



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

TOULOUSE, le 12 février 2013

Le Président

N/Réf. : DO13 038 01

Monsieur le Directeur,

J'ai l'honneur de vous notifier, conformément aux dispositions de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, le rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier de Condom, au titre des exercices 2006 à 2010. La chambre a constaté qu'aucune réponse écrite ne lui a été transmise dans le délai prévu.

Ce document doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion.

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

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

Je vous précise enfin que ces observations ne sont, selon les dispositions de l'article R. 241-18 du code précité, communicables aux tiers qu'à l'issue de la première réunion du conseil de surveillance suivant leur réception.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'assurance de ma considération très distinguée.

Jean MOTTES

Monsieur Jacques CABRIERES
Directeur par intérim
Centre hospitalier de Condom
58 rue Dutoya
32100 CONDOM



Chambre régionale des comptes
de Midi-Pyrénées

N/Réf. : DO12 353 01

CONFIDENTIEL

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION DU
CENTRE HOSPITALIER DE CONDOM
DEPARTEMENT DU GERS
Exercices 2006 à 2010

SYNTHESE DES OBSERVATIONS DEFINITIVES

L'hôpital de Condom est un établissement de proximité de 135 lits, qui offre un recours sanitaire de proximité, en liaison avec la médecine libérale et les établissements de référence d'Auch, Agen et Toulouse, et propose une filière gériatrique. Il comporte 20 lits de médecine, 20 lits de soins de suite et de réadaptation (SSR), un service d'urgence, une unité de soins de longue durée (USLD) de 35 lits et un établissement d'accueil des personnes âgées dépendantes (EHPAD) de 60 lits. La chambre observe que l'« humanisation » des locaux de l'établissement accueillant les patients en long séjour a sans cesse été repoussée depuis plus de 15 ans et souligne que les conditions d'accueil particulièrement dégradées des personnes âgées, hébergées dans des chambres au confort sommaire, ne sont manifestement plus en adéquation avec ce qu'on est en droit d'attendre d'un établissement de santé au XXI^{ème} siècle.

1 – Une exploitation difficilement équilibrée

1.1. La fragilité des équilibres comptables

Le centre hospitalier n'est parvenu à limiter le déficit de son résultat de fonctionnement (-108 000 € en 2010 pour le budget H) que grâce aux subventions d'équilibre versées par l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH), soit 250 000 € par an entre 2007 et 2010. Hors recettes exceptionnelles, le déficit de fonctionnement structurel de l'établissement a été compris entre 205 000 € et 480 000 € entre 2006 et 2010. L'hôpital a connu de sévères problèmes de trésorerie en 2006 et 2007, qui l'ont conduit à accroître sensiblement ses délais de paiement aux fournisseurs (86,7 jours en 2006).

L'activité a été en progression entre 2006 et 2010, avant de connaître un recul en 2011. Cependant, le montant élevé de la durée moyenne de séjour (DMS) est pénalisant dans le cadre de la tarification à l'activité des séjours de médecine : la DMS moyenne en médecine était de 6,4 jours en 2010 pour les petits établissements (moins de 300 lits MCO), contre 10,28 jours à l'hôpital de Condom.

Cette durée élevée apparaît liée au problème d'instabilité médicale rencontré par l'établissement, qui a engendré des recrutements de remplaçants. L'établissement a réussi à diminuer sensiblement sa DMS en 2011, tant en médecine qu'en SSR, et cherche depuis 2011 à stabiliser et renforcer l'effectif de ses personnels médicaux.

Compte tenu d'une capacité d'autofinancement faible ou négative, l'hôpital a mené une politique d'investissement à minima, visant à maintenir les normes de sécurité ou sanitaires exigées des autorités de tutelle, soit une dépense comprise entre 0,092 M€ et 0,374 M€ par an, manifestement inférieure aux besoins de réhabilitation d'un établissement particulièrement vétuste.

En conséquence du choix de reconstruction prioritaire de l'EHPAD, un montant de 1,537 M€ a été consacré entre 2007 et 2010 aux préparatifs d'un projet qui, au final, a été arrêté et réorienté en 2011 dans les conditions examinées au §3 du présent rapport.

Enfin, les comptes présentent aujourd'hui deux lacunes qui altèrent leur sincérité: d'une part, un montant de 54 365 € de compte épargne temps qui n'est pas provisionné ; d'autre part, un montant de 30 984 € de créances très anciennes, devenues manifestement irrécouvrables, qui devra être apuré.

1.2. – Une offre de soins bien positionnée, malgré deux points faibles

Les taux d'occupation des lits, compris entre 93,1% et 96,3%, montrent que l'offre de soins de l'établissement répond aux besoins du territoire de santé. Néanmoins, l'organisation présente deux points faibles.

Le fonctionnement du SMUR et des urgences repose sur une convention du 11 janvier 2000 signée avec l'hôpital d'Auch, qui fait reposer partiellement la charge du service des urgences sur les médecins non urgentistes lorsque le SMUR est appelé à l'extérieur. Cette organisation est un obstacle au recrutement des médecins par l'établissement. Le fonctionnement du service apparaît en tension, avec une difficulté de l'hôpital à assurer la continuité des urgences, et la mise en œuvre de solutions dérogatoires qui ne respectent pas les règles de repos compensateur des médecins.

Au-delà du service des urgences, les difficultés de recrutement se sont répercutées sur l'ensemble des services de l'hôpital, avec un recours important aux personnels de remplacement, qui a pesé fortement sur les charges de personnel et partant sur l'équilibre des comptes, notamment en 2006 et en 2009 où les charges de personnel intérimaire se sont élevées respectivement à 213 467 € et 347 879 €. La réorganisation du service d'urgences fin 2012, avec la création de 4,6 ETP de médecins urgentistes, devrait entraîner la fin du recours à l'intérim.

2 – Un pilotage déficient : l'incertitude des choix stratégiques

Le pilotage du centre hospitalier a été loin d'être optimal entre 2006 et 2010. Au-delà des conflits entre le directeur et le président du conseil d'administration (2006 à mars 2008), la période 2006 – 2010 a été marquée par l'indécision et les incertitudes sur les choix stratégiques de l'hôpital visant à l'équilibre de ses comptes, qui se sont ajoutées aux vicissitudes de la reconstruction de l'EHPAD.

2.1. – L'équilibre des comptes : des choix incertains

En premier lieu, l'hôpital n'a pas été en mesure de présenter un EPRD équilibré depuis 2006. L'ARH a refusé d'approuver l'EPRD en 2007 et en 2008, soulignant notamment les incohérences de l'EPRD 2007, alors même que ce document budgétaire aurait dû constituer le socle du redressement de l'établissement.

A compter d'avril 2006, l'hôpital a fait référence dans ses compte-rendus de conseil d'administration à un « plan de redressement » pour désigner les efforts d'économie à réaliser sur ses dépenses de fonctionnement. Il faut cependant observer que ce « plan de redressement » n'a jamais été formalisé. La chambre n'a pas retrouvé de document en ce sens, mentionnant la stratégie poursuivie, les objectifs chiffrés assignés et le calendrier de ce plan. D'une manière plus générale, il faut relever la faiblesse du suivi administratif et financier de l'établissement. Cependant, l'établissement a pu bénéficier de subventions exceptionnelles versées chaque année par l'ARH entre 2006 et 2010.

La chambre a relevé deux exemples de dépenses contestables, contradictoires avec les efforts d'économie souhaités. Elle observe que si la fragilité des comptes de l'hôpital de Condom imposait une stratégie forte de coopération avec le centre hospitalier d'Auch, la coopération entre les deux établissements, formalisée notamment autour de la convention SMUR, n'a pas été optimale.

2.2 – L'échec de la reconstruction de l'EHPAD

La nécessité de reconstruire les bâtiments de l'hôpital de Condom abritant les lits de long séjour et d'« humaniser » l'accueil des personnes âgées ne fait pas de doute depuis plus de 15 ans, compte tenu de l'état particulièrement dégradé et du confort sommaire des locaux actuels, inadaptés à un établissement de santé et médico-social. Le dossier de la reconstruction de ce qui s'appelait à l'époque la maison de retraite a connu un premier échec en 1996, après que la chambre eut souligné les déficiences du dossier, notamment l'absence d'étude de marché de l'opération et l'insuffisance du bouclage financier, qui rendait incertain le montant des loyers à venir. Il s'en est suivi un contentieux avec la SA d'HLM, titulaire d'un marché de maîtrise d'œuvre, qui ne s'est soldé au détriment de l'hôpital qu'en 2006. L'établissement n'a pas su tirer les leçons du passé puisqu'il s'est montré incapable entre 2006 et 2010 de monter un dossier administratif et financier précis et argumenté.

2.2.1. – Un projet engagé en 2006 sans les autorisations de la tutelle

Engagé en décembre 2006, le projet de reconstruction de l'EHPAD a connu de nombreuses vicissitudes avant d'être abandonné en décembre 2010.

Après une première étude menée en 2003, une deuxième étude de faisabilité était engagée en janvier 2007 en vue de la reconstruction d'un EHPAD de 120 lits, soit 90 lits d'EHPAD et 30 lits pour des patients atteints de la maladie d'Alzheimer. Les hypothèses sous-jacentes au passage de 60 à 120 lits n'étaient pas explicitées, puisque l'établissement n'avait des autorisations que pour 60 lits d'EHPAD, auxquels s'ajoutaient 35 lits d'USLD. L'étude concluait à l'impossibilité de reconstruire 120 lits d'EHPAD sur le site historique, compte tenu des contraintes techniques.

A partir de cette étude, le choix stratégique était arrêté par l'hôpital : le projet visait désormais à construire 120 lits d'EHPAD sur un deuxième site, en entrée de ville. Mais entre décembre 2006 et décembre 2010, le dossier n'a jamais obtenu les autorisations de la tutelle pour 120 lits d'EHPAD, ni son accord sur le projet architectural modifié en 2008, et qui visait alors à réunir en un même lieu des lits d'EHPAD et des lits d'USLD. Cependant, jusqu'en février 2010, l'ARH ne s'est pas opposée à la reconstruction sur un deuxième site alors même qu'aucune étude n'avait été conduite sur les conséquences de ce choix sur le budget H de l'établissement, pourtant fragilisé. Malgré l'ambiguïté de ce positionnement, l'hôpital a engagé de lourdes dépenses d'investissement, à hauteur de 1,54 M€, pour conduire les études et acheter un terrain manifestement surdimensionné et en partie en zone inondable.

