour hospitalier dans un groupe homogène de malades (GHM) auquel est associé un (ou plusieurs) groupe(s) homogène(s) de séjours (GHS). Ces derniers conditionnent le tarif de prise en charge du séjour par l'assurance maladie. Un groupe homogène de malades (GHM) regroupe les prises en charge de même nature médicale et économique et constitue la catégorie élémentaire de classification en MCO. Chaque séjour aboutit dans un GHM selon un algorithme fondé sur les informations médico-administratives contenu dans le résumé de sortie standardisé de chaque patient.

3.4.1 Un taux d'occupation faible et décroissant

Tableau n° 20 : Taux d'occupation

| Année | Nombre de journées d'hébergement | Taux d'occupation |
|-------|----------------------------------|-------------------|
| 2013 | 52 509 | 95,91 |
| 2014 | 52 094 | 95,15 |
| 2015 | 53 424 | 97,58 |
| 2016 | 53 190 | 97,15 |
| 2017 | 51 313 | 93,72 |
| 2018 | 50 609 | 92,25 |

Source : Rapport d'activité 2014 p.6 et rapport d'activité 2017-2018, p.6

Selon l'étude situation financière des EHPAD élaborée par la CNSA dont les données concernent l'année 2016 et 5 505 EHPAD publics et privés, le taux d'occupation moyen est de 97 % quelle que soit la forme juridique de l'établissement. Ce taux varie peu selon la taille de l'établissement.

Ainsi, sur les six exercices examinés, le taux d'occupation de l'EHPAD est inférieur à cette moyenne lors de quatre exercices, et particulièrement lors des deux derniers où il est inférieur à 95 %. Or, avec la réforme de la tarification²⁹, la sous-activité caractérisée par un taux d'occupation inférieur à 95 % donne lieu à une modulation des forfaits soins et dépendance en n+1 (1/2 point de forfait en moins pour 1 point de sous-activité). Les arrêtés des 4 et 28 septembre 2017 rendent progressive l'application de cette modulation pour les deux forfaits. Cette montée en charge vers ce seuil s'étalera entre 2018 et 2023, pour certains des établissements³⁰.

Les causes de la baisse d'activité en 2016 ne sont mentionnées ni dans le rapport d'activité ni lors de la présentation de ce dernier au conseil de surveillance³¹.

La baisse d'activité en 2018 découle des travaux liés à la préparation de l'ouverture de la première aile, initialement prévue en mars 2019, d'où une diminution progressive du nombre de résidents pour atteindre le nombre de places prévues, 54 au lieu de 80 dans le bâtiment maison de retraite.

3.4.2 Une faible proportion de personnes très dépendantes (en GIR1)

L'évaluation de la perte d'autonomie, réalisée à l'aide de la grille nationale AGGIR, donne lieu à un classement de chaque personne dans un « groupe iso-ressources » (GIR). Elle permet de calculer un niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées, dénommé « groupe iso-ressources moyen pondéré » ou GMP.

²⁹ Cf. point 5.2.1.

³⁰ Pour les structures dont les forfaits globaux dépendance et soins, sont compris entre 90 % et 100 % du résultat de l'équation tarifaire relatives tant aux soins qu'à la dépendance. La modulation ne s'appliquera qu'à compter de 2024 pour ceux dont ce résultat est inférieur à 90 %. Elle s'applique dès 2018 pour les autres structures.

³¹ Procès-verbal, Conseil de surveillance du 3 juillet 2017, p.6

Tableau n° 21 : Répartition au 31 décembre des hébergés selon leur GIR

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>GIR 1</i> | 35 (25,18%) | 16 (11,68%) | 23 (15,86%) | 20 (10,26%) | 30 (20,27%) | 11 (7,59 %) |
| <i>GIR 2</i> | 45 | 59 | 58 | 54 | 58 | 60 |
| <i>GIR 3</i> | 18 | 16 | 26 | 60 | 22 | 26 |
| <i>GIR 4</i> | 23 | 23 | 20 | 27 | 27 | 38 |
| <i>GIR 5</i> | 13 | 18 | 12 | 33 | 9 | 7 |
| <i>GIR 6</i> | 5 (3,6 %) | 5 (3,65 %) | 6 (4,14 %) | 1 (0,68 %) | 2 (1,35 %) | 3 (2,07 %) |
| <i>TOTAL</i> | 139 | 137 | 145 | 195 | 148 | 145 |

Source : *Rapports d'activité*

Sur la période examinée, la proportion des hébergés classés en GIR 1 (perte d'autonomie totale) n'est jamais supérieure à 25,18 % et a fortement baissé en 2018³². Ainsi, un GMP au-dessus de 700 points, correspond à des EHPAD qui accueillent une population plus dépendante et dont l'état sanitaire requiert une intervention soutenue du même niveau que celle d'un hôpital gériatrique.

De cette faible proportion découle les besoins en soins moins importants que dans les autres EHPAD ce que confirme l'analyse du « pathos moyen pondéré ». Il convient de rappeler que le PMP ne figure plus dans le rapport d'activité à compter de 2016.

L'évaluation des besoins en soins requis est opérée à l'aide du référentiel « PATHOS ». Cet outil évalue, à partir de situations cliniques observées, les soins medicotechniques requis pour assurer la prise en charge de toutes les pathologies d'une population de personnes âgées. Cette analyse transversale donne lieu à une cotation de ces besoins sous forme de points « PATHOS », qui permet de calculer un indicateur synthétique des besoins en soins, dit « pathos moyen pondéré » ou PMP. Ces évaluations sont réalisées sous la responsabilité du médecin coordonnateur de l'établissement. L'évaluation de la perte d'autonomie est validée par un médecin du conseil départemental concerné et un médecin de l'ARS.

Tableau n° 22 : PATHOS Moyen Pondéré

| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|------|------|------|------|------|------|
| ND | 220 | 220 | ND | ND | ND |

Source : *rapport d'activité 2014, p.6*

³² Rapport d'activité 2017—2018, p.6

L'indicateur synthétique « groupe iso-ressources moyen pondéré soins » (GMPS) rend compte du niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées dans l'établissement et de leurs besoins en soins. C'est en fonction de son importance qu'est calculée l'allocation budgétaire des établissements. On peut classer les EHPAD selon le degré de dépendance et de demande de soins des personnes hébergées.

4 DES COMPTES NON FIABLES

Si le CH de Mauléon-Soule n'est pas soumis à la certification de ses comptes, conformément à l'article L. 6145-16 du CSP, et aux deux décrets du 23 décembre 2013, n° 2013-1238 relatif aux modalités de certification des comptes des EPS et 2013-1239 définissant les EPS soumis à la certification des comptes, il n'en demeure pas moins que ses états comptables doivent traduire la réalité des opérations économiques qu'il réalise, lesquelles doivent être conformes aux pratiques comptables arrêtées par les textes. Ainsi, la fiabilisation des états financiers permet aux établissements d'être en mesure de justifier que :

- les éléments inscrits au bilan constituent bien des actifs et des passifs au sens de l'instruction comptable M21 applicable aux établissements publics de santé (EPS) ;
- tous les éléments devant figurer au bilan s'y trouvent ;
- le montant des soldes inscrits au bilan et les masses des comptes de résultat sont conformes aux règles d'enregistrement comptable.

Leur respect permettra de satisfaire, notamment, aux critères de qualité comptable suivants : réalité, exhaustivité, sincérité et bonne évaluation. Il convient de rappeler que ces principes de fiabilité sont prévus par l'article 47-2 de la constitution du 4 octobre 1958 qui précise que « *les comptes des administrations publiques sont réguliers et sincères. Ils donnent une image fidèle du résultat de leur gestion, de leur patrimoine et de leur situation financière* ».

Ainsi qu'il sera développé infra, le CH de Mauléon rencontre des difficultés en matière de fiabilisation des comptes, ce que l'ancienne directrice ne conteste pas. Elle indique avoir, dès son arrivée en 2015, identifié ce sujet, avoir tenté d'y porter remède (audit KPMG, demande d'appui des services du CH des Pyrénées, recrutement d'un directeur financier) mais admet qu'en 2019 (donc au moment de son départ), ses efforts n'avaient pas abouti (retard dans la clôture des comptes 2017, départ en retraite du trésorier, durée de la vacance du poste de directeur financier).

4.1 La nécessité de mettre en place un contrôle interne comptable

Un premier indice de fiabilité des comptes est l'existence et la bonne organisation du contrôle interne comptable. « *Le contrôle interne se définit comme l'ensemble des dispositifs ou processus organisés, formalisés et permanents choisis par l'encadrement et mis en œuvre par les opérationnels de tous niveaux pour maîtriser le fonctionnement de leurs activités en vue de fournir une assurance raisonnable quant à la réalisation de leurs objectifs* »³³.

³³ DGFIP, Guide du contrôle interne comptable et financier dans le secteur public local, septembre 2010, p.6.

Le contrôle interne comptable et financier est ainsi une composante du contrôle interne dans les établissements publics de santé, qui porte autant sur l'exécution que sur les conséquences budgétaires et financières, au titre de :

- la bonne réalisation et de l'optimisation des opérations de recette, de dépense, de tenue et de suivi des comptes ;
- la protection des actifs, des ressources financières ainsi que du cycle de fonctionnement général lié à ces productions de valeur ;
- la fiabilité et la régularité des informations comptables et financières.

La qualité du contrôle interne comptable sera appréciée à travers l'existence (ou non) d'une cartographie des risques, de guides de procédures, et d'organigrammes fonctionnels qui ont pour objet de définir le rôle et les attributions des agents au sein d'un service ou d'une direction. Cela implique une répartition des tâches entre les acteurs, la formalisation des délégations de signature, le recensement des habilitations, notamment informatiques. Les organigrammes fonctionnels seront structurés par processus et tâches.

Le contrôle interne comptable doit être formalisé par l'existence d'un manuel regroupant l'ensemble des procédures, qui sera découpé en processus, procédures et opérations. Des contrôles de supervision adaptés à chaque procédure doivent permettre de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ces dernières.

Le projet d'établissement 2017-2021 prévoit la mise en place du contrôle interne selon le calendrier suivant :

Tableau n° 23 : Calendrier prévisionnel de déploiement du contrôle interne

| <i>Période</i> | <i>Etape</i> | <i>Contenu</i> |
|-------------------------------------|--------------------------|---|
| <i>Novembre 2017 – janvier 2018</i> | Diagnostic | Mise à jour de la cartographie Elaboration d'un plan d'actions Début des travaux sur les sujets prioritaires par le COPIL Fiabilisation du bilan et passation des écritures correctives Test du calendrier de clôture |
| <i>Février-septembre 2018</i> | Mise en œuvre | Déploiement contrôle interne sur les processus à fort enjeux Mise à jour de la documentation sur les procédures Adaptation et documentation des SIH |
| <i>Octobre-novembre 2018</i> | Résultats | Contrôle/audit sur certains processus à forts enjeux Contrôle/audit de procédures Contrôle/audit des SIH |
| <i>Décembre 2018 – mars 2019</i> | Clôture des comptes 2018 | Fiabilisation du bilan et passation des dernières écritures correctives Mise à jour de la documentation (procédures) Adaptation des SIH |

Source : projet d'établissement 2017-2021- Hôpital de Proximité de Mauléon, p.78

Toutefois, il apparaît qu'aucun contrôle interne n'a été mis en place à la date du 8 février 2019. En effet, aucune procédure n'existe pour faire valoir les droits en recette de l'établissement, ni en matière de provision, ni en matière de modalité d'amortissement.

Dans une réponse actualisée au 12 avril 2019, le nouveau directeur délégué indique que « *le contrôle interne existe, il doit être rapidement renforcé, sur la base du rapport KPMG du 26 mars 2018 et, pour tenir compte des changements récents et nombreux, de personnes, sur les fonctions de gestion et de direction. Depuis janvier 2019, la Directrice adjointe en charge des affaires financières du Centre hospitalier des Pyrénées a été sollicitée afin d'apporter son expertise au renforcement du contrôle interne. [...] La supervision est assurée par le directeur des affaires financières qui a pris ses fonctions le 25 février 2019 assisté de l'adjointe des cadres hospitaliers de la direction des finances commune [...]. La détection des anomalies comptables porte sur les points suivants : erreur d'imputation comptable, durée d'amortissement, provisions, engagement* ». Une convention de partenariat avec la trésorerie devrait être signée au quatrième trimestre 2019. « *La cartographie a été effectuée pour les achats et les ressources humaines avec l'appui du cabinet KPMG. Elle sera complétée en 2019 pour intégrer les autres processus et cycles. Nous nous appuyerons sur l'expertise du CH des Pyrénées (établissement certifié)* ».

Toutefois, l'actuel directeur délégué admet que « *le contrôle interne n'est pas documenté actuellement, il sera formalisé dans le cadre du plan d'action 2019-2021* »³⁴.

Il faut donc comprendre que jusqu'à son arrivée, malgré un audit de mars 2018, préconisant différentes mesures de contrôle interne³⁵, rien n'avait été fait. Désormais, des vérifications sont faites sur les points indiqués mais cela reste embryonnaire et lacunaire puisque d'autres cycles sont encore à travailler.

Recommandation n°5 : installer un contrôle interne dans les meilleurs délais conformément à ce que prévoit le projet d'établissement.

4.2 Un état de l'actif non fiable

Comme l'indique l'actuel directeur délégué, parmi deux bâtiments détruits sur la période sous revue, l'un figure encore à l'actif au 31 décembre 2018, le logement de fonction de l'ancien directeur, et le second, partie du bâtiment de l'EHPAD, en a apparemment été sorti au moment de sa désaffectation. Concernant ce second bâtiment, l'actuel directeur délégué précise :

³⁴ Réponse à la question 4-7-i du premier questionnaire de la chambre.

³⁵ Modifier les durées d'amortissement pour les rendre conformes à la M21. Mettre en place des calendriers afin de se conformer aux échéances d'élaboration de l'EPRD, du compte financier et des indicateurs ANAP. Chaque agent participant au processus « Achats » doit avoir une fiche de poste. Envisager la mutualisation de la fonction paie sur Mauléon/Oloron. Mettre en place un plan d'actions afin de maîtriser les coûts de personnel. Revoir systématiquement les habilitations informatiques du logiciel de paie en cas de changement de poste ou de départ de la structure. Etablir un tableau de bord permettant de suivre les écarts sur la masse salariale entre réel et autorisé. Procéder au rattachement des charges à l'exercice sur les rémunérations accessoires de la paie de décembre. Comptabiliser les provisions liées aux engagements sociaux (CET, CNRACL, ARE). Réaliser l'engagement de la dépense avant d'émettre le bon de commande. Tout achat doit faire l'objet d'un bon de commande. Formaliser le rapprochement bon de commande/bon de livraison/facture. Mieux suivre les dépenses liées aux mises à disposition.

« bâtiment déjà sorti de l'actif avant sa démolition, sans savoir à quelle date la sortie a été effectuée et sans être sûr que la fiche n°1 soit celle de ce bâtiment »³⁶.

4.3 Un résultat comptable majoré

4.3.1 Des dotations aux amortissements insuffisantes liées à des durées d'amortissement trop longues

L'instruction M21 précise que « l'amortissement linéaire avec prorata temporis à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation est la méthode qui permet d'atteindre l'objectif d'image fidèle. Néanmoins, il est admis que l'amortissement peut être calculé à partir du premier jour de l'exercice suivant la date de mise en service ou d'acquisition pour autant que cet aménagement n'est pas d'effet significatif sur les comptes de l'établissement ». La méthode d'amortissement progressif a été supprimée au 1er janvier 2014.

Durant l'instruction, l'ordonnateur a simplement indiqué que « les amortissements sont calculés au 1er janvier de l'exercice suivant la mise en service de l'immobilisation ».

L'état pluriannuel des immobilisations par compte et budget au 31 décembre 2018 révèle des durées d'amortissement très supérieures aux bornes indicatives fixées par la M21. Ainsi, pour les installations générales, agencements, aménagements des constructions elles s'échelonnent entre 30 et 80 ans alors que l'instruction comptable conseille une durée d'amortissement maximale de 20 ans.

Cette longue durée d'amortissement a plusieurs conséquences :

- la dotation annuelle aux amortissements était minimisée d'où un résultat comptable surestimé ;

- le taux de vétusté (amortissement/valeur de l'immobilisation) est sous-estimé et s'écarte de la vétusté physique d'où le risque qu'un bien doive être sorti de l'actif alors qu'il n'est pas totalement amorti ce qui se traduit par une perte sur immobilisation. En effet, lorsqu'un bien est sorti de l'actif alors qu'il n'a pas été amorti en totalité, il faut inscrire une charge au débit du compte 675 « Valeur comptable des actifs cédés » égale à sa valeur nette. Le cas s'est produit. En effet, l'ancien logement de fonction du directeur a été détruit en 2018 alors que l'état de l'actif au 31 décembre 2018 lui attribue une valeur nette de 4 359,35 €, qu'il faudra passer en perte en débitant le compte 675 « valeur comptable des actifs cédés »;

- le plan de renouvellement des immobilisations, partie intégrante du PGFP, est faussé ;

- le fonds de roulement est réduit, ainsi que la part des amortissements parmi les financements stables.

L'instruction M21 précise les règles pour régulariser les états financiers par la comptabilisation d'écritures correctives sur la situation nette :

- (Tome 2, p.40) « la révision du plan d'amortissement doit être motivée uniquement par la modification significative des conditions d'utilisation du bien, et non par la recherche d'un éventuel ajustement budgétaire. Toutefois, si la durée d'amortissement initialement

³⁶ Courriel du directeur délégué, 22 novembre 2019

assignée au bien apparaît inadaptée dès l'origine à ses conditions réelles d'utilisation, notamment en raison d'une logique budgétaire, la révision de la durée d'amortissement est assimilée à une correction d'erreur et intervient par schéma d'écriture en situation nette (...) » ;

- (Tome 2 p.79) *« Il convient d'introduire les sommes en cause dans les comptes de passif de l'établissement, en utilisant le compte de report à nouveau excédentaire s'il existe. Ce cas concerne également les hypothèses de sous-amortissement ou de provisions sous-évaluées. Le compte de provision ou de dépréciation est crédité par le débit du compte 110x « Report à nouveau excédentaire » s'il existe, ou du compte 119x « report à nouveau déficitaire ».*

Le cabinet KPMG avait proposé de ramener les durées d'amortissement de 15 à 30 ans ce qui se traduirait fin 2016 par une diminution de la valeur nette comptable de ces actifs de 855 141,25 € et la nécessité de passer l'écriture suivante : créditer le compte 28 135 « amortissement des installations générales, agencements, aménagements des constructions » de la somme de 855 141,25 € et débiter le compte 119 « Report à nouveau déficitaire » du même montant. Sur l'exercice 2018, aucune dotation aux amortissements n'a été effectuée sur ce compte. Le rapport KPMG a été présenté au conseil de surveillance de juin 2019 mais « la décision de passer ces écritures n'est pas prise compte tenu de l'ampleur des montants en cause et de la priorité donnée à la prise en compte des bâtiments EHPAD et cuisine détruits mais ayant une valeur nette comptable significative en partie compensée par une provision de 300 000 € effectuée en 2013 au compte 29 ».

En effet, la situation du haut de bilan ne permet pas de passer une telle écriture de régularisation puisque le solde du compte « Report à nouveau excédentaire » n'est que de 12 089,98 € ; cette régularisation augmenterait d'autant le compte 119 « Report à nouveau déficitaire ».

Dans sa réponse, l'ordonnateur indique que « *les nouveaux amortissements sont définis sur la base réglementaire M21* ».

4.3.2 Des dotations aux provisions insuffisantes et mal imputées

L'instruction M21 précise que « *les comptes de provisions ne doivent pas être utilisés pour constituer des réserves car cela porterait atteinte à la sincérité du résultat comptable annuel de l'établissement. Les comptes de provisions ne peuvent correspondre qu'à des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise* ».

Une provision ne doit être reprise que si elle est devenue sans objet, et non pas pour répondre à une logique d'ajustement budgétaire. Concernant les modalités de reprise, la provision ayant été constituée au sein du compte de résultat principal prévisionnel (CRPP), la reprise doit intervenir au profit du CRPP.

Afin de se prononcer sur la régularité d'une reprise ou non, il convient de connaître précisément les éléments ayant justifié la constitution de ces provisions. Si la provision repose sur un simple principe prudentiel, sans retracer l'existence d'une obligation probable ou certaine à la clôture de l'exercice engendrant une sortie probable ou certaine de ressources sans échéance et montant précis, elle n'a pas lieu d'être.

S'il s'avère que des provisions ont été constituées à tort, la régularisation peut être effectuée par correction sur la situation nette conformément à la fiche n° 4 relative à la fiabilisation et à la certification des comptes, « Corrections d'erreurs commises au cours

d'exercices antérieurs »³⁷. Afin d'assurer la transparence des états financiers, les écritures correctives doivent être comptabilisées sur le budget où l'erreur a été commise en utilisant la ventilation appropriée du compte « réserve d'investissement » ou « report à nouveau » selon la nature de la correction.

Les provisions figurant au passif du bilan, leur sous-dotation entraîne une surévaluation du résultat. Cette sous-dotation peut être liée à des erreurs d'écritures ou à une sous-évaluation du risque.

Le tableau, en annexe F présente les mouvements, lorsqu'ils existent, des comptes de provisions sur la période sous revue.

4.3.2.1 Malgré la perception de crédits non reconductibles, un compte de provision pour renouvellement des immobilisations non mouvementé

L'instruction M21 précise que « *Cette provision réglementée [pour renouvellement des immobilisations (cpt 142)] est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Au sens du présent référentiel comptable et budgétaire, les surcoûts correspondent aux coûts nouveaux liés au projet d'investissement en termes de charges financières et d'amortissement* ».

Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser.

La constitution de dotations aux provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations (compte 142) n'est possible que dans le cadre des dotations budgétaires attribuées au titre de l'aide à l'investissement dont bénéficient les établissements.

Sur la période, aucune provision n'a été passée. Or, par courrier du 4 décembre 2013, l'ARS d'Aquitaine a attribué 400 000 € de crédits non reconductibles (CNR) au titre de la prise en charge de frais financiers telle que prévue par l'article D. 314-205 du CASF. Ces crédits non reconductibles auraient donc dû être imputés sur ce compte 142. L'actuel directeur délégué précise « *qu'une décision rectificative de l'ordonnateur permettra la passation d'écriture comptables afin d'affecter cette somme au compte 142-provisions réglementées* ». Ces CNR ont été crédités à tort dans le c/1572 « provisions pour gros entretien ». Ils n'ont pas été repris du fait du retard des travaux et de la mobilisation de l'emprunt. La correction d'imputation n'a pas été effectuée sur le compte financier provisoire 2018. Par conséquent, ce compte étant sur-doté à hauteur de 400 000 €, la décision modificative envisagée par l'ordonnateur devra prendre en compte l'amortissement de cette somme, dans la mesure où cette opération sera effectuée à compter de l'exercice 2019, 1^{er} exercice sur lequel ces CNR commenceront à devoir être amortis.

³⁷ Les fiches sont à consulter sur le site du ministère des Solidarités et de la Santé : Accueil / Professionnels / Gérer un établissement de santé/médico-social / Performances des établissements de santé / Fiabilisation et certification des comptes / les fiches comptables

4.3.2.2 Les provisions pour risques

Une provision sert à faire apparaître dans les comptes par un système de comptabilisation, un événement futur en fonction d'une estimation (de manière fiable) et en fonction de la probabilité de sa réalisation.

Les provisions pour risques et charges des EPS peuvent ainsi être interprétées comme des variables d'ajustement du résultat lorsque ce travail d'estimation et de prospective n'est pas correctement réalisé.

Sur la période aucune dotation ni reprise n'a été effectuée sur le compte 151 (Provisions pour risques) et son solde au 31 décembre 2017 est nul.

Aucune créance n'ayant été définie comme douteuse (voir §4323), aucune provision pour créances douteuses (compte 491) n'a été dotée.

4.3.2.3 La provision pour charges de personnel liées à la mise en place du compte épargne-temps (compte 153) non dotée sur la période

Les personnels titulaires ou non titulaires de la fonction publique hospitalière (FPH) bénéficient, en vertu du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002, de la possibilité d'ouvrir un compte-épargne-temps (CET). Il en est de même pour les personnels médicaux depuis le décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002 codifié par les articles R. 6152-802 à 812 du CSP. Depuis 2008 (décret n° 2008-454 et 2008-455 du 14 mai 2008), les personnels peuvent obtenir le paiement de jours stockés sur leur CET. Dès lors, les droits attachés au CET s'apparentent à une dette pour l'hôpital qu'il lui appartient de provisionner.

L'article R. 6152-80.9-1 du CSP³⁸ pour le personnel médical et l'article 11-1 du décret n° 2002-788 du 3 mai 2002 modifié³⁹ pour les personnels de la FPH, rappellent clairement l'obligation de comptabilisation au passif de l'ensemble des jours épargnés au terme d'une année civile.

La provision correspond au nombre de jours enregistrés dans les CET, valorisés en fonction du montant forfaitaire correspondant à la catégorie statutaire dont relèvent les agents et majorés des cotisations patronales en vigueur. Celui-ci est fixé par l'article 2 de l'arrêté du 27 décembre 2012 à 300 € brut par jour pour le personnel médical et par l'article 4 de l'arrêté du 6 décembre 2012 relatif au compte-épargne temps dans la FPH, soit 125 €, 80 € et 65 € selon la catégorie A, B ou C.

Tableau n° 24 : Evolution de la provision réglementée pour compte-épargne-temps (Compte 153)

| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | | 2017 | 2018(*) |
|------|------|------|------|--|------|---------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,00 | 0,00 |

Source : HP Mauléon, comptes financiers, balance des comptes,

(*) Compte financier provisoire

³⁸ Inséré dans le CSP par l'article 14 du décret n° 2012-1481 du 27 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne temps et aux congés des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements de santé.

³⁹ Créé par l'article 5 du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012.

Le compte *ad hoc* n'a pas été mouvementé sur la période. Toutefois, durant l'instruction, l'actuel ordonnateur, s'il indique qu'il n'y a pas de modalités définies de calcul, précise néanmoins « *[qu']il n'existe pas de provisions pour CET du personnel non médical. Le personnel médical n'est pas concerné par ce risque car un seul praticien hospitalier qui prend ses congés chaque année* ». Pour autant, il indique que les jours à provisionner le « *[...] sont [...] sur demande écrite du salarié* ». De surcroît, lors de la CME du 17 mai 2016, le directeur délégué lie l'augmentation des dépenses d'amortissements à celle du « *[...] provisionnement de 20 000 € nécessaire à la compensation de la mise en place de compte épargne temps (CET)* ».

En conclusion, le c/153 aurait dû retracer ces provisionnements. En ne se conformant pas à l'obligation posée par l'instruction M21, le CH de Mauléon a donc contribué à rendre son résultat comptable non fiable, sur la période, le surestimant du montant de la différence entre la dotation annuelle et de la reprise. Au 31 décembre 2017, compte-tenu du nombre de jours épargnés selon la catégorie d'agents⁴⁰, la provision devrait s'élever à 2 445 €.

4.3.2.4 La provision pour gros entretien ou grandes révisions

Cette provision doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger la durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Ces provisions doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien, correspondant aux dépenses de gros entretien des cinq prochaines années minimum. Or, par courriel du 17 juin 2019, l'actuel ordonnateur indique qu'« *il n'existe pas de plan annuel d'entretien* ».

Le compte 1572 présente plusieurs erreurs :

- une somme de 400 000 € a été provisionnée en 2013 suite à la décision de l'ARS en date du 4 décembre 2013 d'attribuer ce montant de crédits non reconductibles au titre de la prise en charge de frais financiers telle que prévu par l'article D. 314-205 du CASF (cf. § 4.2.4.1.) ;

- une somme de 53 861,58 € est présente depuis 2008, et n'a pas été reprise depuis cette date. Selon l'ordonnateur⁴¹ : « *une écriture sera passée pour apurer ce compte* ». Si la reprise de cette somme est nécessaire, la question de la passation de provisions se pose néanmoins dans le cadre d'un PPE. Or, celui-ci n'existant pas, les mouvements de compte ne traduiraient aucune réalité comptable. Cette reprise aura des répercussions budgétaires, aujourd'hui non prises en compte.

4.3.3 Au compte financier provisoire 2018, des charges de l'EHPAD non comptabilisées

En application de l'instruction M21, le budget principal prend à sa charge des dépenses communes puis se fait rembourser, pour la part qui lui revient, par le budget annexe. Les écritures retraçant ce remboursement sont les suivantes :

- pour le budget EHPAD : débit du compte 6286 « Participation aux charges communes/crédit du compte 4531 « compte de liaison EHPAD ».

⁴⁰ 18 jours pour les agents catégorie A, 3 jours pour les agents catégorie C

⁴¹ Réponse à la question 4.2 du premier questionnaire de la chambre.

- pour le budget principal : débit du compte 4531 « compte de liaison EHPAD »/crédit du compte 7087 « Remboursement de frais par les CRPA ».

Or, dans le compte financier provisoire 2018, le compte 7087 du budget principal est crédité d'une somme de 1 855 654,2 € alors que le solde du compte 6286 du budget de l'EHPAD, compte miroir, est nul. Ainsi, les charges de l'EHPAD n'ont pas été comptabilisées pour ce même montant, ce qui entraîne une surévaluation du résultat comptable de l'EHPAD et donc du résultat comptable consolidé (cf. point 2.2.3.2).

Le directeur indique « que le compte financier a bien pris en compte ces dépenses au budget annexe de l'EHPAD ». La Chambre régionale des comptes en prends acte, tout en observant que le compte financier 2018 ne lui a pas été transmis, ce qui n'a pas permis d'expertiser cette réponse.

4.4 Des créances non fiables

La fiabilité des créances dépend de leur taux de recouvrement. Or, le taux de restes à recouvrer croît durant la période de 8,64 % en 2013 à 16,75 % en 2017.

Tableau n° 25 : Taux de restes à recouvrer

| Tous budgets | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Somme 2013-2017 | 2018 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------|------------|
| Créances irrécouvrables admises en non-valeur c/415 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Perte sur créances irrécouvrables c/6541 | 0 | 0 | 0 | 6 709 | 0 | 6 709 | 0 |
| Restes à recouvrer amiables (a)/c/411 | 979 657 | 1 110 573 | 1 229 658 | 4 073 128 | 1 795 516 | 9 188 532 | 4 599 952 |
| Restes à recouvrer contentieux (b)/c/416 | 5 768 | 6 436 | 36 914 | 41 670 | 45 844 | 136 632 | 38 997 |
| Total des produits. Net constaté | 11 408 591 | 10 663 257 | 10 963 037 | 10 593 719 | 10 995 567 | 54 624 171 | 11 094 803 |
| Taux de restes à recouvrer : $e=(a+b)/produits$ | 8,64 | 10,48 | 11,55 | 38,84 | 16,75 | 17,07 | 41,81 |
| Taux de restes à recouvrer contentieux : $ebis= b/d$ | 0,05 | 0,06 | 0,34 | 0,39 | 0,42 | 0,25 | 0,35 |

Source : Comptes financiers pour 2018, compte financier provisoire

Le taux de restes à recouvrer au 31 décembre a fortement augmenté sur la période (+8,11 points) pour s'établir à 16,75 % des produits en 2017. Cette situation se détériore en 2018 puisque sur 2013-2018, le taux de restes à recouvrer croît de 33,17 points pour s'établir à 41,81 % en 2018. Cette forte augmentation découle d'une hausse de 2 879 099 € (607,63 %) des restes à recouvrer sur les caisses de sécurité sociale. Ce montant à la clôture de l'exercice 2018 est une exception sur la période.

Les restes à recouvrer contentieux ont très fortement augmenté (+ 40 076 €), représentant 2,49 % des restes à recouvrer en 2017 (contre 0,59 % en 2013). Or l'établissement n'a pas provisionné ce risque ce qu'il aurait dû faire en dotant le compte 491 « dépréciation des comptes de redevables » par débit du compte 68174 « Dotations aux dépréciations des actifs circulants – créances ».

Selon l'ordonnateur, les comptes de restes à recouvrer de N-10 à N-3 (8 000 €)⁴² seront apurés au cours de l'année 2019 .

Cette capacité à recouvrer les créances est liée à six facteurs qui sont présentés successivement : (1) l'ancienneté de la créance, (2) la nature des créanciers, (3) la qualité des titres de recettes, (4) l'inexistence de créances prescrites, (5) l'exacte détermination des créances douteuses et (6) l'admission en non-valeur des créances devenues irrécouvrables.

4.4.1 Un faible montant de créances anciennes

Tableau n° 26 : Restes à recouvrer au 31 décembre 2018 par exercice

| | TOTAL |
|---------------------------|--------------|
| <i>2008 et antérieurs</i> | 4 132,17 |
| <i>2009</i> | 0,00 |
| <i>2010</i> | 0,00 |
| <i>2011</i> | 0,00 |
| <i>2012</i> | 0,00 |
| <i>2013</i> | 32,10 |
| <i>2014</i> | 7 824,66 |
| <i>2015</i> | 18 468,24 |
| <i>2016</i> | 35 038,38 |
| <i>2017</i> | 165 465,29 |
| <i>2018</i> | 4 407 987,97 |
| <i>Total</i> | 4 638 948,89 |

Source : comptes financiers

Au 31 décembre 2018, les restes à recouvrer sur exercices précédents et antérieurs ne représentent que 4,98 % du total dont seulement 1,41 % sur exercices antérieurs.

4.4.2 Une part de créances sur « hospitalisés et consultants » non négligeable

Les créances sur hospitalisés et consultants sont celles qui présentent le plus grand risque d'irrécouvrabilité. Or, elles représentaient 31,64 % des restes à recouvrer au 31 décembre 2017.

⁴² Le montant figurant à l'état IC6 du compte financier 2017 est : 8789,86 €

Tableau n° 27 : Restes à recouvrer par débiteur

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | Somme 2013-2017 | 2018 |
|------------------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <i>Hospitalisés et consultants</i> | 298 128,65 | 386 631,56 | 510 505,11 | 545 444,11 | 582 571,97 | 2 323 281,37 | 587 527,24 |
| <i>Caisses de sécurité sociale</i> | 300 702,68 | 296 076,90 | 296 248,10 | 2 926 238,97 | 473 824,49 | 4 293 091,14 | 3 352 92,89 |
| <i>Etat</i> | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| <i>Département</i> | 304 787,11 | 301 047,99 | 371 758,92 | 564 757,47 | 661 302,75 | 2 203 654,24 | 585 681,72 |
| <i>Autres tiers payants</i> | 81 806,10 | 133 252,85 | 88 060,12 | 78 356,91 | 123 660,61 | 505 136,59 | 74 703,76 |
| <i>Autres débiteurs</i> | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 38 112,28 |
| Total | 985 424,54 | 1 116 909,3 | 1266 572,25 | 4 114 797,46 | 1 841 359,82 | 9 325 063,37 | 4 638 948,89 |

Source : comptes financiers

4.4.3 La qualité des titres de recettes

Il est constaté que sur l'ensemble de la période, des créances annulées n'ont pas été réémises, interrogeant sur leur réalité, comme le montre le tableau ci-après :

Tableau n° 28 : Annulation et rémissions de titres – en €

| <i>Tous budgets</i> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | somme 2013-2018 |
|--|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------------|
| <i>C/ 673</i> | 7 572 | 0 | 40 414 | 85 792 | 0 | 3 437 | 137 215 |
| <i>C/ 772 1</i> | 7 572 | 5 318 | 34 521 | 42 502 | 5 291 | 0 | 95209 |
| <i>Ecart (C/772 1 – C/673)</i> | 0 | 5 318 | -5 893 | -43 290 | 5 291 | -3 347 | -42 006 |
| <i>Total des produits. Net constaté</i> | 11 408 591 | 10 663 257 | 10 963 037 | 10 593 719 | 10 995 567 | 11 094 803 | 65 718 974 |
| <i>% de l'écart / total des produits</i> | 0,00 | 0,05 | -0,05 | -0,41 | 0,05 | -0,03 | -0,06 |

Source : comptes financiers, provisoire pour 2018

Si l'écart entre annulation et réémission ne représente qu'une faible part des produits (0,06 %), il s'élève néanmoins à 42 006 € sur la période et est particulièrement élevé en 2016 (- 43 290 €).

4.4.4 Une part négligeable de créances anciennes mais un taux élevé de créances datant de plus d'un an

Les créances supérieures à cinq ans représentent un faible montant, qui s'élève à 4 270,82 € soit 0,23 % des créances. Toutefois, considérant que le recouvrement des créances datant de plus d'un an est très difficile, il convient de souligner qu'au 31 décembre 2017 les créances antérieures à 2017 s'élèvent à 577 683,65 € soit 31,37 % des restes à recouvrer .

4.4.5 L'absence de détermination de créances douteuses

Lorsque la créance est considérée comme douteuse en application de la M21 « les comptes 491 et 496 sont crédités en fin d'exercice par le compte 6817 « Dotations aux dépréciations des actifs circulants ». Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à minorer cette dépréciation. Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la dépréciation constituée est reprise parallèlement à la constatation de la charge résultant de l'admission en non-valeur : les comptes 491 et 496 sont alors débités par le crédit du compte 7817 « reprises sur dépréciations des actifs circulants »⁴³.

Or, sur la période, aucune dotation n'a été effectuée sur le compte 491. Ainsi, une nouvelle fois, le résultat comptable s'en trouve amélioré artificiellement.

4.4.6 Un montant très faible d'admissions en non-valeur

En application de l'instruction M21 (Tome2, chap 8), « *Le directeur d'établissement est seul compétent en matière d'admission en non-valeur. Il statue :*

- sur la portion des restes à recouvrer dont il convient de poursuivre le recouvrement ;
- sur la portion qu'il propose d'admettre en non-valeur, au vu des justifications produites par le comptable, en raison, soit de l'insolvabilité des débiteurs, soit de la caducité des créances, soit de la disparition des débiteurs ;
- sur la portion qu'il propose de laisser à la charge du comptable. [...].

Lors de leur admission en non-valeur par l'ordonnateur [l]e compte 4152 enregistre à son débit, par le crédit du compte de restes à recouvrer intéressé, le montant des créances admises en non-valeur par l'ordonnateur. Il est alors crédité par le débit du compte 6541« Perte sur créances irrécouvrables – créances admises en non-valeur » du mandat de paiement correspondant émis par l'ordonnateur à l'appui de sa décision d'admission en non-valeur. Corrélativement, la dépréciation devenue sans objet est reprise par un débit de la subdivision intéressée du compte 49 « Dépréciations des comptes de tiers » par le crédit du compte 78174 « Reprises sur dépréciation des actifs circulants ».

Or, sur la période, l'ordonnateur n'a admis de créances en non-valeur que sur l'exercice 2016.

⁴³ M21, Tome 1, p.100-101

Tableau n° 29 : Débits sur le compte 6541

| 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018(*) |
|------|------|------|----------|------|---------|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 6 709,33 | 0,00 | 0,00 |

Source : HP Mauléon, comptes financiers, balance des comptes

(*) compte financier 2018 provisoire

L'ordonnateur a précisé qu' « à compter de l'année 2019, des admissions en non-valeur seront effectuées une fois par an, après analyse par l'ordonnateur des propositions du nouveau Trésorier de Pau (rencontre de travail ordonnateur-comptable, réunion de travail du 12 février 2019) ».

4.5 La fiabilité de la régie « prestations diverses » est entachée par l'absence de procès-verbal de vérification

Tableau n° 30 : Caractéristiques des régies

| Intitulé de la régie | Régie d'avance (A)/de recette (R) | Date de l'acte de création de la régie | Nom et prénom du régisseur actuel | Date de l'acte de nomination du régisseur actuel | Montant maximal d'encaisse autorisée | Montant total annuel des recettes collectées (dernier exercice connu) | Montant total annuel des dépenses effectuées (dernier exercice connu) | Date du dernier PV de vérification de la régie par les services de l'ordonnateur et/ou par le comptable |
|-------------------------------|-----------------------------------|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------|---|---|---|
| Prestations diverses | R | 15-02-1991 | Lucie ARHANCET | 02.01.2019 | 4 600 | 14 381 (en 2017) | Sans objet | Néant |
| Fonds et valeurs des hébergés | R | 02.01.2019 | Caroline MAZQUIARA | 02.01.2019 | 200 | | Sans objet | Néant |

Source : Chambre régionale des comptes selon réponses de l'ordonnateur aux questions 4.9 et 4.10

Les décisions de création des régies et de nomination des régisseurs sont conformes.

Par décision n° 13/2016 du 13 octobre 2016, la régie d'avances intitulée « argent de poche » a été supprimée, de même que la régie d'avance « frais de mission d'expédition » par décision n°15/2016 du 14 novembre 2016. Ces suppressions interviennent « à l'occasion du départ de sa titulaire ».

La régie « prestations diverses » n'a pas fait l'objet de vérifications. Or, si le contrôle des régies appartient au comptable public, il appartient également à l'ordonnateur d'assurer le contrôle de leur fonctionnement, selon les périodicités et modalités déterminées par lui. En effet, selon l'article R. 1617-17 du code général des collectivités locales applicable aux établissements publics de santé en vertu de l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique, et en application des dispositions de l'instruction codificatrice n°06-031-A-B-M du 21 avril 2006, les contrôles approfondis sur place des régies peuvent être effectués par le comptable, l'ordonnateur, par les autorités habilitées à contrôler le comptable et l'ordonnateur et par

l'Inspection générale des finances. Cette instruction a été complétée par une circulaire DGFIP n° 2013/05/11118 du 3 juin 2013 relative aux consignes actualisées des régies de recettes et/ou d'avances et par l'instruction DGFIP n° 2012/12/7596 du 28 janvier 2012 relative à la sécurisation des régies et des dépenses du secteur public local. Celles-ci prévoient un contrôle au moins tous les deux ans des régies « à risques » et au moins tous les six ans pour les autres régies.

En réponse, le directeur indique que le trésorier a effectué une vérification le 24 janvier 2010. La chambre régionale des comptes rappelle que l'obligation de contrôle est également une obligation de l'ordonnateur et constate par ailleurs qu'une copie du procès-verbal n'est pas jointe.

En 2019, la régie des fonds et valeurs des hébergés a été instituée. Or, la création de cette régie aurait dû intervenir dès que possible puisque la combinaison des articles R. 1113-1 et R. 1113-2 du CSP la rend obligatoire. En effet, l'article R. 1113-1 prévoit que « *Toute personne admise ou hébergée dans un établissement mentionné à l'article L. 1113-1 est invitée, lors de son entrée, à effectuer le dépôt des choses mobilières dont la nature justifie la détention durant son séjour dans l'établissement. [...]* » quand l'article R. 1113-2 précise que « *Dans les établissements dotés d'un comptable public, les dépôts s'effectuent entre les mains du comptable public ou d'un régisseur désigné à cet effet lorsqu'ils concernent des sommes d'argent, des titres et valeurs mobilières, des moyens de règlement ou des objets de valeur. [...]* ».

En conclusion, l'actif net comme le passif ne sont pas fiables. Les comptes du CH de Mauléon ne sont pas sincères au sens où ils ne donnent pas une image fidèle de sa situation comptable. En effet, l'actif est surévalué en raison d'une durée d'amortissements trop longue, déconnectée de la durée de vie des immobilisations sur lesquelles ils portent. Ils sont ainsi inférieurs à ce que préconise l'instruction comptable M21. Cette surévaluation est amplifiée par un non provisionnement des créances douteuses et par une trop faible admission en non-valeur.

Le passif est quant à lui sous-évalué du fait d'une absence quasi-systématique de dotations aux provisions, pourtant demandées par la M21.

Il en résulte que le résultat comptable, par ailleurs affecté par l'absence de comptabilisation d'une partie des charges de l'EHPAD, dégagé par le CH de Mauléon, ne signifie rien comptablement et budgétairement parlant, sinon que la réalité de sa situation économique a été masquée par ce non-respect continu des règles budgétaires et comptables applicables aux EPS.

Ces éléments affecteront l'analyse de la structure des financements stables du fonds de roulement.

Les corrections comptables proposées se traduiraient au bilan 2018 par une dégradation du résultat de l'exercice de -1 855 654,20 € et une détérioration du report à nouveau négatif de -900 942,55 €, étant précisé que, selon l'ordonnateur, l'écriture relative à la comptabilisation des charges de l'EHPAD avait été passée (cf. point 3.3.3).

Tableau n° 31 : Corrections en vue d'améliorer la fiabilité du bilan au 31 décembre 2018

| | Correction du résultat de l'exercice | Correction du report à nouveau négatif |
|---|---|---|
| <i>Charges non comptabilisées EHPAD</i> | -1 855 654,20 | |
| <i>Logement de fonction détruit non sorti de l'actif</i> | | -4 359,30 |
| <i>Dotations aux amortissements</i> | | -855 141,25 |
| <i>Dotations provision CET</i> | | -2 445,00 |
| <i>Dotations aux dépréciations des actifs circulants – créances</i> | | -38 997,00 |
| TOTAL | -1 855 654,20 | -900 942,55 |

Source : chambre régionale des comptes

Recommandation n°6 : Fiabiliser les comptes du centre hospitalier conformément aux règles budgétaires et comptables posées par l'instruction comptable M21 en :

- revoyant les durées d'amortissements ;
- provisionnant lorsque cela est requis, en incluant celle relative aux créances douteuses ;
- effectuant régulièrement des admissions en non-valeur.

5 UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE : UNE CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT EN FORTE BAISSSE QUI CONDUIT A UN FORT ENDETTEMENT

L'hôpital dispose, en plus de son budget principal (H), d'un budget annexe (EHPAD). Ce dernier représentant plus de 55,73 % des charges et des produits consolidés, il conviendra donc d'étudier la situation consolidée et par budget.

Le total des produits du compte de résultat consolidé a atteint plus de 11 M€ en 2018 soit une très légère baisse (-313 788 € ou 2,75 %) depuis 2013, inférieure à celle de l'inflation qui a été de 6,4 % sur la même période.

Ses produits sont composés des recettes d'assurance maladie, de l'aide sociale et des versements des patients. Les premières incluent la dotation pour l'activité de médecine, une dotation de financement des missions d'intérêt général et de la contractualisation, la dotation annuelle au financement pour l'activité de soins de suite et de réadaptation, le forfait global de soins pour l'EHPAD.

En application de l'article 2 du décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement, l'hôpital de Mauléon devenant un hôpital de proximité, sa dotation pour son activité de médecine est composée d'une dotation forfaitaire garantie (DFG) et d'un complément tarifaire. La dotation forfaitaire garantie se décompose en une part fixe égale à 80 % de ses recettes d'hospitalisation de 2015 et d'une dotation populationnelle et organisationnelle qui est fonction des quatre indicateurs des critères d'éligibilité au statut d'hôpital de proximité (part de la population âgée de plus de 75 ans, part de la population située

au-dessous du seuil de pauvreté, densité de la population, nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants).

Un diagnostic financier a été réalisé sur le premier semestre 2017 par le cabinet KMPG. Outre la rédaction d'un diagnostic de la situation financière et budgétaire, l'audit a consisté en l'analyse du contrôle interne au sein des cycles achats et personnel ainsi que celle des enregistrements comptables relatifs au projet de restructuration.

La première partie analyse la situation financière de 2012 à 2016. Des écritures de corrections sont proposées en matière d'amortissements, de subventions et de dotations attendues. La seconde partie porte sur le contrôle interne et avait pour ambition d'identifier les contrôles existants et d'émettre des recommandations en les hiérarchisant par niveau de priorité. Pour chaque item contrôlé, un tableau récapitule le constat, les risques, les recommandations et le niveau de priorité.

La situation financière apparaît très dégradée puisqu'en 2017 la capacité d'autofinancement nette est négative et l'endettement est élevé. Il convient de rappeler ici qu'un plan de retour à l'équilibre avait été présenté avant la période sous contrôle. En 2012, il s'était traduit par la suppression d'un poste d'aide médico-psychologique, de deux postes d'infirmiers diplômés d'Etat (IDE), de 2 aides-soignants et du renfort ASH sur l'USLD soit une économie de 274 000 euros en année pleine. En 2014, ce plan a conduit à la révision du prix des repas pour la vente à l'extérieur, à la révision du prix du linge, à l'adhésion à différents groupements d'achats, à la renégociation de contrats, et à la suppression d'un poste de nuit (2,52 ETP) et d'1,75 ETP d'ASH. Par courrier du 25 juin 2014, le DGARS a demandé au directeur de l'établissement de lui présenter un plan de redressement qui permettra de garantir un niveau de marge brute nécessaire à la soutenabilité du PGFP. A la question de savoir ce qui avait été fait en ce sens, l'actuel directeur délégué précise qu'il « *recherche actuellement les documents produits par la Direction à ce propos ainsi que les éventuelles réponses écrites de l'ARS* »⁴⁴, ce qui souligne *a contrario* le peu d'importance qui a été accordée à cette demande, et donc à la consolidation de la situation financière du CH.

5.1 Des états prévisionnels des recettes et des dépenses (EPRD) conformes et des plans globaux de financement pluriannuels (PGFP) non approuvés par l'ARS

5.1.1 Des EPRD conformes mais un EPRD 2019 transmis hors délai

En application de l'article L. 6145-1 du CSP, l'état des prévisions des recettes et des dépenses (EPRD) est établi, d'une part, en tenant compte des tarifs nationaux des prestations, de ceux des consultations et actes externes, de ceux des médicaments, produits et prestations, des forfaits annuels, de la dotation prévue à l'article L. 162-23-15 du même code, de la dotation de financement des activités d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, des prestations prévues aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 1424-42 du code général des collectivités territoriales et, le cas échéant, des dotations annuelles prévues aux articles L. 162-22-16, L. 162-23-3 et L. 174-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que de l'activité prévisionnelle de l'établissement et, d'autre part, en cohérence avec les objectifs et les

⁴⁴ Courriel du directeur délégué du 22 novembre 2019

orientations du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. L'état des prévisions de recettes et de dépenses donne lieu à révision du plan global de financement pluriannuel.

L'article R. 6145-6 du CSP précise que le directeur établit deux fois par exercice un état comparatif de l'activité, des recettes et des dépenses réalisées par rapport aux prévisions.

L'EPRD prévoit et autorise les recettes et les dépenses annuelles.

L'équipe de contrôle a examiné les EPRD 2013, 2014, 2015, 2016, 2017 et 2018.

Par courriel reçu le 3 avril 2019, l'ordonnateur indiquait le retard de production de l'EPRD 2019 : « *Nous travaillons actuellement sur l'EPRD-PGFP 2019 pour une proposition au plus tard au 15 juin 2019, délai convenu avec le Conseil Départemental et l'ARS compte tenu du contexte de l'établissement* ».

Chaque EPRD de la période a été approuvé par le directeur général de l'ARS.

5.1.2 Des refus d'approbation du PGFP dont les prévisions sont peu fiables

Selon l'article R. 6145-65 du code de la santé publique, « *le plan global de financement pluriannuel de l'établissement, fixé par le directeur, définit les orientations pluriannuelles des finances de l'établissement. Il retrace l'ensemble de ses dépenses et de ses recettes prévisionnelles pour une durée minimale de cinq ans glissants, tant en exploitation qu'en investissement, et présente l'évolution prévisionnelle de la marge brute, de la capacité d'autofinancement, du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie de l'établissement sur la période pour laquelle il est fixé. Le plan détermine notamment les dépenses prévisionnelles résultant de la réalisation de l'ensemble des opérations mentionnées au programme d'investissement prévu à l'article L. 6143-7 et leurs modalités de financement tant en investissement qu'en exploitation. Toutes les opérations appelées à figurer dans le programme d'investissement et les engagements hors bilan sont inscrits dans le plan global de financement pluriannuel de l'établissement* ».

L'article R. 6145-66 du même code prévoit que le plan est révisé annuellement et transmis au directeur général de l'ARS en vue de son approbation et précise que le plan est mis à jour en tant que de besoin au cours de l'exercice « *dès lors qu'une nouvelle opération est inscrite dans le programme d'investissement ou dès lors que les prévisions de recettes et de dépenses sont substantiellement modifiées* ». Les articles D. 6145-67, D. 6145-68 et D. 6145-69 fixent les modalités de son approbation par le directeur général de l'ARS et les motifs permettant à ce dernier de s'y opposer.

La chambre régionale des comptes constate un vrai problème de fiabilité dans la prévision budgétaire. En effet, sur chaque PGFP il y a un écart important entre les prévisions pour n+1 et le compte anticipé de ce même exercice. Ainsi, alors que le PGFP prévoyait pour 2015, 500 000 € d'opérations majeures, le compte anticipé 2015 les évalue à 744 090,89 € soit 48,82 % de plus que le montant planifié. De même, sur la période 2016-2019, le PGFP 2016 planifie un montant d'opérations majeures de 19 533 656,28 € soit beaucoup moins que la différence entre les prévisions du PGFP 2015 auxquelles on ôte le réalisé 2015 soit 51 614 780,61 €. Cette baisse est concentrée sur l'EHPAD (- 33 797 364,83 €). Concernant la fiabilité de cette prévision, le compte anticipé 2016 indique un montant de 492 837 € d'investissement soit 8,2 % de la prévision. Sur la période 2017-2019, le PGFP 2017 prévoit un total d'investissements de 575 000 € (100 % en 2017) sans distinguer entre opérations majeures et opérations courantes. Ainsi, ce montant est bien inférieur aux prévisions du PGFP 2015. Enfin, sur la période 2018-2019, le PGFP prévoit 5 163 654,00 € d'investissements

concentrés exclusivement en 2019, et sans distinguer entre opérations majeures et opérations courantes. Pour 2018, une explication a été fournie par l'ordonnateur par courriel reçu le 3 avril 2019, ce dernier précisant que « *Le fichier ANCRE EPRD-PGFP 2018 n'est pas validé sur la plateforme ; le PGFP n'a pas été complété en 2018 par l'attaché d'administration qui était en charge des finances avant son départ en mutation fin 2018* ».

Trois PGFP n'ont pas été approuvés par le directeur général de l'ARS (2014, 2015 et 2018) : pour les deux premiers, ce refus d'approbation s'appuie sur plusieurs constats : l'établissement se base sur un transfert de lits qui n'a fait l'objet d'aucune autorisation préalable et n'est donc assuré d'aucun financement, le glissement vieillesse technicité (GVT) prévisionnel est incompatible avec le taux d'évolution annuel de la dotation de financement, aucun recrutement en lien avec l'installation de 5 lits supplémentaires n'est prévu, les données relatives à l'amortissement et aux frais financiers en lien avec le projet d'investissement doivent être affinées. Pour 2018, le refus d'approbation s'appuie sur l'absence de sa présentation.

5.2 Un autofinancement net en forte baisse et négatif depuis 2017

L'analyse financière a pour objectif de mettre en évidence la capacité de l'établissement à garantir la couverture de ses engagements de très court terme et à assurer la pérennité sur le moyen et le long terme.

5.2.1 Une CAF brute consolidée qui baisse fortement

L'activité annuelle d'un établissement permet de dégager un résultat qui prend en compte l'ensemble des charges et l'ensemble des produits constatés au cours de l'exercice. Or certains produits et certaines charges n'ont pas d'effet sur la trésorerie : il s'agit de charges et de produits calculés (avec, principalement les dotations aux amortissements). Afin de connaître l'impact du résultat sur la trésorerie, il convient de neutraliser les charges et produits calculés⁴⁵, permettant ainsi un calcul de la CAF. Ainsi, afin de respecter la contrainte de pérennité, cette CAF, trésorerie potentielle générée par l'exploitation, doit permettre *a minima* de couvrir les remboursements d'emprunts.

En 2017, la CAF brute consolidée est positive (133 698 €) mais a subi une très forte dégradation de près de 72 %, depuis 2014.

Cette dégradation se poursuit en 2018 puisque l'autofinancement brut devient négatif (-212 109 €) soit une baisse de 136,56 % (792 305 €) depuis 2013.

⁴⁵ Hors donc dépenses et recettes réelles de fonctionnement.

Tableau n° 32 : Evolution de la capacité d'autofinancement brute consolidée en €

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 (*) | Evolution |
|--|-----------------|-----------------|----------------|-----------------|------------|------------------|----------------------------|
| <i>Produits courants consolidés (c/70 à 75) a)</i> | 11 039 199 | 10 635 787 | 10 758 696 | 10 499 442 | 10 839 619 | 11 080 822 | 41623 |
| <i>Total BP</i> | 4 819 395 | 4 852 797 | 4 696 539 | 4 561 380 | 4 837 216 | 5 172 001 | 352 606 |
| <i>Dont produits assurance maladie</i> | 2 308 707 | 2 308 634 | 2 313 748 | 2 407 687 | 2 419 106 | 2 630 145 | 321 438 |
| <i>Total BA</i> | 6 155 411 | 5 782 990 | 6 062 157 | 5 938 061 | 6 002 403 | 5 908 821 | -246 590 |
| <i>Dont produits assurance maladie</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Charges courantes consolidées (c/60 à 65) b)</i> | 11 284 621 | 10 419 252 | 10 427 636 | 10 042 059 | 10 672 571 | 11 160 186 | -124 435 |
| <i>Total BP</i> | 4 819 395 | 4 786 352 | 4 629 468 | 4 418 149 | 4 804 488 | 5 164 900 | 345 505 |
| <i>Dont charges de personnel</i> | 2 914 365 | 2 849 431 | 2 860 985 | 2 806 522 | 2 953 671 | 2 875 198 | -39 167 |
| <i>Total BA</i> | 5 575 355 | 5 632 901 | 5 798 168 | 5 623 910 | 5 868 083 | 5 995 286 | 419 931 |
| <i>Dont charges de personnel</i> | 3 199 892 | 3 230 441 | 3 288 390 | 3 321 873 | 3 409 391 | 3 539 517 | 339 625 |
| <i>Résultat financier consolidé (c/76 – c/66) c)</i> | -78 253 | -71 138 | -66 643 | -70 594 | -60 552 | -134 597 | -56 344 |
| <i>Résultat financier BP</i> | -14 585 | -10 017 | -8 070 | -14 414 | -7 073 | 0 | 14 585 |
| <i>Dont charges financières</i> | (14 585) | (10 017) | (8 070) | (14 414) | (7 073) | (0) | (14 585) |
| <i>Résultat financier BA</i> | -63 667 | -61 121 | -58 573 | -56 180 | -53 479 | -134 597 | -70 930 |
| <i>Résultat exceptionnel consolidé (c/77-c/67, hors 775,776, 777 et 675 et 676) d)</i> | 13 960 | 25 505 | 163 447 | -56 407 | 27 202 | 1 852 | -12 108 |
| <i>Résultat exceptionnel BP</i> | 8 817 | 18 188 | 7 926 | -66 284 | 21 907 | 2 268 | -6 549 |
| <i>Résultat exceptionnel BA</i> | 5 143 | 7 318 | 155 521 | 9 877 | 5 296 | -416 | -5 559 |
| <i>CAF brute consolidée (a-b+c+d)</i> | 580 196 | 170 902 | 427 864 | 330 382 | 133 698 | - 212 109 | -792 305 (-136,56%) |

Source : Hôpital de Mauléon-Soule, comptes financiers, Etat A3 (*) pour 2018, compte financier provisoire corrigé (les 1 855 654,2 € de charges de l'EHPAD non comptabilisées ont été réintégrées par la CRC).

Cette forte dégradation est principalement liée à une évolution plus faible des produits par rapport aux charges, notamment de personnel. La marge brute s'est fortement dégradée sur la période passant de 7,11 % des produits consolidés à une valeur négative alors même que les frais financiers ont fortement augmenté de 72 %.

Tableau n° 33 : De la marge brute à la CAF brute

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|---------|---------|---------|---------|---------|----------|
| <i>Marge brute d'exploitation</i> | 644 490 | 216 535 | 331 060 | 457 383 | 167 048 | -79 364 |
| <i>En % des produits courant de fonctionnement</i> | 7,11 | 2,49 | 3,08 | 4,36 | 1,54 | NEGATIF |
| <i>Frais financiers nets réels</i> | 78 253 | 71 138 | 66 643 | 70 594 | 60 552 | 134 597 |
| <i>+ résultat exceptionnel</i> | 13 960 | 25 505 | 163 447 | -56 407 | 27 202 | 1 852 |
| CAF BRUTE | 580 196 | 170 902 | 427 864 | 330 382 | 133 698 | -212 109 |

Source : ANAFI et comptes financiers

Cette évolution de la CAF brute doit être analysée par budget.

Tableau n° 34 : CAF de chaque budget

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | EVOLUTION |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <i>CAF brute consolidée</i> | 580 196 | 170 902 | 427 864 | 330 382 | 133 698 | -212 109 | -792 305 |
| <i>Produits courant budget H</i> | 4 883 787 | 4 852 797 | 4 696 539 | 4 561 380 | 4 837 216 | 5 172 001 | 288 214 |
| <i>Charges courantes budget H</i> | 4 819 395 | 4 786 352 | 4 629 468 | 4 418 149 | 4 804 488 | 5 164 900 | 345 505 |
| <i>Résultat financier budget H</i> | -14 585 | -10 017 | - 8 070 | -14 414 | -7 073 | 0 | 14 585 |
| <i>Résultat exceptionnel corrigé Budget H</i> | 8 817 | 18 188 | 7 926 | -66 284 | 21 907 | 2 268 | 11 085 |
| CAF BRUTE BUDGET H | 58 623 | 74 616 | 66 977 | 62 533 | 47 563 | 9 369 | -49 254 |
| | | | | | | | |
| <i>Produits courant budget E</i> | 6 155 411 | 5 782 990 | 6 062 157 | 5 938 061 | 6 002 403 | 5 908 821 | -246 590 |
| <i>Charges courantes budget E</i> | 5 575 35 | 5 632 901 | 5 798 168 | 5 623 910 | 5 868 083 | 5 995 286 | 419 931 |
| <i>Résultat financier budget E</i> | -63 667 | -61 121 | - 58 573 | -56 180 | -53 480 | -134 597 | -70 930 |
| <i>Résultat exceptionnel corrigé Budget E</i> | 5 143 | 7 318 | 155 521 | 9 877 | 5 296 | - 416 | -5 559 |
| CAF BRUTE Budget E | 521 573 | 96 286 | 358 917 | 267 849 | 86 136 | -221 478 | -743 051 |

Source : Hôpital de Mauléon-Soule, comptes financiers, Etat A3 pour 2018, compte financier provisoire corrigé (les 1 855 654,2 € de charges de l'EHPAD non comptabilisées ont été réintégrées par la CRC)

Ainsi la forte baisse de la CAF brute consolidée est plus liée à la dégradation de la CAF brute du budget annexe (-743 051 €) qu'à celle du budget principal (- 49 254 €), ce qui souligne la faiblesse de l'activité hospitalière proprement dite, l'essentiel des recettes d'activité provenant de l'EHPAD.

Cette forte dégradation de la CAF brute de l'EHPAD est la conséquence d'un accroissement des charges courantes (+ 419 931 €, soit 7,53 %) alors que les produits courants baissent (-246 590 soit 4,01 %). Cette détérioration de CAF brute couplée à une augmentation

de l'annuité en capital de la dette d'un montant quasi équivalent aboutit à une forte baisse de la CAF nette qui devient négative à compter de 2017.

Tableau n° 35 : Evolution de la CAF nette

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|---------------------------------------|---------|---------|---------|---------|----------|----------|-----------|
| <i>CAF BRUTE</i> | 580 196 | 170 903 | 427 865 | 330 382 | 133 698 | -212 109 | -792 305 |
| <i>Annuité en capital de la dette</i> | 211 880 | 214 309 | 218 223 | 222 867 | 578 066 | 221 987 | 10 107 |
| <i>CAF NETTE</i> | 368 316 | -43 406 | 209 642 | 107 515 | -444 368 | -434 096 | -802 412 |
| <i>Investissement</i> | 191 194 | 389 734 | 931 000 | 492 837 | | | |

Source : HL de Mauléon – comptes financiers pour 2018, compte financier provisoire corrigé (les 1 855 654,2 € de charges de l'EHPAD non comptabilisées ont été réintégrées par la CRC)

Ainsi, alors que la CAF nette finançait l'intégralité de l'investissement en 2013, certes à un niveau faible, elle ne participe plus à ce financement depuis 2017 puisqu'elle est négative.

5.2.2 Des charges consolidées contenues au prix d'une faible maintenance

5.2.2.1 Le budget principal

Tableau n° 36 : Evolution des charges du budget principal

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|---|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------------|
| <i>Achats stockés et autres approvisionnements</i> | 894 127 | 945 780 | 749 516 | 664 645 | 709 531 | 1 040 614 | 146 487 |
| <i>Achats non stockés</i> | 258 030 | 230 836 | 242 375 | 187 595 | 187 467 | 271 190 | 13 160 |
| <i>Services extérieurs et autres</i> | 488 001 | 509 838 | 491 286 | 496 006 | 697 200 | 727 878 | 239 877 |
| <i>Impôts et taxes sur rémunérations</i> | 267 134 | 268 477 | 259 986 | 261 194 | 258 497 | 260 225 | -6 909 |
| <i>Rémunérations et autres charges de personnel</i> | 2 042 448 | 2 053 755 | 2 060 327 | 1 989 669 | 2 099 619 | 2 096 403 | 53 955 |
| <i>Charges sociales</i> | 871 917 | 795 736 | 800 658 | 816 853 | 854 053 | 778 795 | -93 122 |
| <i>Charges courantes</i> | 4 816 657 | 4 804 422 | 4 604 148 | 4 415 962 | 4 806 367 | 5 164 900 | 348 243 |
| <i>Charges financières</i> | 14 585 | 10 017 | 8 070 | 14 414 | 7 073 | 0 | -14 585 |
| <i>Charges exceptionnelles</i> | 1 188 | 1 954 | 1 054 | 82 153 | 8 745 | 352 | -836 |
| TOTAL DES CHARGES | 4 832 430 | 4 816 393 | 4 613 272 | 4 512 529 | 4 822 185 | 5 210 826 | 378 396 (7,43 %) |

Source : HL Mauléon, comptes financiers

Les charges du budget principal ont cru de 7,43 % sur la période, suivant en cela le trend des dépenses de personnel qui en constituent à 43 % en moyenne annuelle. Il est constaté une forte augmentation des achats de services extérieurs qui se concentre sur l'exercice 2017.

Cette hausse globale des charges tient compte de la faiblesse des charges d'entretien, qui la ralentit en retour, mais au détriment du maintien en l'état de l'établissement.

Tableau n° 37 : Débits du compte 61522 « entretien et réparations sur biens immobiliers

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|------------|---------|---------|---------|---------|---------|
| <i>Débits 61522</i> | 49 710 | 11 618 | 6 791 | 0 | 9 315 | 9 143 |
| <i>Valeur brute immobilisations corporelles 2013*</i> | 8 564 904 | | | | | |
| <i>Valeur actualisée à 30 ans (taux de 2 % l'an)</i> | 15 514 138 | | | | | |
| <i>Dotations nécessaires 4,1 % de la valeur brute 2013 actualisée</i> | 636 080 | 636 080 | 636 080 | 636 080 | 636 080 | 636 080 |
| <i>Ecart</i> | 586 370 | 624 462 | 629 289 | 636 080 | 626 765 | 626 937 |

Source : comptes financiers et calculs CRC

* Une seule valeur sur laquelle s'applique le taux d'actualisation

Afin d'objectiver la faiblesse des travaux de maintenance, l'équipe de contrôle s'est livrée à un calcul de ce qu'aurait dû être ce montant, approximativement, en se basant sur la méthode décrite dans « Calcul du coût global : objectifs, méthodologie et principe d'application selon la norme ISO/DIS 15686-3 ». Dans la mesure où il s'agit de montrer qu'il y a eu manque de travaux, et qu'il y a pas d'homogénéité des dates d'entrée dans le patrimoine des diverses immobilisations, il a été décidé d'appliquer au montant brut annuel de l'actif immobilisé circonscrit aux constructions de l'exercice 2013, un taux d'actualisation de 2 % (taux moyen entre ceux préconisés par ce document) afin de calculer la valeur de remplacement de ces immobilisations, sur 30 ans, durée de vie de ces immobilisations selon l'instruction M21.

A cette valeur, a été appliqué un taux de 4,1 % afin de déterminer le coût annuel de la maintenance, qui peut être assimilé à un optimum, certes variable selon le type d'EPS. Il n'en demeure pas moins qu'il donne plus qu'une indication sur l'ampleur des charges de maintenance à financer. Ce résultat a été ensuite comparé au solde du compte 61522 « entretien et réparations sur biens immobiliers ». Sur la période, l'écart constaté avec cet optimum est très élevé, de l'ordre de plus de 3,7 M€, signifiant, même si ce niveau n'est pas celui à retenir en l'espèce, un manque flagrant d'entretien courant des biens immobiliers.

L'ordonnateur sans contester la faiblesse des dépenses d'entretien avance deux arguments : la présence d'une équipe technique et le gel des travaux d'entretien, en raison de projets de travaux de rénovation d'envergure depuis 2009. Ces deux arguments ne sauraient cependant expliquer ce niveau insuffisant de dépenses d'entretien.

5.2.2.2 L'évolution des charges de l'EHPAD

Tableau n° 38 : Evolution des charges de l'EHPAD

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------------------|
| <i>Achats stockés et autres approvisionnements</i> | 69 986 | 67 179 | 59 214 | 57 404 | 59 386 | 63 217 | -6 769 |
| <i>Achats non stockés</i> | 0 | 5 534 | 5 756 | 7 711 | 6 057 | 2 306 | 2 306 |
| <i>Services extérieurs et autres</i> | 1 999 869 | 2 019 768 | 2 136 823 | 1 913 663 | 2 091 856 | 2 081 904 | 82 035 |
| <i>Impôts et taxes sur rémunérations</i> | 305 597 | 309 978 | 307 995 | 317 792 | 301 393 | 308 341 | 2 744 |
| <i>Rémunérations et autres charges de personnel</i> | 2 209 982 | 2 277 881 | 2 331 557 | 2 388 712 | 2 399 895 | 2 478 324 | 268 342 |
| <i>Charges sociales</i> | 989 909 | 952 561 | 956 823 | 933 161 | 1 009 497 | 1 061 193 | 71 284 |
| <i>Charges courantes</i> | 5 575 343 | 5 632 901 | 5 798 168 | 5 618 443 | 5 868 084 | 6 327 973 | 752 630 |
| <i>Charges financières</i> | 63 667 | 61 121 | 58 573 | 56 180 | 53 480 | 134 597 | 70 830 |
| <i>Charges exceptionnelles</i> | 66 384 | 0 | 39 838 | 68 530 | 0 | 3 536 | -62 848 |
| TOTAL des charges | 5 705 394 | 5 694 022 | 5 896 579 | 5 743 153 | 5 921 564 | 6 466 106 | 760 712 (13,33 %) |

Source : HL Mauléon, comptes financiers corrigé de 1 855 654,2 € imputés en services extérieurs et autres

L'augmentation des charges courantes découle à 45,01 % de celle de la masse salariale. La variation globale des charges du budget E, jusqu'en 2017, a été plus rapide que celle de l'inflation, de 4,7 %. Elle s'explique par une croissance des rémunérations globales alors qu'au même moment les effectifs (en ETP) baissent, de manière drastique, comme le montrent les tableaux ci-après.

Tableau n° 39 : Evolution des effectifs de l'EHPAD (En ETP)

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| <i>Personnel médical*</i> | 1,00 | 1,00 | 1,25 | 1,25 | 1,10 | 0,20 | -0,8 |
| <i>Personnel non médical</i> | 72,05 | 70,75 | 66,80 | 59,90 | 54,30 | 49,40 | -22,65 |
| TOTAL | 73,05 | 71,75 | 68,05 | 61,15 | 55,40 | 49,60 | -23,45 |

Source : HL Mauléon, rapports d'activité.

*Hors médecins libéraux

La baisse des effectifs, soit plus d'un cinquième, est en partie subie puisque selon le directeur délégué il y aurait des difficultés de recrutement des aides-soignantes et 4 ou 5 postes vacants. Cette baisse est à mettre en relation avec les résultats des évaluations externes.

Tableau n° 40 : Evolution des dépenses de rémunération de l'EHPAD (En €)

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|----------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|----------------------|
| <i>Personnel médical</i> | | | | | | | |
| <i>Rémunération</i> | 29 182 | 28 685 | 43 250 | 41 092 | 21 494 | 33 296 | 4 114 (14,10 %) |
| <i>Personnel non médical</i> | 2 325 028 | 2 257 378 | 2 110 399 | 2 262 442 | 2 256 505 | 2 378 789 | 53 761 (2,31%) |
| <i>Rémunérations principales</i> | 1 695 799 | 1 683 038 | 1 561 959 | 1 713 767 | 1 724 940 | 1 818 266 | 122 467 (7,22 %) |
| <i>Rémunérations accessoires</i> | 629 229 | 574 340 | 548 440 | 548 675 | 531 565 | 560 523 | - 68,71 (10,92%) |
| TOTAL | 2 354 210 | 2 286 063 | 2 153 649 | 2 303 534 | 2 277 999 | 2 412 085 | 57 875 (2,46 %) |

Source : HL Mauléon, comptes financiers

La hausse des « rémunérations et autres dépenses de personnel » (+268 342 €) découle donc pour 21,57 % de celle des rémunérations (57 875 €), cette dernière étant liée principalement à l'augmentation des rémunérations principales du personnel non médical (+122 467 €).

De plus l'EHPAD n'a fait l'objet d'aucune dépense d'entretien et de réparation sur la période. Si l'on se base sur une dépense annuelle de 545 € par lit, la dépense sur la période aurait dû être de 506 850 €. Dans le cas où il n'y a pas de maintenance préventive, cela revient à attendre la défaillance, c'est-à-dire une maintenance corrective. De nombreuses études ont montré que les politiques de maintenance préventive (ou plutôt mixte) sont souvent les moins onéreuses sur le long terme. S'il est vrai que le CH avait un projet de nouvel EHPAD qui, dans un souci de bonne gestion, ne devait pas entraîner le financement de nouveaux investissements, pour autant, le défaut d'entretien courant que ces charges traduisent, ne peut être ignoré.

Ainsi, si sur la période, les charges du budget principal ont peu augmenté en moyenne annuelle, celles de l'EHPAD ont crû de 760 712 €, soit 13,33 %. Mais ces moyennes sont trompeuses en l'absence de charges de maintenance.

5.2.3 L'évolution des produits

5.2.3.1 Du budget principal

Tableau n° 41 : Evolution des produits du budget principal

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|-------------------------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------------|
| Vente de marchandises | 38 515 | 57 289 | 53 931 | 49 175 | 76 538 | 389 511 | 358 996 |
| Production vendue | 2 227 430 | 2 218 357 | 2 051 563 | 1 775 298 | 2 020 494 | 2 070 108 | -157 322 |
| Produits de l'activité hospitalière | 2 522 191 | 2 530 455 | 2 557 188 | 2 649 699 | 2 631 752 | 2 630 145 | 107 954 |
| Subventions d'exploitation | 0 | 0 | 0 | 4 991 | 5 000 | 8 242 | 8 242 |
| Autres produits de gestion courante | 95 651 | 46 695 | 33 857 | 82 217 | 103 433 | 82 237 | -13 414 |
| TOTAL Produits exploitation | 4 883 787 | 4 852 797 | 4 696 539 | 4 561 380 | 4 837 216 | 5 180 243 | 296 456 |
| Produits financiers | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Produits exceptionnels | 10 005 | 20 143 | 8 980 | 15 870 | 30 652 | 2 620 | -7 385 |
| TOTAL DES PRODUITS | 4 893 792 | 4 872 940 | 4 705 519 | 4 577 250 | 4 867 868 | 5 182 863 | 289 071 (+5,91 %) |

Source : CH Mauléon, comptes financiers

Les produits du budget principal ont augmenté sur la période (289 071 € soit 5,91 %) malgré une baisse significative de la production vendue (-7,06 %) compensée par une forte augmentation des rétrocessions de médicaments (+ 358 996 soit 932,09 %) et une augmentation des produits de l'activité hospitalière (107 954 soit 4,28 %).

Il faut noter deux évolutions en 2016 :

- en application de l'article 2 du décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement, l'hôpital de Mauléon devenant un hôpital de proximité, sa dotation pour son activité de médecine est composée d'une dotation forfaitaire garantie (DFG) et d'un complément tarifaire. La dotation forfaitaire garantie se décompose en une part fixe égale à 80 % de ses recettes d'hospitalisation de 2015 et d'une dotation populationnelle et organisationnelle qui est fonction des quatre indicateurs des critères d'éligibilité au statut d'hôpital de proximité (part de la population âgée de plus de 75 ans, part de la population située au-dessous du seuil de pauvreté, densité de la population, nombre de médecins généralistes pour 100 000 habitants).

- ensuite la tarification d'une chambre individuelle a été mise en place en 2016. Cela faisait partie du programme d'investissement car il n'y avait pas de subvention pour la partie hôpital. « Le tarif 2017 est relativement bas par rapport à ce qui se fait dans les cliniques, ceci à cause de la taille réduite des chambres et de l'absence de salle de bain individuelles. Ce tarif

est remboursé et agréé par les mutuelles. Mme Friot-Guichard considère ce tarif trop bas et souhaite qu'il soit retravaillé »⁴⁶

Il est souligné une perte de recette exceptionnelle potentielle en 2017 : en effet, le conseil de surveillance a approuvé la cession d'un terrain sur la parcelle nord au prix symbolique de 1 € alors que le service des domaines l'estimait à 73 000 €. Le procès-verbal de la séance du 11 octobre 2016 précise que « Madame Friot-Guichard répond que cette opération est raisonnable pour les deux parties et quand il y aura un contrôle de la chambre régionale des comptes, ils pourront justifier toutes les dépenses » d'entretien qu'auraient dû supporter l'hôpital s'il conservait cette parcelle.

Selon le directeur, la cession de cette parcelle permet à l'établissement de céder un bien pour lui inutilisable, et de proposer à la population, par l'intermédiaire de la communauté d'agglomération du Pays Basque un équipement complémentaire en matière d'offre de soins.

5.2.3.2 Les produits du budget de l'EHPAD

Tableau n° 42 : Evolution des produits du budget EHPAD

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | Evolution |
|-------------------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|
| Vente de marchandises | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Production vendue | 2 134 | 1 293 | 1 037 | 776 | 692 | 846 | -1 288 |
| Produits de l'activité | 6 132 435 | 5 960 754 | 6 036 270 | 5 910 199 | 5 961 672 | 5 893 574 | -238 861 |
| Subventions d'exploitation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres produits de gestion courante | 20 842 | 20 744 | 24 850 | 27 087 | 40 039 | 14 401 | -6 441 |
| TOTAL Produits exploitation | 6 155 411 | 5 782 990 | 6 062 157 | 5 938 061 | 6 002 403 | 5 908 820 | -246 591 |
| Produits financiers | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | | |
| Produits exceptionnels | 11 527 | 7 318 | 195 361 | 78 406 | 125 296 | 3 120 | -8 407 |
| | | | | | | | |
| TOTAL DES PRODUITS | 6 166 938 | 5 790 307 | 6 257 518 | 6 016 468 | 6 127 698 | 5 911 940 | -254 998 (-4,13 %) |

Source : HL Mauléon, comptes financiers 4,13

Sur la période, les produits de l'EHPAD sont en baisse (- 254 998 € soit 4,13 %) et en baisse régulière depuis 2015, à - 5,5 %. Ils sont logiquement constitués quasi exclusivement des produits de l'activité (à 99,7 % en 2018). La baisse de 2018 s'explique par la fermeture temporaire de lits et d'une baisse du tarif journalier d'hébergement. Cette baisse du tarif journalier (de 52,30 € en juillet 2017 à 49,35 € en juillet 2018) résulte de l'absence d'envoi de l'EPRD 2018 au conseil départemental, ce dernier ayant alors fixé un tarif par défaut. Ce qui interroge sur la gestion des ressources, donc sur la gouvernance dans la mesure où le CH a dû, en 2019, revoir à la baisse le tarif d'abord proposé à 55,71 €, devant la fronde des résidents, la

⁴⁶ Procès-verbal, Conseil de Surveillance, 11 octobre 2016.

hausse représentant tout de même 6,36 € soit 12,89 %. Le tarif en vigueur est donc de 52,90 € au 1er juillet 2019.

Ainsi, sur la période, alors que les produits du budget principal ont augmenté ((289 071 € soit 5,91 %), ceux de l'EHPAD sont en baisse (- 254 998 €, soit 4,13 %). La dynamique de croissance des produits provient d'abord du budget principal (budget H), alors qu'il représente moins de 50 % des produits totaux.

5.3 Un bilan financier en trompe-l'œil

5.3.1 Un fonds de roulement élevé mais lié à un fort endettement

Le fonds de roulement net global (FRNG) correspond à la différence entre les ressources stables (dotations, subventions, emprunts, amortissements, réserves, reports à nouveau et provisions) qui constituent le passif, et les emplois stables du bilan que sont les immobilisations. S'il est négatif cela signifie que les immobilisations ont été financées en partie avec des financements de court terme, s'il est positif et supérieur au besoin en fonds de roulement, cela signifie que non seulement les financements stables ont permis de financer l'investissement mais également les besoins de financement lié au décalage entre le délai de recouvrement des créances et celui de paiement des créanciers.

Tableau n° 43 : Formation du fonds de roulement

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | evolution 2013-2017 | evolution 2013-2018 |
|---|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------------------------|------------------------|
| Immobilisations incorporelles, c | 404 835 | 699 429 | 1 449 852 | 1 925 704 | 2 156 252 | 2 538 515 | 432,62 | 527,05 |
| Immobilisations corporelles c/2 | 10 565 354 | 10 660 494 | 10 741 429 | 10 758 415 | 10 963 668 | 11 020 829 | 3,77 | 4,31 |
| Immobilisations en cours, c/23 | 51 150 | 51 150 | 51 150 | 51 150 | 70 234 | 1 512 218 | 37,31 | 2 856,46 |
| Participations et créances rattachées | - | - | - | - | - | - | #DIV/0! | #DIV/0! |
| Autres immobilisations financières | 2 587 | 2 587 | 2 587 | 2 587 | 2 587 | 2 587 | 0,00 | 0,00 |
| Créance dite article 58 | 202 620 | 202 620 | 202 620 | 202 620 | 202 620 | 202 620 | - 0,00 | - 0,00 |
| Créance de la sectorisation psychiatrique c/41661 | - | - | - | - | - | - | #DIV/0! | #DIV/0! |
| Total des emplois | 11 226 546 | 11 616 280 | 12 447 638 | 12 940 475 | 13 395 361 | 15 276 768 | 19,32 | 36,08 |
| Apports, c/102 | 858 881 | 858 881 | 858 881 | 858 881 | 858 881 | 858 881 | 0,00 | 0,00 |
| Excédents affectés à l'investissement | 1 535 405 | 1 535 405 | 1 535 405 | 1 535 405 | 1 535 405 | 1 535 405 | 0,00 | 0,00 |
| Subventions d'investissement c/103 | 1 868 388 | 1 868 387 | 1 868 386 | 2 198 386 | 2 078 386 | 2 078 386 | 11,24 | 11,24 |
| Emprunts c/16 sauf c/166, c/167 | 2 071 519 | 1 857 210 | 2 165 625 | 2 513 996 | 7 689 466 | 14 249 141 | 271,20 | 587,86 |
| Amortissements des immobilisations | 5 246 785 | 5 614 758 | 6 029 389 | 6 447 318 | 6 788 343 | 7 153 840 | 29,38 | 36,35 |
| Réserve de trésorerie C/10685 | 147 930 | 147 930 | 147 930 | 147 930 | 147 930 | 147 930 | 0,00 | 0,00 |
| Réserve de compensation c/107 | - | - | - | - | - | - | #DIV/0! | #DIV/0! |
| Réserve de compensation de c/108 | - | - | - | - | - | - | #DIV/0! | #DIV/0! |
| Report à nouveau c/110 et c/111 | 296 675 | 520 565 | 717 634 | 704 399 | 791 946 | 936 004 | 166,94 | 215,50 |
| Résultat de l'exercice | 223 890 | 197 069 | 13 235 | 87 547 | 144 059 | 582 130 | 35,66 | 160,01 |
| Provisions réglementées c/14 | - | - | - | - | - | - | #DIV/0! | #DIV/0! |
| Provisions pour risques et charges | 453 862 | 453 862 | 453 862 | 453 862 | 453 862 | 453 862 | 0,00 | 0,00 |
| Dépréciations des stocks, c/109 | 300 072 | 300 072 | 300 072 | 300 072 | 300 072 | 300 072 | 0,00 | 0,00 |
| Total des ressources | 11 962 275 | 11 918 869 | 12 655 149 | 13 663 901 | 18 916 340 | 25 259 383 | 58,13 | 111,16 |
| fonds de roulement | 735 729 | 302 589 | 207 511 | 723 426 | 5 520 979 | 9 982 615 | 650,41 | 1 256,83 |

(*) pour 2018, le calcul a été effectué à partir du compte financier provisoire, en corrigeant le résultat de l'exercice par intégration des 1 855 654,92 € de charges de l'EHPAD non prises en compte

Source : comptes financiers, calcul de la CRC

En 2017, le fonds de roulement net global est fortement positif, ainsi les financements stables sont-ils suffisants pour permettre les investissements, mais cela est lié à la forte augmentation de l'endettement. En effet, il y a eu mobilisation d'un emprunt avant le début des travaux qu'il finançait, car selon l'ordonnateur, c'était le dernier jour pour pouvoir mobiliser cet emprunt. Cette tendance se confirme puisqu'en 2018 le fonds de roulement s'accroît de 4 461 686 €, conséquence d'une progression de l'endettement (6 559 675 €) nettement supérieure à celle des immobilisations (1 881 408 €).

Le FRNG est plus fragile qu'il n'y paraît si l'on ne se fie pas qu'à sa valeur absolue. En effet, alors que le total des emplois s'accroît de 36,08 % sur la période, l'endettement explose de 588 %, masquant ainsi la récurrence des résultats négatifs, qui s'amplifient, et un report à nouveau qui plonge. Le remboursement du capital de la dette est donc financé par la mobilisation des emprunts en 2017 et 2018.

Cette analyse doit tenir compte de l'absence de fiabilité des dotations aux amortissements et aux provisions signalée au paragraphe 431. En effet, si elle ne modifie pas le montant du fonds de roulement, la correction de ce sous-amortissement conduit à modifier la structure des financements en accroissant la part du report à nouveau négatif et celle des amortissements. Ainsi, la vétusté des immobilisations est accrue alors qu'elle apparaissait déjà élevée. De même, la correction des provisions conduirait à accroître la part des provisions dans les financements mais également celle du report à nouveau négatif.

La nette augmentation des immobilisations incorporelles à partir de 2016 résulte des frais d'études liés au projet de reconstruction de l'EHPAD.

Tableau n° 44 : L'endettement

| <i>Endettement</i> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| <i>Emprunts et dettes assimilées (en k€)</i> | 2 072 | 1 857 | 2 139 | 2 416 | 7 568 | 14 249 |
| <i>Encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues (en %)</i> | 18,16 | 16,48 | 19,51 | 22,81 | 68,83 | 128,43 |
| <i>Durée apparente de la dette (en années)</i> | 3,6 | 10,9 | 5,1 | 7,6 | 56,61 | ND |
| <i>Indépendance financière (en %)</i> | 32,3 | 30,9 | 34,2 | 36,3 | 65,0 | 287,39 |

Source : diagnostic financier KMPG et calcul de la CRC

L'encours de la dette s'élève à 14 249 K€ au 31 décembre 2018 soit une augmentation de 588 % depuis 2013 dont 88,28 % en 2018. La Caisse des dépôts et consignations est le principal prêteur (65 %).

L'établissement sera donc obligé de demander l'autorisation avant tout nouvel emprunt en application de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique puisque son ratio d'indépendance financière est supérieur à 50 %, la durée apparente de sa dette excède 10 ans, et l'encours de sa dette rapporté au total de ses produits toutes activités confondues excède 30 %.

Ce fort recours à l'emprunt résulte de la faible capacité d'autofinancement.

L'importance du FRNG découle également de la faiblesse de l'effort d'investissement. Ce dernier peut s'apprécier à travers l'évolution du taux de vétusté.

Tableau n° 45 : L'effort d'investissement

| <i>Investissement</i> | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|--|-------|------|------|------|-------|-------|
| <i>Taux de vétusté des équipements (1)</i> | 86,5 | 87,8 | 87,7 | 90,6 | 90,76 | 93,19 |
| <i>Taux de vétusté des bâtiments (2)</i> | 43,22 | 46,2 | 49,4 | 52,6 | 54,94 | 54,71 |

Source : diagnostic financier KPMG, p.6

(1) 100* amortissements cumulés sur les équipements / valeur brute des équipements

(2) 100* amortissements cumulés sur les bâtiments / valeur brute des bâtiments

Ainsi, sur la période, l'effort d'investissement n'a pas permis de diminuer ou de stabiliser le taux de vétusté des équipements (=amortissements/total immobilisations) qui s'est dégradé de 6,69 points ni celui des constructions qui s'est dégradé de 11,49 points. Ces taux de vétusté apparaissent d'autant plus élevés qu'ils sont sous-estimés du fait des durées d'amortissement trop longues.

Il faut mettre en regard de ce taux les montants des investissements réalisés sur la période, plutôt faibles. Cela s'explique par une situation financière tendue mais également par la perspective de la construction d'un nouvel équipement en lieu et place de vieux bâtiments promis à la démolition.

5.3.2 Un besoin de fonds de roulement faible du fait de la hausse des délais de paiement des fournisseurs

Sur la période 2013-2017, le besoin en fonds de roulement a baissé de - 280 794 € soit 99,9 %. Le besoin en fonds de roulement (BFR) correspond au besoin de financement engendré par l'activité de l'établissement c'est-à-dire au décalage entre l'encaissement des créances et le paiement des dettes d'exploitation, il est donc égal au surplus de l'actif circulant (créances et stocks) sur le passif circulant. L'actif circulant correspond aux besoins immédiats qu'il est nécessaire de financer pour alimenter le cycle d'exploitation alors que le passif circulant correspond aux dettes envers les fournisseurs.

Tableau n° 46 : Formation du besoin en fonds de roulement (en €)

| | 2 013 | 2 014 | 2 015 | 2 016 | 2 017 | 2018 |
|--|----------------|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| Stocks c3 | 84 056 | 104 198 | 85 624 | 91 070 | 94941 | 106 438 |
| Hospitalisés et consultants c4111 et 4161 | 298 128 | 386 631 | 510 505 | 545 444 | 582 572 | 587 827 |
| Caisse de sécurité sociales c 4112, c 4113, c 4162, c 4163 HORS ART 58 | 91 157 | 76 956 | 77 127 | 2 407 687 | 271 204 | 3 149 124 |
| Départements c 4114, c 4164 | 304 787 | 301 048 | 371 758 | 564 757 | 661 303 | 585 682 |
| Mutuelles et autres tiers payants c 4115, c 4165 | 88 732 | 149 753 | 104 562 | 80 031 | 123 661 | 75 884 |
| Autres créances c 4118 et c 4168, 467,468 sd | 42 856 | 147 872 | 50 347 | 148 581 | 234 611 | 443 653 |
| Dépenses à classer c 472 | 3 | 3 | 3 | 1 891 | 245 | 1 185 |
| TOTAL CREANCES | 909 719 | 1 166 461 | 1 199 926 | 3 951 098 | 1 968 536 | 4 949 492 |
| Dettes fournisseurs et comptes rattachés , c401+cd4081 | 255 606 | 250 369 | 214 634 | 325 384 | 700 200 | 695 783 |
| Dettes fiscales et sociales c42,c43,c44 sauf 4433 | 236 438 | 243 214 | 271 698 | 322 450 | 369 460 | 328 008 |
| Avances reçues c4191 | - | - | 111 316 | 433 818 | 556 572 | 249 747 |
| Dettes sur immobilisations et autres comptes rattachés c 404 | 6 298 | 32 895 | 6 298 | 6 447 | 7 273 | 6 298 |
| Autres dettes solde créateur 466 à 468 | 122 595 | 147 761 | 97 602 | 93 409 | 13 595 | 3 579 |
| Recettes à classer c471 | 7 270 | 5 200 | 56 704 | 2 691 721 | 288 313 | 3 209 931 |
| TOTAL DETTES | 628 207 | 679 439 | 758 252 | 3 873 229 | 1 967 918 | 4 493 346 |
| Besoin en fonds de roulement | 281 512 | 487 022 | 441 674 | 77 869 | 718 | 456 146 |

Source : comptes financiers, calcul de la CRC

Sur la période 2013-2017, l'évolution de BFR résulte d'une hausse des créances (1 058 817 €) inférieure à celle des dettes (1 339 711 €) ce qui traduit une baisse du délai de recouvrement et une hausse du délai de règlement des fournisseurs. Or, ce dernier a plus que triplé sur la période pour atteindre 63,71 jours en 2017. Même s'il diminue en 2018, il reste supérieur à la norme de 50 jours en application du décret n° 2018-1075 du 3 décembre 2018 codifié à l'article R. 2192-11 du code de la commande publique.

Tableau n° 47 : Délai de règlement des fournisseurs et délai de recouvrement des créances

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 |
|---|-------|-------|-------|--------|-------|--------|
| <i>Délai règlement fournisseurs Solde cpt 40*365 /Débits 40</i> | 25,29 | 24,69 | 17,34 | 27,52 | 63,71 | 53,00 |
| <i>Délai de recouvrement des créances Solde cpt 41*365/débits41</i> | 64,95 | 72,13 | 64,64 | 190,44 | 47,10 | 181,36 |

Source : balance des comptes et calculs de la CRC

En 2018, le BFR retrouve son niveau des années 2014-2016, les créances augmentant (2 980 956 €) plus que les dettes (2 525 528 €) en particulier du fait de la hausse des créances sur les caisses de sécurité sociale. Il faut souligner la très forte hausse des « recettes à classer » (recettes perçues avant émission du titre, trop perçu) et le quadruplement du délai de recouvrement. Vraisemblablement, comme en 2016, l'essentiel de ces recettes à classer est dû à des « encaissements avant émission de titre », liés aux avances mensuelles de dotations versées par la CPAM.

Cette forte hausse du délai global de paiement signifie que le CH de Mauléon finance le délai de recouvrement de ses créances par un non-paiement de ses fournisseurs. Cette situation, paradoxale, puisque le CH a mobilisé ses emprunts, montre en réalité un décalage entre le cycle « fournisseur » et ses besoins en trésorerie.

5.3.3 Une trésorerie fortement positive en 2018

Garantir la couverture de ses engagements à très court terme signifie que l'établissement doit être capable de garantir la paie de ses agents, le règlement de ses fournisseurs, et de solder d'éventuelles lignes de trésorerie.

La trésorerie est la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement. Une trésorerie nette positive résulte donc de la couverture du besoin de fonds de roulement (BFR) par le fonds de roulement.

Tableau n° 48 : Trésorerie (en €)

| | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 (*) |
|--|---------|-----------|-----------|---------|-----------|-----------|
| <i>FRNG</i> | 735 729 | 302 589 | 207 511 | 723 426 | 5 520 978 | 9 982 615 |
| <i>BFR</i> | 281 512 | 487 022 | 441 674 | 480 595 | 718 | 456 146 |
| <i>Trésorerie</i> | 454 226 | - 184 427 | - 234 163 | 242 830 | 5 520 093 | 9 526 377 |
| <i>Trésorerie en jours de charges d'exploitation</i> | 14,8 | 0 | 0 | 8,47 | 17,15 | 382 |

(*) le fonds de roulement a été calculé en déduisant du résultat le montant de 1 855 654,92€ qui, par erreur, n'apparaît pas dans les charges de l'EHPAD

Source : comptes financiers et calculs de la CRC

Après s'être fortement dégradée entre 2013 et 2014, depuis 2017, la trésorerie retrouve un niveau élevé. Mais, il faut souligner que ce résultat n'est obtenu que par un accroissement important du niveau d'endettement. L'établissement a eu recours à un crédit relais de 500 000 € en 2016 et 2017 pour les frais liés aux études. L'établissement n'a pas mis en place de gestion de la trésorerie mais il indique que « *compte tenu de l'avancée des travaux et des décaissements prévus, un tableau de bord de prévision et de gestion de trésorerie va être mis en place à compter de septembre 2019 ; il s'inspirera de ce qui existe déjà au CH d'Oloron* ».

Ainsi, à part en 2017 où son montant est artificiellement élevé, la trésorerie est toujours significativement inférieure à 29 jours de charges d'exploitation, seuil fixé dans le modèle de rapport budgétaire et financier qui constitue une annexe obligatoire de l'EPRD (art. R. 314-223 du code de l'action sociale et des familles).

Cette évolution semble se confirmer en 2018, la trésorerie augmentant de 72,58 % pour atteindre 382 jours de charges, du fait d'un accroissement du fonds de roulement de 78,26 % ; ainsi l'augmentation de la trésorerie (4 006 284 €) découle-t-elle de celle du fonds de roulement (+ 4 461 637 €).

ANNEXES

ANNEXE A

L'offre de soins en établissement du territoire de santé

| <i>Discipline</i> | <i>Établissement</i> |
|--|---|
| <i>Médecine</i> | 1-CH de Pau 2-Polyclinique Mazet (Pau) 3-Clinique Diabeto-endocrini-nutrition Princess 4- Polyclinique de Navarre (Pau) 5-Clinique cardiologique d'Aressy (SNECCA) 6-CH Oloron 7-CH Orthez 8- CH Mauléon |
| <i>Chirurgie</i> | 1-CH de Pau 2- Polyclinique Marzet 3- Polyclinique de Navarre (Pau) 4- Clinique d'Orthez 5- CH d'Orthez (chirurgie gynécologique) 6- CH Oloron-Sainte-Marie |
| <i>Périnatalité</i> | 1-CH Pau - niveau III (R) 2- Polyclinique de Navarre - niveau I 3-CH Orthez - niveau I 4-CH Oloron – niveau I |
| <i>Psychiatrie</i> | HC adultes : 3 implantations : 1 CH des Pyrénées (Pau) 2 Clinique Beau Site (Gan) 3 Clinique du château Prévillé HJ adultes : 7 implantations : CH des Pyrénées : Pau (2 implantations : CH et site Jean Mermoz), Orthez, Oloron, Billere, Mourenx, Clinique Beausite : Gan. HN adultes : 1 implantation : CH des Pyrénées (Pau) HC infanto-juvénile : 2 implantations : CH des Pyrénées (Pau), CH des Pyrénées à Jurançon (Centre Régional de prise en charge des troubles des conduites alimentaires avec scolarisation (R) Hospitalisation à temps partiel Infanto-juvénile : 7 implantations : CH des Pyrénées : Pau, Orthez, Oloron, Nay, Jurançon (MontVert) Clinique Beausite : Gan Conduites addictives Unité de sevrage complexe : 1 implantation : CH Pau |
| <i>Soins de suite et de réadaptation</i> | 13 implantations (9HC, 4 HC/HJ) dont : - 6 SSR adultes non spécialisés - 1 MECS non spécialisée - 1 SSR enfant spécialisé |
| <i>Soins de longue durée</i> | 1-Long-séjour CH Orthez 2-long séjour CH Oloron-Sainte-marie |

| <i>Discipline</i> | <i>Etablissement</i> |
|-----------------------------------|---|
| | 3-Long séjour CH Pau 4-Long séjour CH Pontac |
| <i>Médecine d'urgence</i> | SAMU - centre 15 : CH de Pau 3 SMUR terrestres : CH de Pau, CH d'Oloron-Sainte-Marie, CH d'Orthez 4 Structures des urgences : CH de Pau, Polyclinique Marzet (Pau), CH d'Oloron-Sainte-Marie, CH d'Orthez |
| <i>Traitement du cancer</i> | 1-Polyclinique Marzet (Pau) 2-Polyclinique de Navarre (Pau) 3-CH Pau 4-Clinique Labat (Orthez) 5-CH Oloron-sainte-marie |
| <i>Soins palliatifs</i> | 20 LISP MCO : CH Oloron (3), CI Marzet (10), CH Pau (7) 2 LISP SSR (Le Nid Béarnais) |
| <i>Hospitalisation à domicile</i> | 1- CH de Pau 2- CH d'Orthez, 3- HAD du Haut Béarn et de Soule |
| <i>Soins gériatriques</i> | -1 réseau de santé gérontologique -1 équipe mobile -3 consultations externes de gériatrie -1 hôpital de jour de médecine gériatrique -2 services de court séjour gériatrique -3 SSR gériatrique -1 équipe mobile de géronto-psychiatrie -1 hôpital de jour de géronto-psychiatrie -1 service de géronto-psychiatrie -4 consultations mémoire |
| <i>Permanence des soins</i> | 1-CH Pau 2 - Polyclinique Marzet (Pau) 3 - CH d'Oloron Sainte-Marie 4 - CH d'Orthez 5- Clinique d'Orthez 6- Clinique Cardiologique d'Aressy – 7-Polyclinique De Navarre (Pau) |

Source : SROS, PRS Aquitaine, 2012-2016

ANNEXE B

Orientation stratégiques n°1 : METTRE AUX NORMES SECURITE L'HOPITAL LOCAL ET ADAPTER SON ARCHITECTURE AUX ACTIVITES DEVELOPPEES

| <i>OBJECTIFS OPERATIONNELS</i> | <i>PLAN D' ACTIONS</i> | <i>ECHEANCE</i> | <i>Plan de financement prévisionnel</i> |
|--|--|------------------|--|
| <i>Mettre l'établissement en conformité avec les normes de sécurité</i> | | | -Financement de l'étude de faisabilité par autofinancement |
| <i>Mettre l'établissement en conformité avec les normes de « confort » exigibles en établissement de santé</i> | -étude de faisabilité et plan directeur -Programme et concours d'architecte | 2009 2010 | Le montant global estimé s'élève à 16 523 970 € dont 6 063 900 € pour l'hôpital et 10 460 070 € pour l'EHPAD |
| <i>Permettre un dimensionnement de la structure pouvant accueillir le développement de ses activités (soins palliatifs, identification d'un service de médecine)</i> | -travaux | -2012 à ... | Les dépenses d'investissement seront financées par la DAC et des crédits fléchés « hôpitaux locaux » Les dépenses de fonctionnement seront financées par la dotation annuelle de financement et par des recettes supplémentaires (sous-traitance d'activités logistiques) |

Source : Hôpital local de Mauléon, Projet d'établissement 2012-2017, p.18

ANNEXE B1 : Les autres coopérations

| Descriptif | Partenaire(s) | Durée |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Mise en place d'une PASS | CH Oloron | Présence mensuelle |
| Assistante sociale partagée | Maison Antoine de Tardets | 1 an renouvelable |
| Prise en charge par le CMP de Mauléon avec une présence du psychiatre sur site si nécessaire, au minimum une fois par mois | CH des Pyrénées | 1 an renouvelable |
| Prêt d'un véhicule de l'hôpital pour les familles ayant des PMR, les week-end et jours fériés ; emploi d'une personne handicapée | Association Algarrekin Bizi | 1 an renouvelable |
| Prise en charge de la fin de vie ; adhésion au réseau de soins palliatifs ; médecin et IDE titulaires d'un DU soins palliatifs en interne | Réseau soins palliatifs | Membre du CA de l'association |
| Faciliter la sortie et mutualiser les fonctions support | SSIAD | 1 an renouvelable |
| Faciliter les liens sociaux, rester en éveil | Association VMEH | 1 an renouvelable |
| Faciliter la prise en charge des urgences | Réseau urgences | 5 ans renouvelables |
| Coordination avec les médecins traitants | Médecins traitants | 5 ans |
| Permanence pharmaceutique | CH de St Palais | 2016 |
| Faciliter la prise en charge en aval, à l'EHPAD et fournir les dispositifs médicaux | HAD | 1 an renouvelable |
| Actions d'évaluation gériatrique | Pôle santé Batasuna | |

Source : Rapport d'efficience, P.23-24

ANNEXE C

Evolution du poids moyen du cas traité

| | Nombre de séjour 2017 | Evolution du nombre de séjour | Valorisation économique en 2017 en k€ | Evolution 2015/2017 | Valeur économique moyen par séjour (PMCT) (2017) | Evolution |
|---|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--|-----------|
| <i>D01- Digestif</i> | 6 | 100 | 21,88 | 107,79 | 3647 | 3,87 |
| <i>D02-Orthopédie-traumatologie</i> | 8 | 100 | 31,06 | 132,31 | 3 882 | 16,16 |
| <i>D-04- Rhumatologie</i> | 5 | -28,57 | 21,48 | -19,52 | 4 297 | 12,69 |
| <i>D05- Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)</i> | 18 | 5,88 | 69,2 | 16,85 | 3 844 | 10,33 |
| <i>D07-Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostics et interventionnels)</i> | 17 | 88,89 | 56,13 | 119,33 | 3 302 | 16,1 |
| <i>D09 Pneumologie</i> | 18 | -40 | 62,54 | -52,13 | 3 475 | -20,21 |
| <i>D10 ORL Stomatologie</i> | 2 | 100 | 3,5 | 19,86 | 1 749 | -40,06 |
| <i>D11 Ophtalmologie</i> | 0 | -100 | 0 | -1000 | 0 | -100 |
| <i>D15 Uro-néphrologie et génital</i> | 5 | 66,67 | 8,25 | -21,80 | 1 649 | -53,11 |
| <i>D16 Hématologie</i> | 2 | - | 8,54 | - | 4 269 | |
| <i>D18 Maladies infectieuses dont VIH</i> | 6 | 200 | 35,01 | 371,2 | 5 835 | 57,07 |
| <i>D19 Endocrinologie</i> | 40 | -33,33 | 13,88 | -47,41 | 3 471 | -21,04 |
| <i>D20 Tissu cutané et tissu sous cutané</i> | 3 | 0 | 10,07 | -38,11 | 3 558 | -34,4 |

| | Nombre de séjour 2017 | Evolution du nombre de séjour | Valorisation économique en 2017 en k€ | Evolution 2015/2017 | Valeur économique moyen par séjour (PMCT) (2017) | Evolution |
|---|-----------------------|-------------------------------|---------------------------------------|---------------------|--|-----------|
| <i>D21 Brûlures</i> | 3 | - | 40,65 | - | 13 550 | - |
| <i>D22- Psychiatrie</i> | 24 | 4,17 | 99,29 | 1,18 | 4 137 | -3,02 |
| <i>D23 Toxicologie, intoxications, alcool</i> | 2 | - | 18,41 | - | 9 207 | - |
| <i>D24 Douleurs chroniques, soins palliatifs</i> | 13 | -38,1 | 62,65 | -352,32 | 4 819 | 4,62 |
| <i>D28 Activités inter-spécialités, suivi thérapeutiques d'affections connues</i> | 9 | -55 | 27,3 | -50 | 3 033 | 11,1 |
| TOTAL | 145 | -3,33 | 589,85 | 1,6054 | 4 068 | 5,12 |

Source : SCANSANTE 2015 et 2017

ANNEXE D

Évolution du tarif et du nombre de séjours par domaine d'activité

| <i>Domaine d'activité</i> | Évolution du tarif moyen par séjour 2013-2018 | Évolution du nombre de séjours 2013-2018 | Nombre de séjours en 2018 | Situation du domaine |
|---|---|--|---------------------------|----------------------|
| <i>Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues</i> | 32,40 | -14,29 | 12 | DEF 2 |
| <i>Brûlures</i> | ND | ND | 0 | ND |
| <i>Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)</i> | 5,13 | -9,09 | 10 | DEF 2 |
| <i>Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels</i> | NR | NR | NR | NR |
| <i>Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances</i> | NR | NR | NR | NR |
| <i>Digestif</i> | 52,07 | 75,00 | 7 | FAV 1 |
| <i>Douleurs chroniques, Soins palliatifs</i> | -21,58 | 16,67 | 14 | DEF 1 |
| <i>Endocrinologie</i> | 16,11 | 16,67 | 7 | FAV 1 |
| <i>Gynécologie – sein</i> | ND | ND | 0 | ND |
| <i>Hématologie</i> | 77,08 | -33,33 | 2 | DEF 2 |
| <i>Maladies infectieuses (dont VIH)</i> | 18,16 | 0 | 3 | FAV 1 |
| <i>Nouveau-nés et période périnatale</i> | NR | NR | NR | ND |
| <i>Obstétrique</i> | NR | NR | NR | ND |
| <i>Ophthalmologie</i> | ND | ND | 1 | ND |
| <i>ORL, Stomatologie</i> | ND | ND | 0 | ND |
| <i>Orthopédie traumatologie</i> | -2,45 | 16,67 | 5 | DEF 1 |
| <i>Pneumologie</i> | 4,55 | -18,75 | 26 | DEF 2 |
| <i>Psychiatrie</i> | 31,17 | 0 | 17 | FAV 1 |
| <i>Rhumatologie</i> | -30,13 | 0 | 4 | DEF 1 |
| <i>Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)</i> | 28,97 | -40,00 | 12 | DEF 2 |
| <i>Tissu cutané et tissu sous-cutané</i> | -41,70 | -50,00 | 3 | FAV 2 |

| <i>Domaine d'activité</i> | Évolution du tarif moyen par séjour 2013-2018 | Évolution du nombre de séjours 2013-2018 | Nombre de séjours en 2018 | Situation du domaine |
|---|---|--|---------------------------|----------------------|
| <i>Toxicologie, Intoxications, Alcool</i> | <i>ND</i> | <i>ND</i> | <i>0</i> | <i>ND</i> |
| <i>Traumatismes multiples ou complexes graves</i> | <i>NR</i> | <i>NR</i> | <i>0</i> | <i>ND</i> |
| <i>Uro-néphrologie et génital</i> | <i>50,34</i> | <i>0</i> | <i>4</i> | <i>FAV 1</i> |
| TOTAL | | | <i>127</i> | |

Source : CH Mauléon

- (1) ND : l'évolution ne peut être calculée car l'un des effectifs annuels est nul
- (2) NR l'effectif est nul en 2013 et 2017
- (3) FAV 1 = situation favorable n°1: l'effectif et le tarif moyen augmentent : c'est la situation la plus favorable à l'établissement, son activité s'oriente vers des domaines qui deviennent plus rémunérateurs ;
- (4) FAV 2 = Situation favorable n°2 : l'effectif baisse et le tarif moyen baisse : cette situation peut être considérée comme favorable puisque l'établissement délaisse une activité qui devient moins rémunératrice ;
- (5) DEF1 = situation défavorable n°1 : l'effectif croît mais le tarif moyen baisse : l'activité de l'établissement évolue défavorablement quant à ses recettes puisqu'elle s'oriente vers une activité qui devient moins rémunératrice ;
- (6) DEF 2 = situation défavorable n°2 : l'effectif baisse pour un tarif moyen qui croît : l'établissement délaisse une activité rémunératrice.

ANNEXE E

Les catégories majeures cliniques (en %)

| <i>CMD</i> | Nombre de séjours en 2015 | Part des séjours en 2015 | Nombre de séjours en 2017 | Part des séjours en 2017 |
|--|---------------------------|--------------------------|---------------------------|--------------------------|
| CM01- Affections du système nerveux | 45 | 15,05 | 31 | 11,79 |
| CM 02- Affections de l'œil | 1 | 0,03 | 0 | 0 |
| CM 03 – Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents | 3 | 1 | 2 | 0,08 |
| CM 04 Affections de l'appareil respiratoire | 16 | 5,35 | 17 | 6,46 |
| CM 05- Affections de l'appareil circulatoire | 45 | 15,05 | 29 | 11,03 |
| CM 06 Affections des organes digestifs | 15 | 5,02 | 13 | 4,94 |
| CM 08 Affections et traumatismes du système ostéo-articulaire | 53 | 17,73 | 52 | 19,77 |
| CM 09 Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins | 6 | 2,01 | 9 | 3,42 |
| CM 10 Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles | 13 | 4,35 | 2 | 0,76 |
| CM 11 Affections de l'appareil génito-urinaire | 12 | 4,01 | 7 | 2,66 |
| CM 16 Affections du sang, des organes hématopoïétiques, du système immunitaire et tumeurs malignes de siège imprécis ou diffus | 3 | 1 | 6 | 2,28 |
| CM 18 Certaines maladies infectieuses, virales ou parasitaires | 4 | 1,34 | 3 | 1,14 |
| CM 19 Troubles mentaux et du comportement | 6 | 2,01 | 10 | 3,8 |
| CM 23 Autres motifs de recours aux services de santé | 77 | 25,75 | 82 | 31,18 |

Source : SCANSANTE 2015 et 2017

ANNEXE F

Fiabilité des écritures comptables relatives aux provisions

| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 |
|--|-----------|------------|------------|------------|------------|------------|
| <i>Provision pour renouvellement des immobilisations (cpt 142)</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Dotation aux provisions pour renouvellement des immobilisations</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Ecart</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Provision pour risques (cpt 151)</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Dotation nette aux provisions pour risque</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Ecart</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | | |
| <i>Provision pour CET (cpt 153)</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Dotation nette à la provision pour CET</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>ECART</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Provision pour gros entretien et grandes révisions (cpt 1572)</i> | 53 861,58 | 453 861,58 | 453 861,58 | 453 861,58 | 453 861,58 | 453 861,58 |
| <i>Dotation aux provision</i> | 0 | 400 000,00 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| <i>Ecart</i> | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

ANNEXE G

Evolution du projet de reconstruction

| <i>DATE</i> | <i>Modification</i> | <i>Conséquences financières</i> |
|-------------------------|--|--|
| <i>25 novembre 2011</i> | Projet technique définitif approuvé par le conseil départemental Validation du PPI | 10.500.000 € de travaux avec une subvention unique de 1.485.000 d'où une hausse de prix de journée qui atteindra 53,06 € en 2021 |
| <i>Février 2012</i> | Lancement du concours de maîtrise d'œuvre | |
| <i>Avril 2012</i> | 1 ^{er} jury de concours Maîtrise d'ouvrage | |
| <i>Mai 2012</i> | Arrêt de la procédure durant 16 mois lié à l'absence de directeur de l'établissement | |
| <i>13 novembre 2012</i> | Bilan financier prévisionnel | Coût total : 20 423 205 € |
| <i>14 novembre 2013</i> | C'est le projet le plus onéreux qui est retenu : EHPAD : 2 ailes sur 2 étages : 48 lits Hôpital : renoncement à un agrandissement important La communauté de communes prévoit de construire une maison de santé sur le terrain de l'hôpital | Coût de 13.000.000 € avec 3 millions de subvention |
| <i>Décembre 2013</i> | Signature du contrat de maîtrise d'œuvre | |
| <i>Automne 2014</i> | Intégration du projet de Maison de Santé Pluridisciplinaire | |
| <i>23 octobre 2014</i> | Le plan d'investissement est validé par l'ARS Une chambre accompagnant est ajoutée Le démarrage des travaux est prévu en septembre 2015 | |

| <i>DATE</i> | <i>Modification</i> | <i>Conséquences financières</i> |
|---|---|--|
| <i>20 janvier 2015</i> | Découverte d'amiante L'avant-projet technique est finalisé | Surcoût 300.000 € |
| <i>6 février 2015</i> | <i>Dépôt de la demande de permis de construire</i> | |
| <i>11 août 2015</i> | <i>Délivrance du permis de construire</i> | |
| <i>21 décembre 2015</i> | <i>Signature marché et délivrance d'un ordre de service VRD</i> | |
| <i>21 janvier 2016</i> | Démarrage travaux sans ordre de service ni notification des marchés | |
| <i>25 janvier 2016</i> | Bilan financier prévisionnel | Coût total : 19.020.925 € |
| <i>Début 2016</i> | Compte tenu des enjeux financiers, la directrice de la direction commune décide d'un report de 3 mois afin d'auditer : le coût, le phasage et l'individualisation ou non de la Maison de santé pluridisciplinaire | |
| | L'audit a montré -l'intérêt de l'autonomisation de la MSP entraînant une simplification du phasage des travaux et la réduction de la durée du chantier -une simplification de l'opération réduisant les risques techniques et financiers pour l'hôpital | |
| <i>9 février 2016</i> | Bilan financier prévisionnel | Coût total : 20 774 904 € |
| <i><u>Lors de sa séance du 19 mai 2016,</u></i> | Le CS approuve le nouveau projet qui consiste à - individualiser la MSP qui occupera le site de l'ancien hospice -créer un bâtiment pour la production d'énergie couvrant les besoins du CH et de la MSP | Environ 15 % d'économies sur le projet |

| <i>DATE</i> | <i>Modification</i> | <i>Conséquences financières</i> |
|--|--|---|
| 2016 | Déclaration sans suite de la procédure de marché de travaux Déclaration sans suite de la procédure d'appels d'offres de juin 2016 | |
| 8 juin 2016 | Nouvelle lettre de mission au maître d'œuvre | |
| 16 juillet 2016 | Début avant-projet définitif V2 | |
| <u>Lors de sa séance du 11 octobre 2016,</u> | Le conseil de surveillance approuve la cession du terrain de la parcelle nord pour l'euro symbolique. | Madame FRIOT GUICHARD « répond que cette opération est raisonnable pour les deux parties et quand il y aura un contrôle de la chambre régionale des comptes, ils pourront justifier toutes les dépenses » induites par l'entretien des bâtiments sis sur cette parcelle (hospice, chapelle) |
| 16. mars au 5 mai 2017 | Consultation travaux | |
| 22 juin 2017 | Attribution des lots 2 à 5 et décision de procédure négociée pour le lot 1 | |
| Juin-juillet 2017 | Procédure négociée | |
| 22 août 2017 | Suite à un précontentieux d'EIFFAGE, arrêt du tribunal administratif de Pau | |
| 29 août 2017 | Déclaration sans suite du lot 1 | |
| 15 septembre au 23 octobre 2017 | Relance de la consultation travaux lot 1A et 1B | |
| 19 décembre 2017 | Attribution des lots 1A et 1B | |
| 23 novembre 2017 | Nouveau bilan financier prévisionnel | Coût total : 18 796 923 € |
| 31 décembre 2017 | Signature et notification des marchés | |
| 11 janvier 2018 | Réunion Démarrage des travaux | |

| <i>DATE</i> | <i>Modification</i> | <i>Conséquences financières</i> |
|---------------------------------|--|--|
| <i>1^{er} mars 2018</i> | Dépôt du permis de construire modificatif | |
| <i>2018</i> | Nouveau calendrier 1)mars 2018 à juin 2019 : construction de la première partie du nouvel EHPAD 2)juin 2019-avril 2020 : démolition et reconstruction du bâtiment EHPAD actuel 3)mai 2020-juin 2021 : restructuration du bâtiment hôpital | |
| <i>Juillet 2018</i> | Bilan financier prévisionnel | Coût total : 19 560 534 € Financements : Conseil départemental : 1 485 000 € CNSA : EHPAD : 1 100 000 € PASA : 140 000 € Emprunts : 17 607 969 € |
| <i>Fin février 2019</i> | Prévision : livraison EHPAD aile EST | |
| <i>Mars 2019</i> | Prévision : déménagement dans l'aile Est | |
| <i>Mars 2019-mars 2020</i> | Travaux aile OUEST | |
| <i>Avril 2020</i> | Aménagement dans l'aile ouest | |
| <i>Mai 2020 à juillet 2021</i> | Travaux phasés SSR | |



Les publications de la chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine

**Chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine**

3 place des Grands-Hommes
CS 30059
33064 BORDEAUX CEDEX

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr