



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## CENTRE HOSPITALIER DE PAU (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 2 juin 2022.

## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATIONS .....	5
REMARQUES PRÉALABLES .....	6
ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE .....	6
INTRODUCTION .....	7
<b>1. LA PRÉSENTATION DE L'ETABLISSEMENT .....</b>	<b>7</b>
1.1. L'organisation spatiale de l'hôpital .....	7
1.1.1. L'implantation des différents services .....	7
1.2. Le nombre de lits et places .....	8
1.2.1. L'évolution du nombre de lits et places au cours de la période examinée .....	8
1.2.2. L'hospitalisation de patients de médecine dans des lits de chirurgie .....	8
<b>2. UN INDISPENSABLE PROGRAMME D'INVESTISSEMENT POUR LES ANNEES A VENIR .....</b>	<b>10</b>
2.1. La genèse de l'opération .....	10
2.2. Les différentes phases de réalisation .....	11
2.2.1. La restructuration du champ MCO .....	11
2.2.2. La restructuration du champ SSR .....	12
2.3. Le coût prévisionnel de réalisation .....	12
<b>3. LA GOUVERNANCE ET LA COOPERATION .....</b>	<b>13</b>
3.1. La gouvernance de l'établissement .....	13
3.1.1. Les directions fonctionnelles .....	13
3.1.2. L'organisation médicale .....	14
3.2. Les documents de pilotage en vigueur dans l'établissement .....	16
3.2.1. Le projet d'établissement et les CPOM .....	16
3.2.2. Le contrôle de gestion et les tableaux de bord de pilotage .....	16
3.2.3. Le contrôle interne comptable au sein du CH .....	17
3.3. Le codage et la facturation .....	18
3.4. Le contrôle des régies .....	19
3.5. La coopération .....	19
3.5.1. Le GHT .....	19
3.5.2. Les GCS .....	21
3.5.3. Les conventions signées avec d'autres entités .....	22
3.5.4. Les consultations avancées et les mises à disposition de personnel .....	22
<b>4. L'ACTIVITÉ .....</b>	<b>23</b>
4.1. La zone d'attractivité et les parts de patientèle .....	23
4.2. Les caractéristiques de la patientèle et son niveau de satisfaction .....	23
4.2.1. Les modes d'entrée et de sortie .....	24
4.2.2. Le niveau de satisfaction de la patientèle .....	24
4.3. Les séjours et les passages aux urgences .....	25
4.3.1. L'évolution du nombre de séjours .....	25

4.3.2. Les passages aux urgences.....	26
4.3.3. Les premières tendances 2021 .....	26
4.4. Les principales affections prises en charge.....	29
4.5. Le taux d'occupation des lits et la durée moyenne de séjour .....	29
5. LA FIABILITE DES COMPTES.....	31
5.1. Les rapports du commissaire aux comptes .....	31
5.2. La fiabilité des créances.....	32
5.3. Le report des charges et des produits de l'exercice .....	34
6. LA SITUATION FINANCIERE.....	35
6.1. Le compte d'exploitation .....	36
6.1.1. La formation de l'excédent brut d'exploitation .....	36
6.1.2. La formation du résultat net.....	40
6.1.3. La capacité d'autofinancement .....	42
6.2. Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie.....	43
6.2.1. Le fonds de roulement .....	43
6.2.2. Le besoin en fonds de roulement .....	44
6.2.3. La trésorerie.....	46
6.3. L'endettement et les ratios d'équilibre financiers.....	46
6.3.1. L'endettement.....	46
7. LE PERSONNEL .....	47
7.1. Les effectifs.....	47
7.1.1. Le personnel médical.....	47
7.1.2. Le personnel non médical.....	50
7.2. Le temps de travail.....	52
7.2.1. L'organisation du temps de travail .....	52
7.2.2. Les heures supplémentaires .....	53
7.2.3. Les comptes épargne-temps.....	55
7.3. L'absentéisme .....	56
7.3.1. L'absentéisme du personnel médical.....	56
7.3.2. L'absentéisme du personnel non médical.....	56
8. LA CONTINUITE DES SOINS .....	57
8.1. L'organisation de la continuité des soins.....	57
8.2. L'indemnisation de la permanence des soins.....	57
9. L'ACTIVITE LIBERALE.....	58
9.1. Les contrats d'activité libérale et la redevance versée à l'établissement.....	58
9.2. Le contrôle de l'activité libérale .....	59
ANNEXES .....	61

## SYNTHÈSE

Le centre hospitalier de Pau dispose de 691 lits (données 2020). Il propose une offre de soins diversifiée en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), complétée par un secteur d'hospitalisation de plus longue durée.

### L'activité hospitalière

Le niveau d'activité des services est satisfaisant. Sur la période 2016-2019, le nombre de séjours a progressé de 5,16 % en hospitalisation complète et de près de 10 % en activité ambulatoire. Cette dynamique a été stoppée en 2020 en raison de la crise sanitaire et de la déprogrammation de nombreuses interventions. Une reprise est aujourd'hui constatée en médecine et en hospitalisation de jour. En revanche, elle est beaucoup plus lente en chirurgie et en gynécologie-obstétrique où le nombre d'entrées est encore nettement inférieur à celui de 2019<sup>1</sup>.

Comme c'est le cas dans beaucoup d'établissements de santé, les passages aux urgences ont fortement augmenté (+ 5,8 %), générant des délais d'attente croissants, une insatisfaction de la patientèle et une dégradation des conditions de travail des soignants. Environ le quart des passages aux urgences débouche sur une hospitalisation et il existe régulièrement des tensions du fait d'une capacité insuffisante de lits d'aval. Les services de médecine sont saturés plusieurs fois par an et des patients doivent régulièrement être hébergés dans un service autre que celui qui en détient la responsabilité médicale. En 2019, cela concernait 2 % des journées d'hospitalisation.

### La gouvernance et le pilotage

L'organisation médicale privilégie une contractualisation par service plutôt que par pôle. Cela ne répond pas aux exigences actuelles du code de la santé publique (CSP) mais se trouve être en phase avec les dispositions de la loi du 26 avril 2021 qui remet le service et le chef de service au cœur de l'hôpital. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a été conclu fin 2018 pour une durée de cinq ans et ce document est complété par un projet d'établissement couvrant la même période. Le service de contrôle de gestion est structuré et emploie trois contrôleurs de gestion. La direction dispose par ailleurs de plusieurs tableaux de bord de pilotage détaillés. Toutefois, il n'existe pas de contrôle interne comptable formalisé au sein de l'établissement.

### La coopération mise en place avec les autres établissements

En tant qu'établissement support du groupement hospitalier de territoire Béarn et Soule, le centre hospitalier (CH) de Pau a développé une politique de coopération avec les autres structures membres de ce GHT. Tous les chantiers n'avancent pas au même rythme car les systèmes d'information ne sont pas forcément compatibles et certains établissements redoutent une perte d'autonomie décisionnelle. De nombreuses conventions de coopération lient le centre hospitalier à divers organismes. Il conviendrait que ces dernières fassent l'objet d'une évaluation régulière et formalisée, surtout si elles ont vocation à être prolongées par tacite reconduction.

---

<sup>1</sup> Données arrêtées à fin octobre 2021.

### La situation financière

Les comptes du centre hospitalier sont certifiés chaque année par un commissaire aux comptes. Sur la période 2016-2019, le résultat net est toujours positif, excepté en 2017, seul exercice où le résultat d'exploitation et le résultat courant étaient négatifs. Le fonds de roulement ne couvre pas la totalité du besoin en fonds de roulement, ce qui induit une trésorerie négative en fin d'exercice. Toutefois, le recours à un financement externe de court terme est de moins en moins important et n'a pas été nécessaire en 2020. L'hôpital ne remplit aucun des critères de déséquilibre financier et sa structure d'endettement est saine. La capacité d'autofinancement dégagée chaque année (11,47 M€ en 2019) permet de rembourser sans difficulté l'annuité de la dette. Elle constitue également un atout pour pouvoir mener à bien l'important programme d'investissement couvrant la période 2021-2030. Il consiste à restructurer entièrement les secteurs d'hospitalisation de courte et de longue durée par extension des locaux et modernisation des bâtiments existants. Ce programme s'avère indispensable pour conserver l'attractivité de l'hôpital, rationaliser l'organisation du plateau technique et les flux internes. 280 M€ d'investissements sont programmés dont 215 M€ d'opérations de travaux. À titre de comparaison, le volume des investissements réalisés sur la période 2011-2020 ne représentait que 71,4 M€.

### La gestion du personnel

Avec un effectif de plus de 2 700 équivalents temps plein, l'hôpital est l'un des principaux employeurs du département. Il ne rencontre pas de difficultés majeures de recrutement, sauf pour les métiers en tension au niveau national. Ainsi, l'établissement a conclu un protocole d'accord afin d'attirer et de fidéliser les anesthésistes en calquant leur régime de travail sur celui en vigueur chez les urgentistes (48 heures dont 8 heures de travail non posté).

Le recours à l'intérim médical est assez limité pour un coût annuel moyen d'environ 984 k€. Néanmoins, comme dans la plupart des hôpitaux, les rémunérations pratiquées sont plus élevées que celles que prévoit la réglementation, en particulier pour les spécialités en tension au niveau national (anesthésistes par exemple). Le temps de travail additionnel, bien que contenu, devrait faire l'objet de contrats individuels afin de se conformer aux dispositions prévues par le code de la santé publique. Par ailleurs, il est nécessaire que la direction de l'établissement ait une vision exhaustive des heures supplémentaires réalisées car seules les heures indemnisées sont actuellement comptabilisées dans le logiciel de gestion du temps de travail.

### La permanence des soins et l'activité libérale

Les tarifs d'indemnisation de la permanence des soins sont conformes aux dispositions réglementaires. Toutefois, il conviendrait que chaque déplacement effectué pendant une période d'astreinte donne lieu à une comptabilisation du temps de travail effectif, même si le praticien est rémunéré sous la forme d'un forfait.

24 praticiens exercent une activité libérale au sein de l'hôpital. La commission de l'activité libérale se réunit régulièrement afin de contrôler le respect des dispositions réglementaires mais il pourrait s'avérer utile de disposer de statistiques permettant de comparer les délais d'obtention d'un rendez-vous, d'une part, en secteur public et, d'autre part, en secteur privé.

## RECOMMANDATIONS

**Recommandation n° 1** : mettre en place un contrôle interne comptable au sens de l'article 215 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 [**non mise en œuvre**].

**Recommandation n° 2** : formaliser l'évaluation des conventions, en particulier de celles ayant vocation à être renouvelées par tacite reconduction [**non mise en œuvre**].

**Recommandation n° 3** : procéder à la signature des contrats de temps de travail additionnel, 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 [**mise en œuvre en cours**].

**Recommandation n° 4** : enregistrer toutes les heures supplémentaires sur le logiciel de gestion de temps de travail afin que la direction ait une vision exhaustive des heures réalisées [**non mise en œuvre**].

**Recommandation n° 5** : établir un décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes, conformément aux dispositions de l'article 14 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 [**non mise en œuvre**].

**Recommandation n° 6** : mettre en place un indicateur permettant de connaître les délais d'obtention d'un rendez-vous en distinguant l'activité publique et l'activité privée [**non mise en œuvre**].

## **REMARQUES PRÉALABLES**

Le centre hospitalier de Pau 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, dont l'instruction a débuté en avril 2021, constitue donc le second volet de l'examen de la gestion de cet établissement.

## **ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE**

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier de Pau est inscrit au programme des travaux de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine de l'année 2021, fixé par arrêté du président de la juridiction n° 2020-61 du 18 décembre 2020.

Les lettres d'ouverture du contrôle avaient été envoyées par le greffe le 25 juin 2020 dans le cadre du premier volet du contrôle portant sur la crise sanitaire. Elles avaient été adressées au directeur de l'établissement (M. Jean-François Vinet) et au président du conseil de surveillance (M. François Bayrou), également maire de Pau et président de la communauté d'agglomération de Pau-Béarn-Pyrénées.

Le premier questionnaire concernant la partie examen de la gestion (hors covid) a été transmis à l'établissement le 9 avril 2021. L'entretien préalable aux observations provisoires, prévu à l'article L. 243-1 du CJF, s'est tenu le 9 décembre 2021 avec le directeur du centre hospitalier, seul ordonnateur en fonctions durant la période concernée.

Le rapport d'observations provisoires a été délibéré les 26 et 27 février 2022 et adressé à l'ordonnateur le 8 mars 2022. À la même date, une communication administrative a également été envoyée à l'agence régionale de santé (ARS) qui a répondu par courriel du 28 avril 2022 en indiquant qu'elle n'avait pas de remarques particulières concernant le rapport. Le directeur du centre hospitalier a, quant à lui, répondu par courrier le 5 mai 2022.

## INTRODUCTION

L'agglomération paloise, qui s'étend sur 31 communes, compte environ 162 300 habitants, dont un peu plus de 77 000<sup>2</sup> pour la ville de Pau. Cette dernière est la préfecture des Pyrénées-Atlantiques, département composé de deux entités historiques : le Béarn dans sa partie Est et le Pays Basque dans sa partie Ouest.

Dans l'agglomération paloise, la part des personnes de plus de 75 ans représente 11,5 % de la population, contre 9,3 % à l'échelle nationale. La médiane du revenu disponible par unité de consommation s'établit à 21 450 €, ce qui est légèrement supérieur à la médiane métropolitaine (21 110 €) et régionale (20 670 €).

L'emploi tertiaire y est important puisque 75 % des actifs travaillent dans le commerce, les transports et les services contre 65 % à l'échelle nationale. Cette situation s'explique par le statut de la ville de Pau, qui est le chef-lieu de département, et par la présence dans l'agglomération de sièges de grands groupes tels que Safran Hélicoptères, Euralis (coopérative agro-alimentaire) et du centre de recherche de Total Énergies.

## 1. LA PRÉSENTATION DE L'ETABLISSEMENT

### 1.1. L'organisation spatiale de l'hôpital

#### 1.1.1. *L'implantation des différents services*

Depuis 1988, le centre hospitalier de Pau est installé au Nord de la ville sur un domaine de 39 hectares, à proximité de l'autoroute A64. Relié au centre-ville par une ligne de bus à haut niveau de service (BHNS), il est voisin de la polyclinique de Navarre, qui dispose de 179 lits et développe une activité de médecine, chirurgie et obstétrique.

Le site comprend le bâtiment principal (nommé hôpital François Mitterrand en 1996), le centre Jean Vignalou, orienté vers la prise en charge des personnes âgées (médecine gériatrique, soins de longue durée, soins de suite et réadaptation) et le centre Hauterive qui héberge le service de rééducation fonctionnelle, les soins de suite et de réadaptation médicale, les soins palliatifs, l'addictologie et la tabacologie (cf. plan du site en annexe n° 1).

L'établissement possède également plusieurs instituts de formation paramédicale : un institut de formation en soins infirmiers (97 places), un institut de formation d'aides-soignants (30 élèves) et un institut de formation des cadres de santé (40 étudiants).

---

<sup>2</sup> Recensement 2017.

Le plateau technique est composé de 21 salles ou sites d'intervention. Il est équipé de deux IRM, trois scanners (dont un dédié à la radiologie interventionnelle pour lequel la mise en service est programmée d'ici juin 2022), deux gamma caméras, une caméra à scintillation dédiée à la cardiologie, un appareil de mammographie, un mammothome et un TEP Scan, dont le groupement de coopération sanitaire (GCS) des Pyrénées est titulaire de l'autorisation d'exploitation.

## 1.2. Le nombre de lits et places

### 1.2.1. L'évolution du nombre de lits et places au cours de la période examinée

En nombre de lits de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), le centre hospitalier de Pau est le premier établissement des Pyrénées-Atlantiques, avec une capacité proche de celle du CH de la Côte Basque implanté à Bayonne. En 2020, il disposait de 691 lits, dont 483 lits de MCO (cf. capacité détaillée en annexe n° 2).

Sur la période 2016-2019, le nombre de lits a augmenté en médecine (+ quatre lits hors réanimation, soins intensifs et surveillance continue) et en chirurgie (+ sept lits par rapport à 2016). À l'inverse, la capacité a été légèrement réduite en obstétrique (- trois lits par rapport à 2016).

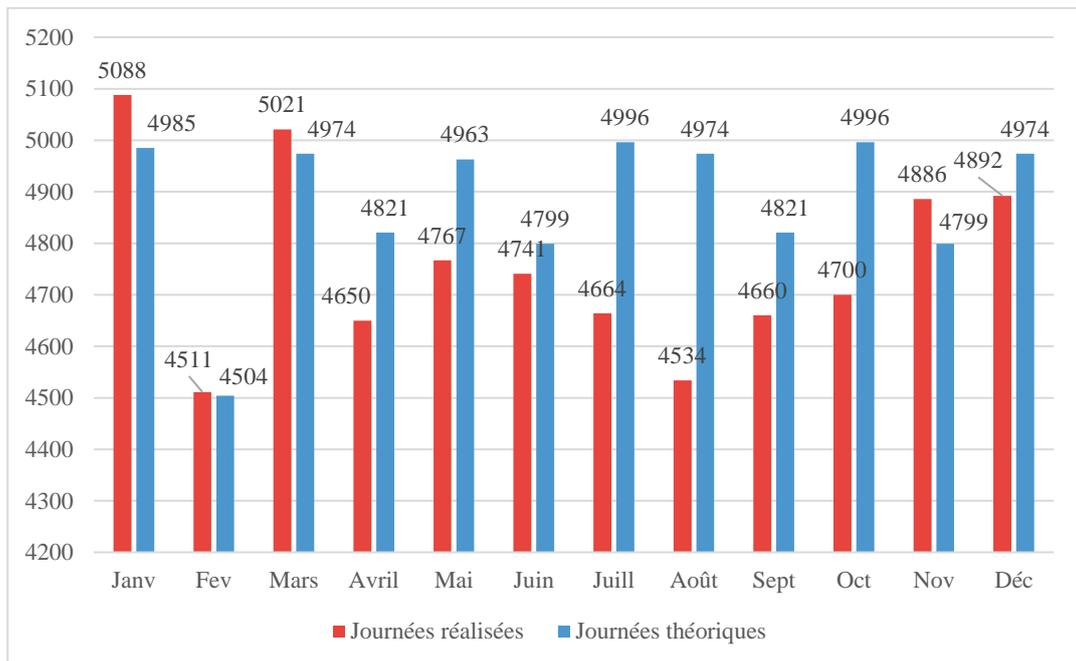
**Tableau n° 1 : évolution du nombre de lits (2016-2019)**

Evolution des capacités en lits	2016	2017	2018	2019	2020
Lits de réanimation	28	28	28	28	28
Lits de soins intensifs	15	15	15	17	17
Lits de surveillance continue	9	9	9	9	9
Total lits de médecine	258	259	265	262	262
Total lits de chirurgie	119	126	126	126	126
Total lits d'obstétrique	35	32	32	32	32
Total lits UHCD (hospitalisation courte durée)	8	8	8	8	8
Lit ZSTCD (zone de surveillance de très courte durée)	1	1	1	1	1
<b>TOTAL LITS MCO</b>	<b>473</b>	<b>478</b>	<b>484</b>	<b>483</b>	<b>483</b>
Lits de SSR	127	128	128	128	128
Lits d'USLD	80	80	80	80	80
<b>Total capacité en lits de l'établissement</b>	<b>680</b>	<b>686</b>	<b>692</b>	<b>691</b>	<b>691</b>

Source : CH de Pau

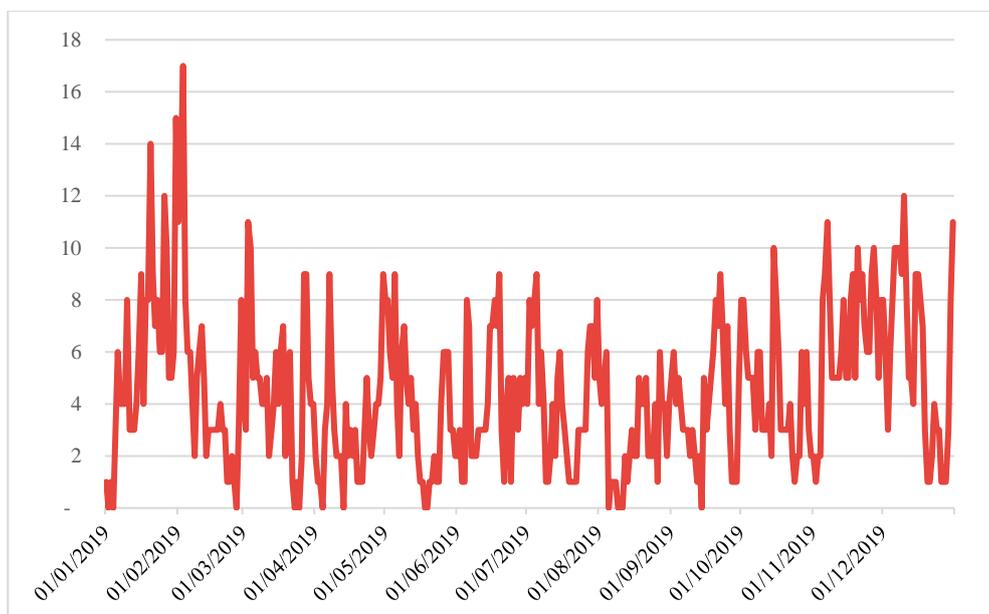
### 1.2.2. L'hospitalisation de patients de médecine dans des lits de chirurgie

Actuellement, les capacités de médecine sont saturées plusieurs fois dans l'année, ce qui entraîne des hébergements de patients dans un service autre que celui qui en détient la responsabilité médicale. Les données relatives à l'année 2019 (avant la crise sanitaire) permettent d'appréhender ce phénomène en rapprochant le nombre de journées d'hospitalisation réalisées par rapport aux journées théoriques d'hospitalisation en fonction des capacités.

**Graphique n° 1 : comparaison journées d'hospitalisation en médecine (année 2019)**

Source : données du CH de Pau

Il s'agit généralement de patients de médecine qui sont hébergés dans les services de chirurgie.

**Graphique n° 2 : nombre d'hébergés de médecine en chirurgie en 2019**

Source : données du CH de Pau

Un tableau permettant d'identifier les journées hébergées dans un autre service est produit mensuellement. En 2019, cela concernait 2 % des journées d'hospitalisation. Le service qui est le plus souvent en tension est l'unité post-urgences gériatriques (UPUG) avec, en 2019, un taux d'occupation de 114 % en responsabilité médicale. *A contrario*, le service qui permet d'accueillir le plus souvent des patients issus d'un autre service est le service de spécialités chirurgicales avec un taux d'occupation de 56 %, montant à 69,4 % si l'on tient compte des journées « hébergées ».

En 2020, année atypique en raison de la crise sanitaire, le taux de journées hébergées dans un autre service a atteint 5,3 %. Le service le plus en tension au cours de cette année particulière a bien évidemment été le service d'infectiologie, avec un taux d'occupation de 214 % en responsabilité médicale. Les deux services qui ont permis d'accueillir le plus de patients hébergés sont les spécialités chirurgicales et la chirurgie ortho-traumatologie, notamment en raison des déprogrammations d'activité.

Bien que cette situation se rencontre dans d'autres établissements que le CH de Pau, le caractère récurrent de ces échanges interservices n'est satisfaisant ni pour les patients ni pour les soignants pour lesquels la charge de travail est accrue et le suivi des malades plus complexe. La création d'une unité post-urgences adultes est envisagée afin de permettre une meilleure prise en charge des patients et recentrer les services sur leur spécialité. L'hôpital compte également s'inscrire dans le dispositif « 4 000 lits à la demande »<sup>3</sup> institué dans le cadre du Ségur de la Santé (candidature retenue fin 2020).

## 2. UN INDISPENSABLE PROGRAMME D'INVESTISSEMENT POUR LES ANNEES A VENIR

### 2.1. La genèse de l'opération

Les principaux investissements planifiés découlent du schéma directeur immobilier. Aujourd'hui, le niveau de confort offert aux patients n'est plus en adéquation avec ce que l'on peut attendre d'un hôpital du 21<sup>ème</sup> siècle. Sur le site principal, 57 % des chambres sont doubles et en SSR la proportion est de 53 %. Elles ne sont pas climatisées et beaucoup ne bénéficient pas de douches individuelles, ce qui s'avère problématique en période épidémique (covid-19 par exemple). L'hôpital doit donc impérativement adapter ses locaux pour ne pas perdre des parts de marché au profit d'établissements (notamment privés) offrant un niveau de confort supérieur. L'organisation du plateau technique doit également être revue afin de rationaliser les flux et offrir de meilleures conditions de travail aux soignants tout en optimisant les effectifs.

En juin 2017, le CH avait lancé une démarche d'élaboration d'un schéma directeur immobilier (horizon 10 à 12 ans) à l'aide d'un cabinet de consultants. Selon le préambule, ce schéma avait pour objectif « *de répondre à des enjeux portés par les politiques nationales de santé tels que le virage ambulatoire, l'amélioration de l'accueil aux urgences, le développement durable ou encore la structuration optimale des unités dans une logique d'efficience* ».

---

<sup>3</sup> Parmi les mesures présentées, le ministre a annoncé une enveloppe de 50 millions d'euros pour créer 4 000 lits "à la demande" dans les hôpitaux. Cela permettra de prévoir l'ouverture ou la réouverture de lits dans les structures selon les besoins pour que les établissements puissent s'adapter à la suractivité saisonnière ou épidémique.

En juillet 2020, l'ARS a autorisé le CH de Pau à engager les études de programmation de la première phase de son schéma directeur immobilier (SDI) en validant le principe de la construction d'un nouveau pôle mère-enfant et la restructuration des urgences, opérations complétées par la reconstruction de la pharmacie et la création de capacité supplémentaire d'hospitalisation conventionnelle. Par courrier du 2 juillet 2021, l'agence régionale de santé a validé une capacité de 491 lits en MCO (dont 14 lits de chirurgie en option) contre 483 actuellement (cf. détail en annexe n° 3).

**Tableau n° 2 : projection capacitaire en hospitalisation complète MCO**

Capacitaire HC MCO	Capacitaire 2020	Capacitaire validé par l'ARS
Médecine	325	348 (+23)
Chirurgie (dont 14 en option)	126	108 (-18)
Obstétrique	32	35 (+3)
<b>Total</b>	<b>483</b>	<b>491 (+8)</b>

Source : CH de Pau

## 2.2. Les différentes phases de réalisation

Deux opérations majeures structurent le schéma directeur immobilier. La première concerne le champ MCO et la seconde le champ SSR. Elles sont toutes deux concomitantes et s'étalent sur la période 2021-2030 (cf. calendrier des opérations en annexe n° 4).

### 2.2.1. La restructuration du champ MCO

Cette première opération comprend trois phases.

La première concerne le pôle mère-enfant, les urgences et la pharmacie à usage interne ainsi que la construction d'une extension de 84 lits supplémentaires qui servira dans un premier temps d'unité « tiroirs » permettant la restructuration par tranches du bâtiment François Mitterrand. Cette phase devrait se terminer en 2025 (mise en service en 2026). Elle se traduira par la construction de 14 311 m<sup>2</sup> supplémentaires et la restructuration de 5 685 m<sup>2</sup> existants. C'est une procédure de conception-réalisation-maintenance qui a été retenue. Le programme technique détaillé (PTD) a été finalisé début juillet 2021 et l'appel public à concurrence publié fin juillet 2021. Trois candidats participent au dialogue compétitif. La signature des marchés est prévue pour juillet 2022.

La deuxième phase portera sur la restructuration du secteur des consultations externes et de l'hospitalisation de jour. Elle se déroulera de 2022 à 2027, pour une mise en service prévue en 2028.

Enfin, la troisième phase débutera une fois les 84 lits supplémentaires en place. Elle consistera en une restructuration du bâtiment François Mitterrand et permettra d'atteindre l'objectif de 95 % de chambres individuelles, tout en améliorant le confort thermique. Ces travaux permettront également une réorganisation spatiale des services et une meilleure allocation des moyens humains en privilégiant des unités de 12 à 15 lits conformément aux ratios préconisés par l'agence nationale de l'appui à la performance (ANAP). Elle devrait débuter en 2026 pour s'achever fin 2028 (mise en service en 2029).

### 2.2.2. La restructuration du champ SSR

Cette opération, distincte de la première, concerne le bâtiment Hauterive et le centre Vignalou (qui a vocation à être démoli à l'horizon 2029-2030). Il s'agit de créer un centre unique afin de disposer d'un plateau technique performant pour la prise en charge des soins de suite et de réadaptation qu'il s'agisse de SSR gériatriques, polyvalents ou de médecine physique et de réadaptation. Le confort hôtelier sera également amélioré avec 95 % de chambres individuelles contre 53 % actuellement pour une capacité en lits équivalente. L'opération débutera en 2022 pour finir en 2026 (mise en service en 2026).

### 2.3. Le coût prévisionnel de réalisation

Le coût prévisionnel total de ce programme d'investissement s'établit à 153,82 M€ TDC (toutes dépenses comprises) : 119,82 M€ pour l'opération MCO et 34 M€ pour l'opération SSR.

**Tableau n° 3 : coûts prévisionnels opérations de restructuration-extension**

	Coûts TDC (€)
Pôle mère-enfant + construction nouveaux lits + urgences + PUI	57 831 291
Rénovation hospitalisation complète François Mitterrand	33 580 000
Hospitalisation de jour + consultations externes	20 910 000
<i>Total construction et rénovation opération n°1 MCO</i>	<i>112 321 291</i>
Équipements opération n° 1 MCO	7 500 000
<b>Total opération n° 1 MCO</b>	<b>119 821 291</b>
Extension bâtiment Hauterive SSR	29 243 000
Autres (parkings, espaces verts etc.)	3 951 000
<i>Total construction et rénovation opération n° 2 SSR</i>	<i>33 194 000</i>
Équipements opération n° 2 SSR	800 000
<b>Total opération n° 2 SSR</b>	<b>33 994 000</b>
<b>Total opérations 1 + 2</b>	<b>153 815 291</b>

Source : CH de Pau document daté du 12 octobre 2021

L'établissement a bâti un plan global de financement pluriannuel (PGFP) intégrant 280,14 M€ d'investissements sur la période 2021-2030 (cf. annexe n° 5). Les différentes phases du programme de restructuration-rénovation du centre hospitalier représentent, à elles seules, plus de 70 % du total des opérations de travaux estimées à 215,34 M€ sur l'ensemble de la période. Selon une simulation réalisée par l'hôpital, la situation financière se dégraderait à partir de 2024 avec des déficits compris entre 0,11 M€ et 2,66 M€ selon les exercices. Dans un rapport daté du 22 juillet 2021, le recours à l'emprunt était estimé à 89,3 M€, à peu près équivalent au montant des aides espérées dans le cadre 2<sup>ème</sup> pilier du Ségur de la Santé consacré aux projets structurants (90 M€)<sup>4</sup>. Sur cette base, la projection des indicateurs liés à la dette demeurerait en

<sup>4</sup> Sur une enveloppe nationale annoncée de 19 Mds d'euros.

deçà des valeurs maximales (article D. 6145-70 du CSP<sup>5</sup>), à l'exception de l'encours de la dette qui dépasserait 30 % du total des produits en 2027 et 2028. Les hypothèses retenues pour le calcul des charges financières mentionnent un taux d'intérêt de 1 % (taux pratiqués en juillet 2021), ce qui pourrait s'avérer assez optimiste si une remontée de l'inflation entraînait une hausse globale des taux. Le taux de marge brute oscillerait, quant à lui, entre 3 et 4 % jusqu'en 2024-2025, avant de remonter progressivement jusqu'à une valeur proche de celle constatée en 2020 (environ 6 % à l'horizon 2030).

Ce PGFP a fait l'objet d'une approbation par le directeur général de l'ARS (courrier du 6 août 2021). Les projets d'investissement proposés sont considérés comme étant « suffisamment matures » pour être intégrés dans le plan prévisionnel mais l'agence précise que le niveau de l'emprunt est lié à une hypothèse d'aide financière de 90 M€ dont le montant n'est pas encore arrêté et que le niveau des frais financiers n'est donc pas stabilisé.

Le 2 décembre 2021, lors d'une visite du Premier ministre et du ministre de la santé à Angoulême, une enveloppe de 70 M€ a été annoncée pour le CH de Pau. Ce montant est inférieur à celui retenu par l'établissement dans ses simulations financières. À terme, cela pourrait se traduire par une dégradation sensible des indicateurs alors que l'hôpital a jusqu'alors réalisé de gros efforts pour augmenter ses recettes et maîtriser ses dépenses (en 2015, l'établissement était placé en plan de retour à l'équilibre financier). Sauf à parier sur une hausse de l'activité supérieure à celle envisagée initialement (8,8 % entre 2021 et 2030 dont 9,5 % pour les produits versés par l'assurance maladie), le recours à l'emprunt devrait être augmenté, ce qui entraînera *de facto* une hausse des charges d'intérêts, aggravée peut-être par une possible remontée des taux dans les années à venir (hypothèse plausible, notamment en cas de reprise de l'inflation).

### 3. LA GOUVERNANCE ET LA COOPERATION

#### 3.1. La gouvernance de l'établissement

##### 3.1.1. Les directions fonctionnelles

Durant la période sous contrôle, le poste de directeur n'a été occupé que par un seul ordonnateur, qui est aussi directeur du centre gérontologique de Pontacq-Nay-Jurançon et qui, jusqu'en 2021, exerçait également la direction par intérim du CH d'Orthez, situé à une quarantaine de kilomètres de Pau.

L'organigramme de l'établissement mentionne dix directions<sup>6</sup>, chacune pilotée par un(e) directeur(ice)-adjoint(e), excepté la direction des instituts de formation et la direction des soins,

<sup>5</sup> Indépendance financière (encours de la dette/capitaux permanents) inférieure à 50 %, durée apparente de la dette inférieure à 10 ans et encours de la dette rapporté au total des produits inférieur à 30 %.

<sup>6</sup> Instituts de formation ; ressources humaines ; direction des soins, affaires médicales, recherche clinique et innovation ; affaires générales et coopérations ; finances, contrôle de gestion, admission et facturation ; systèmes d'information, qualité et gestion des risques ; achats, hôtellerie, logistique ; patrimoine ; relations usagers et affaires juridiques.

placées sous la responsabilité d'une directrice des soins. Hormis la directrice des instituts de formation, chaque directeur est également directeur référent d'un pôle.

### **3.1.2. L'organisation médicale**

(1) L'établissement est organisé autour de 11 pôles cliniques :

- anesthésiologie ;
- chirurgies (viscérale, vasculaire et thoracique, ophtalmologie et ORL) ;
- chirurgies ortho-traumatologie ;
- gériatrie ;
- imagerie médicale ;
- laboratoires ;
- médecine 1 ;
- médecine 2 ;
- mère-enfant ;
- urgences ;
- prestations transversales, pharmacie et santé publique.

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique dispose que « *le directeur signe avec le chef de pôle un contrat de pôle précisant les objectifs et les moyens du pôle. Pour les pôles d'activité clinique et médico-technique, le président de la commission médicale d'établissement et le directeur de l'établissement signent conjointement le contrat* ».

Les contrats de pôles, tels que définis par la réglementation, ne sont pas en vigueur au CH de Pau qui, par contre, a mis en place des contrats de services<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> L'article L. 6146-1-2 du code de la santé publique dispose que « *par dérogation aux articles L. 6146-1 et L. 6146-1-1, le directeur et le président de la commission médicale d'établissement d'un établissement public de santé peuvent décider d'organiser librement le fonctionnement médical et la dispensation des soins, conformément au projet médical d'établissement approuvé par le directoire* ».

Tableau n° 4 : liste des contrats de services signés en 2019/2020

Pôle	Service	Date de signature
Médecine 1	Cardiologie	février 2019 + avenant août 2019
	Réanimation	juillet 2019
Médecine 2	Pneumologie - Laboratoire du sommeil	février 2019
	Hépto-Gastro-entérologie	février 2019
	Rhumatologie	février 2019
	Addictologie	février 2019
	HAD	juillet 2019
	Endocrinologie	juin 2019
	Infectiologie	janvier 2020
	Médecine interne	janvier 2020
	Néphrologie (rattaché à médecine interne)	mars 2020
	Dermatologie	avril 2020
Chirurgies viscérale, vasculaire, thoracique, spécialités chirurgicales	ORL-Stomatologie	juin 2019 novembre 2020
Mère-enfant	Gynécologie – Obstétrique	décembre 2020
Gériatrie		septembre 2019
Anesthésiologie	Anesthésiologie	mai 2020
Imagerie médicale	Médecine nucléaire	mai 2019
Prestations transversales : pharmacie - santé publique	DIM / URC	mars 2020

Source : contrats de services du CH de Pau

Ces contrats de services sont structurés en quatre articles : objectifs stratégiques et institutionnels, objectifs spécifiques au service, engagements des parties, calendrier et évaluation. Ils sont signés par le directeur, la présidente de la CME, le chef de pôle et le chef de service mais ne prévoient pas de dispositions d'intéressement. Cette organisation privilégiant une contractualisation avec les services plutôt qu'une logique de pôle ne répond pas aux exigences réglementaires du code de la santé publique mais se trouve être en phase avec les dispositions de la loi du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification et qui traduit le volet non financier du Ségur de la Santé. Cette dernière remet le service et le chef de service au cœur de l'hôpital dans la mesure où les services deviennent l'échelon de référence en matière de qualité et de sécurité des soins et d'encadrement.

Le dialogue de gestion a donc bien été engagé mais à travers des contrats de services. Ces derniers pourraient constituer une base de réflexion susceptible d'aboutir à la rédaction de contrats de pôles, tels que prévus par le code de la santé publique.

## 3.2. Les documents de pilotage en vigueur dans l'établissement

### 3.2.1. *Le projet d'établissement et les CPOM*

#### Le projet d'établissement

Un projet d'établissement couvrant la même période que celle du CPOM (2019-2023) a été élaboré. Il est constitué des différents projets spécifiques et s'articule, bien sûr, autour du projet médical. L'élaboration d'une plaquette de présentation relativement détaillée marque la volonté de l'établissement de communiquer sur ce projet et permet de présenter les principaux axes et orientations retenus.

#### Les CPOM

La période sous contrôle est couverte par deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Le premier, qui portait sur les exercices 2012 à 2017, a été prolongé jusqu'en 2018. Un bilan détaillé de ce CPOM a été établi en septembre 2017 (cf. annexe n° 6). Beaucoup d'orientations stratégiques ont été atteintes (cotation niveau 1) ou atteintes à plus de 50 % (cotation niveau 2). Celles qui sont les moins bien notées concernent la réduction des délais d'accès aux soins des personnes âgées aux urgences (niveau 3), le dossier médical partagé (niveau 3 également) et l'adaptation du plateau technique (niveau 4).

Le second CPOM, qui porte sur la période 2019-2023, a été conclu le 31 décembre 2018 pour une durée de cinq ans. L'annexe 1 décline chaque orientation stratégique en actions, chacune de ces dernières se voyant attribuer des objectifs exprimés par des valeurs cibles d'indicateurs. Toutefois, la plupart de ces valeurs cibles ne sont fixées que par une tendance (hausse ou baisse) par rapport à la valeur 2017. Parmi les objectifs majeurs mentionnés, on peut citer l'augmentation du taux d'hospitalisation directe en MCO (hors urgences), la décélération du rythme d'évolution de la masse salariale avec fixation d'un plafond au taux régional annuel, le maintien de l'IPDMS de médecine et la baisse en chirurgie par rapport à la valeur qui figurait en 2017 (de 1,007 à 0,94), l'augmentation du nombre de lits ouvrables/ré-ouvrables en cas de tension (hivernale, épidémie...) et en cas de plan blanc, l'accroissement de 17,7 points du taux de chirurgie ambulatoire global, l'accroissement du nombre de consultations avancées mises en place pour les établissements de psychiatrie, la baisse des dépenses d'intérim médical d'une année sur l'autre.

### 3.2.2. *Le contrôle de gestion et les tableaux de bord de pilotage*

Le contrôle de gestion dispose d'un effectif de trois contrôleurs de gestion (ingénieur et techniciens supérieurs hospitaliers).

Ses missions sont les suivantes :

- conception, réalisation et exploitation d'outils de gestion : tableaux de bord, indicateurs (activité, coûts ...) ;
- conception et adaptation de requêtes informatiques en réponse aux demandes spécifiques des différents interlocuteurs ;
- suivi de l'activité (production et diffusion) ;

- réalisation d'études médico-économiques ;
- élaboration et suivi des contrats de pôles ou de services ;
- réalisation de travaux de comptabilité analytique ;
- réponse aux différentes enquêtes ;
- suivi des recettes T2A en lien avec le département de l'information médicale (DIM) ;
- mise à jour du fichier structure et capacitaire ;
- participation au cycle budgétaire en assurant les prévisions d'activité et de recettes en lien avec le responsable financier ;
- contrôle interne sur la facturation des recettes de titre 3.

Selon l'agence nationale d'analyse de la performance (ANAP), 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. L'organisation mise en place par le CH de Pau répond à ces objectifs. La direction dispose de dix tableaux de bord dont un annuel, deux trimestriels et sept mensuels. Ils sont produits par différents services : quatre par le service « analyse de gestion », deux par la direction des ressources humaines, trois par la direction qualité et un par la direction des affaires médicales. Les tableaux de bord de suivi de l'activité sont mis en ligne sur l'intranet de l'établissement.

L'établissement développe également une comptabilité analytique débouchant sur la constitution de comptes de résultats analytiques (Créa).

### **3.2.3. Le contrôle interne comptable au sein du CH**

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.

Le contrôle interne comptable 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.

Le CH déclare qu'« *il n'y a pas de contrôle interne comptable* ». Même si cette absence n'a pas empêché la certification sans réserve des comptes pour les exercices 2017, 2018 et 2019, sa mise en place pourrait contribuer à formaliser et sécuriser les procédures appliquées par les services et agents concernés.

**Recommandation n° 1 : mettre en place un contrôle interne comptable au sens de l'article 215 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012.**

### 3.3. Le codage et la facturation

Le codage des actes est organisé de manière décentralisée et incombe au réalisateur de l'acte. Chaque professionnel concerné en a la responsabilité et peut organiser le recueil selon différentes modalités : saisie à la source directement par le réalisateur d'actes (des ordinateurs sont par exemple disponibles dans les box de consultation ou au bloc opératoire pour que les chirurgiens puissent saisir leurs actes au fil de l'eau) ou saisie différée si celui-ci préfère coder ses actes en même temps que le courrier du patient et/ou le compte rendu opératoire. La saisie peut également être confiée à un intermédiaire (secrétariats médicaux essentiellement et infirmières pour la saisie de certains actes comme les explorations fonctionnelles respiratoires ou les électro-encéphalogrammes).

Au bloc opératoire, en raison du flux important des actes et de leur importance financière, un système particulier a été mis en place pour assurer l'exhaustivité du codage qui implique le secrétariat du bloc opératoire. Ce dernier utilise le planning du bloc qui recense toutes les interventions pour s'assurer que chacune est codée. Le cas échéant, le secrétariat relance les chirurgiens ou autres opérateurs du bloc pour chaque intervention non encore codée et en ultime recours, il en informe le DIM qui peut coder lui-même certains actes à partir des informations disponibles (compte rendu opératoire le plus souvent).

Chaque réalisateur d'actes a été formé au codage et à la saisie d'actes. En cas de besoin, chaque service du CH dispose d'un référent identifié au sein du DIM pour répondre à toute question ou besoin d'aide sur le codage.

Pour ce qui est des diagnostics, différents types de codage existent :

- centralisation partielle (centralisation du codage des séjours de trois jours et plus) en neurologie, pneumologie, médecine interne, dermatologie, oncologie, rhumatologie, gastro-entérologie, traumatologie, spécialités chirurgicales, chirurgie digestive, pédiatrie, cardiologie, endocrinologie, chirurgie thoracique, chirurgie vasculaire, chirurgie gynécologique, infectiologie ;
- centralisation totale (codage de tous les séjours par le DIM) en gériatrie MCO, nouveau-nés ;
- décentralisation totale en UHCD adulte, ZHTCD pédiatrique, chirurgie ambulatoire, hôpital de jour de médecine, la réanimation adulte, la réanimation pédiatrique, la maternité, la néonatalogie, l'UPUG et l'unité de sevrage.

Pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), le codage médical des diagnostics et actes est entièrement décentralisé, seules les dépendances sont pour partie saisies au DIM.

Pour l'hospitalisation à domicile (HAD), la saisie des diagnostics, des motifs de prise en charge et de l'indice de Karnofsky<sup>8</sup> est entièrement décentralisée.

En 2020, comme les années précédentes, les rapports annuels du DIM comprennent le programme assurance qualité, document regroupant l'ensemble des contrôles qualité du DIM avec des analyses qualitatives et quantitatives.

---

<sup>8</sup> L'échelle de performance de Karnofsky ou index de Karnofsky permet d'évaluer rapidement l'état de santé général d'une personne.

Depuis 2016, l'établissement a eu recours à plusieurs prestataires externes pour des missions d'optimisation du codage MCO. Les gains validés par le DIM sont variables selon les missions. Ils représentent plusieurs centaines de milliers d'euros (118 k€ en 2019), la rémunération du prestataire étant calculée en fonction d'un pourcentage des gains (comprise entre 7 % et 10 %). Un contrôle de l'assurance maladie était programmé sur l'année 2020 mais a été repoussé en raison de la crise sanitaire.

Dans un souci d'amélioration de sa qualité de codage, le CH a élaboré un document de travail intitulé « cartographie et hiérarchisation des risques dans la production des données PMSI ». Il a pour vocation d'identifier les risques communément constatés et de les hiérarchiser en fonction de leur fréquence et de leur gravité.

### 3.4. Le 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.

Deux régies de recettes, une régie d'avances et une régie d'avances et de recettes ont fonctionné au cours de la période examinée.

L'ordonnateur n'a procédé à aucun contrôle de ces régies. Or, en application de l'article R. 6145-54-1 du code de la santé publique « *Les régies créées par les établissements publics locaux de santé sont soumises aux dispositions mentionnées à la section première du chapitre VII du titre Ier du livre VI de la première partie du code général des collectivités territoriales (partie réglementaire)* » dont l'article R. 1617-17 précise « *les régisseurs de recettes, d'avances ainsi que de recettes et d'avances, ainsi que les régisseurs intérimaires et les mandataires sont soumis au contrôle du comptable assignataire et de l'ordonnateur ou de leurs délégués, auprès desquels ils sont placés* ».

Il conviendrait donc que l'ordonnateur organise, en lien avec le comptable public, un contrôle régulier des régies, même si le montant de leur encaisse est relativement faible au regard du budget de l'établissement.

### 3.5. La coopération

#### 3.5.1. Le GHT

Les Pyrénées-Atlantiques possèdent quelques particularités en partie liées à son territoire qui comprend deux entités historiques distinctes : le Béarn et le Pays Basque. Ainsi, dans un département qui ne compte qu'un peu plus de 677 000 habitants<sup>9</sup>, on relève la présence de deux groupements hospitaliers de territoire (GHT) et de deux centres 15, l'un implanté à Bayonne et l'autre à Pau.

---

<sup>9</sup> Pour information, il existe généralement un GHT par département. En Nouvelle-Aquitaine, la Charente-Maritime en compte deux et les trois départements de l'ancienne région Limousin un seul.

Le centre hospitalier de Pau est l'établissement support du GHT Béarn et Soule, qui regroupe également les hôpitaux d'Oloron-Sainte-Marie, Orthez, Mauléon, le CH des Pyrénées (spécialisé en santé mentale) et le centre gérontologique Pontacq-Nay-Jurançon (établissement en direction commune avec le CH de Pau) ainsi que trois Ehpad associés<sup>10</sup>. Au total, le GHT 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 du groupement a été signée le 30 juin 2016. Le document initial est complété par un avenant du 25 septembre 2017 relatif au projet médical partagé. Il identifie différentes filières dont chacune fait l'objet d'une présentation comprenant un état des lieux et des déclinaisons opérationnelles.

Le budget du GHT, qui constitue un budget annexe du centre hospitalier, s'élevait à 505 k€ en 2019, ce qui représentait environ 0,2 % du total des charges tous budgets confondus. Malgré cette part très modeste, son rôle est néanmoins 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.

S'agissant de la fonction achat, un guide des procédures et les délégations de signature ont été formalisées. L'objectif de sécurisation juridique des achats a été atteint mais l'amélioration de leur performance économique se heurte encore à des difficultés, notamment lorsqu'il s'agit d'homogénéiser les achats des différentes entités membres du GHT.

Pour la fonction « système d'information hospitalier » (SIH), la situation est là aussi très contrastée. Un schéma directeur des systèmes d'information (SDSI) du GHT a été défini dès la mise en place de la structure, avec un soutien financier de l'ARS pour recourir à un consultant externe. Toutefois, le partage des programmes d'investissement et la fixation de priorités annuelles et pluriannuelles rencontrent encore des réticences.

La constitution d'un DIM de GHT a été acté mais le partage d'informations médicales sur les parcours patients est encore très embryonnaire, faute d'outils informatiques adéquats et de définition des objectifs et des actions prioritaires à déployer.

Le GHT et son comité médical ont travaillé à tracer les grandes lignes d'un projet médico-soignant partagé. En 2019, l'ARS a souhaité l'approfondissement de différents axes de collaboration afin d'aboutir à une structuration de filières et de parcours de prise en charge mais la crise sanitaire a mis fin temporairement aux travaux de réflexion engagés. La mise en place d'une nouvelle gouvernance dans les groupements hospitaliers de territoire, avec l'introduction des commissions médicales de groupement prévue en 2022 et la refonte des schémas régionaux de santé à l'horizon 2023, peuvent constituer une opportunité pour relancer une dynamique nouvelle. Toutefois, selon le directeur du CH de Pau, les pouvoirs publics devraient préciser leurs attentes vis-à-vis des GHT, notamment sur le fait de savoir si le caractère intégratif de ces outils doit être affirmé et renforcé ou si, à l'inverse, la liberté et l'autonomie de chacun des acteurs doivent être préservées.

---

<sup>10</sup> Ehpad de Monein, Garlin et Salies de Béarn.

### 3.5.2. Les GCS

Les groupements de coopération sanitaire (GCS) sont un outil privilégié en matière de coopération entre structures publiques et/ou privées. Ils peuvent être érigés en GCS de moyens ou en GCS établissement de santé, titulaire d'autorisations d'activité de soins. Le CH de Pau est membre de cinq groupements de coopération sanitaire.

**Tableau n° 5 : GCS auxquels adhère le CH de Pau**

Intitulé	Membres	Objet
GCS Pyrénées Tep	CH de Pau, CH de Bigorre, Centre d'imagerie moléculaire et fonctionnelle (CIMOF) de Toulouse	Exploitation d'un équipement de tomographie à émission de positons (Tep scan) installé sur le site du CH de Pau.
GCS de cardiologie d'Aire sur l'Adour	CH de Pau et GCS Pays-de-l'Adour (CH Mont-de Marsan et polyclinique de l'Adour)	Constitution d'une filière de soins en cardiologie
GCS de blanchisserie inter-hospitalière Pau Pyrénées	CH de Pau, des Pyrénées, d'Oloron-Sainte-Marie, d'Orthez, et l'Ehpad La Roussane de Monein	Gestion du linge
GCS de chirurgie orthézien	CH de Pau et d'Orthez et association Chirorthez	Organisation et gestion des activités de chirurgie de la SAS clinique Labat à Orthez reprise par le CH d'Orthez
GCS santé mentale, handicap, vieillissement du territoire de Béarn et Soule	CH des Pyrénées et les établissements du GHT Béarn-Soule, Ehpad de Saint-Antoine, Les Foyers, Nouste-Soureilh, et de la Résidence Les Lierres, du SSIAD « A case » à Orthez et du SSIAD d'Oloron, de l'IME/SESSAD Château de Mazères, du CAMPS de Pau, du CRP de Beterette, des associations ADAPEI 64, ADIAPH, CRAPS, ARIMOC du Béarn, de l'OGFA, PEP 64, Martoure, Notre dame de Guindalos, Trisomie 21, et de la MDPH	Fédérer l'ensemble des établissements et acteurs sanitaires et sociaux et médico-sociaux sur la région du territoire de Béarn et Soule autour de la définition et de la mise en œuvre d'une stratégie cohérente commune dans le secteur de la santé mentale en lien avec le handicap, la dépendance des personnes et du handicap de la personne âgée

Source : chambre régionale des comptes selon la réponse de l'ordonnateur

Il est également membre d'une fédération médicale inter-hospitalière (FMIH) de médecine nucléaire composée du CH de Pau et du CH de Bigorre, qui vise à assurer une offre médicale pérenne en médecine nucléaire sur les territoires du Béarn et de la Bigorre.

Par ailleurs, en 2012, une convention de co-utilisation d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique à très haut champ (IRM 3 TESLA) a été conclue entre le CH de Pau et une société civile de moyens (SCM) d'imagerie médicale. 60 % du temps d'utilisation de la machine, qui appartient au centre hospitalier, sont réservés aux radiologues du centre hospitalier et les 40 % de temps restant sont utilisés par les radiologues de la SCM. Le CH recouvre la totalité du forfait technique destiné à assurer l'amortissement de l'équipement.

### 3.5.3. *Les conventions signées avec d'autres entités*

Au cours de la période examinée, 90 conventions liant le CH de Pau avec diverses entités extérieures ont été recensées par l'établissement. Leur durée court sur quelques jours où plusieurs années et beaucoup d'entre elles sont renouvelables par tacite reconduction.

Les évaluations de ces conventions ne sont pas formalisées. Selon la direction, elles donnent lieu, lorsque cela s'avère nécessaire, à un avenant à la convention et la constitution d'un tableau de bord de suivi est en cours.

La chambre régionale des comptes prend acte de la volonté de l'établissement d'assurer un suivi de ces conventions. Elle recommande par ailleurs de formaliser l'évaluation des conventions les plus significatives et en particulier de celles qui ont vocation à être renouvelées.

<b>Recommandation n° 2 : formaliser l'évaluation des conventions, en particulier de celles ayant vocation à être renouvelées par tacite reconduction.</b>
---

### 3.5.4. *Les consultations avancées et les mises à disposition de personnel*

En tant qu'établissement de recours sur le territoire de santé, les praticiens du centre hospitalier de Pau réalisent des consultations avancées dans d'autres établissements. Cette pratique permet aux habitants du territoire Béarn-Soule et du territoire limitrophe des Hautes-Pyrénées d'avoir accès à des consultations spécialisées sans avoir besoin de se déplacer à Pau. Cette pratique est également bénéfique pour le centre hospitalier car ces consultations peuvent donner lieu à des hospitalisations ultérieures, généralement dans l'établissement de rattachement du praticien ayant réalisé la consultation.

En 2021, environ 14 équivalents temps plein (ETP) médicaux du CH de Pau étaient mis à disposition d'autres structures pour des durées plus ou moins longues et des quotités de travail comprises entre 5 % et 80 % (cf. annexe n° 7). À l'inverse, environ trois ETP médicaux extérieurs à l'établissement travaillaient au centre hospitalier pour des quotités de travail comprises entre 10 % et 50 %. En 2020, le CH de Pau a perçu 1,23 M€ pour l'ensemble de ces mises à disposition, dont 72,5 k€ de primes d'exercice territorial (PET)<sup>11</sup>, et a reversé 161,78 k€ aux établissements partenaires.

Du personnel non médical fait également l'objet de mises à disposition contre remboursement. Environ 20 ETP non médicaux sont concernés et en sens inverse environ six ETP non médicaux sont mis à disposition du CH de Pau. En 2020, l'établissement a perçu 1,13 M€ au titre de ces mises à disposition et a reversé 117,39 k€.

---

<sup>11</sup> Dans le cadre de ces mises à disposition et conformément à l'article D. 6152-23-1, les praticiens peuvent percevoir une prime d'exercice territorial selon les modalités de l'arrêté du 14 mars 2017.

## 4. L'ACTIVITÉ

L'activité de l'établissement est analysée sur la période 2016-2019, l'année 2020 étant trop atypique pour être comparée aux années précédentes.

### 4.1. La zone d'attractivité et les parts de patientèle

Le territoire de santé du CH de Pau est le territoire de Béarn et Soule et sa zone d'attractivité concerne principalement l'Est du département. En 2019, 25,6 % des patients pris en charge résidaient à Pau, 8,3 % à Billère, 6,7 % à Lescar et 5,2 % à Nay (cf. annexe n° 8 : cartographie de la zone d'attractivité du CH de Pau).

La part de marché globale sur la zone d'attractivité<sup>12</sup> permet d'appréhender les fuites de patientèle vers les établissements concurrents. Sur la période 2016-2019, le CH de Pau a augmenté ses parts de marché dans les trois disciplines MCO : + 2,5 points en médecine (52,3 % en 2019), + 2,2 points en chirurgie (34,7 %) et + 16,1 points en obstétrique (66,8 %).

À l'inverse, en 2020, année marquée par la crise sanitaire liée à la covid-19, les parts de marché de l'établissement ont diminué (- 3,6 points en médecine, - 2,4 points en chirurgie et - 3,7 points en obstétrique). Cette période est toutefois trop atypique pour pouvoir en tirer une quelconque conclusion quant à une éventuelle inversion de tendance.

**Tableau n° 6 : parts de marché globales en MCO**

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	49,8	50,6	51,0	52,3	48,7
Chirurgie	32,5	32,3	33,7	34,7	32,3
Obstétrique	50,7	55,0	60,6	66,8	63,1

Source : hospidiag et CH Pau pour 2020

Les principaux concurrents du centre hospitalier sont des cliniques privées paloises (polyclinique de Navarre et polyclinique Marzet) qui appartiennent depuis fin 2020 au groupe Bordeaux-Nord-Aquitaine (cf. annexe n° 9 : part de marché en MCO des différents établissements de la zone).

### 4.2. Les caractéristiques de la patientèle et son niveau de satisfaction

L'âge moyen des patients admis en MCO a peu évolué sur la période. Il était de 55 ans en 2019 (contre 59,97 pour les établissements appartenant à la même catégorie) mais varie significativement selon la catégorie majeure de diagnostic<sup>13</sup>. Si l'on ne tient pas compte des nouveau-nés et du suivi des grossesses, cette moyenne d'âge atteint 59 ans en 2019.

<sup>12</sup> Rapport entre le nombre de séjours réalisés dans l'établissement pour des patients résidant dans la zone d'attractivité et le nombre total de séjours pour des patients résidant dans la zone d'attractivité.

<sup>13</sup> De 29,35 ans pour la CMD « brûlures » à 69,28 ans pour la CMD « affections de l'œil ».

#### 4.2.1. Les modes d'entrée et de sortie

En court séjour, la structure des modes d'entrée n'est pas particulièrement atypique comparée à celle des établissements de la même catégorie (CH ayant un budget supérieur à 150 M€). 49,4 % des patients viennent de leur domicile et 47,4 % des urgences, ce qui souligne l'importance de l'activité non programmée avec toutes les contraintes que cela implique.

**Tableau n° 7 : mode d'entrée en court séjour – en %**

Mode d'entrée	2016	2017	2018	2019	
	CH	CH	CH	CH	Catégorie
Mutation	1,10	0,90	0,80	0,80	0,20
Transfert	2,30	2,30	2,30	2,30	2,70
Domicile (hors urgences, hors ESMS)	56,80	52,10	50,20	49,40	52,80
Urgences	39,60	44,70	46,70	47,40	44,30

Source : ScanSanté

En 2019, à la sortie de l'hôpital, 86,9 % des patients regagnaient leur domicile.

**Tableau n° 8 : mode de sortie en MCO – en %**

Mode de sortie	2016	2017	2018	2019	
	CH	CH	CH	CH	Catégorie
Mutation	3,20	3,20	3,00	2,60	1,30
Transfert	8,00	8,40	8,40	7,80	8,20
Domicile	86,00	85,80	85,90	86,90	88,30
Décès	2,70	2,60	2,70	2,60	2,20

Source ScanSanté

Les données 2020, première année de la crise sanitaire liée au coronavirus, ne laissent pas apparaître de situation atypique par rapport aux exercices précédents en ce qui concerne le taux de décès par catégorie majeure de diagnostic (CMD).

#### 4.2.2. Le niveau de satisfaction de la patientèle

En 2020, la haute autorité de santé (HAS) a certifié l'établissement pour une durée de quatre ans au niveau B. Cette classification regroupe 78 % des centres hospitaliers de Nouvelle-Aquitaine et 71 % au niveau national. À titre de comparaison, 16 % des CH de Nouvelle-Aquitaine sont certifiés au niveau A (le meilleur possible), 4 % au niveau C (avec obligation d'amélioration) et 1 % n'ont pas été certifiés (niveau E).

Le suivi de la satisfaction des patients se fait à travers un questionnaire de sortie dont le taux de retour demeure assez faible (3,1 %). Le niveau de satisfaction exprimé est en revanche élevé puisqu'il dépasse 91 %. L'enquête nationale « e-satis » est également un indicateur de satisfaction permettant de mesurer le score de l'établissement par rapport à l'ensemble des établissements concernés. L'enquête 2020 attribue au CH de Pau une note globale de 76/100 pour les patients hospitalisés plus de 48 heures en MCO et de 82/100 pour les patients admis

pour une chirurgie ambulatoire. Les items les plus mal notés sont la chambre et les repas ainsi que l'organisation de la sortie alors que la prise en charge par le personnel soignant est particulièrement appréciée (score supérieur à 80/100). Au final, 61 % des patients hospitalisés recommanderaient cet établissement et 76 % des patients de chirurgie ambulatoire.

### 4.3. Les séjours et les passages aux urgences

#### 4.3.1. L'évolution du nombre de séjours

En 2019, l'activité d'hospitalisation complète de courte durée s'élevait à 26 907 séjours, ce qui représentait 149 029 journées. Sur la période 2016-2019, le nombre de séjours a augmenté de 5,16 %, plus vite que le nombre de journées (+ 3,78 %), ce qui traduit une baisse de la durée moyenne de séjour.

L'année 2020 est bien sûr atypique du point de vue de l'activité. Elle se caractérise par de nombreuses déprogrammations d'interventions et par une moindre fréquentation des services hospitaliers, y compris les urgences. Le nombre de séjours a baissé significativement cette année-là (- 8,6 %) tout comme celui des journées (- 6,01 %).

La progression de l'activité en ambulatoire a été plus importante qu'en hospitalisation complète avec une augmentation du nombre de séjours de 9,92 %. En 2020, cette activité a diminué de près de 6 % en médecine, de 11 % en chirurgie et de plus de 12 % en obstétrique.

**Tableau n° 9 : nombre de séjours (exprimés en nombre de RSA) en hospitalisation complète**

Résumés de sortie anonymes	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine (hospitalisation complète)	16 606	16 854	17 103	17 832	16 746
Chirurgie ((hospitalisation complète)	7 015	6 817	6 813	6 718	5 559
Obstétrique ((hospitalisation complète)	1 962	2 041	2 178	2 357	2 289
<b>Total hospitalisation complète</b>	<b>25 583</b>	<b>25 712</b>	<b>26 094</b>	<b>26 907</b>	<b>24 594</b>
Médecine (ambulatoire)	9 720	9 516	9 327	10 209	9 608
Chirurgie (ambulatoire)	4 022	4 044	4 586	4 706	4 184
Obstétrique (ambulatoire)	710	846	925	971	853
<b>Total ambulatoire</b>	<b>14 452</b>	<b>14 406</b>	<b>14 838</b>	<b>15 886</b>	<b>14 645</b>
<b>Total général</b>	<b>40 035</b>	<b>40 118</b>	<b>40 932</b>	<b>42 793</b>	<b>39 239</b>

Source : hospidiag et CH Pau

Globalement, avant la crise sanitaire, l'activité de l'établissement était sur une pente ascendante (+ 2 758 séjours, soit une hausse de 6,89 %) mais l'épidémie de covid-19 a stoppé nette cette tendance. Ainsi, le nombre de séjours enregistrés en 2020 est redevenu inférieur à celui de 2016 mais cette situation n'est pas propre au CH de Pau.

### 4.3.2. Les passages aux urgences

Le nombre de passages aux urgences correspond à une activité non programmée dont le volume a des conséquences en termes d'organisation de la permanence des soins et de disponibilité des lits.

Comme c'est généralement le cas dans les hôpitaux publics de cette taille, les urgences constituent la principale porte d'entrée à l'hôpital. À Pau, en 2019, les urgences représentaient 47,4 % du total des entrées en MCO. Sur la période, le nombre de passages aux urgences a augmenté de 5,76 %, qu'il s'agisse des passages suivis d'hospitalisation (17,48 %) ou des passages sans hospitalisation (2,34 %).

**Tableau n° 10 : activité des urgences**

	2016	2017	2018	2019
Nombre de passages	66 404	65 92	67 946	70 227
<i>Dont passages suivis d'hospitalisation</i>	14 975	15 382	16 376	17 593
<i>Dont passages externes</i>	51 429	50 539	51 570	52 634

Source : CH Pau, rapport financier, tome 2

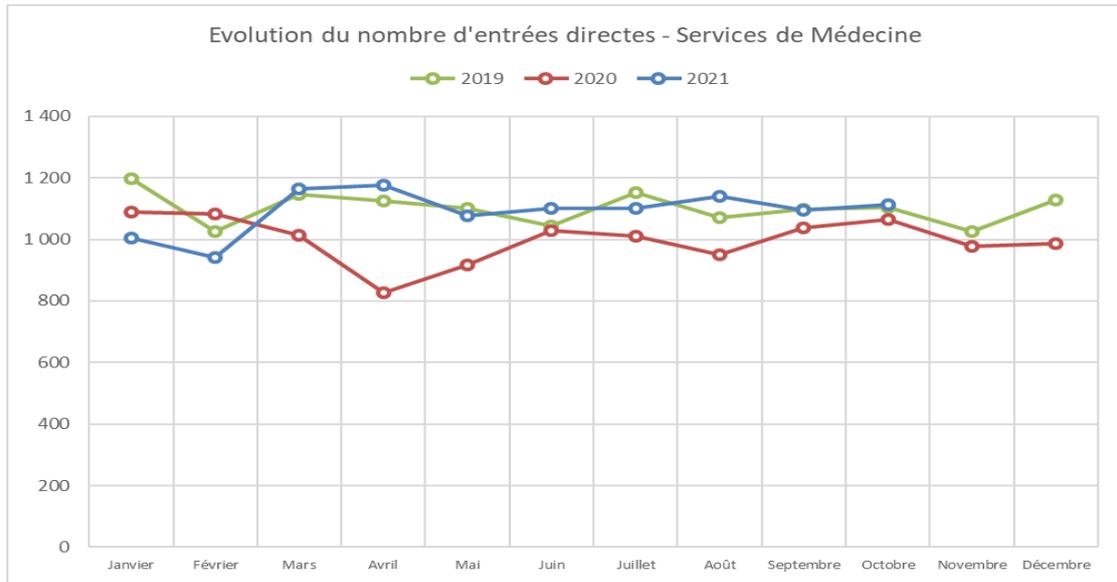
L'une des problématiques principales rencontrées aux urgences est le manque de lits d'aval, ce qui entraîne parfois des délais d'attente importants pour les patients devant être hospitalisés dans un service de soins. Cela peut générer de l'incompréhension de la part de la patientèle et c'est un facteur de tension qui se répercute sur les conditions de travail des équipes soignantes.

### 4.3.3. Les premières tendances 2021

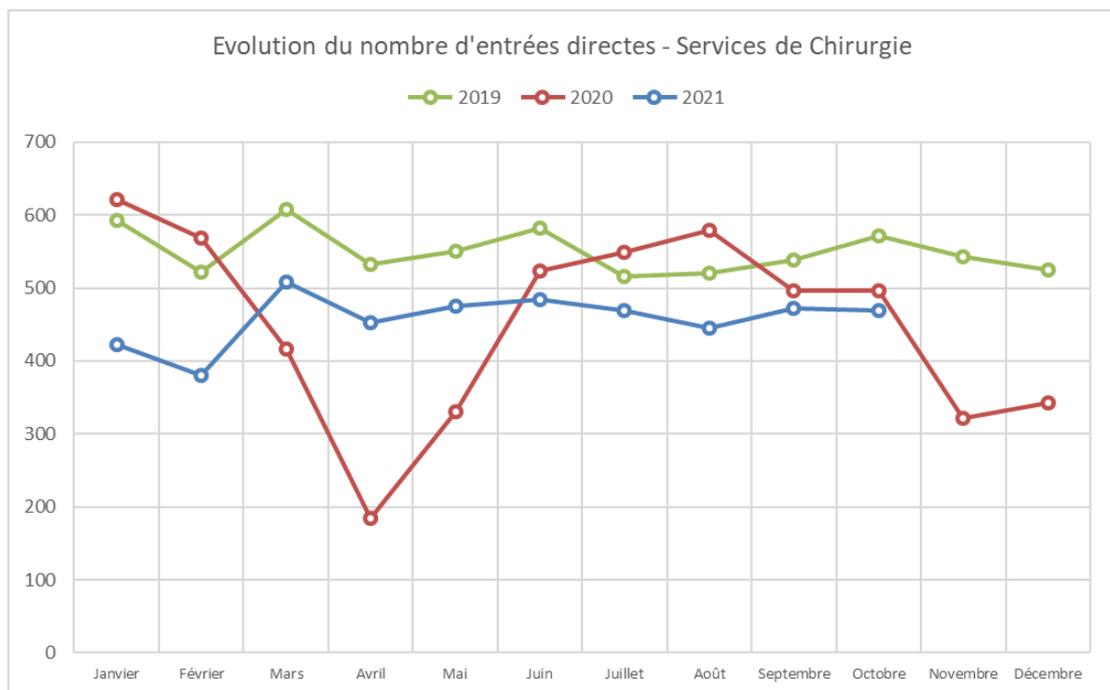
En 2021, la reprise d'un niveau d'activité « normal » semble se confirmer en médecine et en hospitalisation de jour mais les statistiques demeurent inférieures en chirurgie et obstétrique.

Fin octobre 2021, les entrées en médecine sont inférieures de 1,3 % par rapport à octobre 2019 mais en hausse de 8,9 % par rapport à 2020. En chirurgie, l'écart est de - 17,3 % par rapport à 2019 mais de + 3,9 % par rapport à 2020. Enfin, en gynécologie-obstétrique, la différence est de - 8,6 % par rapport à 2019 et de - 3,9 % par rapport à 2020.

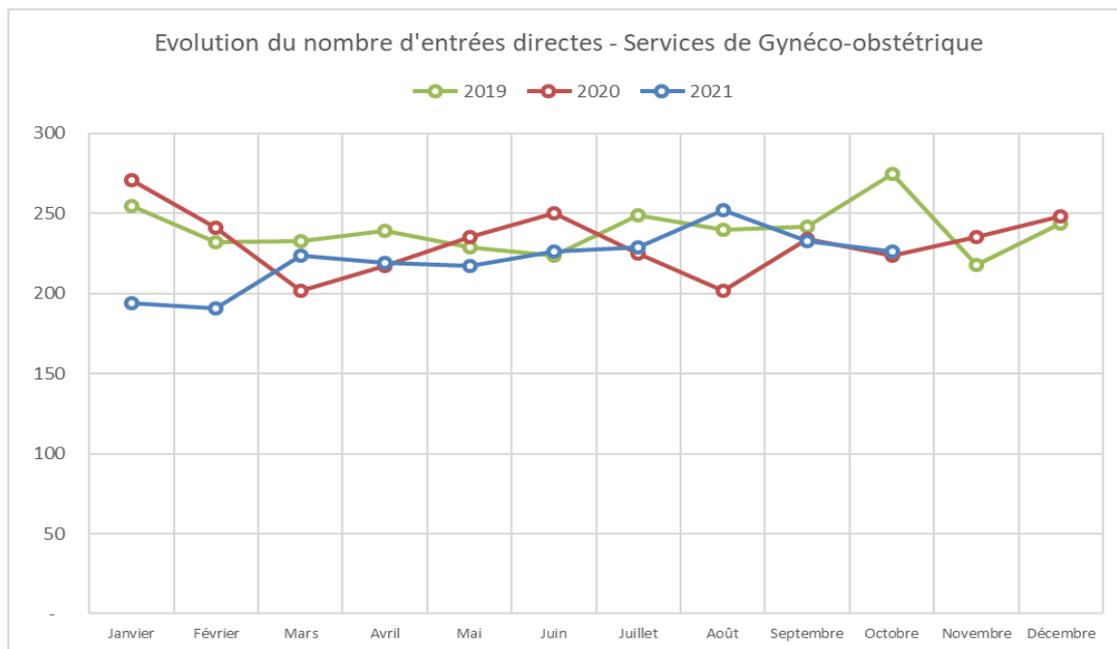
**Graphique n° 3 : reprise de l'activité MCO en 2021**



Source : CH de Pau



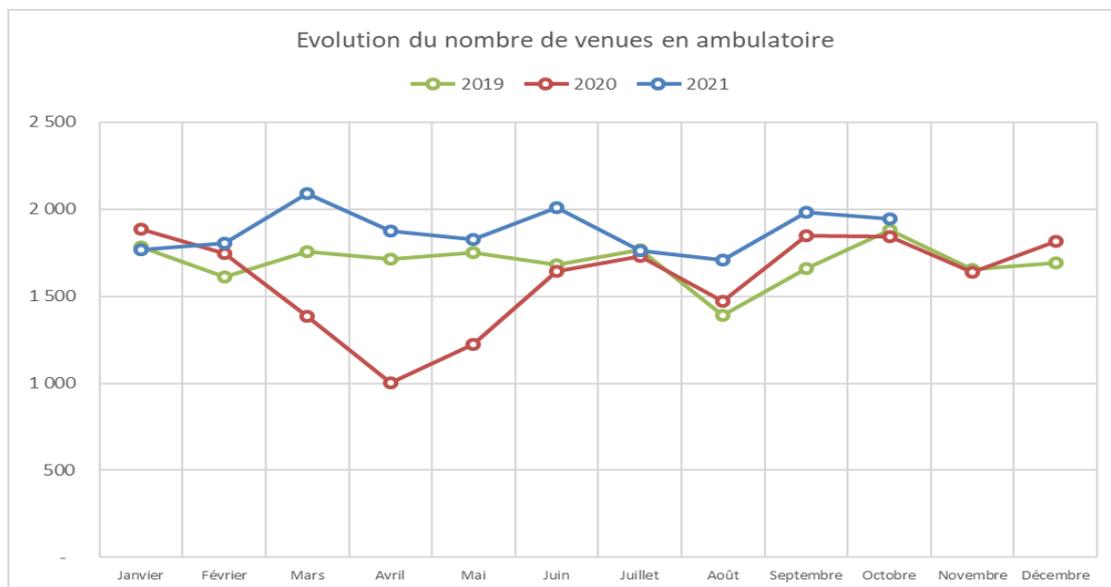
Source : CH de Pau



Source : CH de Pau

L'hospitalisation de jour connaît quant à elle une nette reprise avec une hausse du nombre de venues en ambulatoire qui atteint 10,4 % par rapport à 2019 et 18,3 % par rapport à 2020.

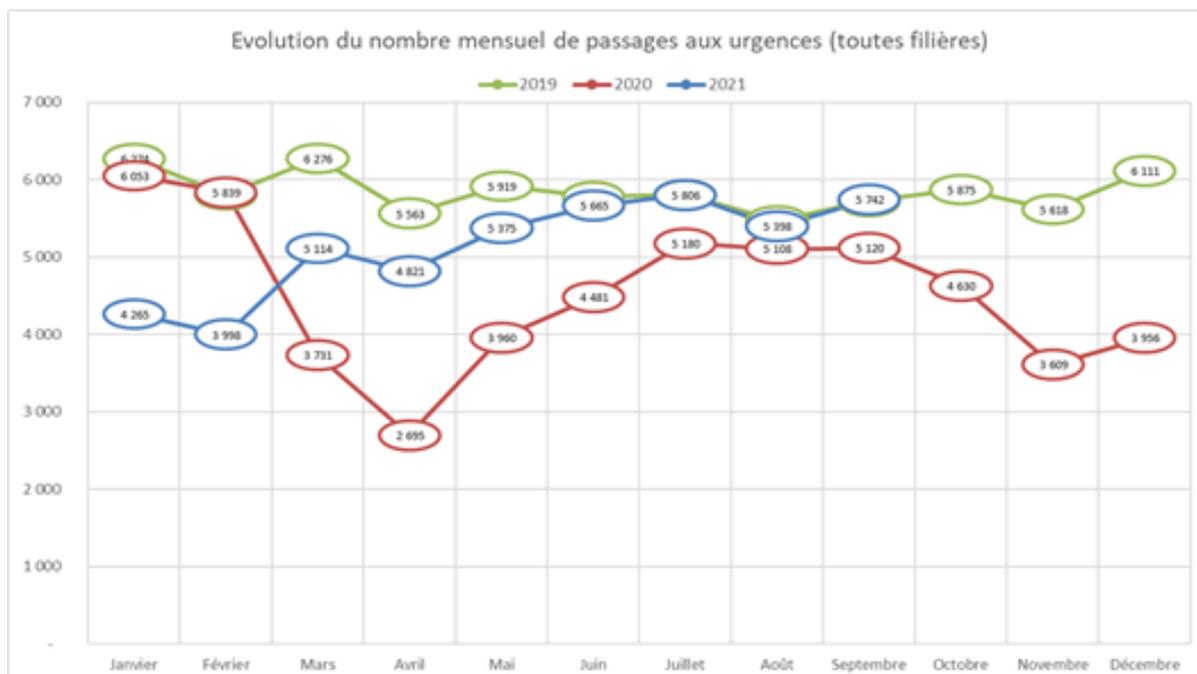
**Graphique n° 4 : reprise de l'activité ambulatoire en 2021**



Source : CH de Pau

Pour ce qui est des passages aux urgences, l'écart avec l'année 2019, qui était très important au premier trimestre (- 27 %), s'est réduit au second trimestre (- 8 %) et a disparu au troisième trimestre (+ 10 %).

Graphique n° 5 : reprise de l'activité aux urgences en 2021



Source : CH de Pau

#### 4.4. Les principales affections prises en charge

Les pathologies prises en charge au sein de l'établissement peuvent s'analyser par catégorie majeure de diagnostic (CMD). En 2019, hors séances, quatre CMD regroupaient le tiers des séjours (affections de l'appareil respiratoire, affections du système nerveux, affections du tube digestif et affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif) et sept CMD représentaient plus de 50 % des séjours<sup>14</sup>. Par rapport aux établissements de la même catégorie, deux CMD sont nettement surreprésentées (affections du système nerveux et affections de l'appareil respiratoire) alors que les séances sont sous-représentées. La répartition de ces catégories majeures de diagnostic est, bien évidemment, fortement influencée par l'offre de soins présente sur le territoire qui, dans le cas de Pau, comprend plusieurs établissements privés (cf. répartition des séjours par CMD en annexe n° 10).

#### 4.5. 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 PMSI et le nombre de journées lits exploitables. Il doit être analysé par rapport à la durée moyenne de séjour (DMS) car un même taux peut recouvrir des situations différentes (un séjour de longue durée ou plusieurs séjours de courte durée).

<sup>14</sup> Il s'agit des quatre affections précédemment citées auxquelles il convient d'ajouter les grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum, les affections de l'appareil respiratoire et les facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé.

Selon les données hospidiag, les taux d'occupation en médecine, en chirurgie et en obstétrique progressent sur la période. L'impact de la crise sanitaire s'est traduit par une stabilité en médecine (- 0,6 point) qui accueillait notamment les unités covid, et une baisse significative en chirurgie (- 17,2 points) et en gynécologie-obstétrique (- 10 points).

**Tableau n° 11 : les taux d'occupation des lits (hors ambulatoire)**

	2016	2017	2018	2019	2019 2° décile	2019 8° décile	2020
Médecine	70,4	72,9	73,8	75,2	72,1	83,2	74,6
Chirurgie	91,8	94,6	94,2	96,0	34,3	92,4	78,8
Obstétrique	70,4	65,9	66,7	75,4	61,1	80,3	65,4

Source : hospidiag et CH Pau

Sur la période 2016-2019, la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO a eu tendance à diminuer et la crise sanitaire n'a pas eu d'impact global significatif. Cette durée varie fortement selon les catégories majeures de diagnostic. Hors séances, la DMS s'étend de 0,57 jour pour les affections de l'œil à 15,58 jours pour les traumatismes multiples graves (cf. détail en annexe n° 11).

**Tableau n° 12 : la durée moyenne de séjour par discipline de court-séjour**

	2016	2017	2018	2019	2020
Médecine	2,62	2,57	2,58	2,50	2,57
Chirurgie	3,74	3,73	3,49	3,55	3,43
Obstétrique	3,37	3,21	3,14	3,31	3,05
Toutes disciplines MCO	5,6	5,5	5,5	5,5	5,6

Source : ScanSanté et CH Pau

L'indice pondéré DMS (IPDMS) permet de comparer la durée moyenne de séjour dans l'établissement par rapport aux autres hôpitaux. Lorsque l'indicateur est supérieur à 1, l'établissement a des durées moyennes de séjour plus longues que la moyenne.

En médecine, l'indicateur est inférieur à 1 sur chacun des exercices de la période et en chirurgie il devient inférieur à 1 à partir de 2018. En obstétrique, la valeur de l'IPDMS demeure supérieure à 1 mais le CH de Pau dispose d'une maternité de niveau 3, susceptible d'accueillir des grossesses pathologiques nécessitant une durée d'hospitalisation plus longue<sup>15</sup>.

<sup>15</sup> Les maternités sont classifiées selon trois niveaux en fonction de leur équipement et de la présence ou non de soins intensifs ou de réanimation néo-natale.

Tableau n° 13 : l'IPDMS en hospitalisation complète

	2016	2017	2018	2019	2019 2 <sup>e</sup> décile	2019 8 <sup>e</sup> décile
Médecine	0,927	0,906	0,906	0,906	0,919	1,056
Chirurgie	1,024	1,004	0,965	0,994	0,851	1,065
Obstétrique	1,018	1,029	1,041	1,069	0,938	1,067

Source : hospidiag

## 5. 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 centre hospitalier de Pau est donc soumis à la certification de ses comptes puisque le total des produits de son compte de résultat principal était de 199,32 M€ en 2016 et de 221,58 M€ en 2019.

### 5.1. Les rapports du commissaire aux comptes

Dans son rapport sur les comptes annuels 2016, le commissaire aux comptes a émis les réserves suivantes :

- diverses améliorations sont encore nécessaires dans les procédures de contrôle interne relatives à la codification des séjours. Cette situation est susceptible d'affecter la correcte traduction des recettes dans les états financiers ;
- le CH a changé sa méthode de comptabilisation des services CNRACL en passant d'un engagement « hors bilan » à une « autre provision pour risques ». Ce changement de méthode a été appliqué de manière prospective au 31 décembre 2016. Au regard des textes, un changement de méthode comptable est applicable de manière rétrospective et non prospective : ainsi 1 036 k€ auraient dû impacter les capitaux propres d'ouverture. De même, l'établissement a procédé à un changement de modalités de valorisation des jours compte épargne-temps au cours de l'exercice, en passant d'une valorisation au forfait à un coût moyen journalier pour le personnel non médical. Cette application aurait dû impacter les capitaux propres d'ouverture à hauteur de 366 k€.

Les comptes annuels des exercices 2017, 2018 et 2019 ont, quant à eux, été certifiés sans réserve au regard des règles et principes comptables applicables aux établissements publics de santé.

## 5.2. La fiabilité des créances

La fiabilité des créances dépend, d'une part, de leur juste identification et, d'autre part, de leur recouvrabilité. Selon l'ordonnateur, le délai moyen de facturation de l'hospitalisation est de 15 jours et il n'y a pas de phase de facturation distincte entre les hospitalisations par les urgences et les autres hospitalisations.

En application de l'instruction M21, il convient de procéder à l'annulation des titres par émission d'un mandat au compte 673. Toute émission d'un titre ouvre une créance. Ainsi, 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 des titres annulés n'ont pas été réémis, comme le montre le tableau ci-après. Toutefois, le taux de réémission des titres s'est nettement amélioré depuis 2017.

**Tableau n° 14 : Annulations et réémissions de titres**

Compte	BUDGET	2016	2017	2018	2019	2020
673 (en k€)	H	708,42	528,86	394,87	311,46	363,76
	USLD B	1,54	6,98	20,37	35,374	27,66
	IFSIC	6,00	125,16	0,00	0,00	0,00
	GHT G	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAL</b>	<b>715,97</b>	<b>661,01</b>	<b>415,24</b>	<b>346,83</b>	<b>391,42</b>
0772-1 (en k€)	H	355,83	340,42	321,96	234,75	306,05
	USLD B	1,54	6,98	20,37	35,37	27,66
	IFSIC	5,89	125,16	0,00	0,00	0,00
	GHT G	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	<b>TOTAL</b>	<b>363,26</b>	<b>472,56</b>	<b>342,33</b>	<b>270,13</b>	<b>333,71</b>
Écart 673-772 (en k€)	H	352,59	188,45	72,91	76,71	57,71
	USLD B	0,00	0,00	0,00	0,00	0
	IFSIC	0,12	0,00	0,00	0,00	0
	GHT G	0,00	0,00	0,00	0,00	0
	<b>TOTAL</b>	<b>352,71</b>	<b>188,45</b>	<b>72,91</b>	<b>76,71</b>	<b>57,71</b>
Taux de réémission (en %)	H	50,23	64,37	81,54	75,37	84,14
	USLD B	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
	IFSIC	98,05	100,00	-	-	-
	GHT G	-	-	-	-	-
	<b>TOTAL</b>	<b>50,74</b>	<b>71,49</b>	<b>82,44</b>	<b>77,88</b>	<b>85,26</b>

Source : CH Pau, comptes financiers

En 2016, la différence était de l'ordre de 352 k€ mais n'est plus que de 76,7 k€ en 2019. Le CH explique ces annulations sans réémission par les motifs suivants :

- modification des taux de prise en charge après facturation : prise en charge 100 % d'une affection longue durée (ALD), d'une maternité, d'un accident de travail au lieu de 70 % ou 80 %. Dans le cadre de la facturation des hospitalisations et des soins réalisés aux urgences, cela entraîne une annulation du ticket modérateur et une valorisation à 100 % au lieu de 80 ou 70 % de la part de l'assurance maladie. Les titres ne sont pas émis, la valorisation est réalisée de façon globale sur la plateforme de recueil des informations sur l'hospitalisation en établissement (e-PMSI) ;

- correction de mouvements : erreurs portant sur la date d'entrée, de sortie, le mode sortie, les séjours contigus ou la conversion de dossiers d'hospitalisation en consultation externe. Il n'y a pas de réémission lorsque les dossiers sont annulés en totalité si l'hospitalisation ou la consultation n'a pas été réalisée ;
- erreur d'interprétation des accords de prise en charge limitée (nombre de jours, montant chambre particulière...). Les titres ne sont pas réémis si la chambre particulière a été facturée et que le patient était en chambre double ou en chambre particulière pour raisons médicales ou si la mutuelle ne prend pas en charge la chambre particulière et que le patient n'a pas signé de consentement ;
- acte supérieur à 120 € codé après facturation : dans le cadre de la facturation des hospitalisations et des soins réalisés aux urgences cela entraîne une annulation du ticket modérateur et une valorisation à 100 % au lieu de 80 ou 70 % de la part de l'assurance maladie. Les titres ne sont pas réémis, la valorisation est réalisée de façon globale sur la plate-forme e-PMSI ;
- modification des dossiers de prise en charge des patients membres de l'Union européenne pour les hospitalisations et les soins réalisés aux urgences : délivrance d'un accord de prise en charge au titre des conventions internationales, puis prise en charge au titre du régime obligatoire d'assurance maladie car leurs droits ont changé : les titres facturés à l'assurance maladie sont alors annulés et la valorisation de la part assurance maladie se fait de façon globale sur la plateforme e-PMSI. Idem pour des mineurs étrangers hors communautés européennes avec des droits à l'aide médicale d'État (AME), qui peuvent avoir des droits obligatoires ouverts après facturation.

La recouvrabilité des créances dépend de leur bonne identification. Elle peut s'apprécier à travers le taux de perte sur créances irrécouvrables :

**Tableau n° 15 : perte sur créances irrécouvrables**

En k€

	BUDGET	2016	2017	2018	2019	2020
Perte sur créances irrécouvrables (compte 654)	H	158,48	181,94	134,29	179,43	105,73
	B	0,00	37,31	2,54	0,01	0,00
	C	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	G	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	TOTAL	158,48	219,25	136,83	179,440	105,73
Taux de perte sur créances irrécouvrables	Tous budgets	<b>0,08 %</b>	<b>0,10 %</b>	<b>0,06 %</b>	<b>0,08 %</b>	<b>0,04 %</b>

Source : CH Pau, Comptes financiers

Le taux de perte sur créances irrécouvrables étant au maximum de 0,1 % sur la période, on peut considérer que l'irrécouvrabilité des créances n'affecte pas la fiabilité de l'actif du bilan.

Lorsque la créance est considérée comme douteuse en application de la M21, les comptes 491 et 496 sont crédités en fin d'exercice par le débit du compte 6817 « dotations aux dépréciations des actifs circulants ». Les créances dont le recouvrement est compromis doivent donner lieu à constitution d'une dépréciation. Cette dernière peut être liquidée sur la base d'une méthode statistique qui ne doit toutefois pas conduire à minorer cette dépréciation. Les provisions pour dépréciation de comptes de tiers ont évolué comme suit :

**Tableau n° 16 : les provisions pour dépréciation de comptes de redevables 491**

En k€

Exercice	Montant au début d'exercice	Dotations de l'exercice (crédit)	Reprise de l'exercice (débit)	Montant à la fin de l'exercice
2016	350,14	214,44	22,53	542,05
2017	542,05	24,53	26,92	539,65
2018	539,65	3,36	32,66	510,35
2019	510,35	356,19	0	866,54
2020	866,54	222,62	1,99	1 097,17

Source : CH Pau, comptes financiers

Le compte 49 est donc régulièrement mouvementé ce qui induit une détection et une évaluation des créances douteuses. L'annexe du compte financier 2019 précise le taux de provision en fonction du type de débiteur et de l'ancienneté de la créance : ainsi, lorsque le débiteur est un hospitalisé, le taux de provision est de 25 % pour les créances inscrites en N, 50 % pour celles datant de N-1, 75 % pour celles détenues depuis N-2 et 100 % pour les plus anciennes. Le solde du compte 491 couvre donc le montant des restes à recouvrer contentieux. Toutefois, il peut être relevé que les provisions pour dépréciation de comptes de redevables ont augmenté pour atteindre 1 M€ fin 2020 alors que le volume des créances contentieuses est moindre (0,675 M€), ce qui pourrait induire un risque de « sur-provisionnement ».

**Tableau n° 17 : taux de restes à recouvrer**

En k€ et %

Tous budgets	2016	2017	2018	2019	2020
Restes à recouvrer amiable	30 939,00	28 311,31	33 139,83	34 996,44	41 560,78
Restes à recouvrer contentieux	206,40	215 539,06	263,74	267,36	675,49
Total des produits net constaté <sup>1</sup>	206 255,37	213 044,75	221 264,32	228 374,6	252 092,83
Taux de restes à recouvrer	15,10	13,39	15,10	15,44	16,75
Taux de restes à recouvrer contentieux	0,10	0,10	0,12	0,12	0,27

Source : CH Pau, comptes financiers, calculs CRC

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

Les créances sur hospitalisés et consultants sont celles qui présentent le plus grand risque d'irrecouvrabilité. Or, elles représentaient 822,40 k€ soit 2,33 % des restes à recouvrer au 31 décembre 2019. Les créances d'un montant unitaire inférieur à 100 € s'élèvent à 177,58 k€. De faible valeur, elles sont souvent difficiles à recouvrer et impliquent un travail de recherche important pour des montants parfois négligeables. L'actuel ordonnateur n'a pas pris de décision concernant le seuil de recouvrement (il existe une décision datant du 25 septembre 2012).

### 5.3. Le report des charges et des produits de l'exercice

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 report. Ce dernier est égal aux charges ou produits sur exercices antérieurs rapportés au total des charges ou produits. Généralement on admet que si ce taux n'est pas supérieur à 0,2 %, le rattachement peut être considéré comme fiable<sup>16</sup>.

**Tableau n° 18 : taux de report des charges**

En k€ et %

Comptes (débit)	2016	2017	2018	2019	2020
D 672	211,72	132,28	74,82	147,26	107,62
D 60 à 65 + D 661+ D 672	196 673,43	205 384,61	211 366,32	216 288,87	228 719,90
<b>Taux de report</b>	<b>0,11</b>	<b>0,06</b>	<b>0,04</b>	<b>0,07</b>	<b>0,06</b>

Source : CH Pau, balance des comptes, calcul CRC

**Tableau n° 19 : taux de report des produits**

En k€ et %

Comptes (crédit)	2016	2017	2018	2019	2020
C 772	774,48	991,13	746,40	438,79	1 626,82
C 70 à 75+ C 761+C 772	206 406,21	209 995,52	220 889,27	228 209,33	250 734,13
<b>Taux de report</b>	<b>0,38</b>	<b>0,44</b>	<b>0,34</b>	<b>0,19</b>	<b>0,65</b>

Source : CH Pau, balance des comptes, calcul CRC

Pour les trois premiers exercices examinés, le taux de report des produits est supérieur à 0,2 % mais ce taux passe en-dessous de ce seuil en 2019.

## 6. LA SITUATION FINANCIERE

Le budget de l'établissement comprend le budget principal et quatre budgets annexes. Le total des charges s'élevait à 227,23 M€ en 2019 et à 249,58 M€ en 2020.

<sup>16</sup> Rapport Cour des comptes, septembre 2007, « la sécurité sociale » p.100 insertion sur la fiabilité des comptes des hôpitaux.

Tableau n° 20 : données budgétaires 2019 et 2020

Budgets	2019		2020	
	Montant des charges (en k€)	Part du budget consolide (en %)	Montant des charges (en k€)	Part du budget consolide (en %)
Principal (H)	219 558,32	96,62	241 445,54	96,74
USLD (B0)	4 407,27	1,94	4 756,52	1,91
École (C0)	2 764,25	1,22	2 754,09	1,10
GHT (G0)	505,04	0,22	622,33	0,25
Tous budgets	227 234,89	100,00	249 578,48	100,00

Source : CH de Pau, compte financier 2019

En 2020, année marquée par la crise sanitaire, le poids de chacun des budgets a peu varié (légère augmentation de la part du budget principal et du budget GHT).

### **Avertissement préalable à l'analyse financière**

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

En effet, en 2020, le fonctionnement des hôpitaux a été très fortement impacté par la crise sanitaire qui a conduit à une déprogrammation massive des soins en vue d'assurer la prise en charge des patients covid (cf. volet n° 1 de l'examen de la gestion consacré à la première vague de l'épidémie). Cette année-là, les modes de financement ont également été revus avec la mise en place un mécanisme de garantie de recettes nécessaire pour compenser les pertes engendrées par l'épidémie qui a bouleversé l'activité habituelle des établissements de santé.

## **6.1. Le compte d'exploitation**

### ***6.1.1. 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.

Sur chaque exercice de la période 2016-2019, l'établissement dégage une marge qui croît chaque année pour atteindre 154,61 M€ en 2019. Cette croissance (+ 11,12 M€) résulte d'une hausse de la production, c'est-à-dire de l'activité de l'hôpital, supérieure à celle des achats. La marge n'étant absorbée au maximum qu'à 11 % par les autres consommations et charges externes, le CH génère une valeur ajoutée positive sur chacun des exercices de la période 2016- 2019.

Les charges de personnel absorbent la totalité de la valeur ajoutée mais l'excédent brut d'exploitation est compris entre 6,3 M€ et 9 M€ après comptabilisation des subventions d'exploitation.

Tableau n° 21 : formation de l'excédent brut d'exploitation

En k€

COMPTE DE RESULTAT (1 <sup>ère</sup> partie)	2016	2017	2018	2019	2020
Production des activités annexes					
Vente de marchandises	12 892,16	13 853,56	12 120,09	11 240,84	11 819,26
Production (y compris immobilisée)	183 698,13	187 791,37	194 673,01	201 296,11	221 242,80
Achats de matières et d'approvisionnements	52 897,56	56 060,06	56 692,24	58 052,28	65 103,73
+ Variation de stocks de matières et d'approvisionnements	-205	-52,77	-5,29	124,83	1 431,41
<b>MARGE TOTALE</b>	<b>143 487,73</b>	<b>145 532,11</b>	<b>150 095,57</b>	<b>154 609,50</b>	<b>169 389,74</b>
Autres consommations et charges externes	13 188,56	14 027,11	16 459,65	16 621,72	17 120,75
<i>dont charges de personnel externe</i>	984,03	1 489,11	3 067,86	2 599,37	2 367,70
<i>dont frais de recrutement de personnel</i>	60,43	67,86	79,68	60,53	58,73
<i>dont déplacements, missions et réception</i>	229,57	308,59	276,35	262,06	233,58
<i>dont charges immobilières locatives et de copropriété</i>	25,86	32,89	97,54	312,60	35,11
<b>VALEUR AJOUTÉE</b>	<b>130 299,17</b>	<b>131 505,00</b>	<b>133 635,92</b>	<b>137 987,78</b>	<b>152 268,99</b>
Salaires et traitements	83 035,01	86 742,09	89 003,10	91 106,76	100 787,44
Charges sociales	32 488,40	33 998,68	33 952,14	34 632,22	37 858,19
Autres (impôts et taxes sur rémunérations)	12 036,48	12 353,26	12 644,43	12 931,70	14 028,23
Charges de personnel	128 359,88	133 094,03	135 599,67	138 670,68	152 673,66
<i>Charges de personnel (hors charges externes)</i>	<i>127 375,85</i>	<i>131 604,92</i>	<i>132 531,81</i>	136 071,30	150 306,16
Impôt et taxes	299,02	351,67	341,66	296,12	252,45
Subventions d'exploitation	7 457,51	8 255,69	8 602,64	9 156,74	10 087,50
<b>EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION</b>	<b>9 097,77</b>	<b>6 314,99</b>	<b>6 297,24</b>	<b>8 177,72</b>	<b>9 430,18</b>

Source : tableau réalisé à partir des comptes de résultat et des balances 2016-2020 (personnel externe : comptes 621 et 622, frais recrutement : compte 623 ; déplacement : compte 625 ; charges immobilières : 614 et 61322)

Les charges de personnel, comme c'est le cas dans tous les établissements de santé, constituent le premier poste de dépenses (138,67 M€ en 2019). Les salaires et traitements versés ont augmenté de 8,67 % (+ 7,27 M€) alors que les charges externes de personnel ont, quant à elles, fortement progressé (+ 164,15 % soit 1,6 M€).

**Tableau n° 22 : charges de personnel**

En k€

	2016	2017	2018	2019	2020
Salaires et traitements	83 835,01	86 742,09	89 003,10	91 106,76	100 787,44
Charges sociales	32 488,40	33 998,68	33 952,14	34 632,22	37 858,19
Autres (impôts et taxes sur rémunérations)	12 036,48	12 353,26	12 644,43	12 931,70	14 028,23
<b>Charges de personnel</b>	<b>128 359,88</b>	<b>133 094,03</b>	<b>135 599,67</b>	<b>138 670,68</b>	<b>152 673,86</b>
<i>Dont charges externes</i>	984,03	1 489,11	3 067,86	2 599,37	2 367,70

Source : compte de résultat et balance des comptes

Les rémunérations versées au personnel non médical (71 M€ en 2019) ont progressé de 12,21 % entre 2016 et 2019. Cette tendance résulte en partie de la masse salariale des personnels contractuels, tant en CDI (+ 4 M€) qu'en CDD (+ 4,98 M€), corrélée à une hausse des effectifs rémunérés pour cette catégorie de personnel.

Les rémunérations des médecins ont, quant à elles, augmenté de 11,65 %. Cette hausse, supérieure à celle des effectifs rémunérés, concerne aussi bien les praticiens à temps plein (+ 7 %) que les praticiens à temps partiel (+ 3,2 %) et surtout les praticiens vacataires et en CDD (+ 52,7 %).

En 2020, année de versement de plusieurs compléments indemnitaires liés à la crise sanitaire<sup>17</sup>, les rémunérations ont poursuivi leur progression, tant pour le personnel non médical (6,89 %) que pour le personnel médical (9,81 %).

**Tableau n° 23 : rémunération du personnel (\*)**

En k€

	2016	2017	2018	2019	2020
Rémunérations du personnel non médical titulaires et stagiaires	61 371,67	52 654,74	52 678,14	53 585,11	58 911,07
Rémunération du personnel non médical en CDI	2 946,98	2 847,49	2 999,61	6 949,87	9 245,18
Rémunération du personnel non médical en CDD	8 892,91	10 421,16	11 863,67	13 873,52	9 046,57
<b>Total personnel non médical</b>	<b>63 326,38</b>	<b>65 905,67</b>	<b>66 641,98</b>	<b>71 061,39</b>	<b>75 960,07</b>
Rémunération praticiens à temps plein et temps partiel	10 738,64	10 726,65	10 655,74	11 491,04	13 082,44
Rémunération praticiens enseignants et hospitaliers titulaires	397,85	425,05	543,15	526,78	437,01
Rémunération praticiens CDD et vacataires	2 577,81	3 517,12	4 051,49	3 936,59	3 788,19
<b>Total personnel médical</b>	<b>20 012,72</b>	<b>21 16,65</b>	<b>21 760,03</b>	<b>22 344,45</b>	<b>24 535</b>

(\*) Hors CET, aide au transport et indemnités de licenciement

Source : CH Pau, comptes financiers, balance des comptes

<sup>17</sup> Notamment la prime covid et complément de traitement indiciaire pour les personnels médicaux et non médicaux.

Pour ce qui est des recettes, les produits de l'activité hospitalière s'élèvent à 187,43 M€ en 2019. Ils ont progressé de 10,6 % depuis 2016 et sont à 91,6 % à la charge de l'assurance maladie. Le court séjour représente 93,7 % de ces ressources et les soins de suite et réadaptation (SSR) 7,3 %.

En 2020, l'augmentation des produits de l'activité hospitalière est exclusivement due à celle des produits à la charge de l'assurance maladie (+ 22,97 M€), dont plus de la moitié est constituée par des dotations MIGAC<sup>18</sup>-MCO (11,53 M€).

**Tableau n° 24 : produits de l'activité hospitalière (principaux postes de recettes)**

		<i>En k€</i>				
Cpte	Intitulé balance	2016	2017	2018	2019	2020
731	Produits à la charge de l'assurance maladie	152 686,05	157 834,77	164 203,98	171 597,11	193 565,30
732	Produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance	14 695,77	14 140,09	13 945,74	13 752,97	12 068,48
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	1 339,79	1 267,93	1 285,25	1 604,76	1 085,23
734	Prestations effectuées au profit des malades d'un autre établissement	795,86	799,67	645,82	444,10	295,16
735	Produits à la charge de l'État, des collectivités territoriales et autres organismes publics	18,21	29,00	30,98	31,90	20,18
<b>73</b>	<b>Produits de l'activité hospitalière</b>	<b>169 535,68</b>	<b>174 071,44</b>	<b>180 111,76</b>	<b>187 430,85</b>	<b>207 034,35</b>

Source : CH Pau, balance des comptes

Les achats de matières premières et d'approvisionnement, qui représentaient 54,64 M€ en 2019, ont augmenté de 10,23 % entre 2016 et 2019, à un rythme équivalent de celui des produits de l'activité hospitalière. En lien avec l'évolution de l'activité, les achats de produits pharmaceutiques et à usage médical progressent également (+ 7,51 %) comme les fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique (+ 16,63 %).

<sup>18</sup> Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation.

**Tableau n° 25 : achats de matières premières et approvisionnement (principaux postes de dépenses)***En k€*

Cpte	Intitulé balance	2016	2017	2018	2019	2020
6021	Produits pharmaceutiques et à usage médical	29 542,77	31 899,06	31 047,19	31 761,12	37 386,49
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	16 752,04	17 458,43	19 019,92	19 538,03	20 630,36
6023	Alimentation	1 636,85	1 633,85	1 639,67	1 678,13	1 658,09
6026	Fournitures consommables	1 636,81	1 621,17	1 613,45	1 659,97	1 831,20
602	Total	49 571,31	52 615,32	53 322,99	54 640,18	61 509,72

Source : CH PAU, balance des comptes, budget H

### 6.1.2. 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 est toujours positif excepté en 2017, seul exercice où le résultat d'exploitation et le résultat courant sont négatifs. En réponse aux observations provisoires, le directeur de l'établissement souligne que le résultat courant déficitaire en 2017 s'explique uniquement par les dépenses d'intérim médical nécessaires pour pallier les carences des effectifs d'anesthésistes.

En 2020, les plus-values de cession et les produits exceptionnels constituent une part importante du résultat net.

Tableau n° 26 : formation du résultat net

En k€

COMPTE DE RÉSULTAT (2 <sup>ème</sup> partie)	2016	2017	2018	2019	2020
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION	9 097,77	6 314,99	6 297,24	8 177,72	9 430,18
Dotations aux provisions sur actif circulant	214,44	24,53	3,36	356,20	222,62
Autres dotations aux provisions d'exploitation	9 256,10	8 405,40	9 197,89	10 014,96	12 217,14
Autres reprises sur provisions d'exploitation	723,85	598,98	494,80	391,06	434,93
Autres produits d'exploitation	1 574,65	1 944,16	5 192,42	6 064,72	5 938,60
Autres charges d'exploitation	359,95	693,51	1 250,40	1 746,60	1 777,90
<b>RÉSULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>1 565,78</b>	<b>-265,31</b>	<b>1 532,80</b>	<b>2 515,75</b>	<b>1 586,06</b>
Charges financières	1 208,58	973,19	942,60	928,78	891,58
<i>dont intérêts des emprunts et dettes</i>	1 208,58	973,19	942,60	879,05	845,64
Produits financiers	10,96	10,75	10,39	16,20	18,31
<b>RÉSULTAT FINANCIER</b>	<b>-1 197,62</b>	<b>-962,44</b>	<b>-932,21</b>	<b>-912,58</b>	<b>-873,27</b>
<b>RÉSULTAT COURANT (avant impôt)</b>	<b>368,17</b>	<b>-1 227,75</b>	<b>600,59</b>	<b>1 603,17</b>	<b>712,79</b>
Plus (moins) values de cession	88,07	85,81	173,97	593,20	1 407,71
Autres produits exceptionnels	924,50	1 540,11	1 003,73	468,10	2 081,09
Autres charges exceptionnelles	1 063,17	931,96	968,60	629,19	726,23
<i>dont titres annulés exercices précédents</i>	715,97	661,01	415,24	346,83	391,42
<b>RÉSULTAT EXCEPTIONNEL</b>	<b>-50,60</b>	<b>693,96</b>	<b>209,09</b>	<b>432,11</b>	<b>2 762,56</b>
<b>RÉSULTAT NET</b>	<b>317,57</b>	<b>-533,79</b>	<b>809,68</b>	<b>2 035,27</b>	<b>3 475,26</b>

Source : tableau réalisé à partir des comptes financiers et balances 2016-2019

Pour mémoire, depuis décembre 2015, le centre hospitalier faisait l'objet d'un plan de retour à l'équilibre financier sur trois ans. Alors qu'en 2016 et 2017 le budget principal était déficitaire, il est devenu excédentaire à compter de 2018, de même que le budget relatif aux instituts de formation des soignants (infirmiers, aides-soignants et cadres de santé).

Tableau n° 27 : résultat net des différents budgets du CH

En k€

BUDGET	2016	2017	2018	2019	2020
Principal (H)	-426,32	-513,06	844,50	2 019,29	3 500,67
USLD (B0)	932,22	-174,00	-128,85	-120,07	-139,76
École (C0)	-188,33	-191,42	55,86	136,06	114,45
GHT (G0)	0,00	-38,16	38,16	0,00	0,00
<b>Tous budgets</b>	<b>317,57</b>	<b>-533,79</b>	<b>809,68</b>	<b>2 035,27</b>	<b>3 475,36</b>

Source : CH Pau, comptes financiers, calculs CRC

Dans son rapport d'observations provisoires, la chambre régionale des comptes avait demandé à l'ordonnateur d'actualiser les données financières à l'exercice 2021. Ce dernier, dans l'attente des écritures comptables définitives, indique en réponse que le résultat de clôture de cet exercice sera excédentaire d'environ un million d'euros.

### 6.1.3. La capacité d'autofinancement

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

Le CH génère chaque année une capacité d'autofinancement positive. En 2019 (année précédant la crise sanitaire), cette dernière atteignait 11,47 M€. Cette CAF est significativement supérieure à l'excédent brut d'exploitation car les « autres produits d'exploitation »<sup>19</sup> sont largement supérieurs aux « autres charges d'exploitation »<sup>20</sup> et les charges financières diminuent.

**Tableau n° 28 : formation de la capacité d'autofinancement brute**

	<i>En k€</i>				
Formation de la CAF	2016	2017	2018	2019	2020
Excédent brut d'exploitation	9 097,77	6 314,99	6 297,24	8 177,72	9 430,18
+ Autres produits d'exploitation	1 574,65	1 944,16	5 192,42	6 064,72	5 938,60
- Autres charges d'exploitation	359,95	693,50	1 250,40	1 746,60	1 777,90
+ Produits financiers (sauf reprises)	10,96	10,75	10,39	16,20	18,31
- Charges financières (sauf dotations)	1 208,58	973,19	942,60	879,05	865,64
+ Produits except. (sauf reprises et op. en capital)	801,72	1 310,65	784,41	463,97	1 850,85
- Charges except. (sauf dot. et op. en capital)	1 063,17	931,96	968,60	629,19	726,27
<b>CAPACITÉ D'AUTOFINANCEMENT</b>	<b>8 853,40</b>	<b>6 981,90</b>	<b>9 122,85</b>	<b>11 467,77</b>	<b>13 888,13</b>

Source : tableau CRC réalisé à partir des balances 2016-2019

La CAF brute couvre le remboursement de l'annuité de la dette, ce qui permet au CH de dégager une CAF nette positive sur la période 2016-2019. Cette dernière est croissante (+ 7,29 M€) et l'établissement profite, durant cette période, d'un « effet ciseau » positif du fait de l'augmentation de la CAF brute (+ 2,61 M€) et de la diminution de l'annuité en capital de la dette (- 4,68 M€).

**Tableau n° 29 : la capacité d'autofinancement nette**

	<i>En k€</i>				
	2016	2017	2018	2019	2020
Capacité d'autofinancement brute	8 853,40	6 981,90	9 122,85	11 467,77	13 888,18
Remboursement du capital de la dette	7 853,82	2 552,00	3 018,94	3 176,17	3 121,42
<b>Capacité d'autofinancement nette</b>	<b>999,58</b>	<b>4 429,90</b>	<b>6 103,91</b>	<b>8 291,61</b>	<b>10 766,71</b>

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

<sup>19</sup> Ces produits (compte 75) regroupent les « retenues et versements sur honoraires médicaux », les « remboursements de frais » dont la co-utilisation d'équipements lourds, et les « produits divers de gestion » dont les produits de la gestion des biens des malades protégés.

<sup>20</sup> Ces charges (compte 65) qui regroupent les contributions aux GCS et au GHT, les pertes sur créances irrécouvrables, les subventions accordées, le reversement de la quote-part des radiologues.

Cette situation permet à l'hôpital de reconstituer son autofinancement et donc d'aborder dans de meilleures conditions le lancement de son important programme de restructuration qui couvrira la période 2021-2030.

## **6.2. Le fonds de roulement, le besoin en fonds de roulement et la trésorerie**

### ***6.2.1. Le fonds de roulement***

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.

En 2019, comme au cours des exercices précédents, le fonds de roulement est positif (19 M€) et a augmenté de 27,37 % depuis 2016. Le CH a donc financé ses immobilisations avec des financements stables composés à seulement 16,84 % par des emprunts et à 63,15 % par les amortissements.

Tableau n° 30 : formation du fonds de roulement

	<i>En k€</i>				
Actif	2016	2017	2018	2019	2020
IMMOB INCORPORELLES	3 114,20	3 518,77	3 855,74	4 433,54	5 833,74
Immobilisations incorporelles	3 114,20	3 518,77	3 855,74	4 433,54	5 833,74
Charges à répartir	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
IMMOB CORPORELLES	188 509,45	192 862,45	197 791,18	203 002,87	211 359,05
Terrains	2 645,68	2 645,68	2 645,68	2 641,48	2 622,38
Constructions	129 888,12	137 706,18	139 788,37	141 143,60	143 119,20
Constructions en cours	5 553,79	108,40	354,71	851,04	4 798,72
Installations, matériel, outillage et autres immobilisations	40 059,86	41 292,61	44 242,90	45 773,17	48 600,20
Autres immobilisations corporelles	9 422,16	10 169,74	9 819,68	11 653,74	11 278,71
Immob. reçues en affectation	25,15	25,15	25,15	25,15	25,15
Immob. affectées ou mises à dispo.	914,69	914,69	914,69	914,69	916,69
IMMOB FINANCIÈRES	20,79	20,79	20,79	20,79	20,79
Part. et créances rattachées	14,52	14,52	14,52	14,52	14,52
Autres immobilisations financières	6,27	6,27	6,27	6,27	6,27
Créances de l'article 58	660,72	660,72	660,72	660,72	660,72
<b>I-Biens stables</b>	<b>192 305,17</b>	<b>197 062,73</b>	<b>202 328,44</b>	<b>207 178,07</b>	<b>217 874,31</b>
<b>FRNG</b>	<b>14 966,26</b>	<b>13 448,01</b>	<b>16 875,32</b>	<b>19 060,92</b>	<b>25 337,20</b>
Apports	27 026,54	27 043,15	27 081,54	27 341,59	27 345,89
Excédents affectés à l'investissement	8 609,55	8 703,35	8 548,88	8 553,90	8 833,42
Subventions d'investissement	403,01	323,79	284,81	227,64	675,43
Emprunts et dettes assimilées	39 534,13	39 282,13	41 267,09	38 092,43	39 869,13
Amortissements	124 931,95	130 233,85	136 097,01	142 859,97	151 298,20
Dépréciations	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Réserve de trésorerie	4 091,65	4 091,65	4 091,65	4 091,65	4 091,65
Réserve de compensation	109,73	109,73	109,73	91,37	91,37
Report à nouveau excédentaire	252,58	216,87	229,44	263,72	0,90
Report à nouveau déficitaire	-9 149,72	-10 028,46	-10 574,82	-11 100,14	-11 825,82
Résultat comptable	317,57	-533,79	809,68	2 035,27	3 475,36
Provisions réglementées	2 983,83	2 754,37	2 535,05	2 530,92	2 300,67
Provisions pour risques et charges	7 618,57	7 774,46	8 213,36	10 384,14	15 968,11
Autres dépréciations	542,05	539,64	510,35	866,54	1 087,17
<b>II-Financement stables</b>	<b>207 271,43</b>	<b>210 510,74</b>	<b>219 203,76</b>	<b>226 238,99</b>	<b>243 211,51</b>

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

Les biens stables ont augmenté sur la période 2016-2019 (+ 14,8 M€). Cette augmentation découle principalement des immobilisations corporelles (+ 14,5 M€) et plus spécifiquement des constructions (+ 11,3 M€) et des installations, matériel et outillage (+ 5,7 M€).

Dans le même temps, les financements stables ont crû de près de 19 M€, essentiellement en raison de l'augmentation des amortissements et des provisions pour risques et charges. L'endettement a, quant à lui, diminué d'environ 1,4 M€ (- 3,65 %).

### 6.2.2. Le besoin en fonds de roulement

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

Le CH de Pau a un besoin en fonds de roulement croissant depuis 2017.

**Tableau n° 31 : formation du besoin en fonds de roulement**

	<i>En k€</i>				
<b>Actif</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>
Stocks	2 877,43	2 889,69	2 729,93	2 859,78	4 291,19
Hospitalisés et consultants	1 349,87	780,73	963,93	822,40	977,97
Caisses de sécurité sociale	25 374,91	22 986,87	23 750,43	25 093,72	29 198,35
Charges constatées d'avance	212,08	204,89	322,78	221,03	227,02
Autres tiers payants	5 913,88	6 615,20	9 171,32	10 780,41	12 782,79
Autres créances	4 070,65	5 876,70	6 313,62	4 678,73	6 037,42
Dépenses à classer	-3,20	2,05	89,86	50,31	0
<b>III-Créances</b>	<b>39 795,62</b>	<b>39 356,13</b>	<b>43 341,87</b>	<b>44 506,38</b>	<b>53 514,74</b>
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	9 943,02	10 330,59	13 459,86	13 181,54	13 433,58
Dettes fiscales et sociales	6 981,10	6 866,29	6 537,26	6 316,50	6 996,05
Avances reçues	1 157,77	1 102,79	1 260,64	803,62	4 972,12
Dettes sur immob. et comptes rattachés	748,24	3 326,26	2 245,57	1 575,16	2 643,52
Autres dettes diverses	1 428,81	1 176,10	1471,27	2 068,01	2 276,35
Recettes à classer ou à régulariser	161,35	265,94	386,39	1 130,89	6 230,85
<b>IV-Dettes</b>	<b>20 420,29</b>	<b>23 067,97</b>	<b>25 360,99</b>	<b>25 075,72</b>	<b>36 552,47</b>
<b>BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT</b>	<b>19 375,33</b>	<b>16 288,16</b>	<b>17 980,88</b>	<b>19 430,66</b>	<b>16 962,27</b>

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

L'augmentation du BFR est principalement liée à l'évolution des dettes fournisseurs. En nombre de jours d'exploitation, ces dernières sont passées de 53,8 jours en 2017 à 67,2 jours en 2018 et à 64,4 jours en 2019, tout en restant largement inférieures à la valeur du 8<sup>e</sup> décile de sa typologie (81,3 jours en 2018).

**Tableau n° 32 : les dettes fournisseurs en nombre de jours d'exploitation**

<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2018</b>		<b>2019</b>		
			CH	Typologie 2 <sup>e</sup> décile	Typologie 8 <sup>e</sup> décile	CH	Typologie 2 <sup>e</sup> décile	Typologie 8 <sup>e</sup> décile
49,8	54,9	55,8	67,2	50,0	81,3	64,4	55,2	93,7

Source : hospidiag

Cette hausse des dettes fournisseurs découle de l'augmentation du délai global de paiement, qui est passé de 50,42 jours en 2017 à 52,47 jours en 2020, et de l'enregistrement plus important des factures non parvenues (le solde était de 357 k€ en 2017 contre 1,71 M€ en 2020).

L'établissement devra donc surveiller ses délais de paiement. Il s'agit d'une obligation légale (art. L. 2192-10 et R. 2192-10 du code de la commande publique) dont le non-respect implique le mandatement d'intérêts moratoires (art. R. 2192-35 et 36 du code de la commande publique).

### 6.2.3. La trésorerie

Sur aucun exercice, le fonds de roulement ne couvre le besoin en fonds de roulement. Il en résulte un besoin de trésorerie nécessitant un recours à une ligne de trésorerie. Toutefois, l'amélioration du fonds de roulement net global (FRNG) contribue à réduire de façon substantielle les besoins de trésorerie de l'établissement (solde négatif de - 4,4 M€ en 2016 et de seulement - 0,37 M€ en 2019). Le coût financier qui résulte de l'utilisation des lignes de trésorerie a, de ce fait, considérablement diminué (68,31 k€ en 2016 et seulement 2,69 k€ en 2019).

Tableau n° 33 : composition de la trésorerie

	En k€				
	2016	2017	2018	2019	2020
Disponibilités	2 385,09	1 498,85	1 309,77	571,61	8 489,08
<b>V-Liquidités</b>	2 385,09	1 498,85	1 309,77	571,61	8 489,08
Fonds en dépôts	2,62	0,87	10,05	12,71	12,89
Intérêts courus non échus	111,54	108,12	105,30	97,65	101,25
Ligne trésorerie	6 680,00	4 230,00	2 300,00	831,00	0
<b>VI-Financements à court terme</b>	6 794,16	4 338,99	2 415,35	941,36	114,14
<b>TRÉSORERIE</b>	<b>-4 409,07</b>	<b>-2 840,14</b>	<b>-1 105,58</b>	<b>-369,75</b>	<b>8 374,94</b>

Source : tableau CRC d'après les comptes financiers

## 6.3. L'endettement et les ratios d'équilibre financiers

### 6.3.1. L'endettement

Au 31 décembre 2019, l'encours de la dette s'élevait à un peu plus de 38 M€, au lieu de 39,5 M€ fin 2016. Les emprunts sont contractés principalement auprès de trois établissements de crédit : le Crédit agricole (8,4 M€), Dexia (8,3 M€) et la Banque postale (5,2 M€). 70,9 % de la dette est composée d'emprunts à taux fixe, 19,2 % à taux variable et 9,9 % à taux à barrière.

La charte Gissler classe les produits structurés en fonction de deux critères : l'indice sous-jacent servant au calcul de la formule (de 1 - risque faible à 5 - risque élevé) et la structure de la formule de calcul (de « A » - risque faible à « E » - risque élevé). Ainsi, les produits classés 1A ont un niveau de risque faible, tandis que ceux classés 5E comportent un risque très élevé. Au 31 décembre 2020, l'établissement ne recense que des produits classés 1A et ne remplit aucun des trois critères d'alerte en matière d'endettement fixés par l'article D. 6143-39 du code de la santé publique.

Sur la période 2016-2020, quatre prêts ont fait l'objet d'opérations de refinancement dont trois en 2016 :

- prêt contracté en 2012 avec un taux Euribor 3 mois + marge de 2,56 % sur 15 ans refinancé par un prêt à taux fixe de 1,09 % sur 10 ans pour un montant de 1,4 M€ ;
- prêt contracté en 2012 avec un taux Euribor + marge de 2,95 % sur 15 ans refinancé par un prêt à taux fixe de 1,11 % sur 11 ans pour un montant de 1,5 M€ ;
- prêt contracté en 2011 à taux fixe de 3,45 % sur 10 ans refinancé par un prêt à taux fixe de 0,55 % sur 53 mois pour un montant de 2,18 M€.

En 2020, un quatrième emprunt a été refinancé. Il s'agissait d'un prêt signé en 2009 à taux variable EONIA + 0,015 % remboursable sur une durée de 28 ans. Il a été renégocié sans pénalité contre un prêt à taux fixe de 0,03 % sur 17 ans pour un capital restant dû de 7,3 M€. Cette dernière opération s'avère intéressante au regard du taux contracté, du montant du capital restant à rembourser et de la durée d'amortissement du prêt.

Selon le CH, ces différents refinancements ont permis de baisser les charges d'intérêts d'environ 561,65 k€.

## 7. LE PERSONNEL

### 7.1. Les effectifs

#### 7.1.1. *Le personnel médical*

##### L'évolution des effectifs médicaux

Les effectifs du personnel médical ont augmenté de 16,13 % (+ 44,4 ETPR) au cours de la période 2016-2020. Ce sont les praticiens contractuels (+ 72,34 % soit 17,6 ETPR) qui ont connu la plus forte progression. Le nombre de praticiens hospitaliers (PH) à temps plein a également augmenté mais dans une proportion moindre (21,42 % soit 29,3 ETPR). En revanche, les effectifs des assistants (- 11,03 %) et des internes (- 4,14 %) ont eu tendance à baisser.

Selon l'établissement, la variation des effectifs du personnel médical s'explique par la conjonction de deux facteurs : le développement de l'activité et, dans une moindre mesure, l'augmentation des ETP mis à disposition du territoire de santé dans le cadre de la construction de filières de soins territoriales (9,17 ETP en 2018 et 11,30 ETP en 2019 et 2020).

Jusque récemment, le centre hospitalier n'employait pas de médecin ayant le statut de clinicien car le directeur ne souhaitait pas proposer de contrats générant une trop forte disparité salariale entre les praticiens<sup>21</sup>. Cette politique a été poursuivie jusque fin 2021. À cette date, l'hôpital a dû faire face à de nouvelles tensions concernant les effectifs d'anesthésistes, ce qui a poussé la direction à proposer des contrats de cliniciens à quatre praticiens (deux d'entre eux étaient praticiens hospitaliers au sein du service et deux autres extérieurs à l'établissement). Le recours à ce statut, avant sa suppression au 31 décembre 2021, a permis de stabiliser l'équipe médicale et d'éviter le départ de médecins.

---

<sup>21</sup> Les cliniciens sont des praticiens recrutés par contrat à durée déterminée sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus. Ne s'agissant pas d'un statut, leur salaire est négociable dans la limite de celui servi à un praticien hospitalier au dernier échelon, majoré de 65 %.

Tableau n° 34 : évolution des effectifs médicaux

Personnel médical (ETPR)	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016-2020
Praticiens hospitaliers temps plein	136,85	135,4	132,47	147,37	166,17	21,42 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	5,00	5,09	6,61	6,30	5,54	10,80 %
<b>Sous-total praticiens statutaires</b>	<b>141,85</b>	<b>140,49</b>	<b>139,08</b>	<b>153,67</b>	<b>171,71</b>	21,05 %
Praticiens contractuels	24,33	34,46	44,85	46,92	41,93	72,34 %
Assistants	22,67	21,86	21,77	18,38	20,17	-11,03 %
Attachés	7,17	10,34	10,32	8,54	7,36	2,65 %
Cliniciens hospitaliers						
Autres statuts (intérimaires)			2,67	2,43	2,58	
<b>Sous-total praticiens non-statutaires</b>	<b>54,17</b>	<b>66,66</b>	<b>79,61</b>	<b>76,27</b>	<b>72,04</b>	32,99 %
Internes	79,51	75,1	65,69	69,75	76,22	-4,14 %
<b>Total des praticiens</b>	<b>275,53</b>	<b>282,25</b>	<b>284,38</b>	<b>299,69</b>	<b>319,97</b>	<b>16,13 %</b>

Source : tableau CRC d'après les données CH de Pau

En 2019, l'âge moyen du personnel médical était de 42,9 ans alors que la moyenne nationale constatée en 2017 était de 49 ans. Les principales difficultés de recrutement concernent des spécialités traditionnellement considérées comme étant en tension, à savoir l'anesthésie, la radiologie et plus récemment les urgences, ainsi que de manière sporadique la pneumologie et la neurologie.

#### Les aménagements concernant les anesthésistes

En anesthésie, des mesures d'attractivité ont été mises en place par le biais d'un avenant au protocole d'accord du fonctionnement du service d'anesthésie-réanimation. Conclu le 11 mai 2020, il définit des mesures d'accompagnement et d'attractivité dans un contexte d'effectif médical contraint. L'objectif est d'attirer de nouveaux praticiens mais aussi de fidéliser les praticiens présents pour éviter leur départ.

Parmi les mesures décidées, figure une modification de l'organisation hebdomadaire du temps de travail des anesthésistes : 40 heures hebdomadaires en moyenne, lissées sur le quadrimestre de temps clinique posté, auxquelles s'ajoutent huit heures de temps non posté. Ce dispositif est calqué sur les dispositions applicables aux urgentistes. La chambre régionale des comptes en prend acte mais constate que l'établissement ne conclut pas de contrat définissant la nature du temps non posté des anesthésistes. Un aménagement de l'organisation de la permanence des soins en établissement (PDS) fait également partie de ces mesures visant à accroître l'attractivité du service d'anesthésie. La PDS est désormais organisée sous la forme de deux lignes de garde plus une ligne d'astreinte qui est rémunérée 120 € net. Ce montant ne dépasse pas le plafond réglementaire en vigueur (189,96 €) mais cette astreinte, mise en place lors de l'ouverture de l'activité de thrombectomie, donne lieu dans les faits à très peu de déplacements. En contrepartie, l'équipe médicale s'est engagée à ne pas demander une augmentation de l'intérim, la mesure ayant uniquement pour but de revaloriser financièrement les heures réalisées.

Ces mesures sont valables jusqu'à l'atteinte d'un effectif de 21 ETP, nouvel effectif cible théorique du service. Dès l'atteinte d'un effectif présent de 18 ETP le protocole d'accord pourra être réévalué. Il sera aussi revu au moment de l'ouverture du plateau technique interventionnel qui permettra la concentration géographique de toutes les activités anesthésiques postées et non postées. L'existence de cette « clause de revoyure » peut être considérée comme un point plutôt positif dans la mesure où ce protocole d'accord n'a pas vocation à être pérennisé.

### L'intérim médical

Pour les deux spécialités les plus en tension (anesthésie et radiologie) l'établissement a régulièrement recours à des personnels intérimaires. Le reste de l'intérim est plus ponctuel pour répondre à des difficultés passagères liées à l'absentéisme.

Le coût total de l'intérim comprenant les salaires bruts, les frais d'agence d'intérim, les frais de déplacement et d'hébergement varie d'une année sur l'autre. Il est compris entre 800 k€ et un peu plus de 1 M€ par an.

**Tableau n° 35 : le coût total de l'intérim (déplacements et hébergements compris)**

Personnel médical en intérim (€)	2017	2018	2019	2020
Salaires bruts	62 050,00	852 122,46	839 595,43	755 018,98
Frais agence intérim	760 426,12	303 214,45	65 705,98	55 602,05
Frais déplacement	6 709,58	26 525,97	63 714,22	50 266,30
Frais de logement		29 923,29	32 622,51	31 827,66
<b>Total coût de l'intérim médical</b>	<b>829 185,70</b>	<b>1 211 786,17</b>	<b>1 001 638,14</b>	<b>892 714,99</b>

Source : données communiquées par le CH de Pau

En 2017, l'intérim était majoritairement réalisé via des contrats d'intérim passés auprès d'agences spécialisées. À compter de novembre 2017, seul le recrutement se fait par l'intermédiaire d'agences de mise en relation. Les contrats sont ensuite signés entre le praticien et l'établissement qui le rémunère directement. Les frais de déplacement et d'hébergement sont remboursés au praticien après envoi de justificatifs à la direction des affaires médicales et selon un barème préétabli.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2018, le décret n° 2017-1605 du 24 novembre 2017 relatif au travail temporaire des praticiens intérimaires dans les établissements publics de santé plafonne le montant journalier des dépenses engagées par un établissement de santé au titre d'une mission de travail temporaire. L'arrêté du 24 novembre 2017 fixe à 1 170,04 € le montant plafond pour une journée de 24 heures de travail effectif. Pour permettre une entrée en vigueur progressive de ce plafond, il a été majoré de 20 % pour l'année 2018 soit 1 404,05 € et de 10 % au titre de l'année 2019 soit 1 287,05 €. Les tarifs pratiqués par le CH de Pau dépassent ces plafonds réglementaires. En 2019, les rémunérations se situaient entre 750 € et 850 € brut par vacation et en 2021 elles s'élevaient à 790 € brut. Dans les contrats, une vacation correspond à une journée ou une nuit de travail et non à un temps de travail effectif de 24 heures, comme cela est mentionné dans le décret n° 2017-1605 précité. Ainsi, à Pau, un médecin intérimaire qui effectuerait 24 heures de travail effectif au titre d'une journée et d'une nuit de travail toucherait deux vacations, soit 1 580 €, ce qui excède le plafond en vigueur qui doit normalement être calculé au prorata de la durée de travail effectif accomplie dans le cadre de la mission.

Ce cadre réglementaire est, dans les faits, très peu respecté dans les établissements de santé, en particulier lorsqu'il s'agit de rémunérer des médecins exerçant dans des spécialités en tension. C'est la loi de l'offre et de la demande qui s'impose dans la mesure où les intérimaires sont souvent nécessaires pour assurer la continuité des soins et ne pas fermer des services essentiels à la prise en charge de la patientèle. Il est prévu que le comptable public effectue un contrôle *a priori* des dépenses d'intérim et rejette les paiements pour les contrats dont les tarifs excèdent le plafond réglementaire. Toutefois, devant les difficultés d'application rencontrées, l'application de cette disposition a été repoussée à 2022, sans date précise annoncée selon les propos tenus par le ministre de la santé en octobre 2021.

### Le taux de rotation du personnel médical

Le taux de rotation du personnel médical est très variable d'une année sur l'autre car les effectifs médicaux sont relativement limités, ce qui induit des variations importantes dans le calcul du ratio<sup>22</sup>. En 2017 et 2018, le taux de rotation était un peu supérieur à celui constaté dans les établissements de la même catégorie (CH>70 M) : 34,23 % en 2017 et 17,91 % en 2018 pour des médianes nationales qui s'établissaient à 33,4 % et 15,4 % selon les synthèses des bilans sociaux 2017 et 2018. Alors qu'en 2019, le taux de rotation était en baisse (12,32 %), il a fortement augmenté en 2020 (63,35 %, avec 202 entrées, 195 sorties et quatre départs en retraite). Cette progression est, en partie, liée à la crise sanitaire et au recrutement de renforts car l'hôpital a été davantage impacté sur le second semestre, lors de la deuxième vague de l'épidémie.

**Tableau n° 36 : taux de rotation du personnel médical**

	2017	2018	2019	2020
Taux de rotation	34,23 %	17,91 %	12,32 %	63,35 %

Source : bilans sociaux 2019 et 2020

Au cours de la période examinée, le CH ne disposait pas de livret d'accueil pour son personnel médical. Un tel document pourrait pourtant s'avérer utile afin d'intégrer plus rapidement les nouveaux entrants et peut également constituer un vecteur de communication à l'égard des praticiens susceptibles de rejoindre l'établissement. La direction a indiqué que ce livret d'accueil serait finalisé courant 2021.

### **7.1.2. Le personnel non médical**

#### L'évolution des effectifs non médicaux

Les effectifs du personnel non médical ont augmenté de 9,85 % (+ 215,8 ETPR) entre 2016 et 2020. En 2017 et 2018, il a été constaté une baisse des effectifs des titulaires et des CDI au profit des CDD mais cette tendance s'inverse à partir de 2019. La proportion de titulaires (71,6 % des effectifs totaux) a diminué par rapport à 2016 (78,6 %) alors que le nombre d'agents en contrat à durée indéterminée (13,73 % des effectifs) a fortement augmenté (+ 229,5 ETPR, ce qui correspond à une hausse de 227 %). L'augmentation est particulièrement importante chez les

<sup>22</sup> ((nombre d'arrivées + nombre de départs) / 2) / effectifs physiques moyens de l'année.

soignants (+ 122,7 ETPR). Les contrats à durée déterminée sont en baisse depuis 2019 (- 29,5 %) alors que sur la période 2016 à 2018, ils avaient progressé de 33,5 %.

**Tableau n° 37 : évolution des effectifs non médicaux**

Personnel non médical (ETPR)	2016	2017	2018	2019	2020	Évol 2016-2020
<b>Titulaires</b>						
Administratifs	210,38	202,11	197,66	202,90	205,24	-2,44 %
Soignants	1 194,17	1 188,52	1 164,24	1 181,31	1 247,85	4,50 %
Éducatifs et sociaux	16,54	10,34	12,25	11,56	10,80	-34,70 %
Techniques	190,79	181,47	173,35	167,02	154,77	-18,88 %
Médico-techniques	102,87	97,44	100,15	98,93	104,57	1,65 %
<b>Sous-total titulaires</b>	<b>1 714,75</b>	<b>1 679,88</b>	<b>1 647,65</b>	<b>1 661,72</b>	<b>1 723,23</b>	<b>0,49 %</b>
<b>CDI</b>						
Administratifs	18,31	21,94	27,96	52,73	62,47	241,18 %
Soignants	52,34	37,94	34,45	138,39	175,08	234,51 %
Éducatifs et sociaux	3,59	5,93	5,74	6,45	4	11,42 %
Techniques	24,04	27,11	27,73	45,15	65,87	174,00 %
Médico-techniques	2,65	3,09	4,9	18,12	22,97	766,79 %
<b>Sous-total CDI</b>	<b>100,93</b>	<b>96,01</b>	<b>100,78</b>	<b>260,84</b>	<b>330,39</b>	<b>227,35 %</b>
<b>CDD</b>						
Administratifs	57,85	70,85	77,4	55,55	55,94	-3,30 %
Soignants	255,3	302,14	345,61	261,17	245,83	-3,71 %
Éducatifs et sociaux	9,89	8,84	6,21	6,04	5,17	-47,72 %
Techniques	30,53	30,94	45,19	36,63	32,88	7,70 %
Médico-techniques	21,73	28,12	26,64	16,38	13,33	-38,66 %
<b>Sous-total CDD</b>	<b>375,3</b>	<b>440,89</b>	<b>501,05</b>	<b>375,77</b>	<b>353,15</b>	<b>-5,90 %</b>
<b>Total personnel non médical</b>	<b>2 190,98</b>	<b>2 216,78</b>	<b>2 249,48</b>	<b>2 298,33</b>	<b>2 406,77</b>	<b>9,85 %</b>

Source : tableau CRC d'après les données CH de Pau

À l'image de ce qui est constaté à l'échelle nationale, les principaux métiers sous tension sont les infirmiers anesthésistes (IADE), les infirmiers de bloc opératoire (IBODE) et les masseurs-kinésithérapeutes.

Des mesures d'attractivité ont été mises en place en juillet 2019. Elles concernent les infirmiers, aides-soignants, manipulateurs en électroradiologie, préparateurs en pharmacie et techniciens de laboratoire. Pour tous les postes vacants des métiers en tension, le recrutement est réalisé directement en CDI avec une période d'essai de trois mois renouvelables une fois. La reprise de l'ancienneté est possible suivant le métier de l'agent contractuel.

Le centre hospitalier de Pau a eu recours à l'intérim non médical pour un montant total de 17,82 k€ en 2018, ce qui est sans commune mesure avec les dépenses d'intérim médical (de l'ordre du million d'euros annuel). L'intérim non médical représente un volume annuel moyen de 57 jours, ce qui reste faible (35 jours aides-soignants et 22 jours infirmiers). Mais en 2020, en raison de la crise sanitaire, le recours à l'intérim a été beaucoup plus important avec un volume de 494 jours (229 jours infirmiers anesthésistes, 165 jours aides-soignants, 79 jours infirmiers

hors IADE et 21 jours puéricultrice). Les dépenses engendrées se sont élevées à 127,12 k€ (154 k€ frais d'agence et de déplacement inclus).

### Le taux de rotation du personnel non médical

Le taux de rotation du personnel non médical est inférieur à celui des établissements de la même catégorie (CH ayant plus de 70 M€ de recettes) : 9,59 % en 2018, 10,83 % en 2019 et 8,65 % en 2020 pour une médiane nationale qui s'établissait à 15,4 % en 2018 selon la synthèse des bilans sociaux.

Le personnel non médical dispose d'un livret d'accueil de 44 pages alors qu'un tel document n'existait pas jusqu'à présent pour le personnel médical.

## **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 guide de gestion du temps de travail dont la dernière mise à jour date de 2016. Ce guide précise les obligations de service qui s'apprécient sur une année et font l'objet d'un suivi quadrimestriel. Pour les services en demi-journées les obligations de service sont de dix demi-journées hebdomadaires (soit 416 demi-journées ce qui correspond à 41,6 semaines travaillées sur 52) pour un praticien ou un assistant à plein temps. Pour les services en temps continu, les obligations de service s'établissent à 48 heures par semaine en moyenne, soit 1 996,8 heures par an.

L'instruction n° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015, relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence, prévoit la signature d'un contrat déterminant les activités non postées après concertation avec les praticiens concernés. Ces contrats ont effectivement été signés en 2017. Le pôle des urgences du CH de Pau n'a recours à l'intérim que de manière très ponctuelle dans le cadre de remplacements d'absentéisme important ou prolongé. De manière globale, l'effectif cible est pourvu. Les ETP théoriques cibles étaient de 25,4 ETP avant la mise en œuvre du référentiel et de 31,3 ETP après la mise en œuvre de la réforme. Selon l'hôpital, le surcoût annuel peut être évalué à 1,12 M€ par an.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 le temps de travail du personnel médical est informatisé grâce au déploiement du logiciel E-GTT.

#### Le personnel non médical

Un accord local relatif à la gestion et à l'organisation du temps de travail a été signé le 8 décembre 2014. Cet accord en vigueur, qui n'a pas été modifié au cours de la période 2016-2020, s'applique à l'ensemble du personnel non médical. L'établissement dispose d'un guide relatif à la gestion et à l'organisation du temps de travail du personnel non médical qui a également été élaboré en décembre 2014. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2013, la gestion du temps de travail est informatisée par le logiciel OCTIME.

Pour les agents de jour, la durée de travail hebdomadaire est de 37 h 30 en moyenne. Du fait des exigences du service, cette durée hebdomadaire peut être inférieure ou supérieure dans le cadre d'un cycle de travail équilibré à 37 h 30. Pour les agents de nuit, la durée de travail hebdomadaire maximale est de 35 h en moyenne. L'amplitude journalière peut être différente, étant entendu que les postes de travail en 12 heures doivent rester exceptionnels. En 2019, 320 agents soit 13,1 % du total du personnel non médical ont été concernés par un horaire dérogatoire. Parmi ces agents, figurent des infirmières, des aides-soignantes, des sages-femmes, des ambulanciers SMUR, des pharmaciens, des coursiers et des agents de sécurité.

Les agents ont droit, pour une année de service accompli du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre, à un congé annuel d'une durée de 28 jours (25 CA + deux jours hors période + un jour de fractionnement). Les agents bénéficient automatiquement de ces 28 jours sans tenir compte des éventuels jours de fractionnement, contrairement à ce que prévoit le décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002<sup>23</sup>. Les jours non pris peuvent alimenter un compte épargne-temps (CET) mais ne peuvent donner lieu à aucune indemnité compensatrice.

L'établissement dispose d'un système d'enregistrement automatique du temps de travail mais uniquement pour les administratifs (hors assistantes médico-administratives) et les services techniques. Le volume des heures supplémentaires rémunérées reste très contenu (à l'exception de l'année 2020) notamment chez les soignants qui ne sont pas concernés par ce système de contrôle automatisé. 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 CH de Pau, 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.

### 7.2.2. *Les heures supplémentaires*

Les heures supplémentaires sont généralement récupérées sauf exceptions (départs, indemnisation dans le cadre du plan blanc...).

Sur la période 2016-2019, le nombre d'heures supplémentaires indemnisées varie du simple au double d'une année à l'autre. La fourchette est comprise entre 1 154 heures (en 2018) et 2 771 heures (en 2019) pour des montants indemnisés qui demeurent faibles (entre 26,7 k€ et 59,6 k€). En revanche, en 2020, ces heures ont fortement progressé (+ 56 % par rapport à 2019) et s'élèvent à 4 328 heures engendrant une dépense de 101,6 k€. Cette importante progression s'explique par la crise sanitaire liée au coronavirus.

Tous les services de soins ne badgent pas. Il est donc difficile d'avoir une information fiable sur le nombre total d'heures effectuées. En effet, pour ces services, les heures supplémentaires identifiées dans le logiciel OCTIME sont des heures supplémentaires qui font l'objet de récupération à la journée ou devant être indemnisées. En parallèle, un certain nombre d'heures est géré manuellement (« système du papier-crayon » selon la terminologie employée

---

<sup>23</sup> Article 1 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 : l'agent qui prend trois, quatre ou cinq jours ouvrés de congés, en continu ou discontinu, entre la période du 1<sup>er</sup> novembre au 30 avril bénéficie d'un jour de congé supplémentaire. Un deuxième jour de congé supplémentaire est attribué à l'agent lorsque ce nombre est au moins égal à six jours ouvrés. L'agent qui fractionne ses congés annuels en au moins trois périodes d'au moins cinq jours ouvrés chacune bénéficie d'un jour de congé supplémentaire.

par l'hôpital) et n'est pas inscrit dans le logiciel OCTIME. Cette absence d'exhaustivité constitue un réel problème car la direction ne possède qu'une vision partielle des heures réalisées.

**Tableau n° 38 : les heures supplémentaires du personnel non médical**

	Nombre d'heures indemnisées	Montant des heures indemnisées (€)
<b>2016</b>		
Total PNM	1 804,23	34 767,29
<i>Sous total Soignants</i>	<i>465,58</i>	<i>13 317,20</i>
<b>2017</b>		
Total PNM	2 200,49	51 420,18
<i>Sous total Soignants</i>	<i>708,37</i>	<i>25 692,21</i>
<b>2018</b>		
Total PNM	1 153,58	26 752,70
<i>Sous total Soignants</i>	<i>294,25</i>	<i>11 438,68</i>
<b>2019</b>		
Total PNM	2 770,68	59 592,31
<i>Sous total Soignants</i>	<i>1 549,35</i>	<i>39 058,92</i>
<b>2020</b>		
Total PNM	4 328,22	101 600,30
<i>Sous total Soignants</i>	<i>692,6</i>	<i>17 002,25</i>

Source : données communiquées par le CH de Pau

Aux heures supplémentaires du personnel non médical, s'ajoute le temps additionnel (TTA) des praticiens. Les périodes de temps additionnel sont soit indemnisées (en totalité ou partiellement), récupérées (en totalité ou partiellement) ou versées sur un compte épargne-temps.

**Tableau n° 39 : temps de travail additionnel du personnel médical (exprimé en demi-journée)**

	Nombre de périodes de TTA indemnisées	Montant des périodes de TTA indemnisées (en €)
2017	4 051	2 295 081,32
2018	3 793	1 836 462,51
2019	3 995	1 547 294,73
2020	4 103	1 625 564,77

Source : données communiquées par le CH de Pau

En 2019, le montant des indemnités versées au titre du temps de travail additionnel s'élevait à 1,55 M€. Contrairement aux heures supplémentaires rémunérées pour le personnel non médical, le TTA indemnisé a peu évolué en 2020.

Aucun contrat de temps de travail additionnel n'a été signé avec les praticiens. Or, il s'agit 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 ». La chambre recommande donc à l'établissement d'établir 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.

En réponse aux observations provisoires, le directeur du centre hospitalier indique que des contrats de temps de travail additionnel ont été signés avec les praticiens de l'équipe d'anesthésie début 2022. Il précise que les autres services de l'établissement ne font pas l'objet de contrat de temps de travail additionnel mais que ce TTA est réalisé sur la base du volontariat et qu'il est rémunéré ou récupéré comme le prévoit la réglementation.

**Recommandation n° 3 : procéder à la signature des contrats de temps de travail additionnel, 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.**

**Recommandation n° 4 : enregistrer toutes les heures supplémentaires sur le logiciel de gestion de temps de travail afin que la direction ait une vision exhaustive des heures réalisées.**

### 7.2.3. Les comptes épargne-temps

Fin 2019, le personnel médical disposait de 9 737 jours de CET stockés, ce qui représentait un peu plus de 31 jours par agent (41 jours par agents possédant un CET). Cette proportion est assez comparable à celle constatée dans les hôpitaux appartenant à la même strate. En 2020, le nombre de jours de CET stockés a progressé de 6,23 % par rapport à 2019, ce qui est inférieur au taux de progression enregistré entre 2018 et 2019 (12,6 %).

**Tableau n° 40 : compte épargne-temps du personnel médical**

	Jours de CET stockés au 31/12	Nombre moyen de jours de CET stockés par agent ayant ouvert un CET	Nombre de jours de CET stockés par agent
2016	8 701,50	36,41	31,87
2017	1 529,50	8,05	4,53
2018	8 645,00	38,59	29,01
2019	9 737,65	41,26	31,31
2020	10 344,00	44,78	32,53

Source : bilans sociaux 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020

Pour le personnel non médical, le nombre de jours stockés par agent est beaucoup plus faible : 10 339 jours en 2019, soit un peu plus de quatre jours par agent employé par l'établissement. Cette donnée est, là encore, assez proche de la moyenne nationale (3,98 jours en 2018 à Pau et 4,5 jours dans les établissements comparables). Le nombre de jours stockés sur les comptes était de 16,13 jours en 2019 et de 15,48 jours en 2020. Ce nombre a tendance à diminuer au fil du temps (20,64 jours en 2016).

**Tableau n° 41 : compte épargne-temps du personnel non médical**

	Jours de CET stockés au 31/12	Nombre moyen de jours de CET stockés par agent ayant ouvert un CET	Nombre de jours de CET stockés par agent
2016	11 436,6	20,64	4,85
2017	9 504,69	17,16	4,03
2018	9 550,08	17,24	3,98
2019	10 339,52	16,13	4,17
2020	12 061,79	15,48	4,58

Source : bilans sociaux 2016, 2017, 2018, 2019 et 2020

### 7.3. L'absentéisme

#### 7.3.1. L'absentéisme du personnel médical

En 2019, le taux d'absentéisme du personnel médical était de 3,3 % (ce qui correspond à 2 986 jours d'absence). Ce taux est inférieur à la moyenne relevée en 2018 dans les grands centres hospitaliers. La maladie ordinaire représentait 42 % de l'absentéisme et les congés liés à la maternité, la paternité et l'adoption 58 %.

L'année 2020 se caractérise par un taux d'absentéisme élevé (5,05 %) engendrant 4 132 jours d'absence dont 2 440 jours pour la maternité, paternité, adoption et 1 003 jours pour la maladie. De plus, 628 jours d'absence ont été recensés en raison de l'épidémie de coronavirus (arrêts de confinement compris).

#### 7.3.2. L'absentéisme du personnel non médical

Le taux d'absentéisme du personnel non médical était de 8,35 % en 2019. Ce taux est inférieur à la moyenne relevée en 2018 dans les grands centres hospitaliers. La première cause d'absence est la maladie ordinaire (53,4 %) devant les congés longue durée (20,9 %), la maternité (15,6 %) et les accidents de travail (5 %).

En 2019, les jours d'absentéisme pour maladie ordinaire ont augmenté de 18,1 % par rapport à 2018, de même que les congés de longue durée (+ 16,6 %). Cette hausse de l'absentéisme s'est accentuée en 2020 en raison du contexte particulier de la crise sanitaire. Le nombre total de jours d'absence (82 046 jours) a augmenté de 16 %. Au cours de cet exercice, le CH a comptabilisé 40 579 jours d'absence pour maladie, 18 449 jours pour congés de longue durée, 10 960 jours pour maternité, paternité, adoption et 3 743 jours pour raison de covid.

Par ailleurs, 14 137 jours d'autorisation spéciale d'absence ont été attribués en 2020 en raison de la crise sanitaire, dont 421 jours de garde d'enfants, 8 891 jours pour le personnel à risque, 181 jours pour les cas contact, 403 jours pour les suspicions covid (test négatif) et 4 241 jours pour le personnel non essentiel appelé à rester chez lui.

Pour faire face à l'absentéisme, l'hôpital a recours à une équipe de remplacement de 27,5 ETP en postes permanents : 10 ETP infirmiers, 10 ETP aides-soignants, deux ETP agents des services hospitaliers (ASH) et 5,5 ETP assistants médico-administratifs (AMA). Ce service travaille généralement à flux tendu ce qui correspond chaque année à 2 210 jours de travail pour

les infirmiers, 2 210 jours pour les aides-soignants, 442 jours pour les ASH et 1 249 jours pour les AMA (cf. données chiffrées sur l'absentéisme du personnel médical et non médical en annexe n° 12).

## **8. LA CONTINUITÉ DES SOINS**

### **8.1. L'organisation de la continuité des soins**

Une décision d'organisation de la permanence des soins a été signée le 1<sup>er</sup> juillet 2015 afin de déterminer les montants des astreintes forfaitisées.

D'après le guide de gestion du temps des personnels médicaux hospitaliers (ce guide n'a pas été actualisé depuis 2016), la permanence des soins est assurée la nuit, les samedis après-midi, dimanches et jours fériés par astreinte à domicile ou garde sur place.

Un schéma territorial de la permanence des soins sur le GHT Béarn et Soule a été signé le 1<sup>er</sup> juillet 2017 (cf. annexe n° 13) par les établissements concernés. Trois types de lignes de gardes et astreintes sont identifiés : celles qui sont assurées de façon autonome par chacun des établissements autorisés, celles qui sont assurées par chaque établissement avec un soutien partiel par le CH de Pau, établissement support du GHT et celles qui sont assurées par un établissement pour tout le territoire.

### **8.2. L'indemnisation de la permanence des soins**

Le guide de gestion du temps des personnels médicaux précise les conditions d'indemnisation des astreintes (en application de l'article 14 de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003). Ces dernières peuvent faire l'objet d'une forfaitisation dans la limite d'un plafond réglementaire fixé à 189,96 €. La décision du directeur du 1<sup>er</sup> juillet 2015 qui fixe le montant de l'indemnisation des astreintes forfaitisées est conforme aux tarifs prévus par les textes.

Les praticiens pour lesquels l'astreinte est rémunérée au forfait ne déclarent pas systématiquement leur déplacement dans le système informatique dans la mesure où cela n'a pas d'incidence sur les indemnités perçues. Selon l'hôpital, les déclarations de déplacement pour les astreintes forfaitisées sont encouragées. Il s'agit pourtant d'une obligation réglementaire mentionnée à l'article 14 de l'arrêt 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 qui stipule que « *ce décompte reste nécessaire de façon à vérifier le non-dépassement de la durée maximale de temps de travail hebdomadaire de quarante-huit heures et d'intervenir si la santé et la sécurité des praticiens sont affectées* ». Une traçabilité des déplacements peut également s'avérer utile en cas d'accident médical intervenu pendant une période d'astreinte.

**Recommandation n° 5 : établir un décompte du temps de travail effectif réalisé durant les astreintes, conformément aux dispositions de l'article 14 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.**

## 9. L'ACTIVITE LIBERALE

### 9.1. Les contrats d'activité libérale et la redevance versée à l'établissement

26 praticiens hospitaliers (dont un a fait valoir ses droits à la retraite et un autre a mis fin à son activité libérale au 1<sup>er</sup> janvier 2021) ont exercé une activité libérale au cours de l'année 2020 (six cardiologues, trois chirurgiens thoraciques et cardio-vasculaire, un chirurgien digestif, trois chirurgiens traumatologique, un ophtalmologue, un oto-rhino-laryngologue, six radiodiagnostic et imagerie médicale, deux médecins nucléaire, un gynécologue obstétricien, un gastro-entérologue et un pneumologue).

Parmi les 24 médecins qui exercent une activité libérale, 19 sont en secteur 1 (sans dépassement d'honoraires) et cinq en secteur 1 avec une option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam)<sup>24</sup>. Les contrats d'activité libérale sont établis selon le modèle réglementaire prévu par l'annexe 61-2 de l'article R. 6154-4 du code de la santé publique (CSP). 15 praticiens encaissent leurs honoraires par le biais de l'établissement et neuf les perçoivent directement. Les modalités d'exercice de l'activité libérale doivent être prévues au contrat, comme le précise l'article R. 6154-4 du CSP. 12 contrats indiquent clairement les plages horaires consacrées à l'activité libérale du praticien mais les autres ne les précisent pas, notamment lorsqu'il s'agit d'activité d'hospitalisation.

Depuis le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017, les contrats signés à compter du 14 avril 2017 doivent être accompagnés de la charte de l'activité libérale intra-hospitalière, prévue à l'article R. 6154-3-1 du CSP. Cette charte doit comprendre, au minimum, les clauses figurant dans une charte-type fixée par arrêté du ministre chargé de la santé. Ces clauses visent à garantir l'information des patients quant au caractère libéral de l'activité et les tarifs pratiqués, leur droit à être pris en charge dans le cadre de l'activité publique des praticiens, et la transparence de l'exercice d'une activité libérale par les praticiens au sein des organisations médicales. Dans les contrats signés après avril 2017, il est mentionné que le praticien s'engage « à respecter les principes énoncés dans la charte de l'activité libérale intra-hospitalière de l'établissement dès qu'elle aura été élaborée, validée par les instances internes et qui fera l'objet d'un avenant au

---

<sup>24</sup> L'Optam est un dispositif contractuel. En y souscrivant, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement et un taux moyen d'activité facturée sans dépassement. Le praticien bénéficie d'une prime modulée en fonction du respect des engagements qui est destinée à valoriser son activité réalisée à tarif opposable. Pour le patient, le taux de remboursement est meilleur qu'en secteur 2 non Optam car la base de remboursement n'est pas minorée. Par ailleurs, les complémentaires santé peuvent rembourser sans limite les honoraires des médecins ayant adhéré à l'Optam alors que la prise en charge est la plupart du temps minorée dans le cas d'un médecin non adhérent à l'Optam. Cela ne signifie pas pour autant qu'un patient est nécessairement remboursé à 100 % pour une consultation ou un acte réalisé dans le cadre de l'Optam car les conditions dépendent du contrat souscrit par l'assuré auprès de sa complémentaire santé.

*présent contrat* ». Or, l'arrêté fixant le modèle de la charte n'a pas été pris et l'établissement ne possède pas à ce jour de charte de l'activité libérale signée.

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, 16 % pour les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie, et 60 % pour les actes d'imagerie de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie). Son calcul tient compte des dépassements d'honoraires.

La redevance reversée au centre hospitalier par les médecins pour l'utilisation des locaux et du matériel progresse chaque année (+ 29 % entre 2016 et 2019). Cela est dû à une augmentation des actes réalisés au titre de l'activité libérale. Cette évolution est importante en 2020 en raison du passage à l'activité libérale de quatre nouveaux praticiens et par l'augmentation du nombre d'actes réalisés par un médecin nucléaire pour lequel le taux de redevance est de 60 %. Malgré le contexte sanitaire, les actes réalisés dans le cadre de l'activité libérale n'ont pas diminué sauf pour les chirurgiens.

**Tableau n° 42 : évolution du montant total de la redevance - en €**

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
Montant total de la redevance	483 150,82	519 831,22	553 727,85	624 121,62	725 804,02

Source : rapport de la commission de l'activité libérale 2020

Dans le cadre de l'activité libérale, l'hôpital indique que l'information au patient est donnée oralement par le secrétariat lors de la prise de rendez-vous et par les médecins lorsque cela concerne une hospitalisation. Les délais moyens d'obtention d'un rendez-vous non urgent en octobre 2020 sont de six mois pour l'endocrinologie, de quatre mois et demi pour la neurologie trois mois et demi pour la pédiatrie et deux mois pour l'OPH. Hélas, l'hôpital ne dispose pas de statistiques permettant de distinguer les délais d'obtention d'un rendez-vous en public et en privé.

**Recommandation n° 6 : mettre en place un indicateur permettant de connaître les délais d'obtention d'un rendez-vous en distinguant l'activité publique et l'activité privée.**

## 9.2. Le contrôle de l'activité libérale

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) doit veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires. Cette CAL doit se réunir au moins une fois par an et établir chaque année un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce l'activité libérale. Entre 2016 et 2020, la CAL du CH de Pau s'est réunie chaque année (deux fois par an en 2016 et 2017 et une fois par an à partir de 2018) et les rapports et procès-verbaux ont bien été produits.

L'article L. 6154-2 du code de la santé publique énonce trois conditions principales à l'exercice de l'activité libérale au sein d'un établissement public de santé :

- les praticiens doivent exercer personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

- la durée de l'activité libérale ne doit pas excéder 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

L'activité libérale réalisée par les praticiens n'est pas systématiquement mentionnée sur les tableaux de services réalisés. Jusqu'en octobre 2019, les tableaux de services étaient des fichiers « Excel » créés automatiquement à partir des tableaux d'activité nominatif et individuel remplis par chaque praticien. À compter de novembre 2019 les correspondances Excel entre les fichiers n'ont plus été fonctionnelles. L'établissement s'était à ce moment-là lancé dans le projet d'informatisation du temps de travail et n'a donc pas réalisé à nouveau tout le paramétrage des fichiers Excel dans la mesure où le logiciel allait prendre le relais. Dès lors, se pose la question de la vérification du temps consacré à l'activité libérale. Le CH précise qu'il n'effectue pas ce suivi en demi-journées et que chacun réalise deux demi-journées par semaine d'activité libérale et travaille en moyenne 43 semaines par an, ce qui ouvre droit à 86 demi-journées libérales par an.

Dans un souci de transparence et afin de faciliter les contrôles de la CAL, il pourrait être utile d'indiquer dans les tableaux de services prévisionnels et réalisés les demi-journées consacrées à l'activité libérale. L'établissement a indiqué qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, il intégrera dans le logiciel de gestion du temps de travail un code « activité libérale » de telle manière à ce que les praticiens la déclarent chaque mois en même temps que leur activité publique.

Par ailleurs, des incohérences ont été relevées entre les conditions de l'activité libérale indiquées dans le rapport 2019 et celles mentionnées dans les contrats conclus avec les praticiens. Elles ont été corrigées par le centre hospitalier lors du renouvellement des contrats intervenus en avril et juillet 2021.

L'article L. 6154-2 du CSP impose également que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique. Le ratio public / privé est respecté même si ces deux dernières années ont été marquées par une forte progression des honoraires. En 2019, le montant total des honoraires s'est élevé à 2,33 M€, en hausse de 17,6 % par rapport à 2016, et en 2020 à 2,54 M€.

**Tableau n° 43 : évolution des honoraires – en €**

Exercice	2016	2017	2018	2019	2020
Montant total des honoraires	1 979 763,55	2 059 041,44	2 143 433,61	2 328 769,41	2 543 912,55

Source : rapport de l'activité libérale 2020

Les honoraires médicaux perçus par les praticiens exerçant une activité libérale varient fortement selon les médecins et les spécialités concernés. En 2019, ils étaient compris entre 29,75 k€ et 155,14 k€ nets, après paiement de la redevance au centre hospitalier. Quatre médecins ont perçu plus de 100 k€ d'honoraires et représentent à eux seuls près de 31 % des sommes encaissées. 14 ont perçu entre 50 et 100 k€ d'honoraires et quatre moins de 50 k€.

## ANNEXES

Annexe n° 1. Plan du site.....	62
Annexe n° 2. Capacité détaillée 2020.....	63
Annexe n° 3. Capacitaire validé en octobre 2021.....	64
Annexe n° 4. Calendrier des opérations de restructuration.....	65
Annexe n° 5. PGFP 2021-2030.....	66
Annexe n° 6. Bilan du CPOM.....	67
Annexe n° 7. Coopération personnel médical (mises à disposition de praticiens).....	70
Annexe n° 8. Zone d'attractivité.....	72
Annexe n° 9. Parts de marché.....	73
Annexe n° 10. Répartition des séjours par CMD.....	74
Annexe n° 11. Durées moyennes de séjours par CMD.....	75
Annexe n° 12. Absentéisme du personnel.....	76
Annexe n° 13. Schéma territorial de la permanence des soins du GHT.....	78
Annexe n° 14. Glossaire.....	79



## Annexe n° 2. Capacité détaillée 2020

Capacités en lits en 2020	2020
<b>Total lits de réanimation</b>	<b>28</b>
<i>dont lits de réanimation adultes</i>	20
<i>dont lits de réanimation pédiatrique</i>	2
<i>ont lits de réanimation néonatalogie</i>	6
<b>Total lits de soins intensifs</b>	<b>17 (dont 3 de néonatalogie)</b>
<b>Lits de surveillance continue</b>	<b>9 (dont 5 adultes et 4 pédiatriques)</b>
<b>Total lits de médecine (hors réa, SI et SC)</b>	<b>271</b>
<i>dont unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD)</i>	8
<i>dont zone de soins de très courte durée (ZSTCD)</i>	1
<i>dont cardiologie</i>	21
<i>dont neurologie</i>	30
<i>dont oncologie</i>	13
<i>dont pneumologie</i>	26
<i>dont rhumato-dermato-méd interne</i>	24
<i>dont infectio-endocrino-diabeto</i>	29
<i>dont hépato-gastro-entérologie</i>	18
<i>dont soins palliatifs</i>	13
<i>dont addictologie</i>	13
<i>dont pédiatrie</i>	17
<i>dont gériatrie</i>	56
<i>dont lits détenus</i>	2
<b>Total lits de chirurgie</b>	<b>126</b>
<i>dont viscérale</i>	30
<i>dont thoracique-Gynéco-Vasculaire</i>	31
<i>dont ORL / Ophtalmo</i>	17
<i>dont ortho-traumatologie</i>	40
<i>dont pédiatrie</i>	8
<b>Total lits d'obstétrique</b>	<b>32</b>
<b>TOTAL LITS MCO</b>	<b>483</b>
Total lits de SSR	128
Total lits USLD	80
<b>Total capacité en lits de l'établissement</b>	<b>691</b>

Source : CH de Pau

## Annexe n° 3. Capacitaire validé en octobre 2021

Bâtiments	Spécialités	Capacitaire validé
<b>Pôle Mère-Enfant</b> 78 lits	Gynécologie-Obstétrique	35 lits
	Médecine Pédiatrique	34 lits
	Chirurgie Pédiatrique	6 lits
	Zone de Surveillance de Très Courte Durée (ZSTCD)	3 lits
<b>Pôle Urgences</b> 32 lits	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée (UHCD)	16 lits
	Unité Post Urgences Adultes (UPUA)	14 lits
	Chambres sécurisées détenus	2 lits
<b>Bâtiment Hauterive</b> 26 lits	Addictologie	13 lits
	Unité de Soins Palliatifs	13 lits
<b>Bâtiment Médico-Administratif</b> 50 lits	Neurologie	38 lits
	Unité Post Urgences Gériatriques (UPUG)	12 lits
<b>Bâtiment François Mitterrand</b> 207 lits +14 en option = 221 lits	3 <sup>e</sup> : Cardiologie	22 lits
	3 <sup>e</sup> : Chirurgie Vasculaire	13 lits
	2 <sup>e</sup> : Médecine gériatrique	48 lits
	2 <sup>e</sup> : Pneumologie	24 lits
	1 <sup>e</sup> : Ophtalmologie	3 lits
	1 <sup>e</sup> : Oto-rhino-laryngologie	5 lits
	1 <sup>e</sup> : Ortho-traumatologie	31 lits
	1 <sup>e</sup> : Chirurgie viscérale	22 lits
	1 <sup>e</sup> : Chirurgie gynécologique	8 lits
	1 <sup>e</sup> : Chirurgie thoracique	6 lits
	1 <sup>e</sup> : Lits territoriaux de chirurgie (en option)	14 lits
	Niv. -1 : Réanimation / Surveillance Continue	25 lits
<b>Nouvelle Construction</b> 84 lits	Médecine interne	12 lits
	Néphrologie - Rhumatologie	10 lits
	Gastro-entérologie	18 lits
	Oncologie	14 lits
	Infectiologie – Endocrinologie	28 lits
	Dermatologie	2 lits
<b>Capacitaire total validé</b>		<b>491 lits</b>

Source : CH de Pau

### Annexe n° 4. Calendrier des opérations de restructuration

	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
<b>Opération n° 1 - champ Médecine Chirurgie Obstétrique</b>										
phase 1 - pôle mère enfants / urgences / 84 lits /PUI										
phase 2 - restructuration des consultations externes et hospitalisation de jour										
phase 3 - rénovation de l'hospitalisation complète François Mitterrand										
<b>Opération n°2 - champ SSR</b>										
phase 1 - rénovation et confort hotelier des soins de suite										
phase 2 - démolition du centre Jean Vignalou										

Source : CH de Pau

Annexe n° 5. PGFP 2021-2030

En €

PGFP 2021-2030	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
Titre 1 produits versés par l'assurance maladie	209 479 261	206 684 650	210 947 061	211 757 538	214 348 967	218 982 870	221 131 516	224 570 091	226 895 960	229 292 368
Titre 2 autres produits de l'activité hospitalière	14 413 616	17 709 296	19 021 321	19 616 760	20 080 519	21 057 504	21 251 167	21 724 299	21 871 231	22 019 746
Titre 3 autres produits	44 174 808	44 567 202	39 913 793	38 977 390	38 863 287	40 722 791	40 547 515	40 793 026	41 165 475	40 417 577
<b>Total produits</b>	<b>268 067 685</b>	<b>268 961 148</b>	<b>269 882 175</b>	<b>270 351 688</b>	<b>273 292 773</b>	<b>280 763 166</b>	<b>282 930 198</b>	<b>287 087 416</b>	<b>289 932 665</b>	<b>291 729 692</b>
Titre 1 charges de personnel	165 460 304	163 733 291	165 873 368	167 697 025	169 373 995	171 926 008	173 692 447	175 530 864	177 387 666	179 161 542
Titre 2 charges à caractère médical	69 687 112	69 718 624	72 079 140	72 661 821	73 367 466	74 238 488	74 750 854	75 267 633	75 788 878	76 314 644
Titre 3 charges à caractère hôtelier et général	16 707 941	16 935 827	17 064 506	17 162 208	17 630 671	18 033 301	18 032 401	18 031 498	18 085 593	18 139 850
Titre 4 charges d'amortissement et financières	10 876 340	13 040 481	13 724 311,	13 759 505	13 920 495	18 353 299	19 115 063	18 368 326	19 195 274	18 535 947
<b>Total charges</b>	<b>262 731 697</b>	<b>263 428 223</b>	<b>268 741 326</b>	<b>271 280 559</b>	<b>274 292 627</b>	<b>282 551 095</b>	<b>285 590 765</b>	<b>287 198 321</b>	<b>290 457 411</b>	<b>292 151 983</b>
<b>Résultats</b>	<b>5 335 987</b>	<b>5 532 925</b>	<b>1 140 850</b>	<b>-928 871</b>	<b>-999 854</b>	<b>-1 787 929</b>	<b>-2 660 567</b>	<b>-110 906</b>	<b>-524 746</b>	<b>-422 291</b>

## Annexe n° 6. Bilan du CPOM

Le niveau d'atteinte de chaque objectif est coté selon quatre degrés : 1 (atteint), 2 (atteint à plus de 50 %), 3 (atteint à moins de 50 %), 4 non atteint.

### En matière d'orientations stratégiques :

Orientation stratégique	Objectif opérationnel	Cotation
<i>1-Développer les politiques et actions de prévention, dans un objectif de réduction des inégalités</i>	1A-Champ MCO : développer des actions en faveur de la prévention des maladies neuro-cardio-vasculaires	<b>1</b>
	1B-Champ MCO : participer à la production de l'indicateur national de mortalité	<b>1</b>
	1C-Champ SSR : élargir les actions et champ de programme d'éducation thérapeutique en SSR, notamment dans le domaine de maladies chroniques	<b>1</b>
<i>2-Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins et aux prises en charge médico-sociales</i>	2A-Champ MCO : objectifs de réduction des délais d'accès aux soins, notamment l'IRM	<b>2</b>
	2B-Champ MCO : objectifs de réduction des délais d'accès aux soins, en ce qui concerne l'accueil des personnes âgées aux urgences	<b>3</b>
	2C- Faciliter un accès équitable et pertinent aux soins, en ce qui concerne l'accès et l'organisation territoriale du service des urgences	<b>2</b>
	2D-Champ MCO : faciliter un accès équitable et pertinent aux soins, en ce qui concerne les personnes en situation de précarité : développer les PASS et équipes mobiles précarité sur tous les territoires de santé	<b>1</b>
	2E-Champ MCO : développer les programmes d'éducation thérapeutiques	<b>1</b>
	2F-Champ MCO : améliorer la pertinence des parcours de santé : s'engager dans une démarche d'optimisation interne de l'organisation des transports sanitaires	<b>1</b>
	2G-Champ MCO : s'inscrire dans le dispositif régional pour l'aide à l'orientation MCO en SSR (logiciel trajectoire)	<b>1</b>
	2J-Champ HAD : assurer la couverture des zones dépourvues d'offre de prise en charge en HAD en proposant une extension des zones actuellement couvertes	<b>2</b>
<i>3-Améliorer la transversalité, la lisibilité, la cohérence et la capacité d'adaptation du système de santé régional</i>	3A-Champ MCO : informatisation des RPU	<b>1</b>
	3B-Tous champs : développer la formation continue des professionnels de santé, notamment dans les champs de l'éducation thérapeutique, de la prise en charge des personnes âgées, du handicap, des pathologies mentales, et de la prise en charge des populations précaires	<b>2</b>
	3C-Champ MCO et USLD : développer des actions concrètes permettant de mieux coordonner le parcours de la personne âgée	<b>Variable selon les actions considérées</b>
	3D-Champ MCO, SSR et USLD : créer et alimenter un DMP	<b>3</b>
<i>4-Adaptation du plateau technique (IRM 3T, renforcement du plateau technique de radiologie, laboratoire et pharmacotechnie, archives, TEP SCAN</i>		<b>4</b>

Orientation stratégique	Objectif opérationnel	Cotation
5-Adaptation des capacités d'hospitalisation (USIP, chirurgie thoracique, chirurgie gynécologique, unité polyvalente d'hospitalisation en médecine		<b>1</b> mais les capacités définies en 2017 pour la chirurgie gynécologie se révèlent insuffisantes et saturées
6-Promouvoir la recherche clinique	Mise en œuvre de l'unité d recherche clinique	<b>1</b>

Source : bilan CPOM

### En matière de coopération :

Thématiques	Actions de coopération	BILAN
Améliorer le parcours des personnes âgées	EMOG interhospitalière avec le CH des Pyrénées	Mise en œuvre progressive au 1 <sup>er</sup> semestre 2017
	Intervention de l'EMASP en extrahospitalier	Projet en cours de structuration
Améliorer les coopérations interhospitalières	Création d'un laboratoire unique multisites Pau-Oloron-Orthez	En cours d'aboutissement
	Créer un partenariat en biologie médicale avec le CH de la Côte Basque afin de limiter la sous-traitance	En cours d'analyse logistique, financière, informatique et juridique. Projet médical validé par les 2 établissements
	Développer des coopérations dans les fonctions techniques et logistiques / achats / ressources humaines	En cours de structuration dans le cadre du GHT
	Projet d'interopérabilité des SIH	Recrutement d'un directeur-adjoint chargé du SI et accompagnement par un cabinet extérieur
	Renforcer la coopération sur les filières de soins coordonnées (projet médical CHT)	Envoi au 1 <sup>er</sup> semestre 2017 à l'ARS du projet médical partagé du GHT Béarn et Soule.
	Formalisation de la convention de coopération GHT Béarn Soule /CHU Bordeaux	Convention d'association non finalisée malgré l'identification de grandes thématiques prioritaires
Améliorer l'articulation entre l'établissement et l'offre de premier recours	Réflexion à mener sur l'accessibilité aux plages d'IRM pour les CH d'Oloron et d'Orthez	Recours à la téléradiologie pour les périodes de PDS. Contexte de démographie médicale très difficile ne permettant pas la mise en œuvre de ces actions de partenariat
	Participation à l'élaboration du projet de maison médicale de garde	Discussion en cours avec les élus et les représentants de la médecine libérale
	Réflexions sur les actions permettant d'améliorer la continuité, la coordination des soins et les complémentarités avec les professionnels libéraux	Plan d'action pour l'amélioration du lien avec la médecine libérale en cours
	Améliorer la connaissance de la prise en charge HAD par la médecine de ville	Plaquette d'information réalisée et envoyée aux professionnels de santé libéraux

Source : bilan CPOM

**En matière de qualité et sécurité des soins :**

Objectif opérationnel	Niveau de réalisation
<i>Tenue dossier du patient MCO</i>	2
<i>Tenue du dossier d'anesthésie</i>	2
<i>Date d'envoi courrier fin de séjour</i>	2
<i>Traçabilité de l'évaluation de la douleur</i>	2
<i>Prise en charge de l'infarctus du myocarde MCO</i>	2
<i>Prévention et prise en charge initiale des hémorragies post-partum</i>	3
<i>Tenue du dossier du patient SSR</i>	2
<i>Tenue du dossier du patient HAD</i>	2
<i>Prise en charge initiale de l'accident vasculaire cérébral MCO</i>	2

Source : bilan CPOM

**En matière de pilotage interne :**

Thématiques	Objectifs opérationnels	Niveau de réalisation
<i>1/situation financière</i>	Résultat, taux de marge brute, taux d'indépendance financière, durée apparente de la dette, encours de la dette/produits, taux de vétusté des équipements, taux de vétusté des bâtiments	2
<i>2/Nouvelle gouvernance</i>	Contrats de pôle et délégation de gestion aux chefs de pôles	2
	% de pôles cliniques disposant d'un compte de résultat analytique par pôle	1
	% de pôles cliniques et médico-techniques disposant d'un tableau de bord de gestion mensuel ou trimestriel	2
	Existence d'une comptabilité analytique	1
	Stratégie d'optimisation des achats hospitaliers	1
	Taux d'exhaustivité du codage à J+30	1
	Taux de recouvrement	1
<i>3/Gestion des lits</i>	Taux d'occupation des lits en médecine > 80 %	1
	Taux d'occupation des lits en chirurgie > 80 %	2
	Évolution des DMS MCO	1
<i>4/Optimiser le processus de production</i>	Coût du personnel médical des services cliniques rapporté aux recettes	2
	Coût du personnel non médical des services cliniques rapporté aux recettes	1
	Nombre d'actes d'IRM hebdomadaires	1
	Nombre d'actes par scanner hebdomadaires	1
	Nombre de B par technicien de laboratoire	1

Source : bilan CPOM

**Annexe n° 7. Coopération personnel médical (mises à disposition de praticiens)**

Etablissements bénéficiaires	Services du CH de Pau concernés	Quotité temps
<b>CGPNJ</b>	Gériatrie	0,45
	Gériatrie	0,80
	Gériatrie	0,20
	Gériatrie	0,80
	Gériatrie	0,10
	Hygiène	0,20
	Consultations bucco-dentaires	0,10
<b>CH ORTHEZ</b>	DIM	0,10
	CS AVANCEES	0,05
	HAD	0,50
	CARDIOLOGIE	0,20
	RHUMATOLOGIE	0,20
	MPR	0,20
	HAD	0,25
	HAD	0,25
	CS AVANCEES	0,05
	MPR	0,40
	DERMATOLOGIE	0,10
	<b>CH OLORON</b>	Urgences
Urgences		0,25
Médecine interne		0,20
Médecine du Sport		0,10
DIM		0,20
Onco Dermatologie		0,20
Réanimation		1,30
Réanimation		0,20
Chirurgie orale		0,20
Infectiologie		
Ophtalmologie		0,30
Ophtalmologie		0,30
Soins palliatifs / Médecine		0,50
Rhumatologie		0,20
<b>CH des Pyrénées</b>	Maison des ados	0,30
	Médecine	0,40
	Pharmacie	30 % astreintes
<b>CHU Bordeaux</b>	Infectiologie	0,30
	Médecine interne	0,10
	Radiologie	0,20
	Dermatologie	0,05
	Cardiologie	1,00
<b>CENTRE HOSPITALIER DE BIGORRE</b>	Consultations avancées	0,05
	Oncologie	0,10
	Anesthésie	1,00
	Médecine	0,20
<b>Nid Béarnais<sup>25</sup></b>	Pédiatrie	4 1/2 j / an
	MPR	0,03
	Consultations bucco-dentaires	4 1/2 j / an

<sup>25</sup> Le Nid Béarnais est un établissement et services pour enfants ou adolescents polyhandicapés situé à Pau.

<b>CAMPS</b>	Pédiatrie	0,60
<b>Clinique MARZET</b>	Cancérologie	0,20
<b>ARIMOC<sup>26</sup></b>	Neurologie	0,05
<b>EHPAD Les Tournesols</b>	HAD	0,10
<b>ORU Aquitaine<sup>27</sup></b>	Urgences	0,10
<b>CDMR - Souffle 64<sup>28</sup></b>	Éducation thérapeutique	0,30
<b>EHPAD de Garlin</b>	Gériatrie	0,50
<b>IRFSSA Croix Rouge<sup>29</sup></b>	Hygiène	heures
<b>MDPH64<sup>30</sup></b>	MPR	0,075
<b>Béarn Addiction</b>	Hépatogastro-entérologie	0,03
<b>GCS TEP SCAN Pyrénées TEP</b>	Médecine nucléaire	0,20
<b>GCS TEP SCAN</b>	Imagerie	0,30
<b>GCS CARDIOLOGIE</b>	Cardiologie	0,60
<b>GCS ORTHEZIEN DE CHIRURGIE</b>	Chirurgie	<i>temps ponctuel (contexte covid)</i>
<b>FMIH Pau/Tarbes</b>	Médecine nucléaire	0,70

Source : CH Pau

<sup>26</sup> L'association action, réseau innovation pour les personnes en difficulté motrice cérébrale et cognitive (ARIMOC) du Béarn est un organisme de soutien et de services aux personnes handicapées à Saint-Jammes.

<sup>27</sup> Groupement de coopération sanitaire « Observatoire régional des urgences d'Aquitaine ».

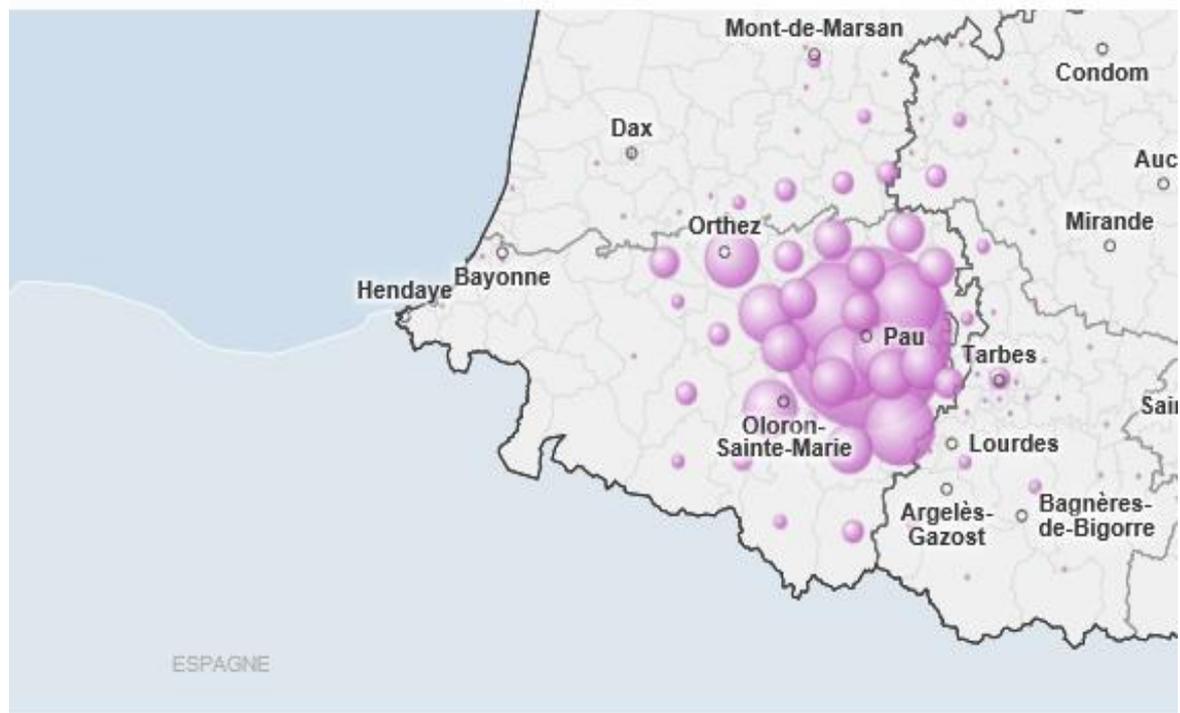
<sup>28</sup> Comité de Pau et des Pyrénées-Atlantiques contre les maladies respiratoires est une association qui a pour mission la prévention et l'éducation à la santé respiratoire et se situe à Pau.

<sup>29</sup> Institut régional de formation sanitaire et sociale d'Aquitaine de la Croix Rouge Française à Pau.

<sup>30</sup> Maison départementale des personnes handicapées des Pyrénées-Atlantiques.

## Annexe n° 8. Zone d'attractivité

Séjours PMSI MCO au lieu de résidence, 2018 - Source : ATIH



Source : hospidiag

**Annexe n° 9. Parts de marché****Parts de marché en médecine**

	2016	2017	2018	2019
<b>CH Pau</b>	<b>49,8</b>	<b>50,6</b>	<b>51,0</b>	<b>52,3</b>
Polyclinique Marzet	13,9	12,6	11,5	11,0
Clinique Cardiologique Aressy (ELSAN)	9,5	9,6	10,0	10,1
Polyclinique de Navarre	8,3	7,9	7,1	6,0

Source : hospidiag

**Parts de marché en chirurgie (HC)**

<b>Hospitalisation complète</b>	2016	2017	2018	2019
<b>CH Pau</b>	<b>32,5</b>	<b>32,3</b>	<b>33,7</b>	<b>34,7</b>
Polyclinique de Navarre	22,2	22,0	21,1	21,1
Polyclinique Marzet	22,6	22,3	20,2	18,7

Source : hospidiag

**Parts de marché en obstétrique**

	2016	2017	2018	2019
<b>CH PAU</b>	<b>50,7</b>	<b>55,0</b>	<b>60,6</b>	<b>66,8</b>
Polyclinique de Navarre	34,4	36,4	34,4	28,9

Source : hospidiag

## Annexe n° 10. Répartition des séjours par CMD

Libellé CMD	Pourcentage EFFECTIF					
	2016	2017	2018	2019	2019 Catégorie*	2020
Affections du système nerveux	9,26	8,91	8,82	8,75	4,92	8,71
Affections de l'œil	3,61	3,40	3,41	3,28	1,12	3,14
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	2,87	2,72	2,69	2,87	1,77	1,87
Affections de l'appareil respiratoire	5,67	5,72	5,85	5,66	4,07	6,44
<sup>2</sup> Affections de l'appareil circulatoire	10,63	10,39	10,82	10,79	7,26	11,20
Affections du tube digestif	7,42	7,36	7,77	7,91	6,75	7,00
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2,59	2,61	2,32	2,38	1,69	2,28
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	8,07	7,62	7,35	7,05	5,83	6,26
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	2,73	2,85	2,67	2,37	2,03	2,45
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	2,23	2,19	2,09	2,07	1,61	2,02
Affections du rein et des voies urinaires	2,03	2,09	2,21	2,20	2,69	2,35
Affections de l'appareil génital masculin	0,84	0,89	0,83	0,85	0,94	0,82
Affections de l'appareil génital féminin	1,76	1,78	1,91	1,81	1,26	1,64
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	5,42	5,79	6,06	6,19	4,27	6,21
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3,49	3,63	3,68	3,85	2,84	4,06
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	1,25	1,34	1,22	1,40	0,97	1,14
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	1,39	1,32	1,09	1,04	0,94	1,21
Maladies infectieuses et parasitaires	0,68	0,67	0,63	0,72	0,53	0,70
Maladies et troubles mentaux	1,68	1,71	1,56	1,78	1,09	1,58
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	1,13	1,31	1,32	1,24	0,94	1,18
Traumatismes, allergies et empoisonnements	1,03	1,03	1,05	0,98	0,79	1,01
Brûlures	0,08	0,03	0,04	0,08	0,02	0,08
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	5,25	4,92	4,38	4,16	2,74	4,02
Maladies dues à une infection par le VIH	0,04	0,03	0,04	0,05	0,03	0,04
Traumatismes multiples graves	0,12	0,14	0,13	0,11	0,05	0,10
Séances (essentiellement chimiothérapie)	18,73	19,54	20,03	20,43	42,84	22,48
<b>Total</b>	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Source : ScanSanté, calculs CRC

(\*) la catégorie regroupe les CH de Nouvelle-Aquitaine produisant plus de 16 001 RSA par an

## Annexe n° 11. Durées moyennes de séjours par CMD

Libellé CMD	2016	2017	2018	2019	2019 catégorie	2020
Affections du système nerveux	3,46	3,45	3,43	3,32	4,55	3,53
Affections de l'œil	0,99	0,90	0,81	0,57	0,74	0,55
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	1,82	1,56	1,52	1,41	1,46	1,70
Affections de l'appareil respiratoire	6,28	6,33	6,23	5,72	6,57	6,26
Affections de l'appareil circulatoire	2,74	2,66	2,59	2,40	4,06	2,37
Affections du tube digestif	3,53	3,15	3,04	3,09	3,00	3,13
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	4,20	4,25	4,10	4,32	5,19	4,71
Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif	4,61	4,81	4,99	5,35	4,74	4,97
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	2,96	3,27	3,03	3,45	3,22	2,82
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	3,84	3,72	3,89	3,94	4,62	3,87
Affections du rein et des voies urinaires	4,08	3,90	3,43	3,27	3,80	3,44
Affections de l'appareil génital masculin	1,74	1,54	2,31	2,21	3,24	2,69
Affections de l'appareil génital féminin	1,76	1,84	1,85	1,54	1,20	1,72
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	3,37	3,21	3,14	3,31	3,17	3,05
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	5,83	5,25	5,14	5,20	4,67	5,40
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	3,99	3,94	4,07	3,34	4,72	4,43
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	2,94	3,48	4,44	4,49	3,94	4,04
Maladies infectieuses et parasitaires	4,93	4,97	4,78	4,82	5,27	5,26
Maladies et troubles mentaux	4,12	3,12	3,07	3,12	5,06	3,50
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	5,31	6,29	6,16	6,54	2,86	6,31
Traumatismes, allergies et empoisonnements	1,96	1,98	2,46	2,32	2,34	1,90
Brûlures	1,21	1,76	0,67	1,05	3,05	1,24
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	2,47	2,58	2,72	2,82	3,31	2,66
Maladies dues à une infection par le VIH	17,52	8,07	11,39	9,68	10,11	11,16
Traumatismes multiples graves	20,97	22,21	15,82	15,58	13,64	19,15
<b>Total</b>	<b>2,91</b>	<b>2,86</b>	<b>2,81</b>	<b>2,77</b>	<b>2,26</b>	<b>2,77</b>

Source : ScanSanté, case-mix

(\*) la catégorie regroupe les CH de Nouvelle-Aquitaine produisant plus de 16 001 RSA par an

**Annexe n° 12. Absentéisme du personnel**

**Absentéisme du personnel médical**

		Nombre de jours d'absence				
		2016	2017	2018	2019	2020
< 6 jours	Maladie professionnelle					
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions					
	Congés de longue durée, congés de longue maladie					
	Maladie ordinaire	33	41	47	24	61
	Accidents de travail			2		
	Accidents de trajet					
	Maternité, paternité, adoption	5	3			
	<b>Total &lt;6 jours</b>	<b>38</b>	<b>44</b>	<b>49</b>	<b>24</b>	61
>= 6 jours	Maladie professionnelle					
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions					
	Covid (arrêts de confinement compris)					628
	Congés de longue durée, congés de longue maladie	313	365	45		61
	Maladie ordinaire	530	622	962	1 238	942
	Accidents de travail	21	69			
	Accidents de trajet					
	Maternité, paternité, adoption	961	1 340	1 372	1 724	2 440
	<b>Total &gt;= 6 jours</b>	<b>1 825</b>	<b>2 396</b>	<b>2 379</b>	<b>2 962</b>	<b>4 071</b>
<b>Total</b>	<b>1 863</b>	<b>2 440</b>	<b>2 428</b>	<b>2 986</b>	<b>4 132</b>	
<b>ETP moyen</b>	211,46	224,66	238,08	248,38	259,82	
<b>Taux d'absentéisme</b>	<b>2,41 %</b>	<b>2,98 %</b>	<b>2,79 %</b>	<b>3,29 %</b>	<b>5,05 %</b>	

Source : données transmises par le CH.

**Absentéisme du personnel non médical**

		Nombre de jours d'absence				
		2016	2017	2018	2019	2020
< 6 jours	Maladie professionnelle	3	6	0	4	8
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0		0		0
	Maladie ordinaire	3 060	3 123	2 828	2 700	2 491
	Covid +	0	0	0	0	143
	Accidents de travail	69	68	62	71	74
	Accidents de trajet			8		13
	Maternité, paternité, adoption	9	10	9	11	5
	<b>Total &lt; 6 jours</b>	<b>3 141</b>	<b>3 207</b>	<b>2 907</b>	<b>2 786</b>	<b>2 734</b>
>= 6 jours	Maladie professionnelle	1 800	1 704	1 535	2 671	2 730
	Maladie à caractère professionnel ou contractée dans l'exercice des fonctions	0	0	0	365	366
	Congés de longue durée, congés de longue maladie	10 833	12 441	12 643	14 737	18 449
	Maladie ordinaire	27 729	30 865	29 059	34 987	38 088
	Covid +	0	0	0	0	3 600
	Accidents de travail	5 050	4 144	4 675	3 482	4 562
	Accidents de trajet	472	617	750	533	562
	Maternité, paternité, adoption	11 699	10 880	10 221	11 003	10 955
<b>Total &gt;= 6 jours</b>	<b>57 583</b>	<b>60 651</b>	<b>58 883</b>	<b>67 778</b>	<b>79 312</b>	
<b>Total</b>		<b>60 724</b>	<b>63 858</b>	<b>61 790</b>	<b>70 564</b>	<b>82 046</b>
<b>ETPT moyen</b>		<b>2 207,71</b>	<b>2 233,70</b>	<b>2 267,94</b>	<b>2 315,37</b>	<b>2 425,72</b>
<b>Taux d'absentéisme</b>		<b>7,54 %</b>	<b>7,83 %</b>	<b>7,46 %</b>	<b>8,35 %</b>	<b>9,27 %</b>

Source : d'après les données communiquées par le CH

Annexe n° 13.

Schéma territorial de la permanence des soins du GHT

Schéma territorial de la permanence et de la continuité des soins GHT Béarn et Soule  
Etat des lieux au 01/06/2017

Disciplines	Lignes financées au niveau du GHT Béarn et Soule par le schéma régional de la PDES	Fonctionnement actuel des gardes et astreintes sur le GHT					
		CH PAU	CH OLORON	CH MAULEON	CH ORTHEZ	CH des Pyrénées	Pontacq Nay Jurançon
<b>ADULTE</b>							
Anesthésie adulte	1 G et 1 A CH Pau - 1 A CH Oloron et CI Orthez	2 G à compter de juin 2017	1 G (couplée avec les soins continus à partir de 17h en semaine, les S, D, et Jours fériés)				
Biologie	non financé	1 A	1A		1A		
Cardiologie interventionnelle	1 A CH Pau	1 A coro					
CardiologieUSIC	1 G CH Pau	1 G	1A		1A WE (avis tél cardio Pau en semaine)		
Cardiologie/affection vasculaire/pathologie cardio-vasculaire	1 A jusqu'à minuit CH Pau - 1 A jusqu'à minuit CH Oloron	1 A rythmo					
Chirurgie cardiaque	BORDEAUX						
Chirurgie thoracique	1/2 A CH Pau (cf. ligne mutualisée CHCB)	1 A					
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 A CH Pau - 1 A jusqu'à minuit CH Oloron et CI Orthez	1 A	1A				
Chirurgie main	BAYONNE						
Chirurgie viscérale et digestive	1 A CH Pau - 1 A jusqu'à minuit CH Oloron et CI Orthez	1 A	1A				
Chirurgie vasculaire	1 A CH Pau	1 A					
Chirurgie du rachis (// neurochirurgie)	CL NAVARRE / BAYONNE						
Gynécologie-obstétrique	1 G CH Pau - 1 A CH Oloron	1 G	1A				
Gastroentérologie	1 A CH Pau	1 A	1A (renfort partiel par Pau)		cf. A med polyvalente		
Hématologie clinique	BAYONNE						
Chirurgie maxillo-faciale	1/2 A CH Pau (cf. ligne mutualisée CHCB)	cf. A ORL					
Médecine gériatrique	1 A jusqu'à minuit CH Pau	2A = 1 A gériatrie et 1 A UPUG	1A	1A	1A : regroupe CSG + USLD + SSRG	1 A USLD	
Médecine polyvalente	1 A jusqu'à minuit CH Orthez et CH Oloron	4 A = 1 A médecines dédoublée en journée le we + 1 A SSR-MPR-addicto + 1 A onco + 1 A USP	1A		1A : regroupe médecine poly + RF + LISP + médecine à orientation onco financement 1/2 A		
Médecine endocrino	BORDEAUX	cf. A médecines					
Maladies infectieuses	BORDEAUX	cf. A médecines					
Néphrologie	Nephrocare Béarn + CHCB						
Neurologie	1/2 G et 1/2 A CH Pau	1 A	cf. A médecine polyvalente		cf. A med polyvalente		
Neurochirurgie	CL NAVARRE / BAYONNE						
Ophthalmologie	1 A jusqu'à minuit CH Pau	1 A					
ORL-odontologie-stomatologie	1 A CH Pau	1 A	1A (renfort partiel par Pau)				
Pédiatrie maternité + urgence	1 A CH Pau	1 A	1A				
Pharmacie	non financé	1 A commune CHP				1 A commune CH Pau	
Pneumologie	1 A jusqu'à minuit CH Pau	1 A	cf. A médecine polyvalente		cf. A med polyvalente		
Psychiatrie						1 G	
Radiologie et imagerie médicale	En attente (schéma théorique = 1 G CH Pau)	1 A + téléradiologie 22h-8h à partir avril 2017	Téléradiologie nuit 18h-8h, WE et fériés depuis jan 2017		Téléradiologie 1 semaine par mois à partir de juillet 2017		
Radiologie interventionnelle	1/2 A CH Pau (cf. ligne mutualisée CHCB)	1 A (sauf quelques we où site unique = Bayonne)					
Neuroradio interventionnelle	1/2 A CH Pau (cf. ligne mutualisée CHCB)	en projet - formation praticiens en cours					
Réanimation chirurgicale, médicale et polyvalente	1 G CH Pau	1 G et 1 A	cf. G anesthésie				
Urologie	CL MARZET						
Dermatologie	BORDEAUX	cf. A médecines					
<b>ENFANT</b>							
Chirurgie ortho-traumato	Non défini	cf. A traumatologie adultes					
Chirurgie digestive	1 A CH Pau	1 A					
Anesthésie pédiatrique	1 A CH Pau	cf. G anesthésie adultes					
Réanimation néonatale/pédiatrique	1 G CH Pau	1 G					
Hématologie - Gastro - Pneumo - Neuro - Cardio	BORDEAUX						
		6 G et 23 A +imagerie	1 G et 10 A +imagerie	1 A	3 A + 1A partielle +imagerie	1G et 1 A	
						1 A	

**Annexe n° 14. Glossaire**

AAH : attaché(-e) d'administration hospitalière  
ACE : actes et consultations externes  
ALD : affection de longue durée  
AME : aide médicale de l'État  
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  
CMP : centre médico-psychologique  
CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens  
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  
GHM : groupe homogène de malades  
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

e-PMSI : plate-forme pour le recueil et l'analyse des informations sur l'hospitalisation des établissements de santé

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

USIC : unité de soins intensifs cardiologiques

USIP : unité de soins intensifs polyvalents

USLD : unité de soins de longue durée

Chambre régionale  
des comptes  
Nouvelle-Aquitaine



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

[www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine)