

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR**

4ème section

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER HENRI GUERIN
DE PIERREFEU DU VAR**

Jusqu'à l'exercice 2007

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier spécialisé de Pierrefeu du Var jusqu'à l'exercice 2007 . Par lettre en date du 10 janvier 2008, le président de la chambre en a informé le directeur en fonction. L'entretien de fin de contrôle a eu lieu le 16 septembre 2008 avec M. Michel Bartel.

Lors de sa séance du 6 novembre 2008, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Bartel et, pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause. Seul M. Bartel a répondu par écrit aux observations provisoires.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a arrêté le 26 mai 2009 le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué par lettre du 30 juillet 2009 à M. Bartel, directeur en fonctions qui disposait d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre sa réponse aux observations définitives.

M. Bartel 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 président du conseil d'administration 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.

SOMMAIRE

1. PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	4
1.1. Capacités d'accueil.....	4
1.2. Activité.....	4
1.2.1. La file active	5
1.2.2. Activité en temps complet	5
1.3. L'Informatisation	6
1.3.1. Les moyens humains et financiers.....	6
1.3.2. Le dossier médical du patient (DMP).....	6
1.3.3. L'informatisation de la prescription du médicament.....	6
1.4. Projet d'établissement et CPOM.....	7
1.4.1. Le projet d'établissement.....	7
1.4.1.1. Les objectifs généraux de l'établissement sont regroupés autour de cinq thèmes :	7
1.4.1.2. Les axes stratégiques définissant les objectifs médicaux comportent des orientations et objectifs sur quatre thèmes majeurs :	7
1.4.1.3. Le projet de soins	8
1.4.1.4. Le projet social	8
1.4.1.5. Le projet qualité	9
1.4.1.6. Le projet de gestion.....	9
1.4.1.7. Le projet du système d'information	9
1.4.2. Le projet médical	10
1.4.2.1. La psychiatrie générale	10
1.4.2.2. La psychiatrie infanto-juvénile	11
1.4.3. Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)	11
1.4.3.1. Objet et champ du contrat	11
1.4.3.2. Suivi, révision et sanctions du contrat.....	12
2. LA FIABILITE DES COMPTEES	12
2.1. L'indépendance des exercices.....	12
2.1.1. Le rattachement des charges à payer	12
2.1.2. Les produits constatés d'avance	14
2.1.3. Les « charges réparties sur plusieurs exercices »	14
2.1.4. Le rattachement des produits du groupe 2 à l'exercice	14
2.2. Le principe de prudence	14
2.2.1. Les provisions pour risques	14
2.2.2. Les provisions pour charges à répartir.....	15
2.2.3. Les provisions pour dépréciation.....	15
3. ANALYSE FINANCIERE.....	16
3.1. Le résultat comptable	16
3.1.1. L'excédent brut d'exploitation (EBE)	16
3.1.2. Le résultat d'exploitation.....	17
3.1.3. Le résultat courant	18

3.1.4.	Le résultat net	19
3.2.	La capacité d'autofinancement (CAF)	19
3.3.	Le fonds de roulement net global (FRNG) et trésorerie.....	20
3.3.1.	Le besoin en fonds de roulement (BFR).....	21
3.3.2.	Le recouvrement	21
3.3.3.	La trésorerie	21
3.4.	L'endettement.....	22
4.	EPRD DU CH DE PIERREFEU DU VAR	24
4.1.	L'EPRD et les comptes 2006	24
4.2.	L'EPRD et les comptes 2007	25
5.	LE PERSONNEL	27
5.1.	Le personnel non médical	27
5.1.1.	Les effectifs	27
5.1.2.	Travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés.....	28
5.1.3.	Rémunérations et charges	29
5.1.3.1.	Personnels titulaires et stagiaires (641-1)	29
5.1.3.2.	Personnels sous contrat	30
5.1.4.	L'absentéisme	31
5.1.5.	La formation	31
5.1.6.	Durée et aménagement du travail	32
5.1.6.1.	Durée du temps de travail	32
5.1.6.2.	Aménagement du temps de travail.....	32
5.1.7.	La période d'astreinte à domicile	33
5.2.	Le personnel médical	34
5.2.1.	Les effectifs	34
5.2.2.	Les rémunérations.....	35
5.2.3.	La permanence des soins	36
5.2.3.1.	Les tableaux de service	37
5.2.3.2.	La rémunération des permanences de soins et du temps additionnel.....	37
6.	LA GERANCE DE TUTELLE	39
6.1.	Le service de protection et de gestion des biens	39
6.1.1.	Présentation du service	39
6.1.2.	Les procédures mises en place par le service	40
6.2.	La banque des patients	41

1. Présentation de l'établissement

Le Centre Hospitalier spécialisé (CH) Henri Guérin situé sur la commune de Pierrefeu du Var, est un établissement public de santé spécialisé (CHS) dans la prise en charge de la souffrance psychique.

Son offre de soins s'organise autour de :

- 4 secteurs de psychiatrie générale pour adultes,
- 1 secteur de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

avec les spécialités suivantes :

- La gériatrie-psihiatrie,
- La pédopsychiatrie,
- L'alcoologie,
- La toxicomanie,
- La psychodépendance,
- L'UCSA (unité de consultation et de soins ambulatoires) au centre pénitentiaire de la Farlède.

Le centre hospitalier couvre 14 secteurs géographiques, ce qui représente 299 080 habitants pour la psychiatrie générale et 214 037 pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (recensement de 1999).

1.1. Capacités d'accueil

La capacité d'accueil est stable :

(sources : données transmises par l'ordonnateur)

	2004	2005	2006	2007
Lits	242 (dont 3 AFT*)	242 (dont 3 AFT*)	244 (dont 5 AFT*)	244 (dont 5 AFT*)
Places(**)	112	112	112	112
Total	354	354	356	356

(*) les places l'accueil familial thérapeutique (AFT) correspondent à un mode d'hospitalisation à temps complet et sont comptabilisées à ce titre.

(**) places en structures alternatives à l'hospitalisation

1.2. Activité

Activité toutes disciplines confondues

(sources rapports d'activité 2005-2006-2007)

	2003	2004	2005	2006	2007	Ecart 2007/2006
Journées totales réalisées en temps complet(*)	80 194	81 295	83 852	82 671	78 977	-4,47 %
Hospitalisations temps partiel	19 262	19 517	19 490	20 471	17 619	-13,93 %
Journées totales	99 456	100 812	103 342	103 142	96 596	-6,35 %

(*) le temps complet correspond à l'hospitalisation temps plein et à (AFT)

Les journées réalisées en 2007 sont en baisse pendant la période sous revue. Un « turn-over » important dans l'occupation des lits a été constaté pendant les exercices 2006 et 2007.

1.2.1. La file active

	2004	2005	2006
File active totale	7 452	7 888	8 054
File active en temps complet	1 217	1 182	1 190
File active en temps partiel	650	577	571
File active ambulatoire	6 941	7 395	7 555
Taux de recours pour 1000 habitants		26,37	26,93

Ni le DIM (département d'information médicale), ni le service financier ne sont en mesure de déterminer si la baisse des files actives des malades hospitaliers en temps complet et temps partiel s'explique par l'augmentation de la file active ambulatoire. Cette question requiert une analyse poussée par secteur et par prise en charge des médecins responsables. L'ordonnateur qui ne dispose pas de cette analyse, précise toutefois que le moindre effectif de psychiatres en 2006 pourrait expliquer en partie ce fait.

Les files actives augmentent en psychiatrie générale et sont en baisse pour la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent dans l'activité ambulatoire (-12 % de 2005 à 2006). Cette diminution n'a pas été expliquée.

1.2.2. Activité en temps complet

	Psychiatrie générale adulte		Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	
	2005	2006	2005	2006
Capacité en lits au 31/12 (*)	220	220	19	19
Entrées directes	1 168	1 196	36	31
Taux d'occupation	98,88 %	96,78 %	49,07 %	57,79 %
DMS (durée moyenne de séjour)	67,98	64,98	94,53	129,29

(*) hors chambres d'isolement et lits d'appoint

En psychiatrie générale pour adultes, la DMS baisse de 4 % de 2005 à 2006. Le taux d'occupation diminue de 2 %.

En psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, le taux d'occupation et la DMS présentent une augmentation marquée. Selon l'ordonnateur les entrées directes sont très variables en pédopsychiatrie du fait que des permissions de plus de 48h, fréquentes chez les enfants entraînent une fin administrative du séjour. La DMS peut donc varier de façon importante dans un sens ou dans l'autre.

Le nombre des journées totales est en nette baisse depuis 2005 toutefois la DMS et le taux d'occupation en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent présentent une augmentation significative. L'établissement devrait s'attacher à approfondir l'analyse des causes des fluctuations constatées.

1.3. L'Informatisation

1.3.1. Les moyens humains et financiers

L'équipe informatique apparaît relativement étoffée. Elle se compose de trois ingénieurs hospitaliers, un technicien supérieur hospitalier et un programmeur. La maintenance et le suivi du matériel sont assurés depuis septembre 2007 par une société extérieure. Un agent de l'équipe informatique assure le suivi de cette prestation. La maintenance des logiciels est assurée par chaque propriétaire des sources. Les principaux fournisseurs mettent à disposition une « hot line » spécifique.

L'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) a subventionné à hauteur de 99 484 € l'acquisition de supports techniques dédiés à la mise en œuvre de la valorisation à l'activité.

Dépenses de fonctionnement et d'investissement informatique

Budgets CHS	Dépenses informatiques	2004	2005	2006	2007
	Exploitation	455 045	636 249	596 827	658 408
Exploitation		40 156 714	40 546 834	41 637 197	42 938 270
%		1,13 %	1,57 %	1,43 %	1,53 %
	Investissements	155 828	282 428	18 901	146 103
Investissements	immobilisations	839 775	581 757	688 696	1 158 386
%		18,56 %	48,55 %	2,74 %	12,61 %

1.3.2. Le dossier médical du patient (DMP)

Le dossier médical du patient au CHS n'est pas informatisé, le département d'information médicale ayant opté dans un premier temps pour un maintien du dossier papier.

1.3.3. L'informatisation de la prescription du médicament

Le CHS a fait l'acquisition en 1999 du logiciel DISPORAO pour la gestion des stocks de la pharmacie. En 2006, l'environnement du logiciel en termes de bases de données a été réactualisé. La fonction prescription a été déployée dans les unités de soins et pour l'administration du médicament.

Le CHS n'a pas mis en place de comité de pilotage pour l'informatisation mais l'a remplacé par un collège d'information médicale. Un projet de mutualisation de la gestion informatique des établissements hospitaliers de Brignoles, Pierrefeu, Toulon et Hyères est en cours. Compte tenu de l'importance et des qualifications de l'équipe informatique, les résultats obtenus dans ce domaine devraient progresser.

1.4. Projet d'établissement et CPOM

1.4.1. Le projet d'établissement

Le projet d'établissement pour les années 2005 à 2010, adopté le 9 décembre 2005 par le conseil d'administration (CA) et après avis favorable des instances institutionnelles, repose sur deux principes :

- le positionnement du CHS comme gestionnaire d'un dispositif de santé mentale agencé en fonction des besoins de la population dont il a la charge.
- la complémentarité de l'établissement avec d'autres acteurs du réseau de soins dans une structure juridique appropriée qu'il faudra mettre en œuvre.

1.4.1.1. Les objectifs généraux de l'établissement sont regroupés autour de cinq thèmes :

- l'affirmation de la qualité comme principe directeur : si l'amélioration de l'accueil à l'hôpital est au centre de ce débat, la vétusté d'une partie de l'infrastructure hospitalière demeure un obstacle à la satisfaction de cette orientation.
- le renforcement de la sécurité : l'élargissement de la violence sociale à l'intérieur du périmètre du CHS est devenu une réalité et le risque infectieux est une donnée qui est prise en compte. Ainsi la sécurité des équipes doit être renforcée et les structures hospitalières rendues moins vulnérables.
- l'optimalisation des ressources : le principe d'une transition de la gestion des effectifs vers une véritable gestion prévisionnelle des emplois et compétences est posé comme objectif majeur.
- le développement de l'évaluation : l'établissement se prépare à l'évaluation de l'activité.
- la consolidation de la communication comme outil important du changement : dans le cadre de son projet social, l'établissement entend développer sa communication institutionnelle interne et externe en s'appuyant sur les ressources existantes et en développant de nouvelles modalités d'échange et de partage de l'information.

1.4.1.2. Les axes stratégiques définissant les objectifs médicaux comportent des orientations et objectifs sur quatre thèmes majeurs :

- la permanence des soins et le maillage avec les hôpitaux généraux
- la complémentarité public/privé
- les publics jeunes
- les personnes âgées et vieillissantes

1.4.1.3. Le projet de soins

Ce nouveau projet 2005-2010 vise à développer la qualité de la prestation de soins dans la perspective de mieux répondre aux besoins des malades ; son élaboration a été menée à partir des travaux réalisés par les secteurs du CHS.

Les valeurs mises en avant suite à l'analyse de l'existant et des principaux dysfonctionnements des pratiques de soins sont :

- la qualité des soins et de la cohérence du rôle de l'infirmier et de l'équipe soignante dans la prise en charge du malade,
- la mise en œuvre d'une démarche de soins efficace,
- le professionnalisme des personnels soignants.

1.4.1.4. Le projet social

Volet essentiel du projet d'établissement, il a vocation à déterminer des actions concrètes visant à moderniser les relations sociales, améliorer les conditions de travail et favoriser l'évolution professionnelle des agents.

Le comité de pilotage mis en place a composé et transmis un questionnaire aux 860 personnels du CHS. Le taux de retour est de 39 %, le questionnaire a permis d'élaborer les grandes orientations de travail pour les 5 ans à venir.

Par ailleurs, la direction du CHS a fait appel à une société d'audit afin de réaliser une étude sur la charge et l'organisation du travail qui a recommandé d'optimiser le temps de travail des équipes ainsi que la répartition des effectifs, en nombre et en compétence. La prise en charge du patient doit être organisée sur la base d'une politique de soins déclinée en contrats de soin ; personnalisés ; l'organisation du travail centrée sur le patient devrait être améliorée.

L'établissement décline son projet social en plusieurs actions :

- programmer la maintenance des bâtiments en vue d'améliorer les conditions de travail et renouveler les équipements ;
- anticiper les actions de violence et sécuriser l'établissement ;
- organiser les remplacements des personnels et améliorer la communication au sein des unités et entre les services ;
- adapter les effectifs à la charge de travail et mettre en œuvre une gestion prévisionnelle des emplois et compétences ;
- élaborer un guide de procédures de transfert de savoir-faire ainsi que des fiches de poste et organiser une réunion annuelle d'échanges et de réflexion sur les pratiques professionnelles en santé mentale.

1.4.1.5. Le projet qualité

Ce projet s'inscrit dans une dynamique d'établissement. Des groupes qualité, supervisés par un comité de pilotage Qualité, sont mis en place afin de mener à bien les améliorations à mettre en œuvre sur les thèmes suivants :

- le dossier patient,
- l'accueil des patients,
- l'accueil des nouveaux agents,
- le respect des droits et information des patients,
- les relations clients fournisseurs,
- les protocoles et procédures,
- l'accueil des stagiaires.

Cette politique qualité, basée sur les principes du management participatif, vise la satisfaction des patients et est centrée sur l'optimisation des moyens, la compétence et la motivation des personnels.

1.4.1.6. Le projet de gestion

Ce projet met en avant des objectifs d'amélioration sur les points suivants :

- **L'accueil et l'accompagnement social des patients.**
- La **gestion des ressources humaines** avec des objectifs relatifs aux recrutements, aux conditions de travail, à l'évaluation et la gestion des carrières, à la réduction de l'absentéisme, à la formation et promotion des agents.
- Les **ressources financières** : l'objectif est un développement de l'analyse de gestion couvrant l'intégralité des acteurs de l'établissement.
- La **gestion logistique** comprenant la gestion des marchés publics, la gestion des immobilisations avec un suivi rigoureux des biens concernés par la comptabilité patrimoniale, la mise en conformité des cuisines satellites.
- La **fonction technique et les travaux** avec la mise en place d'un guide de gestion des services techniques, d'une gestion informatisée du patrimoine et d'une politique d'investissement pluriannuelle pour l'entretien et la maintenance.

1.4.1.7. Le projet du système d'information

En ce qui concerne le **système d'information de gestion**, il ressort que les interfaces entre les différents applicatifs du CHS doivent être développées. Trop d'informations sont encore recueillies de façon redondante sur plusieurs unités fonctionnelles de l'établissement.

Les axes majeurs du projet sont l'amélioration de la communication entre les unités de soins et l'extension du volet médical du système d'information.

1.4.2. *Le projet médical*

Les orientations stratégiques du projet médical doivent permettre au CHS de poursuivre son évolution et de conforter son positionnement au sein de l'offre de soins de santé mentale du département en partenariat avec les autres secteurs varois de psychiatrie générale et de pédo-psychiatrie.

1.4.2.1. La psychiatrie générale

Trois orientations stratégiques forment l'ossature du projet.

- 1- L'évolution du dispositif de prise en charge des patients hospitalisés au long cours qui reste une problématique majeure pour l'établissement :
 - dans le cadre de structures à vocation départementale, compte tenu de l'insuffisance actuelle de moyens adaptés sur l'ensemble du département et des besoins de l'ensemble des établissements publics de santé du Var gérant les secteurs de psychiatrie générale,
 - associant des réponses médico-sociales et sanitaires en fonction de la spécificité de chaque patient, de l'histoire de leur maladie et de leur devenir possible.

- 2- L'évolution de la psychiatrie de secteur prenant en compte quatre contraintes majeures :
 - la situation actuelle et l'évolution de la démographie médicale en psychiatrie,
 - la nécessité de mettre au maximum en synergie les actions et moyens de chacun,
 - une déconcentration géographique de la psychiatrie de secteur sur le site des centres hospitaliers de proximité, qui s'imposera à terme, tout en maintenant la gestion des moyens sous la dépendance et le contrôle du CHS,
 - la poursuite nécessaire du développement extra-hospitalier avec un redéploiement des moyens.

- 3- L'optimisation des moyens et/ou la négociation de moyens supplémentaires pour des activités et des besoins spécifiques clairement identifiés : gérontopsychiatrie, alcoologie, toxicomanie.

1.4.2.2. La psychiatrie infanto-juvénile

Trois orientations stratégiques sont mises en avant :

- 1- Proposer un équipement en structures et en moyens médicaux et non médicaux adaptés sur chacun des pôles pour répondre aux missions de façon satisfaisante et aux besoins de la population.
- 2- Une meilleure prise en compte de besoins spécifiques dans le domaine de la périnatalité, de la petite enfance, des adolescents.
- 3- Promouvoir des projets innovants autour de la clinique du lien parents-enfants, de la psychiatrie de liaison, de la thérapie familiale et groupale, autour des problématiques de la violence et de la maltraitance.

1.4.3. *Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM)*

Le CPOM a été signé entre le CHS et l'ARH le 26 mars 2007.

1.4.3.1. Objet et champ du contrat

Les orientations stratégiques ont été retenues au titre du SROS en faisant apparaître les objectifs prioritaires du CHS :

- développer la prise en charge ambulatoire et optimiser l'accessibilité des structures extra-hospitalières,
- rapprocher l'hospitalisation à temps complet de la population desservie,
- améliorer la qualité de l'hébergement en hospitalisation à temps complet et adapter la prise en charge,
- articuler en réseau et en lien avec des services somatiques de court séjour, les réponses aux besoins spécifiques des personnes âgées confrontées aux problèmes de santé mentale,
- formaliser une réponse départementale aux besoins d'hospitalisation des mineurs et aux besoins des adolescents,
- développer des alternatives à l'hospitalisation complète et des structures sociales et médico-sociales en préalable à l'atteinte de la borne minimale de l'objectif quantifié,
- développer un projet d'addictologie conforme au SROS3,
- développer les activités du SPAD (soins psychiatriques à domicile).

Dans le cadre des gains de productivité demandés aux établissements, le CHS s'engage à mener une politique d'efficacité telle que préconisée par la direction de l'hospitalisation et des soins (DHOS).

Par ailleurs, le CHS s'engage à développer ses systèmes d'information dans le respect des normes réglementaires et en s'assurant de leur cohérence avec les recommandations et orientations régionales soutenues par l'agence, liées notamment à la tarification à l'activité, à la mise en œuvre du dossier médical du patient et à la veille sanitaire.

Pendant la durée du plan, des subventions sont versées par l'ARH :

- soit 1 099 000 € pour la création d'une unité de soins de 20 lits de psychiatrie générale à proximité du CH de Brignoles,
- et 2 625 000 € pour l'humanisation de deux unités de psychiatrie générale sur le site de Pierrefeu.

1.4.3.2. Suivi, révision et sanctions du contrat

Ce contrat est conclu pour une durée de cinq ans à compter du 26 mars 2007 ; il peut être révisé et complété.

2. 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 ».

2.1. L'indépendance des exercices

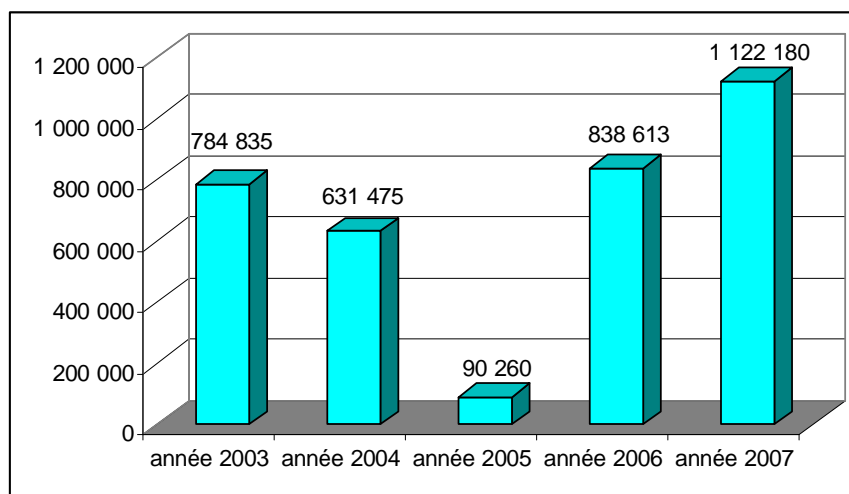
Selon l'instruction M 21, « le principe d'indépendance des exercices signifie que les comptes présentés pour un exercice ne doivent pas empiéter sur les comptes de l'exercice passé ou des exercices à venir ».

2.1.1. Le rattachement des charges à payer

La M 21 précise dans son tome 2 que « toutes les dépenses d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice budgétaire au cours duquel elles ont été engagées dès lors qu'elles correspondent à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice ».

A cet effet, il appartient à l'ordonnateur d'émettre un mandat pour un montant correspondant aux montants constatés au crédit des comptes suivants :

	2003	2004	2005	2006	2007
408 "fournisseurs factures non parvenues"	222 960,71	198 210,96	90 259,75	224 246,43	116 380,46
4281 "primes de service"	270 050,00	280 663,59	0	277 500,00	300 061,00
4286 "personnel autres charges"	213 955,60	152 600,25	0	336 867,00	510 302,80
4386 "organismes sociaux charges à payer"	77 868,95	0	/	/	195 436,00
4486 "état charges à payer"	0	/	/	/	/
4686 "autres charges à payer"	/	/	/	/	/
total	784 835,26	631 474,80	90 259,75	838 613,43	1 122 180,26



Le principe appliqué au CH de Pierrefeu est celui du rattachement des factures non parvenues avant le 31 janvier de l'exercice n+1 pour lesquelles le service est rendu au 31 décembre de l'exercice n.

De 2004 à 2006, les charges à payer aux organismes sociaux étaient rattachées au compte 4286 à la place du 4386 ; l'ordonnateur indique que cette anomalie est rectifiée en 2007, ce qui est vérifié. En 2005, il n'y a pas eu de rattachement aux comptes 4281 et 4286 ; l'ordonnateur le justifie en raison du report de charge constaté lié à une insuffisance de crédits budgétaires. En 2007, le rattachement des charges à payer a augmenté de 34 % par rapport à 2006.

Les reports de charges ont deux conséquences sur la gestion des établissements hospitaliers : ils grèvent les marges de manœuvre de l'exercice suivant, et, à l'instar du défaut de rattachement des charges et des produits, ils faussent le recensement des charges concernant un exercice donné.

	2004	2005	2006	2007
Taux de charges sur exercices antérieurs	0,8	0,7	0,4	0
Ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires	9,9	9,9	9,7	9,6

Le taux de charges sur exercices antérieurs d'une valeur supérieure à 0,2 % traduit de sérieuses tensions budgétaires de 2004 à 2006.

2.1.2. Les produits constatés d'avance

Le compte 487 « produits constatés d'avance » doit être crédité en fin d'exercice du montant des produits enregistrés en section de fonctionnement alors qu'ils ne se rapportent pas ou qu'en partie à la gestion en cours par le débit des comptes de la classe 7 qui ont supporté la recette. Cette émission doit donner lieu à émission d'un titre de réduction ou d'annulation. En ce qui concerne le CH de Pierrefeu le compte 487 n'est pas utilisé.

L'établissement indique qu'en 2008 il a enregistré une subvention de formation continue étalée sur quatre années.

2.1.3. Les « charges réparties sur plusieurs exercices »

Les établissements hospitaliers ont la possibilité de porter à l'actif les charges imputées au compte 481, en vue d'un étalement sur plusieurs exercices. Il s'agit des frais d'établissement, frais de recherche et de développement, charges à répartir.

Les comptes suivants ne sont pas retranscrits dans les balances de 2002 à 2007 :

4811 « Charges différées »

4812 « Frais d'acquisition d'immobilisation »

4816 « Frais d'émission d'emprunts »

48181 « Frais pour grosses réparations »

48188 « Autres charges à étaler »

L'ordonnateur a indiqué qu'il n'avait pas eu à utiliser les comptes de charges réparties sur plusieurs exercices.

2.1.4. Le rattachement des produits du groupe 2 à l'exercice

Le compte 418 « hospitalisés et consultants - produits à recevoir » recense les créances de l'établissement n'ayant pu donner lieu à émission de titres de recettes pendant l'exercice.

Ce compte n'est pas retranscrits dans les balances 2003 à 2007. Le CH indique qu'il s'applique à rattacher toutes les facturations à l'exercice profitant des traitements intervenant jusqu'à la fin de la journée complémentaire.

2.2. Le principe de prudence

2.2.1. Les provisions pour risques

Les provisions pour risques, retracées par le compte 151, doivent permettre à l'établissement de faire face à des risques bien individualisés.

