



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER D'OLORON-SAINTE-MARIE (Département des Pyrénées-Atlantiques)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés, a été délibéré par la chambre le 6 septembre 2022.

TABLE DES MATIÈRES

RECOMMANDATIONS.....	4
REMARQUES PRÉALABLES	7
ÉLEMENTS DE PROCEDURE	7
INTRODUCTION.....	8
1 PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT	8
1.1 Les implantations des différents services	8
1.2 Le nombre de lits et places.....	9
1.3 La zone d'attractivité et les parts de marché.....	9
2 LA GOUVERNANCE ET LA COOPERATION	10
2.1 La gouvernance et le pilotage de l'établissement	10
2.1.1 Le projet d'établissement et les CPOM	10
2.1.2 Le contrôle de gestion.....	11
2.1.3 Les tableaux de bord.....	11
2.2 L'organisation médicale et le codage	12
2.2.1 Les pôles.....	12
2.2.2 Le codage et la facturation.....	12
2.2.3 La continuité des soins.....	12
2.3 La coopération	13
2.4 L'absence de contrôle des régions	14
2.5 L'attaque informatique du mois de mars 2021	15
2.5.1 La gestion de l'attaque informatique	15
2.5.2 Les conséquences financières et la reprise du service	16
3 L'ACTIVITE	16
3.1 L'activité de court-séjour en MCO	16
3.1.1 Les caractéristiques de la patientèle.....	16
3.1.2 L'évolution du nombre de séjours et de journées d'hospitalisation.....	17
3.1.3 Le taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour	19
3.1.4 Les passages aux urgences.....	20
3.1.5 L'activité externe.....	21
4 LA FIABILITE DES COMPTES.....	22
4.1 La fiabilité de l'actif.....	22
4.1.1 La fiabilité des immobilisations et des stocks	22
4.1.2 La fiabilité des créances.....	23
4.2 La fiabilité du passif.....	24
4.2.1 Les provisions.....	24
5 LA SITUATION FINANCIERE.....	25
5.1 Le compte d'exploitation	26
5.1.1 La formation de l'excédent brut d'exploitation	26
5.1.2 La formation du résultat net.....	30
5.1.3 La capacité d'autofinancement	31

5.1.4	Les compensations versées en lien avec la crise sanitaire	32
5.2	Les équilibres bilanciaux : fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie	33
5.2.1	Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie.....	33
5.2.2	L'endettement	35
5.2.3	Les ratios de déséquilibre financier	36
5.2.4	Les aides exceptionnelles liées au « Ségur de la santé »	38
6	LES INVESTISSEMENTS	38
6.1	La restructuration du site MCO	39
6.2	Le projet de reconstruction de l'EHPAD	41
7	LE PERSONNEL	42
7.1	L'évolution des effectifs	42
7.1.1	L'évolution des effectifs non médicaux.....	42
7.1.2	L'évolution des effectifs médicaux.....	44
7.2	Le temps de travail.....	45
7.2.1	L'organisation du temps de travail	45
7.2.2	Les heures supplémentaires et le temps additionnel	46
7.2.3	Les comptes épargne-temps.....	47
7.3	L'absentéisme	47
8	LES CONTRATS ET CONVENTIONS CONCERNANT LE PERSONNEL MEDICAL	48
8.1	L'activité libérale des praticiens hospitaliers.....	48
8.2	Les contrats de cliniciens	49
8.3	Les praticiens libéraux qui participent au service public hospitalier	50
8.4	Le cas de l'imagerie	52
8.5	Les praticiens « vacataires »	52
9	LES DYSFONCTIONNEMENTS CONCERNANT LA GESTION DE LA PAIE.....	53
9.1.1	L'audit du cabinet ORCOM	53
9.1.2	Les constats de la chambre sur la paie des médecins « vacataires » en 2019.....	54
	ANNEXES	57

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie (CHO) dispose de 109 lits et places de médecine et chirurgie¹, 19 lits de soins de suite et réadaptation ainsi que 37 lits de soins de longue durée et 109 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD). Il est membre du groupement hospitalier de territoire Béarn et Soule dont l'établissement support est le CH de Pau, distant d'une quarantaine de kilomètres. Sa zone d'attractivité couvre principalement l'agglomération d'Oloron mais également des territoires plus ruraux et montagneux allant jusqu'à la frontière espagnole. Entre 2016 et 2019 (dernier exercice avant la crise sanitaire liée à la covid-19), la part de marché du CHO a légèrement progressé en médecine

¹ Il n'y a plus de lits d'obstétrique depuis la fermeture de la maternité intervenue en 2017.

mais a diminué en chirurgie, aussi bien en hospitalisation complète (- 3,5 points) qu'en ambulatoire (- 4,5 points).

En mars 2021, l'hôpital a subi une attaque informatique qui l'a grandement affecté. Le redémarrage progressif des applications a été possible assez rapidement mais le fonctionnement en mode dégradé ne s'est achevé que début mai 2021. Bien qu'aucune rançon n'ait été versée, le coût financier de cette attaque est estimé à plus de 360 000 €, montant pris en charge par l'État.

La situation financière de l'établissement peut être qualifiée de préoccupante dans la mesure où son résultat d'exploitation est structurellement déficitaire. La capacité d'autofinancement ne couvre pas le remboursement de l'annuité de la dette. L'hôpital remplit les trois critères de déséquilibre financier fixés par le code de la santé publique et un contrat de retour à l'équilibre financier a été signé avec l'agence régionale de santé (ARS) pour la période 2018-2020. L'exécution de ce plan se poursuit, bien que sa mise en œuvre ait été contrariée par la crise sanitaire.

Depuis 2016, l'endettement a augmenté de 11 M€ en lien avec l'importante et indispensable opération de restructuration des bâtiments médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) qui est en cours. En 2020, le coût de cette opération était estimé à 18,76 M€ HT, mais en janvier 2022, les dépenses prévisionnelles étaient évaluées à 21,57 M€ HT. Tous les lots, à l'exception des groupes électrogènes, ont été touchés par ces surcoûts qui représentent 15 % du coût initial. Beaucoup de travaux complémentaires résultent d'une mauvaise appréciation des besoins. L'ampleur des dépassements enregistrés sur certains lots soulève la question d'un éventuel bouleversement de l'économie du marché. En plus des dépenses supplémentaires ayant fait l'objet d'avenants, des travaux complémentaires sont également prévus pour un montant estimé à 1,06 M€ HT. Une fois cette opération achevée, à l'horizon 2023, le CHO bénéficiera de locaux modernes et fonctionnels et le confort des patients sera amélioré. Toutefois, les opérations d'investissement se poursuivront par l'emménagement de l'EHPAD, actuellement situé dans un bâtiment ancien du centre-ville, dans un immeuble neuf à construire sur le site hospitalier devant également regrouper les soins de longue durée.

L'examen de la gestion du CHO, qui portait sur la période 2016-2021, a révélé d'importantes faiblesses en matière de pilotage et de gestion administrative, en particulier en ce qui concerne le personnel et les affaires médicales. La chambre ne méconnaît pas le contexte difficile auquel a dû faire face la direction au cours de la période examinée.

Jusqu'en 2021, les tableaux de bord et de pilotage étaient relativement succincts. Il convient donc d'accélérer la mise en place d'un contrôle de gestion afin d'accompagner l'équipe de direction dans ses choix stratégiques. De même, l'organisation d'un contrôle interne comptable formalisé serait de nature à sécuriser les processus au sein d'un établissement qui, compte tenu de sa taille, n'est pas soumis à la certification de ses comptes par un commissaire aux comptes. En l'absence d'un inventaire régulier des immobilisations et des stocks, il n'est pas possible d'apporter une appréciation sur la fiabilité de la valeur de l'actif qui apparaît au bilan.

L'hôpital dispose de trois pôles mais les contrats de pôles n'ont pas été signés, contrairement à ce que prévoit le code de la santé publique. En matière de gestion des ressources humaines, il est impératif que l'hôpital poursuive les efforts engagés pour mettre un terme au système « historique » de cumul des heures supplémentaires qui sont soldées au départ de l'agent mais ne font pas l'objet de provisions.

Pour ce qui relève plus spécifiquement des affaires médicales, de nombreux dysfonctionnements ont été pointés au cours de l'instruction. Le CHO n'a retrouvé qu'un seul

contrat de temps de travail additionnel (TTA) alors que plusieurs praticiens y ont eu recours au cours de la période examinée. Les cliniciens bénéficiaient du versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif alors que leur statut leur interdisait de réaliser une activité libérale à l'hôpital. Ils se voyaient également attribuer des jours de RTT bien que le code de la santé publique limite cette possibilité aux seuls praticiens hospitaliers, attachés, assistants ou contractuels qui ne sont pas régis par les mêmes dispositions que celles applicables aux cliniciens.

Afin de pallier le manque de ressources médicales pérennes, le CHO fait appel à de nombreux médecins contractuels pour un coût d'environ 1,4 M€ par an (2,27 M€ en 2020 en raison de la crise sanitaire). 127 contrats conclus au cours de l'exercice 2019 ont été examinés. L'établissement a été dans l'incapacité de communiquer des contrats signés par les deux parties (le médecin et la direction), ce qui révèle des dysfonctionnements dans la politique d'archivage des documents. La rédaction des contrats aurait mérité davantage de précision et le montant de la rémunération figurant sur les bulletins de salaire ne correspond jamais au montant prévu dans le contrat, avec des écarts généralement minimes, mais sans aucune explication apportée. Dans 53 cas, les jours de travail prévus dans le contrat n'étaient pas les mêmes que ceux repris dans le bulletin de salaire, ce qui laisse penser que le planning de ces médecins a été modifié. Des tableaux généralement intitulés « tableaux des gardes » faisaient office de pièces justificatives (même lorsqu'il s'agissait en réalité de simples astreintes). Certains de ces tableaux comportaient des erreurs de dates, tous n'étaient pas signés et, pour ceux qui l'étaient, la date de signature était généralement antérieure au mois considéré. Il s'agissait donc de tableaux prévisionnels et non de tableaux récapitulant les services réalisés. Il a d'ailleurs été constaté que les jours travaillés en fin de mois (30 ou 31 du mois) étaient payés le mois même sans que les bulletins de salaire ne fassent mention d'une avance.

Depuis 2021, les procédures ont été revues et sécurisées, tant du point de vue du processus de paye que de la conservation des pièces. Il conviendra, toutefois, que l'hôpital se conforme au statut des nouveaux praticiens contractuels pour les médecins intervenant de façon ponctuelle au sein de l'établissement. Par ailleurs, les efforts engagés afin d'améliorer la gestion administrative des personnels doivent se poursuivre afin de fiabiliser les processus administratifs (paye, gestion des carrières etc.).

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : accélérer la mise en place d'un contrôle de gestion afin d'accompagner l'établissement dans les choix stratégiques qu'il devra mettre en œuvre et contribuer à fiabiliser les procédures et les données de pilotage.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 2 : mettre en place une politique de contractualisation avec les pôles dans le respect des dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 3 : établir une décision du directeur pour la forfaitisation des astreintes dans la mesure où au moins un praticien est concerné au sein de l'établissement. Cette décision devra être conforme aux dispositions et tarifs réglementaires (arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé).

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 4 : mettre en place un contrôle interne comptable au sens de l'article 215 du décret n° 2002-1246 du 7 novembre 2012.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 5 : établir un inventaire régulier des immobilisations et des stocks afin de fiabiliser la valeur de l'actif.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 6 : mettre en œuvre une comptabilité analytique, en application de l'article R. 6145 du code de la santé publique, afin d'améliorer le pilotage économique et financier de l'établissement.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 7 : conformément à l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002, rétablir un moyen de contrôle automatisé afin de comptabiliser les heures supplémentaires accomplies.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 8 : mettre un terme au système de cumul des heures supplémentaires d'une année sur l'autre qui ne sont pas provisionnées et qui sont soldées lors du départ de l'agent.

[Totalement mise en œuvre]

Recommandation n° 9 : procéder à la signature des contrats de temps de travail additionnel pour tous les praticiens concernés, en application de l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé.

[Totalement mise en œuvre]

Recommandation n° 10 : réunir la commission d'activité libérale, conformément aux dispositions des articles L. 6154 et R. 6154 du code de la santé publique (même si un seul praticien est concerné pour le moment).

[En cours de mise en œuvre]

Recommandation n° 11 : se conformer au statut des nouveaux praticiens contractuels pour les médecins qualifiés de « vacataires » par l'établissement, notamment en ce qui concerne leur rémunération.

[Non mise en œuvre]

Recommandation n° 12 : poursuivre les démarches engagées pour fiabiliser les processus administratifs relatifs à la gestion du personnel médical et non médical (paye, gestion des carrières etc.).

[Non mise en œuvre]

REMARQUES PRÉALABLES

Le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie a fait l'objet d'un premier rapport dans le cadre de l'enquête portant sur la crise sanitaire du printemps 2020. La version définitive a été envoyée à l'ordonnateur le 12 juillet 2021.

Le présent rapport constitue donc le second volet de l'examen de la gestion de cet établissement.

ÉLÉMENTS DE PROCEDURE

Dans le cadre de la première phase (enquête covid), les lettres d'ouverture du contrôle ont été adressées par le greffe le 25 juin 2020 au directeur M. Frédéric Lecenne et à M. Bernard Uthurry, maire d'Oloron-Sainte-Marie et président du conseil de surveillance, puis le 14 octobre 2020 aux anciens ordonnateurs, Madame Valérie Friot-Guichard (directrice du 1^{er} janvier 2016 au 30 août 2019) et M. Xavier Etcheverry (directeur par intérim du 1^{er} septembre 2019 au 19 janvier 2020).

Le premier questionnaire concernant la partie examen de la gestion (hors covid) a été transmis à l'ordonnateur le 13 avril 2021. Les entretiens préalables au dépôt du rapport, prévus à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières se sont tenus le 1^{er} mars 2022 avec M. Lecenne, le 2 mars avec M. Etcheverry et le 4 mars avec Mme Friot Guichard.

Le rapport d'observations provisoire, qui a été délibéré le 29 mars 2022, a été transmis à M. Lecenne le 1^{er} juin 2022. L'ordonnateur en fonctions a répondu par courrier du 2 août 2022.

Des extraits ont également été communiqués aux anciens ordonnateurs (M. Etcheverry et Mme Friot-Guichard) ainsi qu'à l'agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine, au groupement de coopération sanitaire (GCS) du Haut-Béarn et Soule et à l'association des praticiens libéraux d'Oloron-Sainte-Marie (APLOSM). Cette dernière a adressé une réponse le 8 juillet 2022. Par courriel du 9 août 2022, M. Etcheverry a indiqué que le document n'appelait aucun commentaire de sa part. Il en est de même pour Mme Friot-Guichard (courriel du 11 août 2022) ainsi que pour l'ARS (courriel le 16 juin 2022). Le GCS n'a pas adressé de réponse à la chambre régionale des comptes mais les problématiques le concernant ont été abordées dans la réponse du président de l'APLOSM.

INTRODUCTION

Le centre hospitalier est implanté à Oloron-Sainte-Marie, siège de la communauté de communes du Haut-Béarn. Cette commune est située à une trentaine de kilomètres au sud de Pau et à une cinquantaine de kilomètres de la frontière espagnole. Elle compte 10 629 habitants et sa population est plutôt âgée (16,4 % des habitants ont plus de 75 ans contre 11,4 % en Nouvelle-Aquitaine et 9,4 % en France métropolitaine), ce qui induit une surreprésentation des retraités parmi l'ensemble des foyers. Le revenu médian par unité de consommation y est plus faible que la moyenne nationale² et il en est de même pour la part que représentent les ménages fiscaux imposés³. À Oloron-Sainte-Marie, 13,8 % des actifs sont des ouvriers alors que la proportion de cette catégorie socio-professionnelle n'est que de 12,1 % en France métropolitaine. Cela s'explique par une présence de quelques gros employeurs comme Lindt et Sprungli, ou Safran Landing Systems (anciennement Messier).

1 PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

1.1 Les implantations des différents services

Le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie dispense des soins en médecine et chirurgie mais n'a plus d'activité d'obstétrique depuis décembre 2017⁴. Il possède également un secteur de soins de longue durée (USLD), de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi qu'un EHPAD.

Depuis 2017, toutes les activités sont regroupées sur le site de Légugnon, à l'exception de l'EHPAD « L'Âge d'Or » situé dans un bâtiment ancien du centre-ville. Un important programme de rénovation est en cours. Un nouveau bloc opératoire est opérationnel depuis le mois de septembre 2021 et les travaux se poursuivront en 2022-2023 avec la réalisation d'un nouvel accueil et la restructuration complète des urgences.

Le plateau technique est complété par un équipement d'imagerie (radiographie, échographie et scanner) qui se verra bientôt doté d'une IRM (second semestre 2022). Par ailleurs, un laboratoire de biologie, exploité dans le cadre du groupement hospitalier de territoire Béarn et Soule, est implanté à Oloron.

² 20 190 € à Oloron, 21 730 € en France métropolitaine et 21 290 € en Nouvelle-Aquitaine.

³ 45 % à Oloron, 51,7 % en France métropolitaine et 48,44 % en Nouvelle-Aquitaine.

⁴ La maternité du CHO a fermé le 20 décembre 2017 suite au non-renouvellement de l'autorisation d'obstétrique. Elle est remplacée par un centre périnatal de préparation à l'accouchement.

1.2 Le nombre de lits et places

En 2020, le CHO disposait de 234 lits et 20 places. Depuis 2016, sa capacité d'accueil a évolué de la manière suivante :

Tableau n° 1 : évolution capacitaire

	2016	2017	2018	2019	2020
Lits installés en médecine	79	76	63	58	63
Places installées en médecine	2	6	6	6	10
Total médecine	81	82	72	64	73
Lits installés de chirurgie	39	27	26	26	26
Places installées en chirurgie	10	10	10	10	10
Total chirurgie	49	37	36	36	36
Lits d'obstétrique (fermeture maternité en 2017)	5	5	0	0	0
Lits SSR	14	14	14	14	19
Lits USLD	56	56	54	42	37
Lits EHPAD	111	111	109	109	109

Source : CHO

L'ordonnateur juge la capacité actuelle globalement suffisante même si des tensions peuvent être constatées en SSR.

1.3 La zone d'attractivité et les parts de marché

La zone d'attractivité du centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie (CHO) est en grande partie située dans le Béarn mais comprend également une partie basque (la Soule). Il répond au besoin d'un bassin de population d'environ 55 000 habitants.

La part de marché globale sur la zone d'attractivité permet d'appréhender les fuites de patientèle vers les établissements concurrents⁵. L'année 2020 étant trop atypique en raison de la crise sanitaire, les évolutions sont appréciées sur la période 2016-2019. En médecine, la part de marché (48,3 %) est en légère hausse alors qu'en chirurgie elle diminue aussi bien en hospitalisation complète (- 3,5 points) qu'en ambulatoire (- 4,5 points). En hospitalisation complète de cancérologie et en chimiothérapie, les parts de marché détenues par le CHO sont en légère augmentation, sauf en 2020, année marquée par le début de l'épidémie de covid-19.

Sans surprise, ce sont les établissements de santé installés à Pau (publics et privés) qui détiennent, après le CHO, les principales parts de marché sur la zone d'attractivité (cf. détail des parts de marché en annexe n° 1).

⁵ Rapport entre le nombre de séjours réalisés dans l'établissement pour des patients résidents dans la zone d'attractivité et le nombre total de séjours pour des patients résidant dans la zone d'attractivité.

2 LA GOUVERNANCE ET LA COOPERATION

2.1 La gouvernance et le pilotage de l'établissement

L'équipe de direction a dû faire face à un contexte difficile au cours de la période examinée, marquée par la fermeture de la maternité en 2017, les difficultés récurrentes de recrutement, la gestion de la crise sanitaire et, plus récemment, l'attaque informatique subie en 2021.

Alors que le CHO fonctionnait en direction commune avec l'hôpital de proximité de Mauléon-Licharre depuis le 12 août 2013, cette organisation a pris fin en 2021, après que le conseil de surveillance de l'hôpital de Mauléon-Licharre se soit prononcé en faveur de la dénonciation de la convention de direction commune⁶.

2.1.1 Le projet d'établissement et les CPOM

Le projet d'établissement 2017-2021 a été réalisé avec l'appui d'un consultant extérieur. Il regroupe le projet médico-soignant, qui en est le socle, le projet « qualité et gestion des risques », le schéma directeur du système d'information, le projet immobilier et hôtelier, le projet social, le projet efficience, le volet gouvernance et le volet communication.

Le projet médico-soignant planifie la mise en place d'une « cellule parcours patient » ayant pour objectif de « *fluidifier le parcours du patient à la fois en interne et en externe* ». Il vise également à améliorer l'offre de soins en consultation et à optimiser le fonctionnement du service des urgences en stabilisant l'effectif médical afin de limiter le recours à l'intérim. Pérenniser l'offre de soins de cardiologie, mettre en place une unité d'hospitalisation de jour et assurer la prise en charge de la polypathologie, notamment du sujet âgé, font aussi partie des axes retenus, tout comme l'organisation du parcours chirurgical. Pour le développement d'une véritable filière gériatrique, sont également évoqués la création des consultations gériatriques, une équipe mobile de soins gériatriques intra et extra hospitalière et le développement des filières d'aval ainsi que l'amélioration de l'hébergement des résidents en USLD et en EHPAD. Enfin, le renforcement de l'imagerie médicale, à travers une organisation à l'échelle du groupement hospitalier de territoire (GHT), et le développement du plateau technique avec la mise en place d'une nouvelle IRM font aussi partie des priorités affichées.

La période sous contrôle est couverte par deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Celui qui couvrait la période 2012-2017 a été prorogé une première fois jusqu'au 1^{er} septembre 2018 puis une seconde fois jusqu'au 31 décembre 2018. Le second CPOM (2019-2023) a été conclu le 31 décembre 2018 et un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) lui a été annexé par avenant du 25 octobre 2019.

⁶ Décision prise lors de la séance du 3 mars 2021.

2.1.2 Le contrôle de gestion

Selon l'ordonnateur, la fonction contrôle de gestion est en cours de structuration. Les moyens humains qui lui sont consacrés reposent sur un adjoint administratif de la direction des affaires financières, détaché à hauteur de 50 % de son temps de travail pour assurer le retraitement comptable, le suivi des données d'activité et la construction des tableaux de bord. Pour ce qui est de la gestion des achats et des stocks, un contractuel occupant des fonctions d'attaché est en place depuis décembre 2020.

La chambre régionale des comptes ne peut qu'encourager l'établissement à poursuivre la structuration de sa fonction contrôle de gestion car les besoins sont importants dans cet établissement qui a souffert de lacunes en matière de pilotage et de gestion administrative.

Recommandation n° 1 : accélérer la mise en place d'un contrôle de gestion afin d'accompagner l'établissement dans les choix stratégiques qu'il devra mettre en œuvre et contribuer à fiabiliser les procédures et les données de pilotage.

2.1.3 Les tableaux de bord

Selon l'agence nationale d'analyse de la performance (Anap)⁷, un tableau de bord a pour finalité d'évaluer le niveau de réalisation des objectifs (indicateurs de résultats) et de la trajectoire (indicateurs d'actions). Cette évaluation doit permettre de définir les mesures nécessaires pour adapter les actions ou les objectifs.

Un tableau de bord des hospitalisations en nombre d'entrées et de journées et de suivi de l'activité externe est diffusé mensuellement sur l'intranet. Depuis novembre 2020, de nouveaux documents ont été élaborés pour détailler l'activité d'hospitalisation en quantité et en valeur. Des tableaux de bord par service sont également communiqués semestriellement et présentés au cours d'une réunion rassemblant le chef de pôle, le chef de service, le cadre de pôle, le cadre du service et l'équipe de direction. Ces réunions font l'objet d'un compte rendu sous la forme de relevés de conclusions.

Au sein de l'équipe de direction, des tableaux de suivi budgétaire sont élaborés en juin, novembre et février, périodes de préparation des rapports infra-annuels (RIA).

En 2021, la périodicité des transmissions a été perturbée en raison de la cyber-attaque subie par l'établissement mais des progrès ont été réalisés en matière d'outils de pilotage qui sont longtemps restés assez limités.

⁷ Anap : piloter la performance en établissement de santé.

2.2 L'organisation médicale et le codage

2.2.1 Les pôles

Depuis janvier 2021, l'établissement est organisé autour de trois pôles (médecine/gériatrie, chirurgie/médico-technique et direction/administration/logistique).

Alors que les contrats de pôle ont été rendus obligatoires par l'article 13-1 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relatifs aux patients, à la santé et aux territoires (article L. 6146-1 du code de la santé publique) et que le principe d'une contractualisation avec les pôles figure dans le projet d'établissement, il n'existe toujours pas de contrats de pôle au sein du CHO.

Recommandation n° 2 : mettre en place une politique de contractualisation avec les pôles dans le respect des dispositions de l'article L. 6146-1 du code de la santé publique.

2.2.2 Le codage et la facturation

Le codage est centralisé pour les activités d'hospitalisation. Le remplissage des informations dans les résumés d'unité médicale et leur groupage sont assurés par l'équipe du département de l'information médicale (DIM)⁸ essentiellement au vu des éléments saisis dans le dossier patient informatisé par les intervenants médicaux et non-médicaux.

Les actes réalisés au bloc opératoire sont, quant à eux, saisis directement par les opérateurs. Des contrôles qualité sont réalisés par le médecin DIM pour les dossiers les plus complexes.

Pour les actes externes, la saisie est réalisée par les agents du bureau des entrées au vu des actes portés par les praticiens sur les fiches de circulation. Seuls les praticiens d'ORL et les gastro-entérologues saisissent les actes réalisés en externe dans les dossiers patients. Cette expérimentation a vocation à être étendue à l'ensemble des spécialités.

Contrairement à ce qui se fait dans de nombreux hôpitaux, il n'existe pas de rapports annuels du DIM sur la période 2016-2020. Un tel document pourrait s'avérer utile dans la mesure où il permet de faire un bilan de l'activité et d'analyser les évolutions constatées, à condition que ce rapport soit accompagné de commentaires et d'analyses et ne soit pas une simple agrégation de données brutes. Il pourrait aussi être l'occasion de présenter le plan d'assurance qualité prévu à l'article R. 6113-4 du code de la santé publique.

2.2.3 La continuité des soins

Au CHO, les services avec permanence sur place sont les urgences et l'anesthésie-réanimation. Les autres services (médecine polyvalente, chirurgie A (chirurgie

⁸ Deux ETP d'assistantes médico-administratives et 0,2 ETP de médecin DIM.

orthopédique, ORL, chirurgie dentaire) et B (chirurgie viscérale, médecine cardio, moyen séjour, radiologie) sont organisés avec une astreinte opérationnelle ou de sécurité.

Contrairement à ce que prévoit les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé, la commission de l'organisation de la permanence des soins ne se réunit pas selon un rythme annuel et l'organisation de la permanence des soins n'a pas fait l'objet de décision du directeur. L'établissement indique que cette dernière est organisée selon le schéma territorial du groupement hospitalier de territoire (cf. détail de l'organisation en annexe n° 2).

Les astreintes sont rémunérées en fonction des déplacements selon les tarifs réglementaires en vigueur. Toutefois, un chirurgien est rémunéré 2 590 € bruts au titre d'astreintes forfaitisées. L'établissement n'a pas retrouvé la décision concernant cette forfaitisation. Il s'agirait d'un accord passé avec ce médecin afin de favoriser son recrutement. Même si un seul médecin est concerné, il convient que cette forfaitisation fasse l'objet d'une décision du directeur conformément à l'article 14 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé. Ce texte prévoit bien la possibilité de forfaitiser les astreintes mais selon un tarif plafonné par astreinte (189,96 €) et non selon un barème mensualisé.

Recommandation n° 3 : établir une décision du directeur pour la forfaitisation des astreintes dans la mesure où au moins un praticien est concerné au sein de l'établissement. Cette décision devra être conforme aux dispositions et tarifs réglementaires (arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé).

2.3 La coopération

Le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) Béarn et Soule dont l'établissement support et le centre hospitalier de Pau. Ce GHT regroupe les hôpitaux de Pau, Oloron-Sainte-Marie, Orthez et Mauléon-Licharre, le CH des Pyrénées (spécialisé en santé mentale), le centre gériatrique Pontacq-Nay-Jurançon ainsi que trois EHPAD associés⁹. Au total, le groupement dispose de près de 2 600 lits et couvre une population d'environ 380 000 habitants. Il fait suite à une communauté hospitalière de territoire initiée dès 2011 (la première créée en Aquitaine).

La convention constitutive de ce groupement a été signée le 30 juin 2016, complétée par un avenant du 25 septembre 2017 relatif au projet médical partagé. Le rôle du GHT est important au regard de la coopération d'ores et déjà mise en place mais le niveau d'adhésion des acteurs doit encore être amélioré. La diversité des pratiques et certaines craintes de perte d'autonomie font que les chantiers n'avancent pas tous au même rythme. Ce constat n'est pas propre au GHT Béarn et Soule, même si les spécificités locales y sont peut-être plus importantes que dans d'autres groupements.

⁹ EHPAD de Monein, Garlin et Salies de Béarn.

La coopération passe, notamment, par le partage de certaines ressources médicales et d'équipements (laboratoire, IR, etc.). En 2021, une trentaine de praticiens extérieurs à l'établissement étaient mis à disposition du CHO. Pour 20 d'entre eux (médecine interne, rhumatologie, ophtalmologie, ORL, USC-réanimation, hygiéniste et urgentistes), cela représentait une durée totale de 124,8 demi-journées par mois et pour les huit autres (urgentistes du service de santé des armées participant à la permanence des soins), la durée de mise à disposition était en fonction des besoins. À l'inverse, trois praticiens d'Oloron (deux urgentistes et un anesthésiste) effectuaient une partie de leur activité au CH de Pau.

Dans le cadre de la direction commune qui existait entre les centres hospitaliers d'Oloron-Sainte-Marie et de Mauléon-Licharre, des personnels du CHO étaient également mis à disposition de l'hôpital de Mauléon-Licharre (en 2021, ces personnels représentaient 1,2 ETP au titre de la direction et 3,1 ETP au titre des fonctions support).

Pour les temps partiels inférieurs à 50 %, ce qui est le cas de la totalité des praticiens extérieurs intervenant au CHO, c'est l'établissement d'origine qui gère les plannings, les congés et la formation des agents en application de l'article 8 du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988. Le CHO rembourse les rémunérations des praticiens mis à disposition et prend en charge une partie de la prime d'exercice territorial des médecins concernés.

2.4 L'absence de contrôle des régies

La qualité du contrôle des régies est appréciée à travers le respect des conditions de création et de clôture, d'une part, et par l'existence et la précision des procès-verbaux de vérification, d'autre part.

L'ordonnateur n'a procédé à aucun contrôle de ces régies bien qu'il s'agisse d'une compétence partagée avec le comptable public. La circulaire DGFIP 2013/05/1118 précise « ...l'ordonnateur doit ainsi veiller à ce que le régisseur intervienne seulement pour les opérations prévues par l'acte constitutif de la régie et s'assurer des modalités de fonctionnement également déterminées dans l'acte de création de la régie. Au vu des bordereaux de recettes encaissées, l'ordonnateur s'assure de l'encaissement normal des produits en cohérence avec l'activité du service public concerné. L'ordonnateur exerce sur les pièces justificatives de dépenses qui lui sont remises par le régisseur d'avances les mêmes contrôles que ceux qui lui incombent pour les dépenses payées après mandatement. Il s'assure en outre que les pièces sont bien revêtues de l'acquit libératoire ou de la mention en tenant lieu. Autrement dit, il doit opérer un contrôle de fond des pièces qui lui sont soumises par le régisseur. L'efficacité de son contrôle interne justifie qu'il opère également des contrôles sur place sachant que la régie est implantée dans les locaux de l'organisme public dans la majeure partie des cas ».

La chambre régionale des comptes invite donc l'ordonnateur à organiser, en lien avec le comptable public, un contrôle régulier des régies, même si le montant de leur encaisse est faible au regard du budget de l'établissement.

2.5 L'attaque informatique du mois de mars 2021

Un audit a été commandé à la société Orange Cyberdéfense (OCD) le 16 février 2021 pour un montant de 4 070 € HT. Des tests externes ont été effectués sur la période du 11 au 18 février 2021 depuis les locaux d'OCD. À l'issue de cette mission, le rapport (remis le 2 juillet 2021) a souligné plusieurs points positifs mais également certaines vulnérabilités. Une vulnérabilité critique a été pointée le 18 février 2021 en raison d'une version trop ancienne du VPN utilisé par l'établissement. Cette faille a été immédiatement corrigée par le service informatique de l'hôpital, soit une quinzaine de jours avant l'attaque informatique. Une deuxième vulnérabilité critique portait sur la politique des mots de passe, jugée trop faible. Enfin, une troisième vulnérabilité, qualifiée de majeure, concernait l'exposition des CV de candidature envoyés sur le serveur qui étaient trop facilement accessibles. À cette occasion il convient de rappeler que tous les établissements sont concernés par le règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 (RGPD)¹⁰ en tant que responsables de traitement de données personnelles (comprenant les données médicales mais également celles liées aux ressources humaines).

2.5.1 La gestion de l'attaque informatique

Le 8 mars 2021, le centre hospitalier a été victime d'une cyber-attaque accompagnée d'une demande de rançon de 50 000 \$ payable en monnaie virtuelle (voir annexe n° 3).

Le 9 mars, la sous-direction des opérations de l'agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI) a été informée de la compromission et du chiffrement du système d'information de l'établissement. Les postes utilisateurs ont été épargnés mais les serveurs ont été rendus indisponibles, sauf ceux fonctionnant sous le système Linux. Un technicien cybercriminalité de la gendarmerie de Pau s'est rendu sur place le 9 mars après-midi et l'ANSSI a accompagné le CH à distance durant plusieurs mois en réalisant, notamment, de nombreux points téléphoniques avec l'équipe technique de l'hôpital. Le CHO a su être réactif et des mesures ont rapidement été prises : tous les postes ont été éteints et les interconnexions avec les hôpitaux de Pau et Mauléon-Licharre ainsi qu'avec le centre de données MIPIH de Toulouse¹¹ ont été coupées. Le dossier patient informatisé (DPI), la bureautique et la messagerie ont été rendus inopérants et les salaires ont dû être versés sur la base des salaires précédents et faire l'objet d'une régularisation ultérieure. La prise en charge des patients par le service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) a également été affectée dans la mesure où les malades nécessitant un scanner ou une radiographie devaient être orientés sur le CH de Pau.

Les équipes techniques ont pris la décision de reconstruire intégralement l'infrastructure Windows qui ne concerne qu'une partie du parc applicatif. L'architecture réseau, qui n'était pas segmentée, a été repensée et un serveur de messagerie temporaire a été mis en place. Les opérations chirurgicales n'ont pas été déprogrammées (domaine non informatisé) et la traçabilité de l'accès aux médicaments a dû être effectuée de façon manuelle. Des « box » 4G ont également

¹⁰ Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016, relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (règlement général sur la protection des données)

¹¹ Groupement d'intérêt public chargé d'accompagner les établissements sanitaires sociaux et médico-sociaux ainsi que les acteurs de la médecine libérale dans leur « digitalisation » (source : MIPIH).

été déployées dans les services identifiés comme prioritaires afin de rétablir une possibilité de communication interservices ou avec l'extérieur.

2.5.2 Les conséquences financières et la reprise du service

Une priorisation du redémarrage en mode dégradé a été définie en privilégiant la pharmacie (stock de médicaments), l'imagerie, la gestion informatique du malade et le DPI. La fin de ce mode dégradé peut être datée au 6 mai 2021. À compter de cette date, les fonctions essentielles (accès au DPI, sécurisation du circuit du médicament, retour des résultats de laboratoire et intégration des comptes rendus d'imagerie) ont été rétablies. Cependant un certain nombre de fonctions sont restées inopérantes encore un certain temps. L'envoi des facturations FIDES¹² à l'Assurance maladie a été rétabli en septembre 2021, l'accès à la messagerie et aux dossiers partagés en septembre-octobre 2021 et le fonctionnement des VPN pour assurer les communications avec l'éditeur des logiciels de gestion en décembre 2021.

Aucune rançon n'a été payée mais les surcoûts générés par cette cyber-attaque sont estimés à 360 725 €, somme qui se répartit entre des surcoûts d'exploitation (161 025 €) et d'investissement (199 700 €). Ils ont été entièrement pris en charge par un financement de l'ARS. Une enquête est en cours et l'origine de cet acte malveillant n'a pas encore été déterminée. Néanmoins, les équipes de l'ANSSI et d'Orange Cyberdéfense soupçonnent un compte créé dans le cadre d'un accès au réseau local de l'établissement via un VPN.

3 L'ACTIVITE

L'évolution de l'activité de l'établissement est analysée sur la période 2016-2019, les années 2020 et 2021 étant trop atypiques pour être comparées aux années précédentes.

3.1 L'activité de court-séjour en MCO

3.1.1 Les caractéristiques de la patientèle

L'âge moyen des patients admis en MCO a fortement augmenté sur la période (+ 6,2 ans) en raison, notamment, de la fermeture de l'activité d'obstétrique intervenue fin 2017. Il s'établit à 65,9 ans en 2019 (contre 56,9 ans pour la moyenne nationale qui intègre des établissements avec des maternités) mais varie fortement selon la catégorie majeure de diagnostic. 52,3 % des patients du CHO sont des hommes et 47,7 % des femmes. Cette disparité entre les sexes s'explique également en grande partie par l'arrêt de l'activité d'obstétrique.

¹² Facturation individuelle des établissements de santé qui doivent désormais transmettre une facture individuelle à chaque épisode de soins à l'Assurance maladie.

Par rapport aux établissements de sa catégorie¹³, les patients hospitalisés au CHO viennent plus souvent des urgences (52,9 % contre 47,3 % au niveau national) et moins souvent de leur domicile (45,8 % contre 49,1 % au niveau national). La part de l'activité non programmée est donc supérieure à celle des centres hospitaliers comparables, ce qui constitue une contrainte forte pour l'établissement et peut avoir des répercussions sur les taux d'occupation et les durées moyennes de séjour.

Les modes de sortie ne sont pas significativement différents de ceux constatés dans les hôpitaux comparables : 82,7 % des patients rejoignent leur domicile et 12,4 % sont transférés vers un autre établissement. On note toutefois une légère surreprésentation des transferts vers un autre établissement pouvant s'expliquer par les caractéristiques de la patientèle, plutôt âgée, et la présence au sein du GHT d'un CH plus important disposant d'une offre de soins complète et diversifiée (voir détail des modes d'entrée et de sortie en annexe n° 4).

Les pathologies dont souffrent les patients relèvent principalement de trois domaines d'activité : l'appareil digestif (22,3 % des séjours en 2019), l'orthopédie-traumatologie (17,9 %) et le cardio-vasculaire (12,1 %). Sur la période 2016-2019, la part de chacun de ces trois domaines d'activité a augmenté et se situe nettement au-dessus des moyennes nationales des établissements appartenant à la même catégorie (respectivement + 4,5 points pour le digestif, + 9,6 points pour l'orthopédie et + 2,9 points pour le cardio-vasculaire)¹⁴. L'activité peut également s'analyser par catégorie majeure de diagnostic (CMD). Deux CMD regroupent le tiers des séjours (affections du tube digestif et affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif) et quatre CMD plus de 50 % des séjours¹⁵ (cf. détail en annexe n° 5).

3.1.2 L'évolution du nombre de séjours et de journées d'hospitalisation

L'activité en hospitalisation complète a baissé sur la période 2016-2019, tant en nombre de séjours¹⁶ (- 15,2 % en médecine et - 13,9 % en chirurgie) qu'en nombre de journées (- 9,8 % en médecine et - 13,9 % en chirurgie).

En 2020, année de la crise sanitaire, cette baisse d'activité s'est fortement accentuée par rapport à 2019 aussi bien en ce qui concerne le volume des séjours (- 14,2 % en médecine et - 15,3 % en chirurgie) que celui des journées (- 13,9 % en médecine et - 17,8 % en chirurgie). Cela s'explique, bien sûr, par les déprogrammations d'activité mais également par la réticence de certains patients à se rendre dans les centres hospitaliers.

¹³ La catégorie s'apprécie sur le critère des recettes (entre 20 M€ et 70 M€).

¹⁴ L'absence de maternité induit, bien évidemment, une répartition différente dans le point des domaines d'activité par rapport aux établissements de la même catégorie ayant un secteur obstétrique.

¹⁵ Il s'agit des deux affections précédemment citées auxquelles il convient d'ajouter les affections de l'appareil respiratoire et les affections du système nerveux.

¹⁶ Les séjours sont exprimés en nombre de RSA (résumés de sortie anonymes).

Tableau n° 2 : nombre de séjours et journées en hospitalisation complète

Séjours et journées	2016	2017	2018	2019	2020
Séjours de médecine (nombre de RSA)	3 160	3 199	2 809	2 679	2 299
Journées de médecine	24 949	25 159	24 203	22 495	19 759
Séjours de chirurgie (nombre de RSA)	1 589	1 463	1 324	1 297	1 066
Journées de chirurgie	9 708	8 599	7 858	8 360	7 190
Séjours d'obstétrique (nombre de RSA)	320	227	NS	NS	NS
Journées d'obstétrique	1 612	1 113	NS	NS	NS

Source : CHO

En ambulatoire, le nombre de séjours a fortement augmenté en médecine (+ 55 %) et s'est stabilisé en chirurgie alors que la chirurgie ambulatoire connaît généralement une forte hausse d'activité dans les établissements de santé. En 2020, première année de la crise sanitaire, ce nombre a fortement diminué aussi bien en médecine (- 13,5 %) qu'en chirurgie (- 12,8 %).

