

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR**

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE LARAGNE
(Hautes Alpes)**

à partir de l'exercice 1995

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier spécialisé de Laragne à partir de l'année 1995 qui a été confié successivement à M. Gruber et à Mme Girard. Par lettre en date du 20 janvier 2005, le président de la chambre en a informé M. André, directeur. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 31 août 2005 entre M. André et le rapporteur.

Lors de sa séance du 3 février 2006, la chambre, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises le 11 avril 2006 dans leur intégralité à M. André et, pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause. M. André a répondu le 14 mars 2006.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la chambre a arrêté le 19 juillet 2006 le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante : M. Schwerer, président, Mme Latge, conseiller et Mme Girard, conseiller-rapporteur.

Le rapport a été communiqué par lettre du 3 août 2006 au directeur en fonctions. Il disposait d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre sa réponse aux observations définitives.

M. André a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe au présent rapport d'observations définitives.

Ce rapport devra être communiqué par le directeur à l'assemblée délibérante, lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

I. L'activité :

Le centre hospitalier spécialisé de Laragne, gère le dispositif de psychiatrie publique sur un secteur portant sur 70 % de la population adulte des Hautes Alpes et la totalité du département pour la psychiatrie infanto-juvénile avec de nombreux lieux de consultation et de soins.

Les capacités sont les suivantes :

Modes de prise en charge		Capacités autorisées			
		Psychiatrie générale adultes (secteur 05G01)	Psychiatrie infanto-juvénile (secteur 05I01)	Alcoologie clinique (secteur 05A01)	Total psychiatrie et alcoologie
Hospitalisation complète		103	11	20	134
Hospitalisation de nuit		2			2
Hospitalisation de jour		18	21		39
Foyer de postcure		14			14
Accueil familial thérapeutique		12	4		16
Appartements thérapeutiques		14			14
Total	Lits	119	11	20	150
	Places	44	25		69
Total lits et places		163	36	20	219
Unité de soins longue durée					
Hébergement à temps complet				50*	
CAPACITE DE L'ENTITE JURIDIQUE EN LITS ET PLACES				269	

Le centre hospitalier spécialisé de Laragne emploie 25 médecins et 455 agents non médicaux.

Services	2002					2003					2004				
	Journées	Entrées	DMS	* TMO	File active	Journées	Entrées	DMS	* TMO	File active	Journées	Entrées	DMS	* TMO	File active
Alcoologie	5 814	198	29,36	79,5	377	5 745	191	30,08	78,7	392	5 834	175	33,34	79,7	427
Psychiatrie infanto-juvénile	3 881	52	74,63	50,1	1 083	3 759	55	68,35	51,8	1 241	3 738	61	61,28	41,95	1 306
Psychiatrie générale adultes	41 123	1 226	33,54	69,1	2 406	39 452	1 112	35,48	66,3	2 399	37 031	1 122	33	62,07	2 532
Unité de soins longue durée	10 785	18		98,5		11 940	37		78,9		17 653	49		96,46	

*taux moyen d'occupation

L'établissement n'a pas été en mesure de fournir une analyse d'activité

Sur les trois dernières années (2002 à 2004), le nombre de journées en service de psychiatrie pour adultes baisse de 10 %. La file active est quasiment stable pour les adultes. Le taux moyen d'occupation de 62 % en 2004 est faible.

En psychiatrie infanto-juvénile, le taux d'occupation est très faible, 42 % en 2004, mais la file active progresse de 20 %. En ce qui concerne le service alcoologie, le nombre de journées est stable. La file active progresse de 13 %.

Quant au nombre de journées en USLD, il progresse de manière significative de 2002 à 2004 avec une augmentation de 63 %, due à l'ouverture de 20 lits supplémentaires en 2003.

La création d'une maison d'accueil spécialisée (MAS) pour adultes souffrant d'un syndrome autistique ou de troubles apparents, d'une capacité de 20 places, fait partie des projets du CHS de Laragne. Cette MAS serait mise en place sur le site de Laragne afin de bénéficier de bâtiments et des prestations de services déjà existants.

Le conseil d'administration du CHS a émis un avis favorable au projet qui est conforme aux orientations nationales. Le dossier de demande de création d'une MAS a été déposé en octobre 2004 auprès du CROSMS et a obtenu un avis favorable. Cependant l'établissement ne peut encore exciper d'un arrêté de création.

Un projet d'établissement doit être établi (2005-2010).

II. L'analyse financière

L'analyse financière est présentée à partir de l'outil d'analyse financière, le tableau de bord financier des établissements publics de santé, (TBFEPS).

Le TBFEPS présente, pour les trois derniers exercices, 30 indicateurs financiers regroupés en cinq rubriques :

- grandeurs bilancielle,
- ratios liés à la dette,
- investissements,
- exploitation,
- recouvrements et règlements.

De cette analyse, il ressort :

Grandeurs bilancielle

Le rapport de 1 à 12 entre le fonds de roulement net global (FRNG) et le besoin en fonds de roulement, (BFR) dégage une trésorerie importante de 2.336.000 € en 2003.

La dette

L'endettement est très faible, ce qui assure l'indépendance financière de l'établissement. Cependant, le taux moyen d'intérêt de la dette, qui dépasse 7 %, apparaît élevé.

Les investissements

Le taux de vétusté des immobilisations est élevé. Il atteint près de 77 %. Il correspond cependant à la valeur médiane des établissements comparables.

Le taux de marge brute, qui mesure la marge que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses investissements, est de 4,53 %. Il est supérieur au taux d'autofinancement et permet à l'établissement de couvrir largement les intérêts de la dette.

L'exploitation

Le taux de charges sur exercices antérieurs (0,05 %) est très faible et nettement inférieur à la valeur médiane observée.

Le résultat net comptable, s'élevant en 2003 à 553.400 €, comparé aux charges et aux produits, est élevé. Les restes à recouvrer, 0,27 % sont faibles et diminuent en 2003.

La taxe sur les salaires est mandatée de façon conforme à la pratique observée dans les établissements publics de santé et à la norme.

En conclusion, il n'y a pas d'observation particulière à formuler sur la situation financière de l'établissement.

III. La fiabilité des comptes

L'instruction M21 rappelle que « *l'objectif de la comptabilité générale est de donner une image fidèle de la situation financière des établissements. La comptabilité doit donc être régulière en respectant les règles qui s'appliquent, et sincère en étant tenue de bonne foi* ».

L'indépendance des exercices

Le principe d'indépendance des exercices signifie que les comptes présentés pour un exercice ne doivent pas empiéter sur les comptes de l'exercice passé ou des exercices à venir.

- Le rattachement des charges à payer et la sous évaluation des dépenses

La Chambre a constaté que les comptes concernant les primes de service à répartir et les charges à payer à l'Etat, aux organismes sociaux et autres ne sont pas utilisés par l'établissement depuis l'exercice 2001. Ce manquement au principe d'indépendance des exercices peut affecter la validité du bilan et du compte de résultat.

L'ordonnateur spécifie que l'ensemble des charges à payer a bien été mandaté par le CHS mais que, par erreur, la totalité des prises en charges a été effectuée au compte 408, « fournisseurs-factures non parvenues » et non détaillée par nature de charge aux comptes intéressés de la classe 4. Les charges à payer sont donc indûment affectées dans leur totalité au compte 408.

L'établissement doit s'attacher à respecter les dispositions comptables fixées par l'instruction M21.

- La comptabilisation des ICNE (intérêts courus non échus

L'établissement comptabilisé régulièrement les ICNE.

- Le rattachement insuffisant des produits du groupe 2 à l'exercice

Après examen des comptes, il s'avère que l'établissement procède au rattachement des produits à l'exercice.

Facteur de sous-évaluation des recettes

Un compte enregistrant des recettes à classer ou à régulariser présentait un solde créditeur significatif constituant ainsi un indice d'une sous évaluation, en clôture d'exercice, des recettes de la section fonctionnement a été souligné par la chambre. L'établissement soutient que la variation importante de l'année 2002 provenait d'une erreur d'imputation de la dotation globale de fonctionnement. Cette explication est peu convaincante car les règles de comptabilisation de la dotation globale sont anciennes, fort bien connues des établissements et une erreur de cette nature est peu courante.

- Défaut de reprise des subventions d'équipement transférables

L'établissement prend bien en compte les subventions d'équipement reçues mais ne les transfère pas au compte de résultat, l'erreur serait en en voie de régularisation.

- Les reports de charges

Tant le taux de charges sur exercices antérieurs (0,05 % en 2003) que le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires (9,67 %) indiquent l'absence de report de charges.

Le principe de prudence

Le principe de prudence est défini comme étant l'appréciation raisonnable des faits afin d'éviter le risque de transfert sur l'avenir d'incertitudes présentes susceptibles de grever le patrimoine et le résultat de l'établissement.

Les provisions pour risques

Les provisions pour risques ont été justifiées par l'ordonnateur et en semblent pas constituer une réserve indue.

Les provisions pour charges à répartir

Une provision justifiée a été constituée pour faire face à la réparation des toitures des pavillons Provence, Perce Neige et Sociothérapie pour un montant de 100 000 € et de la réparation des chaussées et parkings pour 70 000 €.

Les provisions pour dépréciation

L'établissement n'a pas constitué de provisions pour dépréciation.

La comptabilité analytique

L'établissement ne dispose pas de département d'information médicale (DIM). Il n'existe pas non plus de structure identifiée de contrôle de gestion.

Toutefois l'établissement a mis en place :

- un suivi des dépenses pour certains comptes : loyer, EDF, chauffage, téléphone,
- un calcul du coût de revient pour certaines prestations logistiques : repas, traitement du linge,
- un suivi budgétaire : budget général, budget annexe.

L'établissement ne procède à aucune comparaison de ses coûts avec d'autres établissements similaires et ne peut donc situer sa performance.

IV. La situation interne de l'établissement :

L'établissement doit faire face depuis de nombreuses années à un climat social très dégradé qui s'explique pour plusieurs raisons.

L'établissement n'a jamais réussi à mener à bien un projet d'établissement pourtant obligatoire. Le projet de 1996 n'a pas abouti car il était incomplet, la chambre observe que le projet médical prévoyait pour la psychiatrie infanto juvénile une restructuration des lits passant par une installation plus proche de la population.

Avec l'aide d'un cabinet spécialisé le centre hospitalier a entrepris l'élaboration d'un nouveau projet d'établissement pour la période 2004-2005. Le pré projet médical, s'agissant de la psychiatrie infanto juvénile en sous occupation sur le site de Laragne, prévoyait :

- une meilleure continuité dans les prises en charge,
- un regroupement des moyens permettant une cohérence, une polyvalence et une plus grande disponibilité,
- un dispositif de soins comblant certaines carences d'équipement,
- une amélioration de la prise en charge en urgence.

S'agissant de la psychiatrie adulte, l'installation de lits à Gap au plus près de la population était recommandée.

Cette réflexion s'inscrivait dans la ligne du SROS de santé mentale, à savoir un recentrage de l'activité sur Gap. Or, cette démarche est restée lettre morte pour des raisons au demeurant mal explicitées. Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires, le directeur souligne que ce document n'a même pas été débattu en Commission médicale d'Etablissement. La chambre rappelle à cet égard que les différentes phases conduisant à l'approbation d'un projet d'établissement par le conseil d'administration sont fixées par le code de la santé publique et ne saurait se tenir dans des « réunions informelles », que le dispositif du SROS est opposable aux tiers et que les chefs d'établissement se doivent de le mettre en œuvre avec le conseil d'administration

Afin de mieux soigner les populations concernées, principale mission du service public hospitalier, la chambre insiste sur la nécessité de mener à bien rapidement un projet d'établissement en conformité avec le SROS récemment approuvé.

Par ailleurs ce climat social dégradé ne saurait s'expliquer par une situation de sous effectif, l'établissement apparaissant au regard des différents indicateurs comme particulièrement bien doté en personnel :

Du bilan d'étape 2003 du SROS en santé mentale, il ressort les éléments suivants :

en psychiatrie générale,

- le nombre de médecins pour 100.000 h est de 17,5
- le nombre de personnel non médical pour 100.000 h est de 284,8.

Les moyennes régionales sont respectivement de 11,7 et de 156,3 avec des variations de taux d'encadrement de 7,7 à 17,5 pour les médecins et de 70,1 à 284,8 pour le personnel non médical (les taux les plus élevés étant ceux de Laragne).

en psychiatrie infanto-juvénile,

- le nombre de médecins pour 100.000 jeunes est de 13,8
- le nombre de personnel non médical pour 100.000 jeunes est de 195,4.

Les moyennes régionales sont respectivement de 10,8 et de 98,2 avec une amplitude du taux d'encadrement de 6,2 à 17,6 pour les médecins et de 42,9 à 195,4 pour le personnel non médical (ce dernier taux étant celui de Laragne).

Toutefois, la croissance continue de l'absentéisme et tout particulièrement de l'absentéisme pour maladies ordinaires comme le montre le tableau ci-dessous, n'est peut-être pas sans lien avec l'état du climat social dégradé :

	2001	2002	2003
Nombre de journées d'absence pour « maladie »	3 107,26	3 906,32	4 399,66
Nombre de journées d'absence pour « maternité »	1 057,57	452,85	1 650,85
Nombre de journées d'absence pour « CLD et CLM »	791,42	1 086,06	1556,06
Nombre de journées d'absence pour « accident du travail »	664,48	600,34	429,98
Nombre de journées d'absence pour « accident de trajet »	45,14	3	13,57
Nombre de journées d'absence pour « maladie professionnelle »	123,99	215	246
Nombre total de journées d' absence comptabilisées avec les certificats d'arrêt de travail	5 789,86	6263,57	8 266,12
Nombre moyens de jours d' absence (comptabilisées avec les certificats d'arrêt de travail) par agent (*)	15,58	16,36	20,66

V. La procédure de certification

La loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie qui a créé la Haute Autorité de Santé, (HAS) introduit un changement de vocable : la certification remplace l'accréditation auparavant utilisée pour les établissements de santé.

La procédure de certification s'articule autour de trois grands axes :

- l'appréciation du service médical rendu aux patients,
- le renforcement de l'évaluation de la politique et de la qualité du management,
- l'accent mis sur la gestion des risques.

Le centre hospitalier spécialisé de Larnage a déposé son dossier de demande d'engagement dans la procédure de certification le 24 juin 2004.

Le groupe projet a constitué 6 groupes d'autoévaluation afin de répartir l'étude des 10 référentiels du manuel de certification. Ce travail d'autoévaluation aurait démarré en janvier 2005. Comme, en règle générale, une telle démarche est menée sur une période de 2 ans, cette date apparaît tardive pour la visite des experts de la Haute Autorité de Santé qui était prévue en août 2005.

L'ordonnateur confirme que ces travaux ont été engagés tardivement et réalisés de manière précipitée.

Les premières conclusions de la Haute Autorité de Santé devraient être connues en octobre.

VI. Certains aspects de la gestion des ressources humaines

La chambre souligne les rémunérations relativement élevées de certains intervenants contractuels eu égard au niveau des diplômes obtenus. De surcroît les qualifications professionnelles mentionnées sont incertaines ou tout au moins non reconnues dans le statut de la fonction publique hospitalière

Par ailleurs, la chambre souligne l'attribution particulièrement généreuse de logements de fonction au sein du centre hospitalier. La chambre rappelle que l'attribution de logements de fonction dans les établissements publics de santé n'est, à ce jour, appuyée sur aucune disposition réglementaire. Il lui apparaît que l'attribution d'un logement par nécessité absolue de service à un ingénieur ne se justifie pas dans un établissement de ce type, une astreinte serait suffisante. Il en est de même pour l'attribution d'un logement pour nécessité absolue de service à un ouvrier professionnel affecté dans une structure située à 12 km de Laragne. En tout état de cause, l'ensemble des attributions de logement doit être délibéré par le conseil d'administration.

VII. Les relations avec l'Association d'Entraide Psycho Sociale des Hautes Alpes (AEPSHA)

La chambre a pris 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,
- le contenu du compte rendu financier en ce qui concerne l'utilisation de la subvention versée.

Le Président,

Bertrand SCHWERER