Dans un courrier du 11 février 2010, l'ARH mettait un coup de frein au projet en refusant le transfert de l'USLD sur un deuxième site et en pointant les nombreuses faiblesses du dossier : incertitude sur le nombre de lits, plan de financement à préciser, de même que l'impact de l'opération sur le prix de journée payé par les résidents et sur la situation financière du centre hospitalier de Condom, architecture inadaptée, notamment pour une prise en charge de personnes âgées démentes, non respect de la procédure de passage devant la commission régionale d'investissements de l'ARH.

Après que l'hôpital eut modifié son projet, tout en maintenant l'objectif à 108 lits et six places, proche des 120 lits du projet initial, la question des autorisations n'était toujours pas résolue, et les simulations financières concernant l'impact de l'opération sur le budget H n'avaient pas été menées. Au bout du compte, l'ARS décidait l'abandon du projet en décembre 2010.

Au total, l'hôpital de Condom s'est montré incapable de mener à bien la reconstruction de l'EHPAD entre 1996 et 2010. La chambre relève que la dimension financière des différents projets conçus entre 1996 et 2010 a été largement ignorée. Depuis 2006, l'hôpital a engagé, dans un activisme qui n'était pas dénué d'une certaine confusion, des dépenses inutiles d'études à hauteur de 1,081 M€, auxquelles peuvent être ajoutées 0,28 M€ d'indemnités payées en 2006 au titre du contentieux sur les études du précédent projet de maison de retraite de 1995 et 0,085 M€ pour la résiliation des marchés, soit un total de 1,446 M€. A cela s'ajoute l'achat d'un terrain qui ne sera pas utilisé, pour un montant de 0,541 M€ ; il constitue néanmoins un actif qui pourrait être revendu par l'établissement, sans doute à la commune qui a donné un accord en ce sens au début de l'année 2012.

2.2.2. – Le projet 2012 : les incertitudes sur la maîtrise d'ouvrage

La nouvelle direction de l'établissement a engagé à partir d'avril 2011 une étude sur un nouveau projet mieux adapté aux moyens de l'hôpital, prévoyant le maintien sur un site unique des lits actuellement autorisés.

Dans le scénario finalement retenu en août 2012, la reconstruction sur le site historique coûterait 32 M€ TDC, en deux tranches. La première tranche porterait sur la reconstruction de l'EHPAD et d'un pôle technique et logistique pour 11,1 M€ TDC. Le calendrier de la deuxième tranche n'est pas arrêté et reste hypothétique.

Compte tenu des sommes en jeu, la question de la maîtrise d'ouvrage de l'opération est posée. Une maîtrise d'ouvrage directe apparaît hors de portée de l'établissement, parce qu'elle implique un recours à l'emprunt à hauteur de 11,671 M€ pour la première tranche, ce qui ferait passer l'encours de dette de 2,2 M€ au 31 décembre 2010 à 13,87 M€, soit très largement au dessus des limites prudentielles du ratio d'indépendance financière.

L'hôpital s'est engagé dans la voie du bail emphytéotique hospitalier (BEH), qui transfèrera la maîtrise d'ouvrage de l'opération et le portage de la dette à un opérateur, mais ne sera pas dénuée de risques, en raison notamment de la complexité et de la durée importante de ce type de contrat. L'établissement du cahier des charges et la détermination des performances exigées du preneur requiert de solides compétences. Or l'hôpital n'a pas aujourd'hui la capacité humaine à piloter un tel projet : il devrait s'appuyer obligatoirement sur l'hôpital d'Auch et, au-delà, sur des spécialistes de ce type de contrat.

La chambre ne peut que faire part de ses craintes sur le risque qui s'attache pour un hôpital de la taille du centre hospitalier de Condom à transférer la maîtrise d'ouvrage de sa reconstruction à un opérateur extérieur, surtout s'il s'agit d'un opérateur privé.

En tout état de cause, cette opération de reconstruction, si longtemps différée, devra être menée à terme afin d'offrir un cadre digne d'un établissement de santé du XXIème siècle aux personnes âgées accueillies en long séjour.

3 – Recommandations

1 - Attacher un soin particulier à la préparation du futur bail emphytéotique hospitalier (BEH), en s'entourant d'avis pertinents au-delà des conseils techniques de la mission d'assistance. Le centre hospitalier gagnerait en particulier à soumettre son projet de cahier des charges à la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) ;

2 - Conduire une réflexion stratégique sur le SMUR et les urgences, visant d'une part à accroître leur activité, au besoin en envisageant un redécoupage du territoire desservi en liaison avec l'hôpital d'Agen et l'hôpital de Nérac, et d'autre part à réorganiser les astreintes médicales du service des urgences sur une base renouvelée ;

3 - Renforcer les synergies avec l'hôpital d'Auch ;

4 - Prévoir l'apurement des créances devenues irrécouvrables (compte 411) ;

5 - Provisionner les crédits relatifs au compte-épargne-temps des personnels.

SOMMAIRE

1 - UNE EXPLOITATION DIFFICILEMENT EQUILIBREE, MALGRE UNE OFFRE DE SOINS BIEN POSITIONNEE	10
1.1 - La fragilité des équilibres comptables	10
1.1.1 - Des comptes rééquilibrés par les subventions de l'ARH	10
1.1.2 - Des difficultés de trésorerie en 2006 et 2007	12
1.1.3 - Une activité soutenue, mais une durée moyenne de séjour (DMS) pénalisante.....	12
1.1.4 - La faiblesse de l'investissement	13
1.1.5 - Sincérité des comptes	14
1.1.6 - Budgets de l'EHPAD et de l'USLD.....	15
1.2 - Une offre de soins bien positionnée, malgré des points faibles	16
1.2.1 - Des taux d'occupation satisfaisants.....	16
1.2.2 - L'organisation des urgences.....	16
1.2.3 - Un recours important aux personnels intérimaires.....	17
2 - UN PILOTAGE DEFICIENT : L'INCERTITUDE DES CHOIX STRATEGIQUES	18
2.1 - Les difficultés à construire l'EPRD	18
2.1.1 - Exercice 2006.....	18
2.1.2 - Exercice 2007	19
2.1.3 - Exercice 2008.....	19
2.1.4 - Exercices 2009 à 2011.....	19
2.2 - Un plan de redressement « introuvable ».....	20
2.3 - Des relations difficiles avec le centre hospitalier d'Auch.....	20
2.4 - Des erreurs de gestion	20
2.4.1 - Des insertions publicitaires pour un montant de 48 333 € dans des magazines à diffusion restreinte	20
2.4.2 - Un mandat de recherche d'économies de charges sociales facturé 151 765 €.....	21
2.5 - Le rôle de la tutelle.....	22
3 - L'ECHEC DE LA RECONSTRUCTION DE L'EHPAD.....	22
3.1 - Un projet avorté de reconstruction de la maison de retraite en 1996.....	22
3.2 - Un nouveau projet de 120 lits lancé en décembre 2006 et abandonné en décembre 2010	23
3.2.1 - Une série d'études de faisabilité (2003 – 2009), menées sur la base de 120 lits d'EHPAD.....	23
3.2.2 - Un projet engagé sur la base de 120 lits construits sur un deuxième site	24
3.3 - Un troisième projet de reconstruction sur le site historique de l'hôpital (2011).....	29
3.3.1 - Le lancement d'une nouvelle étude sur des bases renouvelées.....	29
3.3.2 - Un scénario privilégié de reconstruction sur le site actuel, en deux tranches	30
3.3.3 - Des interrogations sur la maîtrise d'ouvrage de l'opération	30
3.3.4 - Les conséquences de l'abandon du projet antérieur	31
3.4 - Conclusion	32
4 - RECOMMANDATIONS.....	32

L'hôpital de Condom est un établissement de 135 lits à dominante moyen et long séjour, répartis de la manière suivante :

- 20 lits de médecine,
- 20 lits de soins de suite et réadaptation (SSR),
- 35 lits d'unité de soins de longue durée (USLD), requalifiés sanitaires au 1er janvier 2008,
- 60 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

S'il dispose en outre d'un service d'urgence (ex-UPATOU) et d'une antenne du SMUR, l'hôpital a fermé au milieu des années 1990 ses lits de chirurgie et de maternité.

Le plateau technique comporte deux salles de radiologie et un dispositif de télé-médecine qui, selon un rapport de février 2010¹, est aujourd'hui sous-utilisé. Des consultations externes sont affichées dans les disciplines suivantes : orthopédie, neurologie, ophtalmologie (uniquement les petites interventions), ORL, gynécologie, planning familial. Elles sont assurées principalement en neurologie avec le Centre hospitalier d'Auch et en orthopédie avec la clinique Carlier.

Le taux d'occupation était de 93,8 % en 2011. L'attractivité de l'établissement s'exerce essentiellement sur quatre cantons : Condom à plus de 50%, Montréal, Valence sur Baïze, Eauze, et couvre potentiellement un bassin de population de l'ordre de 60 000 habitants. Néanmoins, compte tenu de la position géographique de Condom, le taux de fuite des patients vers les établissements d'Agen est de l'ordre de 40%.

Au-delà de ces éléments de présentation, la caractéristique principale du centre hospitalier de Condom est la vétusté extrême de ses locaux, notamment les bâtiments de long séjour qui ont vocation à abriter des personnes âgées (lits d'USLD et d'EHPAD). Depuis près de 20 ans, l'« humanisation » de ces bâtiments est à l'ordre du jour, mais à la date du présent rapport, elle n'a toujours pas été mise en œuvre, alors même que plusieurs projets de rénovation se sont succédé depuis le milieu des années 1990.

Ce point sera développé au § 3 du présent rapport, mais dès à présent, la chambre souligne que les conditions d'accueil particulièrement dégradées des personnes âgées, hébergées dans des chambres au confort sommaire, ne sont manifestement plus en adéquation avec ce qu'on est en droit d'attendre d'un établissement de santé au XXIème siècle.

La chambre recommande qu'il soit mis un terme au plus vite à cette situation, connue de longue date, ce qui implique que le dernier projet de rénovation du centre hospitalier (cf infra § 3.3.) aboutisse enfin.

¹ Rapport de la mission d'appui et de conseil du ministère de la Santé et des Sports, février 2010

1 - UNE EXPLOITATION DIFFICILEMENT EQUILIBREE, MALGRE UNE OFFRE DE SOINS BIEN POSITIONNEE

1.1 - La fragilité des équilibres comptables

1.1.1 - Des comptes rééquilibrés par les subventions de l'ARH

La santé financière du centre hospitalier apparaît fragile pendant la période examinée, comme l'indique le tableau 1 ci-dessous, avec un résultat de fonctionnement faiblement déficitaire, sauf en 2007.

tableau n° 1 : Comptes 2005 – 2010 du budget H

Budget H	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes de Fonctionnement	4 603 801	5 160 670	5 839 379	5 998 149	6 206 084	6 431 232
Dépenses de fonctionnement	4 571 057	5 365 748	5 642 611	6 006 036	6 230 170	6 539 210
dont personnel	3 214 675	3 637 312	3 750 895	3 852 636	4 307 142	4 511 154
dont 61522 entretien et réparations batiments	19 860	4 142	6 507	5 117	9 935	7 985
dont charges financières	40 589	46 019	43 574	49 642	34 641	66 872
amortissements et provisions	358 835	329 521	465 150	565 615	296 189	269 987
Résultat de fonctionnement	32 744	- 205 078	196 768	- 7 887	- 24 086	- 107 978
Capacité d'autofinancement brute	391 579	124 443	661 918	557 728	272 103	162 009
Amortissement du capital de la dette	179 083	238 517	250 106	302 681	263 128	278 893
Capacité d'autofinancement disponible	212 496	- 114 074	411 812	255 047	8 975	- 116 884
Dépenses d'investissement hors emprunt	240 719	193 622	398 099	368 071	1 894 798	316 633
dont dépenses de fonctionnement mal imputées	24 070	21 722	18 521	5 540		
Recettes d'investissement hors emprunt	88 187	610	302 588	121 470	21 050	15 701
Financement propre disponible	300 683	- 113 464	714 400	376 517	30 025	- 101 183
Besoin ou capacité de financement	- 59 964	307 086	- 316 301	- 8 446	1 864 773	417 816
Emprunts nouveaux de l'année		250 000	500 000	-	985 000	600 000
Variation du fond de roulement	59 964	- 57 086	816 301	8 446	- 879 773	182 184
Endettement						
Encours de la dette au 01/01	1 380 418	1 201 335	1 212 818	1 462 712	1 160 031	1 881 903
Encours de la dette au 31/12	1 201 335	1 212 818	1 462 712	1 160 031	1 881 903	2 203 010
Variation de l'encours	- 179 083	11 483	249 894	- 302 681	721 872	321 107

(source : comptes de gestion en €)

Dans le détail, la dynamique des recettes de l'assurance maladie ne parvient pas à suivre le rythme de croissance des dépenses, notamment de personnel.

tableau n° 2 : Les recettes d'exploitation

Recettes d'exploitation (en €)	2006	2007	2008	2009	2010
I-produits AM	3 961 300,14	4 529 964,58	4 752 062,99	4 785 044,66	4 929 098,92
II –produits hospitaliers	329 063,88	340 373,53	380 541,81	418 916,79	451 370,31
III- autres produits	870 305,67	969 041,07	865 544,70	1 002 122,04	1 050 762,72
Total	5 160 669,69	5 839 379,18	5 998 149,50	6 206 083,49	6 431 231,95

(source : comptes de gestion)

tableau n° 3 : Les dépenses d'exploitation

Dépenses d'exploitation (en €)	2006	2007	2008	2009	2010
I- Personnel	3 637 312	3 750 894	3 852 635	4 307 141	4 511 154
II –à caractère médical	580 487	553 240	608 885	612 956	646 171
III- à caractère hôtelier	814 718	804 018	847 388	952 487	1 011 572
IV – amortiss., provisions, fin	333 228	534 457	697 126	357 583	370 312
Total	5 365 747	5 642 611	6 006 036	6 230 169	6 539 210

(source : comptes de gestion)

L'obtention de ce fragile équilibre doit cependant beaucoup au soutien de l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH), à travers l'attribution de subventions exceptionnelles pour un total de 1,15 M€ entre 2007 et 2010 : des subventions dites MMR (mesures régionales contractualisées) ont été versées pour un montant annuel de 250 000 € dans le cadre de la dotation MIGAC d'abord en vue d'apurer le compte 4818 (charges à étaler) sur lequel était inscrit un montant de 451 819 € en début de période, puis en 2009 et 2010, toujours pour le même montant, sans que soit précisée l'objet de la subvention. S'y est ajouté en 2009 une subvention de 150 000 €, toujours dans le cadre de la dotation MIGAC, au titre de l'aide au retour à l'équilibre.

En neutralisant les recettes exceptionnelles liées aux interventions de l'ARH, à la ZRR et à l'application du coefficient de transition pour les recettes liées à la tarification à l'activité, on obtient le tableau suivant :

tableau n° 4 : Résultat de fonctionnement corrigé (€)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Résultat de fonctionnement	32 744	- 205 078	196 768	- 7 887	- 24 086	- 107 978
versement ZRR			220 737			
dotations exceptionnelles MMR			250 000	250 000	400 000	250 000
application du coefficient de transition				83 136	56 050	30 656
Résultat de fonctionnement corrigé	32 744	- 205 078	- 273 969	- 341 023	- 480 136	- 388 634

Le tableau n° 4 met en lumière que le déséquilibre structurel de la section de fonctionnement a été compris entre 200 000 € et 480 000 € entre 2006 et 2010.

1.1.2 - Des difficultés de trésorerie en 2006 et 2007

En début de période, l'hôpital a connu de sérieux problèmes de trésorerie. Le délai de paiement des fournisseurs était de 93,5 jours en 2005 et 86,7 jours en 2006. En mai 2007, l'hôpital a dû sursoir au paiement des primes de ses salariés.

Fin 2007, la trésorerie s'était fortement améliorée sous l'effet de :

- la vente du pavillon Lannelongue qui a abondé la trésorerie à hauteur de 280 000 €,
- la souscription d'une ligne de trésorerie de 500 000 €, finalement transformée en emprunt cette même année.

Au 31 décembre 2007, le fonds de roulement net global était passé à 821 000 € ; il n'était que de 176 000 € au 31 décembre 2006. Le délai de paiement des fournisseurs était revenu à 61,5 jours fin 2007.

1.1.3 - Une activité soutenue, mais une durée moyenne de séjour (DMS) pénalisante

L'activité apparaît en progression entre 2006 et 2010, après les débuts difficiles de la mise en place de la tarification à l'activité en 2006 pour les lits de médecine. L'année 2011 a en revanche été beaucoup plus difficile, à la fois pour des raisons de conjoncture et parce que l'établissement a fonctionné en 2011 sans praticiens en médecine et en SSR, ce qui a pesé lourdement sur l'activité.

Le recrutement d'un praticien en SSR est intervenu en novembre 2011 ; le recrutement d'un praticien en médecine est intervenu le 16 juillet 2012. Le directeur précise qu'il avait reçu, à la date du 16 août 2012, un avis favorable de l'ARS en vue de créer 4,6 emplois ETP de praticiens urgentistes.

tableau n° 5 : Evolution de l'activité par service en nombre de jours

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médecine	6623	6498	6624	6718	6792	6402
SSR	6655	6835	6775	6549	6801	6373
EHPAD	21745	21 117	21 220	21802	22373	20951
USLD	12335	12 220	12 409	12530	12563	12505

L'activité est marquée par le montant élevé de la durée moyenne de séjour, et son augmentation en médecine entre 2007 et 2009, qui pénalise l'établissement dans le cadre de la tarification à l'activité. Il faut noter toutefois la forte diminution de la DMS enregistrée en 2011, qui témoigne des efforts réalisés.

tableau n° 6 : Evolution de la durée moyenne de séjour (DMS)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médecine	12,64	10,53	11,08	11,29	10,28	8,85
SSR	30,67	31,21	31,08	26,51	26,46	22,6

(source : CH Condom)

La durée élevée de la DMS apparaît liée au problème d'instabilité médicale rencontré par l'établissement, qui a engendré des recrutements de remplaçants (cf infra §1.2.3). A titre de comparaison, la DMS moyenne enregistrée en médecine dans les hôpitaux publics était de 6,5 jours en 2007 et 6,3 en 2010 contre 10,5 jours en 2007 et 10,3 en 2010 en médecine à l'hôpital de Condom². Elle était de 6,4 jours en 2010 pour les petits établissements (moins de 300 lits MCO).

1.1.4 - La faiblesse de l'investissement

En raison de ses pertes d'exploitation, la capacité d'autofinancement disponible de l'établissement a été faible ou négative, sauf en 2007 et 2008, années qui se distinguent par l'importance des amortissements et provisions.

L'établissement a mené une politique d'investissement a minima, visant à maintenir les normes de sécurité ou sanitaires exigées des autorités de tutelle, soit une dépense comprise entre 0,092 M€ et 0,374 M€ par an, manifestement inférieure aux besoins de réhabilitation d'un établissement particulièrement vétuste³.

En conséquence du choix de reconstruction prioritaire de l'EHPAD, un montant de 1,537 M€ a été consacré entre 2007 et 2010 aux préparatifs d'un projet qui, au final, a été arrêté et réorienté en 2011 dans les conditions examinées au §3 du présent rapport.

² source : SAE données administratives - ministère chargé de la santé, DREES

³ taux de vétusté de 88,2% en 2005, 87,4% en 2007

tableau n° 7 : Evolution des dépenses d'investissement (€)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
emprunts	179 081,00	238 516,00	250 106,00	302 681,00	263 127,00	278 893,00	
logiciels brevets	9 224,00	16 401,00	6 769,00	31 902,00	14 086,00	12 275,00	
frais études			155 951,00		20 212,00		
terrain	1 200,00						
immob techniques batiments	8 163,00	52 252,00	114 452,00	919,00	10 371,00	44 127,00	
matériel et outillage	142 906,00	46 918,00	92 308,00	53 353,00	108 137,00	129 411,00	
mat bureau et informatique	6 851,00		4 707,00	2 758,00	32 151,00	1 009,00	
ambulance urgences					52 571,00		
construction en cours	72 372,00	78 047,00		3 713,00	7 780,00		
Total dépenses hors emprunts	240 716,00	193 618,00	374 187,00	92 645,00	245 308,00	186 822,00	
projet ehpad			23 908,00	275 423,00	567 094,00	129 808,00	51 103,00
terrain					541 475,00		
Total terrain et projet ehpad			23 908,00	275 423,00	1 108 569,00	129 808,00	51 103,00
Total général	419 797,00	432 134,00	648 201,00	670 749,00	1 617 004,00	595 523,00	

Le niveau d'endettement de l'établissement, faible en début de période à 1,2 M€ au 1^{er} janvier 2006, a été porté à 2,2 M€ au 31 décembre 2010 consécutivement aux dépenses d'études et de terrain de l'EHPAD.

1.1.5 - Sincérité des comptes

Les comptes du centre hospitalier présentent deux types de lacune :

1.1.5.1 - Au titre du compte épargne temps :

54 365€ de compte épargne temps non provisionnés.

Au 16 août 2012, 54 365€ de compte épargne temps en faveur de 5 agents restaient à provisionner par l'établissement.

1.1.5.2 - Des créances irrécouvrables pour un montant de 30 984 €.

Le compte 41188 (redevables autres amiable) présente un solde débiteur persistant de 30 974,80 € (203 559,34 F) depuis l'exercice 1988. Les titres ont été présentés une première fois en non valeur en 1992 ; le conseil d'administration avait alors refusé cette proposition en demandant un complément d'informations sur les débiteurs, qui n'a manifestement pas abouti.

En avril 2000, le comptable souhaitant apurer ses états de restes aux comptes de classe 4 de l'hôpital, avait réitéré auprès de l'ordonnateur une proposition d'admission en non valeur. Ce dernier avait refusé aux motifs de ne pas compromettre l'amélioration de la santé financière de l'hôpital par l'apurement de ces créances.

La situation n'a pas évolué à ce jour. Le directeur précise qu'une réflexion a été engagée avec l'agent comptable afin de prévoir l'étalement de la charge sur une période de 3 à 5 ans.

1.1.6 - Budgets de l'EHPAD et de l'USLD

L'évolution des comptes de l'EHPAD et de l'USLD sont retracés dans les tableaux ci-dessous :

tableau n° 8 : Comptes 2005 – 2010 du budget de l'EHPAD

Budget (J)- EHPAD	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes de Fonctionnement	1 586 436	1 619 938	1 632 149	1 727 596	1 746 836	1 770 474
Dépenses de Fonctionnement	1 604 942	1 611 751	1 631 321	1 776 031	1 729 326	1 748 714
Résultat	-18 506	8 187	828	-48 435	17 510	21 760

(source : comptes de gestion en €)

tableau n° 9 : Comptes 2005 – 2010 du budget de l'USLD

Budget (B)- USLD	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes de Fonctionnement	1 367 760	1 404 185	1 409 451	2 012 691	2 068 661	2 084 349
Dépenses de Fonctionnement	1 401 029	1 403 533	1 419 531	2 016 854	1 973 913	1 915 756
Résultat	-33 269	652	-10 080	-4 163	94 748	168 593

(source : comptes de gestion en €)

Les comptes sont équilibrés, sauf en 2008, année qui a connu une diminution d'activité avec une baisse du nombre de journées, à cause notamment de la difficulté à remplir des chambres à quatre lits. Ont pesé aussi sur ces comptes les charges liées au règlement du contentieux OPHLM, imputés en partie à ces deux budgets.

L'établissement est caractérisé par le montant particulièrement faible du tarif d'hébergement de ces deux entités (35,45 € et 43,32 € respectivement pour l'EHPAD et l'USLD en 2006, 42,20 € et 48,26 € en 2012), qui est la conséquence de l'état de grande vétusté des locaux, résultant lui-même de deux décennies de sous-investissement.

En conséquence de l'existence de chambres à quatre lits et de conditions d'hébergement dégradées, l'EHPAD et l'USLD ont peiné à avoir des taux de remplissage à plus de 95 %.

1.2 - Une offre de soins bien positionnée, malgré des points faibles

1.2.1 - Des taux d'occupation satisfaisants

La vocation de l'hôpital de Condom est celle d'un hôpital de proximité positionné sur deux axes :

- la filière gériatrique, en liaison avec l'organisation départementale ;
- le recours sanitaire de proximité, en liaison avec la médecine libérale et les établissements de référence d'Auch, Agen et Toulouse.

Le tableau n°10 montre que les taux d'occupation de l'établissement, entre 92,7 et 96,3%, sont satisfaisants et qu'il existe une correspondance entre l'offre de soins de l'établissement et les besoins du territoire de santé.

tableau n° 10 : Evolution des taux d'occupation par service

<i>en %</i>	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Médecine	93,1	90,7	89	90,5	92	93	87,7
Soins de suites et réadaptation	90,6	91,2	93,6	92,6	89,7	93,2	87,3
USLD	97,5	96,6	95,7	96,9	98,1	98,2	97,9
EHPAD	97,3	95,3	91,8	92	94,8	97,3	95,7
Total établissement	95,8	94,3	92,7	93	93,6	95,4	92,1

1.2.2 - L'organisation des urgences

Le fonctionnement des urgences repose sur une convention du 11 janvier 2000 signée avec l'hôpital d'Auch. Elle prévoit que l'hôpital d'Auch assure la gestion et le financement de trois postes d'assistants du SMUR et que, en cas de sortie du SMUR, le médecin d'astreinte du centre hospitalier de Condom assure la continuité des soins. Cette organisation qui fait reposer partiellement la charge des urgences sur les médecins non urgentistes, apparaît dissuasive pour le recrutement des médecins par l'établissement. Elle n'est pas sans lien avec la vacance des postes de praticien hospitalier en médecine et en SSR observée en 2011.

La comptabilité analytique montre que ce service est parvenu à équilibrer ses comptes, sauf en 2009 et 2010 où il a été fortement déficitaire.

tableau n° 11 : Service des urgences : comptabilité analytique

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Recettes	498 434	521 072	582 018	589 304	615 582	599 368
Dépenses	419896	439 188	516 195	651 178	843 622	588 833
Résultat	78 538	81 884	65 823	-61 874	-228 040	10 535

(source : CH Condom)

En regardant le détail des postes de charges, on constate que le poste « personnel » a fortement augmenté, passant de 393 376 € en 2008 à 527 447 € en 2009 et 713 041 € en 2010, soit + 81,2% en deux ans. Il est revenu à 540 182 € en 2011. Ceci correspond à deux éléments :

- la hausse de l'activité des urgences à compter de 2008, avec le recrutement à compter de 2009 d'un poste équivalent temps plein (ETP) supplémentaire de personnel non médical pour respecter les quotas de sécurité sanitaire ;

tableau n° 12 : Urgences : évolution du nombre de passages

	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nombre de passages facturés	1103	1998	3691	3947	4021	4233

- le recours à des personnels intérimaires ou à des médecins de garde en « temps additionnel », avec des rémunérations plus élevées (cf infra § 1.2.3.).

Au-delà des aspects comptables, le fonctionnement du service apparaît en tension, avec une difficulté de l'établissement à assurer la continuité des urgences, ce qui se traduit par des solutions dérogatoires qui ne respectent pas les règles de repos compensateur des médecins. Le rapport de février 2010 de la mission d'appui et de conseil établi par un conseiller général des établissements de santé traçait des pistes de réflexion pour l'avenir⁴.

La chambre souligne la nécessité de conduire une réflexion stratégique sur le SMUR et les urgences, visant d'une part à accroître leur activité, au besoin en envisageant un redécoupage du territoire desservi en liaison avec l'hôpital d'Agen et l'hôpital de Nérac, et d'autre part à réorganiser les astreintes médicales du service des urgences sur une base nouvelle.

L'établissement va se voir accordé au deuxième semestre 2012 l'ouverture de deux lits d'UHCD (hospitalisation de courte durée), ce qui devrait engendrer des recettes supplémentaires, mais aussi l'obligation d'avoir une deuxième ligne de garde d'urgence. Le directeur souligne que la nouvelle organisation des urgences se met progressivement en place fin 2012, grâce notamment à la création de 4,6 ETP de médecins urgentistes accordés par l'ARS, dont 2,6 étaient en cours de recrutement en août 2012.

1.2.3 - Un recours important aux personnels intérimaires

Au-delà du seul service des urgences, les difficultés de recrutement se sont répercutées sur l'ensemble des services de l'hôpital, avec un recours important aux personnels de remplacement, qui a pesé fortement sur les charges de personnel.

⁴ « le fonctionnement de l'antenne SMUR sur Condom nécessite une remise à plat aussi bien organisationnelle que financière. Si elle n'était pas faite, elle risquerait de compromettre la montée en charge des urgences. Dans les scénarios à évoquer, et dans l'hypothèse où les difficultés du SAMU d'Auch ne soient résolues, l'hypothèse d'une forte coopération, voire d'un rattachement de l'antenne à Agen pourrait constituer des alternatives à une situation bloquée. (...) Pourquoi ne pas renforcer le rôle et la place du SMUR de Condom en lui reconnaissant, à titre expérimental, un rôle de SMUR pivot en inter secteur, à cheval sur deux régions administratives. »

tableau n° 13 : Coût du remplacement des personnels

compte	Intitulé	2005	2006	2007	2008	2009	2010
62113	Personnel intérimaire, exterieur:médical					33 617	
62114	Personnel intérimaire, exterieur:paramédical		6 771	12 252		120 984	41 790
6415	Rem personnel non médical Personnel non médical de remplacement	74 647	206 695	165 949	118 272	182 037	83 873
67218	Autres charges de personnel			8592	605	11242	
	Total	74 647	213 467	186 793	118 877	347 879	125 663

(source : comptes de gestion)

Les difficultés se sont accru en particulier en 2006 et 2009, années où le recours à ce type de personnel a été plus massif. Le directeur indique que l'établissement a adopté depuis 2011 une politique de maîtrise de l'intérim paramédical, et que le recours à l'intérim pour le recrutement des praticiens urgentistes devrait s'éteindre avec la pérennisation de la deuxième ligne d'urgence.

2 - UN PILOTAGE DEFICIENT : L'INCERTITUDE DES CHOIX STRATEGIQUES

Le pilotage du centre hospitalier entre 2006 et 2010 a été marqué par deux éléments de fragilité :

- la sous-administration de l'établissement, qui rend difficile aujourd'hui la reconstitution de l'historique de certains dossiers administratifs, notamment celui de la reconstruction de l'EHPAD, faute de pièces écrites datées ;
- les relations conflictuelles entre le directeur et le président du conseil d'administration en fonction jusqu'en mars 2008, ainsi qu'en témoignent les compte-rendus de réunions du conseil d'administration.

2.1 - Les difficultés à construire l'EPRD

Pendant toute la période, et notamment entre 2006 et 2008, l'établissement a connu des difficultés à bâtir son EPRD, systématiquement présenté en déficit. Cette situation est révélatrice de la fragilité de son équilibre financier, mais plus encore de ses problèmes de gouvernance.

2.1.1 - Exercice 2006

En 2006, l'établissement devait faire face à deux impératifs qui pesaient lourdement sur ses comptes :

- d'une part, solder le dossier avorté de la reconstruction de l'EHPAD en 1995 : une décision de justice avait condamné l'établissement à payer les frais d'études et d'architecte engagés par l'OPHLM, promoteur du dossier à l'époque, soit 280 000 € ;
- d'autre part, apurer le compte 4818 (charges à étaler), débiteur de 451 819 €.

Au conseil d'administration du 28 avril 2006, l'EPRD 2006 était présenté avec un résultat prévisionnel en déficit de 295 466 €. Le président du conseil d'administration demandait au directeur d'engager un plan d'économies de 50 000 €. Au conseil d'administration du 30 juin 2006, il était proposé 69 035 € de réduction de dépenses des titres 1, 2 et 3.

2.1.2 - Exercice 2007

Le compte-rendu du conseil d'administration du 4 mai 2007 témoigne des relations conflictuelles entre le directeur et le président du conseil d'administration : ce dernier qualifiait la gestion de « *contestable* » et annonçait qu'il allait solliciter un audit financier de l'établissement. « *Le plan de redressement souhaité n'est pas à la hauteur demandée. Des dépenses injustifiées sont constatées. Le président ne saurait prendre la responsabilité de cette situation et donc il ne votera pas les résultats 2006.* » Ce même jour, le conseil d'administration refusait d'approuver le compte administratif 2006.

De son côté, l'ARH refusait d'approuver l'EPRD 2007 dans un courrier du 13 juin 2007: « *Votre rapport ne donne pas les explications nécessaires à la compréhension de la construction de cet EPRD qui traduit un certain paradoxe (comment l'activité hospitalière que vous décrivez comme progressive engendre-t-elle des diminutions de charges ?) De plus, le compte financier 2006 relève un déficit comptable de 205 078 € alors que vous envisagez un excédent en 2007 de 280 000 €. Les incohérences qui viennent d'être énoncées ont pour conséquence l'absence de crédibilité de l'EPRD adopté par le CA.* »

A l'occasion du conseil d'administration réuni le 22 juin 2007, le président déclarait que « *l'établissement est en faillite* ». Le conseil d'administration, à la suite de son président, refusait de voter la deuxième version de l'EPRD 2007 présentée par le directeur. Il sera finalement approuvé par le conseil d'administration du 7 mars 2008.

Le budget 2007 a donc été mis en œuvre par l'ARH et les crédits votés ont été limitatifs, ce qui a réduit les dépenses et entraîné un report de charges de 49 500 € sur l'exercice 2008.

2.1.3 - Exercice 2008

L'approbation de l'EPRD 2008 a également été refusée par l'ARH, selon le compte-rendu du conseil d'administration du 25 juin 2008, en raison « *d'une incompréhension entre le directeur et les services de tutelle* », puisque le projet d'EPRD ne tenait pas compte des engagements prévus au contrat pluriannuel et de son exécution et de l'absence de certains documents.

2.1.4 - Exercices 2009 à 2011

Si elle a été moins conflictuelle en raison du changement de président de conseil d'administration, la mise sur pied d'un EPRD entre 2009 et 2011 s'est révélé un exercice toujours difficile, faisant apparaître un déficit de 68 113 € en 2009, 117 321 € en 2010 et 472 409 € en 2011⁵.

⁵ L'ARS a mis un terme en 2011 à la pratique des subventions d'équilibre versées par l'ARH, ce qui a pesé sur le montant du déficit de l'EPRD 2011

2.2 - Un plan de redressement « introuvable »

Au conseil d'administration du 28 avril 2006, alors que l'EPRD 2006 était présenté avec un résultat déficitaire, le président demandait au directeur d'engager un plan d'économies de 50 000 €. Les membres du conseil d'administration parleront dans les années qui suivent de « *plan de redressement* » pour désigner les efforts d'économie sur les dépenses de fonctionnement.

Il faut cependant observer que ce « plan de redressement » n'a jamais été formalisé. La chambre n'a pas retrouvé de document en ce sens, mentionnant la stratégie poursuivie, les objectifs chiffrés assignés et le calendrier de ce plan.

2.3 - Des relations difficiles avec le centre hospitalier d'Auch

Entre 2006 et 2010, la coopération entre les centres hospitaliers d'Auch et de Condom, formalisée notamment autour de la convention SMUR, n'apparaît pas optimale.

Le conseiller général des hôpitaux en charge d'une mission d'appui et de conseil soulignait que des accords ou des conventions formalisés entre les deux établissements n'étaient pas respectés. Il notait en conclusion de son rapport de janvier 2009 que « *le travail qui reste à faire par l'établissement est encore considérable. Il doit être conforté par la reconnaissance pratique par l'autorité régionale de santé, de la place et du rôle du CH de Condom au sein du territoire gersois face à un partenaire naturel « l'hôpital pivot » considéré encore, par beaucoup d'acteurs dans l'hôpital de Condom, y compris par les nouveaux arrivés, en partenaire à la fois peu fraternel, non coopératif et conforté dans cette attitude de domination locale.* »

Or la fragilité des comptes de l'hôpital de Condom impose tout au contraire une stratégie forte de coopération avec l'hôpital d'Auch. De ce point de vue, l'intérim de la direction de l'établissement, assuré par le directeur du centre hospitalier d'Auch depuis le 10 avril 2011, s'avère très positif.

2.4 - Des erreurs de gestion

La chambre a relevé deux exemples de gestion contestable, dans une période où l'établissement traversait de sévères difficultés de trésorerie, qui auraient dû l'inciter à comprimer sévèrement ses dépenses.

2.4.1 - Des insertions publicitaires pour un montant de 48 333 € dans des magazines à diffusion restreinte

De lourdes dépenses d'insertion publicitaire ont été engagées à hauteur de 40 000 € en 2006, et de 8 333 € en 2007.

Elles concernent un seul prestataire de services, la société ARBENSIX basée à Montreuil, aujourd'hui liquidée, éditeur de deux revues: « Vie et flammes », présentée comme la revue officielle d'information des familles de sapeurs-pompiers éditée par l'Association de bienfaisance pour les familles de sapeurs-pompiers professionnels et volontaires morts en activité hors service commandé, et « Police Municipale info ». Ces dépenses contrastent avec les dépenses beaucoup plus modestes engagées sur des supports plus traditionnels, tels que le « *Quotidien du médecin* » (746 € en 2006, 765 € en 2007) ou « *les Pages Jaunes* » (2882 € en 2007).

Le choix des deux supports et le coût très élevé de ces publicités, dont il n'a pas été retrouvé de traces, semblent étrangères à l'intérêt de l'exploitation de l'hôpital.

Le compte-rendu du conseil d'administration du 4 mai 2007 mentionne l'interruption de cet engagement publicitaire dans les termes suivants : « *Dès lors que le conseil d'administration l'a formulé aucune nouvelle insertion n'a été admise précise le directeur. Cette consigne a d'ailleurs été reconduite pour l'exercice en cours à l'exception des sapeurs-pompiers de Condom et des avis de mise en concurrence liés au projet de maison de retraite. Les montants qui apparaissent correspondent à des engagements pris antérieurement et qu'il a bien fallu honorer. (...) Le président s'étonne que l'établissement n'ait pu suspendre plus rapidement les engagements pris auprès des publicistes. Il lui a suffi d'un appel téléphonique pour clore ce dossier. Le directeur informe le conseil d'administration de sa démarche auprès de la gendarmerie et de son dépôt de plainte. Dès lors que ces annonceurs en ont été informés, ils ont cessé tout harcèlement.* »

Le contrôle de la chambre n'a pas permis de connaître les raisons qui ont conduit l'établissement à mettre fin au contrat d'insertion publicitaire, ni le contenu de la plainte déposée à la gendarmerie.

2.4.2 - Un mandat de recherche d'économies de charges sociales facturé 151 765 €

L'hôpital a signé le 14 août 2006 avec la société CTR une convention de mandat en vue de rechercher les possibilités d'économies de charges sociales.

Il s'agissait de tirer parti du classement de Condom en zone de revitalisation rurale (ZRR), qui ouvrait droit à des exonérations de charges sociales en application de l'article 15 de la loi 2005-157 du 23 février 2005⁶, aujourd'hui codifié à l'article L131-4-3 du code de la sécurité sociale, et de la circulaire ACOSS no 2006-075 du 5 juin 2006.

La régularisation opérée par les services de l'URSSAF du Gers a porté sur un montant de 211 491 € pour la période allant de mars 2005 à novembre 2006 inclus, au titre des cotisations sociales patronales versées pour les agents contractuels.

⁶ L'article 15 de la loi dispose que « *Les gains et rémunérations, au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, versés au cours d'un mois civil aux salariés employés dans les zones de revitalisation rurale mentionnées à l'article 1465 A du code général des impôts par des organismes visés au I de l'article 200 du même code qui ont leur siège social dans ces mêmes zones susvisées sont exonérés des cotisations à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des allocations familiales, des accidents du travail ainsi que du versement de transport et des contributions et cotisations au Fonds national d'aide au logement, dans la limite du produit du nombre d'heures rémunérées par le montant du salaire minimum de croissance majoré de 50 %.* »

La chambre s'étonne que pour la simple application d'une loi, ayant donné lieu à une circulaire de l'ACOSS, l'établissement ait fait appel à un mandat de recherche d'économies par une société privée dont la rémunération a été particulièrement élevée : 60% HT sur les économies perçues pendant la période de facturation de 12 mois suivant la mise en place de chaque recommandation, soit un montant facturé de 151 765 €.

2.5 - Le rôle de la tutelle

L'ARH a été très présente jusqu'en mars 2010 pour soutenir financièrement l'hôpital, compte tenu de la fragilité de ses comptes : elle a versé entre 2006 et 2010 des subventions exceptionnelles et a été conduite à refuser en 2007 et 2008 l'EPRD présenté par l'établissement.

L'agence est intervenue en février 2010 dans le dossier de reconstruction de l'EHPAD, qui avait connu depuis décembre 2006 de multiples vicissitudes (cf infra §3). Pendant plus de trois ans un projet qui présentait de sérieux points faibles et de nombreuses incertitudes a ainsi pu perdurer.

3 - L'ECHEC DE LA RECONSTRUCTION DE L'EHPAD

3.1 - Un projet avorté de reconstruction de la maison de retraite en 1996

La reconstruction /humanisation de l'EHPAD de l'hôpital a fait l'objet d'une première tentative dans les années 1990⁷. Ce projet a été abandonné après la lettre d'observations de la chambre régionale des comptes du 5 mars 1996, qui soulignait les déficiences du dossier, notamment l'absence d'étude de marché de l'opération et l'insuffisance du bouclage financier, qui rendait incertain le montant des loyers à venir. Il s'en est suivi un contentieux avec la SA d'HLM, titulaire d'un marché de maîtrise d'œuvre.

Ce contentieux n'a été soldé qu'en 2006, au détriment de l'hôpital de Condom, qui a dû verser à son maître d'œuvre une indemnité de 280 000 €, au titre des études réalisées.

L'ancien directeur indique que l'échec de ce projet a retardé la mise sur pied d'un nouveau projet, la priorité ayant été donnée, au début des années 2000, à la consolidation des comptes de l'établissement.

Ainsi, au conseil d'administration du 26 avril 2006, le président du conseil d'administration, qui souhaitait inscrire l'opération de reconstruction de l'EHPAD dans le cadre du contrat de plan Etat/Région, soulignait que « *malheureusement, aujourd'hui l'établissement pâtit du retard du dossier maison de retraite, retard lié à l'opération HLM, faut-il le rappeler.* »

⁷ à cette époque, on parlait de maison de retraite, et pas encore d'EHPAD

3.2 - Un nouveau projet de 120 lits lancé en décembre 2006 et abandonné en décembre 2010

Le dossier de reconstruction de l'EHPAD lancé en 2006 n'a jamais été finalisé, en raison notamment de l'insuffisance des simulations financières du projet d'installation sur un deuxième site, qui aurait entièrement bouleversé les conditions de fonctionnement de l'établissement.

3.2.1 - Une série d'études de faisabilité (2003 – 2009), menées sur la base de 120 lits d'EHPAD.

En dépit de l'échec du projet de 1996, l'idée de reconstruire l'EHPAD est restée sous-jacente.

Une étude de faisabilité du cabinet Leverd, en avril 2003, chiffrait la reconstruction d'une maison de retraite de 60 lits sur site à 5,070 M€, avec un calendrier conduisant à la livraison du bâtiment en avril 2005. Mais tant la tutelle que le conseil d'administration jugeaient qu'il était prématuré d'envisager cet investissement, alors que l'établissement était en situation financière fragile, qu'il était toujours confronté au contentieux du précédent projet de maison de retraite et qu'au demeurant la mise en place par la commune de son PPRI avait fait apparaître des problèmes d'inondabilité sur le site de l'hôpital. La priorité à cette époque était donnée à l'assainissement des comptes et à la relance de l'activité.

Une nouvelle étude de faisabilité du cabinet Guyot en janvier 2007 étudiait la reconstruction d'un EHPAD de 120 lits, soit 90 lits EHPAD et 30 lits Alzheimer. Le passage de 60 à 120 lits n'était pas explicité, puisque l'établissement n'avait des autorisations que pour 60 lits d'EHPAD, auxquels s'ajoutaient 35 lits d'USLD.

Le programmiste comparait deux options :

- la construction sur site : elle apparaissait impossible à hauteur de 120 lits pour des raisons techniques. Les principales contraintes étaient liées au PLU (site en partie située en zone inondable, contraintes de hauteur de construction). Elle n'était possible qu'à hauteur de 70 lits, pour un coût de 4,6 M€.
- la reconstruction sur un nouveau terrain du quartier du Pouillan, en partie inondable : elle était possible pour un coût de 8,112 M€.

Cette étude de janvier 2007 apparaît comme un document-clé qui éclaire les décisions ultérieures : en partant de l'hypothèse, non démontrée, d'un nécessaire dimensionnement de l'EHPAD à 120 lits, la reconstruction sur un deuxième site est devenue incontournable.

Une nouvelle étude, en date d'avril 2009, portant sur la réhabilitation des bâtiments du site actuel chiffrait à 15,2 M€ ou à 18,1 M€ le montant des travaux selon que les lits d'USLD étaient transférés au site Pouillan ou au contraire réhabilités sur place.

3.2.2 - Un projet engagé sur la base de 120 lits construits sur un deuxième site

3.2.2.1 - Le principe d'une humanisation-reconstruction acté par les tutelles en 2007

La question de l'humanisation/reconstruction de l'EHPAD est un objectif partagé par les tutelles de très longue date. Il se décline au travers de divers documents :

- les deux conventions tripartites (EHPAD et USLD) de décembre 2007 signées avec l'Etat et le conseil général du Gers, comportent toutes deux un volet humanisation-reconstruction, dont il est prévu qu'il sera mis en œuvre avant décembre 2012, terme de ces deux conventions quinquennales.
- le schéma départemental en faveur des personnes âgées (2009-2013) adopté par le conseil général ne va pas au-delà des généralités. Il est indiqué page 75 sous la rubrique « la qualité de la prise en charge en établissement » : « l'amélioration de la qualité de la prise en charge en établissement était l'un des grands axes du précédent schéma. Celle-ci passe par une humanisation et une adaptation des structures existantes qui ont été initiées dès 1999. La vétusté de la majorité des établissements a incité le conseil général à une politique significative d'aide à l'investissement. De nombreuses réhabilitations/ ré-humanisations ont été réalisées, permettant notamment la fermeture progressive de chambres à plusieurs lits. Une douzaine d'établissements restent toutefois à restructurer/humaniser. » Le schéma 2009 – 2013 adopte une orientation n°4 (l'amélioration de la qualité de vie en établissement) et une action n° 16 : Poursuivre les efforts en matière d'adéquation des locaux aux besoins de la prise en charge.
- ces orientations ont un caractère général, mais ne ciblent pas particulièrement l'EHPAD de Condom.
- en revanche, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, signé entre l'ARH et l'établissement en mars 2007, n'abordait pas la question de l'humanisation de l'accueil en long séjour des personnes âgées. La tutelle considérait en effet que les services médico-sociaux⁸ ne relevaient pas du CPOM.

3.2.2.2 - 1,54 M€ de dépenses pour un projet à 120 lits impliquant un fonctionnement sur deux sites

a - 1 M€ de dépenses pour les études préalables et la maîtrise d'œuvre (2006-2010)

Entre décembre 2006 et février 2009, le centre hospitalier engage le processus de reconstruction :

- 26 décembre 2006 : signature avec la société ICADE d'une convention d'assistance à maîtrise d'ouvrage pour rechercher un partenaire en charge de l'étude de faisabilité et de la programmation technique ;

⁸ c'est-à-dire l'EHPAD et l'USLD, puisque l'USLD n'avait pas encore basculé à cette époque dans le sanitaire

- 18 mai 2007 : signature avec M. Gillot, architecte programmiste de l'acte d'engagement du marché « prestation de programmation pour la construction d'un EHPAD à Condom » ;
- 29 juin 2007 : lancement d'un concours d'architectes ;
- 18 septembre 2007 : signature d'un marché de mandat d'assistance à maîtrise d'ouvrage avec ICADE en vue de la réalisation d'un EHPAD de 120 lits ;
- 30 avril 2008 : signature d'un marché de maîtrise d'œuvre avec le cabinet Quintanilla-Turcey ;
- 16 juillet 2008 : dépôt d'une demande de permis de construire ;
- 2 février 2009 : délivrance du permis de construire par le maire pour un EHPAD de 120 lits.

Le marché de maîtrise d'œuvre et le permis de construire sont paramétrés pour un établissement de 120 lits, à un moment où l'hôpital n'a des autorisations que pour 95 lits de long séjour, dont 35 lits d'USLD. Ils anticipent le regroupement en un seul site de l'EHPAD et de l'USLD, qui n'a jamais été formellement autorisé par l'ARH, ainsi que le transfert de lits de l'EHPAD privé La Ténarèze.

Toutefois, un arrêté conjoint du préfet et du président du conseil général du 11 septembre 2009 acte le transfert de 20 lits de l'EHPAD La Ténarèze vers le CH de Condom en portant la capacité de ce dernier à 80 lits d'EHPAD, tout en précisant que « *le transfert de gestion des 20 lits (...) sera effectif dès l'ouverture de la nouvelle structure d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du centre hospitalier de Condom* ».

Entre décembre 2006 et décembre 2010, un montant de 0,996 M€ a été dépensé dans les études préalables et les marchés d'assistance à maîtrise d'ouvrage et de maîtrise d'œuvre.

b - La modification du projet architectural, pour tenir compte de l'impossibilité de fusionner l'EHPAD et les lits d'USLD

Un dossier de demande d'extension de 25 lits et places a été adressé aux tutelles (DDASS et Conseil général) le 29 octobre 2007 : le projet s'articule autour des 60 lits EHPAD existants fusionnés avec les 35 lits d'USLD, auxquels seraient ajoutés 25 lits EHPAD par voie de création.

Dans leur réponse conjointe en date du 21 janvier 2008, les tutelles relevaient les incertitudes de la demande « *Si le dossier présente dans sa première partie une demande d'extension de 25 lits et places, cette demande paraît s'orienter, dans la deuxième partie du dossier, vers des modalités d'organisation correspondant à une demande de fusion des capacités de l'EHPAD et de l'USLD, en vue de la création d'un EHPAD de 120 lits.(...) Je vous rappelle que votre USLD a fait l'objet, en date du 4 décembre 2007, d'un arrêté conjoint du directeur de l'ARH et du Préfet du Gers en vue du maintien dans le champ sanitaire s'accompagnant d'une redéfinition de ses missions. Cette décision, dont vous n'aviez pas connaissance au moment de la préparation de votre dossier d'extension, ne permet plus d'envisager, à court terme, une opération de fusion avec la maison de retraite. L'hypothèse d'une demande d'extension de 25 lits et places demeure toutefois possible.* »

Cette réponse laissait la porte ouverte à un aménagement du projet. Pour tenir compte de ces observations, l'hôpital a élaboré un nouveau projet architectural, qui se proposait de loger sur le nouveau site deux entités distinctes, l'EHPAD et l'USLD, pour un total de 120 lits.

c - l'achat d'un terrain surdimensionné de 7,5 ha pour 541 475 € en novembre 2009

L'achat d'un terrain sur le site de Pouillan, situé en partie en zone inondable, a été envisagé dès janvier 2007, au moment de la publication de l'étude de faisabilité du cabinet Guyot. Le projet initial, appuyé par la mairie comportait d'une part des résidences destinées aux seniors construites par un promoteur privé, d'autre part l'EHPAD du centre hospitalier. Seule une partie du terrain de 7,5 ha devait être achetée par l'hôpital, le reste devenant propriété du promoteur privé.

La promesse d'achat a été signée en deux temps en mars 2008. Mais au conseil d'administration de l'hôpital du 27 novembre 2009, il est indiqué que « suite à un désistement d'acquéreurs, l'établissement doit acheter 7 hectares et demi pour une somme de 542 000 €. »

Le centre hospitalier a donc décidé l'acquisition d'un terrain surdimensionné au regard de ses besoins.

d - des simulations financières réalisées tardivement et de manière incomplète

Compte tenu des implications financières de ce dossier, il était impératif d'avoir une vision claire non seulement des coûts de construction proprement dit mais aussi :

- des conséquences de la reconstruction sur le budget de l'EHPAD et de l'USLD, notamment en ce qui concerne les tarifs d'hébergement à la charge des personnes âgées. A un certain moment, il semble que le CH comptait déléguer la gestion à un prestataire. Il n'a toutefois pas été retrouvé de document détaillant ce projet.
- des conséquences du départ de l'EHPAD et de l'USLD sur les coûts de fonctionnement du budget H, resté sur l'ancien site.

Or les simulations financières ne semblent avoir été réalisées que très tardivement, en 2010. C'est d'ailleurs ce que soulignait l'ARH en février 2010 (cf infra § 3.2.2.3.)

L'attention de l'établissement s'est focalisée sur le plan de financement de la reconstruction. Ainsi, le conseil d'administration du 23 juillet 2009 consacrait un point d'ordre du jour au plan de financement de l'EHPAD. Le compte rendu indique que « le financement proviendra essentiellement de la CNSA. Les acceptations officielles ne seront données qu'à l'obtention du feu vert de l'ingénieur de la DRASS pour l'accord de la construction de 120 lits qui se fera dès l'obtention d'un terrain. Le projet financier est donc quasiment bouclé et le prix de journée restera dans la moyenne des prix de journée des EHPAD rénovés. »

Il a été retrouvé un plan de financement non daté, faisant état d'un coût de construction de 15,2 M€, soit 10,7 M€ pour l'EHPAD et 4,4 M€ pour l'USLD⁹. Une série de simulations, réalisées semble-t-il en 2010, estimaient le tarif d'hébergement :

- entre 52,45 € et 54,24 € pour une EHPAD à 120 lits ;
- à 49,24 € pour une EHPAD à 78 lits et à 54,24 € pour une USLD de 35 lits.

Ces simulations étaient néanmoins partielles, puisqu'elles s'intéressaient au fonctionnement de l'EHPAD sur le site nouveau, sans aborder le point crucial de l'impact de la nouvelle organisation sur les comptes du budget H. Or, l'installation des lits de long séjour sur un deuxième site avait de lourdes conséquences qui devaient être étudiées, s'agissant en particulier des charges nouvelles générées par le passage d'un à deux sites en termes d'organisation du travail, ainsi que du devenir des bâtiments inoccupés du site historique et des charges fixes y afférent.

Aucune étude n'a été menée sur ces points essentiels.

e - un rapport de la mission d'appui elliptique sur la question de l'EHPAD

En août 2009, une mission d'appui et de conseil du ministère de la santé, sollicité par l'ARH, a été conduite en vue de lever les interrogations de la tutelle sur les orientations stratégiques de l'établissement et son positionnement au regard du territoire de santé.

La question de l'EHPAD n'apparaît pas centrale dans ce rapport, qui lui consacre une page et demi. Il est notamment souligné que « le dossier de l'EHPAD doit être conduit avec énergie et détermination : l'état réellement inacceptable des locaux actuel lui donne un caractère de réelle urgence d'autant plus que la question n'est pas nouvelle » et indiqué que « le dossier technique avance : l'ouverture des travaux est techniquement possible pour l'automne mais le dossier administratif est bloqué car lié au projet Ténarèze et considéré aujourd'hui comme toujours incomplet. L'objectif est de rendre possible administrativement le début des travaux à l'automne 2009. »

3.2.2.3 - Le refus d'approbation du projet par l'ARH en février 2010

f - la volonté de conserver l'USLD sur le site historique

La position de l'ARH, sur ce projet, semble avoir été attentiste, puisqu'elle ne s'était jamais prononcée formellement sur la question du regroupement de l'USLD et de l'EHPAD sur un deuxième site, ce qui avait pu être interprété comme une approbation tacite.

⁹ contrairement à ce qui était indiqué au compte-rendu du conseil d'administration du 23 juillet 2009, ce plan ne prévoit pas de financement de la CNSA.

L'ARH a pris une position claire dans un courrier du 11 février 2010 signée du Directeur départemental de l'action sanitaire et sociale, qui pointait les nombreuses faiblesses du dossier :

- *« le programme capacitaire reste encore à être déterminé. En effet, il convient de préciser si l'option retenue est soit 80 lits d'hébergement permanent, dont 20 lits cédés par l'EHPAD 'La Ténarèze' auxquels s'ajouterait une demande de création ex nihilo de cinq lits d'hébergement temporaire, soit in fine 85 lits en tout, soit 100 lits d'hébergement permanent dont 20 lits déjà cédés par l'EHPAD 'La Ténarèze' auxquels s'ajouteraient 20 autres lits supplémentaires en provenance de ce même EHPAD comme l'avait évoqué un temps le CCAS de Condom » ;*
- *« la localisation de l'USLD dans ce nouveau bâtiment, tel que vous le prévoyez actuellement, ne semble pas opportune. En effet, outre le fait que les conditions d'installation que vous projetez ne respectent pas le cahier des charges applicables aux USLD, il est constaté que le nouveau bâtiment est physiquement déconnecté des services sanitaires du centre hospitalier. Or compte tenu de la lourdeur de l'état des résidents/patients pris en charge dans une telle unité qui peuvent nécessiter un transfert rapide vers le plateau technique sanitaire, il semble plus rationnel d'envisager de maintenir l'USLD sur le site actuel » ;*
- *« le plan de financement de l'opération reste à expliciter, ainsi que l'impact de ce dernier à la fois sur le prix de journée payé in fine par les résidents, et sur la situation financière du centre hospitalier de Condom » ;*
- *« votre projet n'a pas fait l'objet d'un examen approfondi en commission régionale d'investissements (CRI) de l'Agence régionale d'hospitalisation », instance interne seule habilitée à examiner la qualité du projet ;*
- *l'architecture « en l'état n'est ni adaptée notamment pour une prise en charge adaptée de personnes âgées démentes (unités se limitant à fermer des secteurs sans réels espaces communs de vie, etc), ni pour une prise en charge en USLD (non respect du cahier des charges afférent). Or je vous rappelle que dans le cadre d'une démarche projet de ce type, ce n'est pas l'architecture qui conditionne la prise en charge, mais la prise en charge qui détermine l'architecture. »*

En conclusion, l'ARH demandait au directeur de déposer un nouveau dossier.

L'ARS, installée en mars 2010 à la suite de l'ARH, s'est inscrite sur la même position, qui a déclenché l'incompréhension des élus locaux, comme en témoignent la question orale posée à l'Assemblée nationale le 9 juin 2010 par la présidente du conseil de surveillance, députée du Gers, ou le mémorandum Gers Territoire de santé, diffusé par le conseil général, qui demande à l'ARS de revenir sur sa décision.

- g - l'élaboration d'un nouveau dossier, avec l'USLD rénové sur le site historique, puis l'abandon du projet en décembre 2010

En réponse au courrier de l'ARH du 11 février, l'établissement a une nouvelle fois adapté son projet, de manière à se rapprocher du dimensionnement de 120 lits et places initialement prévu.

Le conseil d'administration du 7 juin 2010 a validé la demande de création d'un Pôle d'activité et de soins adaptés (PASA) de 14 places, d'une Unité d'hébergement renforcé de 14 lits pour patients déments sévères, de six lits d'hébergement temporaire et de six places d'accueil occupationnel pour les malades Alzheimer. Au total, le projet comportait 108 lits et six places. L'USLD devait être rénové sur le site historique de l'hôpital, conformément à la demande de l'ARH, mais l'hôpital devait obtenir les autorisations correspondant à ses nouvelles demandes.

Ce projet était chiffré à 16,261 M€ dans une note de synthèse en date de juin 2010. En revanche, il n'était toujours pas fait mention de simulation financière des budgets H, J et B après reconstruction. La note de synthèse mentionnait la revente de 37 769 m² du terrain de 7,5 ha, susceptible de rapporter 263 000 € HT.

Ce projet a été définitivement abandonné après la visite sur place du directeur de l'ARS le 23 décembre 2010.

3.3 - Un troisième projet de reconstruction sur le site historique de l'hôpital (2011)

Après la nomination du directeur de centre hospitalier d'Auch le 10 avril 2011 comme directeur par intérim, la stratégie du centre hospitalier de Condom devrait mieux s'inscrire en cohérence avec la stratégie du territoire de santé départemental. La nouvelle direction a élaboré un nouveau projet, conforme aux attentes de l'ARS, et soldé le précédent projet.

3.3.1 - Le lancement d'une nouvelle étude sur des bases renouvelées

L'étude d'un schéma directeur immobilier a été lancée au printemps 2011 par marché en procédure adaptée, attribué à la société A2MO. La méthode change profondément. Il s'agit de partir du projet médical et de l'immobilier existant pour bâtir des scénarii d'évolution immobilière.

L'étude, dans sa version du 25 novembre 2011, était fondée sur l'hypothèse d'un site unique et du maintien de la capacité actuelle de l'EHPAD à 60 lits, excluant le transfert des 20 lits de l'EHPAD « La Ténarèze » vers l'hôpital de Condom. Le service des urgences était calibré entre 7000 et 8000 passages par an (contre 4230 en 2011), c'est-à-dire qu'il anticipe une évolution liée à un rapprochement des hôpitaux de Condom et Nérac. Deux types de scénarii ont été comparés :

- la restructuration/extension sur le site actuel ;
- la reconstruction totale sur le site du Pouillan acquis par l'hôpital en 2009.

La restructuration sur le site actuel a été chiffrée entre 30,2 M€ et 45,2 M€ TTC (valeur fin d'exécution) selon le scénario d'aménagement retenu ; la reconstruction totale sur le site de Pouillan a été chiffrée à 38,7 M€ TTC.

3.3.2 - Un scénario privilégié de reconstruction sur le site actuel, en deux tranches

Compte tenu des montants en cause, l'opération réalisée dans sa globalité n'apparaît pas compatible avec les capacités financières disponibles.

C'est pourquoi l'établissement a demandé au cabinet qui menait l'étude de décomposer les travaux en deux tranches sur un site unique, en prévoyant en priorité la reconstruction de l'EHPAD.

Dans le scénario en date de septembre 2012, la reconstruction coûterait 32 M€ TDC, avec une première tranche exécutée en 2014 et 2015 portant sur la reconstruction de l'EHPAD et du pôle technique et logistique, évaluée 11,1M€ TDC ; la deuxième tranche portant sur la reconstruction de la partie sanitaire ne comporte pas d'indication de calendrier des travaux.

3.3.3 - Des interrogations sur la maîtrise d'ouvrage de l'opération

Compte tenu de l'importance des sommes en jeu et de la situation financière de l'hôpital, la question de l'alternative entre la maîtrise d'ouvrage par l'hôpital et une maîtrise d'ouvrage privée au moyen d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH) s'est posée au début de l'année 2012.

La maîtrise d'ouvrage directe apparaît hors de portée de l'établissement : le ratio d'indépendance financière (encours de dette/capitaux propres) s'est dégradé de 36% en 2009 à 42,4% en 2011, et le plan de financement envisagé pour la seule tranche 1 impliquerait un recours à l'emprunt à hauteur de 11,671 M€, ce qui ferait passer l'encours de dette de 2,2 M€ au 31 décembre 2010 à 13,87 M€, soit très largement au-dessus des limites prudentielles du ratio d'indépendance financière. Le prix de journée de l'EHPAD serait augmenté à 59,65 €.

Dès lors, le scénario alternatif du BEH apparaît plus crédible que le scénario de la maîtrise d'ouvrage directe, qui conduit au surendettement de l'établissement. L'hôpital perdrait alors la maîtrise d'ouvrage de l'opération et se contenterait de payer un loyer annuel. C'est dans cette direction que le centre hospitalier s'est engagé, en lançant en septembre 2012 un marché d'assistance à en vue de conclure un BEH.

Néanmoins, un tel mode de financement comporte des risques élevés, liés notamment à la complexité et à la durée importante de ce type de contrat. Il exigera la mobilisation de compétences très solides, en vue d'établir le cahier des charges et les performances exigées des preneurs. Or l'hôpital n'a pas aujourd'hui la capacité humaine à piloter un tel projet : il devra s'appuyer obligatoirement sur l'hôpital d'Auch et, au-delà, sur des spécialistes de ce type de contrat¹⁰. Enfin, dans un tel scénario, le prix de journée passerait à 62,84 €.

¹⁰ En outre, le projet de BEH devra répondre aux impératifs définis par le Conseil Constitutionnel, dans ses décisions du 26 juin 2003 et du 2 décembre 2004, qui a notamment conditionné l'utilisation du BEH à des motifs d'intérêt général dont l'un d'eux est tel que « la personne publique n'est pas objectivement en mesure de définir seule et à l'avance les moyens techniques pouvant répondre à ses besoins ou d'établir le montage financier ou juridique du projet ».

La chambre ne peut que faire part de ses craintes sur les risques qui s'attachent pour un hôpital de la taille du centre hospitalier de Condom à transférer la maîtrise d'ouvrage de sa reconstruction à un opérateur extérieur, surtout s'il s'agit d'un opérateur privé.

En outre, le scénario de réaménagement du site actuel implique de maintenir à niveau les équipements du sanitaire pendant une période transitoire, sachant que la deuxième tranche ne devrait pas être achevée au mieux avant 2018. Les coûts d'entretien seraient au minima de l'ordre de 300 000 € par an.

3.3.4 - Les conséquences de l'abandon du projet antérieur

3.3.4.1 - La résiliation de deux marchés pour un coût de 85 420 € TTC

Le nouveau directeur a prononcé le 13 juin 2011 la résiliation du marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage signé avec ICADE G3A le 19 septembre 2007.

Si la société a obtenu un versement complémentaire de 14 032 € HT (16 782 € TTC) pour les missions exécutées, elle a renoncé aux indemnités de résiliation auxquelles elle pouvait prétendre.

S'agissant du marché de maîtrise d'œuvre, un solde pour tout compte a été versé à hauteur de 68 638 € TTC.

3.3.4.2 - Les travaux d'urgence et de mise en sécurité

La nouvelle direction s'est interrogée sur les travaux au minima qui devaient être entrepris pour conserver des conditions décentes d'accueil, dans l'attente de la mise en œuvre de l'opération de reconstruction.

La commission de sécurité contre les risques de panique et d'incendie, dans le procès-verbal de sa visite en date du 25 mai 2010, avait recensé 20 prescriptions générales. Le nouveau directeur a décidé au 1er juin la fermeture de trois chambres à un lit. Il a commandé une étude à un bureau de contrôle pour vérifier les écarts à corriger entre les prescriptions de la commission et la situation de l'hôpital. Le rapport du 10 août 2011 rendu par la SOCOTEC préconise 79 actions, pour un coût de 391 500 €, concernant l'accessibilité pour les personnes handicapées. Néanmoins, ce rapport ne porte pas sur les conditions d'évacuation, en cas d'incendie, des personnes en situation de handicap.

Le directeur souligne pour sa part qu'au regard des préconisations de la SOCOTEC concernant la sécurité et l'accessibilité des personnes handicapées, les travaux les plus urgents ont été réalisés et que la mise aux normes du système de sécurité incendie sera terminée en décembre 2012. Il précise que la mise aux normes d'accessibilité est intégrée au projet de reconstruction et que les prochains travaux des urgences ont reçu un avis favorable sans réserve de la commission d'accessibilité des personnes handicapées.

3.4 - Conclusion

La nécessité de reconstruire les bâtiments de l'hôpital de Condom abritant les lits de long séjour et d' « humaniser » l'accueil des personnes âgées ne fait pas de doute depuis plus de 15 ans, compte tenu de l'état particulièrement dégradé et du confort sommaire des locaux actuels, inadaptés à un établissement de santé et médico-social du XXI^{ème} siècle.

Alors même que les tutelles étaient d'accord tant sur le principe d'une telle opération que sur son urgence, l'hôpital de Condom s'est montré incapable de la mener à bien entre 1996 et 2011. Il est heureusement permis de penser que le dernier projet en date, lancé en 2011, pourra enfin aboutir, même s'il conviendra auparavant de lever les incertitudes sur la maîtrise d'ouvrage de l'opération.

La chambre relève que la dimension financière des différents projets conçus entre 1996 et 2011 a été largement ignorée. Elle avait déjà souligné cette lacune dans sa lettre d'observations du 5 mars 1996. A cet égard, l'hôpital n'a pas su tirer les leçons de son premier échec en 1996, et a renouvelé les mêmes erreurs alors même qu'il aurait dû être particulièrement attentif à cet aspect compte tenu de la fragilité de ses comptes.

Les errements du projet lancé en décembre 2006 et abandonné en décembre 2010 illustrent une autre faiblesse de l'hôpital, la déficience de son pilotage déjà souligné au §2 du présent rapport et la tutelle trop lointaine exercée par l'ARH sur ce dossier.

L'hôpital a pu lancer en avril 2008 un marché de maîtrise d'œuvre pour un projet dimensionné à 120 lits d'EHPAD sans disposer des autorisations correspondantes, se lancer dans de nombreuses études et faire l'acquisition d'un terrain surdimensionné sans que la tutelle ne réagisse.

Au total, l'hôpital a perdu quatre années. Il a engagé, dans un activisme qui n'était pas dénué d'une certaine confusion, des dépenses inutiles d'études à hauteur de 1,081 M€, auxquelles peuvent être ajoutées 0,28 M€ d'indemnités payées en 2006 au titre du contentieux sur les études du précédent projet de maison de retraite de 1995 et 0,085 M€ pour la résiliation des marchés en 2011, soit un total de 1,446 M€.

A cela s'ajoute l'achat d'un terrain non utilisé, pour un montant de 0,541 M€. Il constitue néanmoins un actif qui a pu être revendu pour un montant de 0,65M€ à la commune de Condom en août 2012.

4 - RECOMMANDATIONS

- 1 - Attacher un soin particulier à la préparation du futur bail emphythéotique hospitalier (BEH), en s'entourant d'avis pertinents au-delà des conseils techniques de la mission d'assistance. Le centre hospitalier gagnerait en particulier à soumettre son projet de cahier des charges à la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux);

- 2 - Conduire une réflexion stratégique sur le SMUR et les urgences, visant d'une part, à accroître leur activité, au besoin en envisageant un redécoupage du territoire desservi en liaison avec l'hôpital d'Agen et l'hôpital de Nérac, et d'autre part, à réorganiser les astreintes médicales du service des urgences sur une base renouvelée ;
- 3 - Renforcer les synergies avec l'hôpital d'Auch ;
- 4 - Prévoir l'apurement des créances devenues irrécouvrables du compte 411 ;
- 5 - Provisionner les crédits relatifs au compte-épargne-temps des personnels.

Telles sont les observations définitives que la chambre a décidé de formuler sur la gestion du centre hospitalier de Condom.

* * *