Tableau n° 3 : nombre de séjours en hospitalisation de jour

RSA	2016	2017	2018	2019	2020
Séjours de médecine ambulatoire (nombre de RSA)	2 025	2 179	2 476	3 139	2 714
Séjours de chirurgie ambulatoire (nombre de RSA)	1 454	1 332	1 562	1 450	1 264
Séjours d'obstétrique ambulatoire (nombre de RSA)	127	109	NS	NS	NS

Source : CHO

Le CHO réalise principalement des séances de chimiothérapie tumorales en pneumologie et gastro-entérologie. Leur volume représente 67 % de l'ensemble des séances (données 2019). Si l'hospitalisation complète et ambulatoire a beaucoup souffert de la crise sanitaire, les séances ont été moins concernées, ce qui est un signe plutôt positif car cela signifie que la continuité des traitements a été maintenue tant bien que mal en 2020 et 2021.

Tableau n° 4 : les séances

Type de séances	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de séances de chimiothérapie	665	809	886	949	947
Nombre de séances (autres)	53	42	50	82	82

Source : CHO

En 2021, quel que soit le mode d'hospitalisation, la reprise d'activité escomptée ne s'est pas réalisée. Le nombre de séjours d'hospitalisation a diminué d'environ 20 % mais avec des évolutions différentes selon les spécialités. Ainsi, les services de chirurgie enregistrent globalement une hausse d'activité mais seulement deux unités (l'ORL et la chirurgie dentaire) parviennent à dépasser leur niveau d'activité 2019. L'unité de surveillance continue perd encore des séjours, vraisemblablement en raison de la diminution des épidémies hivernales (en dehors de l'épidémie de covid-19). L'unité d'hospitalisation de courte durée connaît également une diminution de l'activité sous l'effet combiné de la baisse du nombre de passages aux urgences

depuis 2020 et de la réduction du capacitaire provoquée par les travaux. La médecine polyvalente ne retrouve pas son niveau d'activité 2019 en raison de la réduction capacitaire occasionnée par les travaux et de l'instabilité de l'équipe médicale qui ne permet pas de construire un projet médical pérenne. Enfin, la médecine gériatrique continue sa dynamique de progression.

3.1.3 Le taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour

Le taux d'occupation des lits est le rapport entre le nombre de journées d'hospitalisation et le nombre de lits x 365. Il doit être analysé par rapport à la durée moyenne de séjour (DMS) car un même taux d'occupation peut correspondre à un séjour de longue durée ou plusieurs séjours de courte durée.

Le CHO souligne une difficulté d'ordre méthodologique pour le calcul des taux d'occupation. Les journées et les séjours sont données pour un secteur considéré (médecine, chirurgie, obstétrique) mais des patients de médecine peuvent être hospitalisés dans la zone chirurgie s'il n'y a plus de place en médecine. De la même façon, les patients de gastro-entérologie sont du point de vue du PMSI des patients de médecine mais ils sont systématiquement hébergés en chirurgie.

En médecine, le taux d'occupation a fortement augmenté à partir de 2018 mais ce phénomène est corrélé au nombre de lits installés (58 lits installés contre 79 en 2016). En chirurgie la hausse se mesure à partir de 2017, là encore corrélée à la diminution du nombre de lits (- 12 lits par rapport à 2016).

En 2020, les effets de la crise sanitaire sont très visibles sur les taux d'occupation, d'une part, en raison de la baisse globale d'activité et, d'autre part, à cause des protocoles de prise en charge imposés par l'épidémie. Le taux d'occupation a baissé de 20,2 points en médecine et de 12,5 points en chirurgie.

Tableau n° 5 : taux d'occupation des lits (hors ambulatoire)

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	86,29	90,45	88,17	105,97	85,69
Chirurgie	68,0	73,6	87,4	88,1	75,56
Obstétrique	35,6	50,1	SO	SO	SO

En %

Source : CHO

Sur la période 2016-2019, la durée moyenne de séjour a augmenté en médecine (+ 6,33 %) ainsi qu'en chirurgie (+ 5,56 %) et cette croissance s'est poursuivie en 2020. La durée moyenne de séjour est souvent corrélée aux caractéristiques de la patientèle prise en charge. Or, à Oloron, cette dernière est en moyenne plus âgée que dans les établissements comparables, ce qui induit davantage de polypathologies et donc une durée d'hospitalisation généralement plus longue.

Tableau n° 6 : la durée moyenne de séjour par discipline de court-séjour

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	7,90	7,86	8,62	8,40	8,59
Chirurgie	6,11	5,88	5,94	6,45	6,74
Obstétrique	5,01	4,90	2,00	SO	2,00

Source : CHO

Bien sûr, cette durée moyenne de séjour varie beaucoup selon les catégories majeures de diagnostic : en 2019, elle s'étalait de 0,04 jour pour les affections de l'œil à 9,18 jours pour les maladies infectieuses et parasitaires.

L'IPDMS¹⁷ est un indicateur qui permet de comparer la durée moyenne de séjour d'un établissement par rapport aux autres hôpitaux. Lorsque l'indicateur est supérieur à un, cela signifie que l'établissement a des durées moyennes de séjour plus longues que la moyenne. En médecine, l'IPDMS est toujours supérieur à l'unité (1,064 en 2019) alors qu'en chirurgie il est inférieur à cette valeur depuis 2018.

Tableau n° 7 : l'IPDMS en hospitalisation complète

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	1,107	1,103	1,113	1,064	1,077
Chirurgie	1,051	1,019	0,989	0,952	0,93
Obstétrique	0,991	1,008	0,432	SO	SO

Source : CHO

3.1.4 Les passages aux urgences

Les passages aux urgences correspondent à une activité non programmée dont le volume a des conséquences en termes d'organisation et de disponibilité des lits. Comme indiqué précédemment, le taux d'hospitalisation en provenance des urgences est élevé au CHO. Ce service qui est fortement sollicité rencontre des difficultés de recrutement, comme c'est le cas dans de nombreux établissements de santé.

Sur la période 2017-2019, le nombre de passages aux urgences est relativement stable tandis que les sorties SMUR ont eu tendance à augmenter. 70 % des passages aux urgences ne sont pas suivis d'hospitalisation, ce qui signifie qu'une part importante de l'activité est constituée par des urgences « relatives ». Cette proportion est à analyser au regard des lacunes rencontrées en matière de permanence des soins libérale. Le week-end ou passée une certaine heure, la population n'a comme seul recours que de faire appel aux urgences hospitalières. Ce constat n'est pas propre au Haut-Béarn mais est généralisé à l'ensemble du territoire, notamment depuis que la permanence de soins libérale est organisée sur la base du volontariat (2002).

¹⁷ L'IPDMS compare la DMS de l'établissement à celle standardisée de son *case-mix* auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. Il est égal à (nombre de journées réalisées) / (nombre de journées théoriques). Il doit être inférieur à un.

Tableau n° 8 : activité des urgences

	2017	2018	2019	2020
Nombre de passages aux urgences	14 454	14 822	14 062	11 136
<i>dont passages suivis d'hospitalisation</i>	3 995	4 029	4 164	3 529
<i>dont passages externes</i>	10 459	10 793	9 898	7 607
Nombre de sorties SMUR	515	546	568	522

Source : CHO

En 2020, année de la crise sanitaire, le nombre de passages aux urgences a nettement baissé (- 20,8 %) tant en ce qui concerne les passages suivis d'hospitalisation (- 15,3 %) que les passages non suivis d'hospitalisation (- 23,2 %). Il en est de même pour le nombre de sorties SMUR.

3.1.5 L'activité externe

Les actes et consultations externes correspondent à des actes ou des consultations sans hospitalisation, réalisés par des praticiens au sein de l'établissement de santé. Ils peuvent correspondre à une préparation d'hospitalisation ou à un suivi d'hospitalisation ou une intervention. Ils regroupent des consultations de spécialistes et de généralistes, des actes d'imagerie ou de biologie, des forfaits techniques de radiologie, des actes techniques médicaux et les prestations réalisées lors de passages aux urgences non suivis d'hospitalisation.

Les consultations externes constituent un indicateur d'activité important car elles sont susceptibles de déboucher à court ou moyen terme sur des séjours d'hospitalisation. Or, sur la période 2016-2019, le nombre de consultations externes a fortement baissé (- 8,6 %) pour atteindre 20 879 consultations en 2019 contre 22 834 en 2016. L'activité de chirurgie demeure assez stable tandis que celle de médecine baisse significativement (- 15,3 %). Il conviendrait que l'établissement identifie précisément la raison de cette diminution et porte une attention particulière à cette évolution qui pourrait avoir à terme des conséquences sur le niveau d'activité globale de l'hôpital.

Tableau n° 9 : nombre de consultations externes

	2016	2017	2018	2019	2020
Total consultations externes	22 834	21 601	19 794	20 879	18 597
Médecine	10 645	9 008	9 416	9 018	6 679
Chirurgie	8 905	9 676	8 548	8 917	8 838
Obstétrique	3 284	2 917	1 830	2 944	3 080

Source : CHO

4 LA FIABILITE DES COMPTES

L'article L. 6145-16 du code de la santé publique instaure le principe de la certification des comptes de certains établissements publics de santé. L'article D. 6145-61-7 dispose que *« 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 »*.

Le CHO n'est donc pas soumis à la certification de ses comptes puisqu'entre 2016 et 2019, le total des produits de son compte de résultat principal était compris entre 36,72 M€ et 42,73 M€.

L'ordonnateur a précisé qu'aucun contrôle interne comptable n'a été mis en place à ce jour. Sa mise en place pourrait contribuer à formaliser et sécuriser les procédures appliquées par les services et agents concernés. Le contrôle interne comptable et financier est une composante du contrôle interne qui peut être appréciée à travers l'existence d'une cartographie des risques, de guides de procédures, et d'organigrammes fonctionnels ayant pour objet de définir le rôle et les attributions des agents au sein d'un service ou d'une direction. Au sens de l'article 215 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique, il a pour objet *« la maîtrise des risques afférents à la poursuite des objectifs de qualité des comptes, depuis le fait générateur d'une opération jusqu'à son dénouement comptable »*. Ce contrôle doit être formalisé par l'existence d'un manuel regroupant l'ensemble des procédures, découpé en processus, procédures et opérations. Des contrôles de supervision adaptés à chaque procédure doivent permettre de s'assurer de la bonne mise en œuvre de ces dernières.

Recommandation n° 4 : mettre en place un contrôle interne comptable au sens de l'article 215 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.

4.1 La fiabilité de l'actif

4.1.1 La fiabilité des immobilisations et des stocks

Le projet d'établissement indiquait qu'il n'y avait pas de suivi complet de l'actif et l'ordonnateur admet qu'aucun inventaire des immobilisations n'a été réalisé.

Au bilan 2018 et au bilan 2019, il est constaté une valeur nette négative pour les terrains (- 798,91 k€ en 2019) et pour les « autres immobilisations corporelles » (- 446,43 k€ en 2019). Cette situation pourrait résulter du fait qu'au moment d'une mise au rebut (ou d'une cession) d'immobilisations, le compte 21 (immobilisations corporelles) ait bien été débité mais que le compte 28 (amortissement des immobilisations) n'ait pas été crédité.

La fiabilité des stocks implique, d'une part, la fiabilité de leur inventaire et, d'autre part, celle de leur valeur nette qui découle de la juste application de la méthode de valorisation du stock final. Or, l'établissement a indiqué qu'un premier inventaire avait été réalisé au 1^{er} juillet 2021 avec un objectif bi-annuel. Les lacunes constatées en matière d'inventaire (des immobilisations et des stocks) imposent donc que l'établissement fiabilise la valeur de son actif.

Recommandation n° 5 : établir un inventaire régulier des immobilisations et des stocks afin de fiabiliser la valeur de l'actif.

4.1.2 La fiabilité des créances

Au 31 décembre 2019, les créances s'élevaient à 12,58 M€. Le taux de restes à recouvrer est très élevé (25,9 % en 2019 et 19,3 % en 2020) et a fortement crû depuis 2016 alors que le taux de restes à recouvrer contentieux a, quant à lui, baissé au cours de la période (cf. détail en annexes n° 6).

Cette hausse du taux de restes à recouvrer reflète un accroissement du délai de recouvrement. Ce dernier a fortement progressé entre 2016 et 2019 puis s'est réduit en 2020. Cette année étant atypique du fait de la crise sanitaire et de l'importante baisse d'activité qui l'a accompagnée, il sera nécessaire de surveiller avec attention cet indicateur qui peut contribuer à accroître les difficultés financières rencontrées par l'établissement.

Tableau n° 10 : délai de recouvrement des créances

En jours

	2016	2017	2018	2019	2020
Délai de recouvrement	46,95	48,58	33,59	77,74	69,12

Source : CHO

Un délai de facturation faible est l'un des facteurs de la bonne identification des créances. Cet indicateur a tendance à diminuer pour les séjours hospitaliers, ce qui est plutôt positif, mais à augmenter pour l'activité externe (excepté en 2020).

Tableau n° 11 : délai de facturation aux patients et mutuelles

En jours

	2016	2017	2018	2019	2020
Séjours hospitaliers	82	63	53	54	47
Activité externe	40	40	45	61	43

Source : CHO

La recouvrabilité d'un titre dépend de la qualité des informations qui y figurent. Lorsque ces dernières sont erronées, il convient de procéder à l'annulation des titres par émission d'un mandat au compte 673 (titres annulés sur exercices antérieurs). Si un titre est annulé sans être réémis cela traduit une surévaluation des créances avant l'annulation (année N-1). Il est constaté que sur l'ensemble de la période le taux d'annulation reste faible malgré une hausse significative en 2018 mais que des titres annulés n'ont pas été systématiquement réémis (cf. détail en annexe n° 7). En 2016 et 2017, la différence était inférieure à 40 k€ mais elle atteignait 327 k€ en 2018. Cet important écart s'explique par un mandat de 327 k€ qui a été enregistré au compte 673 (titres annulés sur exercices antérieurs) après clôture de l'exercice.

Il est admis que plus une créance est ancienne, plus son recouvrement est difficile car il est possible que le débiteur ait changé d'adresse, soit décédé, ou ne soit plus solvable. Au 31 décembre 2019, les restes à recouvrer sur exercices antérieurs s'élevaient à 1,92 M€ soit 1,52 % du total des restes, ce qui est relativement négligeable.

4.2 La fiabilité du passif

La cohérence entre les soldes des comptes de liaison a été vérifiée et n'appelle pas d'observation. L'effectivité du rattachement des produits et des charges à l'exercice est appréciée par rapport au taux de report¹⁸. Ces derniers ne sont pas supérieurs à la norme généralement admise.

4.2.1 Les provisions

Interrogé sur l'absence de provisions pour litiges, l'ordonnateur précise que *« pour les litiges entrant dans le champ de la responsabilité hospitalière, les coûts éventuels seront à la charge de l'assureur. Pour le litige concernant un professionnel, le contentieux n'a été introduit qu'en 2021. Ce risque sera donc provisionné lors de la clôture de l'exercice 2021 »*.

La provision pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne-temps (CET) distingue le personnel médical et le personnel non médical. Les droits attachés au CET s'apparentent à une dette pour l'hôpital qu'il lui appartient de provisionner. Or, il s'avère délicat de comparer le montant de ces provisions avec la valorisation des jours épargnés au 31 décembre de l'exercice car les données figurant dans les comptes financiers ne correspondent pas à celles mentionnées dans les bilans sociaux. Selon l'audit réalisé en 2020 par le cabinet ORCOM, le CHO n'a pas de visibilité sur les compteurs d'heures dues (heures supplémentaires, CET, RTT, etc.) car le logiciel de gestion du temps de travail ne permet pas de réaliser des extractions. Par ailleurs, le décompte des heures/jours pris ou monétisés n'est pas toujours réalisé dans le logiciel, ainsi les compteurs CET sont erronés car ils ne sont pas diminués des jours monétisés et pris ce qui induit une surévaluation de l'engagement de l'établissement, voire le risque de payer deux fois les engagements. Toutefois, l'hôpital a la possibilité de remonter aux documents papier présents dans le dossier physique pour effectuer le retraitement des jours pris. Selon l'ordonnateur, *« la direction des ressources humaines assure un suivi exhaustif des CET ce qui a permis de constituer la provision à partir de l'état des CET de l'exercice. La direction des affaires médicales ne disposait pas d'un suivi aussi actualisé. Depuis, les affaires médicales sont entrées dans le périmètre de la direction des ressources humaines qui procède à la mise à jour des CET. En 2022, lors de la clôture 2021, il sera donc possible de mettre à jour la provision CET à partir des données actualisées au 31 décembre 2021 pour le personnel non médical et le personnel médical »*.

Un arrêté du 20 décembre 2018 a modifié la méthode de valorisation des CET qui passe d'une méthode basée sur le coût forfaitaire par catégorie à une méthode au coût réel. Ce nouveau dispositif est applicable depuis le 1^{er} janvier 2019. Selon l'ordonnateur, un *« travail est en cours pour mettre ces provisions à niveau du besoin constaté. Concernant le personnel non médical,*

¹⁸ Égal aux charges ou produits sur exercices antérieurs rapportés au total des charges ou produits.

la donnée est fiabilisée pour le budget principal et le travail de fiabilisation est en cours sur le personnel médical ».

Au regard de l'instruction budgétaire et comptable M21 « *le compte 157 est destiné à recevoir les provisions ayant pour objet de répartir sur plusieurs exercices des dépenses prévisibles qui, étant donné leur nature ou leur importance, ne sauraient logiquement être supportées sur le seul exercice au cours duquel elles sont engagées* ». Certaines provisions et reprises sur provisions imputées au compte 157 l'ont été à tort. Ainsi, des provisions ont été constituées et reprises pour tenir compte de la mise en place du tarif global à l'EHPAD « L'Âge d'Or » ou du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF). Ainsi, en 2016 une provision de 201,56 k€ a été constituée sur le budget EHPAD pour financer le tarif global. En 2017, 2018 et 2019 des reprises ont été effectuées sur le budget EHPAD pour le même motif aboutissant à un montant nul en 2019. Cette même année, la provision sur le budget principal a été abondée de 482,97 k€ correspondant à la part non utilisée de l'aide de l'ARS versée en 2018 en soutien du CREF. En 2020, elle a fait l'objet d'une reprise de 299,43 k€ attestée par un certificat administratif. Ces dotations et reprises concernant la mise en œuvre du tarif global et le CREF ne constituent pas des provisions pour grosses réparations (ce qu'admet l'ordonnateur) et n'auraient donc pas dû être imputées au compte 1572 (provisions pour gros entretien et grandes révisions).

5 LA SITUATION FINANCIERE

Le budget du CHO comprend un budget principal, qui représente près de 85 % du total des charges et deux budgets annexes. La part de chacun des budgets est relativement stable en 2019 et 2020.

Tableau n° 12 : répartition des charges selon les budgets

Budget	Charges 2019	En %	Charges 2020	En %
Principal (H)	44 246,66	84,76	46 831,29	84,88
EHPAD Long séjour (E1)	3 161,12	6,06	3 179,60	5,76
EHPAD Maison de retraite (E2)	4 792,98	9,18	5 162,66	9,36
Total	52 200,76	100,00	55 173,55	100,00

Source : CHO, comptes financiers 2019 et 2020

Avertissement préalable à l'analyse financière :

L'analyse financière a été réalisée à partir des comptes financiers pour les exercices 2016 à 2019 et des données fournies par l'hôpital pour l'année 2020. Les évolutions sont calculées sur la période 2016-2019, l'exercice 2020 étant trop atypique pour pouvoir être comparé aux exercices précédents.

En 2020, l'activité des établissements de santé a été très fortement perturbée par la crise sanitaire qui a conduit à une déprogrammation massive des soins afin d'assurer la prise en charge des patients atteints du covid dans des unités dédiées. Le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie, qui a reçu des patients covid ou suspectés d'être affectés par le covid, a été amené à se

réorganiser dans l'urgence afin de répondre à cette situation inédite (cf. volet n° 1 de l'examen de la gestion consacré à la première vague de l'épidémie). Des mesures spécifiques ont été prises par les pouvoirs publics pour compenser les surcoûts occasionnés par cette crise. Par ailleurs, le mode de financement des établissements de santé a été revu afin de leur garantir un montant de recettes au moins égal à celui de l'année précédente.

5.1 Le compte d'exploitation

À ce jour, le CHO ne dispose pas de comptabilité analytique fiable et ne peut donc pas produire de comptes de résultats analytiques (Créa) qui constituent pourtant un outil de diagnostic et de pilotage précieux. Le principe d'une comptabilité analytique est imposé par l'article R. 6145-7 du code de la santé publique qui précise que cette dernière doit être communiquée par le directeur au conseil de surveillance de l'établissement. L'ordonnateur indique qu'il a pour objectif de parvenir en 2022 à fiabiliser le retraitement comptable de l'exercice 2021 afin de disposer de bases pour la construction des Créa.

La constitution d'une comptabilité analytique permettant une analyse fine par service et/ou unités de coûts devrait donc constituer l'un des (nombreux) chantiers à mettre en œuvre dans le cadre de l'amélioration de la gestion économique et financière de l'établissement.

Recommandation n° 6 : mettre en œuvre une comptabilité analytique, en application de l'article R. 6145 du code de la santé publique, afin d'améliorer le pilotage économique et financier de l'établissement.

5.1.1 La formation de l'excédent brut d'exploitation

L'excédent brut d'exploitation (EBE) est la ressource dégagée par l'activité principale de l'établissement. Cet indicateur financier résulte de la différence entre les produits bruts d'exploitation (auxquels on ajoute les subventions d'exploitation reçues) et les consommations intermédiaires augmentées des impôts et taxes et des charges de personnel. Il donne une mesure de la marge que l'établissement dégage de son exploitation courante pour financer ses charges financières, ses amortissements et ses provisions.

En 2019, l'EBE s'élevait à 2,27 M€ et découlait d'une marge brute (32,41 M€) absorbée à 17,5 % par les « autres consommations et charges externes ». La valeur ajoutée dégagée (30,87 M€) était elle-même absorbée à 97,4 % par les charges de personnel.

En 2020, année marquée par la crise sanitaire, l'EBE s'est amélioré (2,89 M€ en raison de la forte augmentation des subventions d'exploitation qui représentaient 13,2 % de la valeur ajoutée contre 4,7 % en 2019).

Tableau n° 13 : formation de l'excédent brut d'exploitation

En k€

COMPTE DE RÉSULTAT (1 ^{ère} partie)	2016	2017	2018	2019	2020
Vente de marchandises	1 482,56	1 797,23	1 640,96	1 545,54	1 258,81
Production (y compris immobilisée)	38 208,78	39 911,76	37 723,10	43 018,98	44 335,45
Achats de matières et d'approvisionnements	7 458,58	7 956,90	6 946,09	7 184,09	7 339,42
+ Variation de stocks de matières et d'approvisionnements	-8,62	88,77	-6,97	27,88	51,62
MARGE TOTALE	32 224,15	33 840,86	32 411,02	37 408,32	38 326,45
Autres consommations et charges externes (61+62)	5 763,16	5 864,04	6 708,88	6 541,73	7 448,04
<i>dont charges de personnel externe</i>	418,13	623,59	763,64	685,29	803,11
<i>dont frais de recrutement de personnel</i>	10,2	8,6	1,36	5,16	9,54
<i>dont déplacements, missions et réception</i>	3,71	1,04	51,24	79,58	125,38
<i>dont charges immobilières locatives et de copropriété</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALEUR AJOUTÉE	26 460,99	27 976,82	25 702,14	30 866,59	30 878,41
Salaires et traitements	20 618,41	20 280,35	20 258,85	20 160,75	21 396,22
Charges sociales	7 326,03	7 527,17	7 426,65	7 281,19	7 867,04
Autres (impôts et taxes sur rémunérations)	2 675,63	2 604,79	2 623,77	2 615,51	2 760,11
Charges de personnel	30 620,06	30 412,30	30 309,28	30 057,45	32 023,37
<i>Charges de personnel (hors charges externes)</i>	<i>30 201,94</i>	<i>29 788,72</i>	<i>29 545,64</i>	<i>29 372,15</i>	<i>31 220,28</i>
Impôt et taxes	85,02	45,30	28,25	0,48	32,68
Subventions d'exploitation	4 180,63	3 352,11	2 479,56	1 458,31	4 079,10
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	-63,48	871,33	-2 155,85	2 266,97	2 901,46

Source : tableau réalisé à partir des comptes de résultat et des balances 2016-2019 (personnel externe : comptes 621 et 622, frais recrutement : compte 623 ; déplacement : compte 625 ; charges immobilières : 614 et 61322)

L'amélioration de l'EBE constatée en 2017 et 2019 reposait principalement sur une augmentation de l'activité. La baisse enregistrée en 2018 est, quant à elle, liée à une diminution de la production et des subventions d'exploitation, accompagnée d'une hausse des autres consommations et charges externes.

5.1.1.1 Les produits de l'activité hospitalière

Sur la période 2016-2019, les produits de l'activité hospitalière, qui constituent le poste de recettes le plus important, ont augmenté de 13,3 % (en particulier les produits à la charge de l'Assurance maladie : + 15,1 %).

Tableau n° 14 : les produits de l'activité hospitalière*En k€*

	2016	2017	2018	2019	2020
Produits à la charge de l'Assurance maladie	24 901,58	25 738,79	23 050,63	28 665,62	29 758,58
Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance	2 685,15	2 565,38	2 626,86	2 531,96	2 170,36
Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	139,47	193,02	232,82	223,34	215,19
Produits de l'activité hospitalière (compte 73)	27 726,19	28 497,19	25 910,31	31 420,92	32 144,12

Source : comptes financiers

Cette forte hausse des produits à la charge de l'Assurance maladie est principalement liée à celle de la dotation MIGAC-MCO à compter de 2019, alors que les produits des groupes homogènes de séjours ont, quant à eux, diminué (- 6,7 %).

Tableau n° 15 : les produits à la charge de l'Assurance maladie*En k€*

	2016	2017	2018	2019	2020
Groupes homogènes de séjours (GHS) (compte 731111)	17 933,45	16 571,32	16 135,63	16 738,11	16 477,95
IVG (compte 731114)	26,77	26,63	0	0	0
Produits de la tarification des séjours (compte 73111)	17 960,22	16 597,94	16 135,63	16 738,11	16 477,95
Produits des médicaments-MCO (compte 73112)	653,18	897,26	813,36	1 113,23	1 526,27
Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours (compte 73113)	789,78	728,84	754,64	792,39	653,04
Forfaits annuels urgences (compte 73114)	963,89	957,02	1 089,36	1 071,74	1 187,87
Produits du financement des activités SSR (compte 73115)	0	86,33	113,4	107,62	1 322,69
Dotation annuelle financement SSR (compte 731173)	1 019,80	2 657,28	919,03	916,82	924,57
Dotation annuelle de financement (DAF) (compte 73117)	1 019,80	2 657,28	919,03	916,82	924,57
Dotation MIGAC-MCO (compte 73118)	1 398,51	1 613,54	1 318,83	6 134,47	7 223,87
Consultations et actes externes MCO (compte 73121)	1 858,79	1 943,91	1 590,00	1 523,87	1 364,12
Forfaits ATU (compte 73122)	208,42	208,62	212,41	197,41	198,08
Forfait sécurité et environnement hospitalier (compte 73124)	32,04	33,7	33,33	34,27	34,92
Produits à la charge de l'Assurance maladie (compte 731)	24 901,58	25 738,79	23 050,63	28 665,62	29 758,58

Source : comptes financiers

5.1.1.2 Les charges de personnel

Les charges de personnel constituent le principal poste de dépenses, comme dans tous les établissements publics de santé. Elles ont été relativement stables sur la période 2016-2019 mais ont augmenté significativement en 2020 (+ 2 M€ charges sociales comprises).

Les rémunérations du personnel non médical connaissent un poids croissant (71,9 % en 2016 et 76,1 % en 2019) et leur évolution au cours de la période varie beaucoup selon le type de contrat. Les rémunérations versées au personnel titulaire de la fonction publique hospitalière ont augmenté de 9,5 % alors que la hausse atteint 37,8 % pour les contrats à durée indéterminée (CDI), en lien avec l'évolution des effectifs. À l'inverse, les rémunérations des agents en contrat à durée déterminée (CDD) diminuent fortement (- 35,9 %) tout comme leur nombre d'ETP¹⁹ (- 35,6 %).

Tableau n° 16 : les rémunérations du personnel non médical²⁰

En k€

Personnel non médical	2016	2017	2018	2019	2020
Rémunération personnel titulaire et stagiaire	10 354,75	10 455,91	10 963,78	11 340,22	12 265,43
Rémunérations des personnels en CDI	1 309,62	1 410,01	1 443,12	1 804,28	1 780,82
Rémunérations des personnels en CDD	2 370,99	2 115,62	2 192,82	1 520,05	1 939,95
Total personnel non médical (compte 641)	14 215,51	14 160,10	14 441,96	14 543,95	15 660,72

Source : comptes financiers

Les charges de personnel médical ont diminué sur la période 2016-2019 (- 17,9 %) mais la répartition entre titulaires et non titulaires demeure stable. La part que représente les rémunérations des praticiens ayant des contrats à durée déterminée est plus élevée que celle des praticiens titulaires, ce qui illustre la dépendance de l'établissement vis-à-vis des médecins « vacataires ».

Tableau n° 17 : les rémunérations de personnel médical

En k€

Personnel médical	2016	2017	2018	2019	2020
Rémunérations des praticiens titulaires	1 887,84	1 860,65	1 868,05	1 689,60	1 596,63
Rémunérations praticiens en CDD et vacataires	2 511,51	2 266,71	1 793,23	1 945,78	2 445,12
Total personnel médical	5 553,76	4 928,20	4 608,50	4 557,36	4 891,01

Source : comptes financiers

¹⁹ Équivalent temps plein.

²⁰ Il est à noter que l'intitulé « Salaires et traitements » du compte de résultat regroupent non seulement les rémunérations (comptes 641 et 642) mais également les « autres charges de personnel » (compte 648).

5.1.1.3 Les achats

Le montant total des achats est en légère baisse sur la période 2016-2019. Leur structure a toutefois évolué. La part des « fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique » a baissé (26,7 % des achats en 2019 contre 35,1 % en 2016), de même que celle des fournitures consommables (6,9 % en 2019 contre 7,9 % en 2016). À l'inverse, le poids des « produits pharmaceutiques et à usage médical » a augmenté (54,1 % en 2019 contre 47,3 % en 2016), ainsi que celui de l'alimentation (12,3 % en 2019 contre 9,8 % en 2016).

En 2020, les achats sont repartis à la hausse par rapport à 2019 (+ 3,2 %), probablement en lien avec les besoins engendrés par la crise sanitaire : les produits pharmaceutiques et à usage médical ont augmenté, de même que les fournitures consommables alors que les dépenses d'alimentation ont diminué (en raison de la baisse du nombre de séjours).

Tableau n° 18 : les achats du budget consolidé

En k€

	2016	2017	2018	2019	2020
Produits pharmaceutiques et à usage médical	3 096,58	3 501,17	3 166,52	3 424,78	3 721,99
Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	2 296,22	2 279,90	1 634,06	1 688,20	1 606,22
Alimentation	640,81	828,54	795,66	780,94	723,31
Fournitures consommables	515,12	477,99	462,30	437,88	485,31
Total (compte 602)	6 548,73	7 087,60	6 058,54	6 331,81	6 536,83

Source : comptes financiers

5.1.2 La formation du résultat net

Le passage de l'excédent brut d'exploitation au résultat net prend en compte les dotations et reprises sur amortissements et provisions, les autres produits et charges de gestion courante ainsi que les produits et charges financiers et exceptionnels. Sur la période 2016-2019, le résultat net demeure structurellement déficitaire.

Tableau n° 19 : formation du résultat net*En K€*

COMPTE DE RÉSULTAT (2 ^{ème} partie)	2016	2017	2018	2019	2020
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	-63,48	871,33	-2 155,85	2 266,97	2 879,69
Dotations aux provisions sur actif circulant	10,00	0,00	58,00	30,00	34,00
Autres dotations aux provisions d'exploitation	1 606,93	1 476,03	1 594,8	1 610,95	1 617,13
Autres reprises sur provisions d'exploitation	415,18	247,23	154,12	98,11	315,51
Autres produits d'exploitation	43,83	1 035,91	1 095,29	1 051,02	852,09
Autres charges d'exploitation	251,51	1 632,72	1 824,85	4 504,54	1 701,44
RÉSULTAT D'EXPLOITATION	-1 472,90	-954,28	-4 384,09	- 2 729,40	717,33
Charges financières	147,10	176,33	223,91	291,23	312,76
<i>dont intérêts des emprunts et dettes</i>	<i>147,10</i>	<i>176,33</i>	<i>223,91</i>	<i>291,23</i>	<i>312,76</i>
Produits financiers	0,00	0	0	0,21	0,00
RÉSULTAT FINANCIER	-147,10	-176,33	-223,91	-291,02	-312,75
RÉSULTAT COURANT (avant impôt)	-1 620,00	-1 130,61	-4 608,00	-3 020,41	404,55
Plus (moins) values de cession	6,9	- 0,18	6,94	6,55	190,36
Autres produits exceptionnels	458,95	1 376,74	403,45	3 273,19	996,85
Autres charges exceptionnelles	1 710,07	2 808,08	961,39	2 008,18	4 700,89
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL	-1 244,22	-1431,53	-551,00	1 271,56	-3 513,68
RÉSULTAT NET	-2 864,22	- 2 562,14	-5 159,00	-1 748,85	-3 109,12

Source : tableau réalisé à partir des comptes financiers et balances 2016-2020

La forte augmentation des « autres charges d'exploitation » constatée en 2019 est liée à l'imputation des dépenses du GIP Restauration. En 2018, les charges de rattachement de l'activité du GIP avaient été inscrites au compte 6588 « autres charges diverses de gestion courante » pour un montant de 2,73 M€. En 2019, la contre-passation a été effectuée et les dépenses ont été imputées sur le compte 6521 « contribution aux groupements d'intérêt public (GIP) » (nouveau compte). À la fin de l'exercice 2019, le compte d'exécution 6588 présentait donc un solde créditeur négatif de 2,7 M€. Celui-ci a été apuré par l'émission d'un titre de recettes d'un même montant au compte 7718 « autres produits exceptionnels sur opérations de gestion ». Ainsi, suite à cette écriture comptable, les « autres charges d'exploitation » ont augmenté de 2,7 M€ mais elles ont été compensées en recettes pour un montant équivalent.

5.1.3 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) est la différence entre les produits encaissables et les charges décaissables.

Tableau n° 20 : formation de la capacité d'autofinancement*En k€*

Formation de la CAF (K€)	2016	2017	2018	2019	2020
Excédent brut d'exploitation	-63,48	871,33	-2 155,85	2 266,97	2 901,46
+ Autres produits d'exploitation	43,83	1 035,91	1 095,29	1 051,02	852,91
- Autres charges d'exploitation	251,51	1 632,72	1 824,85	4 504,54	1 701,44
+ Produits financiers (sauf reprises)	0,00	0,00	0,00	0,21	0,00
- Charges financières (sauf dotations)	147,10	176,33	223,91	291,23	312,76
+ Produits exceptionnels (sauf reprises et op. en capital)	250,31	657,58	58,34	2 844,70	210,49
- Charges exceptionnelles (sauf dotation et op. en capital)	154,07	529,62	461,39	177,18	809,67
CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT BRUTE	-322,02	226,16	-3.512,37	1 189,95	1 140,89
- Remboursement du capital de la dette	557,82	682,38	739,71	1 283,28	1 253,42
CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT NETTE	-879,84	-456,21	-4 252,08	-93,33	-112,63

Source : tableau réalisé à partir des balances 2016-2019

La CAF brute suit l'évolution de l'EBE. Alors qu'en 2018 elle était négative, elle est redevenue positive en 2019 et 2020 mais ne couvre pas l'annuité de la dette. De ce fait, la CAF nette est négative à cause de la forte augmentation de l'annuité de la dette intervenue à compter de l'exercice 2019.

Depuis 2016, les ressources tirées de son activité ne permettent donc pas à l'établissement de dégager les moyens nécessaires pour financer ses investissements (CAF nette négative pour tous les exercices de la période 2016-2020).

5.1.4 Les compensations versées en lien avec la crise sanitaire

Dans son rapport financier de 2020, le centre hospitalier évoque la non couverture de certains surcoûts (cf. détail des surcoûts en annexe n° 8). Selon lui, pour le budget H (budget principal), cette situation s'explique par le changement de méthodologie intervenu en cours d'année. Les premières compensations liées à la crise covid ont été obtenues sur la base des surcoûts et des pertes de recettes déclarés, puis, au vu des conclusions d'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), les dotations ont été allouées en fonction des taux de marge dégagés en 2020 par rapport à ce même ratio en 2019. Le CHO estime qu'il a été désavantagé par cette méthode dans la mesure où il avait débuté des actions visant à réduire son déficit en 2020. Le manque à gagner est estimé à 1,22 M€ pour le budget H (dont 512 k€ en exploitation), 240 k€ pour le budget E1 (USLD) et 21 k€ pour le budget E2 (EHPAD).

5.2 Les équilibres bilanciaux : fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie

5.2.1 Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie

Le fonds de roulement est la différence entre les financements stables (capitaux propres, emprunts à moyen et long terme, amortissements et provisions) et les immobilisations.

Tableau n° 21 : formation du fonds de roulement

Actif (en k€)	2016	2017	2018	2019	2020
Immobilisations incorporelles	2 091,38	2 273,01	2 335,01	2 375,24	2 443,17
Immobilisations corporelles	33 203,45	33 034,42	35 552,72	40 039,06	43 781,09
<i>dont terrains</i>	336,87	336,87	336,87	336,87	336,87
<i>dont constructions</i>	11 073,08	13 905,49	13 964,71	14 009,08	17 215,00
<i>dont constructions en cours</i>	5 036,13	2 943,52	5 348,87	9 534,50	10 041,70
<i>dont installations, matériel, outillage et autres immobilisations</i>	12 684,71	11 710,56	11 712,27	11 833,44	11 573,03
<i>dont autres immobilisations corporelles</i>	4 072,66	4 137,98	4 190,00	4 325,17	4 614,49
Immobilisations financières	18,14	18,14	18,14	18,14	18,14
Créances de l'article 58	56,11	56,11	56,11	56,11	56,11
I-Biens stables	35 369,07	35 381,67	37 961,96	42 488,54	46 298,51
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	8 801,60	11 019,00	11 689,50	9 836,12	5 198,56
Apports	2 631,04	2 640,02	2 640,02	2 640,02	2 889,46
Excédents affectés à l'investissement	5 412,62	4 605,65	4 695,60	4 695,60	4 695,60
Subventions d'investissement	25	18,75	12,5	6,25	0
Emprunts et dettes assimilées	7 046,01	10 559,94	17 622,02	19 338,74	18 085,31
Amortissements	27 841,57	28 682,72	29 629,69	30 478,89	30 403,67
Réserve de trésorerie	2 591,89	2 591,89	2 591,89	2 591,89	2 591,89
Réserve de compensation	557,35	393,71	373,32	361,77	571,7
Report à nouveau déficitaire	-6 287,80	-9 113,40	-11 746,88	-16 894,33	-18 853,11
Résultat comptable	-2 864,22	-2 562,14	- 5 159,00	-1 748,85	-3 109,12
Provisions réglementées	6 620,63	8 179,94	8 334,83	9 737,34	12 848,45
Provisions pour risques et charges	573,57	399,86	599,48	1 058,10	1 296,05
Autres dépréciations	23,01	3,74	58	59,23	77,15
II-Financement stables	44 170,67	46 400,67	49 651,46	52 324,66	51 497,07

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

Au 31 décembre 2019, le fonds de roulement s'élevait à 9,84 M€. Les financements étaient constitués à 37 % par les dettes et à 58 % par l'amortissement. Les biens stables étaient, quant à eux, composés à 55 % par les constructions et à 27,9 % par les « installations techniques, matériels et outillage ». En 2019 et 2020, on note une importante détérioration du fonds de roulement en raison, notamment, de l'ampleur du report à nouveau déficitaire.

Il est à noter que le montant du fonds de roulement qui figure à l'état C7 du compte financier 2020 intitulé « tableau de suivi du fonds de roulement » est erroné car le montant des emprunts n'y est pas renseigné. À l'avenir, il conviendra que cet état soit correctement renseigné

car c'est un élément d'information financière important, notamment dans le cadre de l'analyse du bilan.

Le besoin en fonds de roulement (BFR) est la différence entre les créances et les dettes du cycle d'exploitation. Il est souvent positif dans un établissement public de santé, les délais de recouvrement étant généralement supérieurs aux délais de paiement.

Tableau n° 22 : formation du besoin en fonds de roulement

Actif (en k€)	2016	2017	2018	2019	2020
Stocks	592,58	622,31	608,85	628,01	670,39
Hospitalisés et consultants	530,59	412,85	358,83	492,31	554,96
Caisses de sécurité sociale	298,63	5 297,63	5 603,47	10 587,01	7 649,85
Autres tiers payants	1 423,00	1 327,61	1 584,76	2 195,89	1 390,01
Autres créances	3 295,40	3 708,26	4 994,17	4 755,73	2 872,06
Dépenses à classer	0,8	26,51	3,80	65,60	33,60
III-Créances	6 140,99	11 395,57	13 153,88	18 724,55	13 170,87
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	1 280,42	3 821,10	6 096,89	3 020,34	6 618,36
Dettes fiscales et sociales	1 446,50	2 179,57	1 210,12	1 128,44	1 356,29
Avances reçues	173,14	115,86	652,94	550,90	575,40
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	48,40	267,64	272,11	702,13	369,61
Autres dettes diverses	113,35	252,83	821,41	2 137,55	441,43
Recettes à classer ou à régulariser	61,24	124,51	1 192,00	1 602,39	1 692,59
IV-Dettes	3 123,05	6 761,51	10 245,47	9 141,75	11 053,68
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	3 017,94	4 634,66	2 908,41	9 582,80	2 117,20

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

Au 31 décembre 2019, le besoin en fonds de roulement s'élevait à 9,58 M€, en forte augmentation par rapport à l'année précédente. Cette évolution est, en partie, due à l'augmentation des créances. Ces dernières étaient principalement constituées par les créances sur les caisses de sécurité sociales et les hospitalisés et consultants. Les créances sur patients et mutuelles représentaient 215,9 jours d'exploitation ce qui situait le CHO très proche du 8^e décile de sa typologie (218,3 jours)²¹. Les dettes (9,14 M€) reposaient principalement sur les dettes fournisseurs qui représentaient le tiers du total des dettes. En 2020, la situation est redevenue moins atypique car le niveau du BFR a fortement diminué en raison d'une baisse significative des créances et d'une hausse (moindre) des dettes. On constate, néanmoins, une importante augmentation des recettes à classer à compter de 2018 qui atteignaient 1,69 M€ fin 2020, soit plus de 4 % des recettes annuelles. Au vu de la balance comptable, la quasi-totalité des recettes à classer est imputée au compte 4713 (recettes à classer perçues avant émission des titres) ce qui peut résulter de problèmes dans la chaîne de facturation. Le niveau par ailleurs élevé des annulations de titres sans réémission confirme ces difficultés liées au délai d'émission et à la qualité des titres émis.