Ce compte doit être crédité en contrepartie d'un mouvement débiteur sur le compte 6815 « dotations aux provisions pour risques et charges d'exploitation » lors de la constitution de la provision, puis être soldé en contrepartie d'un mouvement créditeur sur le compte 7815 « Reprises sur provisions pour risques et charges d'exploitation » lors de la reprise de celle-ci, ce qui n'a pas été le cas. Par la suite l'imputation a eu lieu au compte 7215.

2.2.2. Les provisions pour charges à répartir

Le compte 157 « provisions pour charges à répartir » a pour objet de répartir sur plusieurs exercices des dépenses prévisibles qui, étant donné leur nature ou leur importance, ne sauraient être rapportées au seul exercice au cours duquel elles seront engagées. Il en est ainsi des provisions pour grosses réparations qui, normalement, font l'objet d'une programmation dès l'acquisition du bien en fonction de sa durée.

	2003	2004	2005	2006	2007
157	618 531,97	618 531,97	618 531,97	618 531,97	618 531,97

La provision d'un montant de 618 531,97 € figurait au bilan depuis 1994. Malgré la réalisation de travaux annuels, il n'avait pas été effectué de reprise de cette provision au moment du contrôle.

L'ordonnateur a indiqué que la provision pour charges à répartir a fait l'objet d'une reprise dans sa totalité au cours de l'exercice 2008.

Le compte 158 « Autres provisions pour charges » :

	2003	2004	2005	2006	2007
Compte 158 (de 2003 à 2005)		339 176,00	339 176,00		
Compte 143 (de 2006 à 2007)				339 176,00	339 176,00

Le compte 143 reprend les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET).

Les 339 176,00 € correspondent aux crédits attribués en 2004 au titre du financement du compte épargne temps. Ils font l'objet d'une provision conformément à la réglementation par un mandatement au compte 6815 équilibré par un titre au compte 1581 « provisions pour charges de personnel ».

2.2.3. Les provisions pour dépréciation

	2003	2004	2005	2006	2007
68« Dotations aux amortissements et aux provisions »	1 104 585,20	1 821 560,71	1 198 713,72	1 234 708,60	1 174 019,83
29« Provisions pour dépréciation des immobilisations »	0	0	0	0	0
39« Provisions pour dépréciation des stocks et en-cours »	0	0	0	0	0
49« Provisions pour dépréciation des comptes de tiers »	36 825,45	36 825,45	36 825,45	36 825,45	36 825,45
59« Provisions pour dépréciation des comptes financiers»	0	0	0	0	0

L'ordonnateur a précisé que les immobilisations et les stocks ne faisaient pas l'objet de dépréciations. Les stocks concernent essentiellement les médicaments, aliments et diverses fournitures. Les médicaments ou denrées périmés font l'objet d'une constatation de perte immédiate dans le résultat.

Les 36 825,45 € retranscrits au compte 49 « Provisions pour dépréciation des comptes de tiers » correspondent à 2 ans de non valeurs calculées sur la moyenne observée des derniers exercices, soit 15 000 € par an. Il n'a pas été révisé de reprise de cette provision, l'exploitation ayant permis au CH d'absorber directement les pertes liées aux créances admises en non valeur.

La Chambre constate l'absence de mouvements de 2003 à 2007 ; l'ordonnateur a indiqué une reprise partielle pour les CET au compte 143 à compter de l'exercice 2008.

3. Analyse financière

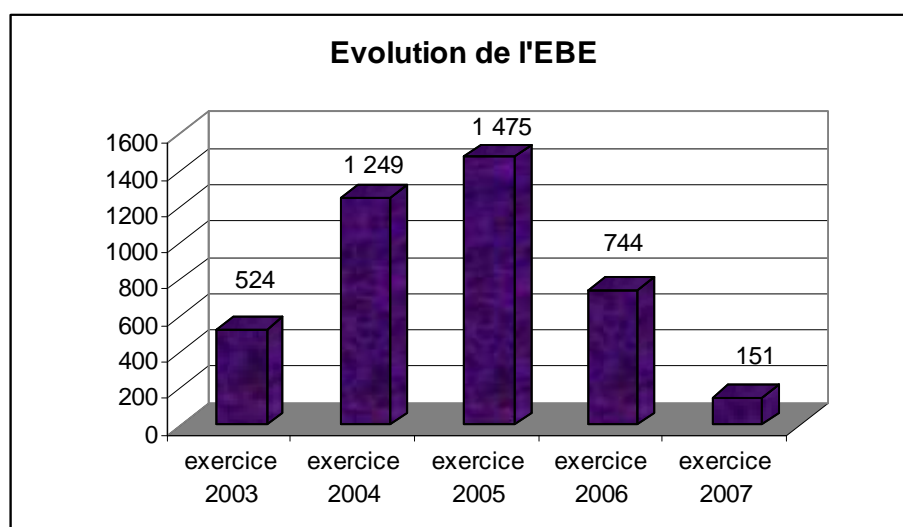
3.1. **Le résultat comptable**

3.1.1. *L'excédent brut d'exploitation (EBE)*

L'EBE constitue le solde d'exploitation le plus significatif de la gestion car il correspond au résultat de l'activité courante de l'hôpital. Il permet de mesurer l'efficacité des moyens mis en œuvre.

(en K€)

	exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
CHS toutes activités confondues	+524	+1 249	+1 475	+744	+151
Budget général	+526	+1 244	+1 076	+742	+151
Budgets annexes	-2	+5	+399	+3	0



L'EBE du CHS (toutes activités confondues) est positif à partir de 2003. Cette évolution est expliquée par le trésorier par une meilleure maîtrise des consommations intermédiaires et des charges externes. Cet indicateur augmente de 138 % de 2003 à 2004 du fait aussi de la hausse des produits d'exploitation et notamment de la dotation annuelle de financement (DAF) qui croît de 4 % par an.

L'EBE concernant le budget général du CHS est peu affecté par celui des annexes sauf en 2005 où l'excédent des annexes est de 399 K€.

L'EBE est en nette baisse en 2007 : il enregistre -79,7 % par rapport à 2006 et -87,9 % par rapport à 2004. Interrogé sur cette baisse, le trésorier a mis en avant la mise en place de l'EPRD avec l'abandon programmé de la procédure de report de charges et le rattachement impératif des charges et produits à l'exercice.

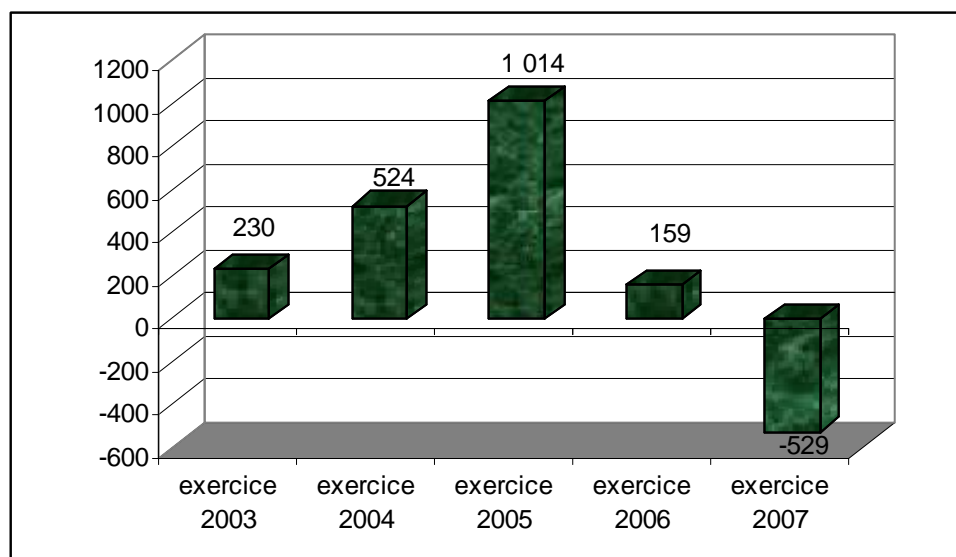
Toutefois, il paraît utile de signaler que le report de charges de 2005 avoisinait les 368 K€, ce qui entraîne un EBE 2005 quasiment équivalent à celui de 2006 après neutralisation de ce reports de charges.

3.1.2. Le résultat d'exploitation

Le résultat d'exploitation traduit le résultat de l'activité hospitalière toutes activités confondues et intègre les opérations de dotations et de reprises afférentes aux amortissements et provisions.

(en K€)

	2003	2004	2005	2006	2007
CHS toutes activités confondues	+230	+524	+1 014	+159	-529
Budget général	+191	+519	+615	+157	-529
Budgets annexes	+7	+5	+399	+3	0



Il progresse jusqu'en 2005 avec 1 014 K€ puis retombe à 159 K€ en 2006 pour devenir déficitaire de 529 K€ en 2007. Il y a lieu de mentionner ici selon le trésorier les conséquences de l'abandon des reports de charges et le fait que 400 000 € de crédits d'investissement reçus en 2005 (plan de sécurisation des travailleurs isolés : 250 000 € et surveillance vidéo : 150 000 €) n'ont pu être dépensés cette même année.

Il est avéré que les charges sur exercices antérieurs sont passées de 288 K€ en 2004 à 3 K€ en 2007, compte tenu du report de charges.

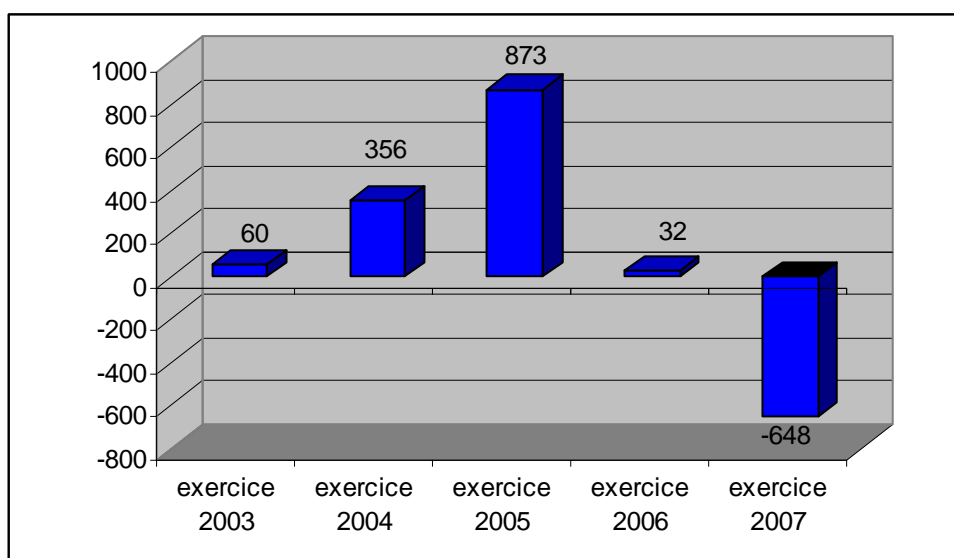
Les dotations aux amortissements ont évolué de manière contrastée : +13,6 % en 2003 avec un pic de +34,1 % en 2004 pour reculer de 23,6 % en 2005. L'évolution importante de 2003 et 2004, s'explique par l'amortissement accéléré des frais d'étude du projet de maison d'accueil spécialisé. L'année 2004 a fait l'objet d'une dotation aux provisions concernant le compte épargne temps (CET). Les autres produits d'exploitation sont en chute, sauf pour l'exercice 2004 ; cette baisse est liée au remboursement de frais de personnel, les subventions liées aux emplois CES ont été réduites. Il faut prendre en compte aussi le fait que des crédits avaient été alloués en 2004 pour financer l'ARTT.

3.1.3. *Le résultat courant*

Son montant est égal à celui du résultat d'exploitation corrigé des charges et produits financiers. Son évolution dans le temps permet d'apprécier la politique d'endettement du CH.

(en K€)

	2003	2004	2005	2006	2007
CHS toutes activités confondues	+60	+356	+873	+32	-648
Budget général	+21	+351	+474	+30	-648
Budgets annexes	38	+5	+399	+3	0



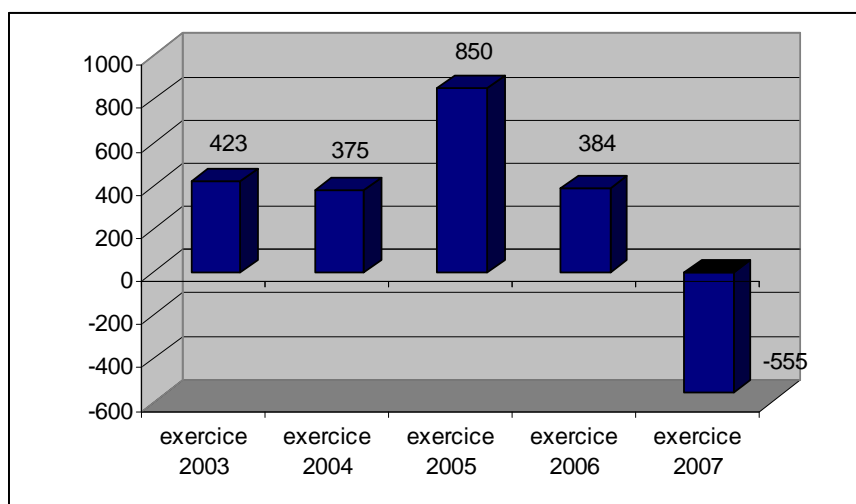
Le résultat courant suit la même évolution que le résultat d'exploitation, affecté par les reports de charge. Les charges financières diminuent, de 118 K€ en 2007, 127 K€ en 2006, 141 K€ en 2005 et 168 K€ en 2004. L'établissement ne génère aucun produit financier. L'établissement dégage en 2006 un résultat courant de 32 K€ inférieur à l'excédent brut d'exploitation de 744 K€. En 2007, le CHS présente un résultat courant déficitaire de 648 K€.

3.1.4. Le résultat net

Les résultats comptables consolidés repris dans le tableau ci-dessous sont calculés tous budgets confondus.

(en K€)

	2003	2004	2005	2006	2007
CHS toutes activités confondues	+423	+375	+850	+384	-555
Budget général	+384	+377	+452	+382	-555
Budgets annexes	+39	-2	+397	+3	0



En 2006, le résultat du budget principal est de 381 779 € et celui du budget annexe (autres services loi 30 juin 1975) de 2 521 €.

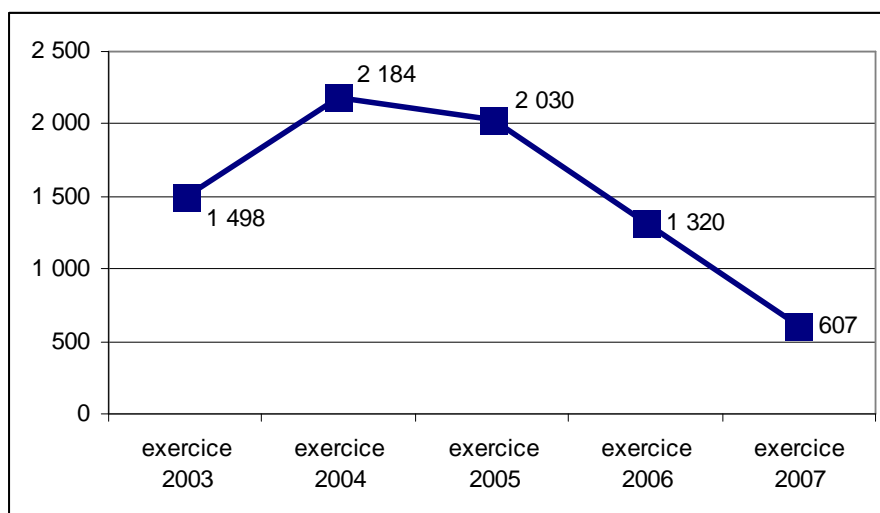
Le résultat net est fluctuant, il augmente jusqu'à +849 817 € en 2005 pour diminuer en 2006, 384 300 € et se fixer en 2007 à un déficit de 555 KF.

3.2. La capacité d'autofinancement (CAF)

La CAF se définit comme le surplus monétaire dégagé par l'exploitation durant un exercice, permettant à l'établissement d'investir, de renouveler ses immobilisations sans avoir recours à des ressources externes telles que subventions ou participations.

(en K€)

exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
1 498	2 184	2 030	1 320	607



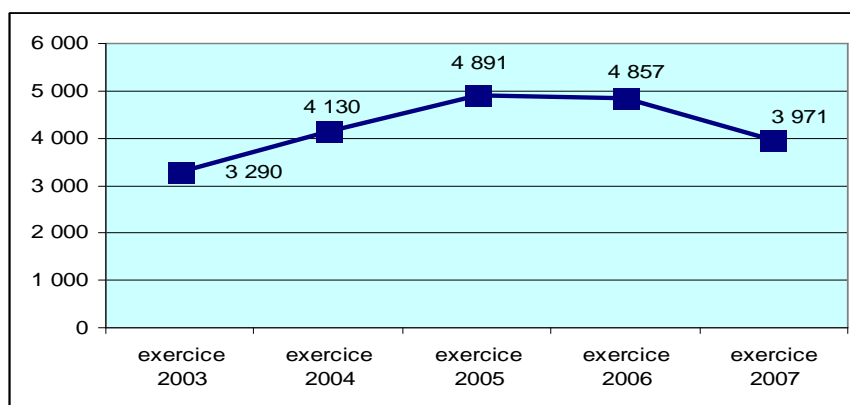
La CAF a nettement progressé de 2003 à 2004 puis décroît jusqu'en 2007.
Le taux d'autofinancement se dégrade en 2007.

exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
2,89	4,56	2,93	3,08	1,47

L'autofinancement s'affaiblit ce qui trouble sérieusement la perspective de travaux lourds d'investissement.

3.3. Le fonds de roulement net global (FRNG) et trésorerie

Le fonds de roulement net global est la différence entre d'une part les ressources propres et stables, comprenant les amortissements et provisions, et d'autre part l'actif immobilisé brut.



Le FRNG a augmenté de 89 % de 2003 à 2006. Il correspond en 2005 à 45,87 jours de charges courantes et à 44,65 jours en 2006, ce qui est supérieur à la médiane de 38,94 jours pour les établissements de la même catégorie. Il s'affaiblit en 2007 et correspond à 35,24 jours de charges courantes passant ainsi en dessous de la médiane.

Le fonds de roulement net global couvre le besoin en fonds de roulement malgré la dégradation constatée.

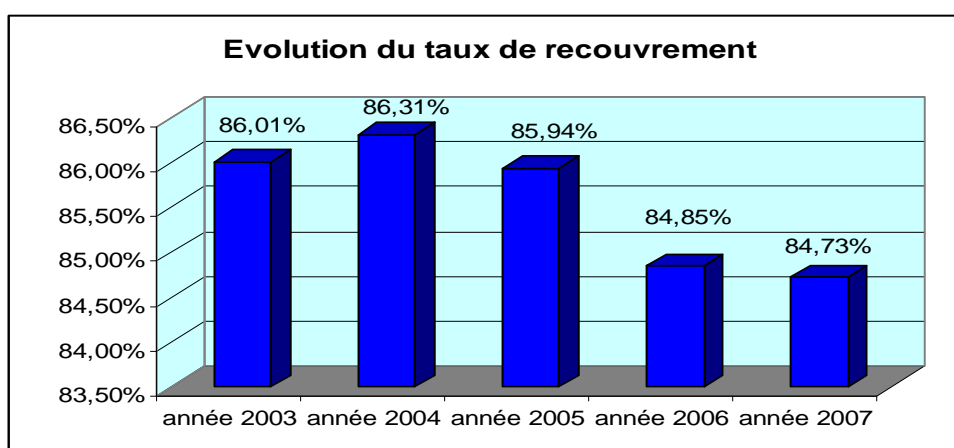
3.3.1. Le besoin en fonds de roulement (BFR)

(en K€)

exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
-1 055	-8	363	1 168	476

Le BFR est négatif jusqu'en 2004 et positif à partir de 2005. Il représente 3,40 jours de charges courantes pour 2005, il passe à 10,74 jours en 2006 pour retomber à 4,22 jours en 2007 la médiane étant de 4,79 jours.

3.3.2. Le recouvrement



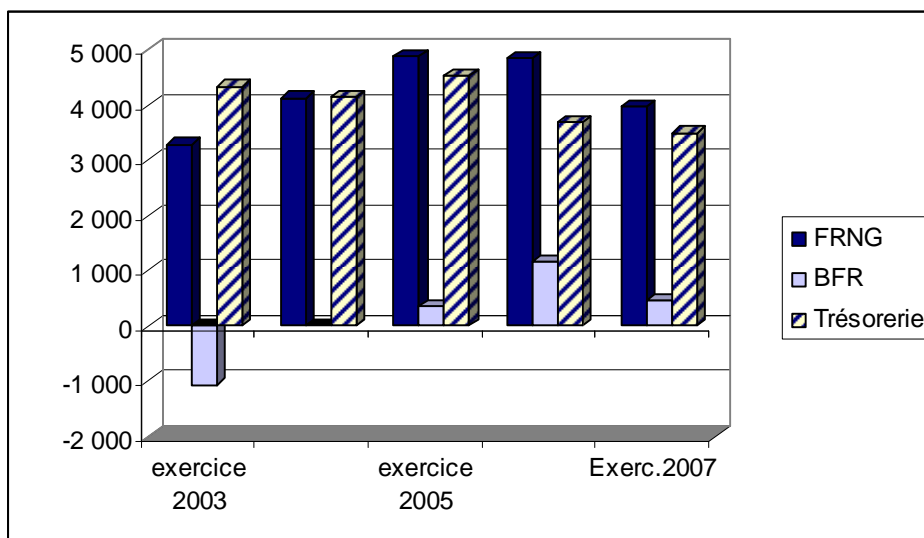
Le taux de recouvrement est en baisse depuis 2004. Il n'y a pas eu de titres admis en non-valeurs en 2007. Le nombre de titres de recettes émis par le CHS est de 3 900 en 2007.

La situation des recouvrements connaît une dégradation de 2003 à 2005 s'agissant notamment du poste « caisses de sécurité sociale » dont les règlements sont très fluctuants d'une année sur l'autre. La situation s'améliore nettement en 2006. Au cours de l'année 2007, les services de la trésorerie ont émis 618 commandements et 5 saisies.

3.3.3. La trésorerie

La trésorerie est le flux résiduel issu de l'ajustement entre le montant du FRNG et le montant du BFR.

	exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice.2007
FRNG	3 290	4 130	4 891	4 857	3 971
BFR	-1 055	-8	363	1 168	476
Trésorerie	4 344	4 139	4 528	3 689	3 495



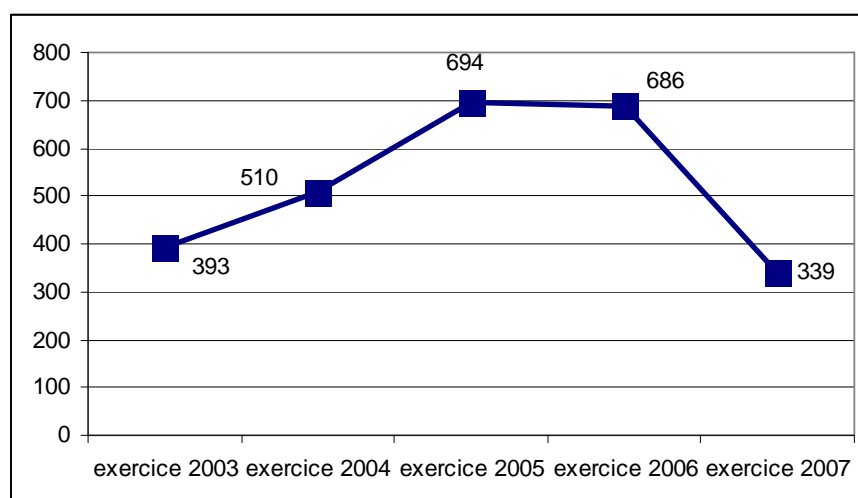
La trésorerie est relativement stable, surtout de 2003 à 2005. Elle représente 33,91 jours de dépenses courantes en 2006 et 31,02 jours en 2007, niveau supérieur à la médiane des établissements de même catégorie (29,60 jours).

Le FRNG permet de couvrir le BFR générant une trésorerie alimentée largement par les fonds détenus pour le compte des malades (compte 463).

3.4. L'endettement

L'établissement a consacré une part importante de ses ressources aux remboursements d'emprunts (62 % en 2002). L'autofinancement dégagé par la section de fonctionnement a couvert à partir de 2003 la totalité des emplois d'investissement. L'établissement n'a pas disposé d'autres sources de financement significatives.

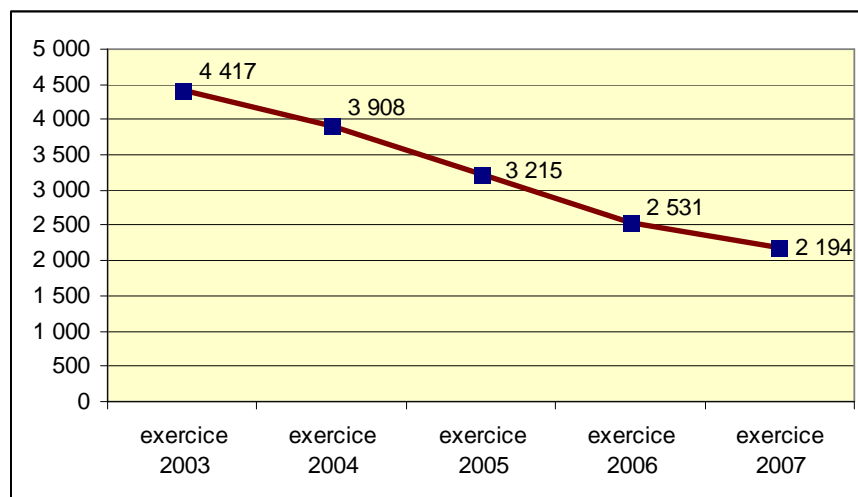
Remboursement des dettes financières (en K€)



En 2003, l'établissement a recouru à un emprunt pour 1 455 K€ et le reliquat (841 K€) a abondé le fonds de roulement. En 2004 et 2005, les ressources d'investissement étaient largement suffisantes pour financer les dépenses d'équipement et l'excédent dégagé a permis de consolider le FDR.

Evolution des emprunts et dettes assimilées (en K€):

exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
4 417	3 908	3 215	2 531	2 194



Le montant de la dette baisse sur la période de manière significative.

Le ratio de l'indépendance financière qui mesure le poids de l'endettement dans l'ensemble des ressources stables ou capitaux permanents s'est amélioré, il est passé de 27 en 2003 à 19,3 en 2005 puis 15,6 en 2006 et 14,2 pour 2007; la médiane est de 17,12.

Le faible niveau d'endettement de l'établissement qui résulte en partie de l'absence de projets financés par l'emprunt mérite d'être souligné.

Le volume des dettes à court terme est en forte baisse en raison d'un paiement plus rapide des dettes fournisseurs et des dettes fiscales et sociales. Cette amélioration dans les restes à payer est due à un règlement plus rapide et à un meilleur lissage des mandatements en cours d'année.

Les dettes fournisseurs et comptes rattachés :

exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
1 007	1 045	740	604	796

Le montant des dettes de fournisseurs restant à payer au 31 décembre 2007 s'élève à 797 852,31 €.

Le délai de rotation des dettes fournisseurs s'améliore jusqu'en 2006 puis double en 2007 pour passer à 47 jours (source : tableau de bord des indicateurs financiers)

exercice 2003	exercice 2004	exercice 2005	exercice 2006	exercice 2007
39,8	58	42,7	26,3	47,0

4. EPRD du CH de Pierrefeu du Var

Depuis 2006, les établissements ne disposent plus d'un budget mais ils doivent établir un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD). L'exécution est suivie par des états quadrimestriels.

4.1. L'EPRD et les comptes 2006

L'EPRD prévoyait un déficit de 516 635,24 € au budget principal, en réalité un excédent de 381 779,39 € a été réalisé.

Les charges de personnel constatées ont finalement été inférieures aux prévisions.

Les charges à caractère médical ont été surestimées. Entre autres, une économie de 22 327 € a été faite sur les achats de produits pharmaceutiques.

Les charges à caractère hôtelier et général ont été inférieures aux prévisions. Soit elles n'ont pas été réalisées, soit elles ont été différées sur 2007. L'ordonnateur précise que les crédits supplémentaires reçus de l'ARH et pris en compte lors de la DM1 (105 187 €) étaient initialement destinés à la location de structures modulaires pour le démarrage de l'activité à Saint Maximin. L'hypothèse a été abandonnée eu égard à son coût réel. Les 55 000 € réservés aux travaux de la villa à Hyères n'ont pu être employés, les marchés ayant été infructueux. Les charges de prestations de services extérieurs sont inférieures de 99 066 € aux prévisions.

Les produits de l'activité hospitalière ont été sous-évalués. Toutefois il convient de préciser que des crédits supplémentaires ont été attribués en cours d'exercice par l'ARH. Par ailleurs, la facturation des forfaits journaliers présente un apport non prévu de 31 496 € et les produits de tarification en hospitalisation complète ont été supérieurs de 56 393 €.

L'augmentation de 248 628 € des « autres produits » est justifiée ainsi par l'ordonnateur :

- + 84 750€ d'indemnités journalières de maladie
- + 46 702€ de remboursement du CNASEA pour les contrats aidés
- + 28 502€ de remboursement de frais de formation par l'ANFH
- + 53 264€ de divers produits sur exercices antérieurs (recettes FEH, produits de gestion des biens des malades protégés).

Le compte de résultat annexe a été arrêté avec un report à nouveau déficitaire de 2 520,96 € mais néanmoins en équilibre, un excédent du même montant ayant été réalisé ; les charges d'exploitation courante étaient surévaluées et les produits sous-évalués dans l'EPRD.

L'écart entre la CAF initiale (425 770,76 €) et la CAF constatée (1 319 782,03 €) est de 210 %.

L'établissement avait prévu un financement initial des immobilisations de 2 663 268,38 €, il n'a été que de 688 695,83 € ; l'ordonnateur précise les acquisitions en immobilisations se poursuivent en 2007.

Compte tenu du décalage sur 2007 des acquisitions d'immobilisations initialement prévues en 2006 et de la différence de CAF liée à l'écart du résultat d'exploitation, l'établissement a prélevé 33 758,94 € sur le fonds de roulement alors que l'EPRD initial prévoyait un prélèvement de 2 565 482,66 €.

4.2. L'EPRD et les comptes 2007

LES CHARGES

Les charges de personnel (titre 1) constatées sont supérieures aux prévisions d'un montant de 121 321 €. La moyenne d'ETP du personnel non médical est de 756,05 en 2007, elle était de 746,86 en 2006. Celle du personnel médical est passée de 33,20 en 2006 à 33,61 en 2007.

Par ailleurs, l'état quadrimestriel du 31 décembre 2007 précise que les charges à rattacher à l'exercice 2007 incluent :

- 231 126 € pour le paiement des heures supplémentaires du personnel non médical,
- 141 904 € pour le paiement des plages additionnelles réalisées en 2007 par le personnel médical,
- 381 862 € pour le versement du solde de la prime de service du personnel non médical titulaire et contractuel,
- 151 910 € pour les rappels de CAPL.

Les charges à caractère médical (titre 2) ont été surestimées, la dépense nette constatée en fin de période est de 8 % inférieure aux prévisions. Une économie de 38 101 € a été réalisée sur les achats des produits pharmaceutique et une autre de 36 739 € sur les charges de sous-traitance générale (dont 30 455 € pour les activités d'ergothérapie et sorties thérapeutiques).

Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) sont elles aussi inférieures aux prévisions. Cet écart est expliqué sur le dernier état quadrimestriel par la non réalisation de certaines dépenses sur les chapitres suivants :

- services extérieurs : -128 597 € (dont -65 891 € de crédits d'exploitation RIMP reçus par arrêté du 13 décembre 2007 et inscrits en DM 3 complémentaire sur le compte des prestations de formation, -44 756 € relatifs aux prestations informatiques et qui seront reportées sur 2008 et -9 413 € de frais de transport des usagers).
- approvisionnements stockés : -69 477 € (dont -28390 € concernant les produits alimentaires et en particulier les produits laitiers et -41 086 € relatifs aux autres fournitures consommables dont les achats de fioul pour -14 625 € et de fournitures de bureau pour -11 082 €).

- achats non stockés de matières et fournitures : -14 680 € relatifs aux dépenses d'eau et d'électricité.
- autres charges de gestion courante : -11 880 € concernant les créances irrécouvrables passées en pertes (-5 000 €) et autres charges diverses (-6 880 €).

Les charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4) font apparaître un écart négatif de 24 995 € entre l'EPRD après prise en compte des DM et le réalisé. Cet écart porte sur le chapitre dotations aux amortissements et provisions soit - 22 328 € et correspond à une diminution de la dotation effectuée à la provision propre assureur. Une partie des crédits initialement prévus a été utilisée en fin d'année pour le versement d'un capital décès et la somme a fait l'objet d'un transfert vers le titre 1 de dépenses. Les dotations aux amortissements et provisions ont été dotés de 35 000 € correspondant à un soutien de l'ARH pour l'achat du terrain de Brignoles devant accueillir une unité d'hospitalisation de 20 lits.

Les crédits du chapitre 67, charges exceptionnelles ont été augmentés de 12 700 € (DM3) afin d'enregistrer les annulations de titres d'hospitalisation issues du traitement du contentieux facturation.

LES PRODUITS

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) réalisés ont été supérieurs aux prévisions initiales de 115 397 €.

Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) ont été sous-évalués de 169 094 € par rapport à l'EPRD initial et de 73 734 € par rapport au dernier EPRD approuvé. La facturation des forfaits journaliers enregistre un écart de -53 067 € et les produits de la tarification en hospitalisation complète de -21 561 €.

Ces écarts sont expliqués par la baisse du nombre de journées d'hospitalisation sur lesquelles s'appuient les recettes facturées, avec 96 596 journées réalisées en 2007 contre 103 142 en 2006 ; l'hospitalisation à temps plein a diminué de 4,47 % et l'hospitalisation à temps partiel de 13,93 %. Toutefois les entrées en hospitalisation à temps plein ont augmenté de 19,12 % et celles en hospitalisation à temps partiel de 9,79 %.

Les autres produits (titre 3) enregistrent une hausse de 335 133,11 € par rapport à l'EPRD initial et de 127 752 € avec la prise en compte des décisions modificatives. Cet écart de recettes, essentiellement observé sur le chapitre H77-produits exceptionnel (+103 150 €), concerne les produits sur exercice antérieur, soit la réémission de titres de recettes d'hospitalisation (+59 046 € et les produits provenant de différences sur charges à payer (+66 829 €). Les recettes liées aux remboursements de rémunérations et charges sociales du personnel non médical sont supérieures de 15 261 €.

En ce qui concerne le **compte de résultat annexe**, il était présenté en équilibre avec un report à nouveau nul, qui le restera dans le résultat réalisé ; les charges et les produits réalisés représentent quasiment le double des prévisions initiales. Un arrêté en date du 21 septembre 2007 a accordé au centre de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST) une dotation supplémentaire de 106 721 €. Les crédits restants après imputation directe de certaines charges de personnel directement affecté au CSST et de la consommation de méthadone ont fait l'objet d'un remboursement au budget principal pour la couverture partielle des charges du service d'aide aux toxicomanes (SAT). Par ailleurs en 2007, une diminution des consommations de méthadone enregistrées sur le CSST (29 295 € en 2007 contre 38 018 € en 2006).

L'EPRD initial prévoyait sur le budget principal un déficit de **816 273,81 €**. Il n'a été que **555 243,83 €**.

L'écart entre la CAF initiale (338 686,19 €) et la CAF constatée (607 377,62 €) est de 80 %.

L'établissement a dû prélever 886 186,84 € sur le fonds de roulement qui s'établit à 3 970 597 €, l'EPRD initial avait prévu le double.

Enfin, l'établissement présente un déficit de 555 243,83 € moindre que celui prévu (816 273,81 €). La CAF constatée est près de deux fois supérieure à la CAF prévisionnelle. Toutefois la situation financière du CHS se détériore dans une période où il souhaiterait par ailleurs investir dans de nouvelles structures et procéder à des rénovations.

A partir de 2009 la capacité d'autofinancement (CAF) ne devrait plus couvrir le remboursement des dettes financières.

A cet égard, l'établissement est invité à améliorer le réalisme et la qualité des prévisions.

5. Le personnel

5.1. Le personnel non médical

5.1.1. Les effectifs

Evolution en ETP (source : bilan social 2006)

Catégories	2003 réel	2003 autorisé	2004 réel	2004 autorisé	2005 réel	2005 autorisé	2006 réel	2006 autorisé
Administratif et informatique	102,45	102,50	94,80	103,5	93,90	103,5	90,74	99
Technique et ouvrier	91,40	94	88,36	94	91,50	94	90,19	91
Soignant et para-médical	543,00	582,50	558,12	593,97	571,49	593,97	551,45	581,50
Total	736,85	779	741,28	791,47	756,89	791,47	732,38	771,50

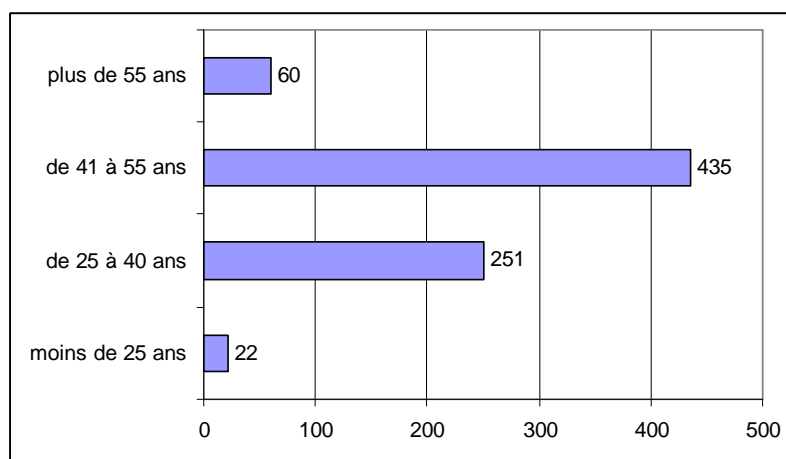
Au 31 décembre 2006, l'établissement compte 768 agents non médicaux.

Les personnels soignants et para-médicaux représentent 75 % du personnel non médical.

De 2003 à 2005, les effectifs augmentent de manière régulière pour diminuer significativement en 2006. L'ordonnateur explique cette diminution du personnel soignant par des départs à la retraite (14 en 2006), des démissions (13 en 2006) et des fins de contrats non renouvelables.

L'ordonnateur a aussi fait part de ses difficultés concernant le recrutement de personnel infirmier.

Récapitulatif par âge de l'effectif non médical au 31 décembre 2006 !



64 % des personnels non médicaux ont plus de 41 ans, ce qui révèle un vieillissement des personnels à prendre en compte pour les recrutements des années à venir.

Par ailleurs, 244 personnels sont des hommes et 524 sont des femmes ; la féminisation du personnel est particulièrement élevée chez les soignants ; dans son rapport de 2007, l'IGAS met en avant ce constat en posant la question de la sécurité des soins avec une population fortement féminisée. L'ordonnateur, confirmant ce constat, a signalé les difficultés rencontrées afin de maintenir au moins un agent masculin lors des gardes de nuit.

Les difficultés de recrutement rencontrées par l'établissement retentissent sur l'évolution de la masse salariale.

5.1.2. Travailleurs handicapés, mutilés de guerre et assimilés

Le pourcentage légal de bénéficiaires de l'obligation d'emploi de personnes handicapées au 1^{er} janvier 2006 est égal à 6 % du nombre d'agents rémunérés (articles L323-3 et L 323-5 du code du travail). Alors que l'application de ce pourcentage au CH de Pierrefeu du Var équivaut à 47 agents, seuls 23 agents ont été recensés dans ce cadre.

L'établissement a donc dû verser 49 620 € au titre de 2006 au fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique. Cette somme qui sera augmentée de 20 % tous les ans jusqu'en 2010 pourrait atteindre 116 435 €. **L'établissement s'expose donc à des dépenses supplémentaires et croissantes d'une année sur l'autre pour la non prise en charge des personnes handicapées.**

Cependant, le rapport 2006 du médecin du travail indique qu'un certain nombre d'agents présente un handicap qui n'est pas déclaré. Les intéressés sont réticents à déclarer leur handicap à l'employeur dans la mesure où ils ont obtenu leur emploi par la voie commune et où ils peuvent poursuivre leur activité au prix d'un aménagement de poste. De ce fait le CHS ne remplit pas les quotas officiels de travailleurs handicapés bien qu'un certain nombre de salariés le soient. (*cf chapitre sur la médecine du travail*).

5.1.3. Rémunérations et charges

5.1.3.1. Personnels titulaires et stagiaires (641-1)

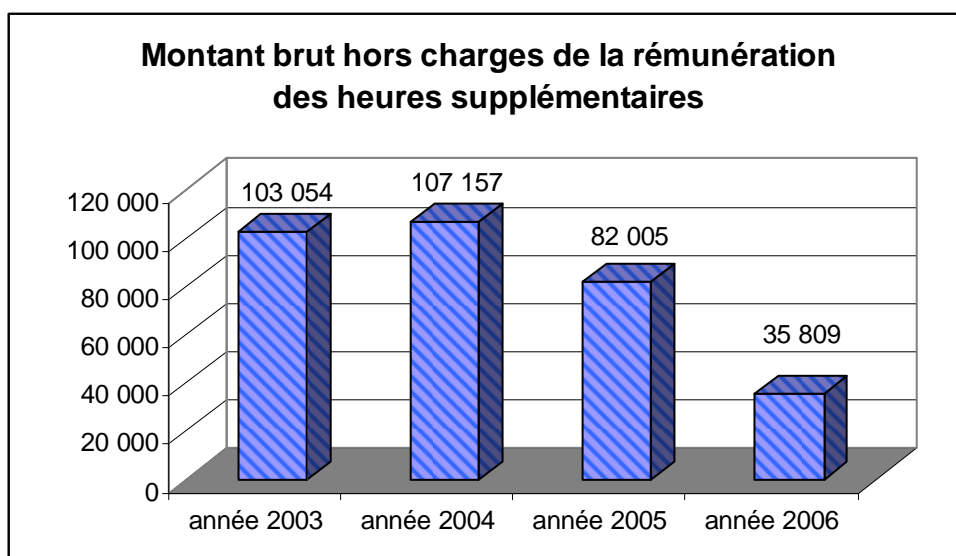
(sources : compte financier 2006 et réponse de l'ordonnateur n°961 du 18 avril 2008)

	2004	2005	2006
Rémunération principale-64111	16 897 019,18	16 960 954,63	17 220 671,65
NBI, indemnité de résidence-64112	186 413,49	103 060,59	187 958,49
Prime de service 64113	1 099 918,00	811 672,68	1 405 906,38
Supplément familial de traitement 64115	112 243,96	157 420,32	148 900,10
Indemnité de préavis-64116		1 148,29	14,61
Autres indemnités-64118	5 599,39	98 699,28	178 556,95
Total 6411	18 301 194,02	18 132 955,79	19 142 008,18
Rappel effectifs ETP	741,28	756,89	732,38

Le total de la rémunération des personnels titulaires et stagiaires augmente de 1 009 052,39 € de 2005 à 2006 et les effectifs calculés en ETP, d'après le bilan social, diminuent de 24,51. L'ordonnateur indique que fin 2005, l'établissement présentait un report de charges sur 2006 d'un montant de 367 608 € concernant les rémunérations des personnels titulaires et stagiaires (primes de service, IFTS et indemnités exceptionnelles, CSG). Par ailleurs, il précise que la baisse de l'ETP total entre 2005 et 2006 est plus importante pour le personnel contractuel. Les reports de charges constatés ne permettent pas aux comptes financiers de refléter une image fidèle de l'évolution de la masse salariale de l'établissement.

Heures supplémentaires :

Il est rappelé dans l'accord local de l'ARTT, qu'en fonction des besoins des services les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires dans la limite de 20h par mois, puis 15h à compter du 1^{er} janvier 2005 et 10h à compter du 1^{er} janvier 2006. Ces heures font l'objet d'une compensation horaire ou d'une indemnisation. Les heures supplémentaires rémunérées sont imputées dans les comptes de rémunérations principales.



Le montant brut (hors charges) des heures supplémentaires est en forte baisse en 2006.

5.1.3.2. Personnels sous contrat

	2004	2005	2006
CDI			
Rémunération principale	1 032 149,05	1 337 808,03	431 307,29
Indemnité de résidence	5 891,67	6 693,01	2 488,86
Supplément familial	5 085,52	12 127,00	2 611,02
Autres indemnités		3 933,94	
Total CDI (641-3)	1 043 126,24	1 360 561,98	436 407,17
CDD			
Rémunération principale	2 630,13		655 979,28
Indemnité de résidence			2 861,17
Supplément familial			12 135,35
Autres indemnités			3 858,00
Total CDD (641-5)	2 630,13		674 833,80
Contrats soumis à des dispositions particulières			
CES* (641-61)	114 232,74	19 408,33	285 120,68
Emplois jeunes (641-62)	40 975,53	8 350,08	
Autres contrats soumis à dispos. particulière (641-68)		29 409,31	28 339,68
Total contrats soumis à dispos. particulière (641-6)	155 208,27	57 167,72	313 460,36
Total Général	1 200 964,64	1 417 729,70	1 424 701,33

*Contrat emploi solidarité

NB : En 2004 et 2005, les comptes 641.3 enregistraient les rémunérations des personnels contractuels CDD et CDI (+2 630,13 € en 2004 pour les CDD) et en 2004, les indemnités de résidence étaient regroupées avec les rémunérations principales.

Les effectifs et la masse des rémunérations des personnels employés sous contrat sont en augmentation. L'ordonnateur a produit, à titre d'exemples, pour 2006, 7 contrats dont 2 CDI, 6 CDD.

Ils sont généralement conformes à la réglementation.

Toutefois deux agents travaillent dans l'établissement pendant 3 à 5 jours sans contrat. L'ordonnateur reconnaît ce décalage et l'explique par la charge de travail du service des ressources humaines. Une réorganisation du service en vue d'améliorer la situation est annoncée.

5.1.4. *L'absentéisme*

Nombre de jours d'absence :

Motif	2003	2004	2005	2006
Maladie	9 851	10 020	7 745	7 028
CLM	3 285	3 294	2 572	1 831
CLD	9 584	9 614	6 864	6 787
AT	1 688	1 665	2 262	1 908
Maternité	3 144	2 808	2 384	1 852
Sous-total	27 552	27 401	21 827	19 406
Nombre moyen de jours d'absence pour raison de santé	37,80	37,61	29,21	26,55
Mandats syndicaux	498	513	882	739
Mandats électifs	42	54	57	105
Absences exceptionnelles	717	521	562	760
Total général des absences	28 809	28 489	23 328	21 010
Nombre moyen de jours d'absence par agent	39,53	39,11	31,22	28,75

Le nombre moyen de jours d'absence a connu une hausse en 2003 et 2004 pour diminuer de manière significative jusqu'en 2006. Le taux d'absentéisme est considéré comme « très élevé » par l'inspection générale des affaires sociales. Lors du précédent contrôle, la Chambre relevait déjà sur certains exercices comme celui de 1997 « un taux d'absentéisme alarmant ».

L'observation est donc réitérée, même si la situation est globalement en voie d'amélioration. L'importance des congés longue durée, avoisinant ceux pour maladie ordinaire, est à souligner.

5.1.5. *La formation*

Nombre de journées de formation par catégorie de personnel :

Catégories	2003	2004	2005	2006
Administratif et informatique	196	330	311	237
Soignant et éducatif	2 450	3 073	3 035	2 319
Médico-technique	92	220	121	92
Technique et ouvrier	2	9	12	9
Total	2 740	3 632	3 479	2 657

Les dépenses :

	Coût pédagogique		Déplacement-hébergement		Total	
	2005	2006	2005	2006	2005	2006
Préparation aux concours et examens professionnels	22 877	35 128	3 352	4 584	26 229	39 712
Etudes promotionnelles	39 091	23 394	13 004	9 330	52 095	32 724
Adaptation et perfectionnement	213 044	95 476	25 265	11 820	238 309	107 296
Total	275 012	153 998	41 621	25 734	316 633	179 732

Le coût des dépenses en formation des personnels non médicaux en 2006 correspond quasiment à la moitié de celui de 2005. L'ordonnateur indique que le service responsable de la formation est passé de 3,5 à 2 ETP. La mise en place de l'ensemble des formations prévues pour 2006 n'a pu être assurée.

5.1.6. Durée et aménagement du travail

5.1.6.1. Durée du temps de travail

Un accord local sur l'aménagement et la réduction du temps de travail a été signé en 2002 avec les 4 organisations syndicales de l'établissement, arrêtant ainsi les bases internes de la mise en place de l'ARTT.

La base de 38h hebdomadaires avec 18 journées RTT a été retenue.

5.1.6.2. Aménagement du temps de travail

Des horaires différents sont appliqués dans l'établissement en fonction de l'organisation des services. La mise en place de l'ARTT a donné lieu à la création de 40,69 postes entre 2002 et 2004 pour le personnel non médical.

La durée annuelle du travail prévoit une durée maximale de 1 607h avec la prise en compte de la journée de solidarité.

Le calcul du temps de travail attendu des agents est calculé, annuellement, sur la base du calendrier et varie en fonction de la place des jours fériés dans la semaine et du nombre de repos hebdomadaires.

(source : données transmises par l'ordonnateur)

Personnel non médical	Temps de travail réel 2005*	Temps de travail réel 2006*
Personnel en repos fixe	1 589	1 568
Personnel en repos variable (10 dimanche ou jours fériés travaillés par an)	1 561	1 568
Personnel en repos variable (20 dimanche ou jours fériés travaillés par an)	1 547	1554
Personnel travaillant exclusivement de nuit (au moins 90 % de leur temps de travail annuel en période de nuit)	1 449,5	1 444

(*) hors 2 jours de congés supplémentaires « hors période »

L'accord local sur le temps de travail est particulièrement avantageux **par rapport au temps de travail légal**, avec entre autres deux jours de congés supplémentaires de « présentisme » et un temps de repas pris sur le temps de travail (hors repas thérapeutiques). **Ces modalités sont coûteuses pour l'établissement notamment en ce qu'elles induisent des heures supplémentaires.**

L'ordonnateur, a indiqué que de nouvelles mesures seraient prises dès 2009 afin de rétablir un temps de travail proche du temps de travail légal.

Près de 280 agents représentant globalement 36 % des effectifs occupent un emploi à horaire alternant ou de nuit.

Des chevauchements d'horaires excessifs avaient été institués pour les agents à repos variable, soit 1/2h pour les équipes de nuit et de matin et 1h pour les équipes de matin et de l'après-midi. Le temps de relève d'1h, avait été arrêté dans le cadre de l'accord local sur l'ARTT qui prévoyait :

le matin : arrivée 6h30 et départ 14h30, soit 8h de présence,
l'après-midi : arrivée 13h30 et départ 21h30, soit 8h de présence,
la nuit : arrivée 21h15 et départ 6h45, soit 9h30 de présence.

A la suite d'un rapport IGAS de février 2007 soulignant la nécessité de réviser la durée quotidienne du temps de travail, la direction a redéfini les horaires de fonctionnement, applicables au 1^{er} juillet 2008, soit :

- le matin : arrivée 6h30 et départ 14h, soit 7h30 de présence,
- l'après-midi : arrivée 13h30 et départ 21h, soit 7h30 de présence,
- la nuit : arrivée 20h45 et départ 6h45, soit 10h de présence,
- le temps de relève passe donc à 1/2h.

Des agents des services administratifs, des services techniques et logistiques ont opté pour le « temps choisi ». La badgeuse est utilisée uniquement sur le site de Pierrefeu ; à ce jour un marché a été passé afin de pouvoir généraliser le système à l'ensemble du personnel.

La chambre prend acte des améliorations ainsi apportées.

5.1.7. La période d'astreinte à domicile

La période d'astreinte à domicile s'entend comme une période pendant laquelle l'agent, sans être à la disposition permanente et immédiate de son employeur, a l'obligation de demeurer à son domicile ou à proximité, afin d'être en mesure d'intervenir pour effectuer un travail au service de l'établissement. La durée de cette intervention, temps de trajet inclus, est considérée comme travail effectif.

Sont concernés par ces astreintes à domicile les personnels des services techniques (chauffage, bâtiments, électricité), du service restauration et du service informatique.

Ces astreintes sont mises en place afin de faire face aux pannes de matériel, aux insuffisances d'ingrédients pour les livraisons des repas, aux défaillances dans la livraison du pain, en cas d'absence d'un agent de service le week-end. A ce jour, 6 agents d'encadrement assurent ces astreintes couvrant la plage horaire du vendredi 14h au lundi 5h et donnant lieu à une compensation horaire de 5 heures.

La chambre s'interroge sur la justification de ces astreintes assurées par un nombre important d'agents d'encadrement, s'agissant notamment de livraison du pain.

5.2. Le personnel médical

5.2.1. Les effectifs

Evolution en ETP (source : bilan social 2006)

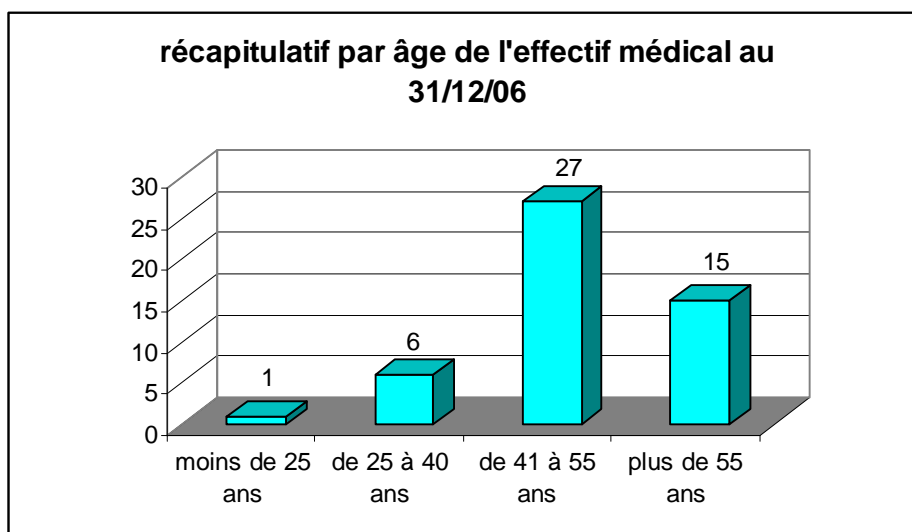
Grades	2003 réel	2003 autorisé	2004 réel	2004 autorisé	2005 réel	2005 autorisé	2006 réel	2006 autorisé
PH temps plein	21,27	20	18,5	24	15,5	25	20,5	28
Praticien adjoint contractuel	1	3	1	3	1	1	1	1
Praticien contractuel	0,6		0		2,8		1,8	
PH temps partiel	1,8	4,8	2,4	4,8	2,4	4,8	4,73	4,2
Assistant des hôpitaux	2	3	2	3	2	3	2	3
Internes	0	4	0	6	1	6	2	6
Attachés	4,02	5,23	5,02	6,6	4,7	6,6	5,18	5,65
Total	30,69	40,03	28,92	47,4	29,4	46,4	37,21	47,85

Il existe une différence permanente entre le nombre de médecins réellement en poste, et l'effectif autorisé. En 2003, 9 médecins manquaient par rapport à l'effectif autorisé ; la situation s'était aggravé en 2005 alors que l'effectif autorisé avait augmenté de 4 postes de praticiens temps plein par création entre 2003 et 2005 soit 3 postes à l'UCSA et 1 au CAP de Brignoles (transformation de 2 postes de praticiens adjoints contractuels). En 2005, il manquait 16 postes par rapport à l'effectif théorique.

Quatre licenciements ont été prononcés en 2004. L'ordonnateur les explique par l'interruption des contrats de praticiens attachés affectés à la pharmacie qui a permis la création d'un poste de praticien hospitalier temps plein. L'évolution du service de la pharmacie a, en effet, démontré la nécessité de prendre en compte les exigences réglementaires et les recommandations de bonnes pratiques contenues dans les principes définis par la haute autorité de santé. Un praticien contractuel a assuré à titre provisoire la direction du service afin de répondre aux critères imposés dans le cadre de la certification, comme le domaine des vigilances, notamment en matière de pharmacovigilance, d'observance et de lutte contre la iatrogénie médicamenteuse (conséquence indésirable et négative sur l'état de santé de la prise médicamenteuse). Afin de compléter cette orientation, il s'est avéré nécessaire qu'un pharmacien organise la formation du personnel infirmier dans ce domaine. Par ailleurs l'ordonnateur indique que l'établissement va devoir procéder à une signature d'un « contrat de bon usage » avec les autorités de tutelles et les caisses d'assurance maladie. C'est pour toutes ces raisons que le CHS doit recourir à un personnel statutaire formé à la pharmacie hospitalière et également aux procédures de passation des marchés.

Le coût de ces licenciements s'est élevé à 21 426,32 €.

Répartition par âge de l'effectif



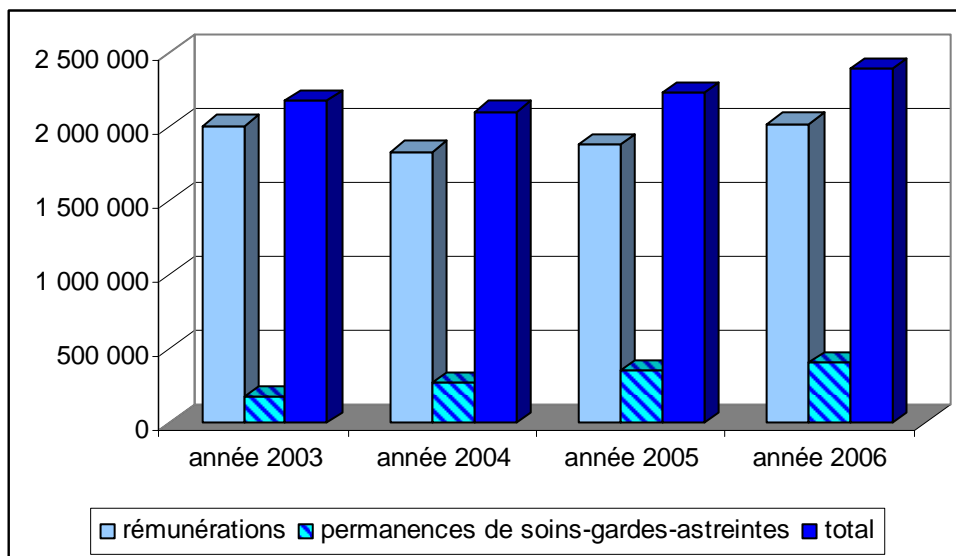
85 % des personnels médicaux ont plus de 41 ans ; le niveau du vieillissement du corps médical étant élevé, des recrutements sont envisagés, mais ils se révèlent difficiles.

5.2.2. Les rémunérations

L'évolution des rémunération du personnel médical est fonction des gardes et astreintes comme le montre le tableau ci-dessous.

	2003	2004	2005	2006
Rémunérations				
642-1 rémunérations praticiens temps plein	1 690 871,96	1 573 463,04	1 556 616,94	
642-2 rémunérations praticiens temps partiel	191 356,56	105 363,47	129 156,87	
(*) 642-1 rémunérations praticiens temps plein et temps partiel				1 576 192,80
(*) 642-3 praticiens contractuels sans renouvellement de droit				253 528,79
642-3 attachés	124 654,57	142 438,42	169 264,20	
(*) 642-2 attachés renouvelables de droit				156 920,83
642-4 internes et étudiants en médecine	/	12 438,64	23 115,64	35 925,58
Sous total	2 006 883,09	1 833 703,57	1 878 153,65	2 022 568,00
Permanence de soins /gardes et astreintes				
642-5 Gardes et astreintes	173 110,97	269 462,16	349 054,88	
(*) 642-51 Permanences sur place intégrées aux obligations de service				196 204,67
(*) 642-53 Permanences de soins par astreinte				45 621,91
(*) 642-6 Temps de travail additionnel de jour				159 404,37
Sous total	173 110,97	269 462,16	349 054,88	401 230,95
(*)642-9 Remboursement sur rémunération du personnel médical				27 675,95 (crédeur)
Total 642	2 179 994,06	2 103 165,73	2 227 208,53	2 396 123,02

(*) nomenclature 2006



L'attribution des indemnités auxquelles les praticiens peuvent prétendre pour leur participation à la permanence des soins diffère selon le statut des intéressés et selon que cette participation s'est effectuée sous la forme d'une permanence sur place ou d'une astreinte à domicile. Ainsi pour toute permanence des soins assurée sur place, les praticiens mono-appartenants peuvent percevoir une indemnité de sujétion ou une indemnité forfaitaire pour travail additionnel. Ces deux indemnités ne peuvent se cumuler pour une même période de temps de travail et il a été vérifié que cette règle soit appliquée aux praticiens hospitaliers du CHS.

Les indemnités perçues par les PH apparaissent aujourd'hui conformes à la réglementation et le principe de non cumul est appliqué. Par rapport au précédent contrôle, la chambre souligne l'amélioration apportée dans l'application de la réglementation relative à la rémunération.

5.2.3. La permanence des soins

Pour l'ensemble des praticiens, la règle générale de la comptabilisation des obligations de service reste la demi-journée (à l'exclusion des attachés rémunérés à la vacation).

Le décompte de la réalisation des obligations de service se fait par période de quatre mois, au vu des tableaux de service nominatifs mensuels réalisés.

Un praticien à temps plein est réputé avoir accompli ses obligations de service s'il a réalisé dix demi-journées inscrites au tableau de service comme dix demi-périodes de jour ou de nuit, sans considération du nombre d'heures effectivement réalisé.

Un praticien à temps partiel est réputé avoir accompli ses obligations de service dès lors qu'il a réalisé le nombre de demi-journées prévues dans son arrêté de nomination, son contrat, ou sa décision de nomination.

Au CH de Pierrefeu du Var la permanence de soins est assurée par :

- 10 somaticiens de garde + 2 internes,
- 20 psychiatres d'astreinte opérationnelle, de sécurité ou de garde,
- 2 PH de pharmacie.

La circulaire DHOS/M2 n°2003-219 du 6 mai 2003 détermine l'organisation de la permanence des soins.

L'organisation en fonction de la nature et de l'intensité des activités

L'activité s'organise soit :

- en service quotidien de jour suivi d'une astreinte à domicile ;
- en service quotidien de jour suivi d'une permanence sur place.

5.2.3.1. Les tableaux de service

Au CHS, les tableaux de service ne sont pas informatisés parce qu'ils doivent comporter la signature du chef de service et du directeur du CHS. Ils sont transmis au service des affaires médicales par courrier interne. Les éléments contenus dans les tableaux réalisés sont reportés dans une fiche de suivi individuel annuelle créée dans Excel. Cette fiche renseignée mensuellement à partir des tableaux de service réalisés permet de connaître le temps de présence dans l'établissement de chaque médecin.

Un échantillon de ces fiches nominatives pour l'exercice 2007 a été transmis ; chaque élément est renseigné.

Un contrôle des gardes est opéré sur la base des tableaux de gardes établis mensuellement et visés par les chefs de service.

En cas d'appel, chaque médecin d'astreinte dispose d'un carnet à double-feuillets, mis en place depuis novembre 1999, sur lequel sont mentionnés les dates, la structure concernée, l'identité de l'appelant, l'heure d'appel, l'heure d'arrivée, l'heure de départ, les initiales du patient et la cotation de l'acte. Ces feuillets de déplacement sont signés par l'appelant et le médecin.

Le CHS est donc en mesure de contrôler dans son principe les temps de présence effectués par les personnels médicaux (permanence de soins, gardes, astreintes..). Les tableaux de service sont établis. Toutefois certains d'entre eux sont insuffisamment renseignés. Ils gagneraient à être informatisés compte tenu des moyens alloués au service informatique.

5.2.3.2. La rémunération des permanences de soins et du temps additionnel

Les décrets statutaires et l'arrêté relatif à l'organisation et l'indemnisation de la permanence des soins posent le principe général de l'intégration des permanences sur place (« anciennes gardes ») dans les obligations de service. Cette intégration est réalisée dans la limite du budget alloué à l'établissement à cet effet.

Désormais, le praticien réalise ses obligations de service statutaires aussi bien de jour que de nuit. Ainsi, chaque permanence sur place, qu'elle soit réalisée la nuit, le samedi après-midi, le dimanche ou jour férié (« ancienne garde ») est intégrée dans les obligations de service et donne lieu au versement d'une indemnité de sujétion, pour tenir compte des contraintes liées à ces périodes de travail.

Il revient au directeur, dans le respect du budget alloué à l'établissement, d'arrêter pour chaque praticien, au vu des tableaux de service nominatifs mensuels réalisés, le nombre des périodes de travail ouvrant droit au versement des indemnités respectivement de sujétion et de temps de travail additionnel.

Le CHS effectue un rapprochement entre les tableaux de service mensuels réalisés et le tableau général mensuel des gardes et astreintes, afin de vérifier si les gardes prévues ont réellement été réalisées et les repos de sécurité respectés. Ces vérifications réalisées, les périodes de gardes sont saisies sur le logiciel de paye afin de générer le paiement des indemnités de sujétion correspondantes. Le volume de temps additionnel effectué sur le mois est reporté sur la fiche individuelle de suivi mensuel de chaque praticien pour un paiement au quadrimestre.

L'ordonnateur a fait part à la chambre d'un projet de contractualisation des contrats qui, conformément à l'article 11 de l'arrêté du 30 avril 2003, seront, sur proposition du chef de service, signés entre les praticiens concernés et le directeur de l'établissement.

L'ordonnateur a produit un exemplaire de contrat de travail additionnel ; ce contrat précise que le recours au temps de travail additionnel ne pourra se faire qu'après vérification du caractère indispensable de cette procédure pour maintenir le fonctionnement normal du service. L'article 5 de ce contrat stipule que seulement 50 % du temps de travail additionnel autorisé pourra donner lieu à une indemnisation, les 50 % restants seront, au choix du praticien, soit récupérés soit placés sur un compte épargne temps.

Le CHS a eu recours à une étude de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sur le temps médical dont l'un des objectifs est de vérifier la validité du dispositif actuel de permanence des soins.

Nombre de plages additionnelles rémunérées :

2003	2004	2005	2006
27	330	815	722

(*) nomenclature 2006

	2003	2004	2005	2006
642-5 Gardes et astreintes	173 110,97	269 462,16	349 054,88	
(*) 642-51 Permanences sur place intégrées aux obligations de service				196 204,67
(*) 642-53 Permanences de soins par astreinte				45 621,91
(*) 642-6 Temps de travail additionnel de jour				159 404,37
Sous total	173 110,97	269 462,16	349 054,88	401 230,95
(*)642-9 Remboursement sur rémunération du personnel médical				27 675,95 (crédeur)
Total 642	2 179 994,06	2 103 165,73	2 227 208,53	2 396 123,02

Les dépenses de 2004 et 2005 des gardes et astreintes sont globalisées, sans distinction. La ventilation du compte 642.5 et le compte 642-6 concernant le temps de travail additionnel ont été mise en place en 2006.

Les rémunérations des gardes, astreintes, permanences de soin sont augmenté de près de 135 % de 2003 à 2006.

L'amélioration de la prise en charge des urgences psychiatriques ajoutée au manque d'effectifs et au changement de mode de rémunération a donc entraîné une forte augmentation des rémunérations du temps de travail additionnel et des gardes et astreintes.

6. La gérance de tutelle

L'article 499 du code civil dispose que le juge des tutelles peut désigner comme gérant de tutelle un préposé appartenant au personnel administratif de l'établissement de traitement.

L'article 1^{er} du décret n° 69-195 du 15 février 1969 précise que « les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics choisissent parmi leurs préposés la personne la plus qualifiée pour être désignée comme gérant de tutelle ».

Le décret n° 69-196 du 15 février 1969 fixe la répartition des compétences entre le gérant de tutelle, qui émet les ordres de recettes et de dépenses, et le comptable, qui tient les comptes et livres auxiliaires, reçoit les sommes et paie les dépenses pour le compte des majeurs protégés.

6.1. Le service de protection et de gestion des biens

6.1.1. Présentation du service

Le service de protection et gestion des biens du centre hospitalier assurait au 3 septembre 2008 la prise en charge de 496 personnes.

Parmi ces personnes, 317 font l'objet d'une mesure de tutelle, 118 d'une mesure de curatelle, 6 d'une sauvegarde de justice et 55 d'une mesure d'instance.

Parmi les majeurs protégés, 59 se trouvent en maisons de retraite conventionnées, 42 en maisons de retraite privées et 160 sont à domicile, ce qui représente un total de 261 majeurs hors du centre hospitalier.

Outre la gérante de tutelle, onze agents travaillent également au sein du service. Parmi ces agents, il y a quatre délégués à la tutelle (assistantes sociales), quatre délégués aux dossiers, ainsi qu'un agent s'occupant, entre autres attributions, des sauvegardes de justice.

La gérante de tutelle signe les ordres de paiement.

Lorsqu'elle est absente, un agent a délégation pour ordonner en ses lieu et place toutes opérations de recettes et de dépenses sur les comptes des majeurs protégés tenus par le receveur du centre hospitalier. Un autre agent a délégation pour les ordres de paiement afférents aux opérations nécessaires à la vie courante des majeurs protégés.

Par ailleurs, les quatre délégués à la tutelle ont délégation pour les demandes de fonds de solidarité, chacun pour les dossiers dont ils ont la charge.

Ces opérations restent sous la responsabilité de la gérante et doivent demeurer dans le cadre strict des dépenses urgentes et nécessaires.

Actuellement le service utilise le logiciel T WIN. Le logiciel MEDIANE n'est plus utilisé suite à un contentieux avec le gérant de ce logiciel.

Le gérant et les assistantes sociales peuvent seulement consulter les données contenues dans ce programme. Le personnel assurant la gestion des dossiers peut effectuer quant à lui des modifications. Ce système permet d'éviter des erreurs dus à la difficulté de manipulation du logiciel. Un code d'accès est nécessaire afin de pouvoir utiliser le logiciel, ce qui permet d'identifier les personnes qui ont entré les opérations.

6.1.2. Les procédures mises en place par le service

Les procédures de mises en place par le service de la gérance des tutelles de l'établissement résultent de l'instruction du ministère de l'économie et des finances n° 72-118 M2 du 29 septembre 1972, relative à la gestion des biens des majeurs protégés hospitalisés dans le secteur public.

Cette instruction ministérielle est elle-même conforme aux dispositions générales du Code civil notamment son article 4971-4 relatives au paiement des actes conservatoires.

Le dispositif tel que prévu par l'instruction susvisée a été adapté par l'établissement, avec l'accord du trésorier, afin de mieux répondre aux besoins des patients sous tutelle et de s'assurer du remboursement effectif et systématique des sommes avancées aux patients.

- **A la mise en place d'une mesure de tutelle**

A la mise en place d'une mesure de tutelle, le service informe immédiatement l'ensemble des organismes intéressés.

Il établit un état du patrimoine du malade majeur. Les biens immobiliers ne sont évalués que lorsqu'il est envisagé d'en disposer en raison de la longueur de la procédure requise à cet effet (demande d'autorisation au juge pour se rendre sur place, être accompagné d'un commissaire-priseur, autorisation du juge pour la mise à disposition, écrit du médecin indiquant que le patient ne réintégrera pas le bien immobilier en question). En général les terrains ne sont pas évalués. Un récapitulatif de l'évolution du patrimoine est effectué année par année et est transmis au juge (type de placement, montant, date). S'il y a des intérêts, l'année suivante le solde et les intérêts sont portés sur la fiche qui est transmise au magistrat.

Dans le cas où des travaux seraient à effectuer sur des biens, le service demande des devis, et c'est la gérante qui signe les ordres de paiement au vu des factures.

La gérante de tutelle indique ne plus souscrire d'obligations compte tenu des difficultés engendrées par les délais entre la demande de renouvellement et l'obtention de la réponse.

Lorsque les personnes sous tutelle possédaient un compte bancaire avant la mise en œuvre de la mesure, celui-ci est rendu inactif.

Par ailleurs, s'agissant du dépôt des biens auprès de la régie, un papillon provenant de la régie portant mention du dépôt effectué par le patient à son entrée dans l'établissement (bijoux, montres, ...) est joint au compte-rendu de gestion.

▪ **Le fonds de solidarité**

En outre, la gérante de tutelle a indiqué que lors de la mise en place d'une mesure de tutelle, un fonds de solidarité permettait une avance à la demande de l'assistante sociale en charge du dossier entre le moment où le courrier est adressé à la banque pour l'informer de la mise en place de la mesure et le moment où celle-ci envoie les documents. Par la suite, dès que les fonds sont versés, le fonds de solidarité est remboursé.

Cette procédure peut également être utilisée lorsqu'à un moment donné il n'y a plus d'argent disponible pour le règlement des factures ou autres dépenses, le remboursement se fait lorsque des fonds sont versés. Il s'agit en quelque sorte d'une avance de trésorerie.

▪ **Les modes de paiement**

A côté des procédés habituels de paiement et du retrait auprès de la banque des patients évoqué au point 6.2 ci-dessous, le service a mis en place un système de bons d'achat auprès de certains commerçants.

Les majeurs peuvent acheter des articles auprès d'un certain nombre de commerçants par le biais d'un bon nominatif et numéroté qui fixe le montant maximum des dépenses pouvant être engagées. Le bon est signé par la gérante de tutelle. Le commerçant renvoie ensuite le bon au service de gestion et de protection des biens, accompagné de la facture détaillée. Le service des tutelles procède au paiement par virement.

Cette procédure permet ainsi d'éviter que le personnel accompagnant le majeur détienne des fonds ou que ce dernier ne dispose de la somme en liquide.

Par ailleurs, les majeurs peuvent effectuer une commande sur catalogue (notamment des achats de vêtement). Celle-ci est reçue à l'établissement, qui paie la facture par virement du comptable, l'ordre de paiement étant fait par le gérant de tutelle.

La chambre relève les améliorations apportées en matière de délégation de signature par rapport au dernier contrôle. Ces efforts doivent être poursuivis en ce qui concerne les demandes de fonds de solidarité, les compétences en matière de signature ne pouvant être déléguées sans autorisation du juge des tutelles conformément à la réglementation.

6.2. La banque des patients

La banque des patients est associée à la gérance de tutelle dans la mesure où les majeurs placés sous protection du service de tutelle de l'établissement disposent d'un compte auprès d'elle durant leur hospitalisation.

Une régie a été constituée par acte du 13 mars 1998 pour :

- L'encaissement de l'argent de poche déposé par les familles des hospitalisés non protégés,
- Le paiement de l'argent de poche des malades protégés sous tutelle et de celui des malades hospitalisés non protégés.

La régie est installée au centre de loisirs de l'établissement. Elle est ouverte tous les jours. La régie correspond au compte 46321 « fonds reçus ou déposés – hospitalisés et hébergés ». A chaque fin de mois les services de soins adressent au service de gestion et protection des biens un document sur lequel sont mentionnés le pavillon demandeur, les noms des majeurs protégés concernés, les sommes allouées. Le montant de la somme allouée à chaque majeur est déterminé par le médecin ou le surveillant-chef. Sur la foi de cette pièce comptable, le service de gestion et protection des biens saisit les dépenses. Le bordereau, signé de la gérante de tutelle et de l'ordonnateur, est remis au receveur qui transfère les fonds au régisseur en charge de la banque des patients. En cas de sortie définitive du majeur protégé de l'hôpital, le régisseur indique au receveur le solde positif. Le receveur sollicite le service de protection et gestion des biens pour qu'il établisse un bordereau de recettes. Le receveur, à réception de ce bordereau, ré-impute le solde sur le compte Trésor public de l'intéressé. Le renouvellement du crédit résulte de la différence entre le crédit restant et le montant de la prescription.

Occasionnellement, une prescription supplémentaire est réalisée pour octroyer un crédit spécifique (sortie accompagnée, etc.).

Le régisseur tient un compte individualisé par malade, formalisé par deux balances comptables (hebdomadaire et annuelle), remises au comptable chaque semaine (depuis le 1^{er} janvier 2006) et qui font état des crédits, débits, et solde de chaque patient.

Le régisseur remet les fonds directement au patient qui peut être seul ou accompagné d'un infirmier en fonction de son état physique et mental. L'instruction n° 98-037-A-B-M du 20 février 1998 puis l'instruction n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 prévoient que, lorsque le créancier ne sait pas ou ne peut pas signer, le régisseur fasse constater la réalité du paiement par deux témoins.

L'établissement indique que lorsque le patient n'est pas en mesure de se déplacer, les fonds sont remis à deux agents de l'établissement. Or l'instruction du 18 juin 1987 prise pour l'application de l'article 59 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, dispose qu'en « *tout état de cause, le personnel de l'établissement ne doit pas s'immiscer dans le maniement des fonds des malades* ». Les médecins chef de service ou les cadres de santé établissent la liste des personnels, des infirmiers ou des aides-soignants, désignés à cet effet. Les listes sont établies par unité de soins. Il ressort de ces listes qu'un nombre important d'agents est par ailleurs habilité à recevoir des fonds pour les majeurs. A titre d'exemple la liste de l'unité de soins Les Fauvettes, transmises au receveur le 23 novembre 2004, comporte les noms de treize agents, ainsi que cinq noms supplémentaires qui ont été rayés. L'hôpital indique que ces listes ont été établies à l'origine pour la délivrance du pécule et que, bien qu'actualisées, elles nécessitent une formalisation accrue. L'établissement reconnaît que cette procédure ne respecte pas la réglementation mais note que, compte tenu de la spécificité de l'établissement, elle remédie à la difficulté de disposer de tierces personnes offrant des garanties de sécurité et de probité supérieures à ces personnels. Le receveur a signalé qu'à chaque remise de fonds un bordereau de retrait était signé par le patient ou les bénéficiaires et le régisseur, qui le transmettait ensuite à la trésorerie en pièce justificative du mandat.

Le contrôle a permis de constater d'une part que certains bordereaux de retrait ne comportaient la signature que du régisseur et d'un seul témoin (bordereau de retrait du 13 avril 2006– pièce justificative mandat de reconstitution n° 50), et d'autre part que certains ne comportaient que la signature du régisseur (bordereau de retrait du 19 avril 2006, - pièce justificative mandat de reconstitution n° 50).

Il a également été observé que des mandats de reconstitution de l'avance du régisseur n'étaient signés que par le comptable (mandats de reconstitution n° 48, 49 et 50 des 20, 24 et 26 avril 2006 – compte 46321).

L'instruction n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 prévoit cependant que si, afin d'accélérer la reconstitution de l'avance entre les mains du régisseur, celui-ci peut, après accord de l'ordonnateur et du comptable, remettre directement ses pièces au comptable qui effectue la reconstitution de l'avance à hauteur des justifications admises par lui, il reste au comptable la charge de transmettre les pièces à l'ordonnateur pour émission du mandat de régularisation. Précédemment, l'instruction n° 98-037-A-B-M du 20 février 1998, abrogée par l'instruction susmentionnée, prévoyait que l'ordonnateur établisse un mandat au nom du régisseur ès qualité, pour le montant des justifications admises, et produise à l'appui du mandat au comptable assignataire les deux exemplaires du bordereau récapitulatif ainsi que les pièces justificatives acceptées.

Certaines irrégularités, source de risques pour l'établissement et les patients, étant constatées, la chambre appelle l'attention sur les modalités de retrait de fonds au bénéfice des patients (qualité et nombre des agents effectuant ces démarches) et sur la reconstitution de l'avance du régisseur.

Le Président,

Bertrand Schwerer