



RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

Centre hospitalier Buëch-Durance Département des Hautes-Alpes

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 6 juillet 2020.

TABLE DES MATIÈRES

1	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
1.1	La structure capacitaire	9
1.2	L'activité de psychiatrie.....	11
1.3	Des niveaux d'activité fluctuant en médecine et soins de suite et réadaptation	14
2	UNE FIABILISATION DES COMPTES INITIÉE LARGEMENT PERFECTIBLE	15
2.1	Les rattachements de charges.....	15
2.2	Les produits constatés d'avance.....	16
2.3	Les amortissements	16
2.4	Les provisions	17
2.5	Les remboursements des budgets annexes au budget principal.....	20
2.6	Les tarifs journaliers de prestations	21
3	LES ACTIVITÉS DESTINÉES AUX PATIENTS ET RESIDENTS	22
3.1	Les activités mises en œuvre directement par le centre hospitalier : des fonds parfois gérés par des personnes non habilitées	22
3.2	Les relations avec l'association sont critiquables	24
4	UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE, UNE AMELIORATION EN 2018 A CONFIRMER.....	28
4.1	Des résultats déficitaires sur toute la période	29
4.2	Des soldes intermédiaires de gestion dégradés	30
4.3	De 2013 à 2018 : des mesures de retour à l'équilibre non formalisées, des effets très limités.....	31
4.4	Une évolution défavorable des produits	34
4.5	Une diminution des charges moins rapide que celle des produits	39
5	DES INVESTISSEMENTS LIMITES PAR LES RESSOURCES DISPONIBLES	40
5.1	Une capacité d'autofinancement réduite durant la plus grande partie de la période examinée	40
5.2	La dette.....	42
6	LES RESSOURCES HUMAINES.....	42
6.1	Un bilan social à fiabiliser	42
6.2	Des effectifs non médicaux en baisse, des effectifs médicaux stables	43
6.3	Une masse salariale stabilisée sur le budget principal	46
6.4	Une politique de lutte contre l'absentéisme tardive.....	47
6.5	Des irrégularités dans l'octroi des concessions de logements par nécessité absolue de service	49
6.6	Le personnel non médical	50
6.7	Le personnel médical	54
7	UNE ADHESION AU GHT, UNE VOLONTE DE RECONNAISSANCE DE LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE	57
7.1	Une position partagée entre opposition et participation	57
7.2	Une mise en avant de la spécificité de la psychiatrie.....	57

ANNEXES 61

SYNTHÈSE

(1) Le centre hospitalier Buëch-Durance (CHBD¹) est issu de la fusion, en 2012, de deux établissements situés à Laragne : le centre hospitalier psychiatrique et l'hôpital local. Il propose une offre sanitaire en psychiatrie adulte et infanto-juvénile (132 lits et places), médecine (5 lits), soins de suite et réadaptation (12 lits) et médico-sociale à destination des personnes âgées (100 lits) et des personnes en situation de handicap (41 lits et places).

(2) Depuis 2013, l'établissement a connu une profonde transformation de sa structure capacitaire qui devrait se poursuivre dans les années à venir. Il a ainsi réduit de près de 40 % le nombre de ses lits d'hospitalisation complète en psychiatrie, ouvert un foyer d'accueil médicalisé en août 2018 et devrait, à moyen terme, transformer ses lits de médecine et de soins de suite et réadaptation en une nouvelle activité de géronto-psychiatrie.

(3) Dans le cadre des prises en charge des patients et résidents, le CHBD organise des activités, seul ou avec une association. Dans les deux cas, plusieurs irrégularités ont été relevées. Des agents du centre hospitalier manient des fonds sans y être autorisés, ou assurent le fonctionnement de l'association sans que les quotités de temps de travail mises à disposition ne soient remboursées au CHBD. L'association prend en charge des dépenses d'activité qui relèvent du périmètre d'intervention de l'établissement, assure le remboursement d'états de frais du personnel du centre hospitalier qui, en toute logique, relève de ce dernier. Elle perçoit également une rémunération pour les prestations réalisées par les patients (entretien d'espaces verts par exemple), tout en sollicitant leur participation financière pour certaines activités, ... Une réforme de l'organisation actuelle est indispensable.

(4) Durant la plus grande partie de la période examinée, la situation financière s'est dégradée. Le déficit déjà constaté en 2013 s'est ainsi accentué suite à la mise en œuvre du dispositif régional de péréquation budgétaire défavorable à l'établissement, et ce, malgré une aide de l'agence régionale de santé. Le plan de retour à l'équilibre nécessaire au vu des tensions budgétaires, n'a jamais été formalisé et n'a pas produit les effets attendus. A titre d'exemples, seuls trois des huit jours de congés indument accordés au personnel ont été supprimés, l'absentéisme élevé a fait l'objet de mesures tardives, alors qu'il rend nécessaire des remplacements qui réduisent d'autant les économies dégagées sur les dépenses de personnel.

(5) L'établissement, du fait de sa situation financière, n'est pas en mesure d'autofinancer ses projets d'investissement. Durant la période 2013 - 2018, il a ainsi recentré ceux-ci sur des opérations de mise en sécurité. Pour apporter une réponse à l'état de vétusté réel de son bâti, le centre hospitalier doit prioritairement s'attacher à formaliser une stratégie et à poursuivre la réduction du déficit initiée en 2018.

(6) La stratégie de l'établissement s'intégrera dans la logique territoriale définie par le groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes du Sud dont il est membre depuis mi-2016, conformément à la réglementation. Sur des sujets structurants tels que les achats ou le système d'information, des actions ont débuté. Le CHBD, tout en s'intégrant dans la dynamique lancée, s'attache à préserver son autonomie dans le domaine du système d'information en mettant en avant l'indispensable confidentialité qui doit entourer la prise en charge de patients atteints de troubles psychiatriques.

¹ Un glossaire précise la signification des acronymes en annexe n° 18.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Clarifier et faire respecter la convention régissant les relations entre le centre hospitalier Buëch-Durance et l'association d'entraide psychosociale des Hautes-Alpes.

Recommandation n° 2 : Fiabiliser le processus d'élaboration et les données du bilan social.

Recommandation n° 3 : Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation sur le temps de travail.

INTRODUCTION

(7) La chambre a inscrit à son programme 2019 l'examen des comptes et de la gestion du centre hospitalier Buëch-Durance, à compter de l'année 2013.

(8) Par lettre en date du 10 avril 2019, le président de la chambre a informé M. Voilmy, ordonnateur en fonctions, de l'ouverture de la procédure et de la composition de l'équipe de contrôle. Par lettre du 10 mai 2019, M. Mercier, ordonnateur du centre hospitalier entre 2011 et fin 2017, a été destinataire de ces mêmes informations.

(9) L'entretien d'ouverture du contrôle s'est déroulé le 22 mai 2019 avec M. Voilmy.

(10) Les entretiens de fin de contrôle se sont tenus le 23 octobre 2019, avec M. Voilmy, ordonnateur en fonctions, le 22 octobre 2019 avec M. Mercier.

(11) Après avoir entendu la rapporteure, la chambre a, le 10 décembre 2019, arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été notifiées dans leur intégralité à l'ordonnateur en fonctions par courrier du 13 décembre 2019. Un extrait a été adressé à l'ancien ordonnateur et aux tiers concernés, par courriers du 30 décembre 2019.

(12) La chambre a reçu une réponse de M. Voilmy le 4 février 2020, de M. Mercier le 27 janvier 2020 et des deux tiers concernés le 7 février 2020, le 18 février 2020 et le 13 mars 2020 (réponse complémentaire). A sa demande, Mme la présidente de l'association d'entraide psycho-sociale des Hautes-Alpes (AEPSHA) a été entendue en audition par la chambre le 6 juillet 2020.

(13) Après avoir entendu la rapporteure, la chambre a, le 6 juillet 2020, arrêté ses observations définitives et les recommandations auxquelles elles donnent lieu.

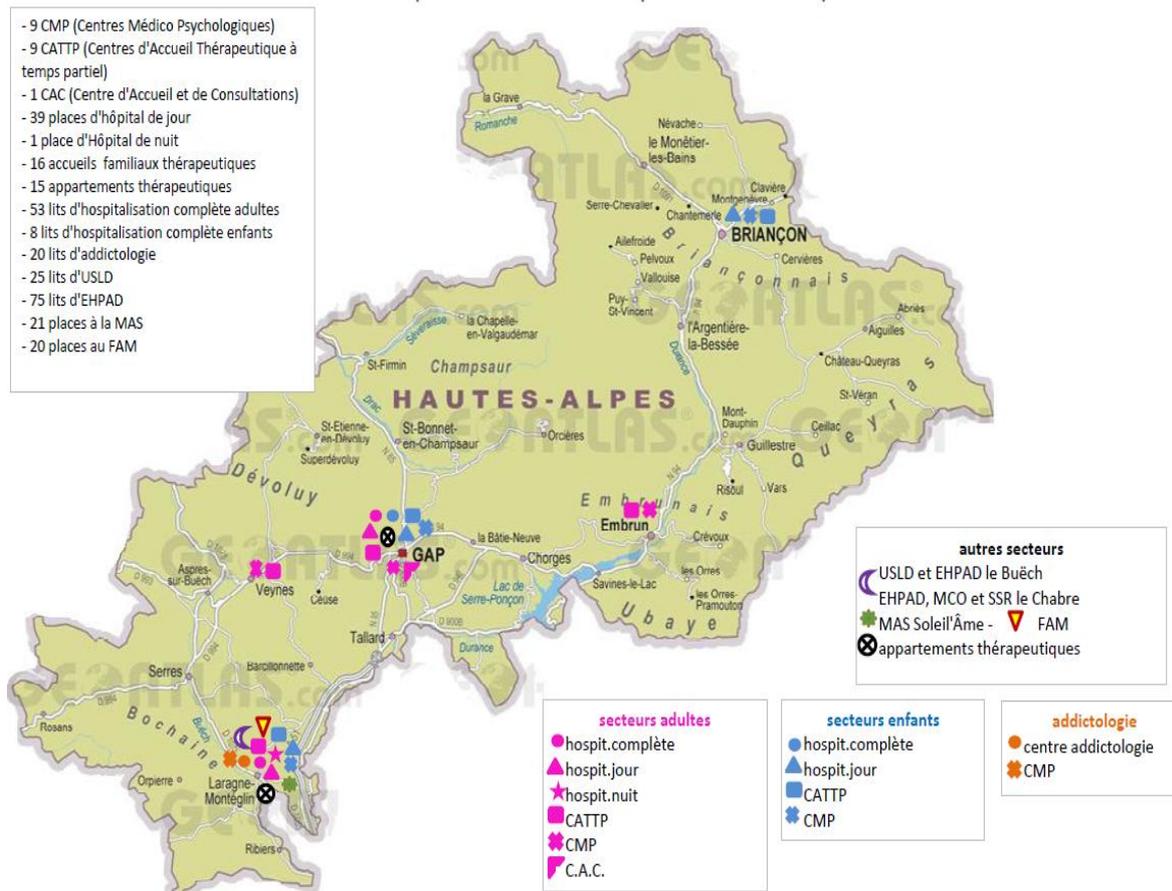
(14) À ce stade de la procédure, le rapport d'observations définitives conserve un caractère confidentiel et n'est donc pas communicable.

1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

(15) Le centre hospitalier Buëch-Durance (CHBD) est issu de la fusion de deux établissements publics de santé situés à Laragne le 1^{er} janvier 2012 : le centre hospitalier spécialisé dans la prise en charge des troubles psychiatriques et l'hôpital local.

Graphique n° 1 : Périmètre d'intervention

Diversité et répartition des structures du dispositif de soins sur le département



Source : CHBD

L'environnement socio-sanitaire des Hautes-Alpes

Alors que le département des Hautes-Alpes correspond à 17,7 % de la surface du territoire régional (5 549 km²), il n'abrite que 2,8 % de la population régionale dont 40 % pour les seules communes de Gap et Briançon (141 576 habitants au 1^{er} janvier 2018). Il est ainsi le département le moins peuplé de la région et un des moins peuplés de la France métropolitaine.

La densité des médecins généralistes (nombre de médecins pour 100 000 habitants) est proche de la moyenne régionale, en revanche, celle des spécialistes est très inférieure à la moyenne régionale avec 77,2 spécialistes pour 100 000 habitants contre 125,4 en région. À titre d'exemple, on recense 3,6 psychiatres pour 100 000 habitants dans les Hautes-Alpes contre 14,4 dans la région.

Le département compte trois centres hospitaliers et deux ex-hôpitaux locaux disposant de lits de médecine et de soins de suite et réadaptation (SSR). L'offre privée, largement positionnée sur le secteur des SSR (11 établissements), se localise principalement sur Gap et Briançon.

Dans le domaine médico-social, le département est mieux équipé que la région en structures d'hébergement et d'accueil de personnes âgées.

(16) Dans le domaine sanitaire, l'établissement est à ce jour titulaire d'une autorisation de psychiatrie générale (adultes) et infanto-juvénile², de médecine, de soins de suite et réadaptation et de soins de longue durée. Une activité d'addictologie³ est également assurée. Au titre de son activité de psychiatrie générale, il intervient conjointement avec le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS) au sein de la maison d'arrêt de Gap. Le CHBD propose également une offre médico-sociale avec deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), une maison d'accueil spécialisée (MAS) et un foyer d'accueil médicalisé (FAM).

(17) Pour assurer son fonctionnement, l'établissement était doté, fin 2018, d'un budget principal de 23,6 M€ et de quatre budgets annexes, l'ensemble totalisant 31,7 M€ de produits. Le CHBD employait, à cette même date, un peu plus de 500 équivalents temps plein (ETP).

(18) La gouvernance interne du CHBD appelle deux observations :

- Une absence de projet d'établissement durant la période sous revue ;
- Un découpage en pôles récent, un seul contrat de pôle signé sans objectif précis et un second au stade de projet, contrairement à ce que prévoit la réglementation⁴.

(19) L'équipe de direction a par ailleurs été largement renouvelée⁵ ces dernières années. Ce renouvellement s'est traduit par une perte d'historique préjudiciable à l'analyse notamment sur la fiabilité des comptes.

² En application de la sectorisation psychiatrique, le CHBD couvre le secteur de psychiatrie générale 05.G.01 qui correspond aux trois quarts du département, le reste relevant du centre hospitalier de Briançon. En psychiatrie infanto-juvénile, il couvre l'ensemble du département (secteur 05.I.01).

³ L'activité d'addictologie ne relève pas du régime des autorisations (article R 6122-25 du code de la santé publique) mais d'une reconnaissance contractuelle dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectif et de moyens signé avec l'agence régionale de santé.

⁴ L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé a, en effet, prévu la signature de contrats de pôle. Le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-techniques dans les établissements publics de santé a rappelé cette obligation. Les modalités de signature ont évolué à la faveur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sans que le principe ne soit remis en cause.

⁵ Le chef d'établissement, le directeur adjoint en charge des ressources financières et matérielles, la directrice des ressources humaines, des affaires générales, du pôle patient et de la qualité et le coordonnateur général des soins.

(20) Le centre hospitalier Buëch-Durance est membre du groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes du Sud. Ce groupement présente la particularité de réunir quatre établissements en direction commune (le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud, le centre hospitalier de Briançon, le centre hospitalier d'Embrun, le centre hospitalier d'Aiguilles), le centre hospitalier de Barcelonnette (depuis mi-2019) et le centre hospitalier Buëch-Durance.

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

« Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) sont un dispositif conventionnel, obligatoire depuis juillet 2016, entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé.

Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

*Dès juillet 2016, 135 groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été constitués pour favoriser le travail en réseau des plus de 850 hôpitaux français ».*⁶

1.1 La structure capacitaire

(21) La structure capacitaire de l'établissement est répartie entre les champs sanitaire et médico-social. Alors que la capacité sanitaire a connu une forte baisse, la capacité médico-sociale n'a pas été significativement modifiée, si ce n'est en fin de période par la création de places de foyer d'accueil médicalisé. Elle correspondait ainsi, fin 2018, à une maison d'accueil spécialisée de 21 lits et places, une unité de soins de longue durée de 25 lits, deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de 25 lits (EHPAD du Buëch) et de 50 lits (Le Chabre) respectivement et un foyer d'accueil médicalisé de 20 lits.

1.1.1 Une forte diminution de la capacité d'hospitalisation complète en psychiatrie générale

(22) Le nombre de lits de psychiatrie générale a diminué de près de 40 % entre 2013 et 2018 passant de 88 à 53.

(23) Le projet de délocaliser une partie de ces lits sur Gap, inclus dans le projet régional de santé en mars 2018, a été abandonné dès la fin de cette même année suite à une série de « conférences de consensus » organisées par l'ARS. Trois raisons ont justifié cet abandon : l'absence de locaux disponibles, le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté faisant état des bonnes pratiques mises en œuvre par l'établissement et la possibilité de mutualiser des moyens sur le site de Laragne qui aurait disparu avec une nouvelle localisation.

⁶ Site Agence régionale de santé.

Tableau n° 1 : Évolution de la structure capacitaire de psychiatrie adultes

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2013
<i>Hospitalisation complète</i>								
<i>Lits (hospit. Temps plein)</i>	88	88	88/79	79	79	79/53	53	- 39,8 %
<i>Appart. Thérapeutiques</i>	14	14	28 ⁷	27	27	9	15	7,1 %
<i>Accueil familial</i>	12	12	12	12	12	12	12	0,0 %
<i>Hospitalisation à temps partiel</i>								
<i>Hôpital de nuit</i>	1	1	1	1	1	1	1	0,0 %
<i>Hôpital de jour intra</i>	18	18	18	18	18	18	18	0,0 %

Source : CHBD

(24) La capacité de psychiatrie infanto-juvénile (des lits d'hospitalisation de semaine (fermés le week-end) depuis 2009), n'a, quant à elle, pas été modifiée.

Tableau n° 2 : Évolution de la structure capacitaire de psychiatrie infanto-juvénile

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2019/2013
<i>Hospitalisation complète</i>								
<i>Lits (hospit. Temps plein)</i>	8	8	8	8	8	8	8	0,0 %
<i>Accueil familial</i>	4	4	4	4	4	4	4	0,0 %
<i>Hospitalisation à temps partiel</i>								
<i>Hôpital de jour intra</i>	21	21	21	21	21	21	21	0,0 %

Source : CHBD

1.1.2 Une capacité de médecine et de soins de suite et réadaptation pour l'heure inchangée

(25) Les modifications de la structure capacitaire n'ont à ce jour pas concerné les activités de médecine et de soins de suite et réadaptation (SSR) qui demeurent assurées avec 5 et 12 lits respectivement. Ces capacités seront impactées par la mise en œuvre du projet régional de santé 2018 – 2023 qui prévoit (page 294), la suppression d'un site de médecine à faible activité et celle d'un site de SSR également à faible activité (page 310). Dans le rapport de présentation de l'EPRD 2019, l'ordonnateur a indiqué que « *si le CHBD dispose encore aujourd'hui de 17 lits sur le périmètre SSR/Médecine, son projet est de les remplacer par seulement 15 lits de gérontopsychiatrie* ».

⁷ Transformation du foyer post-cure en appartements thérapeutiques.

1.2 L'activité de psychiatrie

1.2.1 Une file active en progression

(26) La file active permet de connaître le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année en hospitalisation, consultation ou en visite à domicile. Elle se décline en une file active de psychiatrie générale (adultes) et une file active de psychiatrie infanto-juvénile.

(27) Elle a progressé durant la période sous revue, quelle que soit la discipline. La file active de psychiatrie infanto-juvénile a augmenté de + 24,7 %, celle de psychiatrie générale de 7,4 % et celle d'addictologie de 77,8 %. Cette progression plus marquée résulte à la fois d'une amélioration de la qualité du codage et de la prise en compte de l'activité de l'équipe de liaison intervenant sur le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS)⁸.

(28) Fin 2018, la file active du CHBD était de 2 775 patients en psychiatrie générale, 1 362 patients en psychiatrie infanto-juvénile et 432 patients en addictologie.

Tableau n° 3 : Évolution de la file active

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013	2018/2013
<i>Psychiatrie générale</i>	2585	2573	2740	2719	2805	2775	+ 190	+ 7,4 %
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	1092	1195	1249	1304	1313	1362	+ 270	+ 24,7 %
<i>Addictologie</i>	243	393	396	421	378	432	+ 189	+ 77,8 %

Source : CHBD

1.2.2 Une augmentation du nombre de patients soignés sans leur consentement

(29) Les prises en charge psychiatriques⁹ peuvent, sous réserve que soient remplies certaines conditions strictement définies par la loi, être dispensées à des patients qui ne sont pas à même de consentir à leurs soins.

(30) Si le nombre de personnes faisant l'objet de soins sur demande du représentant de l'Etat a fluctué, celui des patients hospitalisés à la demande du directeur de l'établissement a globalement progressé, passant de 92 à 106 patients. Les mesures de soins à la demande d'un

⁸ L'activité 2013 n'a pas été saisie par l'établissement. De 2014 à 2018, la file active est passée de 208 à 237.

⁹ Peuvent ainsi être distingués les soins librement consentis, les soins dispensés à la demande d'un tiers ou sur décision du directeur de l'établissement en l'absence de tiers et les soins dispensés à la demande du représentant de l'Etat (lorsqu'une atteinte à l'ordre public justifie l'entrée dans le dispositif de soins).

tiers en urgence¹⁰ et celles déclenchées en situation de péril imminent¹¹ prévues par la loi du 5 juillet 2011¹² expliquent cette progression.

Tableau n° 4 : Nombre de patients soignés sans leur consentement

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation
<i>Soins à la demande du représentant de l'Etat</i>	10	6	11	9	13	8	-2
<i>Soins à la demande du directeur de l'établissement</i>	92	93	93	106	105	106	+ 14
<i>dont soins à la demande d'un tiers</i>	11	19	20	9	7	4	- 7
<i>dont soins à la demande d'un tiers en urgence</i>	28	24	31	35	44	46	+ 18
<i>dont soins psychiatriques pour péril imminent</i>	53	50	42	62	54	56	+ 3

Source : CHBD

1.2.3 Des taux d'occupation en hausse en hospitalisation de jour

(31) À l'exception de l'hospitalisation de jour, les taux d'occupation diminuent pour chacune des modalités de prise en charge et ce, malgré des diminutions capacitaires.

Tableau n° 5 : Taux d'occupation de psychiatrie adultes

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Hospitalisation complète</i>	84,10	82,11	75,56	81,95	81,30	75,08 77,43*
<i>Accueils familiaux</i>	39,25	39,45	44,84	45,38	44,43	37,08
<i>Hospitalisation de jour</i>	19,8	13,29	10,38	21,84	28,55	36,48
<i>Hospitalisation de nuit</i>	81,10	53,15	5,75	0	0	0
<i>Appartements thérapeutiques</i>	76,73	66,42	39,84	30,11	25,75	54,28

Source : CHBD

* A compter du 1^{er} août 2018

(32) Le nombre de journées d'hospitalisation à temps plein a baissé de plus de 24 % durant la période sous revue. Si le nombre de patients hospitalisés a légèrement progressé (691 en 2018 contre 682 en 2013), les durées moyennes d'hospitalisation ont en revanche baissé dans une proportion plus importante (40,41 jours en 2018 contre 54,3 jours en 2013).

¹⁰ En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement d'accueil peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical (2 dans le cas d'une procédure d'admission à la demande d'un tiers), rédigé le cas échéant par un médecin de l'établissement.

¹¹ S'il est impossible de recueillir une demande de tiers, en cas de péril imminent (immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient) le directeur de l'établissement de santé peut prononcer l'admission du patient sur la base d'un certificat médical.

¹² Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

Tableau n° 6 : Nombre de journées d'hospitalisation à temps plein

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
33 335	31 848	30 564	30 214	29 709	25 236	- 24,3 %

Source : CHBD

(33) Le nombre de séjours longs¹³ a baissé, plus significativement en 2018 en lien avec l'ouverture du FAM en août. Cette diminution sera à confirmer dans le temps.

Tableau n° 7 : Nombre de séjours longs

2013	2014	2015	2016	2017	2018
ND	58	50	45	40	30

Source : CHBD ND : Non disponible

(34) En psychiatrie infanto-juvénile, à capacité inchangée, le taux d'occupation en hospitalisation complète a légèrement progressé pour atteindre 52,59 % en fin de période. Les taux constatés en hospitalisation de jour sont marqués par des différences notables entre le site de Gap, toujours très au-delà de 100 % malgré une augmentation du nombre de places en 2018, et les taux des deux autres sites qui bien qu'en progression, se situent en-deçà sur la quasi-totalité de la période. Le dépassement du taux de 100 % sur le site de Laragne en 2018 résulte notamment du passage de 7 à 4 places.

Tableau n° 8 : Taux d'occupation de psychiatrie infanto-juvénile

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Hospitalisation complète	48,08	44,16	49,71	50,10	53,03	52,59
Hospitalisation de jour						
<i>Laragne « Les isles »</i>	74,63	80,78	72,01	80,98	90,42	150,29
<i>Briançon</i>	76,60	83,53	79,28	77,27	83,26	78,29
<i>Gap « Corto-Maltèse »</i>	137,26	111,30	111,73	144,75	146,97	130,08

Source : CHBD

1.2.4 Une activité ambulatoire en augmentation

(35) Le nombre de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire a fortement augmenté durant la période examinée (+ 26 %). En regard, le nombre total de patients pris en charge par l'établissement a progressé de + 19 %. Les actes réalisés en ambulatoire ont logiquement également progressé (+ 32,8 %).

¹³ Séjours de plus de 270 jours hors séjours ouverts pour une activité ambulatoire.

Tableau n° 9 : Nombre de patients suivis exclusivement en ambulatoire

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Nombre total de patients</i>	3 849	4 062	4 273	4 286	4 329	4 569	+ 19 %
<i>Nombre de patients pris en charge exclusivement en ambulatoire</i>	2 936	3 212	3 397	3 381	3 445	3 690	+ 26 %
<i>Part des patients pris en charge exclusivement en ambulatoire</i>	76%	79%	79%	79%	80%	81 %	+ 5 %

Source : CHBD

Tableau n° 10 : Prises en charge en ambulatoire

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Nombre d'actes EDGA¹⁴</i>	46 898	52 328	53 022	57 568	61 844	62 284	+ 32,8 %

Source : CHBD

1.3 Des niveaux d'activité fluctuant en médecine et soins de suite et réadaptation

(36) Entre 2013 et 2018, les activités de médecine et de soins de suite et réadaptation ont connu d'importantes fluctuations avec une hausse en fin de période. Les taux d'occupation très bas constatés en 2016 et 2017 résultent notamment de la démission du médecin responsable de ces lits en novembre 2015. Son remplacement par un confrère a permis d'éviter des fermetures de lits en 2016 mais le nombre de patients accueillis a diminué. En 2018, les deux disciplines ont vu leur activité progresser sans atteindre toutefois des niveaux très élevés¹⁵.

Tableau n° 11 : Taux d'occupation de l'unité de médecine et de soins de suite et réadaptation

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Médecine</i>	66,25	48,11	75,78	27,04	33,26	65,64
<i>SSR</i>	70,21	79,36	68,54	65,85	80,98	86,37

Source : CHBD

¹⁴ EDGA : Entretien, démarche, groupe, accompagnement.

¹⁵ La valeur cible nationale du taux d'occupation de médecine est par exemple de 95 % (fiche 2 - 5 du recueil de fiches pratiques sur l'efficacité hospitalière élaboré par la direction générale de l'offre de soins).

2 UNE FIABILISATION DES COMPTES INITIÉE LARGEMENT PERFECTIBLE

(37) La fiabilisation des comptes initiée en 2015 reste largement perfectible. Ce constat est pour partie lié à la perte d'historique résultant du renouvellement de l'équipe de direction et de l'encadrement des secteurs concernés par la démarche.

2.1 Les rattachements de charges

(38) Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent.

(39) Le taux de rattachement calculé en rapportant le solde créditeur du compte 408 « Fournisseurs - factures non-parvenues » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60, 61 et 62 doit se situer dans une fourchette raisonnable (entre 5 % et 10 %¹⁶).

Tableau n° 12 : Rattachements de charges

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Fournisseurs, factures non parvenues (a)</i>	321 908	303 963	374 290	861 642	583 822	291 734
<i>Comptes de charges d'exploitation (b)</i>	3 628 117	3 426 044	3 457 724	3 245 026	3 180 778	3 566 334
<i>Dont comptes de charges d'exploitations budget H</i>	3 628 117	3 426 044	3 457 724	3 245 026	3 180 778	3 319 441
<i>Taux de rattachement en % (a)/(b)</i>	8,87 %	8,87 %	10,82 %	26,55 %	18,35 %	8,18 %

Source : ANAFI¹⁷ d'après les comptes financiers

(40) Le taux de rattachement élevé en 2016 et 2017 s'explique par deux raisons principales :

- Les dépenses d'exploitation non médicales ont toutes été rattachées sur le compte 408 y compris la prime de service qui aurait dû être rattachée sur le compte 4281 (prime de service à payer) ;
- Le rattachement de charges élevées liées aux consommations de gaz (chauffage) et d'eau.

¹⁶ Le rattachement des charges engagées non mandatées concerne normalement les commandes passées en fin d'exercice, et ne pouvant donc donner lieu à réception de la facture avant la clôture de cet exercice. Est traditionnellement considéré comme acceptable un taux de rattachement correspondant à un douzième des dépenses sur factures de l'année, soit 5 à 10 % de leur montant.

¹⁷ Logiciel d'analyse financière des juridictions financières.

2.2 Les produits constatés d'avance

(41) Selon le tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M21, « *le compte 487 « Produits constatés d'avance » est crédité en fin d'exercice du montant des produits enregistrés en section de fonctionnement alors qu'ils ne se rapportent pas ou qu'ils ne se rapportent qu'en partie à la gestion en cours par le débit des comptes de la classe 7 qui ont supporté la recette* ». L'absence d'écriture de ce type majore indûment le résultat net.

Tableau n° 13 : Produits constatés d'avance (en €) - Compte 487

2013	2014	2015	2016	2017	2018
NO	NO	0	NO	0	NO

Source : Comptes financiers NO : Non ouvert

(42) L'hôpital n'a pas été à même d'expliquer les exercices précédents 2018. Au titre de cet exercice, il a indiqué avoir eu recours à cette procédure pour l'enregistrement de crédits non reconductibles de 120 000 € (astreinte infirmière de nuit) et 10 033 € sur le budget de l'EHPAD du Buëch (qualité de vie au travail) et 20 000 € sur le budget de l'EHPAD Chabre (qualité de vie au travail).

(43) Si le débit du compte de classe 7 est bien réalisé sur les deux budgets annexes, le compte 487, en revanche, n'a pas été crédité. Or les produits constatés d'avance nécessitent les opérations suivantes :

En fin d'exercice, transfert des produits constatés d'avance :

- Débit de la subdivision de la classe 7 intéressée (titre d'annulation ou de réduction) ;
- Crédit 487 « Produits constatés d'avance ».

À l'ouverture de l'exercice suivant, contre-passation :

- Débit 487 « Produits constatés d'avance » ;
- Crédit de la subdivision de la classe 7 intéressée (titre de recettes).

2.3 Les amortissements

(44) Les durées d'amortissements mises en œuvre par le centre hospitalier sont conformes avec celles préconisées par l'instruction budgétaire et comptable M21 (cf. annexe n° 1). La décision formalisant les durées d'amortissement n'a toutefois pas pu être produite.

(45) Par ailleurs, l'établissement a précisé que les durées figurant dans le compte financier pouvaient être « *adaptées en fonction de la durée prévisionnelle « réelle » d'utilisation du bien concerné* ». A titre d'exemple, « *il a été prévu une durée d'amortissement de 7 ans pour une télévision au lieu des 10 ans prévus au tableau* ».

(46) Cette façon de procéder réduit à néant l'intérêt d'un tableau fixant les durées d'amortissement. La chambre invite l'établissement à respecter la réglementation et notamment le principe de permanence des méthodes.

2.4 Les provisions

(47) La fiche comptable n° 6 complétant le guide de fiabilisation des comptes rappelle que « *les financements reçus par un établissement public de santé, quelle que soit leur nature ou leur origine, ne peuvent jamais être mis en réserve budgétaire au moyen d'une provision* » à l'exception des provisions réglementées suivies au compte 142.

(48) Le montant des provisions a significativement progressé entre 2015 et 2018 passant de 1,3 M€ à 1,9 M€, soit une progression de 18 %. Une grande partie de cette évolution résulte d'une démarche de fiabilisation des comptes entreprise par l'établissement qui reste perfectible.

Tableau n° 14 : Soldes des comptes de provisions (en €)

Comptes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
c/142	539 995,09	266 050,94	237 621,88	216 092,82	201 463,76	388 734,70	- 28 %
c/143 (c/ 153)	457 875,54	620 366,15	572 048,37	597 584,55	690 547,12	758 952,44	66 %
c/1572	224 772,97	187 772,97	187 772,97	187 772,97	187 772,97	187 772,97	- 16 %
c/158	350 361,00	297 661,00	266 984,00	216 861,00	248 751,10	524 092,87	50 %
c/49 - Dépréciation comptes de tiers	29 033,98	32 996,98	29 554,28	29 027,78	27 176,18	24 411,11	- 16 %
TOTAL	1 602 038,58	1 404 848,04	1 293 981,50	1 247 339,12	1 355 711,13	1 883 964,09	18 %

Source : Comptes financiers

Compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations »

(49) Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, « *La constitution d'une provision réglementée pour renouvellement des immobilisations au moyen des ressources propres de l'établissement est exclue.../Cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie* ».

(50) Ce compte illustre les opérations de fiabilisation des comptes de l'établissement avec la reprise en 2014 de 238 615,09 € ne correspondant pas à une provision identifiée.

(51) Les montants restant provisionnés concernent des crédits fléchés dans le cadre du plan régional d'investissement en santé mentale (PRISM) inclus dans la dotation annuelle de financement (DAF) de l'établissement. Ce dernier a produit le courrier qui précise que la somme de 101 148 € est accordée pour une période de 20 ans. Ces crédits, destinés à accompagner financièrement le transfert sur Gap des unités de court séjour, l'humanisation de l'unité d'alcoologie, la création d'une unité de tabacologie et à compenser les surcoûts de l'opération ont fait l'objet d'un provisionnement. Le CHBD reprend la provision en couvrant chaque année l'intégralité des frais financiers et un tiers des amortissements de l'opération d'addictologie.

(52) En 2018, le CHBD a provisionné à hauteur de 195 000 € suite à l'octroi par l'ARS de crédits non reconductibles pour réaliser des travaux de désenfumage. Ces crédits ont vocation à compenser les charges d'amortissement liées à cet investissement fait en 2018 et seront, selon l'établissement, repris au même rythme que l'amortissement des travaux.

Compte 153 (compte 143 jusqu'en janvier 2014) « Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps »

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 (article 11-1) prévoit la constitution d'un « passif pour chaque jour épargné » renvoyant à un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la fonction publique pour la définition des conditions de mise en œuvre. Ce mode de valorisation est retenu dans les deux arrêtés datés du 17 avril 2014 parus au journal officiel du 30 avril 2014.

Le montant provisionné fin 2018 s'établissait comme suit :

Tableau n° 15 : Montants provisionnés sur les CET (fin 2018)

En €	Directeur	Catégorie A	Catégorie A contractuels	Catégorie B	Catégorie C	Total
Nombre de jours enregistrés dans les CET	178,50	540,50	19	310,50	294	1342,50
Montant de la valorisation unitaire	125	125	125	80	65	
Cotisations patronales	15 %	15 %	49,25 %	15 %	15 %	
Total en euros	25 659,38	77 696,88	3 544,69	28 566	21 976,50	157 443,44

En €	Praticiens budget principal	Praticiens budgets annexes	Total
Nombre de jours enregistrés dans les CET	833,85	90,15	926
Montant de la valorisation unitaire	300	300	
Coefficient relatif aux cotisations patronales	47 %	47 %	
Total en euros	368 735,23	39 756,15	408 491,38

Source : CHBD

(53) Les conséquences budgétaires de l'évolution des modalités de provisionnement au compte 153 ont fait l'objet d'une première estimation suite à la publication de deux arrêtés en décembre 2018¹⁸. Sur la base d'un coût moyen par grade et du nombre de jours épargnés fin 2018, la provision serait majorée pour atteindre 246 109,49 € pour le personnel non médical et 502 376,31 € pour le personnel médical soit une augmentation, toutes choses égales par ailleurs, de 182 550,98 € (+ 93 884,93 € pour le personnel médical et 88 666,05 € pour le personnel non médical).

Compte 1572 « Provisions pour gros entretien ou grandes réparations »

(54) L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit : « Pour être traitée comme provision pour gros entretien ou grandes révisions (PGE), la provision correspondante doit être destinée à couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Les petites dépenses courantes d'entretien sont exclues de ce dispositif ». Il est par ailleurs nécessaire qu'un plan pluriannuel d'entretien identifie les travaux concernés.

¹⁸ L'arrêté du 19 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé et de l'arrêté du 20 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière.

(55) L'établissement a indiqué une absence de mouvement sur ce compte depuis 2014 et une absence de plan pluriannuel d'entretien. La provision (187 772,97 € à fin 2018) est donc à reprendre.

Compte 158 « Autres provisions pour charges »

(56) L'instruction budgétaire et comptable M21 précise globalement pour les provisions constituées au compte 15, que celles-ci correspondent à des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise.

(57) En 2015, la provision au compte 158 recouvrait une prestation au centre national de l'expertise hospitalière (CNEH), l'amortissement des travaux de la MAS et le traitement de la secrétaire du département de l'information médicale (DIM).

(58) La dotation au titre de l'amortissement des travaux de la MAS (50 000 €) a été effectuée en 2008 (attestation du directeur). Cette provision correspond à une mise en réserve budgétaire qui n'est pas conforme à la réglementation. 1 700 € (montant restant imputé sur ce compte fin 2018) sont donc à reprendre.

(59) Le traitement de la secrétaire DIM alloué en crédits non reconductibles a été provisionné. Trois décisions du directeur ont été produites pour la justifier : une de 2007 pour 81 614 €, une de 2009 pour 67 817 € et une de 2011 pour 57 082 €. Cette provision correspond à une mise en réserve budgétaire qui n'est pas conforme à la réglementation. Le reliquat (38 700 € fin 2018) est donc à reprendre.

(60) En 2015, l'établissement s'est vu allouer 23 328 € du fonds d'intervention régional (FIR) pour une prestation CNEH. 9 723 € restant à régler en fin d'exercice, cette somme a été provisionnée. Cette provision, reprise en 2016, correspondait à une mise en réserve budgétaire non conforme à la réglementation.

(61) Le CHBD a également provisionné sur ce compte une subvention de l'agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie (ADEME) d'un montant de 82 013,10 € dans les conditions suivantes. L'établissement a eu le projet de construire une chaufferie bois en 2015 et sollicité pour ce faire une subvention de l'ADEME qu'il a obtenue. À l'issue de cette même année, il a décidé de ne pas donner suite à son projet et en a informé l'ADEME. En janvier 2018, l'ADEME a fait part au CHBD d'une demande prochaine de remboursement de la subvention. L'établissement a alors provisionné à hauteur du montant de la subvention. Le 11 septembre 2018, l'établissement a reçu la demande de remboursement et a procédé au remboursement par reprise de la provision. La chambre relève que la provision, reprise en 2018, n'a été constatée qu'en 2017.

(62) Enfin en 2018, l'établissement a provisionné 397 754,87 € afin de faire face au remboursement de prix de journée indûment facturés à différentes caisses d'assurance maladie sur la maison d'accueil spécialisée (MAS). Jusqu'en juillet 2018, date de signature du contrat pluriannuel d'objectif et de moyen, la MAS était facturée sur la base d'un prix de journée. Depuis lors, le mode de financement s'effectue via une dotation globalisée. L'établissement a été informé de ce changement en décembre 2018. La facturation des prix de journée des mois d'août, septembre et octobre 2018 ayant donc fait doublon avec le financement par dotation, les caisses primaires d'assurance maladie¹⁹ doivent bénéficier d'un remboursement. La somme précitée correspond à ce montant.

(63) L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit qu'« une provision doit être constatée :

¹⁹ CPAM de Gap : 357 015,03 €, CPAM Isère Centre 000 : 20 648,96 €, CPAM Digne centre 101 : 20 090,88 €.

- *S'il existe, à la clôture de l'exercice, une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement ;*
- *S'il est probable ou certain à la date d'établissement des comptes qu'elle provoquera une sortie de ressources au bénéfice de tiers sans contrepartie équivalente de celui-ci ;*
- *Si cette sortie de ressources peut être estimée de manière fiable ».*

(64) La provision constituée est conforme à cette définition.

Compte 491 « Dépréciation des comptes de redevables »

(65) Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la perte doit être constatée en comptabilité par son admission en non-valeur par décision du directeur. L'admission en non-valeur se traduit par la constatation d'une charge qui peut être financée en tout ou partie par une reprise de la provision constituée au c/491. Le défaut de mandatement des pertes sur créances irrécouvrables fausse le résultat de l'exercice en sous-estimant les charges d'exploitation. Le maintien d'un stock de non-valeur au bilan affecte, pour sa part, la sincérité des comptes (actif fictif).

(66) Les dernières dotations sur ce compte ont été constituées en 2014 : 5 000 € sur le budget H, 900 € sur le budget B (Long séjour) et 600 € sur le budget E (EHPAD). À l'heure actuelle, le CHBD ne provisionne pas, mais effectue des reprises à partir des provisions constituées les années précédentes. Interrogé sur ce point, l'établissement a précisé qu'il disposait à fin 2018 d'une provision de 24 411,11 € et qu'il ne lui avait pas paru nécessaire de provisionner davantage cette année. Il a complété sa réponse en précisant qu'il conviendrait qu'il définisse *« une procédure interne de dotations aux provisions pour créances irrécouvrables »*.

(67) La chambre invite l'établissement à finaliser cette réflexion avec le comptable, l'existence d'un montant déconnecté de toute appréciation du risque à couvrir ne correspondant pas à la définition de la constitution d'une provision.

2.5 Les remboursements des budgets annexes au budget principal

(68) L'article R. 6145-12 du code de la santé publique prévoit que : *« ... Aucun de ces comptes de résultat annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal... »*.

(69) En fin de période, les remboursements des budgets annexes au budget principal ont mécaniquement augmenté suite à la création du FAM qui a remboursé 242 644,97 € au budget principal.

(70) Les modalités de détermination des montants remboursés par les budgets annexes au budget principal ont été précisées (cf. annexe n° 2) et appellent les remarques suivantes :

- Les conventions tripartites de l'EHPAD Chabre, l'EHPAD Buëch et de l'USLD prévoient des quotités de temps d'agents dans différents domaines (agents administratifs, techniques et logistiques, pharmaciens, diététiciennes...). Selon l'établissement, ces temps *« paraissent justes »*. Il conviendrait que celui-ci s'assure de la cohérence entre ce qui est financé et les prestations servies par le budget principal :

- Plusieurs prestations ont été ajoutées en 2016, 2017 et 2018 qui existaient auparavant mais n'étaient pas prises en compte (consultations dentiste, sous-traitance système d'information hospitalier (SIH), entretien des véhicules...);
- Les montants issus de certains calculs (contribution au GHT, maintenance des installations de cuisine...) ont été « modulés » pour éviter une hausse trop importante sur les budgets concernés. La première année, la hausse a ainsi été prise en compte à hauteur d'un tiers du total ;
- Des modalités de remboursement ont été modifiées en 2018 suite à la comparaison des montants remboursés par certains budgets annexes avec les montants réglés par le site disposant d'un compteur. Cette modification n'a toutefois pas concerné tous les budgets annexes. Pour une même prestation, les modalités de remboursement sont donc différentes.

Tableau n° 16 : Remboursement des budgets annexes au budget principal (en €)

2013	2014	2015	2016	2017	2018
1 018 223,01	1 064 091,99	1 049 851,59	1 072 134,49	1 133 034,09	1 480 707,34

Source : Comptes financiers

(71) La chambre constate un défaut d'exhaustivité des remboursements des budgets annexes au budget principal.

2.6 Les tarifs journaliers de prestations

(72) Les tarifs journaliers de prestations (TJP) qui servent de base au calcul du ticket modérateur (part restant à la charge du patient ou de sa mutuelle, d'un montant de 20 % du TJP, sauf cas d'exonération). Ces tarifs doivent être calculés selon des modalités précises, énoncées par le décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé puis l'article R. 6145-22 du code de la santé publique. Ils doivent être obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues. Ils ne peuvent donc, en toute logique, être identiques d'une année à l'autre, ou progresser de façon linéaire.

(73) Le CHBD a précisé qu'il appliquait aux tarifs de l'année précédente l'évolution maximale précisée dans la note de cadrage rédigée par l'ARS chaque année, ce qui n'est pas conforme à la réglementation.

(74) La chambre invite l'établissement à calculer ses TJP conformément à la réglementation.

3 LES ACTIVITÉS DESTINÉES AUX PATIENTS ET RESIDENTS

Les activités de sociothérapie

En psychiatrie, les activités de sociothérapie relèvent du projet thérapeutique individualisé du patient.

Elles peuvent être :

- A visée occupationnelle : « *un ensemble d'actions offertes au malade dans le cadre de sa prise en charge thérapeutique pour préserver ses capacités de vie (travaux artisanaux, activités de la vie quotidienne, de culture ou de loisir)* » ;

- A visée thérapeutique : « *un ensemble d'actions inscrites dans un projet thérapeutique individualisé qui vise à conserver, développer ou instaurer l'autonomie du malade et de ses capacités relationnelles, physiques, gestuelles et / ou créatives* ».

(75) Au sein de l'établissement les activités proposées aux résidents et aux patients sont organisées, pour partie, par le CHBD (activités des résidents et patients de l'EHPAD du Chabre, de la MAS et du FAM) et, pour partie, par l'association d'entraide psycho-sociale des Hautes-Alpes (AEPSHA).

3.1 Les activités mises en œuvre directement par le centre hospitalier : des fonds parfois gérés par des personnes non habilitées

(76) Le centre hospitalier assure la gestion directe des activités au bénéfice des résidents et patients de l'EHPAD du Chabre, de la MAS et du FAM. Une régie a été créée au sein de ces structures pour permettre le paiement de menues dépenses liées à ces activités.

3.1.1 L'existence de régies

(77) Les actes de création des régies sont datés du 2 janvier 2012 pour la MAS, du 7 février 2019 pour le FAM, du 30 mai 2012 pour l'EHPAD du Chabre.

(78) Les actes de nomination des régisseurs et des mandataires suppléants sont datés du 26 octobre 2018 pour la MAS, du 12 mars 2019 pour le FAM, du 4 juillet 2016 pour l'EHPAD du Chabre.

(79) Si l'établissement a pu produire les actes de nomination signés les plus récents, il n'a en revanche pas été en mesure de communiquer les précédents actes de nomination signés intéressant également la période sous revue.

(80) S'agissant des actes de nomination actuellement en vigueur, la chambre observe que ceux signés le 4 juillet 2016 et le 26 octobre 2018 visent un avis conforme du comptable daté du 2 janvier 2012. Or, le comptable a changé le 3 septembre 2012, le 1^{er} septembre 2015 et le 6 juin 2018.

(81) L'établissement n'a par ailleurs pas pu apporter la preuve du caractère effectif de la notification aux intéressés. Il estime que la signature de l'acte de nomination précédée de la mention « *vu pour acceptation* » implique que les agents « *ont été informés de leur situation* ».

(82) L'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 (chapitre 4) prévoit que l'acte de nomination des mandataires (hors mandataires suppléants) doit obligatoirement viser la décision ayant institué la régie, les avis conformes du régisseur et du/des mandataire(s) suppléant(s), les autres mandataires agissant pour le compte et sous la responsabilité du régisseur ou du suppléant durant sa prise de fonction et l'avis conforme du comptable. L'instruction précitée prévoit que l'acte de nomination du (des) mandataire(s) est exécutoire dès notification aux intéressés.

(83) La signature du régisseur et du mandataire suppléant précédée de la mention « *vu pour acceptation* » permet d'attester qu'ils acceptent les responsabilités personnelles et pécuniaires inhérentes à la gestion de la régie. Elle n'est toutefois pas suffisante pour donner force exécutoire au document. L'établissement doit se conformer à cette formalité obligatoire qu'est la notification de l'acte de nomination des mandataires.

3.1.2 Des fonds parfois maniés par des agents non habilités

(84) La réglementation exige que les fonds publics soient maniés par le comptable public ou par une personne habilitée dans le cadre d'une régie (régisseur, mandataire, mandataire suppléant).

(85) Au cas présent, lorsque le régisseur ne participe pas à l'activité, il remet les fonds à un « *agent de confiance agissant sous sa responsabilité* ».

(86) Après avoir, dans un premier temps, indiqué que la remise d'argent s'effectuait contre signature, l'établissement a précisé que dans les faits le régisseur inscrivait le nom de l'agent dans la colonne « *objet* » de son tableau de suivi. Un extrait du livre de régie tenu par le régisseur du FAM a été transmis. A l'occasion du contrôle, l'établissement a fait part de l'ajout de deux colonnes dans ce livre permettant à l'agent qui prend et ramène le reliquat après l'activité d'effectuer ces démarches contre signature. Au retour de la sortie, les fonds restants, ainsi que les justificatifs des dépenses réalisées, sont rapportés au régisseur.

(87) A la MAS, bien qu'il y ait également un cahier tenu par le régisseur, « *l'identité de l'agent bénéficiaire de la somme remise n'est pas renseignée sur le cahier de suivi mais sur des post-it temporaires tenus par les régisseurs et jetés après régularisation* ».

(88) Au Chabre, « *aucun agent missionné pour l'achat n'est renseigné par le régisseur, le système semble reposer sur la confiance qu'éprouve ce dernier envers les agents* ».

(89) Cette organisation, au demeurant fort peu sécurisée, n'est pas conforme à la réglementation qui ne connaît pas le statut d'« *agent de confiance* » et n'autorise pas le maniement d'argent public par d'autres agents que ceux expressément habilités.

3.1.3 Des fonds de patients du FAM détenus au sein de la régie

(90) L'établissement a transmis un document retraçant les mouvements effectués sur une « *caissette qui sert de coffre aux résidents*²⁰ ». Dans le coffre de la régie se trouvent des enveloppes ainsi qu'une caissette qui permet les dépôts de fonds de la régie. Chaque résident ayant déposé de l'argent dans ce coffre dispose de deux enveloppes « *rassemblées dans une enveloppe marron. Dans l'une figurent ses fonds personnels, et dans l'autre les tickets de caisse justifiant les achats passés. Sur 20 résidents au FAM, une quinzaine utilise le coffre-fort, et les sommes déposées vont de 0 à 100€ (un seul cas)*²¹ ». Le dépôt serait, selon le CHBD, « *un service offert aux résidents afin de protéger leur argent* ». Le maniement de ces fonds est assuré par « *Le régisseur et ses suppléants [qui]gèrent à la fois les sommes relatives aux activités et les fonds personnels des résidents* ».

(91) Le maniement de ces fonds n'est pas prévu par l'acte constitutif de la régie. La présence de fonds de patients dans le coffre de la régie, maniés par le régisseur, fait courir le risque d'une confusion entre les fonds des patients et les fonds publics. Il convient de mettre fin à une telle pratique.

3.2 Les relations avec l'association sont critiquables

(92) L'article 93 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 codifié à l'article L. 3221-1 du code de la santé publique disposait : « *Afin de mettre en œuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association, à visée de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1^{er} juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales. (...)* ».

(93) L'article L. 3221-4-1 du code de la santé publique, modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a introduit une modification. Alors que le texte de 2002 prévoyait la création d'une association pouvant réunir patients, personnels, et des tiers, le texte de 2016²² fait état de la signature d'une convention entre un établissement et une association, les deux parties étant présentées comme distinctes.

²⁰ A titre d'exemple, une soignante de l'unité a accompagné un ou des résident(s) au marché. 10 € ont été prélevés dans la caissette rassemblant l'argent des résidents. « *Visiblement l'achat au marché a nécessité 10,68 €. La dénommée [C] a donc avancé 68 centimes d'euros qui lui ont été remboursés à son retour par le régisseur avec l'argent du résident concerné à travers la caissette* ».

²¹ « *Le 8 août 2019, la régie contenait 365 € et les enveloppes contenant l'argent des résidents 927 € au total. Il y avait donc 1292 € dans le coffre-fort* » (Source : CHBD).

²² « *A.- L'établissement peut conclure avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique qu'elle définit.*

La convention précise notamment les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements et de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association. Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association. Elle détermine les modalités de contrôle médical de son exécution.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition ».

(94) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la présidente de l'AEPSHA a transmis un projet de convention rédigé en 2020 mentionnant la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

3.2.1 Des statuts non respectés, une intrication avec l'établissement critiquable

(95) Les statuts de l'association ont été adoptés à l'unanimité lors de l'assemblée générale du 30 mars 2007. Ils précisent que l'AEPSHA a son siège social au centre hospitalier de Laragne, qu'elle a pour but de « *s'employer aux soins, à la prévention, à la réadaptation et à la réhabilitation des personnes suivies médicalement par les services du CH de Laragne. (...) Tous les personnels du CH de Laragne peuvent utiliser les moyens de l'association et toute personne suivie médicalement par le CH de Laragne est susceptible d'en bénéficier* ».

(96) Ces statuts font référence au centre hospitalier de Laragne qui n'existe plus depuis la fusion de cet établissement avec l'hôpital local de la commune. Un avenant est donc à signer pour prendre en compte l'intervention de l'association au sein du centre hospitalier Buëch-Durance.

(97) L'article 8 des statuts détaille les produits et les charges de l'association. Les produits recouvrent « *des cotisations et souscriptions de ses membres, des subventions de toute nature, en particulier du centre hospitalier de Laragne faisant l'objet d'une convention, des dons et legs perçus directement ou par l'intermédiaire de la fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine, de toutes autres ressources légales* ».

(98) Or, l'association encaisse des recettes non prévues par ses statuts. Elle est ainsi rémunérée, pour une partie des activités qu'elle réalise, grâce au travail des patients encadrés par les agents de l'établissement (atelier espaces verts, reliure, fabrication de meubles (ces deux derniers ateliers ayant cessé de fonctionner en 2016))²³. Sur l'ensemble des recettes de l'association en 2018, près de 62 % proviennent de la subvention versée par le CHBD et 36,7 % sont issues de la rémunération d'activités associant patients et membres du personnel, le temps de ce dernier n'étant pas remboursé.

Tableau n° 17 : Détail des recettes de l'association en 2018

<i>Recettes</i>	Montants en €
<i>Subvention CHBD</i>	42 000
<i>Bar, cafétéria²⁴</i>	16 519
<i>Atelier espaces verts</i>	6 019
<i>Esthétique - Coiffure</i>	2 350
<i>Cotisations</i>	500
<i>Dons</i>	190
<i>Participations</i>	180
<i>Recettes diverses</i>	69

²³ À titre d'exemple, selon les comptes annuels de l'association, l'atelier thérapeutique espaces verts a permis de générer une recette de 9 460 € en 2013, de 6 518,92 € en 2018, l'atelier reliure a généré une recette de 740 € en 2013.

²⁴ Selon les comptes de l'association et les rapports d'activité, les marchandises sont achetées par l'association.

TOTAL	67 826
-------	--------

Source : Bilan d'activité de l'AEPSHA 2018

(99) Alors que l'association retire un bénéfice de certaines activités, les patients doivent acquitter une participation pour bénéficier de certaines activités²⁵. Au-delà du fait que ces recettes ne sont pas prévues par les statuts, dès lors que les activités et séjours thérapeutiques relèvent du soin ou de la réhabilitation, ils sont, par nature, pris en compte dans la dotation budgétaire du CHBD. Les séjours thérapeutiques figurent d'ailleurs dans le calcul de la péréquation.

(100) Les charges de l'association recouvrent : « *les frais de secrétariat, gestion et fonctionnement des activités et prestations proposées organisées et gérées par l'AEPSHA, les rémunérations des personnels employés par l'AEPSHA, toutes autres charges légales* ».

(101) Or, les comptes de l'association ne font pas apparaître de charges de personnel. L'établissement a confirmé que l'AEPSHA n'employait pas d'effectif en propre. La gestion des activités et des fonds est assurée par des membres du personnel du CHBD. Les référents de la commission culture ouverture sociale (COS) sont des agents, de même que les délégués aux comptes. En totalisant les différentes quotités de temps de travail consacrées à l'association par le personnel, hors conseil d'administration, (assemblée générale, référents COS, délégués aux comptes), ce sont 0,8 ETP de l'établissement qui travaillent pour le compte de l'association. Ce temps n'est pas remboursé par l'association. De la même façon, le temps des agents qui participent à la réalisation des activités pour laquelle l'association se fait rémunérer (l'activité espaces verts mobilise par exemple trois soignants en binôme trois jours par semaine, sept agents assurent la tenue de la cafétéria pendant 20 à 30 heures par semaine, un agent (deux jusqu'en juin 2018) s'occupe de l'atelier esthétique - coiffure durant 35 jours en 2018) ne fait pas l'objet d'un remboursement.

(102) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la présidente de l'AEPSHA a indiqué qu'un projet de nouveaux statuts serait présenté à l'assemblée générale de l'association. Le document transmis à l'appui de cette réponse précise les missions de l'association, ses ressources et la nouvelle dénomination du centre hospitalier (CHBD). S'il permet de mettre en adéquation les recettes perçues avec ce que prévoient les statuts, il ne répond toutefois pas à la critique formulée par la chambre.

(103) S'agissant des charges, la présidente de l'association a confirmé dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, que l'association ne supportait pas de charges de personnel et de location estimant que le personnel du centre hospitalier est dans ses missions lorsqu'il participe à une « *activité thérapeutique à médiation* ». La chambre ne remettait pas en cause l'utilité des activités de sociothérapie mais les modalités de leur mise en œuvre, celles-ci conduisant à des relations « établissement – association » non respectueuses de la réglementation (mises à disposition de temps de travail non remboursées par l'association, remboursement des frais de missions par l'association, facturation à des patients d'activité relevant du périmètre du soin couvert par la dotation de l'établissement, ...). Le projet de nouveaux statuts transmis à l'appui de la réponse de la présidente de l'association fait état de la mise à disposition par le centre hospitalier d'une quotité de temps de travail pour la tenue des

²⁵ A titre d'exemple, en 2018, pour « *l'atelier céramique sur un ailleurs en ville* », il est précisé que « *les deux personnes inscrites en septembre ont participé à raison des deux tiers des frais engagés. L'AEPSHA a complété le reste des frais (l'an dernier ces personnes n'avaient participé qu'à un tiers des frais et l'AEPSHA les deux tiers restant) le but étant que l'année prochaine ces personnes soient autonomes sur leur activité tant d'un point de vue accompagnement humain que financier* ».

comptes, remboursée par l'AEPSHA. Lors de l'audition tenue à sa demande, la présidente de l'association a confirmé qu'il ne s'agissait à ce stade que d'un projet.

3.2.2 Les conventions signées en 2012 et 2018 non respectées

(104) Lors de son dernier rapport sur le centre hospitalier spécialisé de Laragne rendu public fin 2006, la chambre avait traité des relations entre l'établissement et l'association en prenant acte « *de la volonté de l'établissement de se conformer à ces recommandations à savoir la mise à jour de la convention liant l'établissement et l'association et précisant les points suivants : la mission précise confiée à l'association, la mise à disposition des équipements et du matériel, la mise à disposition de personnels, le contenu du compte rendu annuel de l'activité de l'association et le contenu du compte rendu financier en ce qui concerne l'utilisation de la subvention versée* ».

La convention élaborée en 2012

(105) Au titre de la période examinée, deux conventions ont été produites. La première a été signée en 2012 et a fait l'objet d'un avenant le 23 février 2012.

(106) Si elle vise à répondre aux observations qu'avait formulé la chambre, la plupart des points relevés par celle-ci n'y figurent pas : le montant correspondant aux locaux et équipements mis à disposition gracieusement par l'établissement (montant estimé par l'établissement à 11 500 € par an), le remboursement des mises à disposition des personnels, le contenu du compte-rendu annuel et le compte-rendu financier. Les documents transmis au CHBD mériteraient une plus grande précision et clarté dans leur présentation.

La convention signée en 2018

(107) La convention actuellement en vigueur a été signée le 9 juillet 2018.

(108) Elle reprend les termes de celle de 2012 tout en demandant des comptes « *certifiés* » et non plus seulement « *contrôlés* ».

(109) Elle appelle donc les mêmes remarques que celle établie en 2012. À celles-ci s'ajoute une erreur concernant l'article visé en préambule : l'article L. 3221-2²⁶ du code de la santé publique en lieu et place de l'article L. 3221-4-1. Au-delà du numéro de l'article, comme indiqué *supra*, la rédaction a également été modifiée en 2016.

(110) Plusieurs dispositions de la convention ne sont pas appliquées :

- Les comptes ne sont pas certifiés mais font l'objet d'une mission d'examen limité des comptes ;
- L'accord exprès de l'établissement pour toute activité ou manifestation prévu à l'article 2 n'est pas demandé ;
- Le compte-rendu annuel de l'activité de l'association par le médecin responsable de la démarche thérapeutique prévu à l'article 3 n'était pas joint aux comptes annuels que le CHBD a produits ;

²⁶ Du fait de la codification de nouvelles dispositions depuis 2012, l'article L. 3221-2 ne se rapporte plus du même objet (il traite du projet territorial de santé mentale). L'article qui fait référence aux relations d'un établissement avec une association pour les soins, la prévention, la réadaptation et la réhabilitation des patients est l'article L. 3221-4-1.

- Les ordres de mission pour les déplacements effectués dans le cadre des activités de l'AEPSHA prévus à l'article 4-3 n'ont pu être fournis. Au surplus, les documents produits, rédigés de façon peu claire²⁷, donnent lieu à des états de frais remboursés par l'association et non l'établissement²⁸ ;
- Les modalités détaillées du calcul qui serait effectué en cas de dissolution pour identifier les actifs et biens acquis qui reviendraient de droit au CHBD (la convention précise qu'ils reviendraient à l'établissement « *au prorata de la part des subventions versées* »). Le centre hospitalier a précisé : « *Renseignements pris auprès de l'AEPSHA, en cas de dissolution, l'intégralité des biens de l'association reviendrait au CHBD selon les dires de sa Présidente. Il est donc nécessaire de modifier la convention en conséquence* ».

Recommandation n° 1 : Clarifier et faire respecter la convention régissant les relations entre le centre hospitalier Buëch-Durance et l'association d'entraide psychosociale des Hautes-Alpes.

(111) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, la présidente de l'AEPSHA a reconnu la nécessité de clarifier les missions incombant à l'association, d'une part, et à l'établissement, d'autre part, et d'actualiser différents documents (statuts, convention entre le CHBD et l'AEPSHA). Elle a indiqué qu'un travail avait été entrepris sur ces points et joint à l'appui de sa réponse un projet de nouvelle convention et de nouveaux statuts. La chambre observe que les documents transmis ne sont que des projets. La présidente de l'association a confirmé ce point lors de l'audition tenue à sa demande.

4 UNE SITUATION FINANCIERE DEGRADEE, UNE AMELIORATION EN 2018 A CONFIRMER

(112) Le centre hospitalier Buëch-Durance comptait en 2018 un budget principal et quatre budgets annexes (deux EHPAD, une unité de long séjour et une MAS et un FAM). Le budget principal correspondant à 75 % de l'ensemble des budgets agrégés et ayant été impacté

²⁷ Les ordres de mission 149 et 199 prévoient un nombre d'indemnités de repas différent du nombre de participants (exemple : pour l'ordre de mission 149, deux indemnités sont demandées alors que six personnes se déplacent). Selon l'établissement, « *il est probable que les repas des patients (hospitalisés) aient consisté en des pique-niques fournis par la cuisine du CHBD. C'est pourquoi 2 indemnités seulement ont été demandées par les soignants. D'ailleurs pour ce qui concerne le 199, un seul des agents demandera finalement le remboursement de son repas, sans que l'on en connaisse la raison* ».

²⁸ A la demande de transmission d'états de frais, le CHBD a répondu qu'il les transmettrait dès que l'AEPSHA les aurait retrouvés. Plusieurs semaines plus tard, des documents considérés comme des états de frais ont été transmis. Il s'agit des demandes d'ordre de missions auxquelles sont jointes sauf exception, des factures remboursées par l'association par chèque. Si depuis fin 2018, l'établissement a changé d'avis quant à l'entité devant prendre en charge les repas et nuitées des agents, (le CHBD doit « *habituellement assumer le gîte et le couvert pour les patients ou résidents concernés. De plus, à travers la péréquation financière en psychiatrie, le CHBD valorise ces séjours à la même hauteur que des journées d'hospitalisation complète classiques. Il semblait donc naturel à la Direction que le CHBD assume les coûts des repas et nuitées durant les séjours, à la fois pour les patients mais aussi pour les agents.* »), cette évolution n'est pas mise en œuvre à ce jour et ne semble pas aller de soi : « *les soignants continuent à s'adresser à l'AEPSHA pour nombre de dépenses qui devraient relever du CHBD. En effet, il est souvent plus simple pour eux de faire accepter la dépense par leurs collègues de l'AEPSHA, et les procédures sont plus simples et plus rapides* ».

par l'évolution des modalités de financement intervenue durant la période examinée, l'analyse financière a essentiellement porté sur ce budget.

(113) La période sous revue peut se décomposer en deux phases : avant et après 2015. Cette année-là est entré en vigueur le dispositif de péréquation budgétaire qui a affecté les ressources de l'établissement.

4.1 Des résultats déficitaires sur toute la période

(114) Le budget principal a été déficitaire durant toute la période sous revue, le déficit le plus important ayant été atteint en 2017. La réduction notable du déficit constatée en 2018 sera à confirmer dans le temps.

(115) Les résultats de plusieurs exercices nécessitent une précaution de lecture du fait des conséquences de la fiabilisation des comptes de l'établissement²⁹, des aides accordées dans le cadre du plan de retour à l'équilibre³⁰, du programme hôpital numérique³¹,....

Tableau n° 18 : Résultats du budget principal

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Résultats	- 37 612,29	- 367 129,17	- 566 102,15	- 374 450,03	- 580 311,99	- 113 918,74
Résultats rapporté aux produits de l'exercice	- 0,15 %	- 1,52 %	- 2,38 %	- 1,59 %	- 2,44 %	- 0,48 %
<i>Résultats hors opérations de fiabilisation, aide PRE, hôpital numérique</i>	<i>- 541 531,97</i>	<i>- 854 444,26</i>			<i>- 1 032 311,99</i>	<i>- 331 356,74 *</i>
<i>Résultats retraités rapportés aux produits de l'exercice</i>	<i>- 2,22 %</i>	<i>- 3,54 %</i>			<i>- 4,34 %</i>	<i>- 1,4 %</i>

Source : CRC à partir des comptes financiers * Prise en compte du débasage au titre de la création du FAM sur 5 mois.

(116) Alors que le report à nouveau, somme des résultats passés, inscrit au bilan était positif en 2012, les résultats déficitaires successifs ont fait croître le solde du compte de report à nouveau déficitaire. Le déficit cumulé atteignait près de 2 M€ fin 2018.

²⁹ Reprise sur comptes de provisions de 238 615 € en 2014.

³⁰ 248 700 € alloués en phase 3 de la campagne budgétaire 2014.

³¹ 452 000 € versés au titre du programme hôpital numérique en 2017.

Tableau n° 19 : Évolution des soldes des comptes de report à nouveau excédentaire et du compte de report à nouveau déficitaire - Activité principale

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Compte 110	163 319,12 - 37 612,29 125 706,83	125 706,83 - 367 129,17				
Compte 119		- 241 422,34	-241 422,34 - 566 102,15 - 807 524,49	- 807 524,49 - 374 450,03 - 1 181 974,52	- 1 181 974,52 - 580 311,99 - 1 762 286,51	- 1 762 286,51 - 113 918,74 - 1 876 205,25

Source : Comptes financiers

(117) La dégradation de la situation financière observée dès avant la péréquation a été accentuée par celle-ci (cf. *infra*). Si l'établissement a manifesté rapidement le souhait de réagir pour retrouver l'équilibre budgétaire, il n'a, dans les faits, jamais formalisé de plan d'actions et très partiellement mis en œuvre les mesures nécessaires.

4.2 Des soldes intermédiaires de gestion dégradés

(118) L'excédent brut d'exploitation³², différence entre les produits et les charges d'exploitation, qui mesure la ressource annuelle que génère l'activité de l'établissement (hors éléments exceptionnels et hors coût du financement de la dette antérieure), est positif sur toute la période. Il s'est sensiblement amélioré en 2018 à la faveur de la baisse des charges de titre 1.

(119) Le résultat d'exploitation comme le résultat courant sont quant à eux déficitaires de 2014 à 2018, cette dernière année étant toutefois marquée par un niveau de déficit moindre. Le résultat net qui intègre les charges financières et les produits et charges exceptionnels connaît la même évolution.

Tableau n° 20 : Soldes intermédiaires du budget principal (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Excédent brut d'exploitation</i>	160 095	267 200	74 775	370 161	302 787	624 501
<i>Résultat d'exploitation</i>	112 663	- 567 971	- 584 773	-357 560	- 461 107	- 1 442
<i>Résultat financier</i>	-103 553	- 135 893	- 160 045	-118 234	- 108 806	- 99 279
<i>Résultat courant</i>	9 111	- 703 864	- 744 818	- 475 795	- 569 913	- 100 721
<i>Résultat exceptionnel</i>	- 46 723	336 734	178 715	101 345	- 10 399	- 13 197
<i>Résultat net</i>	- 37 612	- 367 129	- 566 102	- 374 450	- 580 312	- 113 919
<i>Marge brute</i>	285 464	333 325	177 363	469 735	393 587	734 887
<i>Taux de marge brute</i>	1,28	1,49	0,76	2,02	1,67	3,15
<i>Taux de marge brute non aidée</i>	0,78	0,98	- 0,12	0,99	- 2,18	1,78

Source : CHBD et CRC (calcul de la marge brute non aidée).

³² Le détail du calcul des soldes intermédiaires de gestion est présenté en annexe n° 3.

(120) Le premier indicateur de l'équilibre financier de l'établissement à long terme est la marge brute. Plus que la capacité d'autofinancement (CAF) (cf. *infra*), qui inclut les résultats financier et exceptionnel, la marge brute donne la capacité économique de l'établissement à couvrir, par les recettes de son activité, les investissements courants ainsi que les charges de la dette pour les investissements lourds.

La marge brute

Parmi les soldes intermédiaires de gestion, la marge brute revêt une importance particulière. Elle correspond aux ressources dégagées par l'établissement pour financer ses charges financières, d'amortissements, de dépréciation et de provisions³³. Elle est égale aux produits courants de fonctionnement dont sont déduites les charges nettes courantes de fonctionnement.

Pour donner une vision correcte de la situation structurelle de l'établissement, la marge brute doit être retraitée des aides financières reçues³⁴ : aides à l'investissement comptabilisées en exploitation et aides ponctuelles budgétaires hors appui couvrant une dépense identifiée.

Selon l'instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé, la marge brute non aidée doit financer l'investissement courant incompressible, estimé à 3 % des produits d'exploitation, et le service de la dette (remboursement du capital et frais financiers). Enfin pour les établissements qui s'engagent dans des projets d'investissements lourds conduisant à un endettement important ou pour les établissements qui présentent une charge annuelle de la dette représentant au moins 5 % de leurs produits d'exploitation, il est nécessaire d'atteindre d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières.

(121) Le taux de marge brute aidée est légèrement supérieur à 3 % en 2018 après avoir connu des valeurs plus basses durant toute la période examinée. Hors aides, le taux n'est plus que de 1,78 %. L'amélioration constatée ne permet pas d'envisager des projets d'investissement importants.

4.3 De 2013 à 2018 : des mesures de retour à l'équilibre non formalisées, des effets très limités

(122) De 2013 à 2018, le plan d'actions n'a jamais été formalisé.

(123) Dès fin 2013, les comptes rendus d'instances font état d'une situation financière dégradée pour trois raisons principales : une « *amputation de la DAF* », des postes pourvus à la différence des années précédentes et la mise à niveau de l'informatique. Le déficit structurel est alors estimé à 1,4 M€ correspondant à « *environ 20 équivalents temps plein* ». Selon le rapport

³³ Son mode de calcul est précisé par l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le modèle de présentation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) des établissements publics de santé.

³⁴ Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

accompagnant le compte financier 2013, il s'agit de « *l'avènement d'un cycle déficitaire nécessitant l'établissement d'un plan de retour à l'équilibre des comptes* ».

(124) L'objectif de la direction est alors d'éviter des mesures de retour à l'équilibre imposées par l'ARS³⁵. Pour ce faire, des suppressions de postes sur trois ans sont envisagées ainsi qu'un travail sur l'organisation du temps de travail (sans revenir pour autant sur l'accord local sur la réduction du temps de travail). En complément, en février 2014, un travail est entrepris sur les heures supplémentaires.

(125) En septembre 2014, sur le conseil de l'ARS, l'établissement a répondu à un appel à projets destiné à financer la réalisation d'un audit de performance pour les établissements en difficulté financière. Cet audit a été réalisé par le CNEH début 2015. Il a conduit à une série d'actions prioritaires comme suit autour de trois axes principaux : la réorganisation des unités de temps complet, l'évolution du dispositif ambulatoire et l'amélioration du circuit de l'information médicale.

Tableau n° 21 : Priorisation des actions suite à l'audit de performance

	Note globale faisabilité	Note globale opportunité	Note globale
Mettre en place un circuit de l'information médicale	3,9	4,1	4,0
Mettre en œuvre une politique globale de désinstitutionalisation des patients au long cours	3,6	4,2	3,9
Intégrer un axe pour les personnels soignants sur le projet de soin dans le DPI (dossier patient informatisé)	3,7	3,3	3,5
Mettre en place un dialogue de gestion	3,4	3,6	3,5
Étendre l'étude de charge de travail	3,6	3,3	3,4
Définir les projets de soins pour des populations spécifiques	3,2	3,7	3,4
Repréciser les fonctions des différents lieux de l'activité ambulatoire	3,1	3,6	3,4
Revoir le fonctionnement médical des unités d'hospitalisation aiguë	3,2	3,6	3,4
Faire évoluer l'ensemble des appartements thérapeutiques en appartements associatifs	2,9	3,7	3,3
Finaliser la mutualisation des moyens dans le cadre de la fusion des 2 établissements sur les fonctions supports	3,1	3,0	3,0
Mieux équilibrer sur le 24h les temps de relève pour la psychiatrie générale	3,1	2,9	3,0
Réorganiser la Restauration – Bio-nettoyage	3,2	2,8	3,0
Réviser le protocole d'application RTT	1,9	2,4	2,1

Source : Synthèse de l'accompagnement à la mise en œuvre des projets prioritaires.

(126) Les mesures concernant les changements d'organisation du travail et le temps de travail ont les plus faibles notes de faisabilité et d'opportunité alors que l'établissement dispose de marges d'amélioration dans ce domaine.

(127) En juin 2016, l'ARS rejetait la première version de l'EPRD et demandait à l'établissement de revoir l'accord local RTT. Le document budgétaire était *in fine* approuvé, après que la direction s'était engagée auprès de l'ARS sur des mesures de réduction des charges de titre 1 (non remplacement de départ en retraite ou versement d'indemnités de départ volontaire ou encore la renégociation du protocole de réduction du temps de travail). Au-delà de ces mesures, l'ARS demandait à l'établissement qu'il évalue l'absentéisme et formalise une politique active de lutte.

³⁵ Comptes rendus de la CME du 17, du 19 janvier 2015.

(128) En mars 2018, le nouveau directeur évoquait différentes pistes pour réduire le déficit : le patrimoine, les fonctions logistiques et les mutualisations au sein du GHT.

(129) L'ancien ordonnateur, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a indiqué que l'élaboration d'un plan d'actions permettant le retour à l'équilibre financier n'avait été possible qu'après la réalisation de l'audit du CNEH en 2015. Il a par ailleurs précisé que l'établissement ayant été à l'origine du plan de retour à l'équilibre, celui-ci n'avait pas été formalisé dans un document spécifique, les différentes mesures étant présentées dans les documents budgétaires et les bilans sociaux.

(130) Au vu des documents produits, le point de départ de la réflexion sur les économies à réaliser ne correspond pas à la date de production de l'audit de performance du CNEH puisque la période d'économie a débuté en 2013. Dans le bilan social 2014, il est ainsi précisé : « *une des premières actions a été mise en place sur 2013/2014 d'un PRE visant à économiser environ 7 ETP par an pendant 3 ans* ». Selon ce même document, les difficultés rencontrées pour mettre en œuvre le plan ont conduit à la réalisation d'un audit de performance. Un plan de retour à l'équilibre, quelle qu'en soit l'origine, doit décrire et quantifier des mesures de façon à permettre le suivi de la mise en œuvre du redressement financier. Au cas présent, les rapports de présentation des EPRD, PGFP et bilans sociaux ne remplissent pas ces critères. Des mesures ont un caractère potentiel, toutes ne sont pas chiffrées, ne sont pas dotées d'un échéancier et certaines n'ont pas le même contenu selon les documents (exemple : les remboursements de postes administratifs des budgets annexes au budget principal).

(131) Malgré l'absence de formalisation du plan de retour à l'équilibre, l'établissement a dressé courant 2017 un bilan des résultats atteints. Dans le même temps, il a procédé à l'actualisation des mesures pour 2018. Le plan qui devait durer trois ans à compter de fin 2013 n'a donc pas produit les effets attendus.

(132) Les économies que devaient générer les réductions d'effectifs ont été en tout ou partie compensées par les dépenses visant à faire face à un important niveau d'absentéisme.

Tableau n° 22 : Évolution des effectifs moyens rémunérés soignants, de rééducation et socio-éducatifs

	2015	2016 *	2017 *	Ecart 2017/2016
<i>Personnel soignant titulaire</i>	210,32	208,42	209,87	+1,45
<i>Personnel soignant CDD</i>	7,73	7,03	15,14	+8,11
<i>Personnel soignant CDI</i>	1	0	0,8	+0,8
Total personnel soignant	219,05	215,45	225,81	+10,36
<i>Personnel rééducation titulaire</i>	6,2	5,9	5,33	-0,57
<i>Personnel rééducation CDD</i>	2,56	2,8	2,66	-0,14
<i>Personnel rééducation CDI</i>	0,74	0,5	1,29	+0,79
Total personnel rééducation	9,5	9,2	9,28	+0,08
<i>Personnel socio-éducatif titulaire</i>	23,14	21,8	22,97	+1,17
<i>Personnel socio-éducatif CDD</i>	3,65	3,5	4,4	+0,9
<i>Personnel socio-éducatif CDI</i>	2,36	3,56	4,06	+0,5
Total personnel socio-éducatif	29,15	28,86	31,43	+2,57
TOTAL	257,7	253,51	266,52	+13,01

Source : Bilan du plan de redressement et perspectives actualisées pour 2017 et 2018.

* Les données 2016 et 2017 se rapportent au 1^{er} semestre de ces deux années.

(133) Un diagnostic sous la forme d'un baromètre social a été réalisé en octobre 2016 à la suite duquel un comité de pilotage avait en charge la définition de mesures appropriées. Courant 2017, celles-ci étaient présentées comme étant « à venir », l'établissement précisant que « l'essentiel reste à faire³⁶ ». Le comité de pilotage n'a « pas pu dégager à ce jour d'axe de progrès permettant de renverser la tendance ».

(134) La renégociation de l'accord local RTT demandée par l'ARS n'a pas conduit au respect de la réglementation en matière de temps de travail. Les huit jours de congés dits « accords locaux » n'ont pas été supprimés mais uniquement réduits à cinq.

(135) En recettes, l'exhaustivité du codage « est devenue correcte et le pilotage médico-économique se met en place ». La recette liée à la facturation des chambres individuelles en addictologie (50 000 €) n'a pas été obtenue, le bureau affaires générales - pôle patient ayant été « désertifié » en 2017 par deux congés de longue maladie, la facturation des prestations servies aux budgets annexes par le budget principal « a été repoussée en raison des autres négociations déjà en cours avec le conseil départemental ». En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que le projet de facturation des chambres individuelles avait été mis en œuvre à compter de juillet 2018. Il a permis d'obtenir une recette de 41 342 € entre juillet et septembre 2018 et de plus de 81 000 € en 2019.

(136) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ancien ordonnateur a indiqué que l'établissement s'est trouvé confronté durant sa période de retour à l'équilibre à la mise en œuvre de la péréquation budgétaire régionale qui a entraîné une diminution de ses recettes. Ont par ailleurs été occultées plusieurs difficultés de mise en œuvre des mesures tenant aux facteurs humains, au temps nécessaire à la formation, à l'adaptation du bâti. L'ancien ordonnateur a enfin souligné que le projet de création du FAM induisant des transferts d'effectifs du budget sanitaire vers un budget médico-social, n'a obtenu l'accord requis des deux financeurs (ARS et Conseil départemental) qu'en 2018.

4.4 Une évolution défavorable des produits

(137) Globalement, l'évolution des produits du budget principal (cf. annexe n° 4) a été défavorable durant la période, ceux-ci passant de 24,4 M€ en 2013 à 23,6 M€ en 2018 sans que la part de chacun des titres dans le total des produits ne s'en trouve modifiée. Les produits de l'assurance maladie (titre 1) représentaient, en 2018, 86 % du total des produits, les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) 4 % et les autres produits (titre 3) 10 %.

4.4.1 Les produits versés par l'assurance maladie - Titre 1

(138) Le titre 1 recouvre :

- La dotation annuelle de financement de psychiatrie (DAF psychiatrie), qui représente près de 96 % des dotations annuelles de financement ;
- Le financement de l'activité de soins de suite et réadaptation (DAF SSR) ;
- Les produits de l'assurance maladie versés au titre de l'activité de médecine (DAF médecine).

³⁶ Bilan du plan de redressement et perspectives actualisées pour 2017 et 2018, CHBD, page 5.

(139) Ces produits sont complétés, depuis 2015, par une dotation du fonds d'intervention régional³⁷ (FIR). Les montants alloués au titre du FIR ont varié entre 28 328 € en 2015 et 221 682,59 € en 2014.

(140) Entre 2013 et 2018, les produits de titre 1, 20,3 M€ en 2018, ont globalement diminué de 0,56 M€ (0,63 M€ en retraitant du montant du FIR 2013 alors imputé sur le titre 3), soit - 2,7 %.

Tableau n° 23 : Principales composantes du titre 1 des produits (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>DAF psychiatrie</i>	19 997 555	20 245 738	20 022 756	19 936 129	19 788 417	19 427 553	- 2,9 %
<i>DAF SSR</i>	610 968	602 514	602 260	605 933	1 065 272	623 822	2,1 %
<i>DAF Médecine</i>	240 738	241 333					
<i>Dotation forfaitaire annuelle garantie</i>			221 742	209 094	204 470	197 318	- 18 %
<i>dont part fixe</i>				177 394	150 793	144 747	
<i>dont part populationnelle et organisationnelle</i>				31 700	53 677	52 571	
<i>Part activité</i>						37 338	+ 100 %
TOTAL	20 849 261	21 089 585	20 846 758	20 751 156	21 058 159	20 286 031	- 2,7 %

Source : Comptes financiers et notifications budgétaires.

(141) Cette évolution globale masque différents mouvements :

Une diminution de la DAF de psychiatrie du fait de la péréquation régionale et des mesures d'économie

(142) La DAF de psychiatrie a baissé de 2,9 % entre 2013 et 2018, passant de 20 M€ en 2013 à 19,4 M€ fin 2018. Sa baisse explique la grande majorité de l'évolution des produits de l'établissement.

(143) En 2015, la mise en œuvre du dispositif de péréquation régionale a eu pour effet de minorer la DAF³⁸ du CHBD même si ses effets ont été atténués par l'ARS. En prenant en compte les aides en crédits reconductibles (crédits qui ont majoré à titre pérenne la DAF), la péréquation s'est traduite par une diminution de la dotation annuelle de financement de psychiatrie de plus de 1 M€ entre 2015 et 2018. En 2019, le dispositif de péréquation régionale a été suspendu dans l'attente d'une péréquation nationale.

La péréquation des dotations annuelles de financement de psychiatrie

En 2015, l'agence régionale de santé PACA a mis en place la péréquation des dotations annuelles de financement (DAF) de psychiatrie pour corriger les dotations historiques des établissements autorisés à exercer cette activité. La péréquation fait l'objet d'une montée en

³⁷ La création du fonds d'intervention régional (FIR) a été prévue par l'article 65 de la loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 de financement de la sécurité sociale pour 2012 et le décret n° 2012-271 du 27 février 2012. Les crédits octroyés au titre du FIR ont été imputés sur le titre 3 puis sur le titre 1 en 2015.

³⁸ La péréquation s'est appliquée à la DAF hors activités spécifiques : le financement de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire : 78 589 €, celui de la permanence d'accès aux soins de santé (PASS) : 100 000 € et les mesures nationales d'investissement du plan régional d'investissement en santé : 101 148 € sur une période de 20 ans.

charge progressive sur une période de huit années (péréquation à hauteur de 10 % de la DAF jusqu'en 2019 et à compter de cette année à hauteur de 15 %). Le volume financier soumis à péréquation correspond au total des bases budgétaires DAF dont sont soustraits les financements spécifiques dits « sanctuarisés » tels que les soins aux détenus, les centres d'accueil permanents (CAP), les unités de malades difficiles (UMD)...

Les réfections ou abondements des DAF sont réalisés à l'issue d'un calcul prenant en compte quatre critères : le besoin populationnel corrigé de l'indice de la précarité sociale à hauteur de 30 % (en distinguant la psychiatrie adulte et infanto-juvénile), l'activité pondérée à hauteur de 32 % (la pondération s'applique aux différents modes de prise en charge (temps plein, temps partiel, actes ambulatoires et soins à la demande du représentant de l'Etat)), la file active à hauteur de 35 % et le critère géographique à hauteur de 3 %.

(144) La péréquation budgétaire ne s'est pas substituée aux mesures d'économie destinées à restaurer l'équilibre des comptes de l'assurance maladie mais s'est combinée avec elles. En ajoutant ces mesures d'économie à la péréquation, la DAF de psychiatrie a diminué sur la période de 1,7 M€³⁹.

(145) La DAF a également connu des mises en réserve prudentielles (en crédits non reconductibles) en début d'exercice qui ont fait l'objet de restitutions en tout ou partie en fin d'exercice.

(146) Le CHBD a été aidé dans le cadre de la péréquation (cf. *supra*) mais également en soutien de sa trésorerie en 2017. En 2018, l'absence de débasage suite à l'ouverture du FAM en août, soit 217 438 € (montant de la dotation annuelle proratisée sur cinq mois)⁴⁰ a également représenté une aide ponctuelle.

Tableau n° 24 : Evolution de la DAF Psychiatrie

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
DAF psychiatrie	19 997 555	20 245 738	20 022 756	19 936 129	19 788 417	19 427 553	- 570 002
dont mesures d'économie	- 128 537	- 79 728			- 301 348	- 193 028	- 702 641
dont péréquation			- 304 432	- 260 421	- 306 604	- 283 445	- 1 154 902
dont mise en réserve psychiatrie (CNR)					-102 392	-99 736	
dont dégel prudentiel psychiatrie (CNR)				119 232	71 457	99 736	
dont accompagnement péréquation (crédits reconductibles <u>et</u> non reconductibles)			81 105	130 000		141 722	
Dont aide trésorerie					153 302		
Dont absence de débasage à la création du FAM						217 438	

Source : Notifications budgétaires.

³⁹ Impact de la péréquation – Mesures d'accompagnement de la péréquation + Mesures d'économie (- 1 154 902 + 352 827 - 702 641).

⁴⁰ L'opération de fongibilité (transfert de crédits de la DAF sur le secteur médico-social à hauteur de 521 850 € en année pleine) a été réalisée début 2019.

(147) La baisse de 1,7 M€ de la DAF a été, en partie, compensée par le financement de mesures nouvelles lors des différentes notifications budgétaires.

Tableau n° 25 : Principales notifications en crédits reconductibles (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Mesures de reconduction</i>	214 002	231 107			254 204	266 870
<i>Protocole février 2012 « licence Master Doctorat » (LMD) et protocole FP du 31/03/2011</i>	77 756					
<i>Revalorisation grilles catégories C, protocole du 31/03/2011, réforme statutaire des corps des directeurs de soins, protocole LMD, augmentation du ratio promu/promouvables pour personnels administratifs de catégorie B</i>		90 999				
<i>Accompagnement régional effort national d'économie</i>					109 633	
<i>Extension en année pleine appel à projets</i>					82 333	

Source : Notifications budgétaires.

Une légère progression de la DAF SSR

(148) Les soins de suite et réadaptation ont vu leur modalité de financement évoluer à compter de 2017. A partir du mois de mars s'est substituée à la DAF SSR une « dotation modulable à l'activité » (DMA) incluant une « part activité ». La mise en œuvre de la réforme du financement des SSR a eu une traduction favorable pour l'établissement⁴¹. La baisse constatée en 2018 par rapport à 2017 résulte de l'allocation ponctuelle de crédits à hauteur de 452 000 € dans le cadre du programme « hôpital numérique »⁴².

Une stabilité des recettes de l'activité de médecine

(149) Le financement des lits de médecine a évolué en 2016 du fait de la réforme des hôpitaux de proximité (cf. annexe n° 5). Le centre hospitalier Buëch-Durance figure en effet parmi ceux-ci en application des arrêtés pris en 2016⁴³, 2017⁴⁴ et 2018⁴⁵.

(150) Après une baisse initiée en 2015 avec un effort d'économie de - 22 111 € demandé à la dotation de médecine, la dotation forfaitaire garantie (DFG) a marqué une nouvelle

⁴¹ La DAF de fin 2016 a fait l'objet d'un débasage intégral et d'une reconstitution selon le calcul suivant : Base DAF reconductible 2017 = (DAF 2016 débasée)*2/12 + (DAF 2016 débasée)*0,9*10/12 soit 554 319 € ((604 712*2/12) + (604 712*0,9)*10/12). Cette dotation a été complétée d'une part activité de 55 534 €. En 2018, 10 % de la DAF SSR 2017 de janvier et février a basculé dans l'enveloppe DMA 2018, soit 10 135,87 €. Le montant total alloué au titre de l'activité SSR s'est élevé à 623 822 € contre 610 968 € en 2013.

⁴² La stratégie hôpital numérique lancée en novembre 2011 a défini un plan de développement et de modernisation des systèmes d'information hospitaliers (SIH). Elle a établi des priorités et des objectifs à 6 ans, en mobilisant les acteurs concernés et en accompagnant les établissements de santé dans leur transformation par les technologies de l'information et de la communication.

⁴³ Arrêté du 23 juin 2016 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.

⁴⁴ Arrêté du 4 mai 2017 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.

⁴⁵ Arrêté du 18 avril 2018 fixant la liste des hôpitaux de proximité mentionnée à l'article R. 6111-25 du code de la santé publique.

diminution en 2016 pour s'établir à 209 094 €. L'activité ayant été inférieure au montant de la DFG, l'établissement n'a perçu que la DFG cette année-là. Il en a été de même en 2017 avec une DFG de 204 470 €. En 2018, l'activité plus dynamique a permis à l'établissement de percevoir plus que la DFG (197 318 €) avec une dotation hôpitaux de proximité (HPR) de 234 656 €.

4.4.2 Les autres produits de l'activité hospitalière - Titre 2

(151) Les autres produits de l'activité hospitalière recouvrent les recettes de tarification des hospitalisations, consultations et actes externes qui ne sont pas à la charge de l'assurance maladie. Ces dernières sont valorisées aux tarifs journaliers arrêtés annuellement par l'ARS pour les hospitalisations et aux tarifs réglementaires pour les consultations et actes externes. Le titre 2 intègre également les produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers (conventions internationales, aide médicale d'Etat (AME), soins urgents).

(152) Les produits de titre 2 constatés en 2013 et 2018 sont comparables, 942 480 € en 2013 à 944 287 € en 2018. Les produits issus de l'hospitalisation complète ont logiquement diminué (du fait de l'évolution capacitaire présentée *supra*), ceux de l'activité SSR et de l'aide médicale d'Etat venant compenser ce mouvement (cf. annexe n° 6).

(153) L'hôpital ne procède pas à la facturation du ticket modérateur des actes et consultations externes (ACE). Le compte 73241 n'est ainsi pas ouvert au Grand Livre. La chambre invite l'établissement à respecter la réglementation applicable. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que seuls les actes réalisés par les psychiatres seraient facturables, qu'au vu du nombre relativement faible, cela conduirait à mobiliser des ressources, dont le coût excéderait les recettes générées. La chambre maintient son observation.

4.4.3 Les autres produits - Titre 3

(154) Les autres produits regroupent les produits subsidiaires à l'activité hospitalière. Ils correspondent notamment aux reprises sur provisions, aux réémissions de titres suite à annulation, au remboursement des traitements des agents mis à disposition, à la participation aux charges induites par la rémunération des personnes en emploi aidé, à des recettes de cession....

(155) La baisse constatée sur ce titre (- 192 539 € entre 2013 et 2018 soit - 7,5 %) résulte du montant des reprises sur provisions concentrées sur la première partie de la période examinée, pour partie compensé par le montant des remboursements des budgets annexes au budget principal en augmentation de 46 % entre 2013 et 2018 (cf. annexe n° 7).

(156) Différentes actions ont été réalisées afin d'augmenter les recettes en 2018 telles que l'« *obtention de différents appels à projet permettant de trouver des sources de financement alternatives pour les structures de l'établissement (2018)* ».

4.5 Une diminution des charges moins rapide que celle des produits

(157) Sur l'ensemble de la période, les charges ont diminué de 2,75 % (cf. détail des charges en annexe n° 8). La part des charges de personnel, principale composante des charges de l'établissement, s'est légèrement accrue passant de 80 % en 2013 à 82 % en 2018.

4.5.1 Les charges de personnel – Titre 1

(158) Entre 2013 et 2018, en dépit d'une baisse des effectifs, le montant des charges de personnel est resté stable (- 61 729 € soit - 0,3 %). Les raisons de cette évolution sont présentées dans la partie dédiée à la gestion des ressources humaines (cf. partie 6).

4.5.2 Les charges à caractère médical – Titre 2

(159) Les charges à caractère médical ont diminué de 38 050 € sur la période examinée passant de 471 466 € en 2013 à 433 416 € en 2018. Les comptes de spécialités pharmaceutiques avec autorisation de mise sur le marché (AMM) et de sous-traitance générale expliquent une grande partie de cette évolution.

Tableau n° 26 : Evolution de comptes de charges de titre 2 (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013	2018/2013
<i>c/60211 Spécialités pharmaceutiques avec AMM</i>	216 997	196 904	174 789	171 514	170 492	201 758	- 15 239	- 7 %
<i>c/611 Sous- traitance générale</i>	123 128	107 376	118 041	106 574	100 507	100 912	- 22 216	- 18 %

Source : Comptes financiers.

4.5.3 Les charges à caractère hôtelier et général - Titre 3

(160) Les charges de titre 3 ont globalement baissé de près de 8 % passant de 3,2 M€ en 2013 à 2,9 M€ en 2018. Cette diminution résulte notamment de la baisse des dépenses de chauffage (- 0,2 M€) et des fournitures d'ateliers (- 0,07 M€).

(161) Les dépenses de chauffage moins élevées sont imputées par l'établissement à la signature d'un nouveau contrat d'exploitation des installations en août 2013 et, selon les exercices, aux conditions climatiques favorables qui se sont traduites par des réductions de consommation.

Tableau n° 27 : Evolution de comptes de charges de titre 3 (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013	2018/ 2013
<i>c/60611 Eau et assainissement</i>	82 602	67 863	60 263	70 672	69 138	71 994	- 10 608	- 12,8 %
<i>c/60612 Energie - Electricité</i>	149 396	167 312	117 789	127 236	134 870	122 913	- 26 483	- 17,7 %
<i>c/60613 Chauffage</i>	804 334	558 050	603 748	554 705	543 210	590 954	- 213 380	- 26,5 %
<i>c/60621 Combustibles carburants</i>	49 045	42 437	39 013	36 073	38 818	42 586	- 6 459	- 13,2 %
<i>c/60623 Fournitures d'atelier</i>	131 798	124 772	118 410	69 538	78 491	57 623	- 74 175	- 56,3 %

Source : Comptes financiers.

4.5.4 Les charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles - Titre 4

(162) Les charges de titre 4 ont significativement diminué entre 2013 et 2018 passant de 1,3 M€ à 1 M€ soit - 24,7 %. D'une part, les intérêts des emprunts ont baissé (99 279 € contre 103 553 €), l'établissement n'ayant pas emprunté depuis 2014, d'autre part, les dotations aux provisions au compte 681 sont nettement inférieures à ce qu'elles étaient en 2013 (40 435 € contre 137 720 €). Les dotations aux amortissements ont également connu une diminution notable (780 843 € en 2018 contre 847 145 € en 2013) du fait du moindre niveau d'investissement.

5 DES INVESTISSEMENTS LIMITES PAR LES RESSOURCES DISPONIBLES

5.1 Une capacité d'autofinancement réduite durant la plus grande partie de la période examinée

(163) La capacité d'autofinancement (CAF), à l'exception de deux exercices, n'excède pas 0,5 M€ (en 2016 elle atteint 0,67 M€ et en 2018 1,6 M€). Elle ne repose que sur les dotations aux provisions et amortissements dès lors que les résultats sont constamment déficitaires (cf. détail du calcul de la CAF en annexe n° 9).

(164) En 2018, elle bénéficie d'une baisse du déficit des comptes de résultats cumulés (diminution du déficit du budget principal, constatation d'un excédent sur le budget annexe du FAM, à titre principal) et d'une progression significative des dotations aux provisions. Cette amélioration, qui demeure à confirmer, ne permet cependant pas à ce jour de financer les investissements prévus. Une fois l'annuité en capital de la dette remboursée, il ne reste, en effet, que peu de moyens disponibles pour investir.

Tableau n° 28 : CAF brute et CAF nette (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CAF	433 310,37	328 564,97	472 832,79	672 149,63	461 683,87	1 560 309,77
CAF retraitée des aides exceptionnelles ARS	433 310,37	328 564,97	391 727,79	542 149,63	308 381,87	1 342 871,77
Annuité en capital	222 602,90	280 420,31	282 680,97	285 030,02	287 470,92	290 007,26
CAF nette	210 707,47	48 144,66	190 151,82	387 119,61	174 212,95	1 270 302,51
CAF nette retraitée	210 707,47	48 144,66	109 046,82	257 119,61	20 910,95	1 052 864,51

Source : Comptes financiers.

(165) Les ressources disponibles après remboursement de la dette n'ont pas permis à l'établissement d'investir significativement. Ont été privilégiées les opérations de mise en sécurité et certaines opérations pour lesquelles un consensus a pu être dégagé au sein de l'établissement. L'ancien ordonnateur, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a en effet souligné qu'au-delà d'un problème de ressources, l'établissement a été confronté à une absence d'accord en interne sur les choix à réaliser. Cela aurait, entre autre, eu pour effet de retarder l'adoption d'un projet d'établissement partagé.

Tableau n° 29 : Principaux investissements réalisés entre 2013 et 2018 (en €)

Exercices	Travaux	Montants
2013 à 2016	Aménagement structure pédopsychiatrie Briançon	493 599,89
2014 à 2016	Locaux de restauration du Chabre	251 541,32
2014 à 2018	Aménagement résidence thérapeutique Gap	714 752,71
2014 et 2015	Mise en sécurité SSI	323 961,58
2014 et 2015	Réfection du réseau d'eau du Buëch	197 301,14
2015 à 2018	Accessibilité	122 606,97
2018 et 2019	Désenfumage MAS	190 462,53
2018 et 2019	Désenfumage Provence	175 641,58
2014	Travaux de reprise hébergement du Buëch	76 159,22

Source : CHBD

(166) Pour les années 2019 à 2023, deux investissements sont identifiés par l'établissement :

- Le premier projet porte sur la reconstruction de l'EHPAD Chabre (50 lits) associée à celle du FAM (20 lits). Le bâtiment Chabre situé en centre-ville de Laragne-Montéglin compte, en sus des lits d'EHPAD, 5 lits de médecine et 12 de SSR. Ces lits ont vocation à disparaître au profit de 15 lits de géronto-psychiatrie. Le périmètre global de la reconstruction porterait donc sur 85 lits. L'opération est à ce stade estimée à un coût situé entre 9,5 et 10 M€ ;
- Le second projet concerne la reconstruction d'un bâtiment de psychiatrie générale sur le site principal de l'établissement en remplacement de deux pavillons existants. Une réduction capacitaire serait opérée à la faveur de cette reconstruction qui compterait, selon l'ordonnateur, 35 lits (contre 38 pour les deux bâtiments actuels) pour un coût prévisionnel de 4,9 M€.

(167) Ces deux opérations seraient financées par emprunt, vente de patrimoine et efforts consentis en exploitation. La situation à échéance du plan global de financement pluriannuel

serait très dégradée (une CAF nulle en 2024 puis une insuffisance de financement, un résultat prévisionnel tous budgets confondus de - 1,5 M€).

(168) L'amélioration de la situation financière doit être un préalable à tout investissement compte tenu des montants en jeu.

5.2 La dette

(169) Entre 2013 et 2018, l'établissement n'a souscrit qu'un emprunt de 1,15 M€, en 2013. Globalement la dette est en nette diminution.

Tableau n° 30 : Encours de dette (en €)

2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
4 823 210	4 542 790	4 260 109	3 975 079	3 687 608	3 397 601	- 30 %

Source : Comptes financiers

(170) La dette du CHBD ne présente pas de risque au regard de la charte Gissler⁴⁶, les quatre contrats qui la constituent étant classés 1A. La chambre observe toutefois que cette information n'est disponible que dans le compte financier 2013. Les comptes financiers suivants ne présentent soit aucune description de la typologie de l'encours (état BI9) (cotation du risque au regard de la charte précitée), soit renvoient à un fichier Excel F3Bis devenu BI9 sans que ce fichier soit disponible pour le lecteur du support papier.

6 LES RESSOURCES HUMAINES

6.1 Un bilan social à fiabiliser

(171) Les établissements hospitaliers ayant plus de 300 agents sont soumis à l'obligation de produire chaque année un bilan social, conformément à l'article L. 2323-68 du code du travail. De nombreuses incohérences entachent les données présentées dans les bilans sociaux entre les exercices 2013 et 2018 (taux de rotation du personnel, horaires dérogatoires 12 heures, absentéisme et heures supplémentaires).

⁴⁶ La Charte de bonne conduite dite Charte Gissler propose de classer les produits structurés en fonction de deux critères :

- L'indice sous-jacent servant au calcul de la formule ; classement de 1 (risque faible) à 5 (risque élevé) ;
- La structure de la formule de calcul ; classement de A (risque faible) à E (risque élevé).

Recommandation n° 2 : Fiabiliser le processus d'élaboration et les données du bilan social.

6.2 Des effectifs non médicaux en baisse, des effectifs médicaux stables

6.2.1 Une baisse des effectifs non médicaux sur le budget principal

(172) Hors contrats aidés et accueillants familiaux thérapeutiques, les effectifs non médicaux du budget principal ont diminué de 30,35 ETPR⁴⁷ entre 2013 et 2018 (387,88 ETPR en 2013 contre 357,53 ETPR en 2018), soit une baisse de 7,82 %. A périmètre constant, les effectifs non médicaux, tous budgets confondus, ont diminué de 22,90 ETPR (- 4,59 %) durant la période sous revue (cf. annexe n° 10).

Tableau n° 31 : Budget principal - évolution de l'effectif du personnel non médical 2013-2018 (ETPR)

Budget principal - Personnel non médical (ETPR)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation 2018/2013
Personnel administratif	51,54	51,41	50,82	48,34	45,60	41,46	- 10,08	- 19,56 %
<i>Titulaires</i>	45,18	44,64	44,79	42,70	42,01	39,29	- 5,89	- 13,04 %
<i>CDI</i>	2,61	2,78	2,98	3,03	3,01	1,50	- 1,11	- 42,53 %
<i>CDD</i>	3,75	3,99	3,05	2,61	0,58	0,67	- 3,08	- 82,13 %
Personnel soignant	268,06	266,65	258,78	255,72	265,08	256,32	- 11,74	- 4,38 %
<i>Titulaires</i>	243,17	244,34	238,49	236,41	235,22	224,89	- 18,28	- 7,52 %
<i>CDI</i>	8,34	7,71	7,17	7,14	7,61	5,86	- 2,48	- 29,74 %
<i>CDD</i>	16,55	14,60	13,12	12,17	22,25	25,57	9,02	54,50 %
Personnel technique et ouvrier	65,05	65,57	64,19	60,74	60,28	56,73	- 8,32	- 12,79 %
<i>Titulaires</i>	57,77	57,97	59,08	57,59	55,45	53,17	- 4,60	- 7,96 %
<i>CDI</i>	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,75	0,75	-
<i>CDD</i>	7,28	7,60	5,11	2,15	3,83	2,81	- 4,47	- 61,40 %
Personnel médico-technique	3,23	3,32	3,23	3,27	3,31	3,02	-0,21	- 6,50 %
<i>Titulaires</i>	2,73	2,73	2,73	2,73	3,06	2,73	0,00	0,00 %
<i>CDI</i>	0,50	0,59	0,50	0,54	0,25	0,00	-0,50	- 100,00 %
<i>CDD</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,29	-
Sous-total Budget H (hors CAE et AFT)	387,88	386,95	377,02	368,07	374,27	357,53	-30,35	- 7,82 %
<i>Contrats aidés (CAE)</i>	6,70	5,03	6,21	4,46	1,58	0,90	-5,80	- 86,57 %
<i>Accueillant familial thérapeutique (AFT)</i>	5,05	4,75	4,99	6,13	6,03	4,99	-0,06	- 1,19 %
Total budget H (ETPR)	399,63	396,73	388,22	378,66	381,88	363,42	-36,21	- 9,06 %
<i>Titulaires</i>	348,85	349,68	345,09	339,43	335,74	320,08	-28,77	- 8,25 %
<i>CDI</i>	11,45	11,08	10,65	11,71	11,87	8,11	-3,34	- 29,17 %
<i>CDD</i>	27,58	26,19	21,28	16,93	26,66	29,34	1,76	6,38 %

Source : CHBD

⁴⁷ Equivalent temps plein rémunéré.

(173) Le CHBD a initié en 2013 une politique de maîtrise des dépenses de personnel compte tenu de l'évolution défavorable de sa dotation annuelle de financement et de l'augmentation de la masse salariale.

(174) Un plan de retour à l'équilibre non formalisé (cf. *supra*) a été mis en place à partir de 2014 afin de réduire les dépenses de personnel dans les services supports (administration, services techniques et blanchisserie). 22,20 postes représentant 19,77 ETPR ont été supprimés entre 2013 et 2018, dont dix suite à des départs à la retraite non remplacés, sept suite à des réaffectations et trois suite à l'externalisation à coût constant de la blanchisserie en août 2018.

(175) A compter de 2015, l'impact défavorable de la péréquation et la mise en œuvre du plan triennal national⁴⁸ ont conduit l'établissement à :

- La fermeture de plusieurs unités (foyer post-cure, pavillon Perce Neige) et l'ouverture du foyer d'accueil médicalisé (FAM) en août 2018. Six ETP ont été progressivement transférés entre 2017 et 2018 au sein de la structure médico-sociale (dimensionnée à 24 ETP). La réduction n'a donc profité qu'au budget principal ;
- Des transformations de postes et des réorganisations de services. A titre d'exemple, six postes d'infirmiers ont été transformés en poste d'aides-soignants aux Gentianes (unité de soins aigus) entre 2016 et 2018 dans le cadre de la spécialisation en réhabilitation psychosociale de l'unité. Des postes socio-éducatifs ont également été déployés aux Gentianes et à l'hôpital de jour « Les Isles ». Quatre postes d'infirmiers affectés au Club⁴⁹ et deux postes au foyer post-cure ont été gelés en 2018 avant d'être redéployés sur l'hôpital de jour « Les Isles » et à la résidence thérapeutique temporaire « Interlude » en 2019 ;
- Un agent des services administratifs a démissionné en 2017.

(176) Entre 2013 et 2018, l'établissement a cependant dû recruter des personnes en contrat à durée déterminée (CDD) afin de faire face à un absentéisme important (cf. 6.4). A titre d'exemple, 25 agents ont été absents en 2014 qui ont dû être remplacés pour la plupart d'entre eux⁵⁰. Le nombre de CDD a diminué entre 2013 et 2016 de -10,65 ETPR⁵¹ avant de progresser à nouveau sur la seconde partie de la période (+ 12,41 ETP entre 2016 et 2018) là encore sous l'effet de l'absentéisme.

6.2.2 Des effectifs médicaux relativement stables et des difficultés de recrutement

(177) L'effectif du personnel médical du budget principal a augmenté de 1,04 ETPR (+ 5,86 %) entre 2013 (17,72 ETPR) et 2018 (18,76 ETPR). Cette progression s'explique notamment par le recrutement de deux praticiens⁵² sur les exercices 2017 et 2018.

⁴⁸ Dans le cadre du pacte de responsabilité et de solidarité, le Gouvernement s'est engagé en avril 2014 à mettre en œuvre un plan d'économies de 50 milliards d'euros sur trois ans, dont 10 milliards d'euros d'économies sur les dépenses de l'assurance maladie. Le plan vise à réduire le taux de progression de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) à 2,1 % en 2015, puis à 1,9 % en 2017.

⁴⁹ Structure mixte et alternative où cohabitent un centre médico-psychologique (C.M.P.), un centre d'activité à temps partiel (C.A.T.T.P.) et des appartements thérapeutiques.

⁵⁰ Source : Bilan social 2013, indicateur n° 12-3.

⁵¹ CDD (budget principal) : 27,58 ETPR en 2013, 16,93 ETPR en 2016 et 29,34 ETPR en 2018.

⁵² Un médecin psychiatre a été recruté en août 2017 (+ 0,60 ETPR en 2017) et un praticien à temps plein en médecine générale a été recruté en février 2018 (sur un poste laissé vacant depuis le mois de juillet 2017).

Tableau n° 32 : Evolution de l'effectif du personnel médical 2013-2018 (ETPR)

<i>Personnel médical (ETPR moyen) (hors internes et étudiants)</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation 2018/2013 %
Praticiens hospitaliers temps plein	10,30	10,27	11,60	12,61	12,77	13,69	3,39	32,91 %
Praticiens hospitaliers temps partiel	1,35	1,37	0,75	0,60	0,60	0,60	-0,75	- 55,56 %
Praticiens attachés	1,22	1,20	1,04	1,00	1,01	0,91	-0,31	- 25,41 %
Praticiens attachés associés	1	1	1	1	1	1,91	0,91	91,00 %
Praticiens contractuels	3,85	4,60	3,12	2,44	2,51	1,65	-2,20	- 57,14 %
Total Budget H	17,72	18,44	17,51	17,65	17,89	18,76	1,04	5,86 %
Tous budgets confondus	19,74	20,56	19,38	19,48	19,79	20,72	0,98	4,96 %

Source : CHBD

(178) La pyramide des âges du corps médical est vieillissante. Quinze médecins (près de 57 % du personnel médical) ont plus de 55 ans dont quatre sont âgés de plus de 67 ans. Ces derniers exercent dans le cadre d'une prolongation d'activité⁵³ (un praticien) ou d'un cumul emploi-retraite⁵⁴ (trois praticiens).

(179) Le CHBD est régulièrement confronté à des difficultés de remplacement des praticiens, justifiées selon lui par sa taille et sa situation géographique. Un poste de médecin somaticien en addictologie est, par exemple, resté vacant près d'un an avant d'être pourvu en février 2019. L'établissement a engagé en avril 2019 un projet destiné à recruter de façon conjointe avec le CH de Digne des assistants spécialistes en psychiatrie mais aucun candidat ne s'est présenté.

(180) Le CHBD ne fait pas appel à l'intérim médical. Sa politique de recrutement repose sur la publication des annonces auprès du conseil de l'Ordre, de la fédération hospitalière France (FHF), sur des sites spécialisés mais également sur les réseaux sociaux.

(181) Le recours à des agences de recrutement a été envisagé pour la première fois en 2019, dans le cadre du recrutement en contrat à durée indéterminée d'un généraliste amené à assurer des gardes sur place. L'établissement envisage de proposer à moyen terme un accompagnement au titre du diplôme universitaire de psychiatrie afin de renforcer l'attractivité du poste.

(182) Depuis 2019, l'établissement est éligible au nouveau dispositif de financement déployé par l'ARS de Provence-Alpes-Côte d'Azur permettant l'exercice mixte de médecins généralistes libéraux (40 % de cabinet en ville et 60 % en établissement public de santé), conformément à l'instruction n° DGOS/DIR/2019/27 du 6 février 2019 relative à la mise en œuvre de la mesure « 400 postes de médecins généralistes dans les territoires prioritaires »⁵⁵. A l'issue de l'instruction, l'établissement restait à la recherche de candidats.

⁵³ L'article 141 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé et l'instruction n° DGOS/RH4/2016/36 du 11 février 2016 autorise un exercice hospitalier jusqu'à l'âge de 70 ans dans le cadre d'une prolongation d'activité.

⁵⁴ L'article 138 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifié par l'article 142 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé prévoit que la limite d'âge dans le cadre d'un cumul emploi-retraite est relevée à 72 ans jusqu'au 31 décembre 2022.

⁵⁵ Cette instruction prévoit dans son deuxième volet une mesure visant à soutenir la création de postes de médecins généralistes salariés dans les territoires sous-denses au sens du 1° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique et financés partiellement pendant deux ans par le fond d'intervention régional (circulaire n°SG/2019/117 du 15 mai 2019 relative aux modalités de mise en œuvre du fonds d'intervention régional en 2019).

(183) Malgré les difficultés rencontrées, le taux d'encadrement du personnel médical a connu une légère augmentation sur la période sous-revue passant de 5,36 % en 2013 à 5,65 % en 2018 soit une hausse de 5,41 % (cf. annexe n° 11). Selon le CHBD, ce taux d'encadrement est en adéquation avec la taille de l'établissement et ses contraintes liées aux permanences médicales dans une configuration multi-site.

6.3 Une masse salariale stabilisée sur le budget principal

(184) La masse salariale du budget principal a connu d'importantes variations à la hausse entre 2013 et 2017 avant de diminuer en 2018. Durant la période sous-revue, la masse salariale est ainsi parvenue à se stabiliser (- 0,32 % soit - 61 729,38 €). En 2018, elle représentait 82 % des dépenses d'exploitation contre 80 % en 2013. Tous budgets confondus, la masse salariale a augmenté de 0,6 M€ entre 2013 et 2018, soit + 2,56 % (cf. annexe n° 12).

Tableau n° 33 : Budget principal - évolution de la masse salariale 2013-2018 (en €)

Budget principal (en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation
=Personnel non médical (a)	11 230 862,23	11 390 180,25	11 280 307,18	11 071 041,74	11 300 609,03	10 911 929,09	- 318 933,14	- 2,84 %
=Personnel médical (b)	1 436 070,16	1 462 353,93	1 535 584,37	1 680 062,20	1 685 658,45	1 723 095,66	287 025,50	19,99 %
Rémunération du personnel (a+b)	12 666 932,39	12 852 534,18	12 815 891,55	12 751 103,94	12 992 267,48	12 635 024,75	- 31 907,64	- 0,25 %
+ Charges de personnel (c)	6 786 130,49	6 999 716,77	7 009 184,46	6 864 654,90	7 129 573,41	6 756 308,75	- 29 821,74	- 0,44 %
Total TITRE 1	19 453 062,88	19 852 250,95	19 825 076,01	19 615 758,84	20 118 840,89	19 391 333,50	- 61 729,38	- 0,32 %
Total CHARGES (TITRE 1+2+3+4)	24 406 523,31	24 479 846,56	24 352 198,16	23 922 589,30	24 361 961,17	23 734 330,75	- 408 243,65	- 1,67 %

Source : CHBD

(185) Les dépenses de personnel non médical ont globalement diminué de 0,3 M€, soit - 2,84 % en raison du plan de retour à l'équilibre (non remplacement des départs à la retraite essentiellement dans les services administratifs et techniques) et des opérations de reconversion d'unité sanitaire en unité médico-sociale réalisées dans le cadre du plan triennal (création du foyer d'accueil médicalisé en août 2018 et transfert partiel de six ETP du budget principal vers les budgets annexes).

(186) A l'inverse, les dépenses de personnel médical ont progressé de façon constante sur la période, + 0,3 M€ (+ 19,99 %) du fait du recrutement de praticiens contractuels sur des postes vacants⁵⁶ et de la nomination de praticiens hospitaliers titulaires.

(187) L'augmentation ponctuelle de la masse salariale constatée en 2017 (+ 503 082,05 € par rapport à 2016⁵⁷) résulte de :

- L'augmentation du nombre d'agents en contrats à durée déterminée liée à l'absentéisme dans les unités de soins (+ 237 558,08 € entre 2016 et 2017) ;

⁵⁶ Le recrutement sur un poste vacant d'un psychiatre par mutation en 2017 est venu augmenter les dépenses de personnel médical d'environ 40 000 € pour cinq mois d'activité.

⁵⁷ Budget principal - Titre 1 : 19 615 758,84 € en 2016 et 20 118 840,89 € en 2017.

- Le versement d'une indemnité de départ volontaire à un agent pour un montant de 45 941 € ;
- La mise en œuvre de mesures statutaires et réglementaires (hausse des taux de cotisations CNRACL⁵⁸, l'effet du glissement vieillesse technicité⁵⁹, l'application du protocole parcours professionnels carrières et rémunérations (PPCR), la revalorisation du point d'indice⁶⁰) que l'établissement n'a pas été en mesure d'évaluer.

6.4 Une politique de lutte contre l'absentéisme tardive

(188) Selon l'analyse comparative des bilans sociaux réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en 2015, le taux d'absentéisme moyen (tous motifs confondus) pour les centres hospitaliers exerçant une activité de psychiatrie était de 8,0 % pour le personnel non médical et de 3,9 % pour le personnel médical. Concernant le personnel non médical, 80 % des établissements avaient un taux compris entre 6,1 % et 9,2 %.

(189) Tous motifs confondus, l'établissement connaît un taux d'absentéisme plus élevé que la moyenne avec un taux d'absentéisme moyen sur la période de 9,83 % pour le personnel non médical et de 5,15 % pour le personnel médical.

Tableau n° 34 : Evolution du taux d'absentéisme 2013-2018 (en %, tous motifs confondus)

<i>Absentéisme</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Taux moyen
Personnel médical (hors internes, FFI et étudiants)	1,70 %	5,51 %	3,66 %	8,71 %	5,55 %	5,75 %	5,15 %
Personnel non médical	8,78 %	10,72 %	10,08 %	9,75 %	10,62 %	9,03 %	9,83 %

Source : Bilans sociaux 2013-2018, CHBD.

(190) Le taux d'absentéisme du personnel médical a connu de fortes variations à la hausse entre 2013 et 2018, passant de 1,70 % en 2013 à 5,75 % en 2018, le taux le plus élevé ayant été atteint en 2016 (8,71 %). Cette hausse s'explique par l'augmentation des absences pour maladie ordinaire, pour congés de longue durée et de longue maladie tout particulièrement

⁵⁸ Selon le décret n° 2014-1531 du 17 décembre 2014 relatif au taux des cotisations d'allocations familiales et d'assurance vieillesse de divers régimes de sécurité sociale, le taux de contribution CNRACL (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités local) est passé de + 28,85 % à 2013 à + 30,65 % en 2018.

⁵⁹ Le glissement vieillesse technicité (GVT) est une des trois composantes de l'évolution de la masse salariale, avec la valeur du point d'indice et l'évolution du nombre d'agents. Le GVT correspond aux mesures liées à l'ancienneté et à la technicité (avancements d'échelon et promotions de grade).

⁶⁰ La valeur du point d'indice a fait l'objet de deux revalorisations successives le 1^{er} juillet 2016 (+ 0,6 %) et le 1^{er} février 2017 (+ 0,6 %), conformément au décret n° 2016-670 du 25 mai 2016 portant majoration de la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation.

en 2016⁶¹. L'effectif réduit du corps médical est également à prendre en considération, celle-ci ayant pour effet d'amplifier les variations en pourcentage.

(191) Le taux d'absentéisme du personnel non médical qui était de 8,78 % en 2013, a dépassé à plusieurs reprises les 10 % avant de connaître une inflexion en 2018. Exprimé en nombre de jours, l'absentéisme du personnel non médical, tous motifs confondus, est passé de 15 779 jours d'absence en 2013 à 18 792 jours en 2017, avant de redescendre à 15 703 jours en 2018.

Tableau n° 35 : Personnel non médical - Evolution du nombre de jours d'absence et par motif

Absentéisme du personnel non médical	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart 2013-2018	Répartition 2018
<i>Nb de jours d'absence < 6 jours</i>	458	548	548	406	446	433	- 25	2,76 %
<i>Nb de jours d'absence >= 6 jours</i>	15 321	18 825	17 264	16 499	18 346	15 270	-51	97,24 %
Total	15 779	19 340	17 812	1 6905	18 792	15 703	- 76	100 %
<i>Dont maladie ordinaire</i>	6 584	7 488	6 778	7 584	6 293	6 801	+ 217	43,31 %
<i>Dont longue maladie</i>	6 595	7 378	8 207	6 065	8 674	6 316	- 279	40,22 %
<i>Dont accident du travail</i>	1 073	2 086	1 290	1 388	2 235	1 189	+ 116	7,57 %
<i>Dont accident de trajet</i>	40	150	181	0	1	0	-40	0,00 %
<i>Dont Maladie professionnelle ou à caractère professionnelle</i>	12	394	363	391	714	304	+ 292	1,94 %
<i>Dont motif non médical : maternité, paternité, adoption</i>	1 475	1 844	993	1 477	875	1 093	- 382	6,96 %

Source : Bilans sociaux 2013-2018, CHBD.

La politique de remplacement des absences

(192) Pour répondre à cet absentéisme important, l'établissement a fait le choix de ne pas mettre en place une équipe commune de suppléance mais de majorer de 10 % les effectifs de certains services (soins, restauration, ...) afin de tenir compte des absences (congés, formation, maladie, événement familial, activité syndicale, ...). Les remplacements de longue durée (congé de longue maladie ou de longue durée, formations diplômantes) font l'objet d'une concertation entre la direction des ressources humaines et la direction des soins selon une fréquence hebdomadaire. Le coût global de cette organisation a été estimé à environ un million d'euros par an par le CHBD, ce qui représente 21,71 ETP⁶² en 2018.

(193) Si ce choix présente l'avantage de permettre les remplacements de courte durée par des personnels connaissant le service et les patients, il présente l'inconvénient de surdimensionner au quotidien les effectifs des services.

(194) Lors de l'entretien de fin de contrôle, l'ordonnateur a indiqué qu'une réflexion était en cours sur le maintien de l'organisation existante.

Une lutte contre l'absentéisme tardive

(195) L'établissement s'est engagé depuis 2017 dans un plan de réduction de l'absentéisme (pour motif médical), organisé autour des axes suivants :

⁶¹ En 2016, le personnel médical était absent 612 jours dont 215 jours de maladie ordinaire et 397 jours de congés de longue durée et de longue maladie (qui concerne exclusivement des praticiens âgés de plus de 55 ans) (source : bilan social 2016).

⁶² Le coût moyen du personnel non médical en 2018, tous budgets confondus, est de 46 059,83 euros.

- Une enquête de type « baromètre social » portant sur les risques psycho-sociaux ainsi que sur les facteurs de stress au travail a été réalisée en octobre 2016 par un prestataire extérieur. Les conclusions de ce travail ont amené la direction à initier une démarche participative de Qualité de Vie au Travail (QVT⁶⁴) qui a débouché sur un plan d'actions⁶⁴ ;
- L'accompagnement et le suivi des agents absents par la direction des ressources humaines a été renforcé (entretiens, psychologue du travail, actions de formation, ...) ;
- Les accidents de travail ainsi que les actions « Qualité de Vie au Travail » font l'objet d'un suivi en comité d'hygiène, sécurité et conditions de travail (CHSCT) ;
- Les modalités d'octroi de la prime de service (cf. annexe n° 16) ainsi que les journées supplémentaires de congés indument accordées par l'établissement au titre d'un accord local ont fait l'objet d'une révision en 2018 afin de lutter contre l'absentéisme ;
- Une commission de maintien dans l'emploi a été mise en place en 2018 (aménagement des postes et des horaires de travail, accompagnement des agents en fin de carrière). Celle-ci associe le service de santé au travail, les partenaires sociaux, les responsables des directions fonctionnelles, la direction des ressources humaines et la direction des soins. Elle s'est réunie pour la première fois en 2019 ;
- En complément des outils de pilotage déjà à disposition (analyse et suivi de la masse salariale, des effectifs, de l'absentéisme et de la pyramide des âges sous forme de requête ponctuelle et suivi par pôle de façon trimestrielle), le CHBD est en cours d'élaboration d'une synthèse d'indicateurs RH destinée à être diffusée mensuellement auprès de l'encadrement et de la direction. Un projet social a également vocation à être élaboré au cours du premier semestre 2019.

(196) Le CHBD s'était fixé comme objectif de réduire l'absentéisme de 1,5 à 2 points en 2018⁶⁵, cet objectif a été atteint avec une baisse de 1,59 %. Ce résultat sera à confirmer dans le temps.

6.5 Des irrégularités dans l'octroi des concessions de logements par nécessité absolue de service

(197) Les concessions de logements par nécessité absolue de service sont encadrées par le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. Les agents pouvant bénéficier de logements à titre gratuit sont :

⁶³La QVT désigne les actions qui permettent de concilier à la fois les améliorations des conditions de travail et le maintien des performances des établissements de santé. Les principales démarches QVT portent notamment sur le contenu du travail, l'autonomie, les valeurs du travail.

⁶⁴ Sur les 23 actions ainsi identifiées, 8 actions ont été finalisées (34,78 %) fin 2018, 13 sont en cours (56,52 %) et 3 n'ont pas été initiées (8,70 %). Le planning de réalisation est pour l'essentiel conforme au planning prévisionnel. Une seule action, définie par le CHBD comme non prioritaire, n'a pas été finalisée conformément aux prévisions. Elle concerne l'environnement de travail et vise à améliorer la connaissance par les agents de leurs statuts et de leurs périmètres d'activité.

⁶⁵ Source : EPRD 2018.

- Les personnels de direction et les directeurs des soins, en contrepartie de la participation aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public ;
- Les fonctionnaires occupant les emplois ou appartenant à une liste de corps fixée limitativement (ingénieurs, attaché...), lorsqu'ils assurent un nombre annuel minimum de 40 journées de garde⁶⁶.

(198) En 2018, quatre agents ont bénéficié d'une concession de logements par nécessité absolue de service dont un ingénieur, un attaché et deux directeurs. Les anomalies suivantes ont été identifiées :

- Une seule décision d'attribution datée du 27 octobre 2006 a été produite concernant l'octroi d'un logement de fonction à un ingénieur. Celle-ci devrait être actualisée. Aucune décision n'a en outre été formalisée pour les autres agents ;
- L'attaché a perçu une indemnité forfaitaire pour travaux supplémentaires⁶⁷ entre le 1^{er} janvier 2017 et le 1^{er} mai 2019, incompatible avec l'octroi d'un logement de fonction conformément au décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 précité ;

(199) Le programme annuel de travaux n'a été formalisé qu'à partir de l'exercice 2018, en recensant prioritairement les demandes de travaux concernant les locaux accueillant des patients et des professionnels en service. Les dépenses relatives aux logements de fonction ne figurent pas sur les programmes 2018 et 2019, contrairement à ce que prévoit l'article 13 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010. En outre, aucun bilan des travaux réalisés n'a été présenté au conseil de surveillance et celui-ci n'a été informé de l'état du patrimoine, des concessions de logement et de leur répartition qu'en 2012 et en 2018 (article 14 du décret précité).

6.6 Le personnel non médical

6.6.1 Le temps de travail

6.6.1.1 Une durée annuelle du temps de travail inférieure à la réglementation

(200) Le temps travail⁶⁸ a été initialement défini par l'accord local du 1^{er} février 2002, mis en œuvre au sein du centre hospitalier spécialisé de Laragne avant la fusion en 2012. Celui-ci n'est pas conforme à la réglementation. Huit journées supplémentaires de congés étaient

⁶⁶ Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant à la mise en œuvre de gardes de direction ou techniques peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service.

⁶⁷ Décret n° 90-841 du 21 septembre 1990 relatif aux indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière et arrêté du 7 mars 2007 fixant les taux des indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires allouées à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

⁶⁸ La réglementation en matière de temps de travail repose sur les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007. Il fixe les règles relatives au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements publics de santé selon les différentes catégories d'agents. Les congés annuels des agents de la fonction publique hospitalière sont définis conformément au décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002. La durée légale de travail des agents travaillant de jour en repos fixe est fixée à 1 607 heures. Cette durée légale est ramenée à 1 582 heures pour les agents en repos variable et à 1 476 heures pour les agents travaillant de nuit.

octroyées depuis le 1^{er} février 1984 dans le cadre d'un accord local relatif au passage à 37 heures. Sous l'effet des tensions budgétaires, l'établissement a souhaité renégocier cet accord local avec les partenaires sociaux en 2016. Ces derniers se sont d'abord opposés à toute négociation, provoquant une grève et une manifestation le 15 septembre 2016. Le CHBD est néanmoins parvenu à modifier cet accord par avenant le 1^{er} février 2017, à l'issue d'une phase de concertation et de négociation. Selon cet avenant, les « *congés locaux* » ont été progressivement réduits en application de l'échéancier suivant : deux journées ont été supprimées en 2017 et une journée en 2019, portant ainsi à cinq le nombre de journées octroyées à tort au sein de l'établissement à compter de l'exercice 2019. L'établissement envisagerait de poursuivre les négociations en 2020.

(201) Afin de lutter contre l'absentéisme, les conditions d'octroi de ces congés locaux ont fait l'objet d'une révision en 2018, après avis du CTE du 20 juin 2017. Depuis le 1^{er} janvier 2018⁶⁹, ils sont réduits de moitié à partir de six mois de congé maladie avant d'être proratisés, plus aucun congé local n'étant accordé au-delà de neuf mois de congé maladie.

(202) En 2018, sur une base de six journées supplémentaires de congé octroyées à tort, le surcoût pour l'établissement a été évalué à 14,10 ETP, soit 649 443,60 €⁷⁰ (cf. annexe n° 13).

Recommandation n° 3 : Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation sur le temps de travail.

6.6.1.2 Les heures supplémentaires

(203) Le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires prévoit, en ses articles 7 et 8, les modalités d'indemnisation des heures supplémentaires, par repos compensateur ou par versement d'une rémunération horaire basée sur le traitement brut annuel de chaque agent, avec une modulation du tarif horaire en fonction du volume mensuel d'heures supplémentaires effectuées. Les heures supplémentaires de nuit sont majorées de 100 %, celles de dimanche et jour férié des deux tiers.

(204) Le versement de ces indemnités est subordonné à la mise en œuvre par l'employeur d'un dispositif automatisé de contrôle du temps de travail. Les décomptes déclaratifs contrôlables peuvent être utilisés pour les personnels exerçant leur activité hors des locaux de rattachement et sur les sites distants employant moins de dix personnes.

(205) Au sein de l'établissement, aucun dispositif automatisé de contrôle du temps de travail n'a été mis en place permettant le suivi des heures supplémentaires effectuées. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué ne pas avoir eu une vision précise des heures supplémentaires jusqu'en 2016 avec l'installation du logiciel e-planning. L'établissement peut depuis, retracer a posteriori les heures supplémentaires ainsi que leur motif. Ce dispositif ne se substitue pas à un dispositif automatisé du contrôle du temps de travail.

(206) Le contrôle réalisé sur l'exercice 2018 a mis en évidence, pour deux agents, le versement mensuel d'un nombre d'heures supplémentaires sans que l'établissement apporte la preuve de la réalité des heures effectuées. Les documents transmis en réponse aux observations provisoires de la chambre ne permettent pas de répondre à la critique formulée par la chambre.

⁶⁹ Source : Guide sur la gestion du temps de travail à compter du 1^{er} janvier 2018.

⁷⁰ Le coût moyen du personnel non médical en 2018, tous budgets confondus, est de 46 059,83 euros.

6.6.1.3 Des heures supplémentaires non rémunérées, non récupérées à apurer

(207) Selon l'analyse comparative des bilans sociaux réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation en 2015, le nombre moyen d'heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées pour les CH exerçant une activité de psychiatrie est de 8 heures pour le personnel non médical (9 heures pour le personnel des services de soins), 80 % des établissements ayant moins de 25,3 heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées par agent.

(208) L'établissement dispose d'un stock d'heures supplémentaires non rémunérées et non récupérées important. Celui-ci a été respectivement de 15 327,36 heures en 2017 (soit une moyenne de 28,38 heures par agent) et de 13 487,49 heures en 2018 (soit une moyenne de 26,45 heures par agent). Le suivi du temps de travail a été informatisé⁷¹ et généralisé à l'ensemble des services à partir de l'exercice 2017. L'établissement n'a pas été en mesure de produire les données pour les exercices antérieurs.

(209) Ce stock est la conséquence de l'organisation des cycles de travail au sein des différents services. A l'exception de la MAS où le temps de travail est de 35 heures par semaine, la plupart des autres services⁷² sont organisés sur une base de 37h30 par semaine. En l'absence de jour RTT⁷³, les heures supplémentaires générées au-delà du cadre légal font l'objet d'une récupération⁷⁴ par les agents ayant opté pour le régime de décompte horaire, conformément à l'accord local du 1^{er} février 2002.

(210) Ces heures supplémentaires correspondaient en 2018 à un passif financier évalué, sur la base d'un agent⁷⁵ travaillant 1607 heures par an, à 386 578 €.

6.6.2 Les astreintes

(211) Selon l'article 20 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail, modifié par le décret n° 2011-184 du 15 février 2011, « *une période d'astreinte s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, qui n'est pas sur son lieu de travail et sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de chaque intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme temps de travail effectif* ».

(212) La durée de l'astreinte ne peut excéder 72 heures pour 15 jours, et un même agent ne peut participer au fonctionnement du service d'astreinte que dans la limite d'un samedi, d'un dimanche et d'un jour férié par mois, conformément à l'article 23 du décret précité.

(213) Conformément à l'article 1 du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte, « *le temps passé en astreinte dans les*

⁷¹ E-planning et logiciel « RH LOOK Bilan social ».

⁷² Psychiatrie infanto juvénile (CMP, CATTP, hôpitaux de jour) et psychiatrie adulte : 7h30 par jour, pôle personne âgée handicap-foyer d'accueil médicalisé : 9h00 pour les agents des services hospitaliers (ASH) et 7h30 pour les autres équipes.

⁷³ Selon le guide sur la gestion du temps de travail 2018, les agents exerçant des fonctions d'encadrement peuvent opter pour un décompte forfaitaire de RTT (réduction de temps de travail) allant jusqu'à 19 jours ouvrés en fonction de leurs quotités de temps de travail, après déduction de la journée de solidarité⁷³. Neuf agents sont ainsi concernés par ce dispositif au sein du CHBD. Les autres disposent d'un régime de décompte horaire.

⁷⁴ Ou de l'alimentation du compte épargne temps (CET).

⁷⁵ Le coût moyen du personnel non médical en 2018, tous budgets confondus, est de 46 059,83 euros.

conditions prévues par le titre II du décret du 4 janvier 2002 susvisé donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation ». La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile, en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638⁷⁶ augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820.

(214) Le CHBD a payé au titre des astreintes 49 397,50 € à 36 agents en 2018 (13 417 heures d'astreintes). Durant la période sous revue, ce montant a diminué de - 3,38 % malgré une augmentation du nombre d'agents concernés (+ 9,09 %).

Tableau n° 36 : Astreintes 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation
<i>Montant des astreintes (en €)</i>	51 122,96	54 883,07	55 046,58	52 172,68	50 321,99	49 397,50	- 3,38 %
<i>Nombre d'heures d'astreintes</i>	16 702,10	13 625,55	15 154,05	16 559,70	16 758,04	13 417,00	- 19,67 %
<i>Nombre d'ETP</i>	33	39	36	39	38	36	+ 9,09 %

Source : Fiches de paye 2013-2018 (code 471).

(215) Le dispositif d'astreinte mis en place au sein du CHBD concerne les services techniques, les services administratifs et la psychiatrie infanto-juvénile. Il est encadré par la note de service 2012-19 du 25 octobre 2012⁷⁷, complétée par la charte sur la gestion du temps de travail 2018.

(216) L'organisation des astreintes ne respecte pas la réglementation (cf. annexe n° 14). La durée des astreintes des services techniques (120 heures par semaines) et des services administratifs (128 heures d'astreinte par semaine) dépasse le plafond réglementaire de 72 heures pour 15 jours. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'établissement ne dépassait pas un plafond de 144 h par mois (72 h X 2). Le plafond étant exprimé sur une durée de 15 jours et non d'un mois, la chambre maintient son observation.

(217) La chambre relève que les services techniques ne sont pas organisés en horaires décalés (8h00-12h00 13h30-17h30). Une évolution de cette organisation permettrait la couverture d'une plage horaire plus importante durant la journée.

(218) Leurs astreintes (du lundi 17h30 au lundi suivant 8h00) ne sont par ailleurs pas conformes avec le protocole d'accord local du 1^{er} janvier 2002 qui prévoit deux périodes distinctes (du lundi 17h30 au jeudi 8h00 et du jeudi 17h30 au lundi suivant).

(219) Dans le cadre de l'instruction, l'établissement a réalisé un contrôle de la planification des astreintes dans son logiciel de suivi E-planning. Celui-ci a révélé une anomalie dans le paramétrage du logiciel ayant pour conséquence d'octroyer 36 minutes de temps supplémentaires pour chaque astreinte réalisée. Un groupe de travail s'est réuni le 20 septembre 2019 afin d'engager une réflexion concernant les différentes modalités d'organisation et de récupération des astreintes. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'octroi de 36 mn supplémentaires ne pourrait pas être corrigé de façon automatique et nécessiterait une correction manuelle après chaque astreinte.

⁷⁶ Correspondant à l'indice net majoré 534.

⁷⁷ Après avis du CTE du 2 octobre 2012.

(220) Un contrôle a été réalisé sur les astreintes du mois de juin 2018. Outre un dépassement du plafond réglementaire, des discordances ont été relevées entre les astreintes réalisées et le planning. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué sans produire de document à l'appui, que la discordance entre planning et astreintes réalisées serait liée à un arrêt maladie qui aurait fait l'objet d'une modification manuelle non suivi de l'envoi d'un bordereau correctif.

(221) La chambre invite l'établissement à se mettre en conformité avec la réglementation en matière d'astreinte et à fiabiliser davantage son dispositif de suivi.

6.7 Le personnel médical

6.7.1 Le temps de travail additionnel

(222) L'article R. 6152-27 du code de la santé publique prévoit, pour les praticiens hospitaliers à temps plein, que : « *le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées.*

(223) *Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel ».*

(224) L'instruction du 31 mars 2014 rappelle par ailleurs l'obligation de conclure un contrat avec le praticien⁷⁸.

(225) Au sein du CHBD, la permanence des soins (gardes, astreintes et temps de travail additionnel) est organisée par la charte de gestion du temps médical du centre hospitalier de Laragne adoptée en CME le 26 janvier 2009. Celle-ci serait actuellement en cours de réactualisation.

(226) En 2018, le temps de travail additionnel (TTA) a représenté une charge annuelle de 52 403,29 € (contre 37 932,80 € en 2013) (cf. annexe n° 17). Sept praticiens ont bénéficié du paiement de TTA dont six au titre de la permanence des soins, conformément à l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins

⁷⁸ « *Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Le contrat, formalisé, doit être signé entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur. La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du temps de travail additionnel (CET, indemnisation, récupération). (...) La commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) élabore le modèle de contrat de temps de travail additionnel; il est validé par le directeur après avis de la CME. La COPS assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et du respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel ; elle transmet ces éléments à la CME ».*

et de la permanence pharmaceutique (pour un montant de 20 548,53 € soit 39,21 % de la charge annuelle).

(227) Le TTA a fait l'objet d'une contractualisation pour un médecin dont le temps de travail additionnel a représenté à lui seul 60,79 % de la dépense annuelle en 2018 (31 854,76 €). Son contrat de temps de travail additionnel daté du 17 septembre 2007 et modifié par avenant daté du 21 novembre 2017 ne respecte pas le formalisme prévu par la réglementation. Outre l'absence de signature par le chef de pôle, celui-ci ne mentionne pas la quantité prévisionnelle du temps de travail additionnel.

(228) Durant la période sous-revue, aucun suivi formalisé n'a été effectué par la commission relative à l'organisation de la permanence des soins, aucune présentation n'a été faite en directoire et en CME. L'établissement ne tient par ailleurs aucun registre du temps de travail⁷⁹. Les besoins de recours au TTA ne sont mentionnés ni dans le contrat du pôle psychiatrie daté du 16 mai 2017, ni dans le projet de contrat concernant le pôle personnes âgées. Le suivi de l'activité médicale n'est pas automatisé. Les tableaux de service sont saisis sur un fichier Excel par les secrétaires médicales avant d'être transmis à l'agent chargé des affaires médicales.

(229) La chambre invite l'établissement à formaliser et suivre le temps de travail additionnel conformément à la réglementation.

6.7.2 Les activités d'intérêt général

(230) En application de l'article R. 6152-30 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016, les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation. Ces activités, effectuées au sein de structures publiques, privées ou associatives, doivent impérativement présenter un caractère d'intérêt général « *au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation* ». L'activité du praticien et sa rémunération sont déterminées par une convention entre les établissements concernés, après avis du chef de service et de la commission médicale d'établissement.

(231) Selon l'article R. 6154-1 du code de la santé publique, « *la participation par un praticien hospitalier à une activité extérieure d'intérêt général pour la durée maximale prévue par l'article R. 6152-30 est exclusive de l'exercice de toute activité libérale. Dans le cas où la durée d'activité d'intérêt général effectivement exercée est inférieure au plafond fixé par les dispositions susmentionnées, le praticien peut être autorisé à exercer une activité libérale pour une durée réduite à due concurrence* ».

(232) La circulaire DH/PM 1 n° 99-609 du 29 octobre 1999 relative aux activités d'intérêt général (AIG) contractualisées ou aux valences exercées par les praticiens hospitaliers

⁷⁹ 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 et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

des établissements publics de santé, précise le contenu de la convention⁸⁰ précédemment évoquée.

(233) Au sein du CHBD, quatre praticiens exerçaient une activité d'intérêt général en 2018. Il ressort de l'examen des conventions que :

- Une convention est datée du 1^{er} janvier 1999. Selon cette dernière, le praticien exerce une AIG à raison de 8,45 heures par mois alors que celui-ci effectuerait 20 heures selon l'établissement ;
- La rémunération des praticiens n'est pas mentionnée dans deux conventions ;
- Une convention a été signée le 24 avril 2019 avec une date d'effet rétroactif fixé au 1^{er} août 2018.

(234) La chambre invite le CHBD à se mettre en conformité avec la réglementation.

6.7.3 Indemnité d'activité sectorielle et de liaison

(235) L'indemnité d'activité sectorielle et de liaison est fixée par l'arrêté du 26 juin 2009 relatif à l'indemnité d'activité sectorielle et de liaison, modifié par l'arrêté du 9 février 2010. Celle-ci « *est accordée aux personnels enseignants et hospitaliers des disciplines psychiatrie d'adultes et pédopsychiatrie qui effectuent, dans le cadre de leur activité sectorielle et de liaison et en dehors de leur activité principale, au moins trois demi-journées par semaine dans deux activités de la liste figurant en annexe ou au moins quatre demi-journées dans une activité de la même liste. L'activité sectorielle et de liaison peut s'exercer dans des structures dépendant ou non de l'entité juridique d'affectation* ».

(236) Durant la période sous revue, le montant cumulé des indemnités d'activité sectorielle et de liaison a progressé de 22,25 %, passant de 49 903,20 € en 2013 à 61 003,66 € en 2018. Le nombre de praticiens a également augmenté de 20 % passant de 10 à 12.

(237) Un contrôle par sondage a été réalisé sur les indemnités octroyées en septembre 2018, au regard des tableaux de service mensuels du mois d'août 2018 (12 praticiens). Les activités réalisées sont conformes à la réglementation. Trois praticiens n'ont en revanche pas respecté la procédure interne de l'hôpital en ne mentionnant pas les lieux où ont été effectuées les activités de type CMP et CATTP dans les tableaux de service nominatifs.

⁸⁰ « La désignation des partenaires (établissement d'affectation, praticien concerné, organismes d'accueil pour les activités extérieures, services associés pour les activités intérieures) ;

- La description détaillée de l'activité et la détermination de ses objectifs ;
- La durée de la convention et les conditions de son renouvellement ;
- Les conditions d'exercice de l'activité (calendrier, horaires, assurance) ;
- Les modalités d'évaluation de cette activité, le cas échéant ;
- La durée du temps médical compensé pour les activités intérieures et les modalités de cette compensation.

De plus, pour les activités extérieures, la convention doit mentionner la rémunération perçue par le praticien et, le cas échéant, le montant du remboursement dû à l'employeur principal ».

7 UNE ADHESION AU GHT, UNE VOLONTE DE RECONNAISSANCE DE LA SPECIFICITE DE LA PSYCHIATRIE

7.1 Une position partagée entre opposition et participation

(238) La CME, le CTE et le conseil de surveillance ont émis des avis défavorables sur la convention constitutive mettant en avant différents arguments dont la spécificité de la psychiatrie, la crainte d'une perte d'autonomie (la suppression du poste de chef d'établissement a été évoquée par les membres de la CME en mai 2016 et ceux du CTE lors de la séance de juin 2016) et, pour le CTE, la crainte de conséquences défavorables sur l'emploi local.

(239) Une position plus nuancée a été adoptée sur le projet médical partagé en juin 2017 avec un avis favorable du directoire, de la CME, du CTE, assorti d'une stricte réserve sur deux thèmes (le dossier patient informatisé et la pharmacie à usage intérieur (PUI) (cf. *infra*)). La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques a émis un avis favorable avec le vœu que la communauté soignante soit étroitement associée au choix de ses outils professionnels. Seul le CHSCT a émis un avis défavorable à l'unanimité. Le conseil de surveillance a voté le projet d'avenant à la convention constitutive du GHT le 28 juin 2017.

7.2 Une mise en avant de la spécificité de la psychiatrie

(240) Mi-2017, deux sujets ont fait débat pour le CHBD : le dossier patient informatisé unique et la pharmacie. L'établissement a souhaité conserver son propre dossier patient informatisé (cf. *infra*) et s'orienter vers un dossier « *convergent* » et non unique. Pour la pharmacie, il a rejeté l'idée d'une pharmacie à usage intérieur (PUI) unique au niveau du GHT mettant en avant différents arguments en faveur du maintien de sa PUI⁸¹.

7.2.1 Le système d'information hospitalier

(241) L'article 1 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux GHT et l'article R. 6132-15 du code de la santé publique (CSP) précisent que le SIH convergent du GHT comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels et que les

81

- La nécessité d'assurer les missions pharmaceutiques en lien avec l'activité des unités de psychiatrie et de gériatrie au sein du 2^{ème} établissement du GHT en nombre de lits et places et seul autorisé pour des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie.
- L'ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux PUI rend possible le fait de prévoir les modalités de coopération entre les établissements du GHT sans imposer une PUI unique de territoire.
- L'organisation du circuit du médicament du CHBD (dispensation nominative 100 % informatisée avec le logiciel CARIATIDES), les nombreux psychotropes (et dosages) prescrits, le recours fréquent à des formes buvables ou orodispersibles incompatibles avec l'automatisation envisagée, les modifications pluriquotidiennes de prescription en psychiatrie et la distance entre les établissements.

établissements parties au groupement, utilisent, dans les conditions prévues à l'article L. 6132-31 du CSP, un identifiant unique pour les patients.

(242) Les organes permettant de faciliter l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie commune ont été créés : une direction commune des système d'information en janvier 2018 sous la responsabilité d'un directeur adjoint du centre hospitalier intercommunal des Alpes-du-Sud (CHICAS), un responsable de la sécurité des systèmes d'information (un ingénieur informatique du centre hospitalier de Briançon), une cellule d'identito-vigilance pilotée par un agent du CHICAS.

(243) Un état des lieux des systèmes d'information des établissements membres a été réalisé suivi d'un schéma directeur du système d'information (SDSI) du GHT. Ce SDSI précise l'organisation de la direction du système d'information. Elle se répartit entre les établissements membres qui constituent des pôles en charge de différents domaines⁸².

Les objectifs

(244) En termes d'activité, le GHT regroupe des établissements de type MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique), un site de psychiatrie et des sites médico-sociaux.

(245) Il a été décidé de mettre en œuvre un dossier patient informatisé (DPI) unique pour les sites MCO et de conserver le système en place dans l'établissement de psychiatrie (CARIATIDES) ainsi que dans les établissements médico-sociaux (OSIRIS). La convergence entre les solutions MCO, psychiatrique et médico-sociales sera assurée par un portail d'interopérabilité, permettant l'accès à l'information à partir des différents DPI en place.

(246) Cette option a répondu à une attente forte de l'établissement. Ont été notamment mis en avant : « l'investissement *des agents qui travaillent sur ce logiciel, la montée en charge non terminée tout comme l'amortissement du matériel*⁸³ ». Les praticiens ont fait valoir la spécificité des prises en charge psychiatriques encore stigmatisées, conjuguée aux caractéristiques du territoire de santé (un département peu peuplé dans lequel la probabilité de connaître le patient est plus grande (cf. partie Présentation)). La présidente de la CME indiquait ainsi lors de la CME du 19 septembre 2016 qu'il n'était « *pas imaginable que tous les acteurs aient accès au dossier d'un patient relevant de la psychiatrie* ».

(247) Les autres évolutions planifiées présentent une moins grande sensibilité : la mise en place d'un réseau haut débit, l'homogénéisation du parc informatique et l'installation d'outils bureautiques unifiés pour faciliter la mobilité dans le groupement, la centralisation des demandes d'intervention, un positionnement favorable à la télémédecine, des projets concernant les secteurs d'imagerie et du laboratoire pour les établissements concernés, la mutualisation de certaines solutions logicielles...

(248) Compte tenu des échéances précédemment indiquées, la plus grande partie de ces réalisations sont programmées entre 2018 et 2020. Celles-ci ne font toutefois l'objet d'aucun

⁸²

- Pôle « Gestion » : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (*Gap, Sisteron*) ;
- Pôle « Applications hospitalières » : Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud (*Gap, Sisteron*) ;
- Pôle « Sécurité du Système d'information » : Centre Hospitalier des Escartons (*Briançon*) ;
- Pôle « Système et réseaux » : Centre Hospitalier Buëch - Durance (*Laragne*) ;
- Pôle « postes de travail » Centre Hospitalier Aiguilles - Queyras (*Aiguilles*) ;
- Pôle « Centre de Service » Centre Hospitalier d'Embrun (*Embrun*) ;
- Pôle « Informatique et libertés » : Centre Hospitalier des Escartons (*Briançon*).

⁸³ CME, séance du 19 juin 2017.

chiffrage en investissement et en fonctionnement à l'exception de deux ETP supplémentaires au niveau du GHT pour mener à bien les projets.

7.2.2 Les achats

(249) Depuis le 1^{er} janvier 2018, la fonction achats est mutualisée et assurée par l'établissement support du GHT. L'adhésion de l'établissement à différents groupements de commandes qui préexistaient au GHT n'a pas été remise en cause. Le CHBD demeure ainsi membre de quatre groupements de commandes⁸⁴. Aucune décision de l'établissement support n'a toutefois validé ce dispositif.

(250) Le GHT05 se réunit de manière trimestrielle et au besoin afin de construire la fonction achat. Un état des lieux (calendrier de convergence) de l'ensemble des marchés du GHT05 existe. Un circuit de délégations de signature a été mis en place. A ce jour, ces délégations liées à des mises à disposition concernent cinq agents au CHBD dans les domaines des achats généraux, des finances, de l'informatique, des travaux et des services techniques. Ces délégations de signature ont été établies dans un contexte particulier d'évolution forte de l'équipe de direction du CHBD et n'ont pas été revues depuis. Aujourd'hui, des attachés ou des ingénieurs du CHBD signent donc des bons de commande sous la responsabilité du CHICAS, ce que ne peuvent faire les directeurs de l'établissement. La démarche d'information du centre national de gestion permettant les mises à dispositions requises pour des délégations de signatures effectives était à venir mi-2019.

(251) La mutualisation de la fonction achats conduit à la mise en commun de compétences permettant à certains établissements de bénéficier d'expertises dont ils ne disposaient pas auparavant. Elle s'est notamment traduite par une centralisation de la cellule des marchés. Le temps de travail de secrétariat marché du CHBD a ainsi été en partie redéployé vers la communication de l'établissement. Pour autant, les effets de la mutualisation demeurent à ce jour relativement modestes pour plusieurs raisons :

- Le service économique et son secrétariat doivent continuer de suivre les marchés passés avant la création de la fonction achat du GHT jusqu'au terme de ceux-ci ;
- Les agents du service économique sont peu nombreux et effectuent des tâches de différentes natures⁸⁵ dont certaines ne peuvent être assurées que par le CHBD (suivi de l'exécution des marchés, commandes et approvisionnement) ;
- Les segments d'achats ayant été répartis entre les membres du GHT, lorsque l'établissement est porteur de l'un d'entre eux, il lui revient d'effectuer les formalités de passation du marché ;
- Les premières années, le processus de mutualisation génère du travail supplémentaire, notamment du fait de la communication entre les nombreux acteurs, des segments portés par le CHBD (gestion de la flotte automobile et des contrôles techniques pour le GHT) ou encore des temps de trajet et de réunion. L'établissement estime cependant que lors

⁸⁴ Le groupement de commande hôtelier coordonné par le CHICAS, le groupement de commande hôtelier coordonné par le Centre Hospitalier des Escartons de Briançon (CHEB), le groupement de commande d'achats pharmaceutiques GAPAM (groupement d'achats pharmaceutiques Alpes Méditerranée), coordonné par le CHICAS et le groupement de commande sur les déchets d'activité de soins à risque infectieux coordonné par le Centre Hospitalier de Digne les Bains.

⁸⁵ Un magasinier et deux adjoints administratifs responsables des commandes, de leur suivi et de la liquidation ne sont pas concernés par les changements induits par le GHT, un attaché affecté à mi-temps à la logistique, un directeur adjoint à environ 20 % sur les achats, une secrétaire dont le temps est partagé avec d'autres services.

du renouvellement des marchés passés par le GHT, il existera un gain de temps pour les acteurs.

(252) En écartant les marchés relancés en GHT au bénéfice unique du CHBD, trois marchés ont été passés dans le cadre d'une fonction achat mutualisée : les transports sanitaires, la maintenance des ascenseurs ainsi que la vérification et l'entretien des installations de distribution des fluides médicaux. À cela s'ajoute une démarche commune sur des engagements à l'UGAP pour les contrôles techniques à venir. D'autres marchés sont en cours de conception sur les assurances, la location de véhicules, l'achat de véhicules.

(253) Des démarches ont été réalisées pour harmoniser des échéances de fin de marchés avant la passation de nouveaux marchés par la fonction achats du GHT pour au moins six marchés : la surveillance des eaux, les carburants et cartes accréditatives, les barquettes alimentaires (pour un tiers des besoins, le reste étant commandé via l'union des groupements d'achats publics (UGAP)), la fourniture de boissons, les transports sanitaires, la location d'un véhicule.

(254) La phase de montée en charge de la fonction achat mutualisée est réelle si l'on considère le nombre accru de marchés qui seront renouvelés au cours des années 2019 et 2020, soit 14⁸⁶. Un grand nombre devront être mutualisés.

(255) La progression du montant de la contribution du CHBD au GHT ⁸⁷atteste d'une montée en charge du groupement sans baisse des effectifs du CHBD (cf. *supra*).

Tableau n° 37 : Contribution du CHBD au GHT (en €)

	Total des charges du budget G à répartir (en €)	Poids du budget du CHBD dans la clé de répartition du GHT	Contribution (en €)
2017	49 867,16	13,00 %	6 482,73
2018	217 896,49	12,80 %	27 890,75
2019			52 615,00 *

Source : CHBD * Estimation

⁸⁶ Marché d'exploitation des installations thermiques du CHBD, maintenance du parc automobile, prestation de nettoyage externalisée, entretien des surfaces vitrées, maintenance des installations téléphoniques, maintenance des équipements de restauration, fourniture de papier hygiénique, location longue durée de véhicule, acquisition de véhicules spécifiques, traitement du linge résident, maintenance DSSI et désenfumage, fourniture de pain, fournitures de boissons, assurances.

⁸⁷ La contribution de l'établissement est déterminée par l'arrêté du 6 novembre 2017 modifiant l'arrêté du 10 novembre 2016 fixant la clé de répartition déterminant la contribution des établissements parties à un groupement hospitalier de territoire aux opérations concernant les fonctions et activités mentionnées aux I, II, III de l'article L. 6132-3. Le compte financier de chaque établissement retraité du solde de plusieurs comptes est rapporté à celui de l'ensemble du GHT. Le pourcentage obtenu est ensuite appliqué au total des charges communes à répartir entre les cinq établissements membres du GHT.

ANNEXES

Annexe n° 1. Durées d'amortissement.....	62
Annexe n° 2. Remboursement des budgets annexes au budget principal	63
Annexe n° 3. Détail du calcul des soldes intermédiaires de gestion (en €)	65
Annexe n° 4. Évolution des produits du budget principal (en €)	66
Annexe n° 5. Les hôpitaux de proximité	67
Annexe n° 6. Evolution de comptes de produits de titre 2 (en €)	68
Annexe n° 7. Evolution de comptes de produits de titre 3 (en €)	69
Annexe n° 8. Évolution des charges du budget principal (en €).....	70
Annexe n° 9. Capacité d'autofinancement.....	71
Annexe n° 10. Personnel non médical -Effectif 2013-2018 - Tous budgets confondus (ETPR)	72
Annexe n° 11. Taux d'encadrement du personnel médical 2013-2018 (ETPR) - tous budgets confondus.....	73
Annexe n° 12. Masse salariale - Tous budgets confondus (en €).....	74
Annexe n° 13. Temps de travail 2018	75
Annexe n° 14. Astreintes	76
Annexe n° 15. Prime spécifique 2013-2018 (arrondi à l'euro).....	77
Annexe n° 16. La prime de service.....	78
Annexe n° 17. Temps de travail additionnel.....	80
Annexe n° 18. Glossaire	81

Annexe n° 1. Durées d'amortissement

	Durées CH (en années)						M 21	
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	En années	En %
<i>Bâtiments</i>	30 ou 20	30 ou 20	30 ou 20	30 ou 20	30 ou 20*	30 ou 20*	20 ou 30	3,33 à 5 %
<i>Matériel</i>	10	10	10	10	10	10	7 à 10	10 à 15 %
<i>Matériel biomédical</i>	5	5	5	5	5	5	4 à 5	20 à 25 %
<i>Matériel informatique</i>	5 ou 3	5 ou 3	5 ou 3	5 ou 3	5 ou 3**	5 ou 3**	2 à 3	33,33 à 50 %
<i>Outillage</i>	10	10	10	10	10	10	5 à 10	10 à 20 %
<i>Automobiles et matériel roulant</i>	5	5	5	5	5	5	4 à 5	20 à 25 %
<i>Mobilier</i>	10 ou 7	10 ou 7	10 ou 7	10 ou 7	10 ou 7***	10 ou 7***	10	10 %
<i>Matériel de bureau</i>	10	10	10	10	10	10	5 à 10	10 à 20 %
<i>Agencements et installations</i>	10	10	10	10	10	10	10 à 20	5 à 10 %
<i>Logiciels</i>	5 ou 3	5 ou 3	5 ou 3	5 ou 3	5 ou 3****	5 ou 3****	2 à 3	33,33 à 50 %

* 30 ans : bâtiments neufs, 20 ans : réhabilitations

** 5 ans : serveurs, 3 ans : périphériques et PC

*** 10 ans sauf mobilier médical : 7 ans

**** 5 ans : progiciels, 3 ans : logiciels

Source : Comptes financiers.

Annexe n° 2. Remboursement des budgets annexes au budget principal

	2013	2016	2017	2018
USLD	<ul style="list-style-type: none"> - Repas - Blanchisserie - Eau - Électricité - Chauffage - 0,5 ETP agent administratif - Consommation (médicaments, alimentation...) au réel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout des consultations dentistes au réel et de la sous-traitance SIH 		<ul style="list-style-type: none"> - Ajout contribution GHT modulée : prise en compte progressive ; - Ajout maintenances groupe électrogène, onduleurs, installations cuisine (limitation de l'augmentation à un tiers), installations téléphoniques ; - Modification de la clé de répartition pour la sous-traitance SIH avec limitation de l'augmentation à un tiers du montant ; - Modification des modalités de calcul du remboursement pour l'eau et le chauffage.
EHPAD Chabre	<ul style="list-style-type: none"> - Repas - Blanchisserie - Consommation (médicaments, alimentation...) au réel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout des consultations dentistes au réel et de la sous-traitance SIH 		<ul style="list-style-type: none"> - Ajout contribution GHT modulée : prise en compte progressive ; - Ajout maintenances groupe électrogène, onduleurs, installations cuisine (limitation de l'augmentation à un tiers), installations téléphoniques ; - Modification de la clé de répartition pour la sous-traitance SIH avec limitation de l'augmentation à un tiers du montant.
EHPAD Buëch	<ul style="list-style-type: none"> - Repas - Blanchisserie - Eau - Électricité - Chauffage - 0,5 ETP agent administratif - Consommation (médicaments, alimentation...) au réel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout des consultations dentistes au réel et de la sous-traitance SIH 		<ul style="list-style-type: none"> - Ajout contribution GHT modulée : prise en compte progressive ; - Ajout maintenances groupe électrogène, onduleurs, installations cuisine (limitation de l'augmentation à un tiers), installations téléphoniques ; - Modification de la clé de répartition pour la sous-traitance SIH avec limitation de l'augmentation à un tiers du montant ; - Modification des modalités de calcul du remboursement pour l'eau et le chauffage.
MAS	<ul style="list-style-type: none"> - Repas - Blanchisserie - Eau - Électricité - Chauffage - 0,5 ETP agent administratif - Temps pharmacien - 0,50 ETP ouvrier professionnel qualifié (OPQ) - Consommation (médicaments, alimentation...) au réel. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout des consultations dentistes au réel et de la sous-traitance SIH 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout entretien véhicules - Retrait de 0,5 ETP OPQ - Nouvelle clé de répartition pour la sous-traitance SIH pour ce seul budget annexe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ajout contribution GHT modulée : prise en compte progressive ; - Ajout maintenances groupe électrogène, onduleurs, installations cuisine, installations téléphoniques ; - Maintien des modalités de remboursement de l'eau et le chauffage.

FAM				<ul style="list-style-type: none">- Maintenance installation de cuisine (limitation de l'augmentation à un tiers) sur 5 mois (ouverture le 1er août 2018)- Modification de la clé de répartition pour la sous-traitance SIH avec limitation de l'augmentation à un tiers du montant.- Maintien des modalités de remboursement de l'eau et le chauffage.
-----	--	--	--	---

Annexe n° 3. Détail du calcul des soldes intermédiaires de gestion (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Produits bruts d'exploitation	22 901 936	23 205 292	22 968 780	22 874 826	23 227 756	23 022 965
+ Produits activité CRPA	0					
+ Production vendue	1 110 196	1 160 689	1 165 307	1 202 190	1 259 177	1 789 172
+ Produits de l'activité hospitalière	21 791 741	22 044 603	21 803 473	21 672 636	21 968 579	21 233 793
Consommations intermédiaires	3 459 295	3 252 038	3 274 984	3 152 020	3 089 464	3 157 787
- Achats stockés	989 153	974 580	933 444	910 487	898 580	968 902
- Variation de stocks DEP	115 177	110 272	106 761	9 413	93 006	91 314
+ Variation de stocks REC	110 272	106 761	101 942	477	91 314	101 830
- Achats non stockés	1 255 346	1 000 360	983 786	893 637	907 077	928 503
- Services extérieurs	1 209 891	1 273 586	1 352 935	1 338 959	1 282 115	1 270 898
Valeur ajoutée	19 442 641	19 953 254	19 693 797	19 722 807	20 138 292	19 865 178
+ Subventions d'exploitation	82 046	92 616	123 622	93 841	161 972	103 742
- Autres impôts et taxes	20 002	18 294	19 194	18 126	18 611	25 327
- Charges de personnel	19 453 063	19 852 251	19 723 449	19 532 311	20 033 581	19 391 334
+ Remboursements salaires	108 472	91 875		103 951	54 714	72 241
Excédent brut d'exploitation	160 095	267 200	74 775	370 161	302 787	624 501
+ Autres produits d'exploitation	200 699	156 735	181 499	169 014	165 344	198 374
- Autres charges d'exploitation	75 329	90 611	78 911	69 440	74 545	87 988
+ Reprises sur amortissements et provisions	812 065	94 412	120 462	48 950	52 896	84 949
- Dotation amortissements	847 146	812 483	854 169	853 733	769 914	780 843
+ Dotations provisions d'exploitation	137 720	183 225	28 429	22 512	137 675	40 435
Résultat d'exploitation	112 663	- 567 971	- 584 773	- 357 560	- 461 107	- 1 442
+ Produits financiers	0	-		0	0	0
- Charges financières	103 553	135 893	160 045	118 234	108 806	99 279
Résultat financier	- 103 553	- 135 893	- 160 045	- 118 234	- 108 806	- 99 279
Résultat courant	9 111	- 703 864	- 744 818	- 475 795	- 569 913	- 100 721
+ Produits exceptionnels	21 963	365 026	216 593	164 551	27 653	36 312
- Charges exceptionnelles	81 270	28 292	37 878	63 206	38 051	49 509
- Dotation provisions réglementées	118 874					
+ Reprises sur provisions réglementées	131 457					
Résultat exceptionnel	- 46 723	336 734	178 715	101 345	- 10 399	- 13 197
Résultat net	- 37 612	- 367 129	- 566 102	- 374 450	- 580 312	- 113 919
Produits d'exploitation	23 996 746	23 454 643	23 273 901	23 186 631	23 607 969	23 410 029
Charges d'exploitation	23 884 083	23 121 319	23 096 538	23 544 192	24 069 076	23 411 472
Remboursements CRPA	1 018 223	1 064 092	1 049 852	1 072 134	1 133 034	1 480 707
Marge brute	285 464	333 325	177 363	469 735	393 587	734 887
Taux de marge brute (aidée)	1,28	1,49	0,76	2,02	1,67	3,15

Source : CHBD.

Annexe n° 4. Évolution des produits du budget principal (en €)

<i>Produits</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie</i>	20 849 261,00	21 089 585,00	20 870 086,00	20 760 783,00	21 110 692,48	20 291 493,72	- 2,7 %
<i>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</i>	942 479,77	955 018,42	956 715,19	911 853,33	910 420,23	944 287,13	0,2 %
<i>Titre 3 - Autres produits</i>	2 577 170,25	2 068 113,97	1 959 294,82	1 875 502,94	1 760 536,47	2 384 631,16	- 7,5 %
TOTAL	24 368 911,02	24 112 717,39	23 786 096,01	23 548 139,27	23 781 649,18	23 620 412,01	- 3,1 %
<i>Part du titre 1 dans le total des produits</i>	86 %	87 %	88 %	88 %	89 %	86 %	
<i>Part du titre 2 dans le total des produits</i>	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	
<i>Part du titre 3 dans le total des produits</i>	11 %	9 %	8 %	8 %	7 %	10 %	

Source : Comptes financiers.

Annexe n° 5. Les hôpitaux de proximité⁸⁸

Les hôpitaux de proximité sont des établissements qui exercent une activité de médecine qui n'excède pas un seuil plafond, qui ne sont pas autorisés à exercer une activité de chirurgie ou de gynécologie-obstétrique. Ils desservent des territoires qui présentent au moins deux des quatre caractéristiques suivantes⁸⁹ :

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

Les hôpitaux de proximité ont pour mission de :

- Contribuer, par des coopérations avec les structures et professionnels de médecine ambulatoire et avec les établissements et services médico-sociaux, à l'offre de soins de premier recours dans le territoire qu'ils desservent et favoriser l'accès à des consultations spécialisées ;
- Assurer un rôle d'orientation pour le patient en jouant un rôle de passerelle vers le deuxième recours et le médico-social.

Depuis 2016, les hôpitaux de proximité sont financés par une dotation mixte, composée d'une dotation forfaitaire garantie (DFG) construite à partir des recettes historiques de l'établissement et des caractéristiques du territoire desservi, et de l'activité produite.

Sur une année :

- Si la valorisation de l'activité est inférieure au montant la DFG, la dotation hôpitaux de proximité (HPR) versée est égale au montant correspondant à la DFG ;
- Si elle est supérieure, la dotation hôpitaux de proximité versée est égale au montant de la DFG auquel s'ajoute le différentiel entre l'activité valorisée ou facturée et la dotation forfaitaire garantie.

⁸⁸ Décret n° 2016-658 du 20 mai 2016 relatif aux hôpitaux de proximité et à leur financement.

⁸⁹ Peut être également éligible à l'inscription sur la liste l'établissement qui dessert un territoire ne présentant qu'une seule ou aucune des quatre caractéristiques précitées mais qui satisfait à l'une des deux conditions suivantes :

- L'activité de médecine y est exercée en totalité ou en partie par un médecin assurant également le suivi des patients et la coordination de leur parcours de santé au sein de l'offre de soins ambulatoires ;
- Il est le seul établissement autorisé à exercer une activité de médecine sur le territoire qu'il dessert.

Annexe n° 6. Evolution de comptes de produits de titre 2 (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013	2018/2013
<i>c/7321 Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie</i>	318 888	300 424	305 047	332 850	297 357	307 797	- 11 091	- 3 %
<i>c/7322 Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'assurance maladie</i>	50 522	52 866	58 138	66 264	81 433	58 046	7 524	15 %
<i>c/73272 Forfait journalier SSR</i>	54 162	60 858	53 730	47 664	61 164	75 720	21 558	39 %
<i>c/73273 Forfait journalier psychiatrie</i>	471 955	454 729	426 155	422 915	419 405	396 120	- 75 835	- 16 %
<i>c/7332 Produits prestations AME</i>	23 097	43 799	65 097	30 373	27 465	80 985	57 888	251 %
<i>c/ 7331 Produits prestations conventions internationales</i>	NO	22 789	23 600	3 792	13 012	1 479	1 479	100 %

Source : Comptes financiers. NO : non ouvert.

Annexe n° 7. Evolution de comptes de produits de titre 3 (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013	2018/ 2013
<i>c /7087 Remboursement de frais par les budgets annexes</i>	1 018 223	1 064 092	1 049 852	1 072 134	1 133 034	1 481 889	463 666	46 %
<i>c/78151 Reprises sur provisions pour risques</i>	400 876	0	0	0	0	0	-400 876	- 100 %
<i>c/78157 Reprises sur provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices</i>	97 720	37 000	0	0	0	0	-97 720	- 100 %
<i>c/78158 Reprises sur autres provisions pour charges</i>	303 469	38 700	38 700	48 423	38 700	82 183	-221 286	- 73 %

Source : Comptes financiers.

Annexe n° 8. Évolution des charges du budget principal (en €)

<i>Charges</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>Titre 1 - Charges de personnel</i>	19 453 062,88	19 852 250,95	19 825 076,01	19 615 758,84	20 118 840,89	19 391 333,50	- 0,32 %
<i>Titre 2 - Charges à caractère médical</i>	471 465,99	440 026,82	424 506,38	383 104,83	378 212,63	433 416,38	- 8,07 %
<i>Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général</i>	3 193 432,46	3 027 676,86	3 050 524,59	2 866 039,42	2 810 460,97	2 939 515,00	- 7,95 %
<i>Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles</i>	1 288 561,98	1 159 891,93	1 052 091,18	1 057 686,21	1 054 446,68	970 065,87	- 24,72 %
TOTAL	24 406 523,31	24 479 846,56	24 352 198,16	23 922 589,30	24 361 961,17	23 734 330,75	- 2,75 %
<i>Part du titre 1 dans le total des charges</i>	80 %	81 %	81 %	82 %	83 %	82 %	

Source : Comptes financiers.

Annexe n° 9. Capacité d'autofinancement

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
<i>Résultat des comptes de résultat</i>	306 508,94	- 443 282,07	- 349 084,86	- 361 189,16	- 714 331,41	- 56 936,69	
<i>+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)</i>	1 376 612,33	1 253 710,39	1 138 049,32	1 183 962,29	1 264 412,77	1 769 575,61	
<i>- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)</i>	1 241 303,92	384 892,91	126 633,64	78 704,53	79 076,02	135 125,68	
<i>+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)</i>	814,49	3 195,32	1 007,20	23 197,74	-	-	
<i>- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)</i>		4 915,00	-	50 000,00	-	3 155,00	
<i>- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)</i>	9 321,47	95 250,76	190 505,23	45 116,71	9 321,47	14 048,47	
CAF	433 310,37	328 564,97	472 832,79	672 149,63	461 683,87	1 560 309,77	
<i>- Aides exceptionnelles ARS</i>			81 105,00	130 000,00	153 302,00	217 438,00	
CAF retraitée	433 310,37	328 564,97	391 727,79	542 149,63	308 381,87	1 342 871,77	210 %

Annexe n° 10. Personnel non médical -Effectif 2013-2018 - Tous budgets confondus (ETPR)

<i>Personnel non médical - tous budgets confondus (ETPR)</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation 2013-2018
<i>Budget H (hors CAE et AFT)</i>	387,88	386,95	377,02	368,07	374,27	357,53	- 30,35	- 7,82 %
<i>Dont Personnel administratif</i>	51,54	51,41	50,82	48,34	45,60	41,46	- 10,08	- 19,56 %
<i>Dont Personnel soignant</i>	268,06	266,65	258,78	255,72	265,08	256,32	- 11,74	- 4,38 %
<i>Dont Personnel technique et ouvrier</i>	65,05	65,57	64,19	60,74	60,28	56,73	- 8,32	- 12,79 %
<i>Dont Personnel médico-technique</i>	3,23	3,32	3,23	3,27	3,31	3,02	- 0,21	- 6,50 %
<i>Budgets annexes (hors CAE et AFT)</i>	111,27	112,23	106,95	106,00	109,36	118,72	7,45	6,70 %
<i>Dont Personnel administratif</i>	3,81	3,68	3,07	2,95	2,83	2,84	- 0,97	- 25,46 %
<i>Dont Personnel soignant</i>	100,76	103,31	99,42	98,51	101,44	110,52	9,76	9,69 %
<i>Dont Personnel technique et ouvrier</i>	6,57	5,11	4,33	4,41	4,96	5,23	- 1,34	- 20,40 %
<i>Dont Personnel médico-technique</i>	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,13	0,00	0,00 %
<i>Sous-total – tous budgets confondus (hors contrats aidés et accueil familial thérapeutique) (ETPR)</i>	499,15	499,18	483,97	474,07	483,63	476,25	- 22,90	- 4,59 %
Contrats aidés (CAE)	7,68	6,03	6,58	4,74	2,55	1,18	- 6,50	- 84,64 %
Accueil familial thérapeutique (AFT)	5,05	4,75	4,99	6,13	6,03	4,99	- 0,06	- 1,19 %
<i>Tous budgets confondus (ETPR)</i>	511,88	509,96	495,54	484,91	492,21	482,42	- 29,46	- 5,76 %

Source : CHBD.

Annexe n° 11. Taux d'encadrement du personnel médical 2013-2018 (ETPR) - tous budgets confondus

<i>Taux d'encadrement Médecins /Personnel soignant</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation 2018/2014
<i>Médecins hors internes et étudiants</i>	19,74	20,56	19,38	19,48	19,79	20,72	0,98	4,96 %
<i>Soignants (soignants et socio-éducatifs)</i>	368,82	369,969	358,19	354,24	366,52	366,84	- 1,98	- 0,54 %
<i>Taux d'encadrement (%)</i>	5,36	5,56	5,41	5,50	5,40	5,65	0,29	5,41 %

Source : CHBD.

Annexe n° 12. Masse salariale - Tous budgets confondus (en €)

<i>Tous budgets confondus (€)</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation
<i>Personnel non médical (a)</i>	14 115 716,59	14 350 131,45	14 151 511,07	13 963 142,36	14 293 058,09	14 171 408,24	55 691,65	0,39 %
<i>CDI et Titulaire</i>	13 097 319,42	13 256 366,69	13 205 905,49	13 151 580,32	13 161 841,08	12 692 402,40	- 404 917,02	- 3,09 %
<i>CDD et contrats aidés</i>	959 847,33	1 026 519,68	864 807,39	728 114,56	1 045 956,70	1 419 181,82	459 334,49	47,85 %
<i>Famille accueil thérapeutique</i>	58 549,84	67 245,08	80 798,19	83 447,48	85 260,31	59 824,02	1 274,18	2,18 %
<i>Personnel médical (b)</i>	1 547 192,09	1 581 989,51	1 652 892,58	1 798 885,27	1 841 481,87	1 886 947,09	339 755,00	21,96 %
<i>Charges (c)</i>	8 383 779,33	8 633 433,57	8 573 754,62	8 493 223,04	8 847 180,15	8 603 233,82	219 454,49	2,62 %
<i>Total TITRE 1 (a+b+c)</i>	24 046 688,01	24 565 554,53	24 378 158,27	24 255 250,67	24 981 720,11	24 661 589,15	614 901,14	2,56 %

Source : CHBD.

Annexe n° 13. Temps de travail 2018

Temps de travail 2018 – Personnel non médical	Heures réglementaires (a)	Heures travaillées / an au CH (sur une base de 7 heures / jour) (hors fractionnement et congé hors saison) (b)	Écart / obligations annuelles (en h) (c =a-b)	Effectif physique au 31/12/2018 (d)	Perte horaire 2018 (c*d)	Perte en effectif physique 2018
<i>Agents en repos fixe hors forfait cadre</i>	1 607	1 561	46	190	8 740	5,60
<i>Agents en repos variable (> 1 Dim et JF < 20 Dim et JF)</i>	1 582	1 540	42	47	1 974	1,28
<i>Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)</i>	1 568	1 526	42	225	9 450	6,19
<i>Agents travaillant de nuit</i>	1 476	1 430	46	32	1 472	1,03
<i>Total (hors 9 agents en forfait cadre)</i>				494	21 636	14,10

Source : CHBD.

Annexe n° 14. Astreintes

Personnel non médical - Service	Astreintes selon le protocole d'accord local sur le temps de travail du 1 ^{er} janvier 2002	Organisation des astreintes au sein du CHBD en 2018	Durée d'astreintes (heures)	Modalités de récupération ou d'indemnisation	Effectif concerné par les astreintes		Observations CRC
<i>Services techniques</i>	<p><u>Période 1</u> : Du lundi au jeudi : 12h00-13h30 puis 17h30-8h00 lendemain.</p> <p><u>Période 2</u> : Du jeudi au lundi : 12h00-13h30 puis 17h30-8h00 lendemain.</p>	<p><u>1</u> seule période (7 jours) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Du lundi au Samedi : 12h00-13h30 puis 17h30-08h00 lendemain soit 16h00 / jour ; - - Dimanche 08h00 - Lundi 08h00 soit 24 heures. 	120 heures	- 60 heures payées ; - 60 heures récupérées au quart de la durée.	7		<p>Plafond réglementaire des astreintes (72h/15 jours) non respecté.</p> <p>Astreintes non conformes avec le protocole d'accord local du 1^{er} janvier 2002.</p>
<i>Gardes de direction</i>	Du jeudi 17 h 30 au jeudi suivant à 17 h 30 en dehors des heures ouvrables (8 h 30-12h 00 / 13 h 30 -17h 30).	Du jeudi 17 h 30 au jeudi suivant à 17 h 30 en dehors des heures ouvrables (8 h 30-12h 00 / 13 h 30 -17h 30).	128 heures payées sauf pour le personnel ayant un logement.	Rémunération	Garde générale	11	Plafond réglementaire des astreintes (72h/15 jours) non respecté.
					Cadres de santé	8	
<i>Psychiatrie Infanto juvénile</i>		Samedi et dimanche de 8h00 à 18h00.	20 heures	Rémunération	14		

Source : CHBD.

Annexe n° 15. Prime spécifique 2013-2018 (arrondi à l'euro)

<i>Personnel non médical - Prime spécifique dite « Veil »</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total général
<i>NON TITULAIRE</i>	5 839	3 829	4 501	1 275	1 566	5 149	22 159
<i>STAGIAIRE</i>	8 821	7 644	4 452	10 000	4 646	495	36 057
<i>TITULAIRE</i>	179 812	179 534	173 492	167 485	171 426	168 906	1 040 656
<i>Total général</i>	194 472	191 007	182 445	178 760	177 638	174 550	1 098 872

Source : Fiches de paie 2013-2018 (code 100).

Annexe n° 16. La prime de service

(256) La prime de service, instituée par l'arrêté du 24 mars 1967, est versée à tous les agents titulaires et stagiaires non médicaux de la fonction publique hospitalière dont la note administrative est au moins égale à 12,5. Le montant du crédit global de la prime de service est fixé à 7,5 % du total des traitements bruts accordés aux personnels de l'établissement au cours de l'année concernée. Toute journée d'absence entraîne un abattement de 1/140^{ème} du montant de la prime individuelle, à l'exception des journées d'absence imputables à un accident de travail, un congé annuel, une maladie professionnelle, un congé maternité ou un déplacement dans l'intérêt du service.

(257) Conformément à la circulaire n° 362 du 24 mai 1967 prise en application de l'arrêté du 24 mars 1967, « *le produit des abattements dus aux journées d'absence devra être utilisé pour assurer dans la limite du taux maximum de 17 %, un complément de prime aux agents les plus méritants soit parce qu'ils se trouvent en fonctions dans des services où les sujétions sont particulièrement lourdes, soit parce que les absences de leurs collègues leur auront apporté un surcroît évident de travail* ».

(258) Selon la note de service n° 2018-10 du 16 novembre 2018, les personnels titulaires et stagiaires bénéficient d'un acompte versé en décembre (sauf demande contraire de l'agent) à hauteur de 70 % de la prime prévisionnelle. Seuls les agents ayant eu moins de 16 jours ouvrés de congés ordinaire, longue maladie, longue durée ou de congés pour événements familiaux peuvent y prétendre. Le solde de la prime de service est versé l'année suivante, sur la paye du mois de février.

(259) Conformément à la note d'information n° 2019-15 du 18 février 2019, le produit des abattements liés à l'absentéisme est redistribué aux agents en fonction de la notation, de la quotité de travail et de l'assiduité. Selon le procès-verbal du CTE du 10 décembre 2018, les modalités d'attribution de ce complément ont évolué en 2018. Dorénavant, seuls les agents ayant au maximum cinq jours d'absence peuvent bénéficier de ce complément, contre dix jours auparavant. Par ailleurs l'indice majoré n'est plus pris en compte. Ces critères de répartition n'appellent aucune observation.

(260) Les modalités de détermination du crédit global affecté au paiement de la prime de service 2018 sont conformes à la réglementation (7,5 % de la masse salariale brute). Aucune anomalie n'a été constatée concernant le respect du plafond réglementaire de la prime de service versée à chaque agent (17 % du traitement indiciaire brut perçu au 31 décembre de l'année en cours). Par ailleurs, aucun agent contractuel n'a perçu la prime entre 2013 et 2018.

(261) L'article R. 6144-40 du code de la santé publique stipule que le comité technique d'établissement (CTE) doit être obligatoirement consulté sur les critères de répartition de la prime de service. Au sein de l'établissement, le CTE n'a été consulté qu'au titre de la prime de service 2018, selon le procès-verbal du 10 décembre 2018.

Tableau n° 38 : Prime de service 2013-2018 (arrondi à l'euro)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation
<i>PRIME DE SERVICE N-1 (en €)</i>	716 054	723 939	729 163	725 847	723 421	724 135	1,13 %
<i>ETP</i>	446	449	441	435	425	412	- 7,60 %

Source : Fiches de paie 2013-2018 (acompte versé en décembre N-code 526 et solde versé en février N+1-code 310).

Annexe n° 17. Temps de travail additionnel

Personnel médical - Temps de travail Additionnel (TTA)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Variation
<i>TTA (hors internes, FFI et étudiants) (en €)</i>	37 932,80	20 379,84	22 805,78	42 026,10	54 802,46	52 403,29	14 470,49	+ 38,15 %
<i>ETP</i>	7	8	7	8	7	7	-	-

Source : CHBD.

Annexe n° 18. Glossaire

ACE : Actes et consultations externes ;
ADEME : Agence de l'environnement et de la maîtrise de l'énergie ;
AEP SHA : Association d'entraide psycho-sociale des Hautes-Alpes ;
AIG : Activité d'intérêt général ;
AME : Aide médicale d'Etat ;
AMM : Autorisation de mise sur le marché ;
ARS : Agence régionale de santé ;
ARTT : Accord sur la réduction du temps de travail ;
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;
CAF : Capacité d'autofinancement ;
CAP Centre d'accueil permanent ;
CATTP : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel ;
CDD : Contrat à durée déterminée ;
CDI : Contrat à durée indéterminée ;
CET : Compte épargne temps ;
CH : Centre hospitalier ;
CHBD : Centre hospitalier Buëch-Durance ;
CHICAS : Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud ;
CHSCT : Comité d'hygiène, sécurité et des conditions de travail ;
CME : Commission médicale d'établissement ;
CMP : Centre médico-psychologique ;
CNEH : Centre national d'expertise hospitalière ;
CNR : Crédits non reconductibles ;
CNRACL : caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales ;
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;
COPS : Commission d'organisation de la permanence des soins ;
COS : Culture ouverture sociale ;
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie ;
CRC : Chambre régionale des comptes
CRPA : Compte de résultat prévisionnel annexe ;
CSP : Code de la santé publique ;
CTE : Comité technique d'établissement ;
DAF : Dotation annuelle de financement ;
DFG : Dotation forfaitaire garantie ;
DGOS : Direction générale de l'offre de soins ;
DIM : Département de l'information médicale ;
DMA : Dotation modulée à l'activité ;
DPI : Dossier patient informatisé ;
DRH : Direction (ou Directeur) des ressources humaines ;
EDGA : Entretien, démarche, groupe, accompagnement ;
EHPAD : établissement d'hébergement de personnes âgées dépendantes ;
EPRD : Etat prévisionnel des recettes et des dépenses ;
EPS : Etablissement public de santé ;
ETP : Equivalent temps plein ;
ETPR : Equivalent temps plein rémunéré ;
FAM : Foyer d'accueil médicalisé ;

FFI : Faisant fonctions d'interne ;
FIR : Fonds d'intervention régional
GAPAM : Groupement d'achats pharmaceutiques Alpes Méditerranée ;
GHT : Groupement hospitalier de territoire ;
HPR : (dotation) hôpitaux de proximité ;
IDV : Indemnité de départ volontaire ;
LMD : Licence, master, doctorat ;
MAS : Maison d'accueil spécialisée ;
MCO : Médecine chirurgie obstétrique ;
NBI : Nouvelle bonification indiciaire ;
ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie ;
PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur ;
PGE : Plan de gros entretien ;
PRE : Plan de retour à l'équilibre ;
PRISM : plan régional d'investissement en santé mentale ;
PUI : Pharmacie à usage intérieur ;
QVT : Qualité de vie au travail ;
RH : Ressources humaines ;
RTT : Réduction du temps de travail ;
SDSI : Schéma directeur du système d'information ;
SIH : Système d'information hospitalier ;
SSR : Soins de suite et réadaptation ;
TBFEPS : Tableau de bord financier des établissements publics de santé ;
TJP : Tarif journalier de prestation ;
TTA : Temps de travail additionnel ;
UGAP : Union des groupements d'achats publics ;
UMD : Unité pour malades difficiles ;
USLD : Unité de soins de longue durée ;

Chambre régionale
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



Les publications de la chambre régionale des comptes
de Provence-Alpes-Côte d'Azur
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur

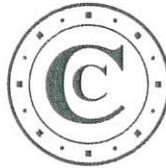
Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17 rue de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

www.ccomptes.fr/fr/crc-provence-alpes-cote-dazur



Marseille, le **24 AOUT 2020**

LE PRÉSIDENT

Dossier suivi par : Bertrand MARQUES, greffier
04 91 76 72 42
pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

Réf. : GREFFE/BM/BBA/n° *1141*

Objet : rapport d'observations définitives relatif au contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier Buëch Durance

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception
2C13194344300

à

**Monsieur le président du
conseil de surveillance**
Centre hospitalier Buëch Durance
Rue du Dr Provansal
05300 LARAGNE MONTÉGLIN

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier Buëch Durance concernant les exercices 2013 et suivants pour lequel, à l'expiration du délai d'un mois prévu par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, la chambre n'a reçu aucune réponse écrite destinée à y être jointe.

Je vous rappelle que ce document revêt un caractère confidentiel qu'il vous appartient de protéger. Il conviendra de l'inscrire à l'ordre du jour de la plus proche réunion de votre conseil de surveillance, au cours de laquelle il donnera lieu à un débat. Dans cette perspective, le rapport sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Dès la tenue de cette réunion, il pourra être publié et communiqué aux tiers en faisant la demande, dans les conditions fixées par le code des relations entre le public et l'administration.

En application de l'article R. 243-14 du code des juridictions financières, je vous demande d'informer le greffe de la date de la plus proche réunion de votre conseil de surveillance et de lui communiquer en temps utile copie de son ordre du jour.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations est transmis à la préfète, au directeur départemental des finances publiques ainsi qu'au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Nacer MEDDAH