La trésorerie de fin d'exercice, qui se calcule par la différence entre le fonds de roulement et le besoin en fonds de roulement, est demeurée positive sur toute la période examinée, malgré une importante diminution en 2019 (liée à la hausse du besoin en fonds de roulement).

²¹ Source Hospidiag.

Tableau n° 23 : formation de la trésorerie

	2016	2017	2018	2019	2020
Disponibilités	5 838,60	6 439,76	8 825,23	297,30	3 127,60
V-Liquidités	5 838,60	6 439,76	8 825,23	297,30	3 127,60
Fonds en dépôts	36,49	29,79	11,39	14,55	11,99
Intérêts courus non échus	18,46	24,64	32,80	29,43	34,27
VI-Financement à court terme	54,95	54,43	44,19	43,98	46,26
TRÉSORERIE	5 783,65	6 385,33	8 781,04	253,32	3 081,34

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

5.2.2 L'endettement

Au 31 décembre 2020, le stock de dettes s'élevait à 18,08 M€ constitué en totalité d'emprunts en euros contractés auprès d'établissements de crédit. L'endettement a augmenté de 11,04 M€ entre 2016 et 2020. Les principaux prêteurs sont la Caisse d'épargne pays d'Adour, le Crédit agricole, la Banque postale et la Caisse des dépôts.

Au 31 décembre 2020, le stock de dettes était constitué à 83,4 % d'emprunts à taux fixe et à 16,6 % d'emprunts à taux variable indexé sur le livret A.

Tableau n° 24 : encours de la dette

	2016	2017	2018	2019	2020
Emprunts et dettes assimilées en k€	7 046,01	10 559,94	17 622,02	19 338,74	18 085,31

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

Selon le profil d'extinction de la dette, les remboursements liés aux emprunts actuels s'étaleraient jusqu'en 2042 avec une annuité croissante jusqu'en 2023.

L'article D. 6145-70 du CSP dispose que « le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé » :

- le ratio dit « d'indépendance financière », qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède 10 ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

En 2019, le CHO remplissait ces trois critères avec un ratio dit « d'indépendance »²² financière très élevé.

²² Contrairement à ce que pourrait laisser penser l'intitulé de ce ratio, un taux élevé est synonyme d'un endettement important.

Tableau n° 25 : caractéristiques de la dette (article D. 6145-70 du CSP)

Données 2019	CHO	Typologie 2 ^e décile	Typologie 8 ^e décile
Ratio d'indépendance financière	82,2	29,1	65,4
Durée apparente de la dette (années)	16,2	3,0	22,0
Taux d'encours de la dette	38,9	15,7	45,1

Source : hospidiag pour 2020

NOTE : pour chaque indicateur, les établissements sont classés par ordre croissant de l'indicateur : ainsi, 20% des établissements ont une valeur inférieure ou égale au 2^e décile et 80 % des établissements ont une valeur de l'indicateur inférieur ou égal au 8^{ème} décile. Ainsi, les établissements les plus performants se situent en dessous de la valeur de 2^{ème} décile, les moins performants se situent au-delà du 8^{ème} décile.

Cet important endettement résulte en grande partie du financement externe mobilisé dans le cadre de l'opération de restructuration en cours. Le niveau de la dette obère la capacité de l'établissement à financer ses investissements futurs alors que d'importants besoins demeurent, notamment pour la reconstruction de l'EHPAD « L'Âge d'Or ».

5.2.3 Les ratios de déséquilibre financier

Le caractère dégradé de la situation financière est souligné, d'une part, par le fait que l'établissement, sur chacun des trois exercices, remplit les trois critères de déséquilibre financier et, d'autre part, par la signature d'un contrat de retour à l'équilibre financier.

Les critères de déséquilibre financier sont fixés par l'article D. 6143-39 du CSP qui stipule que « le directeur général de l'agence régionale de santé demande au directeur d'un établissement public de santé de présenter un plan de redressement ... lorsque, soit il estime que la situation financière l'exige, soit l'un ou plusieurs des critères de déséquilibre financier suivants sont remplis ».

Tableau n° 26 : critères d'alerte prévus par le CSP

	2016	2017	2018	2019	2020
Résultat CRP	-2 912 273	-2 476 532	-5 025 480	-1 520 094	-3 070 896
(-) Produits sur exercices antérieurs	105 353	22 139	25 037	25 518	187 064
(+) Charges sur exercices antérieurs	127 233	86 029	439 566	45 436	110 541
Résultat corrigé	-2 890 393	-2 412 641	-4 610 951	-1 500 177	-3 147 419
1^{er} critère : déficit > 3% des produits					
Produits CRP	36 725 696	39 737 071	35 625 198	42 726 565	43 760 393
Seuil 3%	1 101 771	1 192 112	1 068 756	1 281 797	1 312 812
Commentaire	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli
2^e critère : CAF < 2% des produits consolidés					
Déficit (corrigé)	-2 890 393	-2 412 641	-4 610 951	-1 500 177	-3 147 419
Produits toutes activités confondues	44 796 829	47 752 803	43 507 578	50 451 906	52 064 425
Seuil 2%	895 937	955 056	870 152	7 009 038	1 041 289
CAF	-322 016	226 161	-3 512 369	1 189 946	1 140 994
Commentaire	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli
3^e critère : CAF insuffisante pour couvrir le remboursement en capital de la dette					
CAF	-322 016	226 161	-3 512 369	1 189 946	1 140 994
Remboursement dette financière	557 819	682 375	739 708	1 283 277	1 253 424
Commentaire	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli	Critère rempli

Source : CRC d'après le CSP

L'ARS et l'établissement ont signé un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) sur la période 2018-2022. Dans le cadre du CREF, le CHO doit mettre en œuvre des mesures d'économies qui visent à optimiser l'ensemble des dépenses et engager des réorganisations d'activités. Parmi ces mesures figurent :

- la réduction du nombre de lits de chirurgie et médecine ;
- le développement de la chirurgie ambulatoire ;
- la fiabilisation de la chaîne de facturation ;
- l'optimisation des achats dans le cadre des mutualisations avec le GHT ;
- la réalisation d'économies sur les bâtiments modernisés (énergie, maintenance) ;
- l'augmentation des recettes de chambres particulières.

L'ARS a accompagné par anticipation ce CREF pour un montant de 550 k€ (via des crédits 2018).

La synthèse des fiches actions prévoit une amélioration de la marge brute d'exploitation de 4,09 M€ sur la période 2019-2023, découlant de 2,44 M€ d'économies, 1,32 M€ de dépenses nouvelles et 2,96 M€ de recettes supplémentaires. Les économies générées proviennent principalement de la réduction du nombre de lits en médecine et chirurgie et de la substitution des remplacements sous contrat au lieu de l'intérim médical. L'exécution de ce plan a toutefois été contrariée par la survenance de l'épidémie de covid-19, ce qui a entraîné un moratoire d'exécution.

5.2.4 Les aides exceptionnelles liées au « Ségur de la santé »

Compte tenu du niveau de son endettement, le CHO est éligible au dispositif de « restauration des marges » mis en place dans le cadre du Ségur de la santé. En juin 2021, l'établissement a reçu un courrier de l'ARS l'informant de la dotation à laquelle il pourrait prétendre. Le montant annoncé dans cette lettre s'élève à 3,1 M€ au titre d'un encours de la dette qui est supérieur à 30 % du total des produits fin 2018 et à 5,46 M€ au titre d'un taux de CAF nette inférieur à 1 % du total des produits.

De plus, au regard des capitaux propres et des CAF nettes retraitées des aides sur la période 2017-2019, l'agence a décidé d'accorder à l'hôpital un montant complémentaire de 1,86 M€, ce qui aboutit à un total de financement de 10,43 M€ versés sur neuf ans.

Par ce même courrier, l'ARS demande à l'ordonnateur d'intégrer ces sommes dans le tableau de financement de son plan global de financement prévisionnel (PGFP) et de s'engager, l'établissement étant fortement endetté, à « *assurer le bon renouvellement courant de ses immobilisations grâce à ces crédits nouveaux et sans recours à l'emprunt supplémentaire* ».

Un PGFP portant sur la période 2021-2030 a été transmis à l'agence. En réponse, le directeur général de l'ARS constate, d'une part, que, malgré l'actualisation du CREF, l'établissement présente, au regard de l'article D. 6143-39 du CSP, un déséquilibre financier qui perdure tout au long du PGFP ; d'autre part, que malgré l'intégration d'une subvention de 13 M€ pour la reconstruction de l'EHPAD, alors que l'ARS n'a pas à ce jour donné son accord, les niveaux d'investissement ou d'endettement financier à long terme de l'établissement ne sont pas compatibles avec la situation financière présente et future de l'établissement. Compte tenu de ces deux constats, le PGFP a été rejeté par l'agence. Un nouveau PGFP a été déposé en même temps que l'EPRD 2022 afin d'avoir plus de visibilité sur les financements issus du Ségur (en cours d'instruction par les autorités de tutelle).

6 LES INVESTISSEMENTS

Un plan pluriannuel d'investissement (PPI) a été élaboré pour la période 2017-2030. Il planifie 46,49 M€ d'investissement dont 39,94 M€ de travaux, 1,61 M€ d'adaptation du système d'information et 4,94 M€ d'achats d'équipements. La principale opération de travaux concerne la restructuration immobilière du site principal (pour près de 20 M€) et les achats d'équipements sont constitués à 47 % par des équipements médicaux.

Ce PPI traduit un besoin important d'investissement lié à la vétusté tant des bâtiments que des équipements. Ainsi, en 2019, le taux de vétusté des bâtiments était très élevé (93,8 %) et nettement supérieur au 8^e décile de la typologie (67,9 %) et le taux de vétusté des équipements était lui aussi important (88,2 %) même s'il restait légèrement inférieur au 8^e décile de la typologie (90,7 %).

6.1 La restructuration du site MCO

L'opération de travaux a été décomposée en deux tranches : la première concernait la construction d'un bâtiment énergie indépendant et la seconde le lancement des travaux de restructuration des bâtiments existants. Ce projet s'accompagne d'une modification capacitaire et d'une relocalisation des services dans les bâtiments restructurés (voir annexe n° 9).

Après ouverture des offres et négociation, au 31 août 2020, le coût de l'opération était évalué à 18,76 M€ HT. Le montant du projet est aujourd'hui estimé à 21,57 M€ HT, ce qui représente un surcoût estimé d'environ 2,81 M€ HT représentant 15 % du coût initial HT des marchés.

Tableau n° 27 : suivi financier opération de restructuration

En € HT

	Dépenses initiales	Dépenses janvier 2022	Écarts en €	Écarts en % marché initial
Travaux	16 085 889	17 942 270	1 856 381	12%
Bâtiment énergie	2 584 535	2 545 407	-39 128	-2%
Restructuration bâtiments	13 181 382	15 058 890	1 877 508	14%
VRD préalables	319 972	337 972	18 000	6%
Honoraires et frais préliminaires	1 238 512	1 334 117	95 605	8%
Aléas	322 118	875 092	552 974	172%
Assurances	62 915		-62 915	-100%
AMO (assistance à maîtrise d'ouvrage)	367 463	415 263	47 800	13%
Dépenses HT (hors révisions et actualisations)	18 076 897	20 566 742	2 489 845	14%
Révisions et actualisations de prix	687 940	1 006 000	318 060	46%
Durant exécution des travaux	687 940	606 000	-81 940	-12%
Prolongations de délais		400 000	400 000	100%
Dépenses HT estimées	18 764 837	21 572 742	2 807 905	15%
Dépenses TTC estimées	21 751 592	25 014 088	3 262 496	15%

Source : données CHO

Tous les lots, à l'exception des groupes électrogènes (constituant la phase une de l'opération) ont été affectés par des surcoûts.

Tableau n° 28 : surcoûts par lots liés à des travaux supplémentaires*En € HT*

N° lot	Désignation	Montant initial (deux tranches)	Travaux supplémentaires	Total	Écarts en %
1	Déconstruction, gros œuvre, clos couverts et aménagements intérieurs	9 578 097	1 154 829	10 732 926	12 %
2	Chauffage, ventilation, climatisation, plomberie	2 904 000	360 921	3 264 921	12 %
3	Courants forts et courants faibles	2 504 318	261 175	2 765 494	10 %
4	Fluides médicaux	375 162	1 923	377 085	1 %
5	Ascenseurs	144 390	85 196	229 586	59 %
6	Groupes électrogènes	259 949	-25 664	234 285	-10 %
Total travaux hors VRD préalables		15 765 917	1 838 381	17 604 297	12 %
Total travaux avec VRD préalables		16 085 889	1 856 381	17 942 269	12 %

Source : à partir des tableaux CHO

Une part importante de ces travaux supplémentaires résulte d'une mauvaise interprétation initiale des besoins, ces derniers étant peut-être minimisés par la volonté de respecter l'enveloppe financière allouée au projet. Parmi les dépenses non prévues les plus importantes, on peut citer la fourniture et la pose d'un bâtiment modulaire pour accueillir les services administratifs et permettre la réalisation des « opérations tiroirs » (transferts de services nécessaires à la réalisation des travaux). Ce bâtiment, dont l'installation a coûté 585 k€ HT (dépense imputée au lot n° 1), ne sera pas provisoire puisque les services administratifs ont vocation à y rester une fois l'opération de restructuration terminée. En valeur relative, le lot n° 5 (ascenseurs) a connu la plus forte augmentation (59 %) en raison du rajout d'un deuxième ascenseur permettant une meilleure accessibilité et une sécurisation de l'accès du futur hall d'entrée (situé au niveau R+1) en cas de panne ou de maintenance d'une machine (voir photos en annexe n° 10). Sans remettre en cause la nécessité de réaliser ces investissements supplémentaires non prévus lors de la consultation des entreprises, se pose naturellement la question d'un éventuel bouleversement de l'économie du marché.

En plus des travaux supplémentaires déjà commandés, il est également prévu de réaliser des travaux complémentaires hors programme. Leur chiffrage n'est pas encore définitif mais leur montant est estimé à un peu plus d'un million d'euros HT. Il est envisagé de réaliser le ravalement des façades ainsi que des adaptations portant sur le laboratoire, l'imagerie (pour accompagner l'installation d'une IRM), les urgences (suite à l'épidémie de covid) et la construction d'un garage pour stationnement des véhicules SMUR (non prévu au départ alors que la réglementation l'impose).

La question pourrait se poser d'intégrer les demandes complémentaires hors programme parmi les dépassements de coût, ce qui porterait alors le dépassement à plus de 20 %. Cela conduirait, dès lors, à examiner les critères posés à l'article R. 2194-7 du code de la commande publique et notamment de savoir si les modifications apportées ont « *introduit des conditions qui, si elles avaient été incluses dans la procédure de passation initiale, auraient attiré davantage d'opérateurs économiques ou permis l'admission d'autres opérateurs économiques ou permis le choix d'une offre autre que celle retenue* ».

Tableau n° 29 : dépenses totales (estimées) avec travaux complémentaires

En € HT

	Dépenses initiales	Dépenses janvier 2022
Dépenses HT (hors révisions et actualisations)	18 076 897	20 566 742
Révisions et actualisations de prix	687 940	1 006 000
Demandes complémentaires hors programme		1 060 000
Ravalement façades		250 000
Laboratoire N1		170 000
Modification projet radiologie (IRM)		130 000
Adaptation covid (Urgences)		200 000
Emprise centre périnatal		100 000
Raccordement parking entrée principale + arrêt minute		150 000
Hangar véhicules SMUR		60 000
Dépenses estimées HT avec travaux complémentaires	18 764 837	22 632 742
Dépenses estimées TTC avec travaux complémentaires	21 751 592	26 243 053

Source : à partir des tableaux CHO

Le coût final du projet, hors mobilier destiné au hall d'entrée et aux nouvelles banques d'accueil, est estimé à 22,63 M€ HT, ce qui équivaut à un surcoût total de 3,87 M€ HT représentant environ 21 % du chiffrage initial (à la signature des actes d'engagement). Des négociations sont en cours avec l'ARS afin d'obtenir des financements complémentaires dans le cadre notamment du Ségur de la santé.

L'hôpital est actuellement en travaux mais le nouveau bloc opératoire a ouvert en septembre 2021. Il comporte trois salles d'opérations permettant de réaliser des interventions d'orthopédie, d'ORL, d'ophtalmologie et de gynécologie, de cinq places en salle de surveillance post-interventionnelle et une salle de stérilisation. À terme, viendront s'y adosser les urgences et l'unité de soins continus alors qu'une IRM et un scanner seront installés au-dessus du nouveau bloc fin 2022. La remise à neuf du centre hospitalier devrait s'achever, au mieux en 2023, mais les projets d'investissement ne seront pas terminés pour autant car il est prévu le déplacement et la reconstruction de l'EPHAD « L'Âge d'Or » actuellement installé au centre-ville d'Oloron.

6.2 Le projet de reconstruction de l'EHPAD

Le projet d'établissement 2017-2021 planifie la reconstruction neuve ou une restructuration sur site de l'EHPAD « L'Âge d'Or ». À ce jour, l'EHPAD ne satisfait pas aux normes de sécurité incendie ni à celle en matière d'accessibilité pour les personnes en situation de handicap comme en attestent les procès-verbaux de la commission de sécurité incendie et d'accessibilité. Actuellement l'EHPAD comporte 111 lits avec 51 chambres individuelles et 30 chambres doubles. L'étude de faisabilité a retenu trois axes prioritaires :

- répondre à la réglementation en vigueur en termes de « sécurité incendie » et « accessibilité handicapé » ;
- dédoubler les chambres à deux lits ;

- mettre en œuvre des conditions d'accueil et d'hébergement adaptées à l'état de santé des résidents.

La construction d'un nouveau bâtiment est l'option finalement retenue compte tenu des contraintes existant sur l'ancien site. Le nouvel EHPAD devrait être bâti à proximité du bâtiment énergie, ce qui permettra d'optimiser le circuit de chauffage. Depuis 2021, le projet est en cours de révision pour intégrer l'unité de soins de longue durée dans le bâtiment reconstruit.

7 LE PERSONNEL

7.1 L'évolution des effectifs

7.1.1 L'évolution des effectifs non médicaux

Sur la période 2016-2019, les effectifs du personnel non médical sont restés relativement stables. Les effectifs en contrat à durée indéterminé (CDI) et les titulaires ont augmenté (respectivement + 21,43 ETPR²³ et + 18,86 ETPR). En revanche, le nombre d'agents en contrat à durée déterminée (CDD) est en baisse (- 38,99 ETPR). Ces variations concernent surtout le personnel soignant pour lequel la baisse des CDD (- 37,94 ETPR) est compensée par les titularisations (+ 12,97 ETPR) et les CDI (+ 18,55 ETPR). À cet égard, l'année 2019 semble marquer un basculement avec simultanément une forte augmentation du nombre de soignants en CDI et une diminution importante des soignants en CDD.

²³ ETPR : équivalent temps plein rémunéré.

Tableau n° 30 : évolution des effectifs non-médicaux

Personnel non médical (ETPR)	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016/2019	Évol 2016/2020	Évol 2019/2020
Titulaires								
Administratifs	39,92	38,26	39,05	42,36	41,95	6,11 %	5,09 %	-0,97 %
Soignants	257,58	258,38	264,69	270,55	283,3	5,04 %	9,99 %	4,71 %
Éducatifs et sociaux	1	1	1	1,61	2	61,00 %	100,00 %	24,22 %
Techniques	30,62	31,55	31,66	33,07	33,75	8,00 %	10,22 %	2,06 %
Médico-techniques	15,57	15,31	15,85	15,96	13,45	2,50 %	-13,62 %	-15,73 %
Sous-total titulaires	344,69	344,5	352,25	363,55	374,45	5,47 %	8,63 %	3,00 %
CDI								
Administratifs	5,11	4,55	5,23	6,71	9,06	31,31 %	77,30 %	35,02 %
Soignants	31,66	37,24	40,55	50,21	41,48	58,59 %	31,02 %	-17,39 %
Éducatifs et sociaux				1	1			0,00 %
Techniques	8,8	6,48	6,23	9,83	9,45	11,70 %	7,39 %	-3,87 %
Médico-techniques	3,58	3	2,89	2,83	1,5	- 20,95 %	- 58,10 %	-47,00 %
Sous-total CDI	49,15	51,27	54,9	70,58	62,49	43,60 %	27,14 %	-11,46 %
CDD								
Administratifs	9,52	8,82	7,31	6	9,41	-36,97 %	-1,16 %	56,83 %
Soignants	79,65	63,74	68,45	41,71	52,3	-47,63 %	-34,34 %	25,39 %
Éducatifs et sociaux	2,06	2,21	2,69	0,88	0,57	-57,28 %	-72,33 %	-35,23 %
Techniques	6,34	6	9,09	8,7	10,09	37,22 %	59,15 %	15,98 %
Médico-techniques	3,58	3,98	4,95	4,87	6,33	36,03 %	76,82 %	29,98 %
Sous-total CDD	101,15	84,75	92,49	62,16	78,7	-38,55 %	-22,19 %	26,61 %
Total PNM	494,99	480,52	499,64	496,29	515,64	0,26 %	4,17 %	3,90 %

Source : tableau CRC d'après les données du CHO

Le centre hospitalier a indiqué ne pas connaître de difficultés de recrutement concernant les effectifs non médicaux. En 2020, les effectifs ont progressé de 3,9 %, cette augmentation serait ponctuelle et en lien avec la pandémie covid 19.

Sur les années 2018 et 2019, le taux de rotation²⁴ est inférieur aux établissements de la même catégorie (CH > 70 M) : 5,81 % en 2018 et 3,1 % en 2019 pour une médiane nationale qui s'établissait à 15,4 % en 2018 selon la synthèse des bilans sociaux. Par contre, en 2020, année marquée par la crise sanitaire, ce taux s'établit à 23,79 %.

L'intérim non médical varie d'une année sur l'autre. C'est en 2016 que le coût a été le plus élevé avec 174,94 k€, l'établissement ayant eu recours à l'intérim pour compenser les absences constatées au sein du pôle gériatrique et du bloc opératoire. En 2020, le coût s'élevait

²⁴ [(Nombre de départs sur l'année en cours + le nombre d'arrivée) / 2] / effectif de l'année en cours.

à 31,14 k€ contre 86,04 k€ en 2019. Le recours à l'intérim concerne principalement les infirmiers diplômés d'État et les aides-soignants.

Tableau n° 31 : le coût de l'intérim non-médical

Intérim non médical (€)	2016	2017	2018	2019	2020
Total coût de l'intérim non médical	174 940,75	20 697,98	37 133,52	86 039,79	31 141,71

Source : CHO

L'établissement ne dispose pas de guide d'accueil pour ses nouveaux salariés, qu'il s'agisse du personnel médical ou non médical. Un tel guide pourrait pourtant s'avérer utile afin de faciliter l'intégration de ces derniers dans leurs nouvelles fonctions.

7.1.2 L'évolution des effectifs médicaux

Les effectifs du personnel médical sont en baisse de 20,2 % sur la période 2016-2020 (- 9,72 ETPR). Le nombre de praticiens statutaires a diminué de 17,29 % (- 3,51 ETPR) et cette baisse n'a pas été compensée par le recrutement de praticiens non statutaires. Le nombre d'internes est resté stable entre 2016 et 2019 pour diminuer en 2020 (- 2,2 ETPR par rapport à 2019). Le centre hospitalier indique que les départs en retraite des personnels médicaux expliquent la baisse des effectifs minorée cependant par un recours plus important au personnel vacataire.

Tableau n° 32 : évolution des effectifs médicaux

Personnel médical (ETPR)	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2016/2019	Évolution 2016/2020	Évolution 2019/2020
Praticiens hospitaliers temps plein	20,3	19,35	16,81	16,63	16,79	-18,08 %	-17,29 %	0,96 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	5,01	7,33	5,78	4,1	1,98	-18,16 %	-60,48 %	-51,71 %
Sous-total praticiens statutaires	25,31	26,68	22,59	20,73	18,77	-18,10 %	-25,84 %	-9,45 %
Praticiens contractuels	9,17	8,24	5,38	6,01	9,06	-34,46 %	-1,20 %	50,75 %
Attachés	3,35	2,19	2,1	2,62	2,13	-21,79 %	-36,42 %	-18,70 %
Cliniciens hospitaliers	2,96	2,52	3,4	3,4	3,4	14,86 %	14,86 %	0,00 %
Autres statuts (à préciser)	0,29		0,06	0,92	0,23	217,24 %	-20,69 %	-75,00 %
Sous-total praticiens non-statutaires	15,77	12,95	10,94	12,95	14,82	-17,88 %	-6,02 %	14,44 %
Internes	7	7,32	7,36	7	4,77	0,00 %	-31,86 %	-31,86 %
Total des praticiens	48,08	46,95	40,89	40,68	38,36	-15,39 %	-20,22 %	-5,70 %

Source : tableau CRC d'après les données du CHO.

Le CHO rencontre des difficultés de recrutement pérennes sur les postes médicaux suite aux départs en retraite des titulaires, notamment aux urgences, en anesthésie, en médecine polyvalente et en court séjour gériatrique. Depuis 2021, les remplaçants intervenants sur la structure sont systématiquement rencontrés afin de leur proposer une intégration plus pérenne, ce qui a notamment permis de recruter quelques praticiens supplémentaires (par exemple un médecin en SSR sur la base d'un contrat de praticien contractuel et un urgentiste sur la même base qui a passé le concours de PH).

Les taux de rotation sont très élevés par rapport aux établissements de la même catégorie mais ils ne sont pas réellement significatifs car ils s'expliquent par l'enchaînement de contrats courts de praticiens intervenant quelques jours plusieurs fois par an. Ils reflètent toutefois un recours important aux médecins contractuels sur des périodes courtes mais renouvelées dans le temps.

7.2 Le temps de travail

7.2.1 L'organisation du temps de travail

Le personnel médical

Il n'y a pas d'accord sur le temps de travail global pour le personnel médical mais il existe un avant-projet de la charte de gestion du temps de travail médical qui a pour objectif de préciser les principes communs et les règles de gestion du temps de travail médical pour l'ensemble des praticiens du centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie. Il est indiqué dans l'avant-projet que la charte a été examinée par la commission d'organisation de la permanence des soins le 6 février 2007 et approuvée par le directeur le 6 février 2007. Toutefois, au cours de l'instruction, il a été demandé de transmettre la charte signée mais le document signé n'a pas été retrouvé par le centre hospitalier. La chambre invite donc le CHO à procéder à la mise à jour de ce document à travers une version signée par l'ordonnateur.

Le personnel non-médical

Le centre hospitalier a établi un accord local relatif à la réduction du temps de travail daté du 18 février 2002 mais, une fois encore, la version signée n'a pas été communiquée. Un document intitulé « référentiel GRH » du 20 juillet 2009 indique qu'un protocole concernant le personnel de nuit avait été signé le 25 mai 2004 mais l'établissement ne l'a pas retrouvé.

La durée quotidienne moyenne de travail était fixée à 7 h 40 et 10 heures pour les agents de nuit mais depuis mars 2020 l'ensemble des services de soins sont passés en régime dérogatoire de 12 heures. Cette organisation, qui avait été mise en place dans le cadre de la pandémie covid 19, a été pérennisée.

L'établissement disposait d'un système d'enregistrement automatique du temps de travail (GESTOR) mais depuis le 1^{er} janvier 2021 le centre hospitalier n'a plus de badgeuse. L'ordonnateur explique cette situation en raison de l'arrêt de la maintenance des badgeuses et de l'outil de gestion du temps de travail par l'éditeur Gestor (signifiée fin 2020). *« Faute de temps et de budget pour permettre la mise en place d'un nouveau système, la décision a été prise de mettre fin au badgeage dans l'établissement à compter du 1^{er} janvier 2021. Concernant le temps*

de travail des agents, il est comme auparavant sous la responsabilité des cadres des services sur la base de trame et de cycles de travail annuels qui en assurent le respect et le contrôle. Par ailleurs, dans les services de soins, les cycles en 12 heures et en 7 heures n'autorisent pas de dépassements horaires autres que ceux expressément demandés par les cadres. De fait, l'impossibilité de voir les dépassements horaires validés a posteriori et les temps restreints de transmission qui impliquent la ponctualité des agents, entraîne une régulation naturelle entre les agents. Enfin, un contrôle des plannings et des compteurs des agents par services est effectué par le service RH de manière itérative ». Néanmoins, en application de l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002, dès lors que plus de 10 agents sont concernés par le versement d'heures supplémentaires, ce qui est le cas au CHO, leur paiement est subordonné à la mise en œuvre par l'employeur de moyens de contrôle automatisé permettant de comptabiliser de façon exacte les heures supplémentaires accomplies.

Recommandation n° 8 : conformément à l'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002, rétablir un moyen de contrôle automatisé afin de comptabiliser les heures supplémentaires accomplies.

7.2.2 Les heures supplémentaires et le temps additionnel

Les heures supplémentaires réalisées sont généralement récupérées, l'indemnisation n'intervenant que lorsque la récupération n'a pas été possible. Celles qui n'ont fait l'objet ni d'une compensation horaire ni d'une indemnisation sont inscrites sur le compte épargne-temps (CET).

En 2019, le montant des heures supplémentaires indemnisées était de 306,32 k€. Sur la période 2016 à 2019, ce montant a baissé de 11 % et en 2020, il a progressé de près de 18 %.

Il a été constaté qu'en 2019 plusieurs agents avaient dépassé le maximum de 20 heures supplémentaires mensuelles prévu à l'article 6 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002. Interrogé à ce sujet, l'ordonnateur a précisé qu'il avait détecté cette attribution erronée qui ne correspondait pas à des heures supplémentaires mais bien à des interventions (déplacements) sur astreintes payées sur le taux heure supplémentaire. L'erreur a été rectifiée en juin 2020.

En plus des CET, il existait au sein de l'établissement un compte qualifié « d'historique » qui regroupait des heures non rémunérées, non inscrites sur un CET et non rattrapées sous forme de congés. Cela représentait un total de 40 887 heures pour 456 agents au 31 décembre 2020 et de 26 431 heures pour le même nombre d'agents au 31 décembre 2021. Lorsque qu'un agent quittait définitivement l'établissement, ces heures étaient récupérées dans la mesure du possible avant le départ, sinon elles étaient soldées en paiement d'heures supplémentaires. Cette pratique n'était pas conforme à la réglementation car les heures supplémentaires doivent être indemnisées, récupérées ou placées sur un compte épargne-temps. Ce système s'avérait plutôt favorable aux agents dans la mesure où l'indemnisation était calculée en fonction du dernier indice atteint avant le départ en retraite et, contrairement au CET, aucun plafond réglementaire ne limitait l'alimentation de ce compte personnel. Pour l'hôpital, le gain à court terme était également important dans la mesure où aucune provision n'était constituée, contrairement au compte épargne-temps. Le nombre de jours accumulés a beaucoup diminué à l'occasion de la crise sanitaire car les jours non travaillés ont fait l'objet d'une reprise sur ce compte « historique ». Au cours de l'instruction et dans le rapport d'observations provisoires, la chambre régionale des

comptes a demandé qu'il soit mis un terme à cette pratique qui consistait à reporter la charge sur les exercices futurs, ce qui engendrait un risque financier non couvert. Dans la réponse qu'il a adressée le 2 août 2022, le directeur de l'établissement a indiqué qu'il avait été mis fin à ce système de cumul des heures supplémentaires.

Aux heures supplémentaires du personnel non médical, s'ajoute le temps de travail additionnel (TTA) réalisé par les praticiens. Les périodes de temps additionnel sont soit indemnisées (en totalité ou partiellement), récupérées (en totalité ou partiellement) ou versées sur le compte épargne-temps. En 2019, le montant des indemnités versées au titre du temps de travail additionnel s'élevait à 669,23 k€.

Il est difficile de savoir si le centre hospitalier a signé des contrats de temps de travail additionnel avec tous les praticiens car il n'a retrouvé que les contrats concernant un seul praticien. Il s'agit pourtant d'une obligation réglementaire rappelée à l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé : *« Que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. Ce contrat peut être dénoncé, sous réserve d'un préavis d'un mois, par l'une des parties »*. L'établissement indique que les praticiens actuellement en poste ne pratiquent pas de temps additionnel. Néanmoins, il conviendra que soient systématiquement établis des contrats de temps de travail additionnel pour l'ensemble des médecins concernés afin de se conformer aux dispositions prévues par le code de la santé publique. Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur de l'hôpital mentionne que ce point a été traité.

7.2.3 Les comptes épargne-temps

Le bilan social 2018 produit par le centre hospitalier ne mentionnait pas les jours des comptes épargne-temps (CET). Fin 2019, le personnel médical disposait de 1 568 jours de CET stockés, ce qui représentait un peu plus de 25 jours par agent (82 jours par agent possédant un CET). Ces données sont inférieures à celles constatées (en 2018) dans les hôpitaux de la même strate (29,2 jours). En 2020, le nombre de jours stockés a baissé de 27 % par rapport à 2019.

Pour le personnel non médical, le nombre de jours de CET stockés est plus élevé : 3 035 jours en 2019, soit un peu plus de cinq jours par agent employés par l'établissement. Cette donnée est proche de la moyenne nationale (4,5 jours dans les établissements comparables). Le nombre de jours stockés sur les comptes était de 28,63 jours en 2019 et de 22,05 jours en 2020.

7.3 L'absentéisme

En 2019, le taux d'absentéisme du personnel médical était de 0,87 % (soit 110 jours) lié à 90 % aux accidents de travail. Ce taux est inférieur à la moyenne relevée en 2018 dans les CH appartenant à la même strate (3,5 % pour ceux ayant plus de 70 M€ de recettes) ; en revanche, en 2018, il était supérieur avec un taux de 3,72 %. En 2020, ce taux est de 1,76 %, la maladie ordinaire étant le seul motif d'absentéisme. L'analyse de ces données en termes de tendance est toutefois assez délicate car, contrairement au personnel non médical, les effectifs concernés sont faibles, ce qui implique parfois des variations importantes d'une année sur l'autre.

Le taux d'absentéisme du personnel non médical est en constante progression sur la période. La première cause d'absence est liée à la maladie ordinaire (40 %) devant les accidents de travail (17,5 %), les congés de longue durée (17 %) et la maladie professionnelle (16,25 %). En 2018, ce taux était comparable à celui de la moyenne relevée dans les grands centres hospitaliers (8,7 % pour ceux ayant plus de 70 M€ de recettes). Les jours d'absence pour maladie professionnelle ont le plus progressé (+ 542 %) de 2016 à 2020, mais ce type d'absence n'est pas très révélateur car il s'agit de congés longs pouvant induire de fortes variations d'un exercice à l'autre.

La hausse très significative des absences pour maladie ordinaire enregistrée en 2020 est liée à l'épidémie de covid 19, toutefois l'établissement indique qu'il n'est pas en mesure d'identifier avec précision ces absences car les arrêts de travail ne comportent pas ce type d'information.

Tableau n° 33 : absentéisme du personnel non médical

	Nombre de jours d'absence				
	2016	2017	2018	2019	2020
Maladie professionnelle	1				5
Maladie à caractère professionnel	5				
Maladie ordinaire	656	622	537	439	454
Accidents de travail	16	18	22	20	4
Maternité, paternité, adoption	14			5	4
Total < 6 jours	692	640	559	464	470
Maladie professionnelle	488	434	2 147	2 660	3 135
Congés de longue durée, congés de longue maladie	1 114	1 236	2 607	2 757	1 484
Maladie ordinaire	7 494	6 852	6 793	6 058	10 499
Accidents de travail	1 460	1 018	2 180	2 838	2 850
Maternité, paternité, adoption	2 374	1 946	1 911	1 590	2 428
Total >= 6 jours	12 930	11 486	15 728	15 903	20 396
Total	13 622	12 126	16 287	16 367	20 866
ETPT moyen	489,69	501,4	501,5	488,5	508,5
Taux d'absentéisme	7,62 %	6,63 %	8,90 %	9,18 %	11,24 %

Source : CHO

8 LES CONTRATS ET CONVENTIONS CONCERNANT LE PERSONNEL MEDICAL

8.1 L'activité libérale des praticiens hospitaliers

Un seul contrat d'activité libérale est en vigueur. Il concerne un hépato-gastro-entérologue en secteur 1 qui encaisse directement ses honoraires. Son contrat a été

renouvelé en 2021 pour une durée de cinq ans et selon le modèle réglementaire prévu par l'annexe de l'article R. 6154-4 du code de la santé publique (CSP). Cette activité libérale donne lieu au versement d'une redevance par le praticien, en application de l'article D. 6154-10-1 du CSP. Celle-ci est fixée en pourcentage des honoraires qu'il perçoit au titre de cette activité, 15 % pour les consultations et 16 % pour les actes. En 2019, le praticien a perçu 57 k€ d'honoraires et a reversé à l'établissement 8,5 k€ de redevance.

L'article L. 6154-5 du CSP dispose que dans chaque établissement public de santé où s'exerce une activité libérale une commission de l'activité libérale (CAL), composée de membres désignés pour trois ans, doit veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires. La dernière décision relative au renouvellement de la composition de la commission d'activité libérale (CAL) est l'arrêté du 18 juin 2018. Cette décision n'est plus valide et l'établissement est dans l'attente de la désignation d'une nouvelle commission par l'ARS.

Les articles R. 6154-14 et R. 6154-11 du CSP prévoient que la commission d'activité libérale (CAL) se réunit au moins une fois par an et qu'elle établit chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité. Or, l'hôpital a indiqué qu'il n'y avait pas eu de contrôle de l'activité libérale sur la période examinée. Par ailleurs, il conviendrait que les tableaux de service mentionnent l'activité libérale de ce praticien afin de faciliter le contrôle du temps consacré à cette activité (limité par les textes à 20 % de son temps de travail).

8.2 Les contrats de cliniciens

L'hôpital a recours à des contrats de cliniciens en application de l'article L. 6152-1 du CSP. Ces cliniciens hospitaliers sont des praticiens contractuels à temps plein ou partiel recrutés par contrat sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Il s'agit d'un contrat à durée déterminée conclu pour une durée de trois ans au plus, avec une durée totale d'engagement ne pouvant excéder six ans, renouvellement compris. Ne s'agissant pas d'un statut, le salaire est négociable dans la limite de celui servi à un praticien hospitalier au dernier échelon, majoré de 65 %. Les conditions salariales peuvent donc être très avantageuses par rapport à celles d'un PH, même si une certaine précarité est attachée au contrat. Le salaire comprend une part fixe et une part liée aux performances. L'article L. 6152-3 du CSP prévoit que le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé par contrats de cliniciens sont fixés par le CPOM.

L'établissement n'a transmis qu'une annexe au CPOM signée en 2016 pour le recrutement d'un clinicien anesthésiste. Or, sur la période examinée, le CHO a eu recours à quatre contrats de clinicien (trois anesthésistes et un chirurgien orthopédique).

Les contrats conclus par le CHO prévoyaient le versement de l'indemnité d'engagement de service public exclusif (IESPE) alors que le statut des cliniciens (article R. 6152-707 du CSP) excluait ces derniers de toute activité libérale. Les contrats prévoyaient également l'attribution de 19 jours de réduction de temps de travail (RTT). Or, selon les dispositions de l'article R. 6152-801 du CSP, seuls les praticiens hospitaliers, les praticiens contractuels, les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés peuvent bénéficier d'une réduction annuelle de leur temps

de travail²⁵. Les cliniciens en étaient donc exclus et ne pouvaient pas se voir attribuer des jours RTT.

Les contrats de cliniciens signés avant 2021 prévoyaient l'attribution de jours RTT et de l'indemnité de service public exclusif. Celui signé le 28 janvier 2021 ne mentionnait plus l'IESPE mais le forfait de 19 jours de RTT figurait toujours dans le document contractuel.

L'article R. 6152-711 du CSP prévoit une évaluation de l'activité des praticiens cliniciens reposant sur un entretien avec le chef de pôle et donnant lieu à la rédaction d'un compte rendu écrit transmis au directeur de l'établissement. Cette procédure n'a pas été respectée car pour les deux contrats qui ont pris fin les comptes rendus d'évaluation n'ont pas été établis.

À compter du 1^{er} janvier 2022, est entré en vigueur le statut de nouveau praticien contractuel. Celui-ci se substitue aux statuts de praticien contractuel, de praticien attaché ainsi qu'au contrat de clinicien hospitalier. Le statut de nouveau praticien contractuel instaure un plancher de rémunération unique de 39 396 € bruts par an, hors prime et indemnités et un plafond de rémunération unique de 67 740 € bruts par an, hors primes et indemnités. Cependant, s'inspirant de l'ancien contrat de clinicien, il existe une possibilité de part variable dans la limite d'une rémunération totale de 119 130 € bruts par an. Pour éviter tout vide juridique, des dispositions transitoires sont prévues. Ainsi, les praticiens sous contrat jusqu'au 1^{er} janvier 2022 seront régis par leur contrat jusqu'au terme de celui-ci. Ils continueront de percevoir les montants de rémunération attachés au contrat. Cependant, tout renouvellement ou tout avenant devra être conclu sous le nouveau statut. Les dispositions du décret n° 2022-135 du 5 février 2022 relatives aux nouvelles règles applicables aux praticiens contractuels ne prévoient pas le versement à ces derniers de l'indemnité exclusive de service public pouvant être attribuée aux praticiens hospitaliers.

8.3 Les praticiens libéraux qui participent au service public hospitalier

Des praticiens libéraux participent au service public hospitalier dans le cadre de l'article L. 6133-1 du code de la santé. Pour cela, le groupement de coopération sanitaire (GCS) « Haut Béarn et Soule » a été constitué par convention du 13 avril 2011 entre le centre hospitalier et l'association des praticiens libéraux d'Oloron-Sainte-Marie (APLOSM). Il a pour objet de faciliter la réalisation et la continuité des activités de médecine, chirurgie et gynécologie-obstétrique dans le cadre du service public de manière à maintenir une offre de soins de proximité complète, pérenne et de qualité sur le territoire de santé d'Oloron-Sainte-Marie. Le CH et l'association ont chacun 50 % des droits sociaux. Son siège se situe au centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie.

La rédaction de l'article 6.1 des statuts de ce GCS pose problème dans la mesure où elle impose aux praticiens libéraux souhaitant participer au service public hospitalier d'adhérer à l'association APLOSM.

« Article 6.1 : Le Groupement n'a pas vocation à admettre de nouveaux membres, les praticiens libéraux étant regroupés au sein de l'Association, signataire des présentes. Dans

²⁵ Il s'agit des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologistes régis par les dispositions des sections 1 à 6 du chapitre II du livre 1^{er} de la partie réglementaire du code de la santé publique. Les cliniciens étaient, quant à eux, régis par les dispositions de la section 7 du CSP.

l'hypothèse où de nouveaux praticiens souhaiteraient participer au service public hospitalier, ils devraient, après accord préalable du centre hospitalier, intégrer l'Association... ».

L'article 3 des statuts de cette association dispose qu'elle a pour objet « *de permettre aux médecins libéraux qui y adhèrent de participer au service public hospitalier dans le respect de leur statut libéral et à cet effet, de participer au Groupement de Coopération Sanitaire qui sera créé à cet effet ...* ».

La chambre s'interroge sur les objectifs ayant conduit à la constitution de ce GCS. Il a probablement été créé suite à la fermeture de la clinique et à la reprise de son activité par le centre hospitalier en 2011. Toutefois, ce groupement ne semble pas actif. Sa comptabilité devrait être tenue par un comptable public (article 10 de la convention constitutive) mais le centre hospitalier a indiqué, qu'à sa connaissance, il n'y avait pas de comptable nommé pour le GCS « Haut-Béarn et Soule ». Par ailleurs, d'après la convention constitutive, l'assemblée générale se compose de deux représentants du centre hospitalier dont le directeur et de deux représentants de l'association dont son représentant légal et se réunit aussi souvent que l'intérêt du groupement l'exige et au moins une fois par an. Lors de l'instruction, il a été demandé la transmission des décisions nommant les membres de l'assemblée générale et les comptes-rendus de réunion des assemblées annuelles. Le centre hospitalier n'a pas retrouvé ces documents, ce qui indique que le groupement n'a pas d'activité réelle. Dans son rapport d'observations provisoires, la chambre régionale des comptes a donc recommandé de dissoudre ce GCS, d'autant plus qu'il est maintenant possible de contracter individuellement avec chaque praticien conformément aux dispositions de l'article L. 6146-2 du code de la santé publique. En réponse aux observations provisoires, le président de l'association des praticiens libéraux d'Oloron Sainte-Marie (APLOSM) confirme que ce GCS n'est plus actif. Il indique, toutefois, qu'il a rencontré le directeur de l'hôpital afin de maintenir et réactiver cette structure. Dans ce courrier, il précise, par ailleurs, que les contrats des médecins libéraux seront revus et transmis au conseil de l'ordre des médecins.

Deux contrats de praticien libéraux ont été communiqués par l'établissement. L'un concerne un chirurgien orthopédiste et l'autre un ophtalmologue qui a récemment cessé son activité au sein de l'hôpital. Ces praticiens sont rémunérés à l'acte conformément aux dispositions de L. 162- 1- 7 et L. 162- 14- 1 du code de la sécurité sociale. Chaque mois le comptable du centre hospitalier crédite le compte du praticien après retenue de la redevance due à l'hôpital. L'annexe financière au contrat du chirurgien orthopédiste prévoit un montant d'honoraire égal à 90 % (révisable chaque année au regard des coûts de fonctionnement et de la tarification applicable) du montant déterminé par le tarif CCAM et une rémunération de la permanence des soins aux conditions réglementaires prévues par l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins. Celle de l'ophtalmologue mentionne un taux de 92 % (révisable chaque année au regard des coûts de fonctionnement et de la tarification applicable) du montant déterminé par le tarif CCAM.

Le montant des honoraires reversés à ces praticiens libéraux est élevé (495 822 € au total en 2021) au regard de leur « quotité » de travail au sein de l'établissement, ce qui témoigne d'une activité importante qui contribue à enrichir l'offre de soins sur le territoire de santé. Toutefois, si ces actes étaient réalisés par des praticiens de l'hôpital ce dernier encaisserait les recettes de l'Assurance maladie dans le cadre de la tarification à l'activité et le différentiel existant entre le montant des recettes et les émoluments des médecins entrerait dans les caisses de l'établissement de santé alors qu'aujourd'hui seul le montant de la redevance revient *in fine* à l'hôpital (35 906 € en 2021). Dans sa réponse aux observations provisoires, le président d'APLOSM souligne la difficulté de recrutement de praticiens et indique que, selon lui, l'organisation en vigueur au CH

d'Oloron-Sainte-Marie est la solution la moins coûteuse pour l'hôpital public afin de maintenir l'offre de soins sur le territoire.

8.4 Le cas de l'imagerie

Le centre hospitalier n'employant pas de radiologue public, il a conclu le 15 décembre 2016 un contrat de participation aux soins (régi par l'article L. 6122-15 du code de la santé publique) avec une SELARL²⁶. Par ce biais, l'hôpital autorise les praticiens libéraux de ladite société à pratiquer, à titre libéral, une activité d'imagerie au sein du centre hospitalier couvrant les champs de la radiologie conventionnelle, de l'échographie, et de la scanographie. Avec l'entrée en vigueur de la loi du 26 janvier 2016 ayant porté création des groupements hospitaliers de territoire (GHT), le centre hospitalier a adhéré au GHT Béarn et Soule. Ce GHT et des praticiens libéraux réunis au sein d'une SCM²⁷ ont constitué un GCS ayant pour objet l'exploitation d'un matériel d'imagerie à résonance magnétique (IRM) qui sera bientôt implanté sur le centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie. Afin d'étendre la participation de la SELARL aux vacations d'IRM, un avenant au contrat de participation aux soins a été signé le 31 octobre 2019.

Les honoraires encaissés par le centre hospitalier sont reversés à la SELARL, déduction faite d'une redevance représentant la part des frais supportés par le centre hospitalier pour les moyens matériels et humains qu'il met à la disposition des praticiens libéraux. Le taux de cette redevance est fixé à 10 % pour les consultations et les actes d'échographie et à 30 % pour les actes de radiologie conventionnelle. Il n'est pas appliqué de redevance pour les actes de scanners et d'IRM car c'est le CH qui reverse à la société une somme fixée forfaitairement pour l'indemniser des dépenses liées au système d'archivage numérique qu'elle finance et qui ont vocation à être rémunérées par le forfait technique. Les honoraires versés par le centre hospitalier à la SELARL sont importants puisqu'ils s'élevaient à 621,48 k€ en 2019, 439,50 k€ en 2020 et 503,20 k€ en 2021 (pour 10 vacations du lundi au vendredi).

Cette SELARL ne participe pas à la permanence des soins. Les interprétations des images la nuit, le week-end et les jours fériés sont réalisées par les urgentistes pour la radiologie conventionnelle car ils sont presque les seuls prescripteurs. Ils font une première lecture et les comptes rendus sont ensuite réalisés par les radiologues libéraux le lendemain matin ou le lundi matin. Pour le scanner, l'interprétation et les comptes rendus sont réalisés en télé-radiologie par un prestataire de services pendant la période de la permanence des soins. Le coût annuel de cette prestation était de 175,22 k€ en 2019, 178,06 k€ en 2020 et 147,63 k€ en 2021.

8.5 Les praticiens « vacataires »

Auparavant, le centre hospitalier signait des contrats de mise en contact avec des agences d'intérim mais le personnel était salarié du CHO le temps de sa mission. Depuis 2021, le

²⁶ Société d'exercice libéral à responsabilité limitée.

²⁷ Société civile de moyens.

recrutement médical se fait en direct afin d'assurer une régularité des remplaçants et tenter de fidéliser les médecins sur des contrats de praticiens contractuels.

En 2019, le coût de ce type de contrats courts était de 1,4 M€ et il a sensiblement augmenté en 2020 durant la crise sanitaire. Le nombre de contrats conclus chaque année est très important car il s'agit généralement de contrats de quelques jours qui sont appelés à se renouveler très régulièrement. Il n'est pas rare de constater que certains praticiens interviennent 10 à 12 mois par an au sein du centre hospitalier.

Tableau n° 34 : le coût du personnel médical « vacataire »

Personnel médical « vacataire » (€)	2018	2019	2020
Nombre de contrats	1 776	1 672	1 674
Salaires bruts	1 358 617,00	1 322 926,00	1 864 946,00
Frais agence intérim	22 184,91	44 072,61	332 280,85
Frais déplacement		26 815,00	33 099,00
Frais de logement		15 971,59	37 463,80
Total coût de l'intérim	1 380 801,91	1 409 785,20	2 267 789,65

Source : CHO

9 LES DYSFONCTIONNEMENTS CONCERNANT LA GESTION DE LA PAIE

9.1.1 L'audit du cabinet ORCOM

Suite à une lettre de mission du 12 décembre 2019, le cabinet ORCOM a produit un audit du processus de paie²⁸. Les constats découlant de ce travail ont mis en évidence des dysfonctionnements importants parmi lesquels on peut citer les points suivants :

- il n'existait ni procédure ou mode opératoire permettant d'encadrer le dispositif d'élaboration de la paie, ni cartographie des risques, ni de suivi budgétaire relatif aux dépenses de personnel ;
- en juillet 2019 un plan d'actions portait sur la correction de situations d'anomalies concernant le régime indemnitaire notamment (SFT²⁹, GIPA³⁰, IFTS³¹, etc.) mais l'établissement manquait de visibilité sur les impacts financiers associés aux corrections déjà opérées et sur le nombre de dossiers contrôlés et restant à contrôler ;
- les quotités mentionnées dans la convention de direction commune (formalisée mais non signée à la date de l'audit) n'étaient pas le reflet de la réalité des temps passés. Ce sont ces

²⁸ Coût : 15 700 € HT.

²⁹ SFT : supplément familial de traitement.

³⁰ GIPA : garantie individuelle du pouvoir d'achat.

³¹ IFTS : indemnités horaires ou forfaitaires pour travaux supplémentaires.

quotités de temps qui sont ensuite facturées. Cela est également le cas pour les mises à disposition dans le cadre du GHT ;

- les conventions de mise à disposition du personnel médical (MAD) ont été formalisées mais non signées. Le recensement de ces MAD n'est pas exhaustif ;
- les déplacements faisaient l'objet d'un ordre de mission provisoire avec mention des indemnités kilométriques à prévoir et autres frais. Il n'y avait pas de validation spécifique du chef de service ou du cadre de santé ;
- l'établissement n'avait pas de visibilité sur les droits d'accès ouverts et leurs natures sur les logiciels de suivi de temps de travail et de paie. Les mots de passe n'étaient pas personnalisés ;
- les références de temps de travail étaient différentes auprès d'agents d'une même catégorie de personnel. Le CHO n'avait pas de visibilité sur les agents qui badgeaient ou non, en lien avec leurs catégories ;
- les heures supplémentaires et les CET étaient payés mais n'étaient jamais décomptés dans le logiciel de ressources humaines GESTOR. Un travail important a été effectué en 2019 pour la correction des heures supplémentaires payées (uniquement année 2019, impossibilité de remonter antérieurement) ;
- il n'existait pas de rapprochement entre les effectifs payés et les effectifs présents, ni entre les données de paie et les données comptables.

Des corrections ont été apportées à la suite de cet audit et les processus ont été revus. Interrogés sur les actions mises en œuvre, la direction de l'établissement a fait part de plusieurs modifications visant à sécuriser les procédures. Ainsi, l'ordonnateur indique que l'ensemble des conventions de mise à disposition concernant les personnels non médicaux et plus récemment les personnels médicaux ont été mises à jour et actualisées le cas échéant. Les ordres de mission sont édités et complétés par des justificatifs systématiques et les véhicules de service sont proposés à chaque déplacement, les réservations étant contrôlées par le secrétariat de direction. L'ensemble des accès informatiques a été revu et les accès caducs (personnels ayant quitté l'établissement, n'ayant pas de droit d'accès légitime, ou n'exerçant plus au service RH) ont été supprimés. Un contrôle et une mise à jour des accès sont réalisés tous les six mois. Des corrections ont été effectuées sur les bulletins de salaire. Selon la direction, la restriction d'accès aux modalités de validation des heures supplémentaires implique un double contrôle : celui effectué par les cadres supérieurs et la validation finale accordée exclusivement par la DRH. Par ailleurs, un double contrôle des compteurs est effectué au sein du service RH et les *plannings* sont mis à jour au plus tard au 5 du mois suivant afin de pouvoir établir une paie fiable. L'ensemble des CET non médicaux et plus récemment médicaux ont été mis à jour et sont suivis annuellement. Les demandes d'imputation de jour sur les CET sont strictement contrôlés. Par ailleurs, un double contrôle de paie a été instauré et un calendrier contraint a été imposé pour la remontée des variables de paie avant le 5 du mois en cours afin de permettre ce contrôle. Selon la direction de l'établissement, les régularisations opérées sur la paie de 2019 sont estimées à 80 k€ pour le personnel non médical. Une démarche identique n'a pas été menée pour le personnel médical.

9.1.2 Les constats de la chambre sur la paie des médecins « vacataires » en 2019

Eu égard au nombre de contrats de médecins « vacataires » conclus par l'établissement, la chambre régionale des comptes a examiné les contrats et les bulletins de salaire de ces

praticiens pour l'exercice 2019. À cette occasion, il a été constaté que l'ensemble des contrats transmis par le CH n'étaient pas signés par les praticiens et que des incohérences existaient entre les contrats et les bulletins de salaire. Interrogé à ce sujet, le centre hospitalier n'a pas été en mesure d'apporter des explications et a indiqué que les tarifs étaient variables d'un contrat à l'autre et ne correspondaient pas nécessairement aux rémunérations finalement versées. Il a réalisé un contrôle aléatoire portant sur quatre praticiens rémunérés en 2019 et des écarts systématiques (plus ou moins importants) ont été relevés entre le salaire perçu et celui mentionné dans les contrats.

Face à ce constat, la chambre régionale des comptes a procédé à un contrôle plus élargi sur 127 contrats de médecins vacataires conclus au cours de l'année 2019. À l'issue de cette vérification, de nombreuses observations critiques peuvent être faites.

La rédaction des contrats aurait mérité davantage de précision. D'une part, ils visaient le décret 93-701 du 27 mars 1993 qui est abrogé depuis le 26 juillet 2005 (par le décret n° 2005-840 du 20 juillet 2005) et, d'autre part, la rémunération était exprimée en euros nets. Les contrats étaient généralement libellés de la manière suivante : « *Monsieur le Docteur X percevra, après service effectué, des émoluments correspondant à 600 € (six cents euros) nets par garde + déplacements, pour la durée du présent contrat* ». L'indication d'un salaire brut, comme c'est le cas dans la plupart des contrats de travail, aurait été préférable ou l'emploi de la mention « net avant impôts » notamment depuis l'instauration du prélèvement à la source à compter de 2019. Le remboursement des frais d'hébergement et/ou de déplacement ne comportait aucune indication quant au tarif appliqué (barème fonction publique). Le terme de « garde » était souvent inapproprié et imprécis dans la mesure où une garde s'entend généralement pour 24 heures alors que dans certains contrats, il s'agissait parfois de « demi-garde » de 12 heures. L'arrêté de 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins dans les établissements publics de santé indique à cet égard que « *les activités médicales et pharmaceutiques sont organisées en demi-journées ou par dérogation en heures dans des structures à temps médical continu* ».

Sur 127 contrats examinés tous comportent des incohérences entre le montant payé et celui figurant au contrat. Ainsi, le montant net figurant dans les contrats ne correspond jamais au montant net versé avant impôt qui apparaît sur les feuilles de paie. Les écarts sont variables (de quelques euros à plusieurs milliers d'euros) et leur caractère récurrent révèle un dysfonctionnement majeur dans le contrôle de la paye.

Tous les contrats vérifiés sont concernés par des différences de rémunération et 53 d'entre eux comportent également des anomalies relatives aux périodes de temps de travail, les jours mentionnés sur les bulletins de salaire ne correspondant pas à ceux figurant dans les contrats. Dans ce cas, le nombre de jours rémunérés correspondait au nombre de jours figurant sur le bulletin de salaire. On peut donc penser que les jours de travail de ces praticiens ont été modifiés par rapport à ceux figurant au contrat mais aucun avenant n'a été produit.

Malgré la mention « paiement après service effectué » qui figurait dans les contrats, la totalité du salaire était généralement versée le mois même, y compris lorsque le médecin travaillait en toute fin de mois. La liquidation était donc effectuée par anticipation puisqu'aucune mention « d'avance » figurait sur le bulletin de salaire. Ainsi, de nombreux praticiens qui travaillaient les 30 ou 31 du mois touchaient la totalité de leur salaire sur le mois en question.

Par ailleurs, en l'absence de tableaux de service réalisés, il n'était pas possible de contrôler la présence effective du praticien pour les périodes rémunérées. Il existait bien des tableaux dits de gardes mais les modèles de ces documents variaient selon les services et

comportaient des incohérences. Certains tableaux n'étaient pas signés et généralement la date de signature était antérieure au mois considéré. Parmi les autres incohérences relevées, on peut également mentionner quelques « copier-coller » malheureux, des tableaux relatifs à 2019 comportant des dates avec l'année 2018 ou des tableaux relatifs au mois de février 2019 mentionnaient des dates du mois de janvier.

Le caractère récurrent de ces erreurs ou incohérences pose question. Par ailleurs, au-delà des constats effectués sur les contrats et bulletins de salaire de l'année 2019, le centre hospitalier a rencontré de grandes difficultés pour communiquer des pièces relatives à la rémunération faute d'une politique d'archivage adéquate.

Depuis 2021, les procédures se sont améliorées, tant du point de vue du processus de paye que de la conservation des pièces. Aujourd'hui, les contrats sont moins ambigus dans la mesure où les médecins sont rémunérés sur une base d'une durée de temps de travail de 24 heures éventuellement proratisée au temps réellement effectué ou par vacation à la journée. Dans ce cas, le nombre d'astreintes est prévu au contrat, ce qui facilite le contrôle du calcul de la liquidation des sommes dues. À compter du 1^{er} janvier 2021, par décision n° 2021-039, le directeur a fixé la rémunération de la façon suivante :

- pour les praticiens dont les obligations de service sont fixées en demi-journée : 600 € pour une journée sans astreinte, et 700 € pour une journée avec astreinte ;
- pour les praticiens dont l'activité médicale est fixée en temps continu : 1 560 € pour une garde de 24 heures aux urgences et 1 300 € pour une garde de 24 heures en anesthésie.

Les contrats conclus début 2022 visaient les dispositions des articles R. 6152-401 et suivants du code de la santé publique qui concernaient les médecins contractuels. Ces dispositions ont été modifiées ou abrogées depuis par le décret n° 2022-135 du 5 février 2022 et l'instauration du nouveau statut des praticiens contractuels qui se traduit par une mise en extinction des anciens statuts de praticien contractuel, praticien attaché et praticien clinicien. Les conditions de recrutement et de rémunération de ces contractuels doivent maintenant être conformes aux dispositions des articles R. 6152-334 et suivants du code de la santé publique. En matière de rémunération, l'article R. 6152-355 prévoit que la rémunération d'un praticien contractuel comprend des émoluments mensuels fixés conformément à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et du budget, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat, auxquels peuvent s'ajouter une part variable et, le cas échéant, des primes et indemnités listées à l'article D. 6152-356 du CSP. Il conviendrait donc que les contrats de ces médecins fassent désormais référence aux dispositions réglementaires en vigueur, notamment en ce qui concerne leur rémunération.

Recommandation n° 13 : se conformer désormais au statut des nouveaux praticiens contractuels, notamment en ce qui concerne leur rémunération.

Recommandation n° 14 : poursuivre les démarches engagées pour fiabiliser les processus administratifs relatifs à la gestion du personnel médical et non médical (paye, gestion des carrières etc.).

ANNEXES

Annexe n° 1. Détail des parts de marché en médecine, chirurgie et cancérologie.....	58
Annexe n° 2. Organisation de la permanence des soins au niveau du groupement hospitalier de territoire	59
Annexe n° 3. Message de demande de rançon reçu suite à la cyber-attaque	60
Annexe n° 4. Modes d'entrée et de sortie au CHO	61
Annexe n° 5. Principaux domaines d'activité et catégories majeures de diagnostics.....	62
Annexe n° 6. Restes à recouvrer	64
Annexe n° 7. Réémissions de titres.....	64
Annexe n° 8. Surcoûts liés à l'épidémie de covid-19	65
Annexe n° 9. Évolution capacitaire liée au programme de restructuration du site principal.....	67
Annexe n° 10. Photos du chantier de restructuration de l'hôpital	68
Annexe n° 11. Glossaire	70

Annexe n° 1. **Détail des parts de marché en médecine, chirurgie et cancérologie****Parts de marché en médecine**

	2016	2017	2018	2019	2020
CH Oloron-Sainte-Marie	46,1	46,2	48,2	48,3	44,1
CH Pau	17,9	18,2	16,9	17,0	16,0
CH Saint-Palais	9,0	8,1	8,6	10,2	9,8
CH Côte basque (Bayonne)	3,2	3,1	3,3	3,7	4,5
CHU Bordeaux	4,9	4,3	3,6	3,6	3,1

Source : hospidiag

Parts de marché en chirurgie (HC)

Hospitalisation complète	2016	2017	2018	2019	2020
CH Oloron-Sainte-Marie	35,4	33,9	32,6	31,9	30,9
CH Pau	15,5	15,2	15,9	16,8	14,4
Polyclinique de Navarre (Pau)	14,5	16,0	15,0	14,3	16,5
Polyclinique Marzet (Pau)	10,6	10,4	11,2	10,7	11,4
CH Côte Basque (Bayonne)	3,1	3,8	3,8	5,0	4,6
CH Saint-Palais	5,0	4,2	3,9	4,6	4,7
CHU Bordeaux	3,4	3,0	3,8	3,2	3,1
Activité ambulatoire	2016	2017	2018	2019	2020
CH Oloron-Sainte-Marie	41,5	37,1	35,5	37	36,4
Polyclinique de Navarre (Pau)	13,0	15,4	16,0	17,6	20,2
CH de Saint-Palais	6,3	6,7	5,4	6,7	5,0
Polyclinique Marzet (Pau)	10,6	11,1	11,0	7,8	8,9

Source : hospidiag

Parts de marché en cancérologie (HC) et chimiothérapie

Cancérologie	2016	2017	2018	2019	2020
CH Oloron-Sainte-Marie	33,4	33,2	34,7	35,8	30,8
CH Pau	18,0	19,5	18,4	19,9	20,0
Polyclinique de Navarre (Pau)	9,7	8,7	8,3	8,0	10,0
Polyclinique Marzet (Pau)	7,5	8,3	9,5	8,6	5,6
Chimiothérapie	2016	2017	2018	2019	2020
CH Oloron-Sainte-Marie	27,6	26,2	27,0	29,8	28,0
Polyclinique Marzet (Pau)	36,7	36,0	36,2	30,0	31,1
CH Pau	22,6	25,1	27,5	28,0	22,7

Source : hospidiag

Annexe n° 2. Organisation de la permanence des soins au niveau du groupement hospitalier de territoire

Permanence des soins telle que définie dans le schéma du GHT

Spécialités	Modalités d'organisation
Anesthésie adulte	Une garde (couplée avec les soins continus à partir de 17h en semaine, les samedis, dimanches et jours fériés)
Biologie	Une astreinte
CardiologieUSIC	Une astreinte
Cardiologie /affection vasculaire/pathologie cardio vasculaire	
Urgences	Deux gardes
Chirurgie orthopédique et traumatologique	Une astreinte
Chirurgie viscérale et digestive	Une astreinte
Gynécologie obstétrique	Une astreinte
Gastro-entérologie	Une astreinte (renfort partiel par Pau)
Médecine gériatrique	Une astreinte
Médecine polyvalente	Une astreinte
Neurologie	Cf. médecine polyvalente
ORL odontologie-stomatologie	Une astreinte (renfort partiel par Pau)
Pédiatrie maternité + urgence	Une astreinte
Pneumologie	Cf. médecine polyvalente
Radiologie et imagerie médicale	Téléradiologie nuit 18h-8h, week-end et fériés
Réanimation chirurgie médicale et polyvalente	Cf. garde anesthésie

Source : schéma territorial de la permanence des soins du GHT

Annexe n° 3. Message de demande de rançon reçu suite à la cyber-attaque

```
YOUR ID : {c5e4919e-834e-42f3-acc8-843b0559bae1}
+++++
OOPS! YOUR IMPORTANT FILES HAS BEEN ENC:(RYPTED !!!
DO NOT WORRY! FILES ARE SAFE! JUST MODIFIED ONLY. (RSA + AES)
+++++
ANY ATTEMPT TO RESTORE YOUR FILES WITH THIRD-PARTY
SOFTWARE WILL PERMENANTLY DESTORY YOUR FILE !!!
NO SOFTWARE AVAILABLE ON INTERNET CAN HELP YOU!
ONLY WE HAVE SOLUTION TO YOUR PROBLEM.
WE ONLY SEEK MONEY AND DO NOT WANT TO DAMAGE YOUR REPUTATION.
-----
YOU NEED TO PAY $50,000 TO OUT ACCOUNT, AFTER THE PAYMENT
IS CONFIRMED, WE WILL IMMEDIATELY DELETE ALL OF YOUR FILES ON
OUR SERVER AND SEND THE DECRYPTION PROGRAM AND PRIVATE KEY TO YOU.
IF YOU DECIDE TO NOT PAY OR THERE IS NO PAYMENT WITHIN 7-DAYS,
WE WILL DELETE THE DECRYPTION KEY FROM OUR DATABASE, AND SOME
OF YOUR IMPORTANT DATA WILL BE RELEASE TO PUBLIC OR RE-SELL!
DO NOT KNOW HOW TO BUY BITCOIN ? JUST GOOGLE IT :)
-----
CONTACT US FOR PAYMENT CONFIRMION AND GET DECRYPTION SOFTWARE :
shadowghosts@tutanota.com
fortihooks@protonmail.com (IF NO ANSWER WITHIN 24-HOURS)
```

Source : CHO (main courante)

Annexe n° 4. Modes d'entrée et de sortie au CHO

Tableau n° 35 : mode d'entrée en court-séjour

Mode d'entrée en court-séjour	2016		2017	2018	2019	
	CHO	Catégorie	CHO	CHO	CHO	Catégorie
Domicile	45,8	49,1	48,0	44,1	45,8	49,1
Urgences	52,0	47,3	49,7	53,8	52,0	47,3
Transfert	1,9	2,9	2,1	1,7	1,9	2,9
Médico-social (dont EHPAD)	0,1	0,4	0,1	0,1	0,1	0,4
Mutation	0,3	0,4	0,2	0,3	0,3	0,4

Source : scansanté

Tableau n° 36 : mode de sortie en MCO

Mode de sortie en MCO	2016		2017	2018	2019	
	CHO	Catégorie	CHO	CHO	CHO	Catégorie
Domicile	86,10	85,30	83,60	81,40	82,70	84,60
Transfert	9,10	9,60	11,20	12,70	12,40	10,60
Mutation	2,30	2,70	2,30	2,40	2,00	2,40
Décès	2,50	2,40	3,00	3,50	2,90	2,40

Source : scansanté

Annexe n° 5. Principaux domaines d'activité et catégories majeures de diagnostics

En %

Domaines d'activité (DA)	2016	2017	2018	2019	2019 Catégorie
D01 – Digestif	20,81	19,97	21,73	22,28	17,8
D02 - Orthopédie traumatologie	16,43	17,40	18,60	17,86	8,2
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	10,07	10,35	11,56	12,07	9,1
D15 - Uro-néphrologie et génital	2,52	2,89	2,52	3,24	5,6
D09 – Pneumologie	7,14	7,40	8,15	8,04	8,1
D13 – Obstétrique	-	-	-	-	7,8
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	6,04	6,88	7,86	7,70	6,5
D14 - Nouveau-nés et période périnatale	-	-	-	-	5,8
D19 – Endocrinologie	2,12	1,87	2,49	1,84	2,6
D22 – Psychiatrie	0,82	1,25	1,53	1,22	2,5
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	3,17	4,18	4,67	4,63	5,2
D12 - Gynécologie – sein	1,08	1,16	0,52	0,25	2,0
D11 – Ophtalmologie	5,10	4,64	4,28	4,06	3,9
D23 - Toxicologie, intoxications, alcool	1,88	2,28	1,94	1,90	3,8
D04 – Rhumatologie	1,15	1,23	1,56	1,88	2,2
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	2,40	2,73	2,15	3,21	2,4
D10 - ORL, Stomatologie	5,47	4,10	4,52	4,51	3,2
D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	0,77	0,80	0,74	0,54	0,3
D16 – Hématologie	1,71	1,70	1,71	2,02	1,9
D24 - Douleurs chroniques, soins palliatifs	1,23	1,44	1,84	1,46	1,1
D18 - Maladies infectieuses (dont VIH)	0,69	0,63	0,75	0,82	0,8
D17 - Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	1,13	1,02	0,71	0,24	1,3
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	-	-	-	-	0,1
TOTAL	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00 %

Source : scansanté

Catégories majeures de diagnostic (CMD)	Pourcentage effectif				2019 catégorie
	2016	2017	2018	2019	
Affections du système nerveux	6,80	7,51	8,46	8,02	5,48
Affections de l'œil	4,63	4,14	3,78	3,57	2,74
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	4,97	3,65	3,99	3,97	2,71
Affections de l'appareil respiratoire	6,49	6,59	7,19	7,07	7,43
Affections de l'appareil circulatoire	10,03	10,18	11,08	11,32	8,77
Affections du tube digestif	15,58	14,68	16,61	16,34	13,80
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2,77	2,86	2,31	2,95	2,64
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	14,58	15,21	16,44	16,14	9,53
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	3,38	3,34	3,00	4,15	3,39
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1,45	1,23	1,71	1,32	1,95
Affections du rein et des voies urinaires	1,72	2,03	1,99	2,45	3,39
Affections de l'appareil génital masculin	0,28	0,42	0,24	0,39	1,06
Affections de l'appareil génital féminin	1,14	1,08	0,44	0,15	1,77
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	5,17	3,95	-	-	8,65
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3,13	2,24	-	-	5,18
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	1,31	1,28	1,31	1,53	1,68
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1,16	1,00	0,86	0,47	0,30
Maladies infectieuses et parasitaires	0,63	0,60	0,68	0,77	0,75
Maladies et troubles mentaux	0,76	1,13	1,35	1,07	2,08
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou	0,55	0,96	0,73	0,83	2,75
Traumatismes, allergies et empoisonnements	1,57	1,34	1,31	1,10	1,32
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	3,54	4,47	4,68	4,15	0,03
Séances	8,27	10,00	11,71	12,03	8,42
Total	100	100,00	100,00	100,00	

Source : scansanté

Annexe n° 6. Restes à recouvrer

Taux de restes à recouvrer

En k€ et %

Tous budgets	2016	2017	2018	2019	2020
Restes à recouvrer amiables (a) c/411	1 846,68	6 481,09	6 968,58	12 467,06	9 532,57
Restes à recouvrer contentieux (b) c/416	190,39	124,71	125,74	110,21	121,32
Total des produits net constaté ¹	45 892,22	45 798,70	41 569,72	48 544,41	50 129,78
Taux de restes à recouvrer : (a+b) / produits	4,39	14,23	17,07	25,91	19,26
Taux de restes à recouvrer contentieux	0,41	0,27	0,30	0,23	0,24

(1) produits nets constatés = total produits compte résultat consolidé – remboursement frais des budgets annexes vers le budget H (compte 7087)

Source : CHO, comptes financiers, calculs CRC

Annexe n° 7. Réémissions de titres

Annulation et réémissions de titres

en k€ et %

Compte	Budget	2016	2017	2018	2019	2020
673	H	89,43	38,50	342,35	19,76	325,33
	EHPAD E1	2,94	6,72	0,00	34,75	0,00
	EHPAD E2	22,87	15,15	20,66	55,49	6,49
	TOTAL	115,24	60,37	363,01	110,00	331,82
Taux d'annulation (1)		0,2 4	0,13	0,83	0,21	0,64
772-1	H	51,97	17,78	15,53	5,34	147,62
	EHPAD E1	2,94	5,34	0,00	10,85	0,00
	EHPAD E2	22,86	10,92	20,68	55,30	6,49
	TOTAL	77,76	34,03	36,20	71,48	154,11
Écart 673-772	H	37,46	20,72	326,82	14,42	177,72
	EHPAD E1	0,00	1,38	0,00	23,91	0,00
	EHPAD E2	0,00	4,23	0,00	0,20	0,00
	TOTAL	37,48	26,33	326,81	38,52	177,72
Taux de réémission	H	58,11	46,18	4,54	27,03	45,37
	EHPAD E1	100,00	79,47	-	31,21	ND
	EHPAD E2	99,92	72,06	100,09	99,65	100,00
	TOTAL	67,48	56,38	9,97	64,98	46,44

(1) Le taux d'annulation est égal à montant total annulé / total des produits

Source : CHO, comptes financiers

Annexe n° 8. Surcoûts liés à l'épidémie de covid-19

Tableau n° 37 : Suivi des surcoûts covid (budget H)

BUDGET H	Recettes perçues	Pertes de recettes à couvrir	Écart
Perte de recettes de titre 2	311 009 €	370 117 €	-59 108 €
Tests RT-PCR	226 407 €	226 407 €	0 €
Compensation des surcoûts covid Vague 1	202 553 €		202 553 €
Dotation forfaitaire pour compensation pertes de recettes et de dépenses	536 000 €		536 000 €
Prime covid (dont USLD)	229 250 €	229 250 €	0 €
Surcoûts de titre 1 (hors prime covid)		1 106 608 €	-1 106 608 €
Surcoûts de titre 2 (hors tests PCR)		170 024 €	-170 024 €
Surcoûts de titre 3		48 103 €	-48 103 €
Surcoûts de titre 4		11 819 €	-11 819 €
Pertes de recettes de titre 3 (chambre individuelle, repas accompagnant, activité libérale)		51 786 €	-51 786 €
TOTAL EXPLOITATION	1 505 219 €	2 214 114 €	-708 895 €
Compensation des surcoûts covid	108 253 €	63 574 €	44 679 €
Chariots pour isolement		9 450 €	-9 450 €
Brancards		35 228 €	-35 228 €
Surcoûts covid sur travaux		503 041 €	-503 041 €
Détendeurs pour équiper unité covid		736 €	-736 €
Fibroscope bronchique		9 197 €	-9 197 €
TOTAL INVESTISSEMENT	108 253 €	621 226 €	-512 973 €

Source : CHO

Tableau n° 38 : Suivi des surcoûts covid (budget USLD)

BUDGET E1 – USLD	Recettes perçues	Pertes de recettes à couvrir	Écart
Perte de recettes de titre 2 et 3		450 993 €	-450 993 €
Compensation des surcoûts covid	215 715 €		215 715 €
Surcoûts de titre 1 (hors prime covid)			0 €
Surcoûts de titre 2		2 959 €	-2 959 €
Surcoûts de titre 3		1 990 €	-1 990 €
Surcoûts de titre 4			0 €
TOTAL EXPLOITATION	215 715 €	455 942 €	-240 227 €

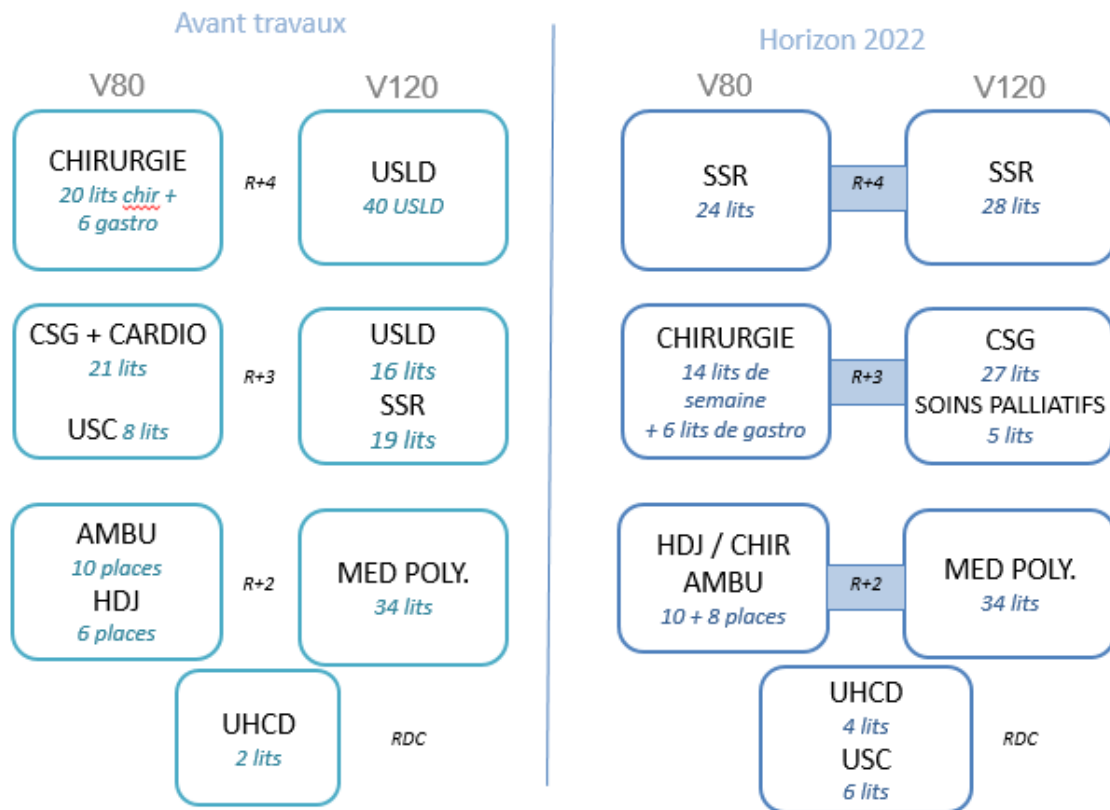
Source : CHO

Tableau n° 39 : Suivi des surcoûts covid (budget EHPAD)

BUDGET E2 – EHPAD	Recettes perçues	Pertes de recettes à couvrir	Écart
Neutralisation perte soin	155 779 €		155 779 €
Neutralisation perte dépendance	25 643 €	49 358 €	-23 715 €
Compensation perte de recettes	119 461 €		119 461 €
Actions QVT	30 000 €		30 000 €
Covid 19 Petit matériel médical	9 504 €	9 504 €	0 €
Covid 19 autres dépenses de personnel	331 692 €	331 692 €	0 €
Covid 19 prime exceptionnelle	61 500 €	61 500 €	0 €
Covid 19 CNR masques	6 556 €		6 556 €
Perte de recettes hébergement		253 233 €	-253 233 €
Provisions pour faire face aux pertes de recettes 2021 liées à la crise covid		220 000 €	-220 000 €
Provisions pour mise en œuvre des actions QVT en 2021		30 000 €	-30 000 €
TOTAL EXPLOITATION	740 135 €	955 287 €	-215 152 €

Source : CHO

Annexe n° 9. Évolution capacitaire liée au programme de restructuration du site principal



Source : CHO

Annexe n° 10. **Photos du chantier de restructuration de l'hôpital**



Nouveau bâtiment faisant la liaison entre les blocs existants (accès au hall en R+1)

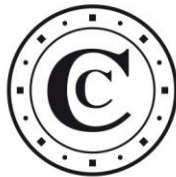


Façade actuelle des bâtiment (projet de réfection de façade non prévu initialement)

Annexe n° 11. Glossaire

AAH	: attaché(-e) d'administration hospitalière
ACE	: actes et consultations externes
AMBU	: soins ambulatoires
ARS	: agence régionale de santé
ATU	: accueil et traitement des urgences
BFR	: besoin en fonds de roulement
CAF	: capacité d'autofinancement
CET	: compte épargne-temps
CH	: centre hospitalier
CHO	: centre hospitalier d'Oloron-Sainte-Marie
CMP	: centre médico-psychologique
CPOM	: contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CSG	: court séjour gériatrique
CSP	: code de la santé publique
CTE	: comité technique d'établissement
DIM	: département d'information médicale
DMS	: durée moyenne de séjours
DRH	: direction des ressources humaines
EBE	: excédent brut d'exploitation
EHPAD	: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPS	: établissement public de santé
FIDES	: facturation individuelle des établissements de santé
FRNG	: fonds de roulement net global
HAD	: hospitalisation à domicile
HDJ	: hôpital de jour
GHM	: groupe homogène de malades
GHT	: groupement hospitalier de territoire
HC	: hospitalisation complète
HJ	: hospitalisation de jour
HS	: hospitalisation de semaine
IFAS	: institut de formations des aides-soignants
IFSI	: institut de formation en soins infirmiers

IPDMS : indice de performance de durée moyenne de séjour
IRM : imagerie à résonance magnétique
MCO : médecine-chirurgie-obstétrique
MPR : médecine physique et de réadaptation
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PMSI : programme de médicalisation des systèmes d'information
PPI : plan pluriannuel d'investissement
PRS : projet régional de santé
RSA : résumé de séjours anonyme
SAMU : service d'aide médicale d'urgence
SMUR : service mobile d'urgence et de réanimation
SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
T2A : tarification à l'activité
TEP : tomographie par émissions de positons
UCR : unité centrale de restauration
UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
USC : unité de soins continus
USIC : unité de soins intensifs cardiologiques
USIP : unité de soins intensifs polyvalents
USLD : unité de soins de longue durée



Les publications de la chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine