



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA RÉPONSE

CENTRE HOSPITALIER D'AUCH EN GASCOGNE (Gers)

Exercices 2018 et suivants

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE.....	5
RECOMMANDATIONS.....	7
INTRODUCTION.....	9
1. L'ENVIRONNEMENT ET L'ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER.....	10
1.1. Un territoire vieillissant en manque de médecins spécialistes	10
1.2. Des coopérations plus intenses avec le CHU qu'avec les établissements du Gers	13
1.2.1. Le groupement hospitalier de territoire du Gers : des mutualisations à renforcer	13
1.2.2. Une coopération développée avec le CHU de Toulouse.....	14
1.3. Une organisation de l'établissement relativement structurée.....	16
2. L'ACTIVITE DE SOINS	18
2.1. Une évolution de l'activité atone.....	18
2.2. Une progression de l'activité du bloc opératoire à consolider	21
2.3. Des consultations avancées à développer.....	23
2.4. Une offre médicosociale en cours de réforme	24
2.5. Une gestion des risques à mieux encadrer.....	24
2.6. Un recueil des données médicales performant	26
3. LA GESTION DES RESSOURCES	27
3.1. Les ressources humaines	27
3.1.1. Les effectifs marqués par une vacance ou un absentéisme importants	28
3.1.2. Un temps de travail à régulariser	32
3.1.3. Des consultations externes à mieux contrôler	37
3.2. La gestion patrimoniale	39
3.2.1. Une stratégie patrimoniale ambitieuse	39
3.2.2. Les projections financières pour la rénovation de l'hôpital	40
4. LA FIABILITE DES COMPTES.....	41
4.1. Un contrôle de gestion quasiment inexistant.....	41
4.2. Des durées d'amortissements à revoir	43
4.3. L'absence de rattachements des charges et produits	44
4.4. Des provisions à régulariser	44
5. LA GESTION DES REGIES.....	47
5.1. Une absence de pilotage et de contrôle des régies	47
5.1.1. Des régies non pilotées et non contrôlées par l'ordonnateur	47
5.1.2. Un contrôle par le comptable public insuffisant	48
5.2. Des défaillances dans la gestion des régies	49
5.2.1. Des actes de régie absents ou incomplets	49
5.2.2. Une professionnalisation des missions de régisseur à renforcer	51
5.2.3. Des régies à sécuriser	52
5.2.4. L'absence de fondement juridique de la régie des gratifications	54
5.2.5. La régie inactive des tickets-repas non clôturée.....	54
5.3. Des risques d'irrégularités financières	55

5.3.1.	L'absence de production de comptes aux régies de l'USLD et l'EHPAD ..	55
5.3.2.	Les manquants en caisse à l'EHPAD et l'USLD	56
5.3.3.	Les manipulations non autorisées des fonds et dépôts.....	59
6.	L'ANALYSE FINANCIERE	62
6.1.	Une capacité d'autofinancement insuffisante.....	62
6.2.	Les produits d'exploitation.....	63
6.3.	Les charges d'exploitation.....	65
6.4.	Les budgets annexes	65
6.5.	Une soutenabilité des investissements à confirmer	67
6.6.	Une trésorerie structurellement négative.....	68
	ANNEXES.....	70
	GLOSSAIRE.....	79
	Réponses aux observations définitives.....	80

SYNTHÈSE

La chambre régionale des comptes a procédé au contrôle du centre hospitalier d'Auch (CH) sur les exercices 2018 et suivants. Il est situé dans le département du Gers, territoire présentant des besoins de soins marqués en raison notamment du vieillissement de sa population.

Une activité faiblement dynamique qui s'appuie sur les ressources du CHU de Toulouse

Le centre hospitalier d'Auch n'enregistre que 28 % des séjours réalisés sur le département en médecine, chirurgie et obstétrique. Le taux de fuite global (intra et interrégional)¹ s'établit à 57 %, en lien avec le faible nombre de médecins spécialistes présents et avec l'attractivité des établissements de l'agglomération toulousaine. Son activité est peu dynamique alors même qu'il doit dégager des recettes complémentaires pour contribuer au financement de sa prochaine opération immobilière de réhabilitation-extension. Même si ces coopérations sont de nature différente, le CH a des liens plus étroits avec le CHU de Toulouse qu'avec les hôpitaux locaux, dont les mutualisations de services pourraient être davantage développées au sein du groupement hospitalier de territoire².

Des enjeux forts pour la gestion des personnels dans la perspective du nouvel établissement

Les ressources humaines de l'établissement, représentant 1350 ETP médicaux et non médicaux rémunérés, sont marquées par un nombre conséquent de postes vacants ainsi que par un absentéisme et un déficit en personnel médical importants. Le nouvel hôpital une fois rénové devra relever ces enjeux d'attractivité et de fidélisation. Proposer une offre de soins adaptée avec des équipements performants à même d'attirer les praticiens, ainsi que des services d'accueil de qualité pour les patients, seront des conditions à remplir pour permettre au CH d'assurer pleinement les services d'un établissement pivot au sein du territoire. A défaut, la continuité de son activité serait essentiellement orientée sur des soins de proximité, articulée directement avec le CHU de Toulouse.

La fiabilité des comptes et la gestion des régies à améliorer et régulariser

Le projet de réhabilitation-extension, évalué à 165 M€, devra être réalisé grâce à des aides financières plafonnées à 142 M€ et à un plan de redressement interne ambitieux indispensable à la soutenabilité de l'opération. Cependant, ce plan repose sur des données financières dont la fiabilité comptable n'est pas assurée. La création d'un service performant de contrôle de gestion constitue un enjeu majeur pour permettre à l'établissement de disposer de données fiables et de prévisions budgétaires crédibles, autant d'éléments pour améliorer son pilotage.

La chambre a également constaté une désorganisation globale des régies, marquée par l'absence de contrôle, d'encadrement des procédures, de formation suffisante des régisseurs et

¹ Part de patients d'un territoire donné pris en charge par un établissement situé en dehors du ressort de ce territoire.

² Le CH d'Auch est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Gers, créé en juin 2016, et est composé de 10 établissements que sont les hôpitaux de Condom, Gimont, Mauvezin, Mirande, Vic-Fezensac, Lombez-Samatan, Nogaro et Auch, le CH spécialisé du Gers et l'établissement public de santé de Lomagne.

parfois d'outils adéquats pour leur gestion. Des manquements graves sont également relevés, tels que l'absence de tenue d'une comptabilité et le maniement d'objets et de valeurs par des agents qui n'y ont pas été autorisés. Ils présentent un caractère systémique et concernent, pour certains, des fonds et biens de personnes vulnérables. L'établissement doit sécuriser et régulariser ces situations.

Un déficit financier structurel et de faibles marges de manœuvre

Le budget annuel du CH atteint 124 M€. Sa situation financière présente un déficit structurel, l'empêchant de dégager un autofinancement de nature à contribuer au financement de ses investissements. Son cycle d'exploitation, notamment ses dépenses croissantes de personnel, est largement assuré par des financements non pérennes et son épargne ne reste positive que grâce, essentiellement, aux dotations annuelles de l'État, en partie non reconductibles. Sa trésorerie est structurellement négative et le délai de paiement légal vis-à-vis des créanciers n'est pas souvent respecté. Le CH, qui devra emprunter 23 M€ pour sa réhabilitation-extension, est conscient de ces difficultés. Les mesures, indispensables au financement du projet, restent à mettre en place.

Depuis le contrôle de la chambre, la directrice du centre hospitalier a fait preuve de réactivité dans la mise en place de mesures correctives. Ainsi, huit recommandations sur les quinze sont déjà partiellement ou totalement mises en œuvre.

RECOMMANDATIONS

(classées dans l'ordre de citation dans le rapport)

1. Développer, en qualité d'établissement support, les services mutualisés au sein du groupement hospitalier de territoire. *Recommandation réitérée, non mise en œuvre.*
2. Adopter, en lien avec le CHU, une gouvernance unique de l'équipe territoriale des urgences en 2024. *Mise en œuvre partielle.*
3. Mettre fin aux recrutements directs de personnels contractuels sans publication. *Mise en œuvre partielle.*
4. Réduire l'absentéisme des personnels non médicaux. *Non mise en œuvre.*
5. Régulariser les procédures de temps de travail des praticiens, en signant systématiquement des contrats de TTA et en réunissant annuellement la COPS. *Mise en œuvre complète.*
6. Mettre le temps de travail des soignants en conformité avec la réglementation, notamment la durée légale et les cycles de travail. *Mise en œuvre partielle.*
7. Engager un meilleur suivi de l'activité libérale permettant de s'assurer du respect de la réglementation par chaque médecin. *Mise en œuvre partielle.*
8. Améliorer le pilotage financier et des ressources humaines en mettant en place dès 2024 un contrôle de gestion performant. *Non mise en œuvre.*
9. Procéder dès 2024 au rattachement à l'exercice des charges et produits, conformément à la nomenclature M21. *Recommandation réitérée, non mise en œuvre.*
10. Fiabiliser les procédures d'évaluation et les inscriptions de provisions, conformément à la nomenclature M21. *Recommandation réitérée, mise en œuvre partielle.*
11. Mettre en œuvre un pilotage et un contrôle effectifs des régies en 2024, en identifiant le service chargé de leur encadrement fonctionnel, en lien avec le comptable public. *Non mise en œuvre.*
12. Fiabiliser sans délai les procédures encadrant les actes de constitution, modification, nomination et tarifs des régies. *Non mise en œuvre.*
13. Procéder sans délai à la sécurisation informatique et physique de toutes les régies. *Mise en œuvre partielle.*
14. Clôturer sans délai la régie inactive des tickets-repas créée en 1965. *Mise en œuvre complète.*
15. Confier, pour les hébergés majeurs incapables, la gestion de l'argent de poche à un mandataire judiciaire à la protection des majeurs autorisé par le juge des tutelles. *Non mise en œuvre.*

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

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

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

INTRODUCTION

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

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier (CH) d'Auch en Gascogne a été ouvert le 9 juin 2023 par lettre de la présidente de la chambre régionale des comptes Occitanie adressée à Madame Sylvie LACARRIERE, ordonnatrice en fonctions. Un courrier a également été adressé le même jour à Monsieur Julien COUVREUR, ancien ordonnateur, et Monsieur Didier LAFAGE, ordonnateur par intérim.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 9 et 11 janvier 2024 avec ces ordonnateurs.

Lors de sa séance du 15 février 2024, la chambre a arrêté les observations provisoires qui ont été transmises à Madame Sylvie LACARRIERE. Monsieur Julien COUVREUR et Monsieur Didier LAFAGE, chacun en qualité d'ordonnateur précédent, ont été destinataires d'une lettre de clôture de procédure. De plus, des extraits ont été adressés à des tiers concernés.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 3 juin 2024, a arrêté les observations définitives présentées ci-après.

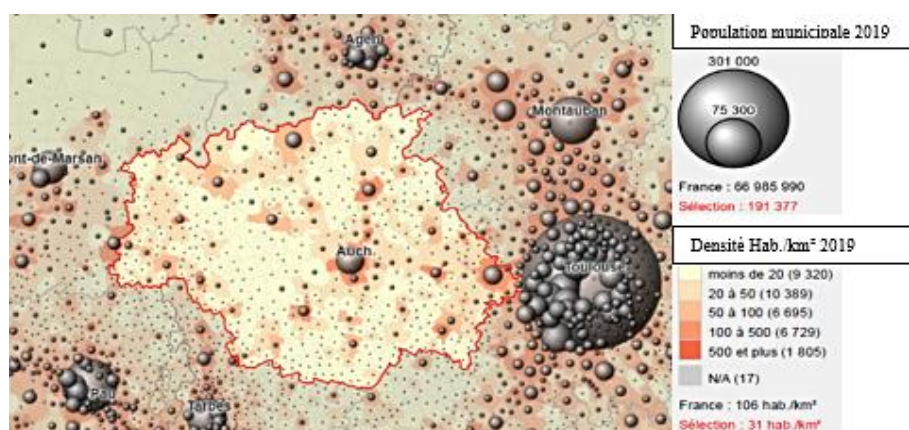
1. L'ENVIRONNEMENT ET L'ORGANISATION DU CENTRE HOSPITALIER

1.1. Un territoire vieillissant en manque de médecins spécialistes

Avec près de 192 000 habitants, inégalement répartis, la population gersoise est relativement stabilisée depuis 2014. La proximité de l'aire urbaine de Toulouse irrigue une large partie au sud-est du département. La partie ouest est moins dynamique et certaines communes sont en décroissance démographique. Avec 22 500 habitants sur son territoire et 25 900 habitants dans son agglomération, la ville d'Auch, chef-lieu du département, ne constitue pas en elle-même un pôle démographique susceptible de garantir l'attractivité de son centre hospitalier (cf. *infra*).

Le département du Gers se caractérise par une densité démographique faible³ et une population vieillissante⁴.

carte 1 : densité démographique du département et départements voisins



Source : Géoclip France découverte

Les besoins en termes de soins hospitaliers sont importants. Les admissions en affection longue durée présentent un taux d'incidence plus élevé qu'au niveau national⁵. Le taux d'hospitalisation en service de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) est également plus élevé que sur le territoire national⁶. Le Gers présente des taux de recours supérieurs au niveau national, à la fois en nombre de patients et en nombre de séjours (cf. annexe 2).

Si la densité de médecins généralistes est proche de la moyenne nationale, la densité de médecins spécialistes est, en revanche, deux fois moins importante⁷, hospitaliers comme libéraux. Le déficit est majeur pour la plupart des spécialités et certaines d'entre-elles ne sont pas même représentées dans le département.

³ 31 hab/km² contre 105 hab/ km² de densité moyenne nationale.

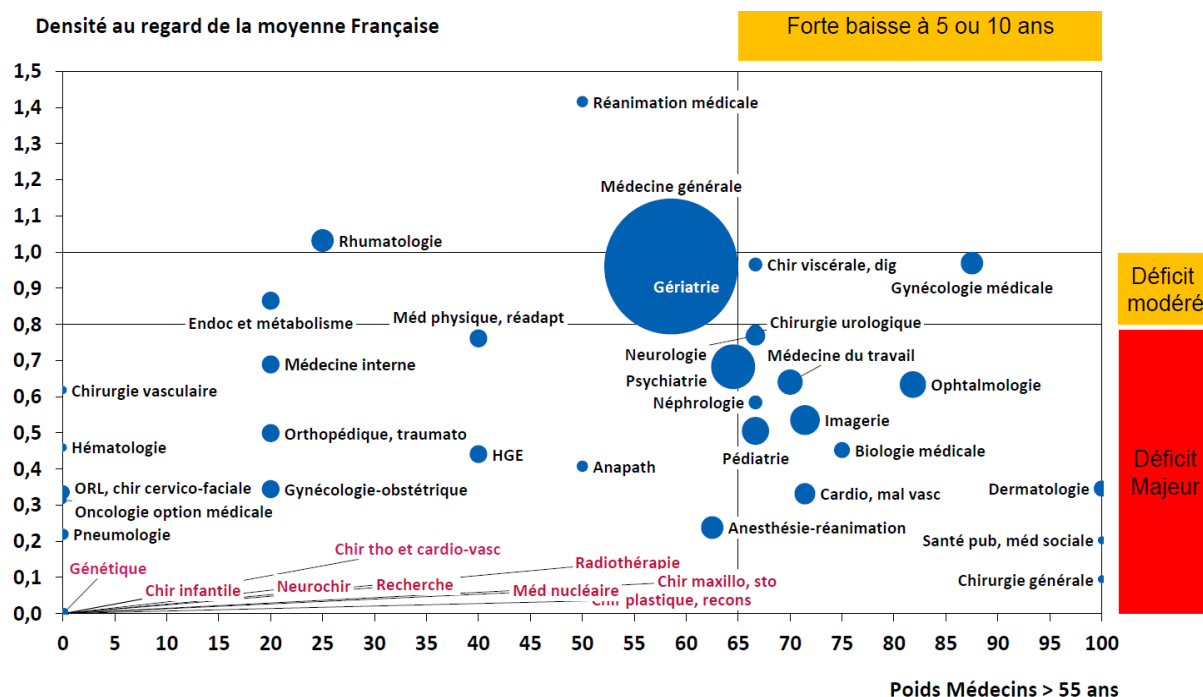
⁴ Plus de 35 % de la population a plus de 60 ans en 2020.

⁵ Le taux standardisé d'incidence est de 2 334 dans le Gers, contre 2 252 en France métropolitaine. Le TSI est le taux d'incidence des ALD que l'on observerait si la population de la zone étudiée avait la même structure par âge que la population de référence.

⁶ Le taux d'hospitalisation en MCO est de 254 dans le Gers, contre 250 en France métropolitaine

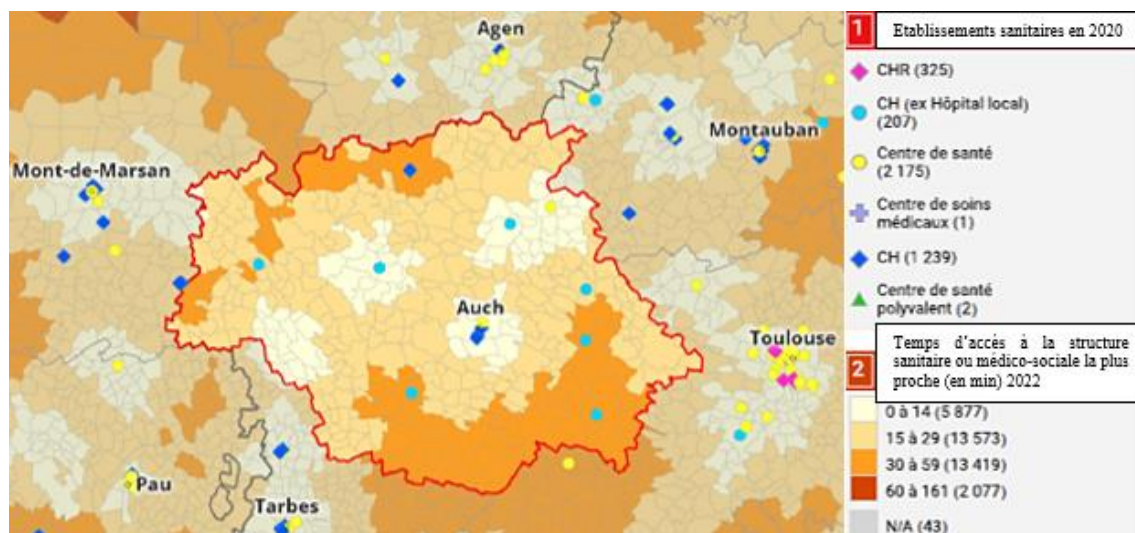
⁷ 1,50 médecin généraliste pour 1 000 habitants dans le Gers contre 1,54 au niveau national ; 0,95 médecin spécialiste contre 1,87.

figure 1 : densité des médecins spécialistes dans le Gers en 2019



Avec neuf centres hospitaliers dans le département⁸, le maillage territorial des établissements publics limite la plupart des temps d'accès à un centre de soins, mais ces établissements constituent essentiellement des hôpitaux de proximité.

carte 2 : implantation des structures de soins et temps d'accès au centre de soin le plus proche



Légende 1 : les données entre parenthèses reprennent le nombre d'établissements au niveau national (nombre de n° FINESS⁹).

Légende 2 : les données entre parenthèses reprennent le nombre de communes au niveau national.

Source : Cartosanté 2022

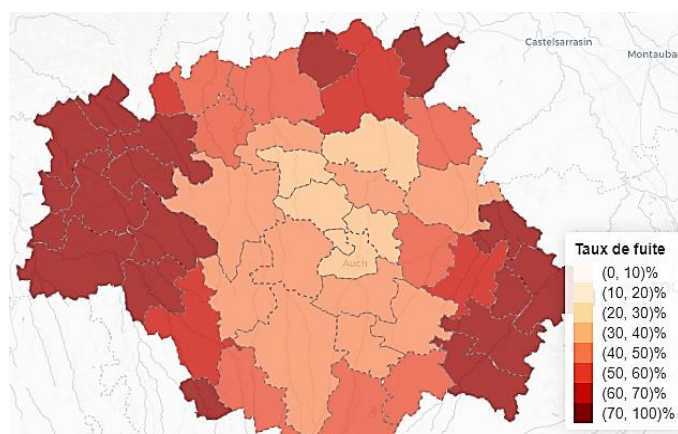
⁸ Auch, Condom, Gimont, Mauvezin, Mirande, Vic-Fezensac, Lombez-Samatan, Nogaro et Lomagne.

⁹ FINESS : le fichier national des établissements sanitaires et sociaux est le répertoire de référence des personnes morales intervenant dans les domaines sanitaire (choix fait ici), médico-social, social ou de l'enseignement des professions sanitaires et sociales.

L'offre capacitaire dans le département est, par ailleurs, relativement modeste. Mis à part les soins de suite et de réhabilitation (SSR)¹⁰, qui concernent essentiellement les personnes âgées, le volume de lits proposés est faible : 203 lits d'hospitalisation complète en MCO pour 100 000 habitants en 2021, soit un taux inférieur au niveau régional (289 lits). De même, la capacité en hospitalisation à domicile représente 16 places pour 100 000 habitants, contre 26 au niveau régional.

Le CH d'Auch n'enregistre que 28 % des séjours réalisés sur le département en MCO¹¹, le taux de fuite¹² vers les autres départements est très significatif. Au niveau intrarégional, 35 % des séjours échappent au département du Gers au profit notamment de la Haute-Garonne (dont 11 % au profit du seul CHU de Toulouse)¹³. Le taux de fuite global (intra et interrégional) s'établit à 57 %, faisant du Gers le deuxième département métropolitain où le taux de fuite est le plus important¹⁴, ce qui est en lien notamment avec le faible nombre de médecins spécialistes présents sur le département. Ce taux augmente selon l'éloignement de la population de la ville d'Auch et selon la proximité des établissements et cliniques des départements voisins. La population à l'est du département est attirée par la métropole Toulousaine et l'ouest par Mont-de-Marsan et Tarbes, laissant au CH d'Auch une zone d'attractivité en forme de bande Nord-Sud. Les spécialités où les taux de fuite les plus importants sont la chirurgie vasculaire (95 % de taux de fuite), l'ophtalmologie (plus de 75 %), la gynécologie (près de 70 %)¹⁵.

carte 3 : prépondérance du taux de fuite à l'est et à l'ouest du département



Source : carto santé

¹⁰ Pour les SSR : 426 places en hospitalisation complète et 100 places en hospitalisation partielle, soit 223 et 52 places pour 100 000 habitants, taux supérieurs au niveau régional (188 et 25 places pour 100 000 habitants). Plus de la moitié des patients admis en SSR au CH d'Auch a plus de 80 ans.

¹¹ Soit plus de 16 640 séjours en MCO en 2021. Détail : 58 % des séjours en obstétrique (1 320 séjours pour 2 290 séjours au niveau départemental), 34 % des séjours en médecine (11 695 séjours pour 34 905 séjours au niveau départemental), 19 % des séjours en chirurgie (plus de 4 250 séjours pour près de 22 190 séjours au niveau départemental).

¹² Part de patients d'un territoire donné pris en charge par un établissement situé en dehors du ressort de ce territoire.

¹³ Le DIM du CH d'Auch n'est pas en capacité de tracer les informations permettant de vérifier si ces 11 % sont alimentés par les consultations externes faites au CH d'Auch par les praticiens du CHU.

¹⁴ Étude d'un cabinet conseil (donnée 2019).

¹⁵ L'endocrinologie, la chirurgie de la peau, les spécialités ORL et la stomatologie, la chirurgie digestive, la chirurgie cardiovasculaire enregistrent un taux de fuite entre 55 % et 65 %. La pneumologie, l'hématologie, la rhumatologie, les spécialités du système nerveux, l'uro- néphrologie et l'ortho-traumatologie enregistrent des taux de fuite entre 45 % et 55 %. Les spécialités autour de l'obstétrique et des nouveau-nés enregistrent un taux de fuite de l'ordre de 40 %.

1.2. Des coopérations plus intenses avec le CHU qu'avec les établissements du Gers

1.2.1. Le groupement hospitalier de territoire du Gers : des mutualisations à renforcer

Le CH d'Auch est l'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) du Gers, créé en juin 2016, et est composé de 10 établissements¹⁶. Ce nombre d'établissements est relativement important au regard de la population de la zone d'attractivité du GHT (115 400 habitants), conséquence du maillage historique vu plus haut. Cette configuration est atypique, plaçant le Gers parmi les territoires comptant le plus d'établissements pour un faible nombre d'habitants¹⁷. Si cette situation apporte une offre de proximité aux patients, elle pose la question de la taille critique des équipes pour assurer la permanence des soins et la pérennisation de l'activité ainsi que la sécurisation des actes médicaux.

Dans ce contexte, la mutualisation de services sur le territoire aurait tout son sens. En effet, l'intégration de chaque établissement public de santé dans un GHT est une obligation posée par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016¹⁸, qui assigne trois objectifs fondamentaux à un groupement :

- la prise en charge commune et graduée du patient ;
- la rationalisation économique (mutualisation des fonctions support entre les hôpitaux membres) ;
- le renforcement des liaisons avec le CHU.

Le projet médical partagé (PMP) du GHT doit permettre de répondre au premier objectif de prise en charge graduée du patient¹⁹. Signé en 2019, il couvre la période 2017-2022 et définit les filières prioritaires à construire (cancérologie, mère-enfant, gériatrie, soins de suite et de réadaptation, urgences et santé mentale) avec l'objectif d'accès privilégié au plateau technique du CH (imagerie et biologie) pour les patients des établissements membres du GHT²⁰. Il aborde par filière l'offre graduée de soins, les partenaires, la permanence des soins et les indicateurs afférents. Un travail d'actualisation a été mené en 2022, mais sans qu'un nouveau projet ne soit adopté. L'établissement devra y veiller.

Le PMP a été accompagné d'un projet de soin partagé (PSP) du GHT coconstruit avec des partenaires pluriprofessionnels. Si le PMP définit la stratégie médicale du GHT, le PSP en est la déclinaison soignante²¹. Les orientations stratégiques²² de ces deux documents sont déclinées en 38 axes de travail, et suivis en 125 actions à mener. Au 30 novembre 2023, 37 % des actions de la filière soins étaient réalisées, 37 % en cours de réalisation et 26 % non débutées.

¹⁶ Les 10 membres sont les hôpitaux de Condom, Gimont, Mauvezin, Mirande, Vic-Fezensac, Lombez-Samatan, Nogaro et Auch, le CH spécialisé du Gers et l'établissement public de santé de Lomagne.

¹⁷ Le territoire national regroupe 136 GHT en 2023. Le nombre d'établissements parties est de 2 à 20, le nombre d'habitant desservis de 100 000 à 2,5 millions d'habitants. Source : Ministère de la santé 2023.

¹⁸ Sauf dérogation accordée par le directeur général de l'ARS.

¹⁹ Il s'agit de la structuration et de l'organisation de la filière de soins, par la gradation des soins apportés selon le stade de sévérité et ou de complexité des pathologies.

²⁰ Outre les solutions offertes par le secteur privé, seul le CH dispose d'un laboratoire de biologie et d'un secteur d'imagerie. Permettre un accès direct, avec un délai d'attente réduit, doit permettre d'éviter la fuite vers les départements limitrophes ou les adressages vers les urgences.

²¹ Qui concerne les personnels soignants, c'est-à-dire non médicaux : pharmaciens, sages-femmes, infirmiers, aides-soignants, etc.

²² Orientations stratégiques : personnes âgées et vieillissement, santé mentale et addictions, urgences et soins non programmés, oncologie et hématologie, parcours patient porteurs de maladies chroniques, préventions, éducation, dépistage et promotion de la santé, filières transverses et fonctions mutualisées.

Le deuxième objectif d'un GHT consiste en la mutualisation des fonctions support entre les établissements membres. Si le CH d'Auch a conclu, en qualité d'établissement support du GHT, des conventions de partenariat avec le CHU, le CHS psychiatrique du Gers et certaines cliniques, visant la coordination des parcours avec les secteurs médico-social et privé, il a peu développé les mutualisations de services.

Les hôpitaux du GHT du Gers ont mutualisé partiellement l'information médicale, la fonction des achats ainsi que la formation continue. Concernant les systèmes d'information, le bilan du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2019-2021 (cf. *infra*) relève l'absence dommageable de logiciel d'achat intégré et de convergence des applicatifs de gestion économique, logistique et financière.

Le GHT ne comprend pas de mutualisations logistiques comme la gestion des véhicules, la reprographie ou la blanchisserie. Cette dernière est externalisée dans le cadre d'un groupement de coopération sanitaire (GCS) avec le CHU, l'important équipement du CH d'Auch étant vétuste et aujourd'hui inutilisé. Par ailleurs, le rapprochement des services médico-techniques, notamment les pharmacies, n'existe que pour l'astreinte pharmaceutique des fins de semaine. Les approvisionnements et la gestion des médicaments et dispositifs médicaux ne sont pas mutualisés. Les axes de progrès sont donc nombreux, d'autant que le nombre d'établissements est important et que le CH s'est assigné comme axe stratégique du projet médico-soignant, l'ancrage de l'hôpital comme établissement support du territoire (cf. *infra*). Le projet de réhabilitation-extension du CH d'Auch constitue une opportunité pour créer des plateaux de services mutualisés, tels que la pharmacie, susceptibles de générer des économies d'échelle, de disposer d'équipements adaptés et d'améliorer la qualité du service.

Le précédent rapport de la chambre recommandait déjà l'optimisation des fonctions logistiques et techniques en complémentarité notamment avec le CHS du Gers, en particulier la mutualisation de la restauration et des services techniques, ce qui n'a pas été mis en œuvre. En application de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique (CSP), la chambre réitère donc sa recommandation de développer les services mutualisés au sein du GHT, notamment en matière logistique et de pharmacie.

Recommandation :

1. Développer, en qualité d'établissement support, les services mutualisés au sein du groupement hospitalier de territoire. *Recommandation réitérée, non mise en œuvre.*

L'ordonnatrice indique, dans sa réponse, qu'il convient d'éviter les fermetures d'activités dans les hôpitaux locaux et de maintenir une réponse graduée et coordonnée entre établissements du GHT. La chambre souligne que les regroupements de services ressources ou techniques, tels que l'informatique ou les approvisionnements en médicaments, aient dans ce sens afin d'optimiser les organisations existantes et de rechercher des économies d'échelle. Elle relève, d'ailleurs, dans la réponse de l'ARS, que l'établissement travaille actuellement sur un projet de mutualisation de la biologie médicale et qu'un regroupement de trois pharmacies serait en cours sur le site de Gimont. La démarche nécessite, néanmoins, d'être approfondie et donc la recommandation est considérée, à ce stade, comme non mise en œuvre.

1.2.2. Une coopération développée avec le CHU de Toulouse

Concernant le troisième objectif du GHT, à savoir le renforcement des liaisons avec le CHU, la réponse est apportée par la convention adoptée entre les deux établissements, qui a trait, conformément à la loi, aux missions d'enseignement et de formation initiale des professionnels,

aux missions de recherche, de gestion et de démographie médicale. Cette coopération trouve une nouvelle dimension dans la création en novembre 2023 de l'association Hôpitaux d'Occitanie Ouest (H2O). Cette association, composée du CHU, des CH de l'ouest de l'Occitanie et de la faculté de santé, vise à lutter contre les inégalités d'accès aux soins. Les médecins du CHU interviennent ainsi dans une dizaine de spécialités au sein des centres hospitaliers et les médecins des établissements concernés se déplacent au CHU pour acquérir de nouvelles compétences ou pour accéder aux équipements et plateaux techniques.

L'enjeu de la coopération avec le CHU de Toulouse a été mis en exergue avec la crise des urgences d'Auch en 2017 et avec la mise en liquidation de la clinique de Gascogne, située à Auch, en mars 2023, qui ont abouti à une organisation médicale du CH fortement adossée sur les ressources du CHU, géographiquement proche.

La fermeture de la clinique a conduit à l'intégration d'une partie de ses activités au centre hospitalier, telles l'ophtalmologie, la chirurgie vasculaire et la stomatologie. L'urologie n'a pas été intégrée à ce stade. Cette démarche s'est accompagnée de la création d'un groupement de coopération sanitaire d'activités libérales (GCS) entre le CH et les praticiens concernés, ainsi que de la mise en place d'un partenariat avec le CHU de Toulouse pour des consultations avancées au CH d'Auch.

Les consultations avancées²³ des praticiens du CHU sont nombreuses, regroupant différentes filières pour une centaine de médecins, pourvues chacune d'une équipe restreinte. Les conventions sont en place depuis 2023 en matière de cardiologie (plus de 1 000 consultations depuis janvier), de néphrologie (près de 40 sur la période février-avril), d'urologie (120 depuis le démarrage de l'activité au 15 septembre), de chirurgie viscérale (20) et de neurologie (trois en raison d'un démarrage des consultations en septembre). Le CH d'Auch ne disposant pas des autorisations de chirurgie en cardiologie et neurologie, les praticiens du CHU pratiquent par ailleurs les actes techniques à Toulouse.

La coopération avec le CHU est encore plus importante concernant la filière des urgences. Suite à une grève des urgentistes d'Auch en 2017, le rapport d'audit « Carli »²⁴, demandé par l'ARS, identifiait les principales actions d'amélioration et aboutissait à un protocole d'accord en février 2018 visant notamment à réorganiser l'accueil des patients et créer une équipe urgentiste mutualisée. Une coopération avec le SAMU de Haute-Garonne au CHU a ainsi été mise en œuvre et la création de l'équipe territoriale est intervenue en novembre 2022. Aujourd'hui, afin de pallier les 10 ETP manquants aux urgences du CH, les 72 médecins urgentistes du CHU interviennent sur le tableau de service d'Auch.

Un bilan après un an de fonctionnement a été établi soulignant l'intégration des médecins de l'équipe territoriale. Ainsi, cette coopération garantit la sécurité du fonctionnement des urgences d'Auch et la mobilisation des équipes auscitaines et participe à son attractivité. Un point reste néanmoins à surmonter s'agissant de la gouvernance bicéphale de cette équipe territoriale, soumise notamment à une double chefferie de pôle CH/CHU ce qui génère des difficultés de management, de partage de l'information, d'arbitrage des difficultés et de définition d'un projet de pôle. Afin de pérenniser la filière des urgences et de stabiliser son fonctionnement, la chambre recommande donc, en lien avec le CHU, l'adoption d'une gouvernance unique de l'équipe territoriale des urgences en 2024.

²³ Dispositif de coopération des professionnels du territoire qui mettent à disposition du temps médical par le biais de consultations réalisées par des praticiens d'un établissement de santé (établissement employeur) dans un autre établissement de santé.

²⁴ Audit réalisé par les Pr Pierre Carli (Président du Conseil National des Urgences Hospitalières), Pr Jean-Emmanuel de la Coussaye (Samu Urgences de France) et le Dr Frédéric Pain (Association des médecins urgentistes de France).

Recommandation :

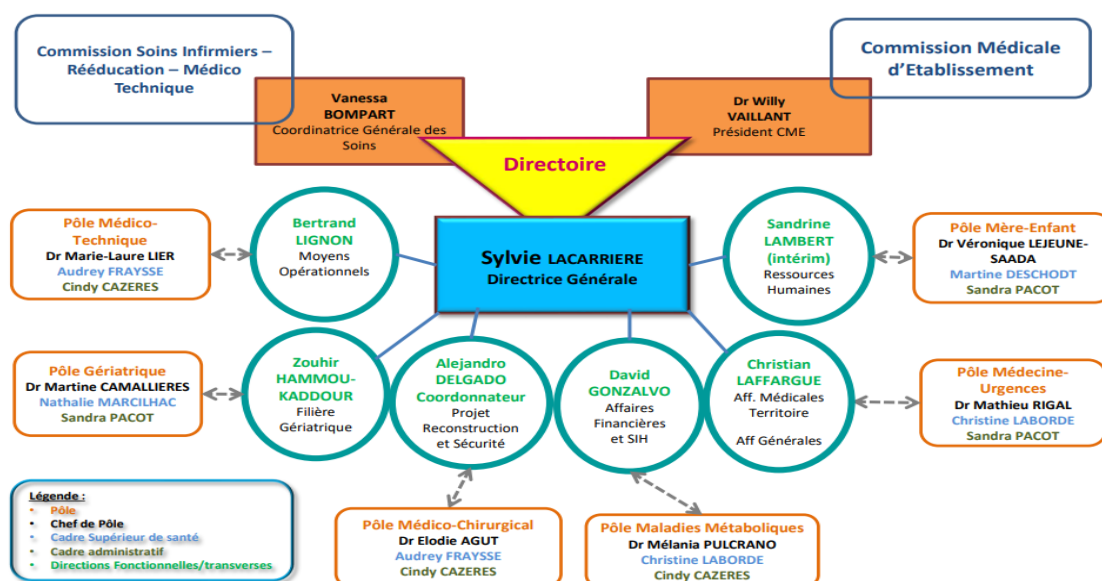
2. Adopter, en lien avec le CHU, une gouvernance unique de l'équipe territoriale des urgences en 2024. *Mise en œuvre partielle.*

Un projet de convention créant une fédération médicale interhospitalière (FMIH) pour l'équipe territoriale des urgences est en cours, prenant la suite du protocole de février 2018. Il définit un projet médical partagé pour la fédération et désigne un coordonnateur médical afin d'améliorer la coordination entre les sites et la gouvernance de la filière. Bien que la convention ne soit pas encore signée et mise en application, la chambre considère néanmoins sa recommandation comme étant partiellement en œuvre.

1.3. Une organisation de l'établissement relativement structurée

La directrice générale de l'établissement est également directrice des CH de Mirande et de Vic-Fezensac, assistée de sept cadres de direction. Au niveau sanitaire, le CH d'Auch est organisé en six pôles : pôle médico-chirurgical, gériatrique, médico-technique, médecine-urgences, mère-enfant, maladies métaboliques.

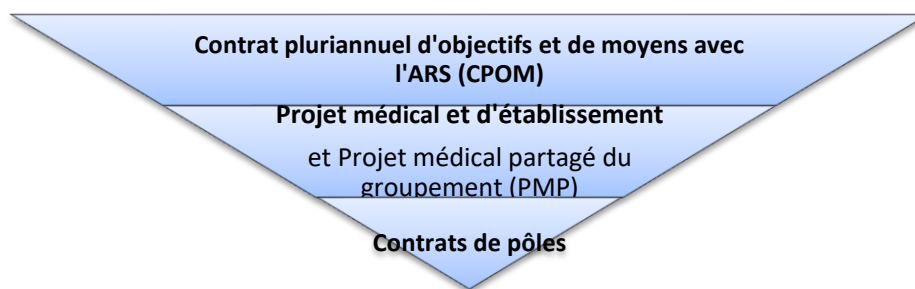
organigramme 1 : organigramme fonctionnel de la direction du CH d'Auch



Source : CH – mise à jour du 1^{er} septembre 2023

Le pilotage de l'établissement doit en principe s'inscrire dans une programmation d'objectifs et d'actions, traduits dans différents documents stratégiques permettant d'articuler les axes de gestion interne de l'établissement avec la politique de santé déclinée par l'ARS et avec les axes de coopération définis au sein du GHT.

figure 2 : le pilotage stratégique en établissement public de santé



Source : CRC

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le CH a conclu un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS pour la période 2019-2023, prorogé jusqu'au 31 décembre 2024. Le 27 octobre 2023, l'ARS Occitanie ayant adopté le nouveau projet régional de santé (PRS) pour la période 2023-2028, l'établissement devra veiller à la mise en cohérence de ses objectifs avec ce nouveau cadre régional et avec sa déclinaison départementale (schéma territorial de santé).

Le projet médical et d'établissement

Le projet d'établissement (PE) couvre la période 2021-2025, répondant ainsi à l'obligation légale introduite par l'article L. 6143-2 du code de la santé publique et à la recommandation du précédent rapport de la chambre de 2014.

Le précédent rapport de la chambre recommandait au CH de construire un projet médical (PM), s'inscrivant dans un projet médical partagé de territoire et dans le développement de relations suivies avec la médecine de ville. Le PM est partie intégrante du PE 2021-2025 et en constitue le socle, conformément à la réglementation. Il décline les orientations stratégiques du PMP du GHT et prend en compte l'objectif de coordination avec les professionnels libéraux et établissements médico-sociaux. Le projet médico-soignant a fait l'objet d'une synthèse en juillet 2023, qui affirme notamment la nécessité de construire des collaborations entre les secteurs public et libéral, dont le groupement de coopération sanitaire (GCS) d'activités libérales est un levier. La chambre considère donc sa précédente recommandation comme mise en œuvre.

Les contrats de pôles

Les contrats de pôles, mentionnés à l'article L. 6146-1 du code de la santé publique, doivent définir les objectifs assignés et les moyens attribués à chacun des pôles de l'établissement. L'adoption du projet médical constitue un préalable à la négociation des contrats de pôles, qui doivent être en cohérence avec celui-ci. Dans le cas présent, les contrats de pôles, assortis d'indicateurs de suivis, sont très récents, signés seulement courant 2023.

Le précédent rapport de la chambre recommandait d'envisager, dans ces contrats, une délégation de gestion et les modalités d'un intéressement collectif des pôles, justifié par la valorisation de l'activité comme indicateur de suivi des contrats de pôle. Or, la délégation de gestion n'est pas mise en place, mais seulement évoquée dans les contrats. Bien qu'aucun document interne ne mette en évidence un refus de principe, l'ordonnatrice évoque la faible maturité des pôles et le refus de l'intéressement collectif. En conséquence, l'indicateur de suivi tenant à la valorisation de l'activité des pôles n'est pas mis en place. La chambre constate donc que ces deux recommandations n'ont pas été mises en œuvre. La maturité des pôles est effectivement faible en termes de management, avec une difficulté globale dans la prise en charge

de la responsabilité de chef de pôle ou de cadre de santé. Le portage de la contrainte, qu'elle soit financière ou en ressources humaines, mériterait d'être davantage partagé. L'ARS indique, dans sa réponse, que les délégations de gestion font partie des objectifs du plan de performance de l'établissement mis en place depuis octobre 2023.

En conclusion, le cadre stratégique de l'établissement est formalisé, même si l'objectif majeur de coopération des acteurs, fil directeur de ce cadre stratégique, n'est que partiellement mis en œuvre dans le cadre du GHT.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le CH d'Auch est situé dans un territoire à la démographie relativement faible et vieillissante, présentant des besoins de soins marqués. Malgré un nombre d'hôpitaux important dans le département, le centre hospitalier, pourtant établissement pivot du groupement hospitalier, n'a développé que très partiellement les mutualisations de services supports avec ses partenaires du Gers. À l'inverse, son activité est fortement adossée sur les ressources du CHU de Toulouse, géographiquement proche, tant par le biais des consultations par filières que de l'équipe mixte mise en place aux urgences. Même si ces coopérations sont de nature différente, il coopère bien davantage avec le CHU qu'au sein de son propre territoire.

2. L'ACTIVITE DE SOINS

2.1. Une évolution de l'activité atone

L'activité du CH est essentiellement tournée vers les actes médicaux non techniques, les séjours sans acte classant représentant 63 % de son activité²⁵. Cette proportion est cohérente avec l'activité générale des établissements de sa catégorie.

La file active²⁶ du CH représente près de 13 500 patients en 2022, elle est relativement stable sur la période, malgré un léger décrochage en 2020 en lien avec la crise sanitaire.

tableau 1 : évolution de la file active du CH d'Auch entre 2018 et 2022

File active	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nb de patients	13 394	13 291	12 781	13 259	13 479	1%

Source : CRC d'après les données du DIM dans ses rapports d'activité

Entre 2018 et 2022, le nombre de journées passées en MCO diminue légèrement, soit - 1 %, passant de 85 100 à 84 400 journées. Le pôle des urgences concentre un tiers de ces journées sur la période.

Le nombre de journées passées en SSR est en nette diminution, soit - 40 %, passant de 20 000 à 12 000 journées, directement en lien avec la chute des journées au pôle gériatrique, qui passent de 13 300 à 5 100, soit - 61 %. Deux facteurs expliquent cette diminution : le service SSR gériatrique et polyvalent a été très impacté par la crise sanitaire, avec notamment la transformation

²⁵ Les actes non classants sont des actes de médecine seuls, c'est-à-dire ne nécessitant pas d'actes médicotechniques (chirurgie par exemple).

²⁶ Nombre total de patients pris en charge dans l'établissement au cours de l'année étudiée. Il s'agit du décompte de personnes et non pas du décompte de venues : chaque patient n'est compté qu'une fois, qu'il soit vu en consultation, en séance d'hôpital de jour et/ou en hospitalisation complète.

de 10 lits en service COVID fin 2021 et des vagues successives de contaminations en 2022. Surtout, le départ d'un gériatre en fin d'année 2021, portant à trois les départs de médecins au sein de ce pôle, a généré la fermeture de 20 lits en SSR gériatrique et polyvalent.

Le nombre de séjours²⁷ est l'un des rares indicateurs en progression notable avec +8 % sur la période, pour atteindre 30 100 en 2022 en MCO, pour un nombre de journées en légère diminution comme vu plus haut. Ainsi, la durée moyenne de séjour²⁸ fléchit de 8 %, passant à 2,8 jours en MCO, avec des disparités entre pôles. Le pôle gériatrique enregistre une durée moyenne de séjour entre 10 à 11,5 jours, quand le pôle de médecine interne et maladies métaboliques enregistre une durée moyenne comprise entre 1,6 et 1,9 jours.

tableau 2 : synthèse des durées moyennes de séjour par pôle entre 2018 et 2022

Durée moyenne de séjour	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Pôle maladies métaboliques	1,93	1,85	1,84	1,68	1,62	-16%
Pôle médecine-urgences	3,55	3,47	3,14	3,21	3,40	-4%
Pôle médico-chirurgical	3,46	3,44	3,36	3,46	3,67	6%
Pôle mère-enfant	3,15	3,08	3,07	3,14	3,17	1%
Pôle gériatrique	10,23	11,41	10,45	10,72	11,55	13%
TOTAL GENERAL	3,04	2,94	2,81	2,74	2,80	-8%

Source : CRC d'après les résumés d'unité médicale

Ainsi, le CH connaît une activité peu dynamique, alors même que les besoins de la population vieillissante sont importants et que les équilibres financiers de l'établissement sont fragiles. La reprise des activités de la clinique de Gascogne, en mars 2023, peut constituer une opportunité pour relancer l'activité du CH, ce dernier devant impérativement dégager des marges de manœuvre pour financer son opération de réhabilitation-extension (cf. *infra*). Il n'empêche que deux des plus importantes filières de la clinique récupérées par le CH, à savoir la chirurgie vasculaire et l'ophtalmologie, sont marquées par des taux de fuites très importants vers les autres départements (respectivement 95 % et 75 %), que l'établissement aura des difficultés à corriger.

Parallèlement, la capacité en nombre de lits d'hospitalisation du CH a diminué de 4 % sur la période pour s'établir à 489 lits en 2022, dont 289 lits pour le secteur sanitaire (MCO et SSR). À l'inverse, le nombre de places hors hébergement a progressé de 22 %, atteignant 45 places (toutes en secteur sanitaire). La forte diminution des lits en soins de suite et de réadaptation, de plus de 20 %, est liée aux départs de praticiens évoqués plus haut.

Outre le secteur sanitaire, le CH abrite un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et une unité de soins de longue durée pour personnes âgées (USLD)²⁹, tous deux relevant du secteur médico-social. Leur capacité d'accueil n'a pas évolué, fixée respectivement à 130 et 70 lits.

²⁷ Résumés d'unités médicales (RUM) : produit à la fin de chaque séjour d'un patient dans une unité médicale donnée, permet de mesurer le nombre de passages dans des unités différentes pour un même patient. Le nombre de résumé de sortie standardisé (RSS), portant sur le séjour global d'un patient, permet quant à lui de mesurer son passage au CH quel que soit le nombre d'unités concernées (29 900 en 2022). Ainsi, globalement, la majorité des patients entrés au CH sont pris en charge par une seule unité pendant leur séjour.

²⁸ Durée calculée par le rapport entre le nombre total de journées et le nombre de séjours effectués au CH (considérés comme RUM).

²⁹ La dépendance et les moyens médicaux déployés en conséquence sont plus importants dans une USLD que dans un EHPAD.

tableau 3 : évolution capacitaire au sein du CH d'Auch entre 2018 et 2022

Evolution capacitaire	2018		2019		2020		2021		2022		Evolution 2018-2022	
	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places	Lits	Places
Médecine	194	22	188	23	187	23	187	25	187	25	-4%	14%
Chirurgie	36	10	36	10	36	10	36	10	36	10	0%	0%
Gynéco-obstétrique	20	0	20	0	20	0	20		20	0	0%	nc
Total court séjour	250	32	244	33	243	33	243	35	243	35	-3%	9%
Soins de suite	60	5	60	10	60	10	60	10	46	10	-23%	100%
EHPAD	130	0	130	0	130	0	130	0	130	0	0%	nc
USLD	70	0	70	0	70	0	70	0	70	0	0%	nc
Total	510	37	504	43	503	43	503	45	489	45	-4%	22%

Source : CRC d'après les données de l'établissement

Cette approche de l'évolution capacitaire annuelle souligne un recul des hospitalisations complètes au profit de l'hospitalisation de jour et de l'ambulatoire. Les variations infra-annuelles révèlent aussi une autre pratique au sein de l'établissement : un pilotage du capacitaire pour pallier les absences des personnels, au regard notamment de l'organisation des locaux, des difficultés de recrutement et de permanence des soins dans des équipes restreintes par filière. Les lits sont ainsi fermés en fonction des manques de personnel médical ou soignant. Des actions correctives en matière de gestion des ressources humaines pourraient pourtant être mises en place (cf. *infra*). Ainsi, le capacitaire en lits installés est en moyenne de 269 sur l'ensemble de l'année 2022, à comparer au capacitaire total de 289 lits en fin d'année.

Cette méthode d'ajustement par fermetures de lits ralentit encore le niveau d'activité de l'hôpital. L'établissement devrait développer les mutualisations de personnel médical et soignant, au-delà de l'équipe de remplacement mise en place. La configuration des locaux pourrait également être optimisée dans le cadre du projet de réhabilitation globale de l'hôpital, afin de limiter par exemple les interventions simultanées sur différents étages (cf. *infra*).

Globalement, les taux d'occupation des différents pôles progressent de neuf points sur la période, passant de 88 % en 2018 à 97 % en 2022, en lien notamment avec la stabilité de la file active et les fermetures de lits. Le pôle de médecine interne et maladies métaboliques, le pôle médico-chirurgical et le pôle gériatrique font ainsi apparaître une saturation des lits.

Outre les données globales d'activité, la chambre constate une baisse par praticien. En effet, le nombre de séjours rapporté au nombre de médecins est en diminution de 12 % entre 2018 et 2022, en lien avec les recrutements effectués sur la période (cf. *infra*). Le nombre de journées et de patients par PM baissent également, respectivement de 19 % et 18 %.

tableau 4 : évolution de l'activité par personnel médical entre 2018 et 2022

Activité des PM	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nb de RSS / nb de PM en ETPR	248,9	314,0	221,1	219,0	218,6	-12,2%
Nb de RUM / nb de PM en ETPR	251,4	317,6	223,4	220,9	220,1	-12,4%
Activité des PM en nombre moyen de RSS et RUM	250,1	315,8	222,2	220,0	219,4	-12%
Nb de journées / nb de PM en ETPR	763,3	934,5	627,8	604,3	616,4	-19%
Nb de patients / nb de PM en ETPR	120,1	144,4	101,0	97,7	98,4	-18%

Source : CRC d'après les données du CH d'Auch

Note : ETPR = équivalents temps pleins rémunérés sur l'année.

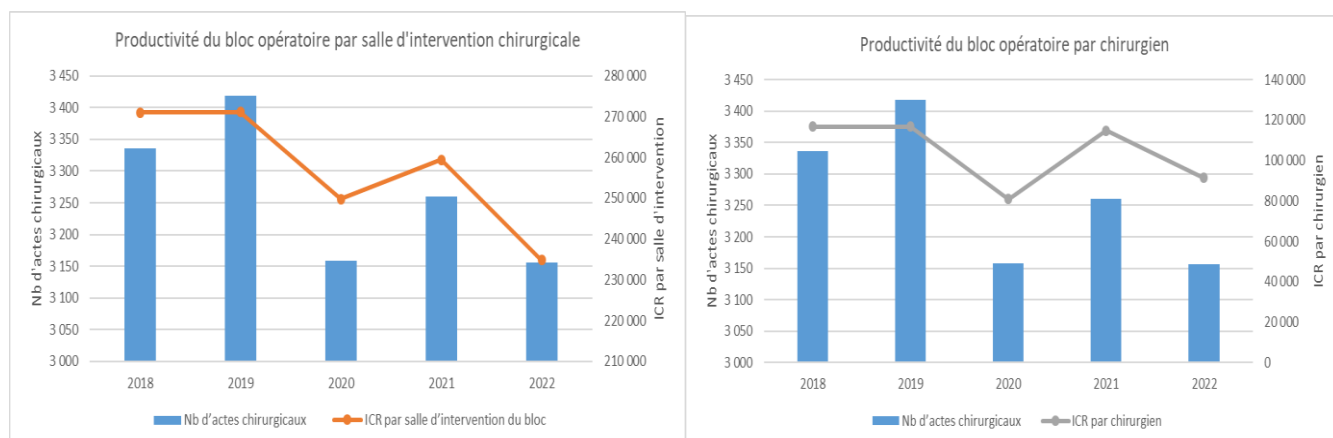
L'ordonnateur confirme que les dernières données partielles à fin 2023 ne marquent pas de reprise globale d'activité, à l'exception du bloc opératoire.

2.2. Une progression de l'activité du bloc opératoire à consolider

La chambre a analysé l'organisation et le fonctionnement du bloc opératoire. L'indicateur traditionnellement retenu est l'indice de coût relatif (ICR). Unité d'œuvre des actes médico-techniques, cet indice prend en compte le degré de mobilisation de ressources humaines et de matériel. La mesure est double : en points d'ICR réalisés par salle d'intervention chirurgicale et en points d'ICR réalisés par chirurgien. Chaque indicateur est présenté en regard du nombre d'actes chirurgicaux réalisés par an.

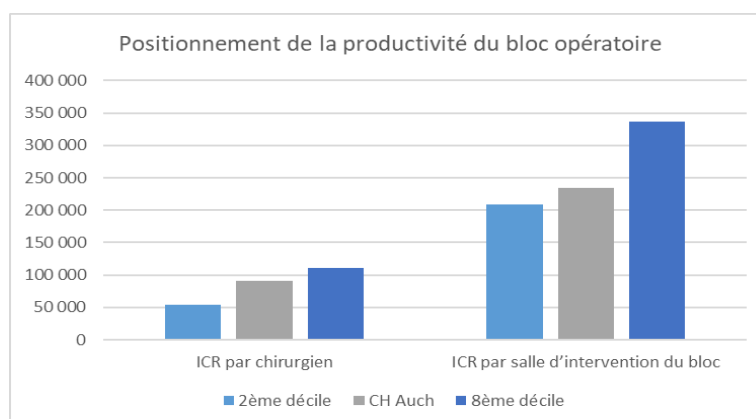
Il apparaît que le nombre d'actes chirurgicaux réalisés au CH d'Auch diminue de plus de 5 %, passant de 3 340 en 2018 à 3 160 en 2022³⁰, avec un creux lié à la crise en 2020. L'ICR par salle chirurgicale diminue de plus de 13 % pour s'établir en dessous des 235 000 points en 2022 et l'ICR par chirurgien diminue de près de 22 %, à hauteur de près de 91 400 points en 2022. Ces indicateurs placent le CH d'Auch dans une position de fragilité³¹.

graphique 1 : productivité du bloc opératoire



Source : CRC d'après les sources opendata Hospidiag

graphique 2 : positionnement du bloc opératoire d'Auch en 2022



Source : CRC d'après les sources opendata Hospidiag

³⁰ Source : Hospidiag.

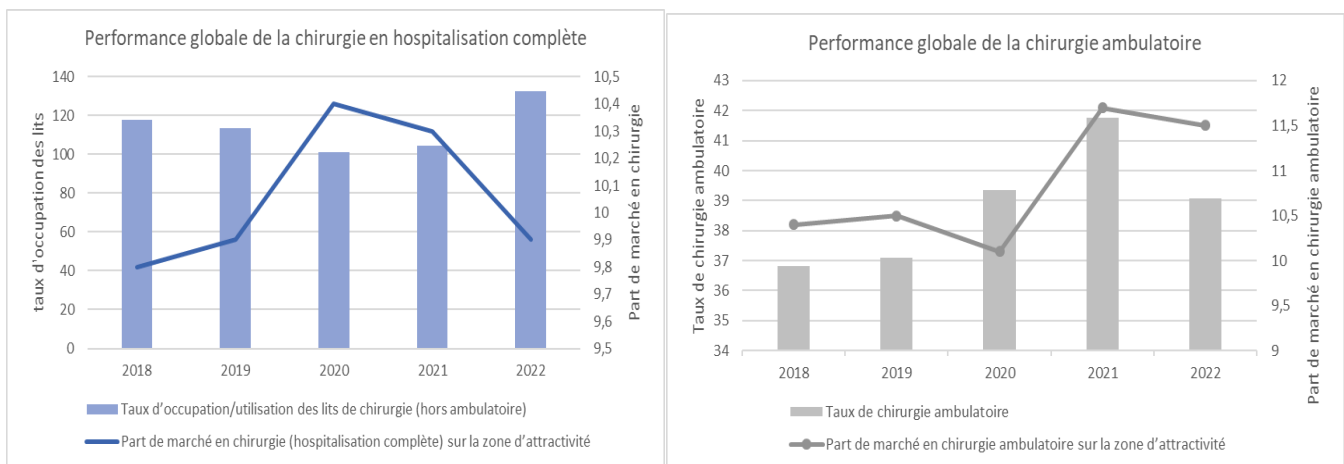
³¹ Les 20 % d'établissements les plus performants enregistrent un nombre d'ICR par salle supérieur à 350 000, d'ICR par chirurgien supérieur à 220 000 et plus de 5 000 actes par an. Les 20 % d'établissements les moins performants enregistrent un nombre d'ICR par salle inférieur à 130 000, d'ICR par chirurgien inférieur à 50 000 et un nombre d'actes chirurgicaux compris entre 2 000 et 3 000 par an (source Hospidiag).

L'approche de la performance chirurgicale de l'établissement se distingue en deux volets, la chirurgie en hospitalisation complète et la chirurgie ambulatoire. En part d'activité, la chirurgie en hospitalisation complète au CH stagne sur la période et représente moins de 10 % sur la zone d'attractivité. De la même manière, la part d'activité en chirurgie ambulatoire progresse peu et ne représente que 11,5 % sur la zone d'attractivité en 2022. L'établissement peine donc à étendre son assise sur le territoire en lien avec les taux de fuite et la zone d'attractivité limitée exposés *supra* et le faible volume de consultations avancées.

Le taux d'occupation des lits de chirurgie progresse en hospitalisation complète sur la période, pour s'établir à 133 %, signe d'une suroccupation. À l'inverse, en chirurgie ambulatoire, si le taux progresse légèrement sur la période, il est en deçà des 40 % en 2022 quand le 2^{ème} décile des établissements de santé est à 43 %. S'il convient de relativiser ce résultat, car le positionnement s'entend tous établissements confondus³², il reste tout de même sous l'objectif national fixé à 66 % en 2020³³.

La performance ambulatoire reste contrainte par la réalisation d'actes nécessairement moins invasifs qu'en chirurgie avec hospitalisation complète. Le taux des gestes marqueurs de l'ambulatoire³⁴ au CH est de 65 %, contre 73,5 % pour le 2^{ème} décile et 94,4 % pour les établissements les plus performants. Cet élément, combiné au taux de chirurgie ambulatoire, place l'établissement en situation de faible potentiel ambulatoire et fait peser un risque de pérennité chirurgicale.

graphique 3 : performance globale de la chirurgie sur la période



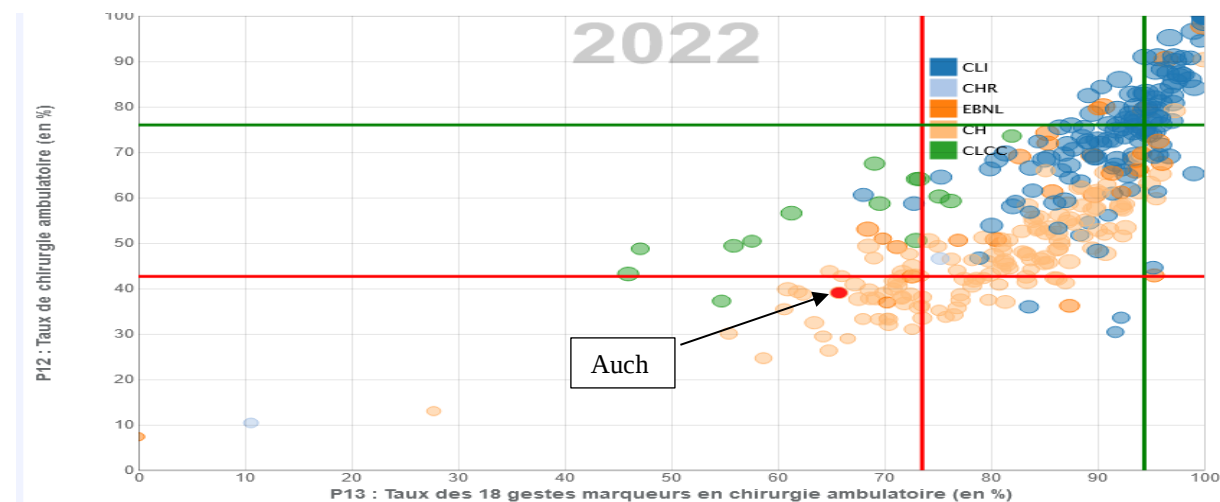
Source : CRC d'après les sources opendata Hspidiag

³² Centres hospitaliers, centres hospitaliers universitaires, cliniques et autres.

³³ Instruction DGOS du 28 septembre 2015 relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020.

³⁴ Un geste marqueur correspond à une ou plusieurs interventions chirurgicales d'une même spécialité, susceptibles d'être réalisées en ambulatoire. Ce sont des procédures chirurgicales d'un niveau de technicité ou de complexité proche. Chaque geste correspond à un ou plusieurs actes repérés par un ou plusieurs codes du Catalogue des Actes Médicaux, au sein d'une liste de 18 gestes, conjuguant à la fois une approche quantitative (l'intervention chirurgicale la plus fréquente en France pour chaque spécialité) et qualitative (niveau de complexité variable des interventions chirurgicales). L'analyse de ces gestes permet de mesurer le dynamisme de l'évolution des pratiques professionnelles chirurgicales vers l'ambulatoire (source Hspidiag).

graphique 4 : potentiel de la chirurgie ambulatoire au CH d'Auch en 2022



Le point rouge représente le CH d'Auch, la ligne verte représente les 20 % d'établissements les plus performants et la ligne rouge représente les 20 % les moins performants. Source : Hospidiag

Un comité de pilotage a été mis en place en 2023 au CH pour identifier les actions à même de maintenir une offre chirurgicale la plus complète possible, par le biais notamment d'une augmentation du capacitaire et des vacations opératoires, la réalisation de travaux et de recrutements. Au premier semestre 2023, l'activité du bloc opératoire a progressé de 20 % en lien notamment avec l'intégration de l'activité d'ophtalmologie de la clinique en ambulatoire. Les activités de chirurgie orthopédique, de chirurgie générale et digestive et de chirurgie gynécologique et obstétrique sont également en progression en ambulatoire. Cet élan reste à pérenniser, le CH étant confronté à des difficultés de recrutements et de temps de travail, notamment d'infirmiers de bloc opératoire, à l'éloignement de certains services par rapport au bloc et à la nécessité de travaux conséquents.

2.3. Des consultations avancées à développer

Des praticiens du CHU de Toulouse proposent des consultations avancées auprès du CH d'Auch (cf. *supra*) et des praticiens du CH d'Auch proposent des consultations dans d'autres établissements. Mais ce dernier cas de figure est peu constaté.

Sur la période, seulement deux praticiens du CH d'Auch ont assuré des consultations auprès du CH de Condom en orthopédie pour un total cumulé de 433 consultations entre 2018 et 2022. À ce jour, les consultations avancées à Condom sont suspendues en raison de deux départs de praticiens du CH d'Auch. Ces départs empêchent également la reprise d'activité de la clinique dans cette spécialité. Des consultations avancées sont également proposées auprès du CHS du Gers en gynécologie pour un nombre d'actes cumulés de 490 entre 2018 et 2022, ainsi qu'en addictologie pour un nombre d'actes cumulés de plus de 1 960 sur la même période. Ces consultations restent actuellement proposées.

Globalement, alors que les consultations avancées sont susceptibles d'attirer des patients vers l'établissement de rattachement du praticien, en vertu du lien de confiance établi avec le patient, de la facilité de suivi et/ou du besoin d'équipement de certains actes ultérieurs, le CH d'Auch, en raison du faible nombre de praticiens par filière, exploite insuffisamment cette logique de parcours pour influencer positivement sur son activité. Les nouveaux recrutements devraient faciliter cette démarche (cf. *infra*).

Par ailleurs, la télémedecine, évitant les déplacements vers les hôpitaux de proximité, constitue une alternative intéressante, notamment la téléexpertise assurée par des PH de l'hôpital sur demande de professionnels extérieurs. Cette pratique demeure néanmoins peu utilisée au CH. Une plateforme unique de télémedecine avec le CHU est en cours de conventionnement, permettant de centraliser l'annuaire des partenaires et d'éviter les inscriptions des PH sur différents outils. La chambre invite le CH d'Auch à développer cette pratique, notamment dans le cadre du nouveau réseau H2O.

2.4. Une offre médicosociale en cours de réforme

Les caractéristiques géo-populationnelles du Gers génèrent un besoin important d'hébergement pour les personnes âgées et dépendantes. Le CH y répond en partie par le biais d'une unité de soins longue durée (USLD) et d'un établissement d'hébergement de personnes âgées et dépendantes (EHPAD). Ces deux structures, rattachées au pôle gériatrie, sont positionnées sur le site de La Ribère, distinct du site principal du CH.

Comme déjà évoqué, les capacités d'accueil à l'USLD (70 lits séparés en deux étages) et à l'EHPAD (130 lits) n'ont pas évolué sur la période. Les hébergés peuvent bénéficier du plateau technique du CH (scanner, IRM, laboratoire d'analyses notamment). Une équipe mobile gériatrique, ainsi qu'une équipe mobile de lutte contre la douleur et de prise en charge des soins palliatifs, interviennent auprès des centres hospitaliers du GHT.

L'EHPAD est structuré en quatre secteurs : un secteur pour les personnes en grande dépendance, un secteur pour les personnes semi-autonomes, un secteur fermé pour les personnes présentant la maladie d'Alzheimer et un secteur abritant l'unité d'hébergement renforcée pour les personnes présentant des symptômes psycho-comportementaux sévères. En 2021, 163 personnes ont été hébergées au sein de l'EHPAD, dont la moitié avait entre 85 et 95 ans et 15 % plus de 95 ans. Le groupe iso-ressources (GIR) le plus représenté est en le GIR 2 (près de 72 %)³⁵. La même année, la durée moyenne d'accompagnement est de près de 1 040 jours³⁶.

L'USLD va connaître des changements structurels sur l'année 2024 avec la mise en place d'une unité cognitivo-comportementale (UCC) et d'une unité de soins médicaux de réadaptation (SMR) dédiée aux orientations gériatriques. Ainsi en fin d'année 2023, 16 lits ont été gelés à l'USLD en raison de travaux pour l'UCC. Une seconde vague de 19 lits gelés est prévue mi-2024 pour la mise aux normes de la prochaine unité SMR. La mise en place des deux nouvelles unités impactera l'activité médicosociale de l'établissement, qui devra prendre en compte cette incidence dans son plan de redressement (cf. *infra*).

2.5. Une gestion des risques à mieux encadrer

Le projet d'établissement du CH comporte un volet qualité, gestion des risques et droits des usagers. Il a été adopté en cohérence avec la politique qualité du projet médico-soignant du GHT. La direction qualité et gestion des risques du CH est chargée de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation de cette politique.

Un premier bilan a été réalisé en milieu d'année 2022. Sur les 46 actions composant l'ensemble des orientations stratégiques, quatre sont considérées comme strictement réalisées, par

³⁵ Sachant que les GIR sont classés en six groupes, le GIR 1 représentant le niveau de perte d'autonomie le plus fort et le GIR 6 le niveau le plus faible, le niveau de dépendance au CH est relativement important.

³⁶ Source : données scan santé récentes disponibles (2019-2021).

exemple l'élaboration avec les professionnels et les usagers d'un questionnaire de satisfaction pour chaque secteur d'activité. Une vingtaine d'actions sont en cours de mise en œuvre, au titre desquelles l'identification des catégories de risques pouvant générer des tensions ou des crises. Enfin, 17 actions ne sont pas mises en œuvre à date, dont la formation continue à la qualité et la gestion des risques, pourtant prévue dans le plan de formation des agents. De même, l'élaboration de la méthode de suivi des indicateurs par pôle, pourtant essentielle au suivi de la qualité et des risques auprès patients, ainsi que l'élaboration d'une cartographie des risques, sont à ce jour non réalisées.

Les événements indésirables (EI) constituent l'un des outils de gestion des risques. Un événement indésirable est un événement inhabituel ou non souhaité, quelle que soit sa nature, susceptible d'affecter la qualité de la prise en charge. Il repose sur un dispositif de déclaration. Les données récoltées auprès du CH en matière d'EI sont trop ciblées, ne prenant pas en compte différentes catégories de signalements³⁷.

Au cours de la période, le nombre d'EI déclarés a diminué de près de 11 %. Une baisse de 28 % des EI déclarés est d'abord constatée entre 2018 et 2020, puis une remontée entre 2020 et 2022, sans retrouver le niveau de début de période. Loin d'être le signe d'une amélioration des pratiques, il est généralement le signe d'une diminution du nombre de déclarations. Cet indicateur dégradé doit être en soi une alerte pour la direction de la qualité du CH, qui doit promouvoir la démarche de déclaration, souvent freinée par la crainte de l'agent d'être mis en cause.

Ce constat général masque, de surcroît, des situations très contrastées selon les pôles. Le pôle de médecine et des urgences a connu, pour sa part, une progression de l'ordre de 70 % du nombre d'EI déclarés et le pôle médico-technique une progression de plus de 30 % (cf. annexe 3). À l'inverse, le pôle de gériatrie enregistre une baisse importante du nombre d'EI de plus de 65 %, alors même que la fragilité et la dépendance des patients y sont marquées, ainsi que la consommation de médicaments. De fait, de nombreux pôles de CH sont très peu déclarants. Au-delà des actions de sensibilisation réalisées (diffusion d'une plaquette en 2022), l'établissement doit conduire des actions de formation afin de développer la culture du risque et sa traçabilité, notamment les signalements d'EI.

La typologie des EI déclarés varie sur la période selon qu'il s'agit de la prise en charge du patient ou de la vie hospitalière. Dans le premier cas, les EI diminuent de plus de 20 %, bien qu'ils constituent toujours la typologie la plus déclarée (230 en 2022), notamment en matière de respect des processus, d'identification des patients au laboratoire et de circuit du médicament. En matière de vie hospitalière, les problèmes déclarés sont majoritairement liés aux transports externes des patients, notamment l'absence d'ambulances de garde.

Toutes typologies d'EI confondues, les événements sont majoritairement d'un niveau de gravité significative. Néanmoins, une revue de morbidité et de mortalité et un comité de retour d'expérience sont mis en place.

Enfin, la Haute autorité de santé (HAS) a certifié l'établissement en 2023 avec un score global de satisfaction aux attendus du référentiel de 94,8 %. Si aucune recommandation n'est formulée, le rapport fait état de deux séries d'anomalies principales :

³⁷ Les signalements de vigilances sanitaires, les événements significatifs en radioprotection, les incidents graves de sécurité informatique, les déclarations de chutes de patients, les déclarations d'accident de travail ainsi que les autres signalements font l'objet de procédures et traitements spécifiques.

- méconnaissance des actions et des résultats des indicateurs de qualité par les professionnels, obérant toute possibilité de mettre en œuvre les mesures correctives et de mettre en place de revues régulières pour une démarche qualité continue ;
- présence de médicaments à dénomination, action ou dosage différents dans un même bac de rangement et méconnaissance des règles de stockage des médicaments constatées à l'USLD en cardiologie, entraînant un risque direct pour le patient, d'autant que la méthode d'identification des piluliers des patients peut être source d'erreur.

2.6. Un recueil des données médicales performant

Le recueil des données médicales constitue un enjeu important pour l'établissement, dont les financements sont directement dépendants du niveau d'activité et de la qualité de cotation des actes, en vertu du mécanisme de tarification à l'activité (T2A).

L'équipe du département d'information médicale (DIM) réalise depuis 2020 un rapport d'activité de l'année écoulée et des tableaux de coûts case-mix³⁸ de l'activité en MCO. Le circuit du codage et de ses contrôles est formalisé. L'analyse du séjour pour la première fois, appelé primo-codage, est réalisée par le professionnel du pôle qui a effectué l'acte, via un logiciel dédié³⁹. Le codage, selon la classification internationale des maladies, est ensuite centralisé par une équipe de techniciens de l'information médicale (TIM) et réalisé à la sortie du patient.

Les délais de codage sont divisés par deux voire par trois sur la période, marqueur d'une meilleure performance, notamment dans le cadre d'un rattrapage de codage durant le COVID et d'une réorganisation de l'équipe de DIM en 2021⁴⁰.

tableau 5 : synthèse des délais de codage des RUM et RSS sur la période (en nombre de jours)

Codage	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Nb de RUM	58 848	61 484	62 440	69 807	68 083	16%
Délai de codage RUM	34,73	34,07	23,96	9,03	9,59	-72%
Nb de RSS	10 589	11 238	11 396	11 628	12 071	14%
Délai de codage RSS	29,94	33,51	25,65	16,31	15,6	-48%

Lecture : RUM : résumé d'unité médicale (correspond au passage dans une unité médicale) ; RSS : résumé de sortie standardisé (correspond au séjour et peut donc comprendre plusieurs RUM). Le délai de codage concerne le codage final et inclut les temps de contrôle qualité.

Source : CRC d'après le CH.

Deux types de contrôle interviennent, le contrôle qualité et le contrôle de l'optimisation de la valorisation, en cohérence avec le guide méthodologique national⁴¹. Les requêtes de ce contrôle ont pour objectif de détecter les sous-valorisation potentielles. Le contrôle de l'exhaustivité du codage s'effectue de manière mensuelle sur les unités médicales⁴². De la qualité du recueil des données et du codage dépend la valorisation de la T2A. Le précédent contrôle de la chambre avait identifié un manque à gagner d'1,2 M€ en termes de tarification. Grâce à l'amélioration des procédures de codage, la T2A augmente globalement de 9 % depuis 2018, malgré la stabilité de l'activité.

³⁸ Éventail des cas médicaux et chirurgicaux traités par un établissement de santé et qui peuvent être décrits par groupes homogènes de malades.

³⁹ Logiciel CORA, remplacé par Web100T au 1^{er} janvier 2024.

⁴⁰ Moins de séjours et plus de temps pour coder en 2020 ; passage de deux médecins à un seul en 2021, secondé par des TIM.

⁴¹ Guide de production des informations relatives à l'activité médicale et à sa facturation (dit guide PMSI) de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

⁴² Cette exhaustivité s'entend de neuf éléments, dont le diagnostic principal, le compte-rendu opératoire, les données médicales et soignantes.

tableau 6 : synthèse de la valorisation de la tarification à l'activité entre 2018 et 2022

Valorisation de la tarification à l'activité (T2A) en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Pôle maladies métaboliques	8 991 603	10 212 393	9 707 605	10 287 524	10 068 964	12%
Pôle médecine-urgences	16 654 822	17 711 438	16 686 463	18 261 605	18 330 367	10%
Pôle médico-chirurgical	12 605 160	14 061 693	12 353 949	12 861 435	13 363 295	6%
Pôle mère-enfant	5 664 889	6 238 507	5 494 400	6 243 069	6 359 313	12%
Pôle gériatrique	2 872 262	2 891 785	2 867 925	2 966 661	2 922 769	2%
TOTAL GENERAL	46 788 735	51 115 815	47 110 342	50 620 295	51 044 708	9%

Source : CRC d'après les données du DIM

Dans son précédent rapport, la chambre recommandait de consolider les outils d'information médico-économiques en s'engageant dans une démarche de production de tableaux de coûts case-mix. Cette recommandation a été mise en œuvre. La chambre recommandait aussi de mettre en place une instance interne de type collège de l'information médicale, qui permettrait d'associer la communauté médicale et le personnel soignant, en faisant du recueil des données médicales une question centrale de l'établissement. Elle constate que ce n'est pas le cas et invite le CH à la mettre en œuvre.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La chambre relève un faible dynamisme de l'activité alors même que les besoins de la population vieillissante sont importants et que l'établissement doit dégager des marges de manœuvre financières pour son opération de réhabilitation-extension. Le CH d'Auch, en raison du faible nombre de praticiens par filière, exploite insuffisamment la pratique des consultations avancées sur son territoire pour influencer positivement son activité. L'internalisation des activités de la clinique de Gascogne, placée en liquidation judiciaire, offre des perspectives de progression de la chirurgie ambulatoire qui restent à consolider.

La chambre relève que grâce à l'amélioration des procédures de codage, la T2A augmente globalement de 9 % en valeur depuis 2018, et ce malgré la stabilité de l'activité. La mise en place d'une instance interne dédiée à l'information médicale, qui permettrait d'associer la communauté médicale et le personnel soignant, ferait du recueil des données médicales une question centrale et participerait au pilotage de la performance de l'établissement.

3. LA GESTION DES RESSOURCES

3.1. Les ressources humaines

À titre liminaire, la chambre souligne l'absence d'outils, comme celle de tableau des emplois des personnels, et donc la faiblesse du suivi sur la période contrôlée. Ces éléments génèrent un manque de fiabilité des données de ressources humaines entre 2018 et 2022, notamment entre les données des bilans sociaux et les données transmises lors de l'instruction, ce qui appelle à la mise en place d'un contrôle de gestion performant (cf. *infra*). L'ordonnatrice précise, dans sa réponse, qu'un tableau des emplois est en cours d'élaboration pour l'année 2024.

Sur la période, le nombre d'ETP rémunérés⁴³ est passé de 1 275 en 2018 à 1 351 en 2022, soit une progression moyenne de 1,5 % par an. Globalement, 90 % de ces ETP sont des personnels non médicaux et 10 % des personnels médicaux. En lien notamment avec cette progression des

⁴³ Équivalents temps plein rémunérés, couvrant les personnels médicaux (PM) et les personnels non médicaux (PNM) tous budgets.

effectifs, les charges de personnel progressent fortement, de 6 % en moyenne annuelle. La masse salariale tous budgets représente ainsi 91,3 M€ en 2022⁴⁴.

3.1.1. Les effectifs marqués par une vacance ou un absentéisme importants

3.1.1.1. Des effectifs médicaux marqués par une vacance importante

Les personnels médicaux ont progressé de 5 % en moyenne par an, atteignant 137 ETP rémunérés en 2022 (internes compris).

tableau 7 : données sur les personnels médicaux entre 2018 et 2022

ETPR / temps partiel	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022	Var moyenne annuelle
ETPR (a)	111,54	92,05	126,59	135,76	136,93	23%	5%
dont ETPR temps partiel (b)	47,54	89,05	59,59	70,76	65,93	39%	9%
Ratio (b) / (a)	43%	97%	47%	52%	48%		
Nb pers. phys temps partiel	268	172	260	253	251	-6%	-2%
Ratio (b) / pers.phys	18%	52%	23%	28%	26%		

Source : CRC d'après les données du CH d'Auch

Notes : 1. ETPR : équivalents temps plein rémunérés.

2. Un quart des praticiens sont à temps partiel (26 % en 2022). Mais leur temps de travail étant globalement faible, de l'ordre de 20 à 30 %, la somme de ces temps partiels représente la moitié du temps de travail réalisé au CH (48 %).

En 2023, comme en 2019, en lien avec les nombreux remplacements de personnel médical, 100 % des ETP rémunérés sont à temps partiel. Ainsi, les 307 agents physiques présents sur l'année 2023 représentent 123,3 ETP rémunérés de PM.

L'établissement compte seulement 64 praticiens hospitaliers, soit moins de la moitié des ETP. Cet effectif progresse peu, de 3 % sur la période. À l'inverse, les effectifs de praticiens attachés (PA)⁴⁵ ont plus que doublé. Les titulaires sont donc peu nombreux, rendant plus difficile la permanence des soins et générant des difficultés à recruter, la fréquence des gardes et astreintes étant devenu un élément déterminant pour les candidats. En outre, les recrutements de PA n'ont pas généré d'activité supplémentaire mais une diminution globale de l'activité par praticien (cf. supra).

Outre les recrutements précités et le glissement vieillesse-technicité, les évolutions statutaires sur la période⁴⁶ ainsi que les mesures adoptées dans le cadre de la crise sanitaire⁴⁷ expliquent la progression de la masse salariale. Les revalorisations statutaires des PM ont permis de bénéficier d'enveloppes financières dans le cadre du Ségur à hauteur de 25 818 € chaque année de 2021 à 2023 et de 679 k€ en 2021 au titre de la péréquation entre établissements publics.

⁴⁴ Masse salariale nette des remboursements de mises à disposition entre budgets.

⁴⁵ Les PA sont des praticiens contractuels qui peuvent exercer concomitamment leurs fonctions dans une ou plusieurs structures du même établissement ou dans des établissements différents.

⁴⁶ Indemnités de présidence de CME, de chef de pôle et chef de service au 1er juin 2022 avec effet rétroactif au 1er novembre 2021.

⁴⁷ Augmentation de l'indemnité d'engagement de service public exclusif et majoration du temps de travail additionnel.

tableau 8 : évolution de la masse salariale relative aux PM entre 2018 et 2022

Masse salariale	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
Personnel médical	14 413 827 €	14 732 631 €	14 988 515 €	16 440 998 €	18 274 536 €	6%	27%
Primes et indemnités brutes	1 900 704 €	1 909 441 €	2 166 272 €	2 282 675 €	2 789 963 €	10%	47%
GVT	nc	-6 102 €	-70 904 €	163 879 €	109 630 €		
Revalorisation IESPE* (à c/ décembre 2020)				228 929 €	236 146 €		
Nouvelles indemnités ** (à c/ novembre 2021)					87 200 €		
Revalorisation TTA (décembre 2021 à septembre 2022)					64 999 €		
Majoration indemnités de sujétions (à c/décembre 2022)					17 231 €		
Sous-total des modifications statutaires				228 929 €	405 576 €		
Pour mémoire, enveloppes Ségur				704 635 €	25 818 €		

* Indemnité d'engagement de service public exclusif

** Indemnité de chef de service, chef de pôle, président de la commission médicale d'établissement et président de la commission médicale de groupement
Source : CRC d'après les bilans sociaux et les données du CH d'Auch

Les difficultés de recrutement s'accompagnent d'un recours fréquent aux missions intérimaires. Les dépenses de personnel pour des courtes durées ou missions ont en effet progressé de 4 % par an, pour atteindre 3,1 M€ en 2022, en raison de la pénurie en matière de pédiatrie, anesthésie-réanimation, soins de suite et réadaptation ainsi qu'en gériatrie⁴⁸. Le CH doit faire face à une vacance de postes importante s'agissant des PM, qui représente 28 ETP.

L'intérim, qui constitue un outil utile pour les cas de tensions en ressources humaines, a été aménagé par la loi RIST de 2021⁴⁹. Or, les interventions de courte durée sont comptabilisées par le CH comme des charges de personnel sous CDD. Aucun marché public n'a été conclu avec des sociétés d'intérim médical, contrairement à la réglementation. La chambre constate que certains praticiens sont en fait fidélisés avec des contrats directs conclus sans publication. Sur la période 2018-2022, le montant total cumulé de ces contrats s'élève ainsi à 5,4 M€ pour 98 PM. Parmi ces PM, 18 cumulent le statut de contractuel et le recrutement pour mission (intérim de fait), sur de longues périodes. Si l'objectif de fidélisation des PM est légitime, l'établissement ne saurait y contribuer en méconnaissance des procédures réglementaires et des principes fondamentaux de libre accès à la commande publique, pour les marchés d'intérim, ou d'égalité d'accès aux emplois publics, pour les recrutements.

La chambre rappelle que, selon le décret n° 2019-1414 du 19 décembre 2019, toute vacance ou création d'un emploi permanent ouvert aux contractuels doit faire l'objet d'un avis sur l'espace numérique commun aux trois fonctions publiques. L'avis de vacance s'accompagne d'une fiche de poste. Le délai de réception des candidatures est d'un mois au minimum à partir de la date de parution de l'avis. Le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels des établissements sanitaires exige qu'au moins un entretien de recrutement soit mené et qu'un document d'évaluation de chaque candidat présélectionné soit établi et transmis à la direction.

tableau 9: évolution des dépenses médicales pour des courtes missions entre 2018 et 2022

Evolution des dépenses pour missions de courtes durées	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022	Evolution 2020-2021
Personnel médical	2 685 331 €	2 919 025 €	2 753 580 €	3 373 181 €	3 161 321 €	4%	18%	23%
dont c/62113- intérim personnel médical	65 679,39 €	67 889,71 €	56 622,59 €	73 551,60 €	52 868,98 €	-5%	-20%	30%

Source : CRC d'après les bilans sociaux et les comptes financiers

⁴⁸ En début de période, le recours à l'intérim médical est justifié par un manque de PM urgentistes, anesthésistes et cardiologues. L'année 2020 enregistre une baisse en raison de la crise sanitaire. Puis le départ de cinq praticiens hospitaliers en 2021 génère un recours accru à l'intérim médical, avec une hausse de 23 % par rapport à 2020.

⁴⁹ Loi n° 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification.

tableau 10 : montants des contrats conclus de gré à gré issus des bulletins de salaire entre 2018 et 2022

PM	2018	2019	2020	2021	2022	Cumul 2018-2022	2023
Cumul des 98 PM	788 775 €	1 001 666 €	1 152 519 €	1 284 237 €	1 154 420 €	5 381 616 €	198 997 €

Source : CRC d'après les bulletins de paye et les contrats

La chambre recommande donc à l'établissement de mettre fin aux recrutements directs sans publication. L'intervention des praticien contractuels doit intervenir soit par des passations de marchés public avec des agences d'intérim, soit par la conclusion de contrat de travail respectant les procédures réglementaires de publicité et de recrutement. Cette recommandation est valable également pour les PNM (cf. *infra*).

Recommandation :

3. Mettre fin aux recrutements directs de personnels contractuels sans publication. Mise en œuvre partielle.

Dans sa réponse, la directrice indique avoir supprimé en totalité les contrats de très courte durée pour les PM en les remplaçant par des contrats d'une durée minimum d'un an, validés le cas échéant par l'ARS. Pour les remplacements inférieurs à un mois, le recours à l'intérim est priorisé, un marché public avec des agences est en cours de conclusion. Tel n'est pas le cas, par contre, pour les praticiens qui font des remplacements de congés habituels. Ces derniers, par leur fidélité à l'établissement, permettraient d'offrir, selon elle, une meilleure continuité des soins. La directrice ne précise cependant pas dans quelles conditions réglementaires ceux-ci interviennent au sein de l'établissement. Or, une publication de poste ou un recours à l'intérim est nécessaire. La recommandation peut ainsi être considérée comme partiellement mise en œuvre.

Par ailleurs, en fin d'année 2022, le taux de vacance de PM aux urgences étaient de plus de 50 %. La mise en place avec le CHU, en novembre 2022, de l'équipe territoriale de médecins urgentistes a permis une forte diminution du recours à l'intérim médical dans ce service. Mais celui de l'anesthésie-réanimation demeure à 35 %, celui de la cardiologie à 60 % et l'activité de pneumologie était à l'arrêt en raison d'une vacance totale.

3.1.1.2. Des effectifs non médicaux marqués par un fort absentéisme

S'agissant des personnels non médicaux, le CH compte 1 214 ETP rémunérés sur l'ensemble de l'année 2022, soit une progression moyenne d'1 % par an depuis 2018. La catégorie des personnels soignants connaît la plus forte progression avec +48 ETPR entre 2018 et 2021, notamment en raison de recrutements d'infirmiers et d'aides-soignants à l'EHPAD et de l'USLD. En fin de période, la diminution du nombre de personnels soignants s'explique essentiellement par un nombre élevé de démissions et des départs à la retraite nombreux.

La chambre relève en effet un nombre important de démissions de PNM, à hauteur de 16 en 2021 et 28 en 2022. Elles s'expliquent essentiellement par des opportunités professionnelles, y compris vers le privé, des raisons familiales mais également des risques psycho-sociaux, des mésententes dans l'équipe, la lourdeur des pathologies, qui ont été accentuées par la crise sanitaire.

Si les personnels administratifs enregistrent une forte progression sur la période, l'augmentation de près de 12 ETP entre 2021 et 2022 est liée aux remplacements pour cause d'absentéisme. La diminution en 2020 des personnels techniques est directement liée à la fermeture de la blanchisserie.

tableau 11 : évolution des effectifs non médicaux entre 2018 et 2022 en ETPR

Catégorie professionnelles	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022	Var moyenne annuelle
Personnel Administratif	139,78	139,67	143,63	144,78	157,09	12%	3%
Personnel Soignant	815,92	834,37	857,95	864,69	843,81	3%	1%
Personnel Médico-technique	54,25	54,39	55,68	57,17	63,28	17%	4%
Personnel Socio-éducatif	8,28	7,04	7,86	7,09	7,33	-11%	-3%
Personnel de rééducation	17,66	20,33	20,58	19,91	18,65	6%	1%
Personnel Technique et Ouvrier	126,07	132,25	124,53	120,31	123,71	-2%	0%
Personnel adm sous contrats privés	0,55					-100%	-100%
Divers adm	0,58			0,33	0,50	-13%	-3%
Total général	1 163,08	1 188,06	1 210,24	1 214,27	1 214,38	4%	1%

Source : CRC d'après les données de l'établissement

La variation du nombre de titulaires et de contractuels diffère selon les budgets : alors que le nombre de titulaires progresse d'1,3 % (y compris stagiaires) celui des contractuels augmente de 16 % sur le budget principal, soit plus de 21 agents. En revanche, au sein de l'USLD et de l'EHPAD, le nombre de contractuels recule sur la période de l'ordre de 20 à 40 % et le nombre de titulaires progresse de 25 à 50 %.

L'augmentation de la masse salariale des PNM, de 6 % en moyenne par an, est la traduction directe de l'évolution des effectifs, mais aussi des mesures prises dans le cadre de la crise sanitaire et du Ségur de la santé, à savoir les primes de risques et primes de soins critiques, pérennisées en complément de traitement indiciaire, et de l'augmentation des heures supplémentaires et de leur majoration. En fin de période, les différents reclassements et avancements de grade participent également à cette augmentation de la masse salariale. La chambre relève que l'établissement est dans l'incapacité de fournir des données complètes, par exemple le volume annuel de masse salariale lié au glissement vieillesse technicité.

tableau 12 : évolution de la masse salariale relative aux PNM entre 2018 et 2022

Masse salariale en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
Personnel non médical	53 204 159	54 838 540	59 265 645	63 846 887	67 575 464	6%	27%
dont : GVT	158 876	nc	nc	nc	275 565		
Mesures nouvelles *	1 972 199	419 249	677 886	503 509	1 359 334	-9%	-31%
Coût Ségur				5 039 140	4 991 119		
Surcoût Covid				66 902			
Augm./major. heures supplémentaires				144 075	800 000		
Prime grand âge				188 505	184 257		
<i>Sous-total des modifications statutaires</i>				5 942 131	7 334 711		

* Mesures contrat de retour à l'équilibre financier, parcours professionnels, carrières et rémunérations, augmentation du point d'indice, revalorisation du SMIC

Source : CRC d'après les bilans sociaux et les données du CH d'Auch

Sur l'ensemble de la période, le recours à l'intérim pour le personnel non médical augmente, essentiellement au service des urgences, mais dans une proportion moindre que pour les personnels médicaux. Il est globalement lié aux difficultés de recrutement pour les métiers en tension (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et métiers du grand âge) mais surtout à l'absentéisme, qui représente 46 000 jours d'absence en 2022 (cf. *infra*).

La chambre constate, comme pour les personnels médicaux, qu'aucun marché public n'est conclu avec des sociétés d'intérim, contrairement à la réglementation, et qu'une part des missions courtes est réalisée sous forme de contrats conclus directement sans procédure de publicité ni entretien de recrutement. Même si cette pratique est moins développée que pour les PM, la chambre réaffirme sa recommandation de mettre fin à ces contrats sans publicité, soit en passant des marchés publics d'intérim, soit en concluant des contrats de travail dans le respect des procédures de recrutement réglementaires.

L'ordonnatrice précise, dans sa réponse, que pour pallier l'absentéisme des PNM, le CH a recours à des remplacements sans publication particulière, selon trois modalités. Il s'agit d'abord du recours à des agents de l'établissement ou à des vacataires extérieurs, utilisant la plateforme dédiée pour accepter une mission postée et bénéficiant d'un contrat. Le CH a aussi recours à l'intérim sur la base d'un marché avec deux agences. Enfin, il recourt à des contrats de remplacement ponctuel avec des agents retraités ou des élèves infirmiers et aides-soignants connus de l'établissement. L'ordonnatrice ne justifie cependant pas dans quelles conditions réglementaires ils interviennent au sein de l'établissement. Or, une publication de poste ou un recours à l'intérim est nécessaire. Elle s'engage à recourir à des contrats annualisés pour ces derniers.

Le taux d'absentéisme des PNM, déjà élevé, progresse sur la période, passant de 8 % en début en 2018 à 10 % en 2022. Au cours de ce dernier exercice, la maladie ordinaire représente 28 155 jours d'absence (dont 5 600 pour COVID), les accidents du travail en représentent près de 5 500 jours, la longue maladie compte pour 6 470 jours, la maladie professionnelle pour 1 835 jours d'absence et les congés maternité et paternité représentent 4 000 jours d'absence. Au final, les plus de 45 960 jours d'absence enregistrés en 2022 sont équivalents à l'absence permanente sur l'année de 126 ETP⁵⁰.

Ces taux d'absentéisme entraînent donc des besoins importants de remplacement, devant normalement être comblés par le pool de remplacement, pour l'absentéisme inférieur à 15 jours, et par le recours à l'intérim au-delà de 15 jours, en cas d'impossibilité de remplacement. La chambre recommande donc au CH de veiller à réduire cet absentéisme et relève que cette problématique a été intégrée dans le plan de performance et d'économies de l'établissement.

tableau 13 : évolution du taux d'absentéisme des PNM entre 2018 et 2022

Taux d'absentéisme tous motifs confondus	2018	2019	2020	2021	2022
Personnel non médical	8,25%	8,46%	9,39%	8,36%	10,34%
Dont IDE	nc	6,23%	7,77%	5,90%	nc
Dont aides-soignants	nc	12,31%	13,16%	11,16%	nc

Source : CRC d'après les bilans sociaux

Recommandation :

4. Réduire l'absentéisme des personnels non médicaux. *Non mise en œuvre.*

L'ordonnatrice s'engage, dans le cadre de ce plan, à analyser l'efficacité de l'équipe de remplacement et à envisager sa réorganisation si nécessaire.

3.1.2. Un temps de travail à régulariser

3.1.2.1. Le temps de travail du personnel médical

Selon la réglementation, la durée du temps de travail des médecins ne peut pas dépasser 48 heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur quatre mois⁵¹. Elle est décomptée par demi-journée d'exercice, suivant l'obligation de 10 demi-journées par semaine pour un praticien à temps plein⁵². Sont compris dans les obligations de service : les activités cliniques,

⁵⁰ 45 960 jours d'absence / 365 jours calendaires.

⁵¹ Article R.6152-26 et 27 du code de la santé publique.

⁵² Par exception à ce principe, les activités médicales soumises à temps continu sont calculées en heures, en moyenne sur quatre mois, toujours sans excéder 48 heures.

gardes, formations, congés et absences justifiées. Les astreintes et repos quotidiens (lendemain de permanences sur place) ne sont pas pris en compte.

La permanence des soins en établissement de santé repose, sous la responsabilité de l'ARS, sur les gardes et astreintes assurées par les praticiens. Elle est exposée à la fragilité des organisations du CH d'Auch, notamment la faible taille des équipes par filière, et à l'évolution des attentes des praticiens (articulation du travail avec la vie personnelle). À peine 56 % des effectifs médicaux assurent les gardes en 2022, soit parce qu'une partie non négligeable est constituée de praticiens attachés associés (PAA)⁵³, soit parce que des praticiens résident à Toulouse et ne souhaitent pas y participer. Même si toutes les filières ne nécessitent pas la mise en place de gardes, privilégiant les astreintes, la chambre souligne que le statut de PAA et l'éloignement ne constituent pas des cas d'exemption de participation aux gardes⁵⁴. En cardiologie, certains PAA participent à la permanence des soins⁵⁵. Une convention est en cours de finalisation avec le CHU sur la téléexpertise, permettant de sécuriser à distance les permanences des PAA par un praticien titulaire responsable.

La chambre souligne que l'instance en charge de l'organisation des gardes et astreintes, la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) ne s'est pas réunie depuis 2018. Or, la réunion annuelle de cette instance doit permettre de définir l'organisation et le fonctionnement de la permanence par secteur d'activité, d'établir un bilan de l'année, de donner un avis sur les conventions de coopération et sur les tableaux de permanence⁵⁶.

Dans certains cas, il peut être dérogé à la durée maximale de 48 heures par semaine par le recours au temps de travail additionnel (TTA) qui est contractualisé sur la base du volontariat, conformément aux dispositions de l'article R. 6152-27 du code de la santé publique⁵⁷. Au sein du CH, les services organisés en temps médical continu, à savoir les urgences (pour les seuls urgentistes d'Auch) et le service anesthésie-réanimation, bénéficient d'un paiement au titre du temps de travail additionnel.

Sur la période 2018-2022, le montant cumulé des TTA s'élève à 2,8 M€. Le secteur des urgences, qui représente 60 % de ce montant, connaît une diminution (-15 %). En revanche, le secteur réanimation enregistre une progression de 75 % sur la période, en raison d'un sous-effectif médical et donc de la nécessité de compléter les plages du tableau de service. Le montant est globalement stable pour le secteur anesthésie. Tous secteurs confondus, trois praticiens regroupent 30 % des TTA cumulés sur la période.

tableau 14 : évolution des coûts du temps de travail additionnel par secteur entre 2018-2022

Cumul annuel des coûts de TTA par secteur	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022	Cumul 2018-2022	Poids du secteur sur TTA
ANESTHESIE	145 670,47 €	118 982,14 €	122 092,29 €	131 473,73 €	147 326,84 €	0%	1%	665 545,47 €	24%
REANIMATION	61 517,66 €	111 818,66 €	83 971,88 €	85 871,61 €	107 836,74 €	15%	75%	451 016,55 €	16%
URGENTES	378 304,68 €	350 329,92 €	316 603,44 €	309 511,30 €	319 816,44 €	-4%	-15%	1 674 565,78 €	60%
Cumul annuel TTA tous secteurs	585 492,81 €	581 130,72 €	522 667,61 €	526 856,64 €	574 980,02 €	0%	-2%	2 791 127,80 €	

Source : CRC d'après les relevés TTA du CH Auch

⁵³ Diplômés étrangers, en parcours de consolidation, non-inscrits au CDOM. Ils peuvent être appelés à collaborer à la continuité des soins organisée sur place, en appui des personnels médicaux du service statutairement et sous leur responsabilité. Ils ne sont pas autorisés à effectuer des remplacements (article R.6152-632 du code de la santé publique).

⁵⁴ L'article R.4127-77 du CSP et article 9 de l'arrêté SANH0321568A du 30 avril 2003 modifié.

⁵⁵ Les urgences cardiologiques ne sont pas traitées par le CH, le CHU étant seul habilité à cette spécialité.

⁵⁶ Notamment article 8 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins.

⁵⁷ L'instruction du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail des services d'urgences, dite « circulaire Touraine », prévoit la possibilité de réalisation du TTA après la 39^{ème} heure pour les urgentistes.

L'instruction n° 2014-101 du 31 mars 2014 précise qu'« en lien avec le volontariat et l'accord explicite du praticien, les aspects relatifs à la contractualisation sont systématisés : l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du temps de travail additionnel vise aussi bien les situations de recours prévisionnel que de recours ponctuel à du temps de travail additionnel. » Le contrat, dont le modèle est élaboré par la COPS, doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du TTA. La COPS est chargée de vérifier le respect des conditions, afin de rendre compte et d'alerter la CME en cas de non-conformité avec les règles.

Or, le TTA n'est pas contractualisé au sein du CH. Ainsi, les conditions de son application méconnaissent la réglementation. La chambre recommande donc à l'établissement de régulariser les procédures de temps de travail des praticiens, en signant systématiquement des contrats de TTA et en réunissant annuellement la COPS.

Recommandation :

5. Régulariser les procédures de temps de travail des praticiens, en signant systématiquement des contrats de TTA et en réunissant annuellement la COPS. *Mise en œuvre complète.*

Suite au contrôle de la chambre, six contrats sur le temps de travail additionnel ont été signés au sein des services d'anesthésie et de réanimation. S'agissant des praticiens urgentistes, le protocole de 2018, qui prévoyait la mise en place de temps additionnel, a pris fin le 1^{er} juin 2024. Des contrats individuels de TTA devront donc être signés le cas échéant. La commission d'organisation de la permanence des soins s'est réunie le 30 avril 2024. La chambre considère donc sa recommandation comme mise en œuvre.

3.1.2.2. Le temps de travail du personnel non médical

La durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements publics de santé, conformément au décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007, pris en application de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Le décompte est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures⁵⁸.

L'organisation du temps de travail des personnels non médicaux au sein du CH repose sur une note de gestion du temps de travail et le guide du temps de travail de 2014 pour la période de contrôle, guide revu à l'été 2023. En outre, une note du 26 juin 2023 est venue modifier une application jusque-là irrégulière de l'octroi des jours de repos compensateurs supplémentaires⁵⁹.

Le temps de travail hebdomadaire appliqué au CH est de 39 heures. Sur la période, 50 % des PNM sont soumis au régime dérogatoire de l'organisation de l'activité en travail continu sur une plage de 12 heures d'amplitude. Dans les faits, il s'agit quasi-intégralement de personnels soignants. Par ailleurs, aucun dispositif automatisé de contrôle du temps de travail n'est installé ; le suivi est entièrement manuel.

⁵⁸ La réglementation prévoit que la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable. En outre, les agents en repos variable qui effectuent au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile bénéficient de deux jours de repos compensateurs supplémentaires, soit 1 568 heures. Pour les agents travaillant exclusivement de nuit, la durée annuelle de travail effectif est réduite à 1 476 heures.

⁵⁹ Jusqu'à cette date les agents effectuant entre 10 et 19 dimanches ou jours fériés sur l'année civile bénéficiait d'un jour de repos supplémentaire alors que seul le seuil réglementaire de 20 dimanches ou jours fériés déclenche l'octroi de deux jours de repos supplémentaires. Cette note précise que la rectification de cette disposition est rétroactive pour l'année 2023.

Malgré les révisions intervenues en fin de période, la chambre constate que la durée de travail réglementaire, reprise dans les tableaux suivants, n'est pas respectée. Cela équivaut à une perte totale de près de 8,7 ETP par an avant 2023⁶⁰ et de 5,3 ETP pour 2023, alors que les vacances de postes et que le nombre d'heures supplémentaires sont importants.

De même, si le cycle de travail de référence est un cycle de huit semaines, dans les faits les plannings ne sont pas réalisés sur la base de ce cycle mais mois par mois.

Enfin, un dispositif historique est en place au sein du CH sans fondement réglementaire : le dispositif dit « H40 ». Ce système consiste à récupérer une heure de travail dès la réalisation de la 39^{ème} heure, possiblement par tranche de cinq jours travaillés. Les cadres et ingénieurs sont pour leur part soumis au forfait, depuis le 1^{er} janvier 2023, bénéficiant ainsi de 19 jours de RTT mais ne pouvant plus prétendre aux heures supplémentaires conformément à la réglementation du 22 avril 2022. Malgré cela, la durée du travail pratiquée au CH reste inférieure à la durée légale pour les agents en repos fixe, essentiellement administratifs, alors qu'ils n'ont pas à être présents en permanence, et pour les agents travaillant de nuit, ce qui génère une perte globale de ressources estimée à 5,3 ETP en 2023.

tableau 15 : durée du travail selon les régimes avant 2023 puis à partir de 2023

<i>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 et article L.611-3 du code générale de la fonction publique</i>	Heures réglementaires hors jours de fractionnement	Heures travaillées au CH avant 2023	Écart en nombre d'heures	Rappel ETP	soit perte horaire	soit perte en ETP
Agents en repos fixe	1 607	1 589	18	446,00	8 028,00	5,00
Agents en repos variable (> 10 Dim et JF < 20 Dim et JF)	1 582	1 575	7	758,00	5 306,00	3,35
Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)	1 568	1 561	7	17,00	119,00	0,08
Agents travaillant de nuit	1 476	1 470	6	67,00	402,00	0,27
Total			32,00		-	8,70

<i>Décret n°2002-9 du 4 janvier 2002 et article L.611-3 du code générale de la fonction publique</i>	Heures réglementaires hors jours de fractionnement	Heures travaillées au CH en 2023	Écart en nombre d'heures	Rappel ETP 2023	soit perte horaire en 2023	soit perte en ETP en 2023
Agents en repos fixe	1 607	1 589	18	446,00	8 028,00	5,00
Agents en repos variable (> 10 Dim et JF < 20 Dim et JF)	1 582	1 582	-	758,00	-	-
Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)	1 568	1 568	-	17,00	-	-
Agents travaillant de nuit	1 476	1 469	7	67,00	469,00	0,32
Total			18,00		-	5,31

Source : CRC d'après la note et tableau transmis

Le temps de travail des personnels soignants présente donc une double difficulté : le non-respect de la durée légale et la méconnaissance des cycles de travail de référence. Sur ces deux aspects, la chambre recommande au CH de mettre le temps de travail en conformité avec la réglementation.

Recommandation :

6. Mettre le temps de travail des soignants en conformité avec la réglementation, notamment la durée légale et les cycles de travail. *Mise en œuvre partielle.*

L'ordonnatrice précise, dans sa réponse, qu'un groupe de travail sur la gestion du temps a été mis en place et que la durée annuelle de travail des agents travaillant exclusivement de nuit a été fixée à 1 476 heures à compter du 1^{er} janvier 2024, conformément à la réglementation.

⁶⁰ Sur la base d'un nombre d'agents répartis entre les régimes similaires aux données 2023.

S'agissant des agents en repos fixe, deux services administratifs font l'objet d'une expérimentation entre avril et septembre 2024, incluant notamment la suppression du dispositif « H40 » et un retour au volume réglementaire de RTT. L'ordonnatrice s'engage en outre à réviser les maquettes organisationnelles et à généraliser le déploiement des cycles de travail. La chambre considère donc sa recommandation comme partiellement mise en œuvre.

Par ailleurs, au regard des bilans sociaux, le nombre d'heures supplémentaires réalisées est près de huit fois plus important en 2022 qu'en 2018. La crise sanitaire notamment explique en partie cette progression, qui est favorisée par le déplafonnement réglementaire du nombre d'heures ainsi que par leur majoration nationale⁶¹. Si au sein de l'établissement, le principe est celui de la récupération, les bilans sociaux comme les bulletins de salaire montrent que, dans les faits, les personnels soignants réclament plutôt leur rémunération.

D'après les bulletins de paie⁶², 1 457 agents différents ont bénéficié d'heures supplémentaires entre 2018 et 2022, soit globalement 100 % des PNM, pour un total cumulé de plus de 84 000 heures supplémentaires sur la période. Leur analyse montre que le plafond réglementaire des 15 heures supplémentaires mensuelles a été dépassé à 107 reprises en 2018 et à 125 reprises en 2019. Les années suivantes, le nouveau plafond des 20 heures supplémentaires mensuelles a également été dépassé à 112 reprises en 2020, à 269 reprises en 2021 et à 230 reprises en 2022.

Le volume des heures supplémentaires est particulièrement important sur la fin de la période : les années 2021 et 2022 représentent chacune environ 30 % des heures cumulées depuis 2018. Même si tous les PNM bénéficient des heures supplémentaires, le volume est assez concentré : c'est ainsi que moins de 3 % des agents ont perçu plus de 25 % des heures supplémentaires payées sur la période, soit près de 22 000 heures cumulées pour 39 agents. Au total, les indemnités d'heures supplémentaires représentent plus d'1,4 M€ en 2022.

tableau 16 : évolution des heures supplémentaires des PNM dans les bilans sociaux entre 2018 et 2022

Heures supplémentaires des PNM	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
nb d'heures indemnisées (bilans sociaux)	4 758	8 098	17 638	27 806	37 097	67%	680%
montants indemnisés (bilans sociaux)	139 096 €	210 875 €	547 846 €	861 398 €	1 437 757 €	79%	934%
nb d'heures indemnisées (bulletins de paie)	4 848	8 176	17 952	27 915	25 273	51%	421%
Delta données bilans sociaux/bulletins de paie	- 90	- 78	- 314	- 109	11 824		

Source : CRC d'après les bulletins de paie et les bilans sociaux

Depuis le contrôle de la chambre, des notes de service rappellent la réglementation sur l'obligation annuelle de travail et la nécessité de privilégier les réorganisations de planning plutôt que les heures supplémentaires de remplacement. L'ordonnatrice précise, dans sa réponse, qu'une vérification renforcée des heures réalisées et de la rémunération par agent sera mise en place en septembre 2024. À compter de 2025, le personnel sera en mesure de déposer des heures supplémentaires sur le compte-épargne-temps, conformément à la réglementation.

⁶¹ Le plafond légal est passé de 15 à 20 heures par mois suite au décret n°2020-298 du 24 mars 2020 modifiant l'article 6 du décret n°2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

⁶² Leur analyse aboutit à un nombre d'heures supplémentaires relativement comparables aux données des bilans sociaux, à l'exception de l'année 2022 pour laquelle le nombre d'heures indemnisées est inférieur de près de 12 000 heures par rapport au bilan social, dont la fiabilité des données s'est avérée fragile.

3.1.3. Des consultations externes à mieux contrôler

La plupart des consultations externes⁶³ sont réalisées à titre public. Parallèlement, les consultations externes réalisées à titre libéral au CH concernent 25 praticiens depuis 2018 : 4 praticiens hospitaliers de l'établissement, 5 médecins libéraux extérieurs réunis en groupement de coopération sanitaire, 15 médecins libéraux hors GCS et une sage-femme libérale. Ils interviennent dans de nombreuses filières, notamment en gynécologie-obstétrique, cardiologie, cancérologie et chirurgie. L'un des PH d'Auch intervient en imagerie (scanner et IRM).

Concernant les quatre PH de l'établissement, le code de la santé publique⁶⁴ ouvre la possibilité aux praticiens statutaires exerçant à temps plein de réaliser une activité libérale dans l'établissement au sein duquel ils exercent, dès lors que l'exercice des missions de service public n'y fait pas obstacle. Un contrat d'une durée de cinq ans encadre les conditions de l'activité libérale, après avis du directeur de l'ARS, du chef de pôle et du président de la CME. L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation mais aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de cette activité. La réforme de l'ordonnance n° 292 du 17 mars 2021 visant à favoriser l'attractivité des carrières, complétée par le décret du 5 février 2022, nécessite de distinguer deux périodes.

Jusqu'au 31 décembre 2021, la durée de l'activité libérale ne pouvait excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire du praticien (art. L.6154-2 du CSP ancien). À compter du 1^{er} janvier 2022, l'ordonnance permet d'élargir les catégories de praticiens qui peuvent y prétendre et prévoit de nouvelles limites temporelles à l'exercice libéral (art. L. 6154-2 du CSP nouveau), l'objectif étant toujours de préserver le caractère prioritaire de l'activité publique.

Cette activité libérale donne lieu au versement d'une redevance à l'établissement par le praticien, fixée en pourcentage des honoraires perçus⁶⁵. Une commission de l'activité libérale (CAL) est chargée, au sein de l'établissement, de veiller à la bonne application des dispositions réglementaires ainsi qu'au respect des contrats d'activité libérale. Elle doit élaborer chaque année un programme de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale ainsi qu'un rapport sur ces conditions d'exercice et sur les informations financières afférentes⁶⁶. En outre, une commission régionale de l'activité libérale (CRAL) au sein l'ARS est chargée notamment d'émettre les avis sur les autorisations. Une charte d'activité libérale doit être rédigée au sein de l'établissement et une clause de non concurrence doit être incluse dans les contrats⁶⁷.

Tout manquement d'un praticien aux obligations qui lui incombent doit être porté à la connaissance du directeur de l'ARS par le directeur de l'établissement ou le président de la CAL, lequel peut suspendre l'autorisation.

Or, la chambre a constaté que les temps de travail dédiés à l'activité libérale étaient soit non contractualisés dans un cas, soit supérieurs à la limite réglementaire de 20 % pour deux autres cas. La chambre rappelle également la nécessité réglementaire d'y joindre les avis du directeur de l'ARS, du chef de pôle et du président de la CME, non produits. Par ailleurs, deux des quatre

⁶³ Les consultations externes sont des consultations ambulatoires assurées au sein de l'établissement par des praticiens de l'hôpital ou extérieurs, à titre public ou libéral. Elles sont dites externes car le patient n'est pas hospitalisé (hospitalisation complète ou de jour) et interviennent soit comme une consultation de ville, soit en tant que consultation de préparation ou suivi d'intervention

⁶⁴ Voir notamment les art. L.6154-1, 2 et 4 du CSP.

⁶⁵ À l'exception des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil, notamment le scanner et l'IRM. Les actes de scanographie donnent lieu au reversement par l'établissement, au bénéfice du PH, d'une quote-part du forfait technique (20 %) lorsque ces actes sont réalisés dans le cadre libéral. Les PH qui pratiquent des actes de scanographie fournissent au directeur un état récapitulatif trimestriel du nombre d'actes libéraux réalisés. Voir art. L.6154-3 et R.6154-8, art. R.6154-9, art. D.6154-10-1 et 3 du CSP.

⁶⁶ Voir art. L. 6154-5 et 6, art. R.6154-1, art. L. 6154-5-1 du CSP.

⁶⁷ Cf. décret n°2017-523 du 11 avril 2017.

contrats ne comportaient pas de clause de non concurrence et, dans le cas de l'IRM et du scanner, l'information portée aux patients quant à la distinction des tarifs privés ou publics n'est pas satisfaisante.

tableau 17 : récapitulatif des heures contractualisées par les praticiens

Temps déclarés dans les contrats	Pour le CH	Pour l'activité libérale	Poids de l'activité libérale
Docteur 1 - contrat 2013	horaires non contractualisés		
Docteur 1 - contrat 2017	horaires non contractualisés		
Docteur 1 - contrat 2021	inc	10	nc
Docteur 2 - contrat 2018	6 demi-J	2 demi-J	25%
Docteur 3 - contrat 2018	8 demi-J	2 demi-J	20%
Docteur 4 - contrat 2016	14	9	39%
Docteur 4 - contrat 2021	14	10	42%
Docteur 4 - contrat 2023	14	10	42%

Source : CRC d'après les contrats

La chambre relève également que la commission d'activité libérale (CAL) n'a pas été réunie en 2019, en 2020 et en 2021, contrairement à l'obligation annuelle. Réunie en 2022, son rapport constate des difficultés s'agissant du nombre de consultations et d'actes libéraux effectués par certains médecins, supérieurs en nombre et en volume à ceux qu'ils effectuent au titre de l'activité publique. Un compte-rendu a alors été transmis à l'ARS pour demande d'avis de la CRAL. Mais, faute de CRAL mise en place en Occitanie, le CH est resté sans avis de l'ARS. La CAL de 2023 a examiné ces difficultés et obtenu l'accord d'un des praticiens quant au rééquilibrage des consultations et à la réalisation des encaissements par le CH et non plus directement par le praticien⁶⁸. Une régie dédiée à l'activité libérale a été créée courant 2023 pour un début d'activité en septembre 2023, suivant en cela la recommandation du précédent rapport sur les consultations externes. Par ailleurs, la charte d'activité libérale a été validée après avis du Directoire du 1^{er} février 2024, et signée par les deux PH concernés.

tableau 18 : données du CH concernant les actes et consultations à titre libéral et public des quatre PH

En nombre cumulé entre 2018 et 2022	2018		2019		2020		2021		2022	
	Cumul pour le CH	Cumul en libéral	Cumul pour le CH	Cumul en libéral	Cumul pour le CH	Cumul en libéral	Cumul pour le CH	Cumul en libéral	Cumul pour le CH	Cumul en libéral
Docteur 1										
Déclaration par les PH			1 662	1 957	1 751	2 190	2 371	2 851		
Déclaration par la CPAM				1 255		1 170		1 022		
Poids de l'activité libérale (CPAM)				43%		40%		30%		
Docteur 2										
Déclaration par les PH	1 420	641	1 084	1 328	701	1 459	1 543	559		
Déclaration par la CPAM		NC		NC		NC		NC		
Poids de l'activité libérale (PH)		31%		55%		68%		27%		
Docteur 3										
Déclaration par les PH			415	579	76	514	243	425	310	624
Déclaration par la CPAM				NC		NC		NC		NC
Poids de l'activité libérale (PH)				58%		87%		64%		67%
Docteur 4										
Déclaration par les PH			4 480	7 577	3 356	5 506	4 527	7 167	376	1 374
Déclaration par la CPAM				3 669		3 227		2 780		NC
Poids de l'activité libérale (CPAM)				45%		49%		38%		79%

Source : CRC d'après les données de la direction des affaires financières

La chambre constate des insuffisances dans les procédures de contrôle, alors même que des irrégularités sont constatées sur la période. Elle rappelle l'obligation d'établir annuellement le

⁶⁸ Le second praticien est en arrêt maladie et les deux autres ont cessé leur activité libérale en 2022.

rapport de la CAL sur les conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale au sein de l'établissement, ainsi que le programme de contrôle, l'obligation d'établir des contrats comportant l'ensemble des dispositions requises. Le CH doit s'assurer qu'aucun médecin ne réalise un volume d'actes et de consultations à titre libéral supérieur à celui effectué au titre de l'activité publique et que la facturation soit adéquate. La chambre recommande donc au CH d'engager un meilleur suivi de l'activité libérale permettant de s'assurer du respect de la réglementation par chaque médecin.

Recommandation :

7. Engager un meilleur suivi de l'activité libérale permettant de s'assurer du respect de la réglementation par chaque médecin. *Mise en œuvre partielle.*

Dans sa réponse, l'ordonnatrice indique que le CH a engagé un suivi de l'activité libérale, les premiers constats effectués au 1^{er} trimestre 2024 traduisent un rééquilibrage des actes d'imagerie au profit de l'IRM publique. La prochaine CAL devrait constater une amélioration sur l'ensemble de l'année. La recommandation peut donc être considérée comme partiellement mise en œuvre.

3.2. La gestion patrimoniale

Mis en service en 1974, l'hôpital d'Auch a été construit en forme de tripode, desservi par une voie d'accès unique. L'institut de formation en soins infirmiers (IFSI) est sur la parcelle adjacente. L'EHPAD et l'USLD sont établis sur un site différent.

3.2.1. Une stratégie patrimoniale ambitieuse

Après un audit technique diligenté par l'ARS en 2019, un premier schéma directeur immobilier, réalisé en juillet 2021, souligne de nombreux points de vétusté et de dangerosité du bâtiment, avec par exemple des réseaux de distribution obsolète, l'absence de réseaux alternatifs sur les équipements de secours électriques, sur la production de froid et la distribution de l'eau. Ces diagnostics sont complétés par la mise en place d'une comptabilité analytique permettant le suivi de l'exploitation et de l'investissement par unité fonctionnelle. Par ailleurs, l'offre hôtelière apparaît très insuffisante : 50 % des services ne sont pas équipés de douches dans les chambres, 40 % des chambres sont doubles, 16 services ont une surface inférieure à 50 m². Le CH est en deçà des standards de confort désormais attendus des patients, réduisant par là même son attractivité et aggravant le phénomène de fuite vers les autres établissements. La remise en sécurité et la modernisation des installations sont donc une priorité.

extrait 1 : état des lieux du schéma directeur immobilier de 2021

ETAT DES LIEUX FONCTIONNEL	ETAT DES LIEUX MOBILIER	ETAT DES LIEUX GENERAL LOCAUX : SOLS MURS PLAFONDS HUISSERIES
9 services soit 24% en état critique	7 services soit 19% en état critique	13 services soit 35% en état critique
26 services soit 68% en état moyen	20 services soit 56% en état moyen	14 services soit 38% en état moyen
3 services soit 8% en bon état	9 services soit 25% en bon état	10 services soit 27% en bon état

Source : schéma directeur immobilier 2021

En février 2022, le Premier ministre M. Jean Castex, en déplacement au CH d'Auch, annonce la reconstruction de l'hôpital et l'affectation d'une enveloppe de 117 M€ dans le cadre du volet investissements du Ségur de la santé et d'une enveloppe de 18 M€ proposée par la région

Occitanie, qui s'ajoutent aux 7 M€ dédiés à la restauration financière de l'établissement, toujours dans le cadre du Ségur, soit au total 142 M€ d'aides (dont 135 M€ pour la reconstruction).

Le point central de la stratégie patrimoniale du CH repose alors sur le choix soit d'une reconstruction ex-nihilo, soit d'une extension-restructuration de l'existant. En septembre 2023, les membres de la commission dédiée⁶⁹ ont privilégié le scénario de rénovation-extension sur site, en raison des coûts non soutenables de la reconstruction totale. Le schéma directeur logistique a été formalisé au mois de décembre 2023 et le schéma directeur immobilier a été achevé en janvier 2024. Plusieurs objectifs sont poursuivis : concentrer les flux de patients en ambulatoire sur les étages bas et les hospitalisations sur les étages haut, organiser chaque étage en plateau, élever la qualité des chambres. Il s'agit en outre de répondre à des enjeux spécifiques permettant de pallier aux dysfonctionnements et fragilités constatés par la chambre :

- la pérennisation des spécialités médicales et de la relance de l'activité ;
- l'innovation dans les soins et équipements et l'attractivité pour les professionnels ;
- la valorisation des prestations de soins et d'hébergement pour les patients.

Le projet présente un capacitaire en augmentation, avec 266 lits en MCO et 68 places. En SSR, il est projeté un capacitaire de 44 lits et 31 places, à ajuster dans le cadre de nouvelles autorisations de filières (cardiologie, oncohématologie et digestif). Le délai de réalisation est ambitieux, prévu sur six ans, avec une livraison en 2030. Vue l'option prise de privilégier la réhabilitation, l'établissement devra être particulièrement vigilant sur l'articulation, indispensable, entre réaménagement et continuité de service.

3.2.2. Les projections financières pour la rénovation de l'hôpital

Après différentes projections présentées par un cabinet d'audit, parfois non exhaustives en termes de coûts selon les hypothèses, le projet de restructuration finalisé a été validé par l'ARS le 28 mars 2024. Le plan de modernisation de l'hôpital comprend, outre l'opération de travaux estimée à 135 M€ TDC⁷⁰, un programme de rénovation et de développement de nouvelles activités sur 2024-2026 à hauteur de 10 M€, ainsi que des investissements en équipements à hauteur de 20 M€ ; portant ainsi le total des investissements en vue du nouvel hôpital à 165 M€. Tout dépassement final de l'enveloppe conduira l'établissement à emprunter. Il doit donc présenter aux banques un profil financier favorable alors même que son déficit est structurel (cf. *infra*).

Outre le chiffrage des travaux de restructuration de l'existant, l'enjeu financier majeur réside dans le scénario de redressement des comptes choisi simultanément par le CH. Quatre scénarios ont été présentés à l'ARS fin 2023.

⁶⁹ La commission relative à la décision d'acquisition d'un terrain dans le cadre du projet de reconstruction de l'hôpital est composée de la directrice du CH, du maire d'Auch, du sous-préfet, de représentants et de techniciens de la direction départementale des territoires, de l'ARS, du CH, de la société d'audit et du cabinet de consultants.

⁷⁰ Toutes dépenses comprises (TDC) : en prenant en compte notamment les taxes, les honoraires des prestataires (études, études, maîtrise d'œuvre, assistance à maîtrise d'ouvrage), les frais gardiennage, d'assurance, les provisions pour aléas du montant des travaux.

tableau 19 : scénarios d'évolution et de redressement financier avant opération patrimoniale

	Tendances examinées par le CH avant opération patrimoniale	Projection résultat consolidé	Projection effort	Option de modernisation du CH dans l'hypothèse d'une activité stable
1	maintien de la tendance de déficit structurel	- 2 500 000 €	- €	aides seules : 135 M€
2	redressement financier vers une CAF à 2% et une marge brute à 2,43%	- 1 000 000 €	1 500 000 €	aides + 9 M€ emprunt + apport : 155 M€
3	redressement de quasi équilibre vers une CAF à 2,8% et une marge brute à 3,2%	- €	> 2 500 000 €	aides + 27 M€ emprunt + apport : 177 M€
4	redressement financier vers une CAF à 3,9% (médiane des EPS sur 5 ans par l'ATIH)	1 500 000 €	4 000 000 €	aides + 49 M€ emprunt + apport : 205 M€

Source : CRC d'après la présentation ARS et CSIS octobre 2023

Le scénario de redressement n°3 a été validé par le directoire du 30 novembre 2023 puis mis à jour en décembre 2023. Outre les 135 M€ d'aides annoncées ab initio par l'État et la Région, ajoutés aux 7 M€ de soutien aux équilibres financiers dans le cadre du Ségur, le CH projette donc d'emprunter près de 23 M€. La mobilisation de la CAF à hauteur de 120 k€, projetée par le scénario, implique alors une restauration de celle-ci et un retour à l'équilibre d'ici 2026, ainsi qu'une trésorerie augmentée de 2,25 M€.

De surcroît, cette projection, volontariste, ne prend pas en compte les éléments d'analyse de la fiabilité des comptes (cf. *infra*) qui soulèvent des irrégularités, notamment en matière d'amortissements et de provisions, induisant, pour les premiers, une sous-estimation du déficit de l'établissement au compte de résultat et, pour les secondes, une trésorerie artificiellement augmentée au bilan.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Les ressources humaines de l'établissement sont marquées par un nombre de postes vacants important et un recours massif aux contractuels, parfois recrutés de gré à gré en méconnaissance de la réglementation. Des régularisations ont commencé à être entreprises. À cela s'ajoutent un absentéisme en progression, un temps de travail et un nombre d'heures supplémentaires s'écartant des plafonds légaux.

Les enjeux du nouvel hôpital rénové sont donc majeurs pour la pérennité de son activité : participer à la résolution des problèmes d'attractivité et de faible taille des équipes, en offrant des plateaux performants à même d'attirer des praticiens, une organisation spatiale facilitant les mutualisations de ressources, ainsi qu'une offre de soins et d'hôtellerie de qualité pour les patients. L'ensemble est conditionné à une aide financière fixe et un plan de redressement interne ambitieux. À défaut, le CH pourra difficilement assurer les services d'un établissement pivot au sein du GHT et la continuité de son activité reposera sur une offre de proximité et articulée directement avec le CHU de Toulouse dans le cadre d'un partenariat plus large.

4. LA FIABILITE DES COMPTES

4.1. Un contrôle de gestion quasiment inexistant

La chambre constate globalement une absence de formalisation des processus du CH et une carence dans l'élaboration des outils de fiabilisation, de suivi et d'analyse des données.

S'agissant des ressources humaines, l'absence de référentiel des emplois autorisés, de tableau des emplois réels ou d'évaluation des principales composantes de la masse salariale (GVT notamment) empêche leur suivi sur la période (cf. *supra*). Cette situation conduit à un manque de

fiabilité des données et est révélatrice de l'absence de maîtrise des dépenses de personnel, en hausse globale sur la période alors que l'activité stagne. Une démarche récente d'agrégation de données a cependant été initiée, avec la mise en place de maquettes partielles pour les infirmiers et les aides-soignants par la nouvelle directrice des ressources humaines mi-2023. Il s'agit seulement de données à date, sans comparaison pluriannuelle, et ne couvrant pas l'ensemble des personnels. Un service du contrôle de gestion en ressources humaines est aussi en cours de structuration. Le CH doit poursuivre cette démarche d'agrégation et de fiabilisation des données afin de pouvoir analyser, anticiper et arbitrer sa politique en matière de ressources humaines, notamment l'évolution de ses effectifs et de sa masse salariale.

Il en est de même en gestion financière, pour laquelle le contrôle de gestion se limitait à quelques tableaux produits par un agent, parcellaires et peu partagés. À titre d'illustration, le recensement des besoins récurrents en investissement n'est pas corrélé avec le PGFP (cf. *infra*). De nombreux indicateurs et outils de suivi doivent être revus ou établis. Les conséquences sont significatives sur la fiabilité des comptes, qu'il s'agisse d'une mauvaise évaluation de certaines inscriptions ou de leur absence de fondement. Cette situation est dommageable à double titre : non seulement l'ampleur du projet d'extension-réhabilitation est indissociable de la capacité financière de l'établissement à le mener, qui est impactée par ce manque de fiabilité, mais aussi le CH devra s'astreindre à la certification de ses comptes qui va nécessairement emporter une révision des processus.

La loi HPST introduit en effet la certification des comptes des hôpitaux comme une garantie de performance⁷¹. L'établissement a atteint le seuil des 100 M€ de produits au compte principal en 2021. À volume similaire de recettes pendant trois ans, le CH sera soumis à la certification à compter de 2025 par un commissaire aux comptes⁷². À ce jour, l'établissement a confirmé n'avoir mis en place aucune action de fiabilisation des comptes, ni aucun véritable contrôle interne. Seul le recours à un cabinet d'audit depuis la fin d'année 2022 a pu conduire à un premier diagnostic. Les premières réunions préparatoires tenant à la gestion des immobilisations, cycle prioritaire, ont été tenues fin 2023. Parallèlement, le CH est entré dans le dispositif régional d'accompagnement copiloté par l'ARS et la DRFiP, offrant un suivi resserré de l'avancement dans la préparation à la certification.

Par ailleurs, le CH a conclu, en février 2023, une convention de services comptables et financiers (CSCF) avec la direction départementale des finances publiques du Gers et la trésorerie hospitalière. Le suivi des actions, réalisé dans un tableau de bord succinct, montre que le calendrier de production des comptes et de préparation à la certification ne pourra être respecté.

Ainsi, au regard de sa situation financière difficile, de la fiabilité de ses comptes perfectible, et de ses objectifs de redressement, indispensables à la soutenabilité de l'opération de réhabilitation, la création d'un service performant de contrôle de gestion constitue un enjeu majeur. Si ce type de missions connaît des difficultés de recrutement, l'hôpital pourrait y recourir par mobilité interne ou montée en compétences. Ce service devra développer des outils d'aide à la décision, permettant de disposer de données et diagnostics fiables, d'anticipations crédibles, à même d'offrir à l'établissement un pilotage avisé. La chambre recommande donc de mettre en place un contrôle de gestion performant, à la hauteur des objectifs de l'établissement.

⁷¹ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁷² Articles L.6145-16 et D.6145-61-7. I du code de la santé publique : « sont soumis à la certification de leurs comptes les établissements publics de santé dont le total des produits du compte de résultat principal, constaté lors de l'approbation du compte financier, est égal ou supérieur à cent millions d'euros pendant trois exercices consécutifs. La certification s'applique aux comptes de l'exercice suivant l'approbation du compte financier du dernier de ces trois exercices. »

Recommandation :

8. Améliorer le pilotage financier et des ressources humaines en mettant en place dès 2024 un contrôle de gestion performant. *Non mise en œuvre.*

L'ordonnatrice précise, dans sa réponse, que la recherche d'un contrôleur de gestion se poursuit, avec une publication de poste élargie, et que le CH a commandé un logiciel pour piloter la masse salariale dont le déploiement est prévu à l'été 2024.

4.2. Des durées d'amortissements à revoir

Le CH n'a mis en place aucune procédure de gestion des stocks et ne disposait, jusqu'au mois de janvier 2024, d'aucune décision relative aux durées d'amortissement. La mise en cohérence des durées d'amortissement avec la durée d'utilisation des éléments du patrimoine n'était donc pas vérifiable, d'autant que de nombreuses durées d'amortissement étaient incohérentes⁷³ et anormalement longues, entachant la fiabilité des comptes. L'application de durées d'amortissement longues, sur des masses financières aussi importantes que les constructions et installations, génère dès lors une sous-estimation du déficit de l'établissement à son compte de résultat. Par manque de données précises l'écart est difficile à évaluer. Sur la période écoulée par exemple, le bâtiment principal a été enregistré à l'actif avec une valeur brute de 5,84 M€ et une durée d'amortissement de 51 ans, soit 114 500 € d'amortissement par an. En suivant l'instruction M21 qui porte cette durée à 30 ans, l'amortissement aurait dû s'établir à près de 194 500 €, soit une dépense annuelle supplémentaire de 80 000 €. L'exemple le plus conséquent est celui des installations dites spécifiques, enregistrées en valeur brute globale de 17,4 M€ sur une durée de 50 ans et dont l'amortissement s'élève à 347 300 € par an. L'instruction M21 préconise 10 années d'amortissement, ce qui aurait dû porter à près d'1,74 M€ d'amortissement par an, soit 1,4 M€ supplémentaires à financer par an au budget.

Suite aux remarques de la chambre, l'établissement a adapté ses durées d'amortissement le 12 janvier 2024, en les distinguant par composants. En lien avec le comptable, les écritures correctives doivent être réalisées.

Par ailleurs, la comparaison entre les données des actifs de l'ordonnatrice et celles du comptable laisse apparaître des différences, tant quant à la valeur des immobilisations qu'au montant des amortissements. Pour mémoire, le précédent rapport de la chambre recommandait déjà de fiabiliser l'inventaire. Néanmoins, sur les 5,2 M€ d'écart en valeur nette, 4,8 M€ sont liés à la dotation financière au titre de la restauration des marges (article 50 de la LFSS pour 2021). Cette immobilisation financière n'est pas prise en compte dans le logiciel des immobilisations de l'ordonnatrice.

tableau 20 : vérification de l'état de l'actif et de l'inventaire

Source	Immobilisations en € 2022	VALEUR BRUTE 31/12/2022	AMORTISSEMENTS CUMULES 31/12/2022	VALEUR NETTE 31/12/2022
comptable	Tableau des immobilisations au compte financier (comptable)	98 499 885,98 €	69 666 580,32 €	28 833 305,66 €
	Etat de l'actif du comptable (Hélios) (a)	98 499 885,98 €	68 933 533,12 €	29 566 352,86 €
ordonnateur	Tableau de l'actif de l'ordonnateur (état Madrid) (b)	94 024 852,72 €	69 664 950,44 €	24 359 902,28 €
	INVENTAIRE liste des actifs de l'ordonnateur (état Madrid)		66 800 760,47 €	27 268 099,63 €
	Différence (a) - (b)	4 475 033,26 €	- 731 417,32 €	5 206 450,58 €

Source : CRC d'après le compte financier 2022 -, la liste des actifs et le tableau de l'actif de l'établissement

⁷³ À titre d'exemple, les durées d'amortissement des bâtiments variaient selon les cas de 10, à 15, 18, 19, 20, 21, 25, 28, 34, 37, 50, 51, 53 ou 59 ans.

Au regard de ces éléments, et bien que la chambre ait noté la mise en place de fiches actions en vue de la certification, elle constate que la recommandation n'a pas été mise en œuvre et invite à nouveau le CH à fiabiliser son inventaire en rapprochant ses données de celles du comptable.

4.3. L'absence de rattachements des charges et produits

Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent. Le précédent contrôle de la chambre recommandait à l'établissement d'appliquer les règles de rattachement à l'exercice conformément à l'instruction comptable M21. Sur la période sous contrôle, l'enregistrement des charges à l'exercice, pour les fournisseurs et factures non parvenues représente moins de 1 % des charges d'exploitation.

Cependant, comme il sera abordé *infra* dans l'analyse financière, les produits exceptionnels progressent sur la période, de près de 326 k€ en 2018 à près de 930 k€ en 2022. Pour leur part, les charges exceptionnelles s'élèvent à 1,1 M€ en 2022, contre près de 818 k€ en 2018. La chambre constate que ces dépenses et recettes exceptionnelles constituent en fait des rattachements non réalisés. Si l'imputation de ces montants sur des comptes de classe exceptionnelle permet au moins une identification des opérations, la procédure de rattachement des charges et produits n'est cependant pas respectée. La chambre ne peut donc que réitérer sa recommandation engageant l'établissement à appliquer les règles de rattachement à l'exercice conformément à l'instruction comptable M21 dès 2024.

Recommandation :

9. Procéder dès 2024 au rattachement à l'exercice des charges et produits, conformément à la nomenclature M21. *Recommandation réitérée, non mise en œuvre.*

4.4. Des provisions à régulariser

Les provisions constituent un élément majeur de la fiabilité des comptes, compte tenu de l'obligation de provisionner qui s'impose pour différents risques. Or, l'état des provisions de l'établissement sur la période 2018-2022 laisse apparaître de nombreuses carences.

Le compte des provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations n'est pas utilisé, à l'instar des comptes de provisions pour risques, notamment celui relatif aux litiges, et des provisions pour gros entretien ou grandes révisions.

Les provisions pour litiges sont constituées pour faire face au paiement de dommages et intérêts ou de frais de procès dès la naissance d'un risque, avant tout jugement, et être maintenues au besoin en l'ajustant tant que le jugement n'est pas définitif. En l'espèce, l'ordonnatrice justifie l'absence totale de provisions pour risque par la couverture de la mutuelle et son évaluation des statistiques, et par l'existence d'un seul dossier pénal en cours susceptible d'engager une amende. La chambre rappelle que même si un contentieux n'aura pas, *in fine*, de conséquences financières nettes, la compensation entre la dépense probable et son potentiel remboursement ne peut pas être effectuée d'office, au risque d'entacher la sincérité des comptes. De plus, malgré la demande de la chambre, aucun tableau des contentieux n'a été produit, rendant impossible la connaissance des litiges et leur évaluation chiffrée. La chambre rappelle donc l'obligation de provisionner et recommande la constitution sans délai des provisions pour risques afférentes.

tableau 21 : état des provisions sur la période 2018-2022

Compte financier (montants fins d'exercice)	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
C/142 : Provisions réglementées renouvellement des immobilisations	-	-	-	-	-	
C/151 : Provisions pour risques	-	-	-	-	-	
C/ 1511 provisions pour litiges	-	-	-	-	-	
C/1515 : provisions pour pertes de change	-	-	-	-	-	
C/ 1518 autres provisions pour risques	-	-	-	-	-	
C/152 : Provisions pour risques et charges sur emprunts	-	-	-	-	-	
C/153 : Provisions pour charges de personnel (CET)	1 467 998 €	1 271 269 €	1 561 780 €	1 680 698 €	1 516 823 €	3%
C/ 1531 personnel médical (public)	1 110 000 €	1 007 552 €	1 066 394 €	1 294 382 €	1 188 445 €	7%
C/ 1532 personnel non médical (public)	357 998 €	263 717 €	495 386 €	386 316 €	328 378 €	-8%
C/157 : Provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices	- €	- €	- €	- €	- €	
C/ 1572 provisions pour gros entretien ou grandes révisions	- €	- €	- €	- €	- €	
C/158 : Autres provisions pour charges	8 840 417 €	9 131 362 €	9 785 685 €	10 225 685 €	10 225 685 €	16%
C/29 : Dépréciations des immobilisations	- €	- €	- €	- €	- €	
C/39 : Dépréciation des stocks et en-cours	- €	- €	- €	- €	- €	
C/49 : Dépréciation des comptes de tiers	250 000 €	102 093 €	30 661 €	30 661 €	30 661 €	-88%
C/59 : Dépréciations des comptes financiers	- €	- €	- €	- €	- €	
TOTAL	10 558 415 €	10 504 724 €	11 378 126 €	11 937 044 €	11 773 169 €	12%

Source : CRC d'après les comptes financiers

En outre, les travaux de gros entretien ont pour objet, dans le cadre du programme pluriannuel d'investissement, de vérifier et de maintenir le bon état des biens. Le montant des provisions correspond au montant des travaux identifiés dans le plan de gros entretien (PGE), établi par immeuble ou groupes d'immeubles et par catégorie de travaux. En fonction de la politique d'entretien décidée par l'ordonnateur, le montant des provisions pour gros entretien correspondra aux dépenses de gros entretien des cinq années futures au minimum inscrites au plan global de financement pluriannuel (PGFP) établi. En l'espèce, le PGFP, rejeté par l'ARS, prévoit 18 M€ pour la période 2023-2030. Il est limité en éléments d'investissement, se limitant essentiellement aux besoins récurrents (matériel et entretien courant). Les besoins récurrents sont abordés dans un tableau interne, à hauteur de 9 M€ pour 2023-2027, mais ne correspondant pas au PGFP. Les services confirment que les deux documents ne sont pas corrélés, ce qui souligne un déficit de pilotage. Enfin, le projet d'extension-réhabilitation de l'établissement n'est à ce stade pas intégré. Le CH devra établir un PGE cohérent avec ce projet et inscrire les provisions dédiées.

Concernant les comptes de provisions liés à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET), la liquidation de la provision doit être documentée afin de respecter le principe d'image fidèle, et l'établissement doit constituer des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes, qu'il s'agisse de l'indemnisation future, des congés à venir ou de la prise en compte par le régime de retraite additionnelle. Sur la base du nombre de jours de CET stockés pour l'ensemble des personnels, le coût moyen⁷⁴ par catégorie⁷⁵ a été évalué par la chambre afin d'estimer le montant moyen des provisions à constituer. Il ressort qu'une provision de 4,7 M€ devrait être nécessaire. Seulement 1,5 M€ sont enregistrés, le solde manquant s'élève donc à 3,2 M€. Le principe de l'image fidèle n'est pas respecté, d'autant que l'ordonnatrice ne peut expliquer le calcul de la dotation que pour la seule année 2022.

Le précédent rapport de la chambre recommandait déjà à l'établissement de procéder à la passation des écritures comptables annuelles permettant de suivre les flux relatifs aux jours de compte épargne temps (CET), ainsi que le suivi du stock de jours CET du personnel médical et non médical au 31 décembre de chaque année après exercice de leur droit d'option. En l'espèce, il s'avère que le suivi des flux de CET existe, mais, au regard de l'impossibilité de justifier les calculs des dotations sur la période, la chambre a recommandé de procéder à une évaluation fidèle

⁷⁴ Pour l'année 2022.

⁷⁵ Personnels médicaux : praticiens hospitaliers, praticiens attachés, assistants / personnels non médicaux : catégorie A, B et C.

et à la constitution sans délai des provisions nécessaires à couvrir les charges de personnel liées à la mise en œuvre de CET.

À l'inverse, le compte des autres provisions pour charges enregistre des montants importants de plus de 10 M€, outre sa progression de plus de 15 % sur la période. Ce compte correspond à la possibilité de constituer des provisions dans les cas de remise en état d'un site. En l'espèce, il s'agit du versement par l'ARS d'une dotation au profit de l'USLD en vue de travaux destinés à la mise en œuvre d'un nouveau projet d'organisation des soins. Depuis 2008, près de 959 k€ sont annuellement provisionnés, sans autre reprise de provisions que 7 k€ en 2010 et en 2011, ce qui conduit à s'interroger sur la réalité de la mise en œuvre dudit projet. En l'absence de ces travaux, cette provision aurait dû être supprimée. Cette somme, qui n'a pas été utilisée pour l'USLD, a donc servi à alimenter la trésorerie de l'établissement, qui sans cela, aurait été inférieure de 10 M€⁷⁶ au niveau actuel figurant au bilan. Suite aux remarques de la chambre, la régularisation de cette inscription injustifiée est en cours en lien avec l'ARS car le CH, seul, ne serait pas en capacité d'absorber cette baisse substantielle de son niveau de trésorerie.

Enfin, la dépréciation des comptes de tiers a diminué de près de 90 % entre 2018 et 2020 mais reste anecdotique depuis, avec un montant inchangé de 30 661 € depuis 2020, ce qui révèle une incapacité à apprécier les difficultés de recouvrement des créances douteuses et la probabilité de non recouvrement, conformément au principe de prudence. Le rapport financier 2022 de l'établissement précise que les critères de dépréciation retenus par l'ordonnatrice ne sont pas notés dans les annexes et qu'une analyse précise doit être établie en collaboration avec le comptable public pour déterminer les créances douteuses ou difficilement recouvrables. Il conclut sur la nécessaire formalisation d'une méthode statistique, ce que la chambre ne peut que confirmer. Le précédent rapport de la chambre recommandait déjà d'appliquer les règles de passation des écritures prévues par la nomenclature M21 en matière de dépréciation des comptes de redevables et de poursuivre le travail de fiabilisation des montants inscrits à ce compte en adéquation avec le risque réel d'irrecouvrabilité. Cette recommandation n'a pas été mise en œuvre.

En conclusion, l'ensemble des éléments relevés en matière de provisions sont de nature à entacher la fiabilité et la sincérité des comptes. Le CH d'Auch doit procéder sans délai à la constitution de provisions pour risque de litiges, doit formaliser un plan de gros entretiens et inscrire les provisions afférentes, doit évaluer fidèlement les provisions relatives au CET, doit fiabiliser les provisions pour créances irrecouvrables et doit régulariser la provision de 10 M€ inutilisée pour l'USLD. La chambre lui recommande donc de fiabiliser ses procédures d'évaluation et ses inscriptions de provisions.

Recommandation :

10. Fiabiliser les procédures d'évaluation et les inscriptions de provisions, conformément à la nomenclature M21. *Recommandation réitérée, mise en œuvre partielle.*

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La fiabilité des comptes du CH est largement perfectible, notamment en matière d'amortissements, de rattachements et de provisions, ce qui génère une image non fidèle de sa situation financière. Ces lacunes en la matière qui viennent minorer son déficit annuel réel et gonfler son stock de trésorerie fragilisent, également, les bases de son plan d'économies et de performance, indispensable à la soutenabilité de son projet de réhabilitation-extension. Face à ces enjeux, la création d'un service performant de contrôle de gestion constitue donc un enjeu majeur.

⁷⁶ Sous réserve de l'évaluation des provisions vues précédemment.

Il permettrait à l'établissement de disposer d'analyses fiables et de projections crédibles, en vue d'améliorer son pilotage financier.

5. LA GESTION DES REGIES

5.1. Une absence de pilotage et de contrôle des régies

5.1.1. Des régies non pilotées et non contrôlées par l'ordonnateur

Le CH est actuellement doté de six régies actives, bien que sept régies aient fonctionné sur la période sous revue :

- la régie de recettes multiproduits du bureau des admissions (budget principal) ;
- la régie des recettes de l'activité libérale (BP), également située au bureau des admissions ;
- les deux régies de recettes portant sur les dépôts des hospitalisés et résidents de l'USLD et de l'EHPAD (budgets annexes) ;
- les deux régies de recettes multiproduits de l'USLD et de l'EHPAD (budgets annexes).

tableau 22 : synthèse des régies sur la période de contrôle

Intitulé des régies	Création	Etat de fonctionnement	Contrôlée sur place lors de l'instruction	Création post contrôle CRC
Régie de recettes activité libérale	07-déc-22	ACTIVE	✓	
Régie de recettes multiproduit	21-nov-88	ACTIVE	✓	
Régie de recettes tickets-repas	15-avr-65	INACTIVE	✓	
Régie de recettes des budgets annexes	14-avr-89	modifiée en régie de recettes multiproduit du seul EHPAD par décision du 12 janvier 2024 - ACTIVE	✓	
Régie de recettes multiproduit de l'USLD	12-janv-24	ACTIVE		✓
Régie de recettes des dépôts de fonds et valeurs des BA	03-avr-95	modifiée en régie de recettes des dépôts des hospitalisés et résidents du seul EHPAD par décision du 12 janvier 2024 - ACTIVE	✓	
Régie de recettes des dépôts des hospitalisés et résidents de l'USLD	12-janv-24	ACTIVE		✓
Régie d'avances de l'argent de poche des hébergés des BA	22-juin-74	CLOTURE du 12 janvier 2024	✓	
Régie d'avances des gratifications aux pensionnaires	22-juin-74	CLOTURE du 12 janvier 2024	✓	

Source : CRC Occitanie d'après les documents du CH d'Auch

NB : les volumes financiers respectifs des régies sont difficiles à évaluer à ce stade (défaut de tenue de comptabilité des régies de l'USLD et EHPAD, mise en fonctionnement de la régie activité libérale en septembre 2023, etc).

La chambre relève que les régies de l'établissement n'ont fait l'objet d'aucun contrôle de la part de l'ordonnateur sur la période sous revue. Plus globalement, au sein de l'équipe de direction, et particulièrement au sein de la direction des finances, aucun cadre n'a en charge le pilotage, le suivi et le contrôle des régies qui, dès lors, fonctionnent en dehors de tout référent. De surcroît, les responsables hiérarchiques directs des régisseurs ne sont pas formés et n'assurent aucun management des agents dans leurs missions de régisseurs, tant dans l'organisation et la fourniture des outils nécessaires, que dans leur professionnalisation. Enfin, aucun régisseur ne possède un dossier fiable des actes de sa régie, les services de l'ordonnateur n'ont transmis à la chambre que des documents incomplets (cf. *infra*).

Or, il appartient à l'ordonnateur d'organiser et d'assurer le contrôle du bon fonctionnement des régies instituées, selon des périodicités et des modalités qu'il lui appartient de déterminer eu

égard aux enjeux et aux risques⁷⁷. Outre le contrôle du comptable (cf. *infra*), les régies sont aussi soumises au contrôle de l'ordonnateur, selon un principe de responsabilité partagée. La chambre recommande donc au CH de mettre en œuvre un pilotage et un contrôle effectifs des régies en 2024, en identifiant le service chargé de leur encadrement fonctionnel, en lien avec le comptable public.

Recommandation :

11. Mettre en œuvre un pilotage et un contrôle effectifs des régies en 2024, en identifiant le service chargé de leur encadrement fonctionnel, en lien avec le comptable public. *Non mise en œuvre.*

Suite aux remarques de la chambre pendant le contrôle, le directeur financier, après avoir réalisé un état des lieux des régies au mois de décembre, a transmis un plan d'actions. Si certains éléments de ce plan ont, d'ores et déjà, été réalisés pour certaines régies (cf. *infra*), il apparaît, en revanche, que la mise en place des procédures requises n'est toujours pas effective et qu'aucun contrôle de régie n'a depuis été mené par l'ordonnateur. La recommandation est ainsi considérée comme non mise en œuvre à ce stade.

5.1.2. Un contrôle par le comptable public insuffisant

Les régies n'ont pas fait non plus l'objet de contrôle du comptable public sur la période 2018-2023, à l'exception de la régie d'avance des gratifications dont la vérification est intervenue le 13 novembre 2023, soit pendant le contrôle de la chambre. Le comptable mentionne de nombreux points qui demeurent toutefois sous-évalués dans son procès-verbal au regard des risques encourus :

- La seule présence du dossier contenant les documents relatifs à la régie suffit à l'appréciation du comptable, sans qu'il soit fait mention de son caractère incomplet et non mis à jour.
- L'existence du coffre-fort est confirmée mais, bien que les mesures de sécurité soient considérées comme inadaptées⁷⁸, il n'est pas fait mention de l'absence d'utilisation réelle du coffre.
- Le respect des contrôles par le régisseur n'est pas attesté (validité de la créance, caractère libératoire du règlement, respect du seuil de dépenses).
- Les absences de comptabilité informatique et de journal grand livre sont constatées mais la bonne tenue des documents comptables est attestée sur la simple considération que les états d'émargement des gratifications sont à signer lors des versements. Or, le comptable relève lui-même l'absence de signatures sur certains états. Il se borne à rappeler la nécessité de « bien faire signer l'ensemble des bénéficiaires et à remettre régulièrement – a minima une fois par mois – les pièces justificatives aux services financiers aux fins de mandatements ».
- Le montant des dépenses en instance, donc payées par le régisseur mais non régularisées par un mandat de l'ordonnateur, est de 1 506,60 €, dépenses conformes et justifiées selon le comptable. Dans le même temps, le comptable précise qu'il n'y a pas de dépenses en instance de mandatement chez l'ordonnateur, à l'exception d'un montant de 762,60 € pour l'exercice 2022. Le montant de l'avance est arrêté par le comptable à 1 486,60 €, sans justification, en l'absence de numéraire en caisse et de pièce justificative. Le comptable conclut qu'il y a un écart de 20 € entre le montant de cette avance et les dépenses réalisées par le régisseur (non

⁷⁷ Voir article R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales, précisé par l'instruction codificatrice n°06-031-A-B-M du 21 avril 2006 relative aux régies de recettes et d'avances des collectivités et établissements publics locaux.

⁷⁸ Une armoire forte dans un bureau équipé d'une alarme est alors recommandée.

régularisées par un mandat), écart justifié par la régisseuse comme une simple inversion d'un billet avec la boîte dédiée une autre régie (frais des accompagnants). Le comptable relève en outre la concordance de l'encaisse avec les documents comptables. Or, les pièces de reconstitution de l'avance ne sont pas présentées par le comptable et le manque en caisse évalué par la chambre est largement supérieur aux 20 € évoqués (cf. infra). Le contrôle du comptable repose donc sur une démarche largement empirique, relevant un manque en caisse évalué sans élément probant.

Les régies qualifiées « à enjeux ou à risques » doivent être contrôlées tous les deux ans par le comptable public, dans le cas inverse un contrôle tous les six ans est requis⁷⁹. Cette fréquence s'entend *a minima*, toute circonstance particulière conduisant à des contrôles plus fréquents. En l'espèce, à l'aune des fiches du logiciel Hélios transmises par le comptable, aucune des régies n'est considérée comme « à enjeux ou à risques ». Néanmoins, les derniers contrôles remontent à 2015, à 2016 ou à 2017, soit, en tout état de cause, au-delà des six ans.

Sur la période 2018-2023, aucun procès-verbal de remise de service n'a pu être présenté pour les régies, à l'exception du procès-verbal du 7 juin 2019 présenté par la régisseuse sur la régie multiproduits, anciennement dénommée régie des admissions du bureau des entrées (budget principal).

La chambre constate, également, l'absence généralisée de respect des délais de restitutions des pièces justificatives au comptable. Fixé à une semaine ou un mois selon les actes de création des régies, il s'étend dans les faits entre une fois tous les deux mois et une à deux fois par an.

En conclusion, il est rappelé la nécessité de réaliser sans délai un contrôle des régies, dans le cadre d'un plan de contrôle pluriannuel, et de structurer un suivi des actions correctives.

5.2. Des défaillances dans la gestion des régies

5.2.1. Des actes de régie absents ou incomplets

Aucun régisseur ne possède de dossier fiable des actes constitutifs de sa régie, les documents sont alternativement ou cumulativement sans mentions réglementaires, non signés, non datés, sans avis conforme du comptable. Les différents actes ont été obtenus auprès de ce dernier, ayant lui-même des difficultés à reconstituer le dossier de chaque régie.

5.2.1.1. Régie des activités libérales

La régie de recettes de l'activité libérale a été créée, au sein du budget principal, par décision du 7 décembre 2022 pour un début d'activité fixée au 1^{er} février 2023. Cette décision fixe les produits à recevoir, à savoir les frais de consultations et actes libéraux payants effectués par les praticiens dans l'enceinte de l'hôpital, encaissables par cartes bancaires, chèques et numéraire contre quittance. La décision du 10 janvier 2023 nomme une régisseuse et une suppléante. La décision du 27 juin 2023 nomme deux mandataires. Le dossier administratif présent à la régie est très incomplet, certains arrêtés sont manquants.

⁷⁹ Voir article R. 1617-17 du CGCT, précisé par l'instruction codificatrice n°06-031-A-B-M du 21 avril 2006 relative aux régies de recettes et d'avances des collectivités et établissements publics locaux.

À ce jour, l'activité libérale concerne deux praticiens hospitaliers : le premier pour les actes de scanner et d'IRM (dont les enregistrements au sein de la régie ont réellement débuté en septembre 2023) et le second pour les consultations de pneumologie (dont le début de l'activité au sein de la régie est prévu courant 2024 à son retour d'arrêt maladie). Si les tarifs appliqués aux actes de scanner et d'IRM sont affichés à la régie, ils ont été transmis à la régisseuse sur papier libre par le secrétariat de GIE. Le régisseur n'a pas été en capacité de produire la base textuelle justifiant ces tarifs et n'est donc pas en mesure de vérifier leur fiabilité, notamment les mises à jour. Or les tarifs de l'activité libérale sont déterminés selon une cotation à l'acte effectuée par la Sécurité sociale et les éventuels dépassements d'honoraires dépendent du conventionnement du médecin en secteur 1 ou 2. Le dossier administratif à la régie doit comporter ces éléments de contrôle nécessaires au régisseur.

5.2.1.2. Régie multiproduits des admissions

La régie de recettes multiproduits⁸⁰, au sein du budget principal, a été instituée par décision du 24 mai 2022. Elle est issue de modifications successives de la régie de recettes du bureau des admissions détaillées *infra*. Une décision du 31 janvier 2014 liste limitativement les produits encaissables. La décision du 24 mai 2022 supprime certains produits, réintroduits par décision du 7 décembre 2022. En outre, c'est par décision du 7 décembre 2022, soit sept mois après la mise en activité de cette régie modifiée⁸¹, que la régisseuse est nommée et que 18 personnels du bureau des admissions sont nommés mandataires. Dans un contexte marqué par les difficultés de recrutement et de nombreux remplacements, le manque de rigueur dans l'adoption des actes de nomination fait peser un risque majeur sur les agents chargés de la manipulation des fonds, qui pourraient agir sans habilitation.

Cette régie multiproduits ne dispose pas d'un dossier administratif complet, certains arrêtés de création/modification ou de nomination manquent. Les tarifs, arrêtés par décision du 10 mars 2022 sont affichés à la régie. Il y est précisé que ces tarifs sont applicables au 1^{er} mars 2022, soit antérieurement à la décision, ce qui fait peser un risque pour les produits encaissés entre le 1^{er} et le 10 mars 2022.

5.2.1.3. Régies de l'USLD et l'EHPAD

Quatre régies communes sont ouvertes auprès des deux budgets annexes : deux régies d'avances (l'argent de poche des hébergés sous tutelle et les gratifications aux hébergés) et deux régies de recettes (les frais des hébergés et des accompagnants ainsi que les dépôts de fonds et de valeurs). Le contrôle sur place de la chambre a permis de constater que les dossiers administratifs restaient largement incomplets, la majorité des arrêtés de création, de modification et de nomination étant manquants ou incohérents.

La régie de recettes des frais des hébergés et accompagnants, commune aux deux budgets annexes EHPAD et USLD, créée en avril 1989, avait compétence pour encaisser les produits des frais de séjour des hébergés, des consultations externes, des frais des accompagnants (lit et repas), des frais de téléphonie, ainsi que pour recevoir les dépôts de fonds des hébergés jusqu'à sa modification le 12 janvier 2024 suite aux remarques de la chambre. Or, une régie de dépôts de

⁸⁰ Cette régie encaisse les produits des lits, petits-déjeuners et repas des accompagnants et personnels extérieurs, repas des personnels, personnels extérieurs autorisés et étudiants, badges d'accès personnalisés et reproductions de clé.

⁸¹ De manière générale, les services de l'ordonnatrice ne retournent pas les actes signés dans les temps nécessaires au comptable, pour les nominations des régisseurs et mandataires notamment (délai de 7 mois entre un mail du comptable en janvier 2023 et un rappel en août 2023) mais aussi en matière de création de régie.

fonds et valeurs avait été créée en 1995 et demeurée active, cette compétence a donc subsisté au sein des deux régies pendant près de 30 ans, entre avril 1995 et janvier 2024.

S'agissant de la régie de l'argent de poche, la chaîne des nominations des régisseurs et suppléants soulève des observations de la chambre et la situation d'un agent illustre la mauvaise gestion des dossiers de régie. Nommé en 1999 en qualité de suppléant à la régie de l'argent de poche, cet agent perd toute compétence sur la régie dès 2001 avec la nomination d'une nouvelle régisseuse. Dans l'intervalle, cet agent est nommé gérant de tutelle en juillet 2000⁸², fonction occupée jusqu'à son départ en retraite au mois de mars 2019. Or, l'arrêté du 12 janvier 2024 formalise sa fin de mandat sur cette régie à compter du même jour, suite à la clôture de celle-ci, alors qu'il ne pouvait plus en détenir la compétence par la décision précitée de 2001, et, au surplus, par sa mise en retraite en 2019.

En outre, les décisions portant fin de mandat à la régie de l'argent de poche pour deux agents sont entachées d'une erreur matérielle qui les fragilise juridiquement. Alors que leur titre est une « *décision portant fin au mandat du mandataire suppléant régie d'avances argent de poche* », la décision fait référence à « *la clôture du mandat de régisseur titulaire* » pour ces deux agents.

Par ailleurs, la régisseuse qui était en poste sur les quatre régies des BA depuis 1995, légalement à la retraite au 31 décembre 2023, n'est déjà plus sur le poste depuis le 10 novembre 2023 (utilisation de son CET). Si l'article R. 1617-5-1 du CGCT fixe le délai de nomination d'un régisseur intérimaire à deux mois d'absence du régisseur, en l'espèce, l'absence de cette personne était connue et aucun acte de nomination de son successeur n'avait été anticipé. Suite aux remarques de la chambre, la nomination de la nouvelle régisseuse et de sa suppléante est intervenue le 2 janvier 2024 après avis conforme du comptable public.

En conclusion, pour l'ensemble des régies de l'hôpital, l'ordonnatrice doit se conformer à l'exigence de complétude des dossiers, qui permet de vérifier quels sont les agents autorisés à manipuler les fonds, quels sont les encaissements, décaissements ou dépôts d'objets prévus et quels sont les tarifs pratiqués. La chambre lui recommande donc de fiabiliser sans délai les procédures encadrant les décisions de constitution, modification, nomination et tarifs des régies.

Recommandation :

12. Fiabiliser sans délai les procédures encadrant les actes de constitution, modification, nomination et tarifs des régies. *Non mise en œuvre.*

5.2.2. Une professionnalisation des missions de régisseur à renforcer

Tout d'abord, le défaut de formation est patent. Les régisseuses de l'activité libérale et de la régie multiproduits n'ont bénéficié que d'une demi-journée de formation à partir d'un échange de pratiques avec une régisseuse du centre hospitalier de Lourdes. La régisseuse en poste depuis 1995 aux budgets annexes n'avait suivi aucune formation sur toute la durée d'exercice de ses fonctions, tout comme la nouvelle régisseuse, alors mandataire avant sa nomination.

Suite à l'intervention de la chambre, les régisseuses des différentes structures ont pu bénéficier d'une journée de formation en décembre 2023. La chambre rappelle néanmoins que les

⁸² Le service des ressources humaines a précisé les états de service de l'intéressé, entré dans les effectifs du CH à compter du 18 juillet 1997 et parti à la retraite le 1^{er} mars 2019 en qualité d'adjoint administratif hospitalier.

formations doivent être périodiquement renouvelées et qu'un plan de formation continue reste nécessaire.

De plus, les missions assignées aux agents des régies n'ont pas été formalisées précisément dans leur fiche de poste, alors même que la responsabilité du régisseur et du suppléant peut être engagée. Par exemple, le traitement de la régie est seulement évoqué comme une des quatorze missions énumérées dans la fiche de poste d'un agent d'accueil du bureau des entrées ou comme une des neuf missions énumérées dans la fiche de poste d'un agent d'accueil à l'EHPAD ou à l'USLD, sans préciser les exigences du poste.

Depuis l'intervention de la chambre, des fiches détaillées de poste de régisseur et mandataire de recettes ont été formalisées pour les deux budgets annexes, en janvier 2024.

5.2.3. Des régies à sécuriser

5.2.3.1. La sécurisation de la comptabilité

Parallèlement au logiciel Pastel, les comptabilités des régies du budget principal sont tenues sur un fichier Excel non sécurisé, rendant toute suppression de ligne définitive. Si cette pratique sur Excel n'est pas interdite, elle manque néanmoins de sécurisation. Pour ces deux régies, la tenue quotidienne des opérations est réalisée en fin de journée. Leurs journaux de caisse sont quotidiens, ainsi que le rapprochement avec le compte de dépôts de fonds au Trésor (DFT).

Pour l'activité libérale, une quittance est remise au patient après paiement, la copie est conservée à la régie avec une copie de la feuille de soin et du chèque le cas échéant. Concernant la régie multiproduits, pour les frais de séjours, une quittance en bonne et due forme n'est remise au patient que depuis octobre 2023. Avant cette date, un simple feuillet non numéroté, avec un simple tampon d'encaissement, était remis au patient. La fiabilité de l'intégralité des encaissements, c'est-à-dire sans rupture de chaîne, n'est donc pas assurée.

La traçabilité des dépôts de bijoux et valeurs à la régie multiproduits s'effectue sur un registre papier à quatre feuillets⁸³. Après consultation du registre sur place, la chambre a constaté l'absence de signatures de patients lors de la restitution des objets, ôtant toute traçabilité à ces restitutions, et la présence d'objets et valeurs d'une personne décédée maintenus au coffre.

La régie multiproduits gère également l'encaissement des tarifs des tickets-repas et badges de self et d'accès. Les badges de self sont détenus à la cafétéria et non au sein de la régie, donc hors du coffre, ils ne sont pas numérotés et leur stock n'est pas connu. Le même problème est constaté pour les cartes d'accès, détenues au poste central de sécurité de l'entrée principale. Or, ces badges sont payants et portent une valeur, leur stock doit être sécurisé, connu et suivi au sein de la régie. La gestion des stocks doit donc être concomitante et vérifiée par l'ordonnatrice. Suite au contrôle sur place de la chambre, l'ordonnatrice a formalisé une procédure de remplacement des badges. Les tickets-repas, pour leur part, ne transitent pas par le comptable public alors que la livraison doit être réalisée directement auprès de ce dernier, pour être comptabilisé dans l'applicatif CIRCL⁸⁴, et non auprès du régisseur.

⁸³ Le premier feuillet est agrafé avec les valeurs, le deuxième est remis au patient via la cadre de santé, le troisième est inséré dans le dossier patient et le dernier reste attaché au cahier.

⁸⁴ Application informatique du ministère des finances permettant le suivi des valeurs inactives du comptable.

Dans les régies de l'USLD et de l'EHPAD, aucun logiciel dédié, ni même tableau Excel, n'est utilisé. Des cahiers de quittance existent pour les produits issus des frais de lit et de repas des accompagnants, et leur tenue est largement défectueuse puisque de nombreuses ruptures dans la numérotation sont constatées par la chambre.

5.2.3.2. La sécurisation physique des fonds et dépôts

Le coffre commun de la régie de l'activité libérale et de celle des recettes multiproduits est positionné à l'arrière des guichets d'accueil de l'hôpital, sans être pour autant dans le bureau des régisseuses. Les clés du coffre sont rangées dans un placard du guichet principal, les clés de ce placard elles-mêmes posées dans une boîte non fermée à clé du bureau des régisseuses. L'arrière des guichets d'accueil est accessible par badge pour tous les personnels autorisés, le bureau des deux régisseuses n'est pas sécurisé davantage, tous les agents du bureau des admissions y ayant librement accès.

Par ailleurs, la régisseuse de la régie de recettes multiproduits travaille au bureau de l'état civil, dans le hall de l'hôpital, distinct de l'entrée du sas des guichets des admissions. S'il n'est accessible que par badge pour le personnel autorisé, elle y entrepose néanmoins les pièces de sa régie alors que ce bureau ne lui est pas exclusif. Une solution de stockage sécurisé doit être adoptée.

Dans le cas des régies des budgets annexes, l'argent des recettes est entreposé dans des boîtes en métal non scellées posées sur le bureau de la régisseuse à l'EHPAD, alors même qu'un coffre existe. Les valeurs et espèces des hébergés sont individualisées dans des enveloppes entreposées dans un simple placard, également hors du coffre. Lors du contrôle sur place par la chambre, le 21 novembre 2023, il a été constaté la présence de 18 enveloppes contenant du numéraire, dont sept renfermaient des bijoux et des cartes bleues avec leur code. Ce stock en numéraire est issu à la fois de la régie des dépôts de fonds et de la régie de l'argent de poche. Le bureau est ouvert, accessible par tous et sans aucune sécurité. Le même jour, il a été constaté que ce bureau était utilisé par un personnel paramédical extérieur. Aucune procédure de sécurisation des biens et des valeurs n'était en place.

Qu'il s'agisse des outils informatiques et papier de tenue des comptes ou des accès physiques aux bureaux et coffres contenant les fonds et dépôts, la chambre recommande à l'ordonnatrice de procéder sans délai à la sécurisation de toutes les régies.

Recommandation :

13. Procéder sans délai à la sécurisation informatique et physique de toutes les régies. *Mise en œuvre partielle.*

Suite à la vérification sur place de la chambre, l'ordonnatrice a formalisé, le 12 janvier 2024, les procédures de fonctionnement et de sécurisation des régies de l'EHPAD et de l'USLD (registres, accès, bureaux et coffres). La chambre relève l'engagement d'une démarche globale de sécurisation, qui reste néanmoins à déployer pour les locaux et outils informatiques de la régie multiproduits. La recommandation peut donc être considérée comme partiellement mise en œuvre.

5.2.4. L'absence de fondement juridique de la régie des gratifications

La régie d'avances des gratifications aux pensionnaires de l'USLD et de l'EHPAD a été créée par décision du 22 juin 1974 aux fins de versements par l'établissement de numéraire aux pensionnaires, en échange de menus travaux, tels que la participation aux tâches domestiques.

Or, le fondement légal de ces gratifications peut être remis en cause. Toute personne qui réalise des tâches confiées par l'établissement est considérée comme un collaborateur occasionnel du service public, ce qui peut entraîner la responsabilité de l'établissement en cas d'accident⁸⁵. Un contrat doit encadrer les tâches confiées et délimiter les responsabilités. Également, une attestation devrait certifier les tâches réalisées, permettant le versement de la gratification. En l'espèce, si le principe de récompense peut apparaître comme légitime, il s'agit néanmoins de patients âgés, dépendants et potentiellement sous tutelle et aucun cadre contractuel n'est, de surcroît, instauré.

Sur le fonctionnement de la régie, la chaîne des nominations des régisseurs et suppléants a pu être reconstituée⁸⁶. L'ancienne régisseuse a été en poste sur les quatre régies des BA de 1995 à fin 2023. Sa collègue a été nommée mandataire simple par décision du 26 octobre 2022. Une seule décision du conseil d'administration du 3 février 1992 fixe les tarifs des gratifications. Un état d'émargement mensuel est réalisé pour attester le service fait et déterminer la somme à remettre aux pensionnaires concernés. Un à cinq pensionnaires par mois sont concernés sur la durée d'existence de la régie. La directrice du CH signe ces états d'émargement depuis la fin de l'année 2022. Auparavant, un agent du service des achats signait ces feuilles en vertu d'une délégation de signature du 2 novembre 2021. Or, les gratifications sont imputées au compte 6582-Pécule, et ce compte n'était pas inclus dans la délégation de signature précitée. La délégation ne couvrait donc pas ce champ précis, et l'agent signait donc ces émargements, engageant la dépense, sans compétence.

Afin de remettre la gratification aux hébergés, le numéraire est commandé et retiré auprès de la banque postale, sur le compte ouvert en 2021⁸⁷, après validation de la commande par le comptable public. Toute commande du montant strict, indiqué en feuille d'émargement, n'étant pas possible, seule la commande de rouleaux entiers de pièces de monnaie est permise. Selon la régisseuse en poste au moment de l'instruction, le delta entre le strict montant nécessaire aux gratifications et la commande des rouleaux est conservé à la régie. Elle précise que ce delta est déduit de la commande suivante, sans que cela n'ait pu être vérifié par la chambre lors de son contrôle sur place en novembre 2023, faute de tenue de comptabilité.

En tout état de cause, au regard tant de la fragilité de la base légale que de sa mauvaise tenue, cette régie devait être impérativement clôturée. Suite aux remarques de la chambre, l'ordonnatrice a mis fin à cette régie par décision du 12 janvier 2024.

5.2.5. La régie inactive des tickets-repas non clôturée

La régie de recettes de ticket-repas, créée par décision du 15 avril 1965, était destinée aux produits de la vente de ticket-repas pour le personnel du CH. La décision du 21 novembre 1988 a étendu la vente aux élèves de l'école des soins infirmiers. La régie était ouverte auprès de

⁸⁵ Arrêt du Conseil d'État du 22 novembre 1946, commune de Saint-Priest-la-Plaine. Le régime de collaborateur occasionnel du service public octroie une protection juridique à des particuliers amenés à intervenir pour participer à une mission de service public, qu'ils soient ou non sollicités. Le collaborateur étant un tiers au service, ce régime permet d'accorder une réparation en cas d'accident dans le cadre du régime de la responsabilité sans faute de l'État, responsabilité fondée sur le risque incombant à la personne publique normalement chargée du service public en cause.

⁸⁶ Actes datés de 1974, 1975, 1976, 1983, 1990, 1999, 2001, 2006.

⁸⁷ Avant l'ouverture du compte à la banque postale, l'argent était directement retiré par le régisseur auprès du comptable public.

l'économat (ancien service des achats). Par décision du 1^{er} mars 2012 (sans les mentions réglementaires, sans référence à la délibération ni à la date de création de la régie et sans avis conforme du comptable), la régisseuse et ses suppléants ont été nommés. La chaîne des actes de nominations depuis la création a été transmise⁸⁸.

Les compétences de cette régie ont été incluses dans la régie multiproduits à compter du 24 mai 2022. Cette régie des tickets-repas n'a donc plus lieu d'exister depuis mai 2022 et aurait dû être clôturée à ce moment-là, ce qui n'a pas été le cas et conduit à un risque d'encaissement inapproprié sur les comptes de celle-ci. Ce risque s'est réalisé en 2023 sans qu'il soit possible à ce jour de déterminer l'agent à l'origine de cette manipulation. Depuis, le comptable public a régularisé les comptes vers la régie multiproduits. La chambre recommande donc à l'ordonnatrice de clôturer sans délai la régie inactive des tickets-repas.

Recommandation :

14. Clôturer sans délai la régie inactive des tickets-repas créée en 1965. *Mise en œuvre complète.*

Depuis le contrôle de la chambre, l'ordonnatrice a clôturé la régie des tickets-repas par décision du 26 avril 2024. La recommandation est donc considérée comme mise en œuvre.

5.3. Des risques d'irrégularités financières

5.3.1. L'absence de production de comptes aux régies de l'USLD et l'EHPAD

Le contrôle sur place des quatre régies communes aux budgets annexes (frais des accompagnants, dépôts de fonds et de valeurs, argent de poche des hébergés et gratifications aux hébergés) a abouti à un premier constat grave : pour toute la période contrôlée, il n'existe aucune tenue de comptes pour ces régies, ni informatique, ni papier, ni aucun suivi mensuel. La totale défaillance en la matière entraîne de facto l'impossibilité de vérifier la réalité des sommes manipulées et la fiabilité du fonctionnement des régies, emportant un risque majeur de détournement de l'argent, d'autant qu'aucune procédure de sécurisation du bureau de la régisseuse n'existe, comme abordé *supra*.

La chambre rappelle l'obligation⁸⁹ d'établir un compte annuel, régulier, sincère et donnant une image fidèle du patrimoine, de la situation financière et du résultat de l'entreprise, garantie de l'ordre public financier. En application des articles R. 1617-4 et R. 1617-16 du CGCT, le régisseur est dans l'obligation de tenir une comptabilité de ses opérations qui doit permettre de justifier à tout moment la situation de l'encaisse s'agissant d'une régie de recettes. L'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 relative aux régies de recettes et d'avances des collectivités territoriales et de leurs établissements publics prévoit à son titre 12 « opérations comptables » les registres qui doivent être obligatoirement tenus. Ils se composent obligatoirement d'un journal à souches numérotées et/ou d'un journal grand livre. Pour les petites régies, le journal à souche tient lieu de journal grand livre (P1RY ou P1RZ). « *Il doit faire apparaître la date et le montant du versement, le nom de la personne qui l'effectue, toutes indications permettant d'identifier le versement (nature, objet, période pour laquelle il est effectué), éventuellement le mode de versement. Il ne peut être remis aux parties versantes d'autres quittances que celles délivrées dans ces conditions et dans l'ordre de leur numérotation* ». En tout état de cause, l'absence de

⁸⁸ Actes datant de 1971, 1974, 1976, 1978, 1982, 1983, 1988, 1994, 1997, 2004, 2012.

⁸⁹ Cf article 47.2 de la Constitution et article L. 123-14 du code de commerce

numérotation continue sur le journal à souche, non justifiée par le régisseur, ne permet pas d'établir une comptabilité fiable et probante.

Suite aux remarques de la chambre, une nouvelle procédure en lien avec le comptable public est en place depuis le 26 avril 2024 pour les budgets annexes. L'ordonnatrice précise, dans sa réponse, que des comptes bancaires ont été créés et de nouveaux carnets à souches distincts entre l'EHPAD et l'USLD commandés. Elle s'engage notamment à ce que ces régies soient équipées d'un logiciel dédié qui devrait permettre un suivi comptable précis, que des inventaires soient établis contradictoirement et les reçus contresignés et que les versements à la trésorerie soient désormais effectués régulièrement. La chambre en prend acte.

5.3.2. Les manquants en caisse à l'EHPAD et l'USLD

Méthode et appréciation des résultats qui suivent :

La chambre a évalué les manquants en caisse sur la seule période de contrôle (exercice 2018 et suivants). Les défaillances relevées sont anciennes et répétées, présentant un caractère systémique. Par ailleurs, au regard des carences en termes de comptabilité, il ne s'agit que d'une évaluation des sommes qui auraient potentiellement entre les mains du régisseur sans qu'aucune inscription sur le registre n'ait été réalisée. Enfin, ces manquements concernent des sommes et des biens appartenant à des personnes vulnérables, les hébergés étant âgés et dépendants.

5.3.2.1. Les frais des hébergés et accompagnants

La régie de recettes des frais des hébergés et accompagnants, commune aux budgets annexes EHPAD et USLD, a compétence pour encaisser les produits des frais de séjour des hébergés, des consultations externes, des frais des accompagnants, des frais de téléphonie ainsi que pour le dépôt des fonds des hébergés. Le mode d'encaissement autorisé ainsi que la remise d'une quittance, l'autorisation d'un fond de caisse ou le montant maximal de l'encaisse ne sont pas indiqués. Pourtant, un fond de caisse de 30 € a été constaté, sans qu'aucune justification ne soit apportée. La chambre rappelle la nécessité de préciser les modes d'encaissement dans l'acte constitutif de régie et invite l'ordonnatrice à mettre en place la possibilité d'un paiement par carte bancaire, à même de limiter le maniement de numéraire et de sécuriser les encaissements. Le reversement au comptable doit être réalisé au minimum une fois par semaine, fréquence non respectée en l'espèce puisque ce dernier enregistre un à deux reversements annuels.

La régisseuse en poste sur la période était nommée depuis 1995, et la décision du 2 janvier 2006 nomme la suppléante. Cette dernière n'est actuellement plus en poste mais n'a pas été remplacée. Seule une décision du 26 octobre 2022 nomme une mandataire simple, intervenant alors sous la responsabilité et pour le compte de la régisseuse, absente depuis le 10 novembre 2023 et légalement à la retraite le 31 décembre 2023⁹⁰. L'ordonnatrice est dans l'incapacité de préciser les dates de départ des différents suppléants dans l'intervalle, faisant peser un risque sur la tenue de caisse.

Ce risque est augmenté par l'absence de décision relative aux tarifs affichée ou simplement présente à la régie. En outre, bien qu'un cahier de quittances existe au sein de la régie, délivrées pour les produits issus des frais de lit et de repas des accompagnants, sa tenue est largement défaillante, de nombreuses ruptures dans la numérotation des quittances ayant été constatées ou des dates non renseignées.

⁹⁰ Les nouveaux arrêtés de nomination de la nouvelle régisseuse ont été pris dès le 2 janvier 2024.

L'inexistence d'une comptabilité rend difficile la constatation ou non d'un possible détournement de fonds. De même, il n'est matériellement pas possible d'établir que de l'espèce ait potentiellement transité entre les mains du régisseur sans qu'une quittance ne soit délivrée. En comparant les registres de quittances papier depuis 2018 et les états de versements du régisseur auprès du comptable public, la chambre constate un manque en caisse de 12 €.

Dans sa réponse, l'ordonnatrice précise que la régie est désormais équipée d'un terminal et qu'il est possible de réaliser les paiements par carte bancaire ou par virement, contre quittance. Le CH a arrêté de nouveaux tarifs en fin février 2024, désormais affichés en régie.

5.3.2.2. Le dépôt de fonds et valeurs des hébergés

La régie de recettes des dépôts de fonds et valeurs des hébergés des budgets annexes permet de recevoir l'argent, les moyens de paiement et les objets de valeur des hébergés. La régisseuse en poste lors du contrôle sur place l'était depuis 1995 et la suppléante a été nommée par décision du 2 janvier 2006. La décision du 26 octobre 2022 a désigné une mandataire simple.

En application de l'article L. 1113-1 du code de la santé publique, les établissements de santé ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, sont, qu'ils soient publics ou privés, responsables de plein droit du vol, de la perte ou de la détérioration des objets déposés entre les mains des préposés, par les personnes qui y sont admises ou hébergées. Bien qu'il ne s'agisse pas de fonds publics, le comptable public est appelé à intervenir dans le maniement de fonds privés réglementés. Il est rappelé que les fonds qui, bien qu'appartenant à des personnes privées, sont confiés à un comptable public sont assimilés à des deniers publics (Conseil d'État, 28 décembre 2012, requête n° 352316). L'instruction n° 14-0005 du 7 février 2014 de la direction générale des finances publiques, portant modalités de gestion par les comptables publics des fonds et dépôts des personnes soignées ou hébergées en établissement public sanitaire, précise que les dépôts doivent notamment faire l'objet d'un enregistrement dans la comptabilité de l'établissement (compte 4632 « fonds reçus ou déposés - usagers » en M21 ou M22) ainsi que dans l'application des valeurs inactives.

En l'espèce, si le dépôt auprès du comptable est fixé à une fois par semaine, dans les faits, constatés lors du contrôle sur place, tous les dépôts sont conservés dans le bureau de la régie. La régisseuse manipule ainsi des fonds qu'elle aurait dû confier au comptable public, comme le prévoit l'arrêté de fonctionnement de la régie. Aucun enregistrement dans la comptabilité de l'établissement n'est effectué.

Au sein de cette régie, il existe un registre pour le dépôt des objets et un registre pour le dépôt du numéraire. Ce dernier sert également à l'enregistrement des dépôts d'argent de poche apporté par la famille ou les tuteurs (cf. *infra*). Par ailleurs, ce registre du numéraire n'est pas tenu dans un ordre continu : si plusieurs dépôts d'argent sont réalisés pour le même hébergé sur plusieurs mois, tous les dépôts successifs sont enregistrés sur le premier feuillet. L'absence de respect de l'ordre des feuillets génère donc des interruptions dans le registre. En outre et comme déjà évoqué, les espèces, cartes bancaires et bijoux déposés sont stockés dans des enveloppes à la régie, au même endroit que l'argent de poche et ce sans aucune sécurité de stockage. Le contrôle sur place du comptable public aurait permis de mettre en exergue ces graves défaillances.

Après avoir demandé l'intégralité des registres de numéraire depuis 2018, seuls des enregistrements à compter du 1^{er} septembre 2022 ont été présentés à la chambre. L'analyse détaillée de ce registre permet néanmoins d'évaluer le montant des sommes manipulées. En l'absence de toute signature de l'hébergé ou du tuteur, aucune traçabilité des restitutions d'argent

n'est assurée sur la période. Les restitutions font l'objet d'une signature du bénéficiaire seulement depuis le 21 décembre 2023, suite au contrôle sur place de la chambre.

Le CH a réalisé un inventaire en janvier 2024. Ainsi, en comparant d'une part les sommes déposées aux registres papier⁹¹ et, d'autre part les montants des restitutions dûment signées, auxquelles s'ajoutent les sommes restantes dans cet inventaire, la chambre constate un premier écart de 2 338,29 €. Cependant, les montants demeurant à l'inventaire ne sont pas fiables. En comparant les fonds mentionnés dans cet inventaire et ceux effectivement stockés à la régie, le montant total des manques s'élève donc à 2 631,62 € (cf. annexe 4).

S'agissant des dépôts d'objets, la chambre a également constaté des manquants en caisse : c'est notamment onze alliances ou bagues, deux chaînes, un médaillon, deux bracelets, une montre et divers bijoux imprécisément désignés, six pièces d'identité (cartes nationales d'identité, permis de conduire et autres documents), un portefeuille, deux chéquiers et deux cartes bancaires qui manquent dans le stock effectif de la régie (cf. annexe 4).

Suite aux remarques de la chambre, l'établissement a pointé l'ensemble des inscriptions au registre et des attestations de dépôt à la trésorerie. Les tuteurs et familles ont été contactés afin de vérifier si les objets et sommes concernés leur avaient été restitués et afin de remplir, le cas échéant, une attestation sur l'honneur de restitution. Il en résulterait une somme de 624,73 euros ayant pu être justifiée et attestée comme rendue, ainsi que différents objets⁹². Aucune trace n'est fournie pour les autres objets et sommes manquants.

5.3.2.3. Les gratifications aux hébergés

Comme déjà indiqué, la régie de dépenses des gratifications aux pensionnaires de l'USLD et de l'EHPAD, créée le 22 juin 1974 et supprimée le 12 janvier 2024, permettait le versement par l'établissement de numéraire aux pensionnaires en échange de menus travaux (cf. *infra*).

En rapprochant les états d'émargement et les commandes d'espèces réalisées par la régisseuse depuis l'ouverture du compte à la banque postale en 2021, il ressort un écart de **764,40 €** qui devrait être en caisse (cf. annexe 4). Cette somme n'a pas été retrouvée et la régie a été clôturée sans que le versement au comptable n'ait été réalisé.

Lors de son contrôle de la régie, la chambre a constaté que les états d'émargement ne sont pas toujours signés par les hébergés lors de la remise de la gratification. Certains émargements de résidents apparaissent même comme de fausses signatures, comme sur l'état d'avril 2023, fourni à la chambre en deux exemplaires, indiquant la même date et le même montant, mais comprenant deux signatures différentes pour chacun des deux patients. La chambre rappelle qu'en cas d'incapacité de l'intéressé, il appartient à son représentant légal, dûment habilité, de signer, et non à un agent de l'hôpital d'imiter sa signature. Ainsi, entre 2021 et 2023, sur les 4 519,80 € de gratifications totales, 753,30 € ont été retirés sans l'émargement des deux bénéficiaires de cette période, que la signature soit absente ou imitée. Or, l'absence d'émargement n'a entraîné de rejets de dépenses par le comptable public qu'au printemps 2023.

Enfin, aucune procédure ne prévoit le stockage des gratifications après remise aux patients, notamment les 4 519,80 € traités entre 2021 et 2023. Ainsi, le registre des dépôts du numéraire des

⁹¹ Le registre de dépôt des objets transmis par le CH lors de l'instruction couvre la période du 6 février 2016 au 8 mars 2023 et le registre de dépôt du numéraire couvre la période du 1^{er} septembre 2022 au 24 août 2023. Alors que la chambre avait demandé la transmission des registres depuis 2018, concernant le numéraire aucun document antérieur à 2022 n'existe.

⁹² Objets qui auraient été restitués : deux alliances dorées ; une bague avec perle noire ; une chaîne dorée ; quatre bagues argentées ; des bijoux dorés ; une bague et un bracelet ; une carte bancaire.

hébergés ne porte aucune trace de dépôt de ces gratifications alors même qu'il peut s'agir des mêmes patients pour les deux régies et que les sommes sont parfois importantes. Un résident est ainsi concerné par un unique dépôt de numéraire de 51,67 € sur cette période, *a priori* issus de la famille ou d'un tuteur, alors qu'il aurait reçu également 2 259,90€ de gratifications de la part de l'hôpital. Pour le même montant de gratifications reçues, un second résident est concerné par des dépôts de numéraire de 200 €.

Dans sa réponse, l'ordonnatrice indique qu'il n'y aurait pas de manque en caisse, en fournissant un état des ordres de paiement issu du logiciel du comptable. Or, cet état retrace seulement six écritures passées entre le 31 mai 2021 et le 21 décembre 2021 et ne permet pas d'établir de corrélation pour les années 2022 et 2023. Les écarts identifiés par la chambre reposent sur la comparaison entre les feuillets de retrait des commandes, édités par la DGFIP, et les émargements du CH et retracent bien un écart de 764,40 € entre 2021 et 2023.

5.3.3. Les manipulations non autorisées des fonds et dépôts

5.3.3.1. Les produits des badges d'accès à l'hôpital

Comme déjà indiqué, la régie de recettes multiproduits, au sein du budget principal, a été instituée par décision du 24 mai 2022. Elle est issue de modifications successives de la régie de recettes du bureau des admissions créée par décision du 21 novembre 1988, elle-même modifiée par décisions du 28 mars 1995 puis du 31 janvier 2014⁹³.

La décision du 24 mai 2022 énumère limitativement les produits désormais encaissables, à savoir les frais des lits des accompagnants, les petits-déjeuners et repas des accompagnants, les repas des personnels extérieurs et des étudiants (sous forme de ticket-repas), les repas des personnels du CH et personnes autorisées (sous forme de badges de self rechargeables), les badges d'accès à l'établissement (badges du poste central de sécurité) et la reproduction de clés. Ainsi, les repas des personnels extérieurs et des étudiants, les repas des personnels du CH et personnes autorisées, les badges d'accès à l'établissement et la reproduction de clés constituent des produits nouveaux. Dans le même temps, les produits des activités libérales, les frais de séjours, les frais des consultations et avances ainsi que les dépôts des hospitalisés ne sont plus énumérés et donc ne sont plus autorisés.

Concernant spécifiquement les badges d'accès à l'établissement, aucune régie n'a eu compétence au sein de l'établissement pour encaisser leur paiement avant le 24 mai 2022. Or, il ressort que depuis 2019, l'agent responsable de la sécurité remettait ces cartes d'accès contre paiement par les agents qui avaient perdu leur badge⁹⁴, puis transmettait au service achat (anciennement l'économat), alors lieu d'accueil de la régie ticket-repas, l'argent perçu de cet encaissement. Or, la chambre relève que :

- Le responsable de la sécurité n'a jamais été nommé régisseur d'une régie et n'avait donc pas le pouvoir de réceptionner, ni de manipuler les produits issus des badges d'accès ; des documents transmis issus de l'économat, il ressort qu'entre 2019 et 2021, 890 € de produits cumulés de badges perdus, rassemblant les badges d'accès et les badges de self, ont été encaissés par l'économat, dont une partie a donc transité par cet agent ;

⁹³ Au 31 janvier 2014, les produits encaissables, limitativement listés, étaient les frais des lits des accompagnants, les repas des accompagnants, les produits des activités libérales, les frais de séjours, les frais des consultations et avances ainsi que les dépôts des hospitalisés.

⁹⁴ Le premier badge était distribué gratuitement et en cas de perte, le nouveau badge était facturé 10 €.

- la régie des tickets-repas n'a jamais eu compétence pour encaisser les produits des badges d'accès à l'établissement ; ainsi les régisseurs et suppléants successifs n'étaient pas autorisés à recevoir, ni à manipuler ces fonds.

5.3.3.2. Les frais de séjours et les dépôts des hospitalisés au bureau des entrées

La régie multiproduits du budget principal n'a été autorisée à encaisser les produits des frais de séjours, frais des consultations externes et avances ainsi que les dépôts des hospitalisés (objets et espèces) que par la décision du 7 décembre 2022. Elle ne l'était pas au regard de la décision précitée du 24 mai 2022

Or, il n'y a pas eu de rupture d'activité au sein du centre hospitalier concernant les produits des frais de séjours, frais des consultations et avances ainsi que les dépôts des hospitalisés. Les encaissements entre le 24 mai 2022 et le 7 décembre 2022 ont nécessairement été réalisés par la régie multiproduits malgré l'absence de compétence dans l'acte du 24 mai 2022. Sur cette période, les montants encaissés au titre des frais de séjours et frais de consultations s'élèvent à plus de 14,8 k€.

De la même manière, le dépôt des objets et valeurs des hospitalisés n'a pas été interrompu entre le 24 mai 2022 et le 7 décembre 2022. Pendant cette période, le dépôt d'objets et de valeurs a concerné cinq patients hospitalisés, pour un total de 3,2 k€, auxquels s'ajoutent deux chèquiers et deux cartes bancaires. Parmi les cinq patients, un dépôt pour un montant de 750 € a effectivement été remis au poste comptable. Si la restitution pour les quatre autres patients a été réalisée avec copie de la pièce d'identité, en revanche, deux d'entre eux n'ont pas signé la souche de restitution. Enfin, dans deux cas, l'agent signataire à l'origine de la réception du dépôt n'est pas identifiable.

Par décision du 7 décembre 2022, soit sept mois après la mise en activité de cette régie modifiée, la régisseuse et la mandataire étaient nommées. Par décision du 6 juin 2019, elles avaient été nommées respectivement régisseuse et mandataire suppléante de la régie de recettes du bureau des admissions (modifiée le 31 janvier 2014). Il n'y a pas de discontinuité dans leurs fonctions. Au demeurant, elles ont encaissé les produits des frais de séjours, frais des consultations et avances ainsi que les dépôts des hospitalisés entre mai et décembre 2022 sans compétence de la régie.

Par cette même décision du 7 décembre 2022, 18 personnels du bureau des admissions sont nommés mandataires. Sauf à prouver que ces 18 agents sont arrivés à ce poste le jour-même, soit le 7 décembre 2022, l'intégralité ou certains d'entre eux ont donc encaissé les produits de la régie avant cette date sans y être habilités. Le CH n'a pas transmis la liste des agents ayant assuré les missions d'encaissement au bureau des admissions depuis 2018. La concordance entre leur affectation au bureau des admissions et leur nomination en qualité de mandataire ou suppléant n'est donc pas vérifiable, alors même qu'il a été confirmé lors du contrôle sur place que tous les agents présents au bureau des admissions réalisaient des encaissements.

Les manipulations des produits issus de la facturation de frais de séjours, frais des consultations et avances ainsi que les dépôts des hospitalisés par la régisseuse et la mandataire, ainsi que par les agents présents au bureau des admissions entre le 24 mai 2022 et le 7 décembre 2022, pourraient être regardées comme irrégulières.

Par décision du 27 juin 2023, et suite au départ de trois mandataires, 15 mandataires sont limitativement désignés. La multiplicité des personnels nommés mandataires, la rotation des agents au bureau des admissions et les délais d'adoption des actes de nomination, notamment le

délai de sept mois entre la modification de la régie en mai 2022 et la nomination de la régisseuse en décembre 2022, sont autant de sources de risques de manipulation des fonds par des personnels non autorisés.

5.3.3.3. L'argent de poche des hébergés âgés

La régie d'avances de l'argent de poche à l'USLD et l'EHPAD assure la gestion de sommes en numéraire. Malgré sa dénomination historique de régie pour les « pensionnaires et hospitalisés », elle ne concerne que les hébergés sous tutelle ou curatelle. Le fonctionnement de cette régie pose un problème spécifique dans la mesure où les fonds ainsi maniés sont adressés au régisseur par les tuteurs institutionnels et les familles, à charge pour le régisseur de les reverser aux résidents. Or, ces fonds ne sont pas suivis en comptabilité et ce dispositif, pratiqué de longue date, n'est pas conforme au cadre juridique applicable.

La loi du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs a étendu à tous les établissements publics de santé et les établissements sociaux ou médicosociaux l'obligation de désigner une personne, ou un service préposé de l'établissement, en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs (MJPM), si leur capacité autorisée d'hébergement permanent est supérieure à 80 places⁹⁵. Les intéressés exercent leur mission, non pas à titre personnel, mais dans le cadre d'un mandat judiciaire confié par le juge des tutelles à l'établissement public concerné. La loi du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme de la justice a modifié l'alinéa 5 de l'article 427 du code civil en supprimant la faculté de gestion en comptabilité publique des hébergés faisant l'objet d'une mesure de protection exercée par un MJPM rattaché à un EPS ou ESSMS. Depuis cette date, ils doivent être directement gérés par le MJPM à partir des comptes bancaires personnels des hébergés. Le comptable public comme le régisseur ne sont donc pas fondés à gérer ces opérations.

En l'espèce, la capacité de l'EHPAD est de 130 places et celle de l'USLD de 70 places. Un agent ou un service préposé de l'établissement en qualité de mandataire judiciaire à la protection des majeurs aurait dû être désigné ou créé jusqu'au 31 décembre 2019, ce qui n'est pas le cas en l'espèce. Suite à la réforme, l'établissement aurait dû avoir recours à un MJPM extérieur.

Le comptable considère que la régie ne fonctionne plus depuis 2019 « *aux dires de [son] collaborateur le plus ancien* ». Or, la chambre constate lors de sa visite en novembre 2023 que les membres des familles et les tuteurs institutionnels déposent encore de l'argent de poche à la régie, contre remise d'un reçu numéraire pour les tuteurs professionnels⁹⁶. Les déposants de famille ne signent aucun document attestant de la somme déposée et ne reçoivent pas de reçu. Les montants sont inscrits sur le registre dit du numéraire, commun à la régie de l'argent de poche et à celle des dépôts des hébergés. Le numéraire est conservé à la régie dans les conditions déjà évoquées, le montant *a priori* déposé est inscrit au crayon sur l'enveloppe et modifié à chaque dépense de l'hébergé. Les hébergés ne signent aucun document au fur et à mesure de la remise de leur argent de poche. La traçabilité des mouvements d'argent est donc très parcellaire et le risque de détournement patent, d'autant que le registre dit du numéraire ne date que du 1^{er} septembre 2022 (cf. *supra*).

Le suppléant à la régie de l'argent de poche entre 1999 et 2001 était nommé gérant de tutelle depuis 2000. La régisseuse évoque oralement, lors de l'instruction sur place, la présence continue de ce dernier et la manipulation par lui de sommes d'argent jusqu'à son départ à la retraite en 2019. En tout état de cause, son activité de gérant de tutelle, c'est-à-dire de mandataire

⁹⁵ Cf. articles L.472-5 du code de l'action sociale et des familles et L.6111-4 du code de la santé publique.

⁹⁶ Ces reçus sont signés par le régisseur et non l'hébergé.

judiciaire, sans autorisation du juge des tutelles, apparaît irrégulière à compter de l'entrée en vigueur de la réforme de 2007.

Suite à l'intervention de la chambre, l'ordonnatrice a clôturé la régie de l'argent de poche, comme évoqué *supra*, et a formalisé le 12 janvier 2024 une fiche de poste pour la fonction de mandataire judiciaire. La chambre recommande à l'ordonnatrice d'avoir recours effectivement à un mandataire judiciaire à la protection des majeurs, autorisé par le juge des tutelles.

Recommandation :

15. Confier, pour les hébergés majeurs incapables, la gestion de l'argent de poche à un mandataire judiciaire à la protection des majeurs autorisé par le juge des tutelles. *Non mise en œuvre.*

En outre, alors que par décision du 26 octobre 2022 nomme une mandataire simple sur les trois autres régies des budgets annexes, la décision n'existe pas sur la régie de l'argent de poche, situation confirmée par le comptable public. Or, il a été constaté que ladite mandataire a bien reçu et manié l'argent de poche pour les hébergés, sans patente, comme en attestent certaines pages du registre des reçus, pour un montant total de 570 €.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

La chambre a constaté une désorganisation globale des régies, dont une absence de contrôle, d'encadrement des procédures, de formation suffisante des régisseurs et parfois d'outils adéquats pour leur gestion. Il est impératif que la direction de l'établissement s'empare du management, du suivi et du contrôle de celles-ci dans un environnement sécurisé. Des régularisations ont déjà été engagées.

La chambre relève des manquements graves tels que l'absence de tenue d'une comptabilité pour certaines régies, alors que le régisseur est soumis aux mêmes obligations qu'un comptable public en la matière. Elle relève aussi le maniement d'objets et valeurs et l'encaissement de produits non prévus, par des agents non autorisés. Ces manquements répétés présentent un caractère systématique et concernent, pour certains d'entre eux, des fonds et biens de personnes vulnérables.

6. L'ANALYSE FINANCIERE

Le CH dispose d'un budget principal, ainsi que de quatre budgets annexes pour le GHT, l'USLD, l'EHPAD et les dotations non affectées aux soins. Le budget principal regroupe 90 % des produits de fonctionnement consolidés en 2022, l'analyse financière est donc conduite, sauf mention contraire, sur ce budget.

6.1. Une capacité d'autofinancement insuffisante

Le CH dégage une capacité d'autofinancement (CAF) brute qui est passée de -1,5 M€ en 2018 à 2,1 M€ en 2022, avec un pic à 3,2 M€ en 2021. Ce niveau reste toutefois faible, représentant 2 % des produits de gestion en 2022. L'annuité d'emprunt en capital fléchit sur la période, représentant 1,2 M€ en 2022. Après paiement de l'annuité, la CAF nette passe de -3,1 M€ en 2018 à 0,9 M€ en 2022, demeurant également très faible.

Les produits de gestion ont progressé de près de 6 % par an en moyenne, passant de 86 M€ à 108 M€, tandis que les charges de gestion ont augmenté de 5 %, passant de 87 M€ à 105 M€. Cette augmentation plus rapide des produits préserve le CH d'un effet ciseaux et d'une érosion de sa capacité d'autofinancement. Néanmoins, la situation financière demeure fragile, notamment contrainte par les charges de personnel, et une large part des ressources est non reconductible. Son cycle d'exploitation est assuré notablement par des financements provisoires.

tableau 23 : capacité d'autofinancement du budget principal du CH d'Auch

CAF du budget principal H en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018- 2022
Produits financés directement à l'activité (dont réémissions)	58 529 416	62 254 154	64 063 106	67 679 046	70 058 483	5%	20%
+ Produits financés par dotations et forfaits	15 753 148	15 141 487	20 227 542	23 734 910	25 162 912	12%	60%
dont produits financés par dot. et forf. reconductibles	11 230 987	11 746 932	11 716 134	14 421 447	15 190 872	8%	35%
+ Produits annexes à l'activité (vente de produits et presta.)	9 559 836	10 011 867	10 861 130	9 971 250	10 678 325	3%	12%
+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges	2 166 616	1 783 746	1 544 183	1 941 874	2 117 446	-1%	-2%
= Produits de gestion	86 009 015	89 191 254	96 695 960	103 327 080	108 017 166	6%	26%
Charges de personnel brutes	64 565 238	66 346 472	71 045 553	75 968 572	81 529 261	6%	26%
+ charges à caractère médical	15 749 650	15 283 277	16 008 212	15 993 085	17 354 612	2%	10%
+ charges à caractère non médical	6 866 273	7 506 785	8 198 159	8 186 417	7 523 492	2%	10%
+/- variation des stocks	56 403	-60 535	-77 096	-152 669	-185 954	NC	-430%
- atténuations de charges	454 239	281 657	444 901	418 966	680 799	11%	50%
= Charges de gestion nettes	86 783 326	88 794 342	94 729 927	99 576 439	105 540 612	5%	22%
Marge brute d'exploitation	-774 311	396 912	1 966 034	3 750 640	2 476 554	NC	-420%
Taux MB en % des produits de gestion	-0,9%	0,4%	2,0%	3,6%	2,3%		
(+/-) Résultat financier	-262 077	-248 779	-163 665	-159 739	-175 870	-9%	-33%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	325 676	533 701	314 923	398 388	929 642	30%	185%
- Charges exceptionnelles réelles	817 803	600 575	664 840	801 392	1 085 626	7%	33%
= Capacité d'autofinancement brute	-1 528 515	81 259	1 452 452	3 187 897	2 144 700	NC	-240%
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	-1,8%	0,1%	1,5%	3,1%	2,0%		
= Capacité d'autofinancement brute retraitée (prenant en compte les seuls dotations et forfaits reconductibles)	-6 050 676	-3 313 296	-7 058 956	-6 125 565	-7 827 339	7%	29%
- Annuité en capital de la dette	1 602 486	1 391 111	1 286 998	1 137 778	1 198 661	-7%	-25%
= Capacité d'autofinancement nette	-3 131 001	-1 309 852	165 454	2 050 120	946 040	NC	-130%
= Capacité d'autofinancement brute retraitée (prenant en compte les seuls dotations et forfaits reconductibles)	-7 653 162	-4 704 407	-8 345 954	-7 263 342	-9 026 000	4%	18%

Source : CRC d'après les comptes de gestion.

En retraitant cette part non pérenne des dotations, la CAF brute demeure ainsi fortement négative sur l'ensemble de la période, représentant -7,8 M€ en 2022. Le déficit structurel de l'établissement ne lui permet donc pas de dégager de l'épargne pour honorer sa dette. Une fois déduits les remboursements de capital, la CAF nette retraitée apparaît négative sur toute la période, soit -9 M€ en 2022, marquant l'incapacité de l'établissement à dégager de l'autofinancement pour assurer ses investissements.

6.2. Les produits d'exploitation

La structure des produits de fonctionnement s'est modifiée sur la période, marquant un tassement de la part liée à l'activité. Ainsi, 63 % des produits proviennent de l'activité en 2022, contre 66 % en 2018, tandis que 23 % proviennent des dotations et forfaits, contre 18 % en 2018.

Les produits financés directement par l'activité hospitalière augmentent de 5 % par an, atteignant 70 M€ en 2022. Parmi eux, les produits directement liés aux séjours progressent dans la même proportion, représentant 61,4 M€ en 2022. Quant aux produits liés aux actes et consultations, ils stagnent à 6,9 M€ en début et fin de période.

Les financements par dotations et forfaits progressent de 12 % en moyenne par an, pour atteindre 25 M€ en 2022. Parmi eux, les forfaits versés par l'assurance maladie représentent 4,7 M€, soit une hausse moyenne de plus de 20 % par an en lien avec la forte augmentation des forfaits de MCO depuis 2021 suite à la réforme du financement de l'activité des urgences⁹⁷. Par ailleurs, la dotation annuelle de fonctionnement (DAF), à hauteur de 6,9 M€ en 2022, représente 6,2 % des produits de fonctionnement et progresse de 4,1 % en moyenne annuelle entre 2018 et 2022. Les crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIG et AC) augmentent de 17 %, atteignant 10 M€ en 2022. Enfin, les ressources issues du fonds d'intervention régional atteignent près de 3 M€ en 2022, en hausse de 6,5% par an.

Parmi ces financements, les parts non reconductibles de la DAF et des crédits MIG et AC atteignent près de 10 M€ en 2022, en lien notamment avec les surcoûts et pertes de recettes liés à la crise sanitaire COVID et avec les mesures accordées dans le cadre du Ségur, notamment la revalorisation des grilles indiciaires et des régimes indemnitaires. Le modèle économique apparaît donc peu viable, dans la mesure où des dépenses pérennes, notamment de la masse salariale, sont majoritairement financées par des dotations non reconductibles.

Dans sa réponse, l'ARS précise que certains de « ces crédits dits non reconductibles, dont notamment les financements de mesures salariales Ségur, sont en fait pérennes », étant pérennisés en n+1. La chambre constate néanmoins que certaines enveloppes liées aux réformes demeurent provisoires et que, de surcroît, cette pratique en matière d'allocation de ressources limite la visibilité pour l'établissement.

tableau 24 : retraitement des dotations et forfaits reçus non pérennes

Les financements de l'activité hospitalière par dotation et forfaits en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
RETRAITEMENT							
Forfaits versés par l'AM (a)	2 232 633	2 264 392	2 297 226	4 460 354	4 690 027	20%	110%
dont forfaits MCO	1 605 859	1 598 494	1 640 586	3 794 440	4 007 411	26%	150%
dont forfaits SSR	-829 617	-595 120	-767 290	-662 687	-721 803	-3%	-13%
Dotations annuelles de financement (b)	5 854 592	5 817 861	5 988 487	6 326 260	6 873 407	4%	17%
dont dotation hôpitaux de proximité	0	0	0	0	0		
dont DAF PSY	0	0	0	0	0		
dont DAF SSR	5 854 592	5 817 861	5 988 487	6 326 260	6 873 407	4%	17%
dont part de DAF non reconductible	0	0	164 674	402 531	837 591		
dont part de DAF reconductible	5 854 592	5 817 861	5 823 814	5 923 729	6 035 816		
Crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (c)	5 366 115	4 243 406	9 209 586	9 818 201	10 021 882	17%	87%
Crédits MIG-AC reconductibles	843 954	848 851	862 851	907 270	887 433	1%	5%
dont Dotations MIG	4 294 149	3 247 572	3 535 107	2 775 383	2 601 172	-12%	-39%
dont MIG reconductibles	235 826	240 723	240 723	249 127	223 524	-1%	-5%
dont Dotations AC	1 066 045	991 670	5 670 241	6 953 177	7 418 426	62%	596%
dont AC reconductibles	608 128	608 128	622 128	658 143	663 909	2%	9%
dont AC et MIG SSR	5 921	4 164	4 238	89 642	2 284	-21%	-61%
Fonds d'intervention régional (7471) (FR) (d)	2 299 808	2 618 698	2 329 452	2 622 270	2 962 635	7%	29%
HFAQ (e)	0	197 130	402 791	507 824	614 961	NC	NC
TOTAL DES FINANCEMENTS DE L'ACTIVITE PAR DOTATIONS ET FORFAITS (f=a+b+c+d+e)	15 753 148	15 141 487	20 227 542	23 734 910	25 162 912	12%	60%
TOTAL DES FINANCEMENTS DE L'ACTIVITE PAR DOTATIONS ET FORFAITS RECONDUCTIBLES	11 230 987	11 746 932	11 716 134	14 421 447	15 190 872	8%	35%

Source : CRC d'après les comptes de gestion

Les produits annexes à l'activité recouvrent majoritairement les remboursements de mise à disposition de personnels et de frais facturés aux budgets annexes. Les autres produits de gestion, sont constitués essentiellement des subventions et produits des formations professionnelles.

⁹⁷ Cette réforme s'est déployée de 2020 à 2022 avec transfert de la MIG du SMUR vers un forfait MCO, dotation populationnelle, forfaits urgences et enfin hausse de l'enveloppe liée aux indicateurs qualités.

Les produits exceptionnels connaissent une très forte augmentation, soit +30 % par an, atteignant 0,9 M€. En effet, de nombreux produits et factures à recevoir ne sont pas rattachés à l'exercice en fin d'année, en raison d'une insuffisante maîtrise des opérations de clôture d'exercice, et sont imputés à tort en mouvements exceptionnels (cf. *supra*).

Ainsi, même si la part des produits liée à l'activité est prépondérante, la dynamique des ressources est largement portée par les dotations et forfaits reçus, en partie non pérennes. Afin de limiter cette dépendance, l'établissement devra renforcer son activité.

6.3. Les charges d'exploitation

La structure des charges a légèrement changé sur la période, marquant un fléchissement des charges à caractère médical et hôtelier (23 % des charges en 2022, contre 25 % en 2018) au profit des dépenses de personnel (73 % des charges en 2022, contre 70 % en 2018).

En leur sein, les charges de personnel représentent plus de 81,5 M€ en 2022 au budget principal, en hausse moyenne de 6 % chaque année. La première cause de leur progression réside dans l'augmentation des effectifs (cf. *supra*) et découle également des mesures de revalorisation salariale mises en place dans le cadre du Ségur. La crise sanitaire a aussi généré des coûts, notamment le recours à l'intérim et les majorations de primes.

La rémunération du personnel médical s'élève à 15 M€ en 2022, en hausse de 7 % par an. La part de rémunération des contractuels est importante, représentant 32 % de ce montant.

La rémunération du personnel non médical progresse de 6 % en moyenne annuelle, pour atteindre 38,4 M€ en 2022. La rémunération des contractuels en représente 13 %. En outre, les indemnités pour heures supplémentaires⁹⁸ des PNM enregistre une forte progression, déjà analysée dans la partie dédiée aux ressources humaines.

Le second poste de dépenses est celui des charges médicales, représentant 18 M€, en progression de 2,6 % par an. L'achat de produits pharmaceutiques constitue le poste le plus important, avec 8,7 M€.

Les charges à caractère hôtelier suivent la même progression, atteignant 7,9 M€. Enfin, les charges exceptionnelles augmentent de 7 % pour atteindre plus d'1 M€, en raison de l'enregistrement comptable inadéquat des charges à rattacher (cf. *supra*).

6.4. Les budgets annexes

Sur la période, l'EHPAD a vu sa capacité d'autofinancement se dégrader largement, passant de 181 k€ en 2018 à -519 k€ en 2022. Si les différents produits ont progressé, essentiellement les dotations, ils n'ont pas permis d'accompagner la hausse plus importante des charges. La seule dotation aux soins représente près de 3 M€ en 2022, résultant d'une équation tarifaire entre la perte d'autonomie et les besoins des résidents⁹⁹. Une nouvelle évaluation a été proposée en 2023, correspondant davantage aux besoins de l'établissement et permettant une hausse de la dotation à compter de 2024, estimée par l'ordonnatrice entre 200 et 300 k€.

⁹⁸ IFTS : indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires ; IHTS : indemnité horaire pour travaux supplémentaires.

⁹⁹ Équation entre le GIR moyen pondéré (GMP) qui mesure le niveau moyen de perte d'autonomie des résidents et le PATHOS moyen pondéré (PMP), référentiel de l'ARS similaire à une photographie des besoins des résidents à un moment donné à partir d'évaluations cliniques englobant toutes les pathologies d'une population âgée.

Les charges de personnel sont de plus en plus lourdes, avec 5,6 M€ en 2022, soit + 6 % par an, comme les charges à caractère non médical (1,3 M€ en 2022) directement liées aux prestations logistiques externalisées.

tableau 25 : capacité d'autofinancement du budget de l'EHPAD du CH d'Auch

CAF du budget EHPAD (E) en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
Produits financés directement à l'activité	3 138 215	3 281 875	3 277 082	2 986 167	3 297 098	1,2%	5,1%
+ Produits annexes à l'activité ou financés par dotations et participation	2 807 088	2 763 117	3 579 282	3 457 797	3 416 037	5,0%	21,7%
+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges	58 841	20 967	4 900	40 273	44 112	-6,9%	-25,0%
= Produits de gestion	6 004 144	6 065 958	6 861 264	6 484 236	6 757 247	3,0%	12,5%
Charges de personnel brutes	4 376 001	4 485 388	4 872 837	5 066 406	5 582 801	6,3%	27,6%
+ charges à caractère médical	225 173	222 227	207 574	204 800	220 604	-0,5%	-2,0%
+ charges à caractère non médical	938 113	924 095	1 341 649	1 330 039	1 262 198	7,7%	34,5%
+/- variation des stocks	0	0	0	0	0	NC	NC
- atténuations de charges	10 807	10 767	8 697	9 170	7 151	-9,8%	-33,8%
= Charges de gestion nettes	5 528 480	5 620 943	6 413 363	6 592 075	7 058 452	6,3%	27,7%
Marge brute d'exploitation	475 663	445 015	447 901	-107 839	-301 205	NC	-163,3%
Taux MB en % des produits de gestion	7,9%	7,3%	6,5%	-1,7%	-4,5%	NC	-156,3%
(+/-) Résultat financier	-322 806	-296 737	-281 310	-265 956	-269 076	-4,4%	-16,6%
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	79 213	223 077	53 299	58 990	148 417	17,0%	87,4%
- Charges exceptionnelles réelles	50 798	102 602	46 607	48 051	97 354	17,7%	91,6%
= Capacité d'autofinancement brute	181 273	268 752	173 283	-362 856	-519 218	NC	-386,4%
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	3,0%	4,4%	2,5%	-5,6%	-7,7%	NC	-354,5%

Source : CRC d'après les comptes de gestion

Pour sa part, l'USLD a enregistré une diminution importante de sa capacité d'autofinancement, de l'ordre de 75 % sur la période, passant de 857 k€ en 2018 à 250 k€ en 2022. Selon la même logique, la hausse des produits de l'activité (+4,7 % par an) et la hausse de la dotation aux soins (+5,8 %), représentant un total de 5 M€ en 2022, n'ont pas permis de compenser la hausse des charges de personnel qui explosent, augmentant de 10,7 % par an pour atteindre 4 M€. Dans un contexte social parfois tendu¹⁰⁰, leur hausse dépasse 50 % sur l'ensemble de la période. La chambre invite donc le CH à mettre en place rapidement des actions de maîtrise de la masse salariale dans le secteur médicosocial. Le plan de redressement du CH, établi tous budgets confondus, devra conduire rapidement à des mesures effectives en la matière.

tableau 26 : capacité d'autofinancement du budget de l'USLD du CH d'Auch

CAF du budget USLD (B) en €	2018	2019	2020	2021	2022	Var. annuelle moyenne	Evolution 2018-2022
Produits financés directement à l'activité	1 231 155	1 456 635	1 436 550	1 249 407	1 480 451	4,7%	20,2%
+ Produits annexes à l'activité ou financés par dotations et participation	2 813 189	3 016 765	3 609 704	3 399 355	3 518 579	5,8%	25,1%
+ Autres produits de gestion hors atténuations de charges	18 020	20 379	33 943	13 009	16 829	-1,7%	-6,6%
= Produits de gestion	4 062 364	4 493 779	5 080 197	4 661 771	5 015 859	5,4%	23,5%
Charges de personnel brutes	2 700 828	3 131 382	3 428 085	3 725 750	4 063 164	10,7%	50,4%
+ charges à caractère médical	90 879	85 593	112 477	104 510	133 183	10,0%	46,5%
+ charges à caractère non médical	426 712	449 637	694 980	614 199	635 946	10,5%	49,0%
+/- variation des stocks	0	0	0	0	0	NC	NC
- atténuations de charges	9 393	9 086	8 937	6 562	7 571	-5,2%	-19,4%
= Charges de gestion nettes	3 209 026	3 657 526	4 226 605	4 437 897	4 824 721	10,7%	50,3%
Marge brute d'exploitation	853 338	836 253	853 592	223 874	191 138	-31,2%	-77,6%
Taux MB en % des produits de gestion	21,0%	18,6%	16,8%	4,8%	3,8%	-34,7%	-81,9%
(+/-) Résultat financier	0	0	-4 531	-3 881	-3 431	NC	NC
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	22 033	100 278	76 621	50 443	62 028	29,5%	181,5%
- Charges exceptionnelles réelles	18 401	58 373	43 415	20 566	27 395	10,5%	48,9%
= Capacité d'autofinancement brute	856 969	878 157	882 266	249 869	222 339	-28,6%	-74,1%
Taux de CAF brute en % des produits de gestion	21,1%	19,5%	17,4%	5,4%	4,4%	-32,3%	-79,0%

Source : CRC d'après les comptes de gestion

¹⁰⁰ Grèves en 2017, 2019 et 2023.

6.5. Une soutenabilité des investissements à confirmer

La CAF nette consolidée du CH lui a permis de dégager seulement 1,4 M€ d'autofinancement en cinq ans, soit un niveau largement insuffisant pour financer les 11 M€ d'investissements tous budgets réalisés sur la période. La moyenne annuelle d'investissement, de 2,2 M€, semble au demeurant faible au regard du taux de vétusté des installations de l'établissement, atteignant près de 87 %¹⁰¹.

Grâce aux autres recettes d'investissement, notamment les apports en capitaux¹⁰², les subventions reçues et quelques produits de cession, le besoin de financement est couvert globalement sur la période, dégageant une capacité de financement globale de 2,1 M€. Malgré cela, le CH a contracté des emprunts, en 2019, en 2021 et en 2022, pour 4,5 M€ au total, alors qu'ils n'étaient pas nécessaires à l'équilibre de ces trois exercices.

tableau 27 : Financement des investissements tous budgets

Montants tous budgets en €	2018	2019	2020	2021	2022	Cumul sur la période
CAF nette consolidée (a)	-2 073 563	-230 695	1 224 428	1 886 367	619 198	1 425 734
+ Apports en capital	1 550 000	1 800 000	400	6 925 018	1 305 409	11 580 827
+ Subventions d'équipement reçues	276 505	2 951 226	594 894	546 702	2 379 955	6 749 282
+ Produits de cession	24 000	700	0	4 000	0	28 700
= Recettes d'investissement hors emprunt (b)	1 850 505	4 751 926	595 294	7 475 720	3 685 364	18 358 809
= Financement propre disponible (a+b)	-223 058	4 521 230	1 819 722	9 362 087	4 304 562	19 784 543
- Dépenses d'invest. (y.c. tx en régie)	1 114 412	1 718 173	1 526 130	2 486 843	4 156 159	11 001 716
<i>Dont immobilisations incorporelles</i>	63 800	53 414	86 084	66 505	210 541	480 345
<i>Dont terrains, constructions et agencements</i>	164 944	216 752	394 992	419 091	867 552	2 063 330
<i>Dont autres immobilisations corporelles</i>	678 436	1 255 866	1 035 536	1 804 611	1 876 581	6 651 029
<i>Dont immobilisations en cours</i>	207 232	192 141	9 519	196 636	1 201 485	1 807 013
- Titres individualisés, placements, prêts	0	0	0	5 504 714	-688 202	4 816 513
+/- Variation autres dettes (dettes PPP)	478 627	324 357	335 432	346 434	351 434	1 836 284
= Besoin (-) ou capacité (+) de financement	-1 816 097	2 478 701	-41 840	1 024 096	485 170	2 130 030
+ Nouveaux emprunts de l'année	0	975 000	0	1 500 000	2 000 000	4 475 000
= Apport ou prélèvement sur le fonds de roulement	-1 816 097	3 453 701	-41 840	2 524 096	2 485 170	6 605 030

Source : CRC d'après les comptes de gestion

Ces emprunts permettent d'alimenter son fonds de roulement (FDR) de 6,6 M€ nets sur la période. L'encours de dette représente ainsi 20,2 M€ tous budgets fin 2022 et le délai de désendettement atteint onze années.

tableau 28 : Ratios d'endettement

Indicateurs tous budgets	2018	2019	2020	2021	2022
Capacité de désendettement (en années)	-46,9	18,4	7,9	6,5	11,1
Encours de dette sur produits d'activité (en %)	25,69%	24,01%	20,77%	19,43%	18,90%

Source : CRC d'après les comptes de gestion

Le financement des investissements sur la période écoulée n'a pas posé de difficulté majeure. Le PGFP, rejeté par l'ARS, n'a pas encore été amendé par le CH. Mais, ce dernier a transmis son plan de redressement pour financer la réhabilitation du site. Le CH projette ainsi d'emprunter près de 23 M€, ce qui devrait doubler son encours et son délai de désendettement. La possible mobilisation de la CAF à hauteur de 120 k€, annoncée par le scénario retenu repose sur

¹⁰¹ Source : logiciel ANAFI des CRC alimentés par les comptes de gestion du comptable public.

¹⁰² 6,9 M€ d'apport en 2021 dans le cadre des aides d'investissement « restauration des marges », article 50 LFSS 19/12/2020.

une restauration ambitieuse du niveau de celle-ci et un retour à l'équilibre d'ici 2026. La soutenabilité de ce vaste projet d'investissement reste donc largement à confirmer.

6.6. Une trésorerie structurellement négative

Au bilan de l'établissement, l'actif immobilisé s'élève à 98,9 M€ tous budgets fin 2022, pour des financements stables de 113,5 M€. Le fonds de roulement consolidé, qui constitue l'excédent dégagé par les capitaux stables après financement des immobilisations, double sur la période, passant de 6,2 M€ en 2018 à 14,6 M€ en 2022 (cf. annexe 5). Il demeure néanmoins insuffisant pour couvrir le besoin en fonds de roulement, malgré l'alimentation du FDR par des provisions de 11,7 M€, largement surévaluées.

Le besoin en fonds de roulement, qui permet de quantifier les capitaux nécessaires pour couvrir le cycle d'exploitation (dettes et créances à court terme), double quasiment sur la période, passant de 9,4 M€ en 2018 à 17,1 M€ en 2022, dépassant le FDR tous les ans. Ainsi, l'établissement dégage une trésorerie négative à la fin de chaque exercice, représentant -2,4 M€ en fin de période. Le CH est donc exposé à un risque de liquidité vis-à-vis de ses créanciers.

tableau 29 : Trésorerie consolidée

en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Fonds de roulement net global	6 208 798	9 662 499	9 620 659	12 144 755	14 629 925	136%
-Besoin en fonds de roulement	9 439 875	11 114 754	12 271 262	12 980 708	17 074 911	81%
=Trésorerie nette	-3 231 077	-1 452 255	-2 650 603	-835 953	-2 444 986	-24%
Trésorerie en nombre de jours de charges de gestion nettes	-12	-5	-9	-3	-8	-39%

Source : CRC d'après les comptes de gestion

Le code des marchés publics, dans son article 98, fixe à 50 jours maximum le délai global de paiement (DGP) des établissements publics de santé à compter de la réception des factures. En cas de non-respect, des intérêts moratoires doivent être versés de plein droit¹⁰³ au créancier par l'établissement. Ils pèseront *in fine* sur son budget pour un retard imputable à l'ordonnateur ou sur le budget de l'État pour un retard imputable au comptable public. Au sein de ce délai de 50 jours, l'ordonnateur dispose de 35 jours pour mandater ses factures et le comptable dispose de 15 jours pour effectuer le contrôle et les payer. Toute suspension de paiement de la part du comptable en raison de pièces incomplètes ou incohérentes ne suspend pas le DGP. La maîtrise du délai nécessite donc un contrôle coordonné des dépenses entre l'ordonnateur et le comptable¹⁰⁴.

Un audit interne réalisée fin 2022 à la Trésorerie départementale hospitalière¹⁰⁵ souligne que le CH d'Auch demande à celle-ci un délai de 50 jours avant paiement afin d'améliorer sa trésorerie. Le taux de paiements à 50 jours ou moins représente seulement 35 % des dépenses en 2022 et en 2023. Sur ces deux années, le DGP moyen se situe entre 64 et 65 jours, avec un maximum à près de 90 jours au mois de septembre 2023, au-delà du délai légal. En son sein, le délai de paiement moyen du comptable est de 22 jours en 2022 et de 14 jours en 2023.

¹⁰³ Les intérêts moratoires s'appliquent automatiquement et sans formalité à compter du jour suivant l'expiration du délai maximum de paiement réglementaire, toute renonciation éventuelle du fournisseur étant par ailleurs réputée non écrite.

¹⁰⁴ Dont les procédures de contrôle allégé en partenariat et de contrôle hiérarchisé de la dépense. Un audit conjoint peut être réalisé afin d'analyser et d'améliorer les procédures existantes, puis une convention signée permettant de s'engager sur les mesures d'optimisation.

¹⁰⁵ Trésorerie créée en 2022 dans le cadre du nouveau réseau de proximité de la direction des finances publiques.

L'ordonnatrice précise que certains de ses services ne liquident¹⁰⁶ pas les factures en temps voulu, le mandatement étant ensuite assuré par la direction des finances. La certification du service fait par les services concernés n'est souvent pas réalisée en raison de la désorganisation administrative, empêchant la liquidation.

Malgré le dépassement du DGP, les intérêts moratoires ne sont jamais versés aux entreprises alors qu'ils sont de plein droit, sans besoin d'une demande du créancier. La chambre demande donc à l'établissement d'honorer automatiquement les intérêts moratoires vis-à-vis de ses créanciers.

Ainsi, au regard des paiements en attente, la trésorerie réelle, telle qu'issue des obligations de l'établissement, est durablement dégradée. À titre d'exemple, au 9 novembre 2023, avec plus de 5,4 M€ de paiements en instance, la trésorerie s'établit à près de -4 M€. En prenant en compte les principales corrections à opérer en matière de provisions (cf. *supra*), la trésorerie atteindrait même - 10,8 M€¹⁰⁷. Le CH d'Auch doit impérativement améliorer les équilibres de son bilan. Il prévoit dans son plan de redressement une diminution de 15 % du BFR et une trésorerie augmentée de 2,25 M€.

CONCLUSION SUR LA SITUATION FINANCIERE

La situation financière de l'établissement présente un déficit structurel, qui ne permet pas à l'établissement de dégager une épargne pour assurer ses investissements. Sa capacité d'autofinancement n'est positive que grâce notamment aux dotations annuelles de l'État non reconductibles que l'établissement reçoit, pour un total de 10 M€, constituées de divers dispositifs exceptionnels. Son cycle d'exploitation, notamment ses dépenses rigides de personnel, est ainsi assuré par des financements non pérennes, ce qui fragilise la soutenabilité de son modèle économique.

Sa trésorerie est structurellement négative et le délai de paiement vis-à-vis des créanciers est souvent non respecté. L'établissement est conscient de ces difficultés et prévoit dans son plan de redressement la réalisation d'économies permettant d'augmenter son autofinancement et de reconstituer sa trésorerie. Ces mesures qui restent à mettre en place sont indispensables au financement du projet de réhabilitation-extension de l'hôpital

¹⁰⁶ Vérification des éléments indispensables au mandatement, notamment l'identité du tiers créancier, le montant et l'imputation de la dépense, le service fait.

¹⁰⁷ Les principales corrections à opérer sont estimées à ce stade à -10 M€ pour la provision de l'USLD et + 3,2 M€ pour la provision des CET, soit -6,8 M€, nonobstant les autres provisions à évaluer (litiges, gros entretiens...). Cf. *supra*.

ANNEXES

annexe 1 : suivi des recommandations du précédent contrôle	71
annexe 2 : taux de recours en MCO dans le département du Gers en 2021	73
annexe 3 : déclarations d'évènements indésirables	74
annexe 4 : manquants en caisse aux régies de l'EHPAD et de l'USLD	75
annexe 5 : fonds de roulement et besoin en fonds de roulement.....	78

annexe 1 : suivi des recommandations du précédent contrôle

Le précédent rapport d'observations définitives du 30 décembre 2014 examinait les comptes des exercices 2006 à 2013. La chambre formulait les 12 recommandations suivantes :

En matière de fiabilité des comptes

1 - appliquer les règles de rattachement à l'exercice conformément à l'instruction comptable M 21 ;

2 - appliquer les règles de passation des écritures prévues par la M 21 en matière de dépréciation des comptes de redevables, et poursuivre le travail de fiabilisation des montants inscrits à ce compte en adéquation avec le risque réel d'irrécouvrabilité ;

3 - procéder à la passation des écritures comptables annuelles permettant de suivre les flux relatifs aux jours de compte épargne temps (CET), ainsi que suivi du stock de jours CET du personnel médical et non médical au 31 décembre de chaque année après exercice de leur droit d'option ;

4 - fiabiliser l'inventaire, en veillant notamment à l'inscription des biens non amortissables ;

Sur la gouvernance et les orientations de l'établissement

5 - élaborer le projet d'établissement dans les meilleurs délais ;

6 - envisager une délégation de gestion, dans un premier temps différenciée selon les pôles, et les modalités d'un intéressement collectif des pôles ;

7 - construire un projet médical d'établissement, s'inscrivant dans un projet médical de territoire, dans le développement de relations suivies avec la médecine de ville et de relations de coopération avec la polyclinique Gascogne à Auch ;

Sur l'information médico-économique

8 - mettre en place une instance interne de type collège de l'information médicale, qui permettrait d'associer la communauté médicale ainsi que le personnel soignant, en faisant du recueil des données médicales une question centrale de l'établissement ;

9 - faire de la valorisation de l'activité un des indicateurs de suivi des prochains contrats de pôle, assorti d'un intéressement collectif ;

10 - rechercher une optimisation des fonctions logistiques et techniques en complémentarité avec le CHS d'Auch, en particulier la mutualisation de la restauration et des services techniques ;

11 - consolider les outils d'information médico-économiques en s'engageant dans une démarche de production de tableaux de coûts case-mix (TCCM), à l'échelle de l'établissement ou des pôles d'activité ;

Sur les enjeux de la facturation

12 - favoriser le développement des paiements en régie des consultations et actes externes afin de permettre des rentrées de trésorerie plus rapides.

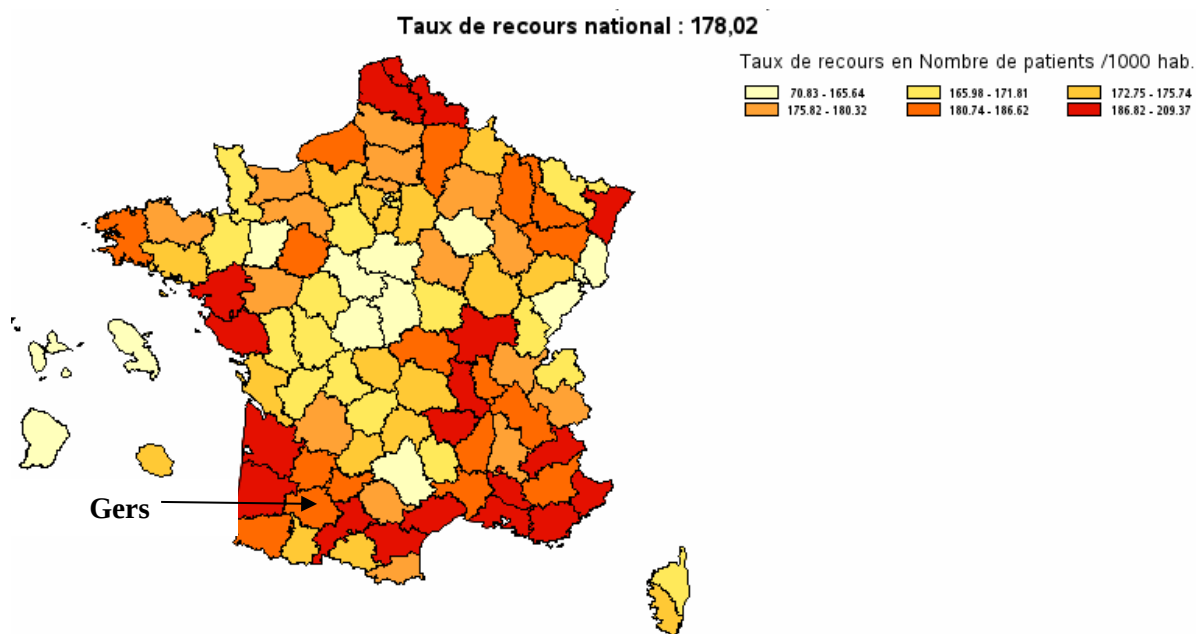
Dans la mesure où la majorité de ces recommandations sont développées dans le rapport, la présente annexe s'attache à synthétiser les conclusions sur leur suivi.

Recommandation 1	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 2	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 3	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 4	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 5	Recommandation mise en œuvre
Recommandation 6	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 7	Recommandation mise en œuvre
Recommandation 8	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 9	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 10	Recommandation non mise en œuvre
Recommandation 11	Recommandation mise en œuvre
Recommandation 12	Recommandation mise en œuvre

annexe 2 : taux de recours en MCO dans le département du Gers en 2021

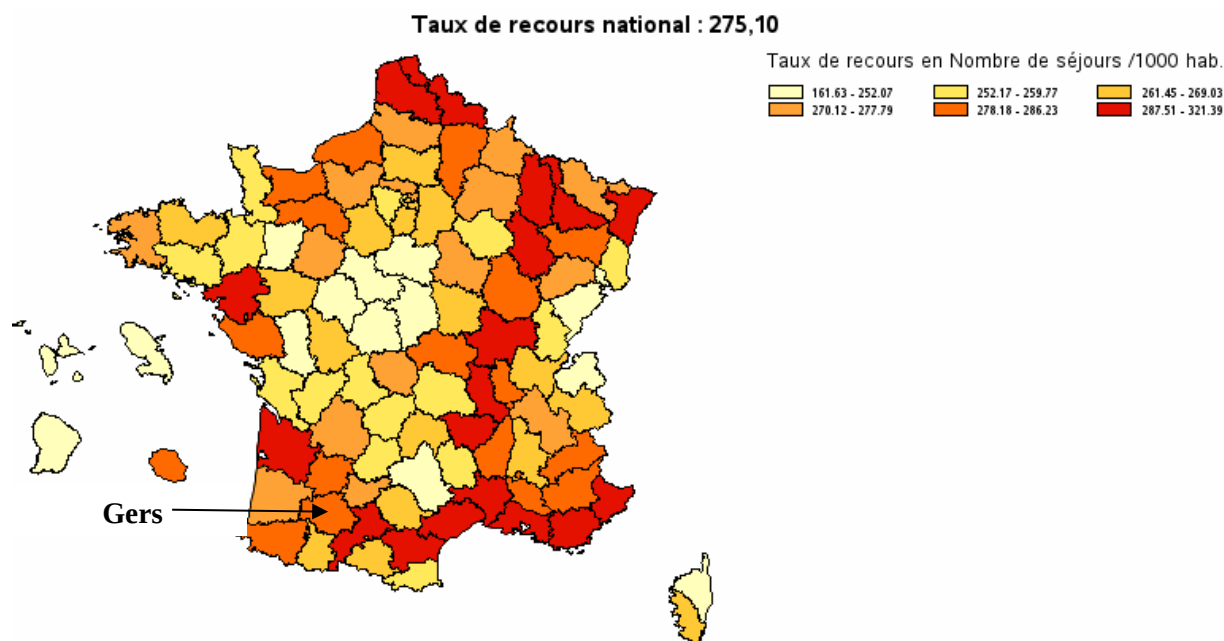
Ce taux mesure la consommation de soins des habitants d'un territoire donné, quel que soit le lieu de réalisation des soins. Le taux de recours en nombre de patients est situé entre 180 et 187 pour 1 000 habitants dans le Gers en 2021 (pour un taux national de 178). Le taux de recours en nombre de séjours est situé entre 278 et 286 pour 1 000 habitants dans le département (pour un taux national de 275).

carte 4 : taux de recours en MCO en nombre de patients par département (2021)



Source : scan santé (applications/taux-de-recours-mco)

carte 5 : taux de recours en MCO en nombre de séjours (2021)



Source : scan santé (applications/taux-de-recours-mco)

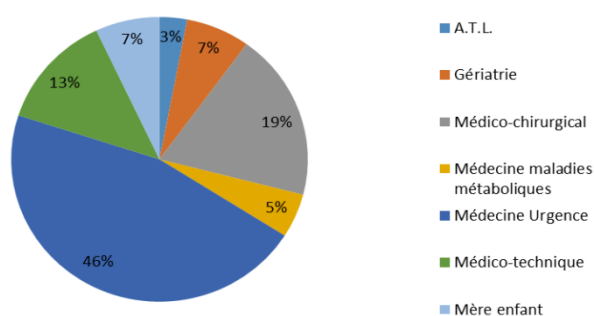
annexe 3 : déclarations d'événements indésirables

tableau 30 : évolution du nombre d'EI déclarés selon les pôles entre 2018 et 2022

Nb EI par pôle	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022	Evolution 2018-2020	Evolution 2020-2022	Cumul 2018-2022
Médecine urgences	110	155	135	138	186	69,1%	22,7%	37,8%	724
Médico-chirurgical	102	85	49	48	77	-24,5%	-52,0%	57,1%	361
Gériatrie	87	62	40	46	29	-66,7%	-54,0%	-27,5%	264
Médico-technique	42	46	42	52	55	31,0%	0,0%	31,0%	237
Mère-enfant	56	54	25	21	28	-50,0%	-55,4%	12,0%	184
Maladies métaboliques	36	39	28	16	20	-44,4%	-22,2%	-28,6%	139
Affaires médicales et territoire	22	44	11	25	11	-50,0%	-50,0%	0,0%	113
TOTAL	455	485	330	346	406	-10,8%	-27,5%	23,0%	2022

Source : CRC d'après les bilans annuels des EI du CH d'Auch

figure 3 : pôles déclarants en 2022



Source : bilan annuel des EI 2022

tableau 31 : évolution du nombre d'EI déclarés entre 2018 et 2022 selon les typologies

Typologie des EI déclarés	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022	Cumul 2018-2022
Prise en charge du patient	290	262	163	176	230	-20,7%	1121
Dont processus communs	137	105	74	98	103	-24,8%	517
Dont activités médicales / patients opérés	102	106	45	61	95	-6,9%	409
Dont activités Médico-techniques	23	36	30	11	21	-8,7%	121
Dont circuit médicament / Produits de santé	28	15	14	6	11	-60,7%	74
Vie hospitalière	165	223	167	170	176	6,7%	901
Dont risques aux personnes	24	45	39	27	41	70,8%	176
Dont hygiène	29	35	33	29	18	-37,9%	144
Dont transport externe	6	29	17	31	57	850,0%	140
Dont linge	23	25	32	29	17	-26,1%	126
Dont risques techniques	34	37	16	19	10	-70,6%	116
Dont système d'information	5	12	10	10	16	220,0%	53
Dont transport interne	9	17	8	6	5	-44,4%	45
Dont restauration	14	7	2	9	9	-35,7%	41
Dont alimentation	2	15	10	10	0	-100,0%	37
Dont risques aux biens	18	1	0	0	3	-83,3%	22
Dont risques financiers	1	0	0	0	0	-100,0%	1

Source : CRC d'après les bilans annuels des EI du CH d'Auch

tableau 32 : évolution du nombre d'EI déclarés entre 2018 et 2022 selon le niveau de gravité

Niveau de gravité des EI déclarés	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022	Cumul 2018-2022
Mineure	62	33	29	36	56	-9,7%	216
Significative	261	344	239	252	288	10,3%	1384
Majeure	74	41	38	33	20	-73,0%	206
Critique (classement EI grave-EIG)	0	4	4	1	1	nc	10
Catastrophique (classement EI grave-EIG)	1	0	3	2	2	100,0%	8
Sans cotation	0	0	0	0	39	nc	39

Source : CRC d'après les bilans annuels des EI du CH d'Auch

annexe 4 : manquants en caisse aux régies de l'EHPAD et de l'USLD

tableau 33 : manquants en caisse de la régie des dépôts de fonds des hébergés

N° RECU	Montant déposé au registre	Mention à l'Inventaire Janvier 2024 (a)	Montants des restitutions en €	Présence en stock (b)	Manquant maximal
230401	7,10 €	non	- €	- €	7,10 €
230402	51,67 €	non	- €	- €	51,67 €
230403	2,34 €	5,35 €	- €	- €	5,35 €
230404	20,03 €	cf.reçu suivant 230440	- €	- €	- €
230405	13,30 €	non	- €	- €	13,30 €
230406	21,50 €	60,00 €	- €	- €	60,00 €
230407	55,00 €	36,00 €	- €	- €	55,00 €
230408	54,40 €	25,55 €	- €	- €	54,40 €
230409	51,00 €	non	- €	- €	51,00 €
230410	10,00 €	non	- €	- €	10,00 €
230411	50,00 €	non	- €	- €	50,00 €
230412	28,10 €	non	- €	- €	28,10 €
230413	80,00 €	non	- €	- €	80,00 €
230414	80,00 €	restitution	60,00 €	- €	20,00 €
230415	54,90 €	non	- €	- €	54,90 €
230416	221,30 €	cf.reçu suivant 230426	- €	- €	- €
230417	17,08 €	non	- €	- €	17,08 €
230418	81,85 €	non	- €	- €	81,85 €
230419	1,14 €	restitution	1,14 €	- €	- €
230420	120,10 €	restitution	121,11 €	- €	- €
230421	3,20 €	4,20 €	- €	4,20 €	- €
230422	12,50 €	restitution	12,50 €	- €	- €
230423	1,77 €	restitution	1,79 €	- €	- €
230424	2,40 €	restitution	2,40 €	- €	- €
230425	1,03 €	non	- €	- €	1,03 €
230426	150,00 €	cf.reçu suivant 230432	- €	- €	- €
230427	105,00 €	non	- €	- €	105,00 €
230428	35,00 €	non	- €	- €	35,00 €
230429	70,00 €	non	- €	- €	70,00 €
230430	115,05 €	restitution	113,05 €	- €	2,00 €
230431	360,00 €	132,45 €	- €	- €	360,00 €
230432	350,00 €	cf.reçu suivant 230434	- €	- €	- €
230433	150,00 €	non	- €	- €	- €
230434	300,00 €	restitution	210,00 €	- €	811,30 €
230435	21,05 €	21,17 €	- €	21,17 €	- €
230436	- €	non	- €	- €	- €
230437	110,00 €	non	- €	- €	110,00 €
230438	200,00 €	non	- €	- €	200,00 €
230439	60,00 €	restitution	63,50 €	- €	- €
230440	60,00 €	33,98 €	- €	- €	80,03 €
230441	100,00 €	restitution	60,00 €	- €	40,00 €
502303	105,00 €	non	- €	- €	105,00 €
502304	47,96 €	non	- €	- €	47,96 €
502305	24,55 €	non	- €	- €	24,55 €
Néant	- €	restitution	4,14 €	- €	- €
Néant	- €	restitution	13,00 €	- €	- €
TOTAL	3 405,32 €	318,70 €	662,63 €	25,37 €	2 631,62 €
Ecart entre sommes mentionnées à l'inventaire (a) et présence effective (b)				293,33 €	
Calcul du préjudice diminué des manques en stock à la régie				2 338,29 €	

Source : CRC d'après le registre, les inventaires, attestations de remise et photos

NB : - Montant maximal : le manque en caisse est évalué en fonction de l'écart le plus important entre le stock d'une part et la mention au registre ou à l'inventaire d'autre part.

- Pour deux hébergés, les mentions sont regroupées sur une ou plusieurs souches, il convient donc de cumuler l'ensemble des dépôts reçus en régie.

tableau 34 : objets manquants à la régie des dépôt de fonds et valeurs des hébergés

N° RECU	Désignations dans le registre	Mention à l'inventaire de janvier 24	Présence en stock	Manquant
502301	montre femme dorée bracelet cuir - DCD le 29/12/2016 remis au comptable public le 08/02/2016	non	non	non
502302	alliance dorée + bague avec perle noire	non	non	OUI
502303	105 euros (DCD le 4/3/2018) - cf registre du numéraire	non	non	non
502304	47,96 euros (DCD le 4/3/2018) - cf registre du numéraire	non	non	non
502305	24,55 euros (DCD le 4/3/2018) - cf registre du numéraire	non	non	non
502306	chaîne dorée (DCD le 21/12/2020)	non	non	OUI
502307	alliance dorée (DCD le 20/12/2020)	non	non	OUI
502308	montre homme + bracelet argenté remis au comptable public le 31/12/2020	non	non	non
502309	2 bagues + chaîne + pendentif + BO + montre (DCD le 15/02/2021) remis au comptable public le 16/02/2016	non	non	non
502310	bague dorée et grenat + médaillon	restitution	non	non
502311	3 bagues argentées dont 1 avec pierre	non	non	OUI
502312	2 alliances dorées	restitution	non	non
502313	2 alliances argentées	non	non	OUI
502314	montre + médailles dorées + croix	restitution	non	non
502315	bague dorée	restitution	non	non
502316	CNI + permis de conduire	non	non	OUI
502317	bijoux dorés + bagues et bracelets + papiers	non	non	OUI
502318	alliance + CNI + pote monnaie + 2 timbres	restitution	non	non
502319	portefeuille + papiers	non	non	OUI
502320	2 cartes bancaires	restitution	non	non
502321	chaîne + médaillon	non	non	OUI
502322	7 clefs + portefeuille + 1 CB remis au comptable public le 20/09/22	non	non	non
502323	bague argentée + 2 dents	non	non	OUI
502324	montre bracelet métal argenté	non	non	OUI
502325	2 chéquiers + 1 carte bancaire	non	non	OUI
502326	CNI + clés + porte monnaie + 1 carte bancaire + 1 montre	oui	montre + porte monnaie + cb + cni + 2 clés	non
230436	1 carte bancaire "rendu le 18/12/23 au tuteur" + signature	non	non	non
Néant	1 carte bancaire	non	non	OUI

Source : CRC d'après le registre transmis

tableau 35 : manquants en caisse de la régie des gratifications

Date de commande des espèces auprès de la banque postale	Statut de la commande	Montant commandé	Correspondance date émargement	Montant émargement à payer	Doit rester en caisse
27-05-2021 11:10:59	exécutée	200,00 €	avr-21	186,00 €	14,00 €
10-06-2021 11:51:20	exécutée	200,00 €	mai-21	192,20 €	21,80 €
13-07-2021 10:04:57	exécutée	300,00 €			
13-07-2021 10:04:57	exécutée	100,00 €	juin-21	186,00 €	235,80 €
19-07-2021 09:11:55	expirée mais livrée	300,00 €			
19-07-2021 09:11:55	expirée mais livrée	100,00 €			635,80 €
20-09-2021 14:53:31	exécutée	700,00 €	sept-21	186,00 €	
20-09-2021 14:53:31	exécutée	30,00 €	août-21	192,20 €	987,60 €
17-12-2021 16:39:38	exécutée	100,00 €	oct-21	192,20 €	
17-12-2021 16:39:38	exécutée	75,00 €	nov-21	186,00 €	784,40 €
16-02-2022 09:37:36	exécutée	300,00 €	janv-22	192,20 €	
16-02-2022 09:37:36	exécutée	75,00 €	févr-22	173,60 €	793,60 €
05-05-2022 11:16:20	rejetée	300,00 €	mars-22	192,20 €	
05-05-2022 11:16:20	rejetée	78,00 €	avr-22	186,00 €	415,40 €
01-06-2022 15:34:37	exécutée	300,00 €			
01-06-2022 15:34:38	exécutée	78,50 €	mai-22	192,20 €	601,70 €
28-07-2022 16:28:05	exécutée	300,00 €			
28-07-2022 16:28:05	exécutée	78,50 €	juin-22	186,00 €	794,20 €
28-09-2022 16:20:19	exécutée	300,00 €	juil-22	192,20 €	
28-09-2022 16:20:19	exécutée	83,00 €	août-22	192,20 €	792,80 €
16-11-2022 11:43:33	rejetée	300,00 €			
16-11-2022 11:43:33	rejetée	79,00 €			
22-11-2022 14:17:44	exécutée	300,00 €	sept-22	186,00 €	
22-11-2022 14:17:44	exécutée	79,00 €	oct-22	192,20 €	793,60 €
04-01-2023 14:54:40	exécutée	300,00 €	nov-22	186,00 €	
04-01-2023 14:54:40	exécutée	49,00 €	déc-22	192,20 €	764,40 €
28-02-2023 11:20:03	rejetée	300,00 €			
28-02-2023 11:20:03	rejetée	66,00 €	janv-23	192,20 €	572,20 €
03-03-2023 10:14:41	exécutée	300,00 €			
03-03-2023 10:14:41	exécutée	66,00 €	févr-23	173,60 €	764,60 €
07-04-2023 13:55:38	exécutée	200,00 €	mars-23	192,20 €	772,40 €
03-05-2023 08:51:34	rejetée	100,00 €			
03-05-2023 08:51:34	rejetée	78,00 €	avr-23	186,00 €	586,40 €
17-05-2023 11:04:21	exécutée	100,00 €			
17-05-2023 11:04:21	exécutée	78,00 €			764,40 €
Ratio total des montants commandés / manquant en caisse		5 092,00 €		4 327,60 €	15%

Source : CRC d'après les données du comptable, relevés de retraits d'argent et états d'émargement

annexe 5 : fonds de roulement et besoin en fonds de roulement

Fonds de roulement en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Immobilisations incorporelles	1 489 521	1 542 935	1 629 019	1 695 524	1 906 065	28%
Immobilisations corporelles	82 298 763	84 050 182	85 462 885	87 686 540	90 474 181	10%
Immobilisations en cours	94 283	0	9 519	206 155	1 277 320	1255%
Immobilisations financières	25 807	25 807	25 807	5 530 521	4 842 319	18664%
ACTIF - Biens stables (a)	83 908 374	85 618 925	87 127 230	95 118 740	98 499 886	17%
Apports	8 689 139	10 489 139	10 489 539	17 414 557	18 719 965	115%
Excédents affectés à l'investissement	6 980 403	7 195 681	7 207 129	7 223 614	7 236 494	4%
Subventions d'investissement	1 447 707	3 786 983	3 793 640	3 943 122	5 801 893	301%
Emprunts et dettes assimilées	22 100 076	21 359 609	19 737 179	19 752 968	20 202 873	-9%
Cautions (solde créditeur)	1 600	1 600	1 600	1 600	1 600	0%
Amortissements	58 026 130	61 236 513	64 178 785	66 844 626	69 666 580	20%
PASSIF - Financements stables (b)	97 245 054	104 069 524	105 407 871	115 180 487	121 629 406	25%
Fonds de roulement investissement (+/-) b-a = c	13 336 680	18 450 600	18 280 641	20 061 747	23 129 520	73%
Créances article 58	417 621	417 621	417 621	417 621	417 621	0%
ACTIF - Biens stables d'exploitation (a')	417 621	417 621	417 621	417 621	417 621	0%
Réserve de compensation	746 217	746 217	746 217	746 217	746 217	0%
Reports à nouveau (+/-)	-13 886 379	-18 230 171	-19 632 869	-20 383 190	-20 195 512	45%
Résultat comptable (+/-)	-4 128 514	-1 391 250	-733 836	200 558	-405 848	-90%
Provisions pour risques et charges	10 308 415	10 402 631	11 347 465	11 906 383	11 742 508	14%
Autres provisions	250 000	102 093	30 661	30 661	30 661	-88%
PASSIF - Financement stables d'exploitation (b')	-6 710 261	-8 370 480	-8 242 362	-7 499 371	-8 081 974	20%
Fonds de roulement exploitation (+/-) b'-a' = d	-7 127 882	-8 788 101	-8 659 983	-7 916 992	-8 499 595	19%
Fonds de roulement net global (FRNG) = c-d	6 208 797,68	9 662 498,54	9 620 658,64	12 144 754,53	14 629 925,00	136%
FRNG en nombre de jours de charges de gestion nettes consolidées	24	36	33	40	45	90%

Source : logiciel Anafi

Besoin en fonds de roulement en €	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2018-2022
Stocks	690 563	751 098	828 194	980 863	1 166 817	69%
Créances d'exploitation	9 233 159	11 086 248	15 111 884	17 816 991	19 671 924	113%
Créances irrécouvrables admises en non valeur	0	0	0	0	0	
Créances Etat, SS et collectivités locales	-2 260 285	-2 519 078	-2 395 269	-2 780 535	-2 973 110	32%
Charges constatées d'avance	0	0	0	0	0	
Dépenses à classer ou régulariser	2 017	2 223	0	1	71	-96%
Autres créances	49 439 170	51 502 195	54 920 069	52 049 928	49 533 721	0%
ACTIF - Biens d'exploitation (a)	57 104 624	60 822 686	68 464 878	68 067 248	67 399 424	18%
PASSIF - Dettes d'exploitation (b)	4 812 709	5 205 948	3 944 508	5 275 283	4 923 124	2%
Dettes hors exploitation	326 650	529 587	10 468	412 125	674 443	106%
Autres dettes	42 525 391	43 972 397	52 238 640	49 399 132	44 726 946	5%
Produits constatés d'avance	0	170 713	0	0	0	
Recettes à classer ou régulariser	14 547	74 184	1 714 152	33 186	144 327	892%
PASSIF - Financements d'exploitation (c)	47 664 749	49 707 933	56 193 616	55 086 540	50 324 513	6%
Besoin en fonds de roulement = a-c	9 439 875	11 114 754	12 271 262	12 980 708	17 074 911	81%
BFR en nombre de jours de charges de gestion nettes consolidées	36	41	42	43	53	46%

Source : logiciel Anafi

GLOSSAIRE

ARS	Agence régionale de santé
CAF	Capacité d'autofinancement
CET	Compte épargne temps
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
COPS	Commission d'organisation de la permanence des soins
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DIM	Département de l'information médicale
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
ETP	Equivalents temps plein
FMIH	Fédération médicale interhospitalière
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GIR	Groupe iso-ressources
H20	Association hôpitaux d'Occitanie ouest
HAS	Haute autorité de santé
ICR	Indice de coût relatif
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
PMP	Projet médical partagé
PRS	Projet régional de santé
PSP	Projet de soin partagé
SMR	Soins médicaux réadaptation
SSR	Soins de suite et de réhabilitation
TTA	Temps de travail additionnel
UCC	Unité cognitivo-comportementale
USLD	Unité de soins longues durées

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

Une réponse enregistrée :

- Réponse du 26 juillet 2024 de Madame Sylvie LACARRIERE, Directrice du Centre hospitalier D'Auch en Gascogne

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

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



Les publications de la chambre régionale des comptes
Occitanie

sont disponibles sur le site :

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

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

occitanie-greffe@crtc.ccomptes.fr
X@crcoccitanie