



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISE DE MONTFAVET

(département de Vaucluse)

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 11 décembre 2019.

AVANT-PROPOS

Le présent rapport d'observations définitives, une fois délibéré, est adressé aux représentants légaux des collectivités ou organismes contrôlés afin qu'ils apportent, s'ils le souhaitent, une réponse qui a vocation à l'accompagner lorsqu'il sera rendu public. C'est un document confidentiel réservé aux seuls destinataires, qui conserve un caractère confidentiel jusqu'à l'achèvement de la procédure contradictoire. Sa divulgation est donc interdite, conformément à l'article L. 241-4 du code des juridictions financières.

TABLE DES MATIÈRES

1	PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT	7
2	UNE IMPLICATION TERRITORIALE MAIS UNE DEROGATION TEMPORAIRE A L'ADHESION AU GHT	10
3	L'ACTIVITÉ	14
	3.1 Une capacité d'hospitalisation en diminution	14
	3.2 Une capacité médico-sociale en hausse	17
	3.3 Une file active en progression	17
	3.4 Un volume d'activité en hausse en ambulatoire, en baisse en hospitalisation	18
	3.5 Une attractivité satisfaisante liée à une situation de monopole	20
4	LA FIABILITE DES COMPTES	20
	4.1 Les produits constatés d'avance	21
	4.2 Les amortissements	22
	4.3 Les provisions	24
	4.4 Les remboursements des budgets annexes au budget principal	29
	4.5 Les tarifs journaliers de prestations	30
	4.6 Une traçabilité insuffisante des aides monétaires et non monétaires accordées aux associations	31
5	LES ACTIVITES DE SOCIOThERAPIE	35
	5.1 Les relations CHM - l'Optimist' : une clarification des rôles récente encore insuffisante	35
	5.2 Le budget de la vie sociale : une gestion formalisée non respectueuse de plusieurs points de réglementation	41
6	UNE SITUATION FINANCIERE QUI SE DEGRADE	44
	6.1 Une progression des produits	45
	6.2 Une progression des charges plus rapide que celle des produits	49
	6.3 Les soldes intermédiaires de gestion	51
	6.4 Les résultats	53
7	LES INVESTISSEMENTS	54
	7.1 Les investissements	54
	7.2 Le financement des investissements	56
8	LES RESSOURCES HUMAINES	58
	8.1 L'organisation de la direction des ressources humaines	58
	8.2 Un effectif en baisse sur le budget principal, en hausse sur les budgets annexes	59
	8.3 Une augmentation de la masse salariale	63
	8.4 Des frais de déplacements maîtrisés	65
	8.5 Un absentéisme en progression	65
	8.6 Le personnel non médical	66
	8.7 Le personnel médical	75
	ANNEXES	81

SYNTHÈSE

(1) Etablissement public de santé spécialisé dans les prises en charge psychiatriques, le centre hospitalier de Montfavet (CHM) comptait, fin 2018, 1 059 lits et places répartis sur le secteur sanitaire et médico-social. Il rémunérait à cette même date 2063,78 équivalents temps plein. Ses activités sont retracées dans un budget principal (123,5M€) et onze budgets annexes, l'ensemble totalisant 137,2 M€ de produits en 2018. L'établissement est intégré dans plusieurs dispositifs de coopération. Pour autant, mettant en avant la spécificité de son périmètre d'activité, il a sollicité et obtenu de l'agence régionale de santé (ARS) une dérogation temporaire (jusqu'en juillet 2021) afin de ne pas adhérer au groupement hospitalier de territoire (GHT) de Vaucluse créé en juillet 2016. Si le CHM met en œuvre une stratégie de coopération avec le groupement, celle-ci se limite aux sujets qui l'intéressent et ne peut être considérée comme la préfiguration d'une adhésion future.

(2) Sur le plan financier, deux faits principaux ont marqué les exercices 2013 à 2018 : l'entrée dans la démarche de certification des comptes et la péréquation budgétaire. Le CHM a fait partie de la première vague d'établissements dont les comptes ont été certifiés. Ils l'ont été sans réserve à compter de 2014. En préparation de cette procédure et depuis le début de celle-ci, le CHM a procédé à de nombreuses corrections d'écritures comptables. Permisses par la réglementation, celles-ci ont toutefois illustré le défaut de fiabilité des comptes préexistant à la certification.

(3) En début de période, la situation financière de l'établissement peut être qualifiée de satisfaisante. Non seulement le résultat de l'exercice 2013 était excédentaire mais le solde du compte de report à nouveau excédentaire (c/110) du budget principal s'élevait à 2,7 M€, celui du compte de report à nouveau déficitaire (c/119) étant nul. Les corrections d'écritures précédemment évoquées, conjuguées aux affectations de résultats déficitaires en fin de période, ont eu pour effet de réduire et de solder le compte 110 en 2017. Les déficits constatés ont notamment fait suite à l'instauration par l'ARS en 2015 d'une péréquation régionale destinée à réaffecter les ressources des établissements les mieux dotés vers ceux qui l'étaient moins. Le cumul de ce dispositif et des mesures d'économie visant à restaurer l'équilibre des comptes de l'assurance maladie ont minoré la dotation annuelle de financement de l'établissement de 5 M€ entre 2013 et 2018.

(4) Face à cette baisse de ressources, le CHM a adopté différentes mesures. Il a tout d'abord accéléré la rationalisation de son offre sanitaire et l'extension de son offre médico-sociale (non soumise à la péréquation régionale). Durant la période examinée, il a accentué le volume de travaux réalisés en interne et réduit l'effectif non médical imputé sur son budget principal de 33,95 équivalents temps plein rémunérés tout en intégrant de nouvelles activités. Les mesures adoptées ne se sont toutefois pas avérées suffisantes et les déficits se sont accrus en 2017 et 2018. De nouvelles suppressions de postes ont été prévues au budget 2019. Les difficultés financières auxquelles le CHM est désormais confronté pèsent non seulement sur le budget de fonctionnement mais également sur les investissements, alors même que les indicateurs relatifs à l'état du patrimoine attestent de la nécessité de poursuivre la politique d'investissement. La marge brute a diminué de près d'un tiers sur la période et ne parvient plus à couvrir les frais induits par les investissements passés, la capacité d'autofinancement a connu la même tendance. Les prélèvements opérés durant la période ont de plus réduit le fonds de roulement. La poursuite de la dynamique de réorganisation entreprise est donc indispensable.

RECOMMANDATIONS

Recommandation n° 1 : Elaborer, signer et mettre en œuvre les contrats de pôles.

Recommandation n° 2 : Assurer dans l'état du compte financier idoine, la traçabilité des subventions versées au comité local des œuvres sociales et à l'association « l'Optimist ».

Recommandation n° 3 : Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation portant sur le temps de travail en se dotant d'une charte du temps de travail lisible et exhaustive.

Recommandation n° 4 : Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation relative aux astreintes.

INTRODUCTION

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

(6) Par lettre en date du 7 janvier 2019, le président de la chambre a informé M. Staebler, seul ordonnateur en fonctions durant la période sous revue, de l'ouverture de la procédure et de la composition de l'équipe de contrôle.

(7) L'entretien d'ouverture du contrôle s'est déroulé le 23 janvier 2019.

(8) L'entretien de fin de contrôle s'est tenu le 3 juin 2019, avec M. Staebler.

(9) Après avoir entendu la rapporteure, la chambre a, le 3 juillet 2019, arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été notifiées à l'ordonnateur en fonctions par courrier du 20 août 2019. Des extraits ont par ailleurs été communiqués aux tiers concernés, par courriers du 20 août 2019.

(10) La chambre a reçu une réponse de M. Staebler le 17 octobre 2019 et des deux tiers concernés les 10 et 18 octobre 2019. A sa demande, M. Staebler a été entendu en audition par la chambre le 11 décembre 2019.

(11) Après avoir entendu la rapporteure, la chambre a, le 11 décembre 2019, arrêté ses observations définitives et les recommandations auxquelles elles donnent lieu.

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

1 PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

(13) Situé en périphérie est d'Avignon, le centre hospitalier de Montfavet (CHM) est un établissement public de santé intervenant dans le domaine de la psychiatrie. Fin 2018, il disposait de 789 lits et places dans le champ sanitaire et 270 lits et places dans le champ médico-social. Il rémunérait à cette même date 2 063,78 équivalents temps plein (ETPR). Outre un budget principal (123,5 M€ en 2018), l'établissement comptait onze budgets annexes, l'ensemble totalisant 137,2 M€ de produits.

(14) En application de la sectorisation psychiatrique¹, le centre hospitalier de Montfavet dessert une zone géographique correspondant au département de Vaucluse, à l'exception du canton de Pertuis, et au nord ouest du département des Bouches-du-Rhône (19 communes).

(15) L'établissement dispose d'un large périmètre d'activité incluant une activité d'urgence sur les sites du centre hospitalier d'Avignon et du centre hospitalier d'Orange, dix structures médico-sociales² qui en font le premier opérateur public de la région dans ce domaine, ainsi que des unités à vocation régionale et inter-régionale (unité parents - bébé, unité d'hospitalisation de jeunes enfants, unité de victimologie sur les violences sexuelles, unité de neuromodulation et électroconvulsivothérapie (ECT), unité pour malades difficiles (UMD), unités de soins en milieu pénitentiaire (USMP) pour la maison centrale d'Arles, le centre de détention de Tarascon et le centre pénitentiaire du Pontet).

(16) Les prises en charge sont assurées³ par :

- Trois pôles sectorisés de psychiatrie générale (adulte) : le pôle Luberon - Val de Durance, le pôle des Aigues et du Ventoux et le pôle du Grand Avignon - Alpilles ;
- Un pôle sectorisé de psychiatrie infanto-juvénile regroupant trois services (service nord, centre et sud) ;
- Un pôle d'activités intersectorielles (addictologie, psychothérapie légale et victimologie, services de thérapies médiatisées (ateliers à médiation créatrice, centre de soins d'ergothérapie...), services de thérapies spécialisées, services en charge de la mise en œuvre du programme régional d'accès à la prévention et aux soins - grande précarité sociale) ;
- Un pôle réunissant l'unité pour malades difficiles et les unités de soins en milieu pénitentiaire, et
- Un pôle social et médico-social.

¹ La circulaire du 15 mars 1960 a ainsi découpé le territoire national en aires géographiques au sein desquelles est mise à disposition une offre de soins psychiatriques. Un secteur regroupe en moyenne 70 000 habitants. La circulaire du 14 mars 1972 a instauré l'inter-secteur de psychiatrie infanto-juvénile regroupant en moyenne 200 000 habitants par inter-secteur, soit 40 à 50 000 enfants de 0 à 16 ans).

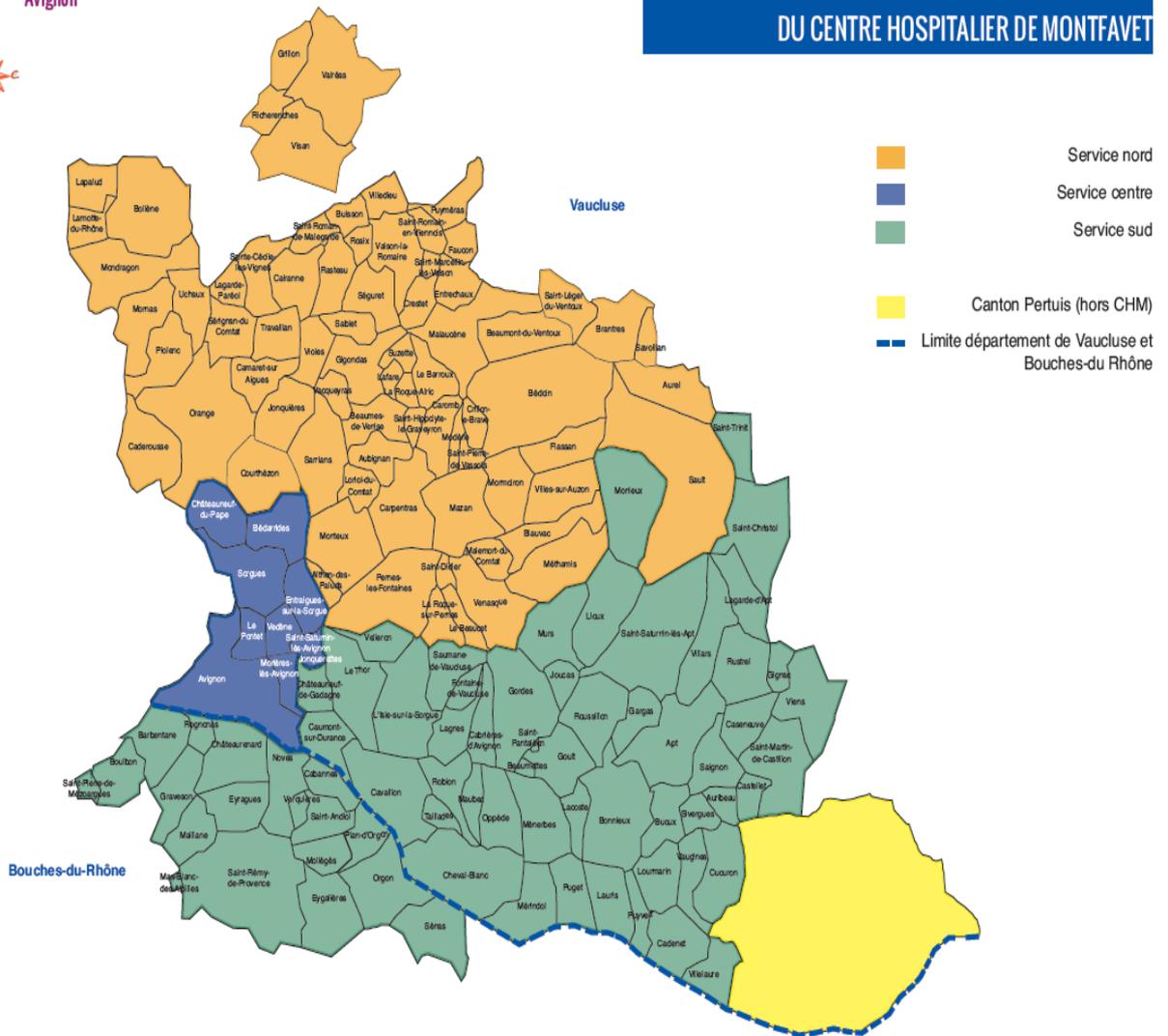
² Maison d'accueil spécialisé, foyer d'accueil médicalisé, foyer de vie, foyer d'hébergement, lits d'accueil médicalisés, service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, centre d'hébergement et de réinsertion sociale, lits halte soins santé, institut médico-éducatif, établissement et service d'aide par le travail.

³ Rapport d'activité 2017.

Graphique n° 2 : Zone d'intervention du centre hospitalier de Montfavet (psychiatrie infanto-juvénile)



ZONAGE DU PÔLE DE PSYCHIATRIE INFANTO-JUVÉNILE
DU CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET



Source : CH de Montfavet.

(17) Si l'établissement a travaillé sur le contour de ses pôles pour les mettre en adéquation avec les parcours des patients, il accuse en revanche un important retard dans la contractualisation interne. Les contrats de pôle prévus par la réglementation⁴ depuis 2005 ne sont ainsi toujours pas signés. A ce jour, le CHM ne fait état que de travaux préliminaires réalisés à partir de novembre 2008. Les travaux relancés en 2018 devraient, selon la réponse apportée par l'ordonnateur aux observations provisoires de la chambre, aboutir début 2020 avec la signature des premiers contrats.

Recommandation n° 1 : Elaborer, signer et mettre en œuvre les contrats de pôles.

2 UNE IMPLICATION TERRITORIALE MAIS UNE DEROGATION TEMPORAIRE A L'ADHESION AU GHT

(18) Sur le plan territorial, le centre hospitalier de Montfavet est fortement impliqué dans différentes coopérations⁵ (pour la réalisation des prises en charge, de l'activité de laboratoire, dans le domaine de la logistique, des achats, de la formation). Pour autant, l'établissement a sollicité et obtenu une dérogation temporaire lui permettant de ne pas adhérer au groupement hospitalier de territoire (GHT) constitué sur le département de Vaucluse.

⁴ La signature des contrats de pôle a été prévue par l'article 5 de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé et par le décret n° 2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-techniques dans les établissements publics de santé. Les modalités de signature ont évolué à la faveur de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 sans que le principe ne soit remis en cause.

⁵ Le GCSMS Regards-communs gestionnaire d'une autorisation d'activité médico-sociale en faveur d'enfants handicapés. Regards-communs gère un institut médico-éducatif, un service d'éducation spéciale et de soins à domicile et un pôle de prestation et de compétences externes.

Le GIPES (groupement d'intérêt public des établissements de santé) gérant les écoles de formation aux professions paramédicales (infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, conducteurs ambulanciers, auxiliaires ambulanciers).

Le GIP logistique (groupement d'intérêt public) gérant une blanchisserie hospitalière, gestion de la paye de nombre d'établissements sanitaires et médico-sociaux ;

Des conventions logistiques avec les centres hospitaliers de Vaucluse ou le pôle de santé dans lesquels le CHM est implanté ;

Le GIP Maison des adolescents (MDA) pour la coordination des activités des partenaires de la MDA portée par le CH de Montfavet ;

Le groupement de coopération sanitaire Laboratoire inter hospitalier de biologie médicale de Vaucluse ;

Des conventions avec les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, les établissements pour personnes handicapées du territoire, les structures prenant en charge des personnes vulnérables (conventions de partenariat facilitant la prise en charge des résidents souffrant de troubles psychiques, limitant les hospitalisations et ou facilitant les retours en institution après hospitalisation en gériopsychiatrie).

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT)

Article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

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

Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région.

Les GHT organisent la complémentarité des établissements de santé, en prenant en compte la spécificité de chacun dans la construction de l'offre de soins. Ils permettent de mieux organiser les prises en charge, territoire par territoire, et de présenter un projet médical répondant aux besoins de la population.

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

(19) L'article R. 6132-7 du code de la santé publique dispose que « la dérogation prévue au I de l'article L. 6132-1 peut être accordée à un établissement, en cas de nécessité et sur demande de son représentant légal, par le directeur général de l'agence régionale de santé en raison de ses caractéristiques liées à sa taille, sa situation géographique ou la nature de son activité au sein de l'offre territoriale de soins ».

(20) Une motion de la commission médicale d'établissement (CME) et du conseil de surveillance du 16 et du 18 décembre 2015 respectivement ont demandé cette dérogation. Dans son texte, la CME a mis l'accent sur la logique de coopération adoptée par l'établissement tout en précisant que « l'association au GHT (sans en être membre) permet la même coopération ». Selon la CME, « l'adhésion du centre hospitalier de Montfavet à un GHT n'apporte pas de plus-value tant en terme de réponse aux besoins de santé qu'en terme de gestion ». Le comité technique d'établissement (CTE) a, pour sa part, mis en avant sa crainte de voir se réaliser différents risques : « moins de proximité, [une] concentration des activités dans des mégastructures impliquant une dégradation de l'accès aux soins et de la qualité de l'accueil », une sacralisation de « la rationalisation et de l'efficacité dans un secteur déjà sous tension », des GHT employeurs avec un périmètre d'organisation étendu qui induiraient des salariés plus flexibles et mobiles, la mise à mal de la spécificité psychiatrique...

(21) Par décision n° 2016GHT07-41 du directeur général de l'ARS, l'établissement a obtenu la dérogation qu'il sollicitait pour une durée de cinq années à compter de la décision, soit jusqu'au 1^{er} juillet 2021. La dérogation prend appui sur « la spécificité du centre hospitalier de Montfavet dans l'offre de soins territoriale en santé mentale dans le département de Vaucluse ».

⁶ Site Agence régionale de santé.

(22) Le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire a prévu, pour plusieurs domaines, un certain niveau de mutualisation ainsi qu'un calendrier de mise en œuvre. Cela concerne notamment les achats⁷ et les systèmes d'information⁸. Certaines échéances étant antérieures à la fin de la dérogation temporaire accordée au CHM, la question est donc de savoir comment l'établissement s'intégrera dans un plan d'action des achats et un système d'information hospitalier convergent qui seront en vigueur en juillet 2021. A ce jour, le CHM s'implique dans les projets du GHT qui l'intéressent sans que cela puisse être considéré comme une préparation à une adhésion future.

Dans le domaine des systèmes d'information hospitaliers (SIH)

(23) Dans le domaine des SIH, le CH de Montfavet qui « rejoindra le GHT ultérieurement⁹ » a été intégré à l'ensemble des travaux conduits par le GHT. Il a ainsi été pris en compte lors de la réalisation de l'état des lieux, a participé au choix du cabinet de conseil accompagnant les travaux du groupement, aux ateliers thématiques¹⁰, aux différentes réunions de travail. L'établissement a été l'organisateur de la première réunion sur la sérialisation des médicaments¹¹ début 2019.

(24) Il ressort de l'état des lieux que la plus grande partie des applications du CHM ne sont utilisées que dans cet établissement. C'est le cas de la gestion administrative des malades,

⁷ Achats :

L'article 1 précité prévoit l'insertion d'un article R. 6132-16 dans le code de la santé publique ainsi rédigé :

« I.-La fonction achats comprend les missions suivantes :

1° L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;

2° La planification et la passation des marchés ;

3° Le contrôle de gestion des achats ;

4° Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques.

II.-Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire est élaboré pour le compte des établissements parties au groupement ». Selon l'échéancier défini dans le décret, le plan d'action des achats doit être élaboré depuis le 1^{er} janvier 2017.

⁸ Système d'information :

L'article 1 prévoit ainsi l'insertion d'un article R. 6132-15 dans le code de la santé publique ainsi rédigé :

« I - Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients ». Ce point devra être effectif le 1^{er} janvier 2021.

II.-Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique. » Ce point doit être effectif depuis le 1^{er} janvier 2018.

L'article 2 de ce décret modifie la section section 1 du chapitre III du titre Ier du livre Ier de la sixième partie du code de la santé publique pour évoquer en lien avec le système d'information la création et les missions du département d'information médicale de territoire.

⁹ Source : Note d'orientations stratégiques, GHT du Vaucluse, janvier 2018.

¹⁰ Architecture des SIH : Février 2018, Sécurité des SIH : Février 2018, Les échanges ville/ hôpital : Mars 2018, Atelier et démonstration des offres sur les logiciels d'intermédiation (Parcours de soins en GHT) : Mars 2018, Atelier serveur d'identité régional ARS-PACA : Mars 2018, Atelier sur la priorisation des projets du SDSI : Juin et Juillet 2018, Atelier de présentation des 3 scénarios de réalisation du SDSI : Juillet 2018.

¹¹ « La sérialisation des médicaments est un système de vérification de l'authenticité d'un médicament entre sa mise en distribution et sa délivrance effective à un patient. Ce système consiste à apposer un identifiant unique sur chaque boîte de médicament sous forme de Data Matrix lors de sa mise en distribution et à charger l'ensemble des codes des boîtes dans une base de données centrale. Ce code sera ensuite scanné au moment de la délivrance en le comparant avec ceux enregistrés dans la base de données centrale pour vérifier si un médicament est authentique ou s'il s'agit d'un médicament falsifié. Chaque médicament sérialisé sera en outre muni d'un dispositif antiéfraction. », note d'information n° DGOS/PF2/DGS/PP2/2018/196 du 2 août 2018 visant à informer les établissements de santé de la publication d'un guide méthodologique relatif au déploiement du dispositif sérialisation : Lutte contre la falsification des médicaments dans les établissements de santé.

la gestion économique et financière, la gestion des ressources humaines, la gestion du temps de travail, la gestion de la paye, du recueil de l'activité médicale, du dossier patient informatisé, de la gestion des prescriptions et de la gestion des lits. Dans certains domaines, le CHM n'a pas fait le choix d'une informatisation (les agendas et la prise de rendez-vous, la gestion des archives médicales, la télémédecine, la radiologie). L'architecture technique de l'établissement présente également une spécificité du fait d'un réseau étendu avec près de 60 sites distants accédant au même niveau d'information et d'accès applicatifs. L'état des lieux mentionne ainsi 778 clients légers alors que tous les établissements en ont moins de 35 à l'exception du centre hospitalier de Cavaillon-Lauris qui en compte 100.

(25) Les compétences de la direction des systèmes d'information du CHM ont également été prises en compte dans le bilan de l'existant. Les auteurs de la note d'orientations ont ainsi conclu que les profils de chefs de projets étaient en nombre suffisant mais inégalement répartis car essentiellement affectés sur les sites d'Avignon, de Carpentras et de Montfavet.

(26) L'établissement a adopté une stratégie de convergence dans les domaines pour lesquels les projets du GHT rejoignent ses propres projets. C'est le cas, par exemple, de la gestion administrative des malades, la gestion économique et financière ou des logiciels médicaux ciblés. Le CHM a également prévu de se connecter au serveur de rapprochement. Le cahier des charges du progiciel de gestion du dossier du patient informatisé (DPI), qui va devoir être changé, intégrera les spécificités de l'activité psychiatrique tout en étant en mesure de converger vers le DPI des établissements de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) du GHT.

(27) Pour d'autres projets, le CHM a adopté une position d'attente afin d'étudier si d'autres options ne seraient pas possibles. La plateforme d'intermédiation en est un exemple : le CHM se donne ainsi le temps de voir comment sera mis en place le dossier médical partagé (DMP) national qui pourrait remplir cette fonction avant de s'engager dans le projet du GHT.

(28) Enfin, l'établissement n'entend pas participer à plusieurs projets, soit parce qu'ils ne concernent pas son périmètre d'activité (le logiciel de chimiothérapie, l'agenda partagé commun pour la filière oncologie, le logiciel des urgences, du SAMU (service d'aide médicale urgente) et du SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation...), soit parce que la spécificité de la psychiatrie fait obstacle au déploiement d'un outil commun avec les autres membres du GHT (le DPI unique du GHT est notamment concerné, aucun logiciel sur le marché ne sachant aujourd'hui traiter toutes les prises en charge, spécialement en psychiatrie, selon l'établissement).

Dans le domaine des achats

(29) Dans le domaine des achats, l'ARS a autorisé la poursuite de l'activité des groupements de commandes, lesquels ont reçu délégation de l'établissement support du GHT.

(30) Le CHM s'inscrit dans cette logique d'achat puisqu'il a intégré différents groupements de commandes gérés, soit par l'établissement support du GHT de Vaucluse (le centre hospitalier d'Avignon coordonne les groupements de commandes relatifs à la pharmacie et à la gestion des déchets d'activité de soins à risques infectieux (DASRI)), soit par celui du GHT des Bouches-du-Rhône (l'assistance publique hôpitaux de Marseille). 31,7 % de ses achats sont effectués dans ce cadre.

(31) Il réalise par ailleurs une grande partie de ses achats (38,78 %) via des centrales d'achats (Uni-HA (union des hôpitaux pour les achats), le RESAH (réseau des acheteurs hospitaliers) et l'UGAP (Union des Groupements d'Achats Publics).

(32) Le CHM est donc partie prenante aux achats groupés sans être dans la logique de fonctionnement du GHT. Il n'a ainsi pas été sollicité lors du recensement des besoins préalable à une consultation concernant les prestations d'assurance en responsabilité civile hospitalière. L'établissement a précisé sur ce point qu'il était en tout état de cause déjà engagé jusqu'au 31 décembre 2023 avec un prestataire.

(33) Les conséquences d'une adhésion au GHT ne sont pas à ce jour envisagées concrètement et notamment les modalités de traitement des marchés qui seront en cours en 2021.

(34) L'établissement laisse par ailleurs « *hors de la réflexion* » les investissements immobiliers mettant en avant les spécificités des opérations concernant la psychiatrie, les compétences existant en interne pour éclairer ses choix. Il convient de préciser sur ce point que la réglementation ne fait pas de distinction entre les marchés de travaux et les autres marchés, les deux relevant de la compétence de l'établissement support du GHT.

(35) Si la démarche du CHM est cohérente avec sa situation actuelle, elle devra être revue si la dérogation n'est pas renouvelée. La chambre attire l'attention de l'établissement sur le caractère temporaire de la dérogation, la nécessité de clarifier en interne sa position sur une éventuelle demande de renouvellement et de prendre en compte la date de fin de dérogation connue.

3 L'ACTIVITÉ

3.1 Une capacité d'hospitalisation en diminution

(36) La capacité d'hospitalisation de l'établissement a significativement diminué passant de 885 lits et places en 2013 (dont 190 lits et places de psychiatrie infanto-juvénile) à 789 lits et places (dont 121 lits et places de psychiatrie infanto-juvénile) en 2018, soit - 10,8 %.

(37) La baisse constatée a plus largement concerné la psychiatrie infanto-juvénile, le nombre de lits d'hospitalisation à temps plein ayant diminué de près de 17 %, celui des places d'hôpital de jour de près de 34 % ainsi que les places d'accueil familial (- 60 %). Dans le même temps, la psychiatrie générale a connu une diminution du nombre de lits d'hospitalisation de 3,3 % et du nombre de places d'hôpital de jour de 5,3 %.

(38) Ce mouvement est dans une large mesure expliqué par l'établissement par l'introduction de la péréquation budgétaire à compter de 2015 (cf. partie 6 relative à la situation financière). Ce modèle d'allocation de ressources, qui repose pour près des deux tiers sur la file active et l'activité, incite au développement d'alternatives ambulatoires. L'établissement a ainsi précisé : « *les actes ambulatoires qui nécessitent moins de moyens sont globalement mieux « rémunérés » que l'hospitalisation. (Par exemple : 1 journée d'hospitalisation en psychiatrie générale équivaut à 2,5 actes ambulatoires ; demi-venue d'hospitalisation de jour (séance de 3 h 30 à moins de 6 heures) équivaut à 1,2 acte ambulatoire)* ».

La psychiatrie générale (adultes)

(39) En hospitalisation complète, 14 lits (10 à Vaison-la-Romaine et 4 à Apt) ont été fermés et un renforcement des activités intersectorielles (ouverture d'une unité de gérontopsychiatrie de 20 lits et création de quatre lits au sein du pôle de soins au long cours) a été opéré par diminution de la capacité des autres pôles.

(40) En hospitalisation de jour, des sites ont fermé, d'autres ont fusionné et perdu des places à cette occasion. Un hôpital de jour a été créé par transformation d'une unité d'hospitalisation complète.

Tableau n° 1 : Evolution de la structure capacitaire sanitaire (2013 - 2018) - Psychiatrie adultes

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Lits (Hospit. temps plein)</i>	421	412	408	408	415	407	- 3,3 %
<i>Accueil familial</i>	16	16	16	16	16	16	0,0 %
<i>CAP (lits)</i>	15	15	15	15	15	15	0,0 %
<i>Hôpital de jour</i>	243	253	248	232	232	230	- 5,3 %
Total	695	696	687	671	678	668	- 3,9 %

Source : CHM.

(41) L'établissement a par ailleurs sollicité et obtenu¹² en septembre 2018 l'extension de sa maison d'accueil spécialisée¹³ (MAS) à hauteur de 27 lits et places afin d'éviter des hospitalisations au long cours¹⁴ ne répondant pas aux besoins de patients. L'évolution du nombre de séjours longs inappropriés, quelle qu'en soit l'origine, sera à suivre pour apporter les réponses nécessaires.

Tableau n° 2 : Nombre de patients en séjours longs sur l'établissement (hors unité pour malades difficiles) (UMD)

2013	2014	2015	2016	2017	2018
103	104	98	112	115	117

Source : CHM.

¹² Cette opération a été financée par un transfert de crédits du domaine sanitaire vers le domaine médico-social.

¹³ Les MAS ont pour mission d'accueillir des adultes handicapés en situation de « grande dépendance », ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente, proche et individualisée.

¹⁴ Définition de la statistique annuelle des établissements : patients présents en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an : patients présents l'année précédant l'étude et ayant eu l'année étudiée plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein (4/5^{èmes} de l'année).

Ex pour 2018 : nombre de patients présents 2017 et ayant eu en 2018 plus de 292 jours d'hospitalisation à temps plein.

(42) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'établissement a répondu à l'appel à projets lancé par l'ARS concernant des prestations de conseil de pilotage et d'accompagnement visant à améliorer la performance hospitalière. Selon l'ordonnateur, le dossier de candidature déposé dans le cadre de la thématique n° 2 « Favoriser la réduction des séjours longs en psychiatrie » aurait été retenu en août 2019. Les travaux devraient débuter en 2019 sur une période de 24 mois.

La psychiatrie infanto-juvénile

(43) En hospitalisation complète, une unité de 6 lits de semaine a été transformée en unité de 5 lits et deux unités pour adolescents de 6 lits (dont une unité de semaine) ont fusionné pour créer une unité de 10 lits.

(44) En hospitalisation de jour, plusieurs hôpitaux de jour ont fermé (Vaison-la-Romaine (5 places), Châteaurenard (6 places), Apt (6 places)). Un hôpital de jour a été transformé en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP) (Saint-Gabriel à Avignon (5 places)). La prise en charge en pédopsychiatrie assurée par le CH de Montfavet a longtemps reposé sur un socle d'activité fondé sur l'hospitalisation de jour et « l'hospitalisation à domicile¹⁵ » avec pour conséquence une prise en charge intensive et de longue durée d'un nombre limité de jeunes patients et des difficultés d'accès aux soins pour le reste de la population. La contraction des activités d'hospitalisation de jour a répondu à la nécessité de réorienter les activités vers l'ambulatoire en privilégiant le maillage des centres médico-psychologiques¹⁶ (CMP) et antennes de CMP.

(45) L'établissement a par ailleurs constaté qu'un nombre important d'enfants pris en charge en hôpital de jour relevait, selon la maison départementale des personnes handicapées (MDPH), d'un accueil en institut médico-éducatif (IME¹⁷). Cette orientation étant impossible à mettre en œuvre faute de places, le CHM, soutenu par l'ARS, a proposé la création d'un IME par fongibilité d'enveloppes budgétaires (du sanitaire vers le médico-social). Cette opération a été autorisée fin 2018 et mise en œuvre partiellement (semi-internat) dès janvier 2019. L'internat sera ouvert à échéance des travaux de construction nécessaires.

Tableau n° 3 : Evolution de la structure capacitaire (2013 - 2018) - Psychiatrie infanto-juvénile

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Lits (Hospit. temps plein)</i>	18	18	14	14	12	15	- 16,7 %
<i>Accueil familial</i>	30	30	30	30	12	12	- 60,0 %
<i>Hôpital de jour</i>	142	142	131	125	111	94	- 33,8 %
<i>Total</i>	190	190	175	169	135	121	- 36,3 %

Source : CHM.

¹⁵ Cette activité qui n'était pas véritablement réalisée à domicile n'a pas été renouvelée à échéance de l'autorisation en 2013.

¹⁶ Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur. Il existe des CMP pour adultes et des CMP pour enfants et adolescents.

¹⁷ Les instituts médico-éducatifs ont pour mission d'accueillir des enfants et adolescents handicapés atteints de déficience intellectuelle quel que soit le degré de leur déficience. L'objectif des IME est de dispenser une éducation et un enseignement spécialisés prenant en compte les aspects psychologiques et psychopathologiques et recourant à des techniques de rééducation.

3.2 Une capacité médico-sociale en hausse

(46) Dans le même temps qu'il réduisait sa capacité sanitaire d'une centaine de lits et places, le centre hospitalier de Montfavet accroissait sa capacité médico-sociale de 100 lits et places, soit une progression de 47 % (cf. détail en annexe n° 1).

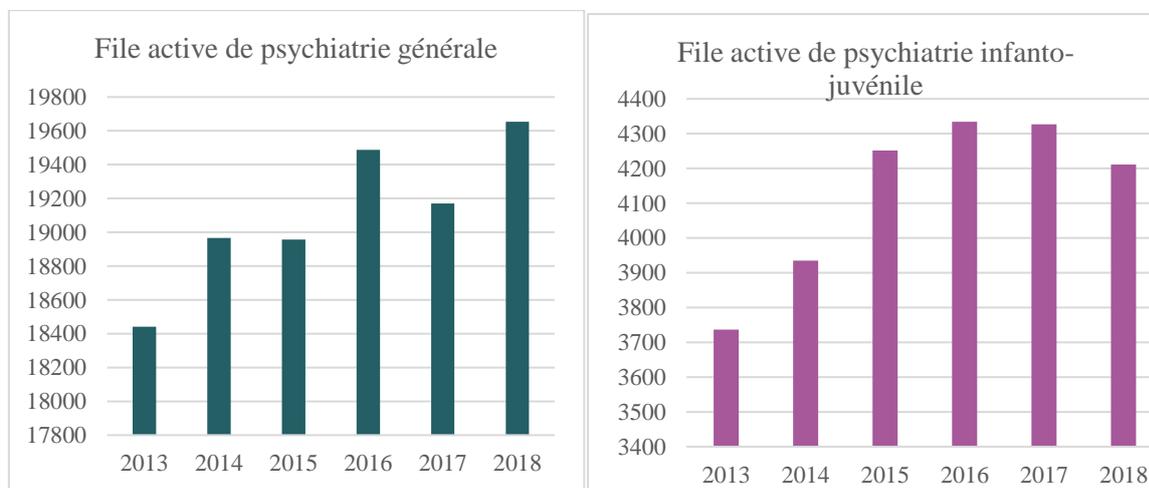
3.3 Une file active en progression

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

(48) La file active totale (adultes et infanto-juvénile) a progressé de 7,4 % (+ 1 612 patients) entre 2013 et 2018 pour s'établir à 23 529 patients en fin de période. La plus grande partie des patients sont adultes (19 653 patients en 2018).

(49) Si la file active de psychiatrie générale a progressé de 6,6 %, celle de psychiatrie infanto-juvénile a connu une augmentation nettement plus soutenue (+ 12,7 %). La légère diminution constatée en 2017 sur la psychiatrie adulte (- 1,6 %) n'a été que conjoncturelle, la file active ayant de nouveau connu une hausse en 2018.

Graphique n° 3 : File active de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile



Source : CHM.

(50) Les patients pris en charge en psychiatrie peuvent être hospitalisés à temps complet, à temps partiel (hôpital de jour par exemple) ou être suivis en ambulatoire (sans hospitalisation). La plus grande partie des patients, quelle que soit l'année considérée, ont été suivis en ambulatoire. Les 22 811 patients suivis en ambulatoire en 2018 sont à mettre en regard des 2 898 patients hospitalisés à temps complet et des 1 642 patients pris en charge en hôpital de jour.

(51) Sur la période, la file active des patients pris en charge en ambulatoire et en hospitalisation à temps partiel a progressé (+ 8,1 % et + 14,7 % respectivement) alors que celle des patients pris en charge en hospitalisation à temps complet a diminué (- 3,8 %). L'augmentation de la file active prise en charge en hospitalisation de jour constatée malgré la baisse des capacités d'hôpitaux de jour résulte d'une évolution des modalités de prise en charge en psychiatrie infanto-juvénile. Si une place a longtemps correspondu à la prise en charge d'un seul enfant, ce n'est plus le cas aujourd'hui dans une logique d'accroissement d'activité.

Tableau n° 4 : Evolution de la file active en hospitalisation à temps complet, temps partiel et en ambulatoire

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>File active des patients suivis en ambulatoire</i>	21 110	21 782	22 061	22 672	22 407	22 811	+ 8,1 %
<i>File active des patients pris en charge à temps plein</i>	3 013	3 214	2 399	3 099	3 067	2 898	- 3,8 %
<i>File active des patients pris en charge en hôpital de jour (temps partiel de jour)</i>	1 431	1 392	1 399	1 496	1 579	1 642	+ 14,7 %

Source : CHM.

(52) Les prises en charge psychiatriques peuvent, sous réserve que soient remplies certaines conditions strictement définies par la loi, être dispensées à des patients qui ne sont pas à-même de consentir à leurs soins. Peuvent ainsi être distingués les soins librement consentis, les soins dispensés à la demande d'un tiers ou sur décision du directeur de l'établissement en l'absence de tiers et les soins dispensés à la demande du représentant de l'Etat (lorsqu'une atteinte à l'ordre public justifie l'entrée dans le dispositif de soins). La file active des personnes faisant l'objet de soins sur demande du représentant de l'Etat et celle des patients hospitalisés à la demande du directeur de l'établissement¹⁸ ont accusé une baisse plus marquée que la file active des patients en soins libres.

Tableau n° 5 : Répartition de la file active des patients hospitalisés à temps plein

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Soins libres</i>	2 196	2 290	1 462	2 310	2 309	2 115	- 3,7 %
<i>Soins à la demande du directeur de l'établissement</i>	1 028	1 111	1 030	996	934	943	- 8,3 %
<i>Soins à la demande du représentant de l'Etat</i>	300	301	284	284	290	277	- 7,7 %

Source : CHM.

3.4 Un volume d'activité en hausse en ambulatoire, en baisse en hospitalisation

(53) Le volume d'activité a connu une évolution différenciée selon qu'il s'agit d'hospitalisation ou d'ambulatoire.

¹⁸ Ces soins regroupent les soins à la demande d'un tiers, les soins à la demande d'un tiers en urgence (1 seul certificat) et les soins pour péril imminent (absence de tiers).

(54) Le nombre de journées d'hospitalisation a globalement diminué, la baisse étant plus prononcée pour l'hospitalisation à temps partiel (- 22,3 % pour l'hospitalisation à temps partiel et - 1,8 % pour l'hospitalisation à temps plein). La baisse plus marquée des journées à temps partiel résulte de la fermeture des places d'hôpital de jour indiquée *supra*.

(55) L'activité ambulatoire a, pour sa part, progressé de 15,4 % en cohérence avec l'accentuation du virage ambulatoire. Cette hausse a été très largement portée par la psychiatrie infanto-juvénile avec une progression de 54,65 % (+ 9,04 % en psychiatrie générale).

Tableau n° 6 : Nombre de journées et d'actes ambulatoires

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Nombre de journées temps complet</i>	144 029	141 587	140 920	141 370	139 603	141 402	- 1,8 %
<i>Nombre de journées temps partiel</i>	61 505	54 326	47 458	47 742	49 055	47 767	- 22,3 %
<i>Nombre d'actes en ambulatoire</i>	273 276	291 555	310 947	326 813	318 097	315 233	15,4 %

Source : CHM.

(56) Majoritairement réalisée en centre médico-psychologique (CMP), l'activité ambulatoire représentait 159 106 actes en 2018, soit une augmentation de + 2,6 % par rapport à 2013, et ce, malgré un infléchissement sur la deuxième partie de la période sous revue. Cette hausse se décline comme suit entre psychiatrie infanto-juvénile (+ 53,76 %) et psychiatrie générale (- 8,33 %). Les actes réalisés en établissements pénitentiaires, qui constituent la deuxième part la plus significative des actes ambulatoires, ont connu une forte progression durant la première partie de la période (2014 et 2015) avant de diminuer. Le nombre d'actes constatés en fin de période demeure toutefois largement supérieur à celui de 2013 (61 932 actes réalisés en 2018 contre 50 681 en 2013, soit + 22,2 %).

Tableau n° 7 : Activité ambulatoire (nombre d'actes)

<i>Libellé des Lieux des Actes</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Centre médico-psychologique (CMP)</i>	155 100	156 305	160 702	170 471	164 761	159 106	2,6 %
<i>Autre lieu de soins psychiatriques de l'établissement</i>	16 813	20 381	29 132	30 201	31 751	30 391	80,8 %
<i>Etablissement social ou médico-social sans hébergement</i>	358	280	326	402	296	238	- 33,5 %
<i>Etablissement scolaire ou centre de formation</i>	616	1 086	638	638	636	349	- 43,3 %
<i>Protection maternelle et infantile</i>	42	33	11	3	8	1	- 97,6 %
<i>Etablissement pénitentiaire</i>	50 681	66 173	67 906	62 241	58 526	61 932	22,2 %
<i>Domicile du patient hors hospitalisation à domicile ou substitut du domicile</i>	10 912	8 676	8 782	9 678	6 359	5 352	- 51,0 %
<i>Etablissement social ou médico-social avec hébergement</i>	5 769	5 467	5 991	6 376	7 095	7 780	34,9 %
<i>Unité d'hospitalisation (MCO, SSR, USLD)</i>	3 585	3 238	2 990	4 417	3 761	3 943	10,0 %
<i>Unité d'accueil d'un service d'urgence</i>	6 443	5 848	6 088	7 354	7 309	8 441	31,0 %
<i>CATTP</i>	22 957	24 068	28 381	35 032	37 595	37 700	64,2 %
<i>TOTAL</i>	273 276	291 555	310 947	326 813	318 097	315 233	15,4 %

Source : CHM.

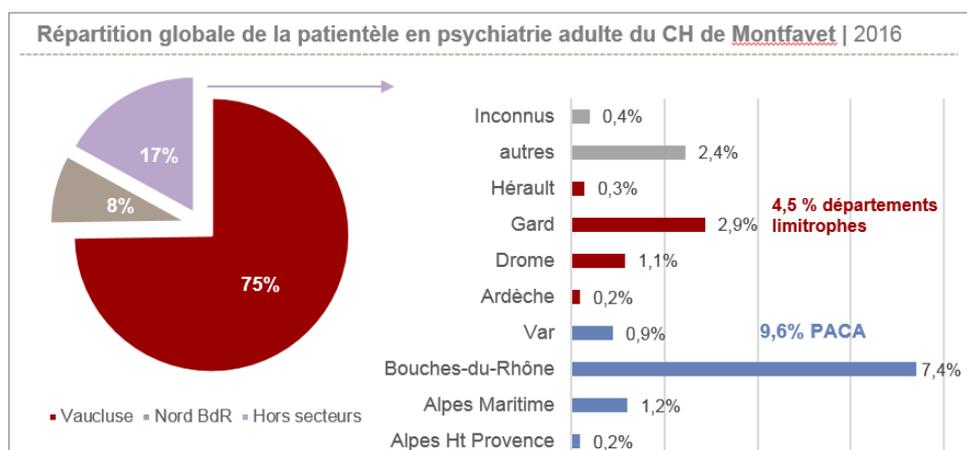
3.5 Une attractivité satisfaisante liée à une situation de monopole

(57) L'attractivité de l'établissement s'apprécie au regard de la sectorisation psychiatrique qui organise territorialement les prises en charge. Lors de l'élaboration de son projet d'établissement, le CHM a recouru à un cabinet de conseil afin d'établir un diagnostic de son positionnement et de ses possibilités d'évolution.

(58) Il ressort de cette étude¹⁹ que le CHM, en raison de sa situation de monopole sur le département, détient 98 % des parts de marché en ambulatoire. En hospitalisation à temps partiel, ses parts de marché demeurent très importantes (84,6 %). En hospitalisation à temps plein, le CHM dispose de 59 % des parts de marché, les établissements de santé privés de Vaucluse et du Gard ayant des parts de marché supérieures à 10 % (11,9 % et 15,5 % respectivement).

(59) Du fait de sa situation géographique, 17 % de la patientèle adulte du CHM réside en dehors du territoire qu'il couvre. Ces patients sont originaires de la région mais également de départements limitrophes (le Gard, la Drôme et l'Hérault).

Graphique n° 4 : Répartition de la patientèle adulte prise en charge au CHM



Source : Cabinet de conseil, étude réalisée dans le cadre de la préparation du projet médical et médico-social.

4 LA FIABILITE DES COMPTES

(60) La certification des comptes des hôpitaux publics est prévue par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 « Hôpital, patients, santé, territoires », qui en a inscrit le principe pour certains établissements dans le code de la santé publique à l'article L. 6145-16. Deux décrets et un arrêté du 23 décembre 2013 ont défini les modalités de mise en œuvre de cette certification.

¹⁹ Accompagnement du centre hospitalier de Montfavet dans l'élaboration de son projet médical et médico-social 2019 - 2023, Cabinet Mazars, septembre 2018.

Sont soumis à la certification de leurs comptes par un ou plusieurs commissaires aux comptes, les établissements publics de santé dont le compte de résultat principal présente un total des produits supérieur ou égal à cent millions d'euros pendant trois exercices successifs.

(61) En application de l'arrêté du 23 décembre 2013 fixant la liste des établissements publics de santé soumis à la certification des comptes à compter de l'exercice 2014, le centre hospitalier de Montfavet est entré dans la démarche de certification. Les comptes ont depuis lors été certifiés sans réserve.

(62) L'examen des comptes de la période met en exergue de nombreuses corrections d'écritures qui, tout en étant autorisées par la réglementation, illustrent un défaut de fiabilité des comptes antérieur à la démarche de certification. Ces corrections et la réaffectation des montants opérés du compte 110 (report à nouveau excédentaire) au compte 10682 (excédents affectés à l'investissement) en 2014 ont eu pour effet de solder en 2017 le compte de report à nouveau excédentaire du budget principal (2,7 M€ fin 2013) et ce, malgré la constatation de résultats excédentaires durant la plus grande partie de la période sous revue.

(63) 4 915 216,14 € ont ainsi été réaffectés du compte 110 au compte 10682²⁰ en 2014 (affectation du résultat 2013 du budget principal de 593 070,87 € sur le compte 10682 par délibération n°2/2014 du conseil de surveillance en sa séance du 28 mai 2014 et transfert de la somme de 4 322 145,27 € du compte 110 au compte 10682 par cette même délibération) afin de faciliter l'autofinancement des investissements parallèlement à la stratégie de désendettement mise en œuvre.

(64) Les corrections d'écritures ont été de montants variables (à titre d'exemples : - 925 163,29 € au titre des CET du budget principal en 2014, - 321 875 € en 2017).

Tableau n° 8 : Soldes des comptes de report à nouveau excédentaire (110) et déficitaire (119) - Activité principale (Etat D6 du compte financier)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Compte 110	5 522 145,27	270 019,39	623 800,00	121 908,36	242 260,82	
Compte 119	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	- 610 653,61

Source : Comptes financiers

4.1 Les produits constatés d'avance

(65) Selon le tome 1 de l'instruction budgétaire et comptable M 21, « le compte 487 « Produits constatés d'avance » est crédité en fin d'exercice du montant des produits enregistrés en section de fonctionnement alors qu'ils ne se rapportent pas ou qu'ils ne se rapportent qu'en partie à la gestion en cours par le débit des comptes de la classe 7 qui ont supporté la recette ». L'absence d'écriture de ce type majeure indûment le résultat net.

²⁰ Le compte 10682 est constitué des résultats excédentaires affectés durablement et définitivement à l'investissement. L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit dans son tome 1, que le compte 110 « peut être débité par le crédit du 10682 en cas d'affectation du report à nouveau à l'investissement (...) ».

(66) La baisse des produits constatés d'avance à compter de 2015 résulte de la fin de mise en œuvre de la convention pluriannuelle signée avec le fonds pour l'insertion des personnes handicapées dans la fonction publique (FIPHFP). Depuis 2015, l'établissement a essentiellement constaté des produits perçus en dotation couvrant deux exercices (financement des internes de novembre à mars) ou des crédits de fin d'exercice qui n'ont pu être comptabilisés en totalité.

Tableau n° 9 : Produits constatés d'avance (en €) - Compte 487

2013	2014	2015	2016	2017	2018
230 732,35	230 370,93	54 592,65	48 702,25	30 360,00	42 823,33

Source : Comptes financiers.

4.2 Les amortissements

4.2.1 Les durées d'amortissements

(67) Les durées d'amortissements ont fait l'objet de modifications actées par trois décisions prises en 2014, 2015 et 2017.

(68) La décision de 2017, qui a pris effet le 1^{er} janvier 2018, a augmenté la durée d'amortissement du matériel informatique (de 3 à 5 ans) et des concessions et droits similaires (de 2 à 3 ans). La durée d'amortissement des bâtiments a également été modifiée pour distinguer les constructions neuves, les restructurations et les opérations mixtes incluant une rénovation et une construction neuve.

(69) Si les durées retenues par le centre hospitalier sont inférieures aux bornes basses des durées préconisées par l'instruction budgétaire et comptable M21 pour un certain nombre de biens et équipements, elles sont supérieures à celles-ci pour les bâtiments neufs.

Tableau n° 10 : Durées d'amortissement

	Durées CH						M 21	
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	En années	En %
<i>Bâtiments</i>	20	20 à 30	15 ou 30*	15 ou 30*	15 ou 30 ou 40	15 ou 30 ou 40	20 ou 30 ans	3,33 à 5 %
<i>Matériel</i>	5	10	5	5	5	5	7 à 10 ans	10 à 15 %
<i>Matériel biomédical</i>							4 à 5 ans	20 à 25 %
<i>Matériel informatique</i>	3	3	3	3	3	5	2 à 3 ans	33,33 à 50 %
<i>Outils</i>	5	5	5	5	5	5	5 à 10 ans	10 à 20 %
<i>Automobiles et matériel roulant</i>	5	3	3	3	3	5	4 à 5 ans	20 à 25 %
<i>Mobilier</i>	5	5	5	5	5	5	10 ans	10 %
<i>Matériel de bureau</i>	5	3	3	3	3	5	5 à 10 ans	10 à 20 %
<i>Agencements et installations</i>	5 à 20	10	5 ou 10 ou 15**	10 à 20 ans	5 à 10 %			
<i>Logiciels</i>	2	2	2	2			2 à 3 ans	33,33 à 50 %
<i>Concessions et droits similaires</i>					2	3		

* *Rénovation : 15 ans, Construction neuve : 30 ans jusqu'en 2017. A compter de 2017 : Restructuration : 15 ans, Réhabilitation mixte : 30 ans, Construction neuve : 40 ans.*

** *Installation électrique : 10 ans, installation téléphonique : 5 ans, autres installations : 15 ans.*

Sources : Comptes financiers et décisions du directeur.

4.2.2 La suppression de l'amortissement progressif

(70) Lors de la refonte de l'instruction budgétaire et comptable M21, la méthode des amortissements progressifs a été supprimée à compter du 1^{er} janvier 2014. Le passage à la méthode d'amortissement linéaire par annuité constante avec un prorata temporis a conduit l'établissement à réaliser des corrections d'écritures comptables pour trois opérations : l'unité pour malades difficiles, la blanchisserie et le foyer d'hébergement. Ces corrections ont été réalisées à hauteur de l'écart constaté entre l'ancien et le nouveau mode d'amortissement par débit du compte 10682 et crédit du compte 28 concerné.

Tableau n° 11 : Corrections d'écritures réalisées en 2014 au titre de la suppression de l'amortissement progressif (en €)

Unité pour malades difficiles	Blanchisserie	Foyer d'hébergement	Total
94 083,97	55 714,56	174 314,25	324 112,77

Source : CHM.

(71) Pour les exercices suivants de la période sous revue (2014 - 2018), les conséquences de ce changement de méthode ont été les suivantes :

Tableau n° 12 : Conséquence budgétaire de la suppression de l'amortissement progressif sur la période 2014 - 2018 (en €)

UMD	Foyer d'hébergement	Blanchisserie	Total
56 586,02	- 4 940,64	0	51 645,38

Source : CRC à partir des données CHM.

4.2.3 L'adoption de la méthode d'amortissement par composants

(72) L'établissement a par ailleurs adopté la méthode d'amortissement par composants²¹ pour les immobilisations d'un montant supérieur à 1 M€. Selon le plan d'actions élaboré par la direction des finances, sept opérations ont été concernées : l'opération de Carpentras, les urgences et le CMP d'Orange, l'Envol, La Nesque, l'UMD, le foyer de vie et la MAS.

4.3 Les provisions

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

(74) Le montant des provisions a significativement varié durant la période sous revue pour s'établir à 6,6 M€ fin 2018.

Tableau n° 13 : Evolution des soldes des comptes de provision

Comptes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
c/142	42 785,00	39 832,00	36 879,00	33 926,00	30 717,00	27 508,00	- 36 %
c/151	404 688,20	558 703,20	449 768,20	692 459,00	699 658,00	725 635,00	79 %
c/153 (c/ 143)	1 894 476,34	2 810 897,68	2 821 797,78	2 910 040,42	3 216 549,42	3 609 217,80	91 %
c/1572	1 641 185,12	1 052 183,51	550 041,51	324 191,51	241 619,51	105 891,06	- 94 %
c/158		395 882,00	492 271,00	900 442,00	1 237 615,97	814 590,97	517 %
c/29	132 004,00	132 004,00					
c/49 Dépréciation comptes de tiers	452 974,65	1 165 394,65	1 725 574,00	2 357 373,00	1 643 543,00	1 298 152	187 %
TOTAL	4 568 113,31	6 154 897,04	6 076 331,49	7 218 431,93	7 069 702,90	6 580 994,83	44 %

Source : Comptes financiers.

²¹ Le montant de l'actif brut de l'UMD est de 9 441 275,45 € dans la décision de passage en amortissement par composant et de 9 381 307,27 € selon le plan d'actions validé par la direction des finances. La décision n° 26/2016 relative à la régularisation des amortissements de l'aménagement de la sous-station aux UMD fait état d'une diminution de l'actif pour 16 076,75 €. La fiche d'intégration datée de 2015 a par ailleurs modifié la valeur de l'actif à hauteur de + 76 044,93 € suite à des travaux complémentaires.

Compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations »

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

(76) Le compte 142 a fait l'objet d'une correction d'écriture comptable en 2013, avant la première année de certification, le montant de 2 376 460 € étant jusque-là provisionné de façon injustifiée. La correction a consisté en un transfert du montant précité sur le compte de report à nouveau excédentaire (c/ 1100).

(77) Les décisions correspondant aux reprises effectuées à compter de 2014 ont été produites. Il est à relever une évolution du montant repris à compter de 2017, celui-ci passant de 2 953 € à 3 209 €. En 2017 a été intégré l'amortissement de l'extraction d'air soit 256 € supplémentaires.

(78) La chambre relève que l'investissement représente 29 530,16 € auxquels s'ajoutent 3 840 € au titre de l'extracteur d'air. Le montant total étant inférieur à celui de la provision constituée au titre de cette opération (45 000 €), le reliquat (11 629,84 €) est à reprendre. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a admis l'existence d'un reliquat de 11 629,84 € tout en précisant que sa reprise n'interviendrait qu'en fin de période d'amortissement des travaux (10 ans). La chambre maintient son observation d'une reprise sur l'exercice en cours.

Compte 1518 « Autres provisions pour risques »

(79) Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, ces provisions sont constituées pour couvrir des indemnités de licenciement, des remboursements d'indus à la caisse d'assurance maladie, des amendes et pénalités, des redressements fiscaux et des redressements de cotisations de sécurité sociale.

(80) A l'instar du compte 142, le centre hospitalier a procédé à une correction d'écriture comptable en 2014 à hauteur de 457 999,67 € transférés sur le compte 1100.

(81) Le compte (23 068,20 €) a été soldé par décision de reprise du 20 janvier 2017 « pour annulation du risque dommage-ouvrage : les primes des contrats d'assurance dommage-ouvrage étant enregistrées sur le compte 6162 et constatées en charges constatées d'avance pour la partie concernant la période garantie sur les exercices antérieurs. » Interrogé sur ce point, l'établissement a indiqué que « compte tenu du caractère non significatif de son montant, il n'y a pas eu de correction rétrospective », cette décision ayant par ailleurs été prise en accord avec le commissaire aux comptes.

(82) La chambre relève deux points :

- Le caractère tardif de cette reprise, l'état PF1 du compte financier 2015 précisant que ces risques sont assurés et comptabilisés en charges depuis 2006 ;
- La nature même de l'écriture. La comptabilité ne reposant pas sur une analyse des risques, sur le caractère significatif ou non des montants en cause, une correction d'écriture en situation nette au bilan aurait pu être effectuée.

(83) En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a reconnu qu'il aurait pu passer une correction d'écriture comptable et mettre en œuvre un enregistrement en classe 6 de charges constatées d'avance. Il a cependant fait un choix différent avec l'accord du commissaire aux comptes dans la volonté de respecter le principe de permanence des méthodes et afin de ne pas gêner la lecture des comptes. La chambre maintient son observation.

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

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

(85) Le nombre de jours provisionnés et repris a évolué comme suit de 2013 à 2018.

Tableau n° 14 : Nombre de jours placés sur les CET

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Personnel médical</i>	4848	4 698,5	4 631,5	4 706	5 052	5 906
<i>Personnel non médical</i>	5 930,39	6 020	6 256,39	6 004,39	6 632,89	6 768,22
TOTAL	10 778,39	10 718,5	10 887,89	10 710,39	11 684,89	

Source : CHM.

(86) Le provisionnement sur le compte 153 a fait l'objet de plusieurs corrections d'écritures comptables. L'établissement provisionnait en 2013 sur la base du coût moyen par grade chargé pour le personnel non médical et le coût d'un praticien hospitalier au 2^{ème} échelon pour le personnel médical. En 2014, suite à la parution des arrêtés du 17 avril 2014 précisant les modalités de valorisation des jours placés en CET pour les personnels médicaux et non médicaux, le CHM a revu ses modalités de provisionnement et effectué une première correction d'écriture au 31 janvier 2014 par décisions du 31 janvier 2015. En 2016, 2017 et 2018, le CHM a retenu la même méthode en application du principe de permanence des méthodes.

(87) Des décisions de corrections d'écritures ont toutefois été prises en 2016 et 2017.

(88) Suite à la publication de l'arrêté du 19 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques des établissements publics de santé et de l'arrêté du 20 décembre 2018 modifiant l'arrêté du 17 avril 2014 fixant les modalités de comptabilisation et de transfert des droits au titre du compte épargne-temps des agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière, le centre hospitalier de Montfavet sera amené à revoir le montant de sa provision pour CET.

(89) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les modalités de comptabilisation des jours placés en CET ont été précisées par la fiche comptable élaborée par la direction générale des finances publiques et la direction générale de l'offre de soins en mai 2019 (fiche sur les passifs sociaux). Il a fait état d'une mise en œuvre par corrections rétrospectives du bilan sur l'année 2019.

Compte 1572 « Provisions pour gros entretien ou grandes réparations »

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

(91) Par décision du 31 janvier 2015, l'établissement a établi un plan de gros entretien ou grandes révisions prenant effet au 1^{er} janvier 2014. D'un montant total de 1 190 320,44 €, il se répartit entre le budget principal pour 1 040 185,24 € et trois budgets annexes pour 101 092,51 €. La mise en regard des montants inscrits au plan et dans la décision, qui en est la traduction, fait apparaître des écarts que l'établissement n'a pas su expliquer, celui-ci précisant seulement que « *c'est bien évidemment la décision qui fait foi* ».

Tableau n° 15 : Provision constituée au compte 1572 concernant les budgets annexes

<i>En €</i>	Montants résultant du tableau joint à la décision n° 6/2015	Montant résultant de la décision n° 6/2015	Ecart entre la décision et le tableau
<i>Maison d'accueil spécialisée (MAS)</i>	3 396,00	3 402,69	- 6,69
<i>Foyer d'hébergement (FH)</i>	45 000,00	45 640,00	- 640,00
<i>SAT</i>	101 000,00	101 092,51	- 92,51
<i>TOTAL</i>	149 396,00	150 135,2	739,20

Source : CRC.

(92) Le montant de la provision effectuée au titre de l'exercice 2014 varie par ailleurs selon les années : 1 576 144,62 € selon le PGE 2015, 1 526 485,74 € selon le PGE 2016, ce qui n'est pas possible, l'exercice considéré étant clos. L'établissement n'a pas été en mesure d'expliquer ces différences de montants. Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que cet écart lui avait « *échappé* » et n'avait pas été soulevé par le commissaire aux comptes.

Compte 158 « Autres provisions pour charges »

(93) L'instruction budgétaire et comptable M21 énumère « *à titre d'exemple* » les possibilités de provisionnement sur ce compte : les frais de démolition d'un immeuble, la remise en état d'un site, le désamiantage, l'élimination des déchets issus des équipements électriques et électroniques, le droit individuel à la formation, l'aide de retour à l'emploi, le paiement rétroactif des cotisations CNRACL, les plans de restructuration, l'indemnité de précarité...

(94) Les montants provisionnés concernent notamment le rachat de services de contractuels auprès de la caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), les allocations de retour à l'emploi (ARE) ainsi que l'élimination de l'amiante²² et des déchets ioniques. Ces cas sont explicitement prévus par l'instruction budgétaire et comptable M21. Une provision a également été constituée pour mise en conformité avec la réglementation concernant la permanence des soins.

(95) Plusieurs montants provisionnés ont fait l'objet de corrections, certaines étant annulées pour donner lieu à une nouvelle correction suite aux observations du commissaire aux comptes (CNRACL, ARE).

(96) Par décision du 3 janvier 2018, l'établissement a constitué une provision au compte 158 au titre des « *gardes médicales* » pour 321 875 € par correction rétrospective. L'objectif était une mise en conformité avec les dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ce texte transpose en droit français les préconisations européennes visant à améliorer les conditions de travail des salariés européens. Il prévoit notamment la prise en compte de toutes les heures effectuées lors des astreintes et précise les dispositions relatives aux périodes de repos. Le caractère tardif de la mise en conformité est résulté, selon l'établissement, d'un désaccord sur l'interprétation à donner au texte. Les travaux sur le sujet ont effectivement débuté dès 2014. L'inscription en provision a été justifiée par l'attente du choix des médecins, ceux-ci pouvant solliciter le placement en CET ou le paiement des sommes les concernant. Le choix a été donné aux praticiens par courrier du 15 mars 2017 et les réponses sont arrivées à la direction la fin du 1^{er} semestre. La provision a été reprise fin 2018.

Compte 491 « Dépréciation des comptes de redevables »

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

(98) L'établissement a précisé dans le compte financier 2013 souhaiter « *amorcer la gestion des dépréciations de créances en 2013* ». Une provision de 462 674,65 € a été constituée au vu des recensements effectués avec le comptable. Une méthode de dépréciation a été arrêtée en 2014 qui a conduit à une correction d'écriture comptable de 460 682 € en bilan d'ouverture. La méthode retenue par le CHM consiste à combiner l'analyse au cas par cas et une analyse statistique pour les créances de montant non significatif mais représentant un enjeu dès lors qu'elles sont agrégées. Le taux forfaitaire appliqué est alors fonction de l'ancienneté de la créance.

²²La provision pour désamiantage et élimination des déchets ioniques a fait l'objet d'une évaluation à hauteur de 61 947 € en janvier 2017.

(99) Dans le même temps, l'établissement a entrepris un travail avec le trésorier afin d'analyser et de suivre mensuellement les restes à recouvrer par budget et par débiteur, de travailler avec les financeurs sur les restes à recouvrer antérieurs, de saisir la commission de recours amiable de la sécurité sociale et les tribunaux des affaires de sécurité sociale suite au non-paiement de factures auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de régler des situations par des mises en paiement par les organismes payeurs et plus particulièrement les mutuelles.

Tableau n° 16 : Restes à recouvrer 2004 à 2012 (budget principal) (en €)

Nov. 2013	Nov. 2014	Nov. 2015	Nov. 2016	Nov. 2017	Nov. 2018
3 003 071,95	2 037 690,20	931 753,90	371 904,06	164 721,32	81 997,46

Source : CHM.

4.4 Les remboursements des budgets annexes au budget principal

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

(101) L'établissement a produit le détail des calculs des remboursements des budgets annexes au budget principal. Deux points peuvent être relevés :

- La procédure permettant de préciser les éléments pris en compte dans les calculs réalisés fait état de quelques postes qui ne sont pas valorisés : la levée et la distribution du courrier, la livraison des repas servis aux budgets annexes ;
- Les montants arrêtés par la direction ne sont pas ceux qui sont imputés sur le compte 7087. L'établissement a expliqué ces écarts en indiquant que certaines sommes devaient figurer dans le tableau (écart constaté en 2016), d'autres ne devaient pas (écart constaté sur 2015) et d'autres devaient figurer dans le tableau et au compte 7087 (écart constaté en 2017).

(102) La chambre souligne la nécessité d'une plus grande rigueur dans l'élaboration d'un tableau dont le seul intérêt est d'identifier précisément les montants à imputer sur le compte 7087.

(103) A ce stade, les montants non imputés et l'existence de ces erreurs conduisent à conclure à des remboursements non exhaustifs des budgets annexes au budget principal.

Tableau n° 17 : Remboursements des budgets annexes au budget principal : Ecart entre le détail des calculs du CHM et les montants imputés sur le compte 7087 (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Montant des remboursements de frais CRPA (compte 7087)</i>	896 932,66	938 600,41	1 253 545,29	1 341 690,25	1 389 158,98	1 695 818,09
<i>Montant issu du détail des calculs du CHM</i>	896 932,66	938 600,45	1 256 857,88	1 340 916,54	1 403 115,84	1 695 818,09
<i>Ecart</i>			- 3 312,59	773,71	- 13 956,86	

Source : CRC à partir des documents CHM et des comptes financiers.

4.5 Les tarifs journaliers de prestations

(104) Les tarifs journaliers de prestations (TJP) servent de base au calcul du ticket modérateur à la charge du patient ou de sa mutuelle.

(105) Il revient au directeur de l'établissement de proposer les différents TJP calculés selon des modalités précisées réglementairement. Aux termes de l'article R. 6145-29 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS arrête les tarifs.

(106) L'établissement a produit pour chacune des années sous revue les différents tarifs journaliers de prestations qu'il a appliqués. Ils ont connu une progression de 3 % ou 5 % selon les tarifs en 2013 et de 5 % en 2014. Le CHM a produit le détail de ses calculs pour la seule année 2017. Un écart apparaît entre le résultat des calculs et les tarifs, ces derniers leur étant parfois supérieurs et parfois inférieurs. Malgré ces écarts le CHM n'a pas révisé ses tarifs « *compte tenu de la baisse de recettes en DAF, liée à la péréquation* ».

(107) Selon l'établissement, les textes encadrant la progression des TJP font référence au décret du 23 février 2009 qui ne s'applique qu'aux activités de MCO, « *les tarifs de psychiatrie sont quant à eux réglementés par le mode de calcul prévu à l'article R. 6145-21 [du CSP]* ». Il s'ensuivrait que les établissements psychiatriques ne seraient pas concernés. L'article R. 6145-22 du code de la santé publique dispose (l'article R. 6145-21 ne fait que lister les catégories pour lesquelles un tarif de prestations est à établir) qu'à l'exception des unités de soins de longue durée, les tarifs sont obtenus « *en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues, après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des tarifs de prestations. Le coût de revient prévisionnel est égal à la totalité des dépenses d'exploitation des sections tarifaires concernées comprenant :*

1° Les charges directes ;

2° Les charges des consommations d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat ou, à défaut, de leur coût de revient ;

3° Les autres charges du compte de résultat prévisionnel principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres, réparties entre les catégories tarifaires proportionnellement au nombre de journées prévues dans chaque catégorie ».

(108) Cette formulation est quasi identique à celle de l'article 5 du décret du 23 février 2009.

(109) La chambre souligne par ailleurs que le montant des TJP s'établit au regard d'une réglementation exposée dans le code de la santé publique et non pour préserver un niveau de recettes.

(110) Enfin, l'établissement a produit, en réponse aux observations provisoires de la chambre, une seule décision de l'agence régionale de santé arrêtant les tarifs de prestations²³ (décision n° 14-095 du 4 août 2014). Les tarifs appliqués en 2013 l'ont donc été sans décision de l'ARS. Par ailleurs, depuis 2015, l'établissement applique un tarif unique pour les demi-venues concernant des adultes ou des enfants (203,50 €) alors que celles-ci relèvent d'un tarif différent dans la décision tarifaire de 2014 qui demeure en vigueur (203,50 € pour les adultes et 361 € pour les enfants).

4.6 Une traçabilité insuffisante des aides monétaires et non monétaires accordées aux associations

4.6.1 Un écart entre un état du compte financier et la balance des comptes du CHM

(111) Un écart de 10 800 € a été constaté entre l'état G2 du compte financier et la balance des comptes en 2013 (cf. tableau *infra*).

Tableau n° 18 : Ecart entre les états des comptes financiers et les balances des comptes (en €)

Etats joints aux comptes financiers					
Associations	2013	2014	2015	2016	2017
Association participant à la vie sociale des usagers	32 000,00				
SOS Amitié	17 000,00				
Comité hospitalier renommé L'Optimist' (gestion des appartements thérapeutiques)		15 000,00			
Comité local des œuvres sociales	64 027,00	26 815,00	26 629,00	35 760,00	28 144,00
TOTAL	113 027,00	41 815,00	26 629,00	35 760,00	28 144,00
Balances des comptes					
Comptes	2013	2014	2015	2016	2017
6571	32 000,00	15 000,00	0,00		
6578	91 827,00	26 815,00	26 629,00	35 760,00	28 144,00
TOTAL	123 827,00	41 815,00	26 629,00	35 760,00	28 144,00
Ecart					
Comptes	2013	2014	2015	2016	2017
Ecart entre les balances des comptes et les états financiers	10 800,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Source : CRC.

²³ L'avant-dernier alinéa de l'article R. 6145-29 du code de la santé publique stipule que « le directeur général de l'agence régionale de santé arrête les tarifs de prestations servant de base à la participation du patient dans le délai de 30 jours mentionné au quatrième alinéa ».

(112) L'établissement a expliqué cet écart en indiquant qu'il avait effectué des paiements à deux associations culturelles dans le cadre du projet national « Culture et santé ». Ces versements correspondaient à des reversements de crédits alloués à l'établissement par l'ARS à hauteur de 4 400 € complétés par 6 400 € alloués à l'une de ces associations en application d'une convention signée le 1^{er} septembre 2012.

(113) L'établissement aurait dû tracer ces flux financiers dans l'état joint au compte financier idoine.

(114) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a expliqué qu'il ne lui avait pas été possible d'imputer les crédits alloués par l'ARS et reversé à cette association au motif qu'ils ne correspondaient pas à une subvention. L'argument développé paraît difficile à retenir, la somme de 10 800 € ayant été imputée sur un compte de subvention (le compte 6578 « autres subventions »). La chambre maintient son observation.

4.6.2 Des écarts entre les comptes financiers et les comptes des associations

(115) Des écarts, présentés dans le tableau ci-après, existent par ailleurs entre les états des comptes financiers, les montants effectivement versés par l'établissement et les informations figurant dans les comptes annuels du comité local des œuvres sociales (CLOS) et du comité hospitalier (renommé l'Optimist' en 2017) qui rendent illisibles, sans une explication détaillée de l'établissement, les mouvements financiers intervenus.

Tableau n° 19 : Informations figurant dans les états financiers du CHM et dans les comptes du Comité local des œuvres sociales (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017
Subventions selon les comptes financiers du CHM					
	64 027	26 815	26 629	35 760	28 144
Montants versés selon le CHM (réponse questionnaire)					
	65 740	26 905	32 324	37 508	28 144
Informations figurant dans les comptes de l'association					
- Subvention CGOS	4 262	5 197	5 872	4 522	4 489
- Subvention CHM/ Tickets restaurant			3 732	1 748	2 447
- Subvention CHM Enfants médecins			1 042	921	1 200
- Subventions CHM	41 713			1 092	2 500
- Subventions CHS Arbre de Noël	25 680	26 815			
- Subvention CGOS Arbre de Noël			26 629	24 668	24 444
- Subvention CHS		31 379,00			
TOTAL hors subvention CGOS	67 393	58 194	31 403	28 429	30 591

Source : Comptes financiers et Comptes de l'association.

(116) Des écarts ont également été observés entre les états des comptes financiers, les informations figurant dans les comptes annuels et la réponse apportée par l'établissement lors de l'instruction pour le comité hospitalier (association l'Optimist').

(117) En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'Optimist' a précisé qu'il présentait ses comptes en effectuant un regroupement de différents sous-comptes. La subvention versée par l'établissement étant imputée sur l'un d'entre eux, elle n'apparaît pas en tant que telle. L'association a communiqué le montant de la subvention versée durant les années 2013 à 2018. La chambre constate que pour l'exercice 2014, les documents et réponses produits conduisent à quatre montants de subvention différents selon le document pris en référence.

Tableau n° 20 : Informations figurant dans les états financiers du CHM et dans les comptes du comité hospitalier (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Subventions selon les comptes financiers du CHM</i>		15 000				
<i>Informations figurant dans les comptes de l'association (sans précision sur l'entité octroyant la subvention)</i>	25 068	21 205	12 651	9 245	3 778	ND
<i>Informations communiquées en réponse au questionnaire RH n° 2</i>	24 000	0	11 019	7 985,04	0	29 343,74
Montant de la subvention de l'établissement selon l'Optimist*	24 000	19 700	11 019	7 985,04		29 343,74

Sources : Comptes financiers, comptes de l'association et réponse au questionnaire RH n° 2
 * Informations communiquées par l'Optimist' en réponse aux observations provisoires de la chambre.

(118) A nouveau, les mouvements financiers entre les deux parties sont illisibles faisant au surplus l'objet d'imputations différentes selon les années.

Recommandation n° 2 : Assurer dans l'état du compte financier idoine, la traçabilité des subventions versées au comité local des œuvres sociales et à l'association « l'Optimist' ».

(119) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué qu'il tiendrait compte de la recommandation de la chambre pour l'avenir.

4.6.3 Des aides non monétaires non tracées dans le compte financier

(120) La convention signée avec le CLOS en 2003, en vigueur jusqu'en 2017 comprenait un engagement de l'établissement (article 3 de la convention) à fournir une aide logistique étendue non tracée :

- La mise à disposition sur le réseau intranet de l'hôpital d'un icône CLOS pour faciliter la circulation des informations sur les activités de l'association ;
- Des photocopies en nombre pour la diffusion des informations du CLOS ;
- La mise à disposition de locaux (incluant la fourniture d'eau, d'électricité, et le ménage) ;
- Une aide occasionnelle des services techniques en matériel (prêt de camions, de minibus, etc.) munis des cartes autoroute et essence, avec l'information expresse de la direction ;

- Le détachement du personnel mandaté au CLOS, tant pendant les permanences que de façon occasionnelle (journées des retraités, Noël des enfants, préparation des instances, voyages), selon un tableau mensuel prévisionnel visé par le directeur de l'établissement.

(121) La convention signée en 2017 prévoit une contribution « en nature » pour un montant maximal de 10 000 €, dont le montant a été détaillé.

4.6.4 Des versements non formalisés

(122) Sous le libellé « subvention » le CLOS a mentionné dans ses comptes différents types de versement de la part de l'établissement, dont une subvention CHM / tickets restaurant.

(123) L'établissement a indiqué que la « *subvention tickets restaurant* » ne correspondait pas à une subvention mais au versement de la contre-valeur des tickets non utilisés, périmés ou perdus en application de l'article R. 3262-14 du code du travail. Ce versement est imputé sur le compte 6781 « *Autres charges exceptionnelles sur opération de gestion* » sans décision. La chambre rappelle à l'établissement la nécessité de formaliser ce versement.

(124) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué qu'il tiendrait compte de l'observation formulée quant à la formalisation de ce versement dans une décision.

(125) Le CLOS, dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, a indiqué qu'il relayerait à son expert-comptable le caractère inapproprié du libellé « subvention ».

4.6.5 Des aides versées sans convention

(126) La convention signée avec le CLOS le 24 mars 2017 est présentée comme « *conclue au titre de l'année 2016* » selon l'article 2 de la convention. L'article 9 prévoit que « *la conclusion d'une éventuelle nouvelle convention est subordonnée à la production des justificatifs mentionnés à l'article 5 et aux contrôles prévus à l'article 8 des présentes* ».

(127) Aucune convention n'a été signée en 2017 et 2018, ce qui contrevient à la réglementation au regard des sommes versées.

(128) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué qu'il tiendrait compte de l'observation de la chambre et conclurait des conventions si des sommes devaient être versées au CLOS.

5 LES ACTIVITES DE SOCIOThERAPIE

5.1 Les relations CHM - l'Optimist' : une clarification des rôles récente encore insuffisante

(129) La coopération avec le comité hospitalier (devenu l'Optimist') est ancienne, l'association ayant été créée en 1962²⁴. Elle porte sur différents domaines : le secours en urgence aux patients (prêts permettant l'achat de vêtements par exemple mais aussi l'avance de loyer à l'issue de la phase d'hospitalisation au sein de l'établissement), la gestion des appartements communautaires, la médiation financière pour la vente des œuvres d'art réalisées par les patients et l'organisation d'activités de sociothérapie. L'importance de ce partenariat est soulignée dans le projet d'établissement 2015-2019.

Les activités de sociothérapie

En psychiatrie, les activités de sociothérapie relèvent du projet thérapeutique individualisé du patient. Elles peuvent être :

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

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

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

Le médecin responsable de la démarche de soins doit rester le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

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

²⁴ Source : bilan d'activité 2016.

(131) L'article L. 3221-4-1 du code de la santé publique, tel que modifié par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé présente quelques différences avec le texte précédent : « A.- *L'établissement peut conclure avec une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation une convention pour la mise en œuvre d'une démarche thérapeutique qu'elle définit.*

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

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

(132) Durant la période sous revue, deux temps sont à distinguer régis par deux conventions, une première datée du 18 février 2013 et une seconde non datée prévoyant une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2019. La convention la plus récente a notamment acté le changement de nom de l'association, celle-ci devenant « *L'Optimist', association pour la réhabilitation psychosociale de patients* ». Selon le bilan d'activité 2017, l'association aurait essuyé un refus de subvention de la direction de la cohésion sociale pour les appartements communautaires, le nom « *comité hospitalier* » étant trop associé à l'hôpital, d'où le changement de nom.

5.1.1 Le partenariat issu de la convention signée en 2013

Une association intervenant largement sur le CHM

(133) Les différents bilans d'activité de l'association font état de son intervention dans différents domaines.

(134) Le comité hospitalier a tout d'abord apporté une « *aide aux séjours thérapeutiques* » en complément des budgets de la vie sociale (cf. *infra*).

(135) L'association a également soutenu l'organisation de diverses activités (animations à la cafétéria, atelier journal de l'hôpital de jour Ere du temps (ordinateurs portables), jeux moteurs au CMPI (CMP enfants) de Valréas en 2014... Elle a aussi réalisé des aménagements de services (2013) et des achats d'équipements (par exemple un congélateur tropicalisé, des brumisateurs de terrasse pour la cafétéria en 2014, la climatisation de la cafétéria, une tondeuse, un taille-haie, du petit matériel pour 4 178,56 € en 2015, des équipements amortissables pour 10 420 € en 2017...).

(136) L'établissement a précisé qu'à partir de 2016, dans un souci de clarification des missions de l'association et de l'hôpital, l'établissement a souhaité assurer lui-même l'achat de tous les équipements dans les différents services de soins et pour les activités de resocialisation. Le montant des achats s'est élevé à 29 607,25 € en 2016, à 9 257,13 € en 2017. Aucun achat n'a été réalisé en 2018.

(137) Le bilan d'activité 2016 de l'association mentionne par ailleurs une action intitulée « Régie selon demande des Unités du CHM » avec les précisions suivantes :

- Participations des patients versées en chèques ou virement, remises en espèces avant départ du séjour ;
- FIAPMC-théâtre de l'autre scène : déplacement en Belgique, spectacle « L'augmentation » : valeur avancée : 923,21 € le 13/01/2016 ;
- PSMS - ESAT L'Epi - Recettes ventes paniers le 01/12/2016, valeur encaissée : 306 € ;
- PAIS - Atelier Bois - Séjour Nice du 30/05 au 30/06/2016, valeur avancée : 1 350 €.

(138) Bien que l'établissement ait qualifié d'impropre l'appellation « régie », l'association fonctionne dans les faits comme une régie d'avance, ce qu'elle n'est pas.

(139) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a fait état de la circulaire du 4 mai 1958 qui prévoyait le recours à des associations pour décharger les établissements de certaines tâches pour lesquelles celles-ci ont un fonctionnement plus souple. Selon lui, l'organisation mise en place avec l'association ne reviendrait pas à considérer celle-ci comme une régie au motif que l'établissement aurait toute latitude pour refuser la dépense qui ne s'impute pas directement sur le budget hospitalier. L'ordonnateur a par ailleurs souligné les montants modestes concernés. Il a enfin précisé que l'organisation actuelle serait supprimée et une régie d'avance créée.

(140) La chambre maintient son observation au vu des textes parus depuis 1958 et de l'organisation actuellement existante. Si l'établissement peut effectivement ne pas régler la facture que lui soumet l'association, cela ne suffit pas pour distinguer ce fonctionnement de celui d'une régie d'avance, le régisseur pouvant également ne pas donner suite à une demande de paiement lorsque celui-ci n'est pas justifié. L'importance des montants concernés est par ailleurs sans effet sur leur caractère réglementaire ou non. La chambre constate enfin que l'établissement a décidé d'assurer directement le règlement des prestations aujourd'hui réglées par l'association par la création d'une régie d'avance.

Des flux financiers irréguliers

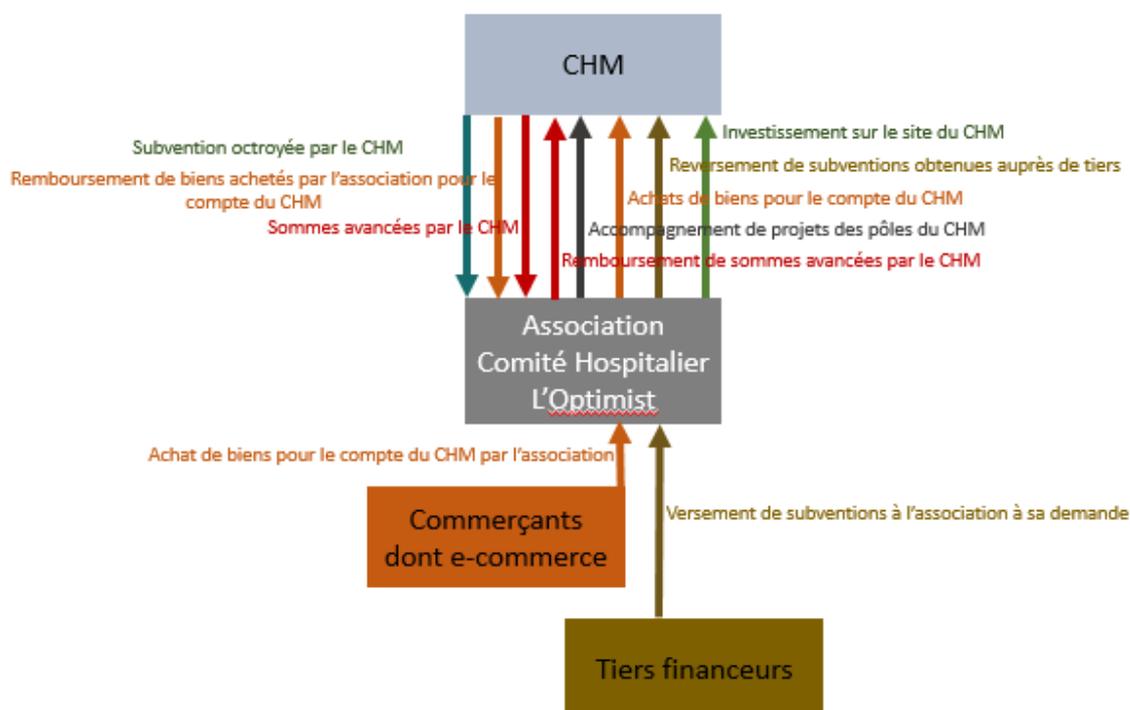
(141) La première irrégularité tient à l'absence de demande de subvention. La loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations prévoit la formulation d'une demande de subvention par l'association. Au cas présent, sans avoir été sollicité conformément à la réglementation, l'établissement accorde une subvention pour équilibrer la mission de gestion des appartements communautaires. Une telle modalité de gestion d'une subvention qui est, au surplus, une subvention d'équilibre non prévue par les textes, s'apparente à une libéralité.

(142) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué qu'il exigerait à l'avenir la production d'un dossier de demande de subvention.

(143) Plusieurs irrégularités sont ensuite constatées dans les flux financiers : le reversement par l'association au CHM de subventions obtenues auprès de tiers financeurs, la réalisation d'achats pour le compte de l'hôpital, la réalisation d'investissements sur le site de l'établissement, des avances faites par le CHM remboursées par l'association.

(144) Alors que l'association est en déficit, cette situation justifiant pour l'établissement l'octroi d'une subvention, les flux financiers ont été, indépendamment de leurs montants, durant la quasi-totalité de la période sous revue, plus nombreux de l'association vers le CHM que du CHM vers l'association. La représentation schématique ci-après permet de visualiser les différents flux.

Graphique n° 5 : Flux financiers entre le CHM et le Comité Hospitalier (l'optimist)



Source : CRC.

Une convention prévoyant des flux financiers qui n'ont pas eu lieu ou ont cessé sans avenant

(145) L'article 3 de la convention signée en 2013 faisait état du paiement d'une redevance annuelle à l'établissement en contrepartie des locaux mis à disposition et de l'amortissement des matériels utilisés. Cette redevance devait, selon ce même article, faire l'objet d'une révision chaque année sur la base de l'indice de révision des loyers. Elle a été encaissée en 2013. A compter de 2014 l'établissement a cessé cet encaissement « *au moment où le centre hospitalier n'a plus versé de subvention autre que les subventions au titre des déficits locatifs* ». Une telle décision nécessitait un avenant à la convention.

(146) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué avoir négocié une convention d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public avec l'association l'Optimist'. Il a transmis à l'appui de sa réponse un document daté du 1^{er} octobre 2019 non signé.

(147) L'article 3 prévoyait également que l'association verse trimestriellement au CHM une contribution sur les recettes des ateliers d'ergothérapie, cette contribution visant à abonder le fonds de solidarité prévu dans le budget hospitalier. Ce flux n'a jamais eu lieu.

(148) Selon l'article 10, le CHM contribuait aux actions destinées aux patients en y affectant du personnel. L'établissement a expliqué que cet article était une copie réalisée par erreur d'un article existant dans une convention précédente. Il n'a jamais été mis en œuvre.

(149) La chambre souligne le non-respect des dispositions conventionnelles.

(150) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les dispositions figurant aux articles 3 et 10 seraient supprimées lors de la révision de la convention.

5.1.2 Le partenariat issu de la convention entrée en vigueur début 2019

(151) La signature d'une nouvelle convention a essentiellement résulté de la volonté du CHM de revoir la répartition des activités entre les deux signataires de façon à ce que chacun intervienne dans son seul domaine de compétences.

(152) La convention entrée en vigueur début 2019 liste ainsi dans son article 1 trois missions exercées par l'association : elle loue et gère des appartements favorisant l'insertion par le logement, accorde des secours d'urgence en numéraire et intervient comme médiateur financier en faveur des patients producteurs d'œuvres d'art qui viendraient à être commercialisées. L'article 1 comprend un dernier alinéa selon lequel l'association « *pourrait être amenée à intervenir sur d'autres champs relevant d'actions favorisant le rétablissement et l'insertion des usagers et qui ne relèvent pas des missions de l'hôpital* ».

(153) Ces missions ne sont toutefois pas le reflet des statuts de l'association qui incluent la contribution aux « *activités ergothérapeutiques et sociothérapeutiques des services médicaux de l'établissement, et le soutien des projets d'équipes soignantes de pôles (ou fédérations) proposés à l'Optimist* » non prévue à l'article 1.

(154) L'établissement a indiqué que les statuts étaient en cours de refonte.

La reprise de la gestion de la cafétéria à compter de début 2019

(155) La volonté du CHM de modifier les modalités de coopération a essentiellement concerné le fonctionnement de la cafétéria (lieu profitant aux patients hospitalisés et à leur famille proposant divers produits de consommation (nécessaires de toilette...), friperie, la possibilité de prendre un café ou encore de laver son linge).

(156) Jusqu'à la fin d'année 2018, les produits proposés à la cafétéria étaient achetés par le comité hospitalier, vendus par le personnel du CHM, lequel apportait le produit des ventes à l'association. Des agents non autorisés maniaient donc des fonds.

(157) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a fait état de la circulaire du 4 février 1958 qui préconisait la création d'associations pour gérer les fonds de solidarité ou contribuer à des activités de sociothérapie. Si cette circulaire évoquait le « *rôle possible des associations* » sans pour autant se prononcer en faveur de leur généralisation, elle n'aboutissait pas à supprimer les règles concernant le fonctionnement des régies.

(158) Depuis début 2019, le centre hospitalier acquiert les produits, les vend dans le cadre d'une régie de recettes créée par décision du 3 décembre 2018 et conserve le bénéfice des ventes.

Les aides aux séjours thérapeutiques

(159) L'établissement a indiqué que l'association accordait encore « *des aides mais très limitées (une demande de 150 € depuis le 1^{er} janvier 2019 et non encore acceptée) et le soutien éventuel sera financé sur les fonds propres de l'association* ».

Les achats d'articles et prestations sur internet

(160) Là-encore, le CHM a fait état d'un changement à venir. En accord avec le comptable, les articles et prestations acquises sur internet par l'association pour être ensuite remboursés par l'établissement, devraient faire l'objet d'une gestion via une régie d'avance.

La participation de l'hôpital au fonctionnement de l'association

(161) Le CHM participe au fonctionnement de l'association par l'octroi d'une subvention dont les modalités de calcul ont été revues. L'objectif de l'établissement est de s'assurer que l'association demeure à même de poursuivre l'activité de gestion des appartements communautaires.

(162) Le calcul de la subvention 2019, tel que présenté par l'établissement reposait néanmoins sur la couverture de l'intégralité des frais de fonctionnement de l'association et du déficit (55 000 € et 2 922 € respectivement). En prenant en compte l'excédent dégagé par la reprise de différentes activités relevant du périmètre hospitalier (44 020 €), la contribution nette de l'établissement est ainsi estimée à 13 902 €. Le CHM se réserve donc toujours la faculté d'octroyer une subvention d'équilibre à l'association l'Optimist'.

(163) Dans un cas comparable, le Conseil d'Etat a estimé que dès lors que l'association exerçait une mission d'intérêt communal, la commune pouvait assumer le déficit de cette association (Conseil d'Etat, 6 / 2 SSR, du 15 avril 1996, 150307). Au cas présent, l'association n'exerce pas une mission du centre hospitalier puisque celui-ci indique lui-même avoir repris ce qui relevait de ses compétences et avoir laissé à l'association ce qui relevait des siennes. L'établissement ne peut pas dans le même temps indiquer que la gestion des appartements communautaires ne relève pas de son périmètre d'activité et assumer le déficit de cette activité. La chambre ne remet nullement en cause l'intérêt de ces appartements. Elle constate toutefois une situation ambiguë. L'association ne disposant pas à ce jour du statut d'opérateur d'intermédiation locative, elle ne peut bénéficier des aides de l'Etat. Pour faciliter la réhabilitation sociale des patients et éviter des séjours longs inappropriés au sein de l'établissement, ce dernier estime nécessaire d'accompagner financièrement l'Optimist' dans cette mission. Une clarification de la situation serait, selon la chambre, souhaitable.

(164) L'établissement participe au fonctionnement de l'Optimist' au-delà de la subvention. Selon les termes de la convention précitée, il met à disposition à titre gratuit des locaux (siège de l'association) meublés, éclairés et chauffés, un véhicule si besoin. La gratuité de la mise à disposition est possible en application de l'article L. 2125-1 du code général de la propriété des personnes publiques. L'établissement a transmis en réponse aux observations provisoires de la chambre, une convention d'autorisation d'occupation temporaire du domaine public non signée datée du 1^{er} octobre 2019.

(165) Les aides en nature qui complètent la subvention en numéraire doivent faire l'objet d'une évaluation et être retracées dans les bilans annuels d'activité.

(166) L'article 59 de la loi n° 2014-856 du 31 juillet 2014 relative à l'économie sociale et solidaire dispose : « *Constituent des subventions, au sens de la présente loi, les contributions facultatives de toute nature, valorisées dans l'acte d'attribution, décidées par les autorités administratives et les organismes chargés de la gestion d'un service public industriel et commercial, justifiées par un intérêt général et destinées à la réalisation d'une action ou d'un projet d'investissement, à la contribution au développement d'activités ou au financement global de l'activité de l'organisme de droit privé bénéficiaire. Ces actions, projets ou activités sont initiés, définis et mis en œuvre par les organismes de droit privé bénéficiaires. Ces contributions ne peuvent constituer la rémunération de prestations individualisées répondant aux besoins des autorités ou organismes qui les accordent.* » Le seuil des 23 000 € à partir duquel une convention entre les parties est nécessaire s'apprécie en prenant en compte les aides en nature. Au cas présent, il existe une convention mais dans la recherche d'une plus grande transparence, il est nécessaire d'évaluer l'ensemble des aides accordées.

(167) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que cette évaluation des prestations en nature ne pourrait intervenir qu'à l'issue de la première année de mise en oeuvre du nouveau partenariat.

Les modalités de contrôle

(168) La convention prévoit que doivent être transmis au CHM un bilan d'activité et un bilan financier annuel. Les actions conduites par l'association doivent faire l'objet d'un contrôle et d'une évaluation par les chefs de pôles d'activité concernés.

(169) Une évaluation annuelle sera réalisée sur le bilan des activités et notamment le nombre de logements gérés et le nombre de patients suivis. Après quelques mois de fonctionnement, il n'est pas possible de porter une appréciation sur le dispositif mis en œuvre.

(170) En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a transmis le bilan 2018 de la gestion des appartements communautaires²⁵.

5.2 Le budget de la vie sociale : une gestion formalisée non respectueuse de plusieurs points de réglementation

(171) Sans que cela exclut l'intervention de l'Optimist', la réalisation de divers travaux manuels, sorties, séjours relève du budget de la vie sociale.

(172) Lors de l'élaboration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), un montant est proposé par la direction des services économiques et arrêté par la direction des affaires financières. La répartition par pôle fait l'objet d'une concertation avec les cadres paramédicaux concernés en décembre. Le budget de la vie sociale a progressé de 46,3 % entre 2013 et 2018, soit + 88 648 €. Sa diminution depuis 2016 s'est accompagnée d'un niveau plus élevé de consommation des crédits.

²⁵ 11 appartements sont pris à bail par l'association et permettent de loger 32 patients (soit en appartement collectif soit en maison individuelle partagée) (5 au pôle Avignon nord, 4 au pôle sud est Vaucluse, 1 au pôle Centre est Vaucluse et 1 au pôle haut Vaucluse).

Au 31 décembre 2018, sur 32 patients pouvant être logés, 25 locataires sont présents soit un taux d'occupation de 78,18 %.

(173) L'augmentation observée en 2014 est consécutive à la fermeture du site du centre Saint-Lambert, à Lioux en 2013 qui accueillait les patients et leurs accompagnateurs à la journée ou à la semaine pour des séjours thérapeutiques. La direction s'est engagée consécutivement à cette fermeture à majorer le budget de vie sociale afin de faciliter la capacité des services à organiser lesdits séjours.

Tableau n° 21 : Budget de la vie sociale (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Budget de la vie sociale</i>	191 461	263 758,91	257 150	289 560	283 769	280 109	+ 46,30 %
<i>Crédits consommés</i>	181 767,65	216 526,94	216 036,7	259 313	252 103	260 645	
<i>Crédits non consommés</i>	9 693,35	47 231,97	41 113,3	30 247	31 666	19 464	

Source : CHM

5.2.1 La gestion du budget de la vie sociale

(174) Les modalités de gestion des séjours et sorties sont décrites dans une procédure datée d'octobre 2016 signée par les différents intervenants.

(175) Les séjours sont des projets médicaux organisés par les équipes soignantes, ils sont validés par le chef de pôle et par la direction des soins. Une estimation des besoins financiers est transmise avec des justificatifs (devis par exemple) aux services économiques, le régisseur de la vie sociale (agent du service économique) se charge des réservations d'hébergement et de transport si besoin et prépare une enveloppe en espèces pour les menues dépenses.

(176) Pour les sorties à la journée (cinéma, piscine, activités sportives et autres) et les menues dépenses d'un séjour, la procédure est identique. Une enveloppe est remise contre signature à un mandataire désigné par son encadrement. La somme est attribuée en fonction du montant estimé par l'équipe soignante, validé par la direction des soins, et communiqué une semaine au moins avant au régisseur.

(177) Le mandataire désigné par son encadrement pour réaliser une sortie ou un séjour avec des patients, vient retirer les montants nécessaires auprès du régisseur des services économiques le jour même, la veille ou l'avant-veille de la sortie ou du séjour. Dans ces deux derniers cas, les fonds sont conservés dans le bureau du cadre de l'unité dans une armoire forte pour les services qui en sont dotés ou dans une armoire fermant à clef (situation la plus fréquente). Pendant cette période comme durant la sortie ou le séjour, les fonds sont sous la responsabilité du mandataire.

(178) Au retour de la sortie, du séjour, l'agent désigné mandataire apporte la somme non dépensée ainsi que les justificatifs des dépenses effectuées à la régie de la vie sociale. Selon l'établissement, « *lorsque l'heure de retour de la sortie ou du séjour est compatible avec les heures d'ouverture de la régie de la vie sociale, les reliquats d'enveloppe et/ou les justificatifs sont restitués le jour même, à défaut les retours sont tolérés dans un délai de 8 jours maximum. Les sommes restantes sont conservées dans les unités de soins, dans une armoire forte ou dans une armoire fermant à clé, dans le bureau du cadre de l'unité.*²⁶ ». La remise des reliquats d'enveloppe et des justificatifs peut parfois dépasser ce délai. Ce point a fait l'objet de remarques du comptable à l'occasion de deux contrôles de la régie (en 2015 et 2017). Le 29 avril 2015, le comptable formulait la conclusion suivante : « *régie tenue avec rigueur et conformément à la réglementation, problème de conservation des fonds pendant la durée des séjours. Par ailleurs, le suivi des justificatifs des avances versées aux sous-régisseurs devra être amélioré (janvier : 9 avances en attente de justificatifs sur 74 soit 12 %, février : 14 avances en attente de justificatifs sur 61 soit 23 %, mars : 19 avances en attente de justificatifs sur 84 soit 22,5 %)* ».

Fin mars 2017, il concluait : La comptabilité est tenue dans de bonnes conditions. Cependant l'ajustement comptable n'est pas encore maîtrisé par le nouveau régisseur, il conviendra d'y remédier. Le régisseur devra veiller à relancer régulièrement les mandataires. 8 enveloppes du mois de janvier n'ont toujours pas été retournées au régisseur. » Les problèmes de conservation des fonds par les mandataires durant les séjours n'étaient apparemment pas résolus.

(179) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que les dépenses concernées étaient de menues dépenses nécessaires au déroulement des séjours. Il a également fait part de l'acquisition d'un logiciel de gestion des régies qui permettrait notamment de tracer les reliquats de séjour.

(180) Les projets réalisés font l'objet d'une évaluation.

5.2.2 Les actes et décisions relatifs à la régie

(181) L'acte constitutif de la régie d'avance des services économiques « *séjours thérapeutiques* » prévoit les dépenses pouvant être réalisées à l'occasion des séjours et sorties thérapeutiques. La décision n° 66/2013 du 27 novembre 2013 a majoré le montant de l'avance. La décision n° 572/2017 du 13 mars 2017 portant nomination d'un régisseur titulaire et des mandataires suppléants a été transmise.

(182) Par décision n° 1520/2017 du 8 juin 2017, les mandataires hors mandataires suppléants, soit plus de 200 personnes, ont été désignés. L'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006 (chapitre 4) prévoit que l'acte de nomination des mandataires (hors mandataires suppléants) doit obligatoirement viser la décision ayant institué la régie, les avis conformes du régisseur et du/des mandataire(s) suppléant(s), les autres mandataires agissant pour le compte et sous la responsabilité du régisseur ou du suppléant durant sa prise de fonction et l'avis conforme du comptable.

(183) L'avis du comptable valant agrément est daté du 13 mars 2017. La décision est toutefois en contradiction avec l'instruction codificatrice précitée dans la mesure où elle ne vise pas l'avis conforme du régisseur et des mandataires, n'intègre pas la signature des mandataires (hors mandataires suppléants) précédée de la mention « *vu pour acceptation* ».

²⁶ Réponse au questionnaire général n° 4.

(184) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'établissement se mettrait en conformité avec cette observation.

(185) La réglementation prévoit enfin que l'acte de nomination du (des) mandataire(s) est exécutoire dès notification aux intéressés. L'établissement n'a pas été en mesure de produire la preuve de la notification de ce document.

(186) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que l'établissement mettrait en place une traçabilité de la notification aux intéressés.

6 UNE SITUATION FINANCIERE QUI SE DEGRADE

(187) Le centre hospitalier de Montfavet compte un budget principal et onze budgets annexes dont la liste figure en annexe n° 2. Le budget principal étant le seul concerné par la réforme majeure intervenue durant la période (péréquation budgétaire) et correspondant à 90 % du montant cumulé des produits, l'analyse financière a porté, à titre principal, sur ce budget.

Tableau n° 22 : Evolution des produits et des charges du budget principal (en €)

<i>Produits</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie</i>	102 646 764	103 947 075	103 643 581	103 693 292	103 007 143	103 271 456	1 %
<i>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</i>	5 560 262	6 558 276	6 423 109	6 891 632	6 767 742	5 781 828	4 %
<i>Titre 3 - Autres produits</i>	11 102 106	14 125 187	13 562 132	13 226 167	12 894 129	14 400 062	30 %
TOTAL	119 309 131	124 630 538	123 628 823	123 811 091	122 669 013	123 453 346	3 %

<i>Charges</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>Titre 1 - Charges de personnel</i>	99 823 970	102 125 322	101 336 976	102 147 339	102 890 940	104 336 883	5 %
<i>Titre 2 - Charges à caractère médical</i>	1 656 188	1 470 868	1 363 871	1 350 933	1 349 751	1 309 958	- 21 %
<i>Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général</i>	10 854 181	10 853 766	11 585 790	11 124 889	10 865 204	11 583 077	7 %
<i>Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles</i>	6 381 721	8 170 800	8 939 024	8 745 703	8 416 033	7 991 990	25 %
TOTAL	118 716 060	122 620 756	123 225 661	123 368 864	123 521 928	125 221 907	5 %

Source : Comptes financiers.

(188) La période sous revue peut se décomposer en deux phases : avant et après 2015. Cette année-là est entré en vigueur le dispositif de péréquation budgétaire qui a affecté les ressources de l'établissement. En réponse, celui-ci a mis en œuvre une stratégie reposant sur quatre axes principaux :

- Une minoration des dépenses (diminution des effectifs non médicaux, exécution de travaux en régie...);
- Une politique de cession dynamique ;
- Une accélération de la réorganisation interne avec des fusions de pôles, des suppressions ou regroupements de services afin d'accentuer le virage ambulatoire. Cela apparaît nettement en psychiatrie infanto-juvénile, particulièrement impactée par la modulation de la dotation annuelle de financement (DAF) ;
- Un transfert de ressources de l'enveloppe sanitaire vers l'enveloppe médico-sociale. Cette opération qui a pour objectif d'apporter une réponse plus adaptée aux besoins de patients a budgétairement eu pour effet de sanctuariser les montants correspondants, la péréquation régionale ne concernant que la DAF hors activités spécifiques (les activités d'intérêt régional par exemple).

6.1 Une progression des produits

(189) Globalement, l'évolution des produits du budget principal a été favorable durant la période, ceux-ci passant de 119 M€ à 123 M€.

(190) La part de chacun des titres dans le total des produits est restée relativement stable depuis 2015, le titre 1 des produits correspondant à 84 % du total des produits.

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

(191) Le titre 1 correspond à la dotation annuelle de financement complétée depuis 2015 par une dotation du fonds d'intervention régional (FIR)²⁷ qui se situe autour de 0,3 M€. La DAF, principale composante du titre 1, a évolué de 1 % entre 2013 et 2018, passant de 102,6 M€ à 103,3 M€.

(192) Le détail de l'évolution ne s'appréhende pas aisément dans la mesure où plusieurs dispositifs ont produit des effets parfois opposés.

(193) En 2015, est entrée en vigueur la péréquation régionale. Le centre hospitalier de Montfavet bénéficie d'une sanctuarisation d'une partie de sa DAF en raison de la spécificité de certaines de ses activités. En 2018, 18,6 M€ relevant du budget principal étaient ainsi exclus de la péréquation. La mise en place de la péréquation budgétaire a eu pour effet de minorer la DAF du CHM de plus de 2 M€ entre 2015 et 2018.

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

La péréquation des dotations annuelles de financement de psychiatrie

En 2015, l'agence régionale de santé PACA a mis en place la péréquation des dotations annuelles de financement (DAF) de psychiatrie pour corriger les dotations historiques des établissements autorisés à exercer cette activité. La péréquation fait l'objet d'une montée en charge progressive sur une période de huit années (péréquation à hauteur de 10 % de la DAF jusqu'en 2019 et à compter de cette année à hauteur de 15 %). Le volume financier soumis à péréquation correspond au total des bases budgétaires DAF dont sont soustraits les financements spécifiques dits « sanctuarisés » tels que les soins aux détenus, les centres d'accueil permanents (CAP), les unités de malades difficiles (UMD)...

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

Tableau n° 23 : Conséquences budgétaires de la péréquation régionale (en €)

2015	2016	2017	2018	TOTAL
- 628 407,00	- 710 129,00	- 334 046,00	- 447 187,00	- 2 119 769

Source : Notifications budgétaires.

(194) La péréquation budgétaire ne s'est pas substituée aux mesures d'économie destinées à restaurer l'équilibre des comptes de l'assurance maladie mais s'est combinée avec elles. En prenant en compte une compensation partielle en 2017 en crédits reconductibles, la DAF a diminué sur la période de 3 M€ au titre des efforts d'économie.

Tableau n° 24 : Effort d'économie national appliqué au CHM (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
<i>Effort d'économie (a)</i>	- 606 358	- 408 118			- 1 571 707	- 1 017 272	- 3 603 455
<i>Atténuation de l'effort d'économie (en crédits reconductibles) (b)</i>					571 803		571 803
<i>TOTAL (a - b)</i>							3 031 652

Source : Notifications budgétaires.

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

Tableau n° 25 : Mises en réserve prudentielles et dégels (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Mises en réserve CNR</i>					- 534 035	- 525 617
<i>Dégels prudentiels</i>				617 159	372 690	525 617

Source : Notifications budgétaires.

(196) Ces mesures (péréquation et mesures d'économie) ont donc minoré la dotation annuelle de financement de plus de 5 M€ sur la période 2013 - 2018.

(197) Il s'y est ajouté en 2015, un transfert d'enveloppe du domaine sanitaire (DAF) vers le FIR pour financer la maison des adolescents (156 000 €²⁸). Les crédits transférés vers le FIR sont toutefois demeurés imputés sur le titre 1 des produits. Deux autres transferts sont prévus de la DAF vers le domaine médico-social au titre des places de MAS et de l'IME (3 317 741 € en 2019 et 1 301 860 € en 2022 selon les termes du courrier conjoint de la direction générale de l'offre de soins, de la direction de la sécurité sociale et de la direction générale de la cohésion sociale du 20 septembre 2018).

(198) Les diminutions précédemment évoquées ont été partiellement compensées par l'allocation de crédits au titre de l'accompagnement de mesures salariales nationales et du financement de mesures intéressant spécifiquement le CHM.

(199) L'établissement s'est, par exemple, vu notifier 1 325 824 € en 2017 intégrant « la prise en compte des charges relatives à des mesures statutaires et catégorielles dont notamment la valorisation du point d'indice de la fonction publique, la prise en compte du glissement vieillesse technicité, de l'augmentation du SMIC sur les salaires, de l'augmentation du taux de CNRACL, de la réforme des retraites, de l'évolution de la garantie individuelle du pouvoir d'achat (GIPA), de la poursuite du protocole LMD (licence master doctorat), de la poursuite du dispositif « parcours professionnels carrières rémunérations »²⁹ ».

(200) Le CHM a par ailleurs bénéficié au titre des mesures le concernant spécifiquement d'un abondement de sa DAF de 1 M€ selon le détail ci-après.

Tableau n° 26 : Mesures financées sur la DAF (crédits reconductibles) (en €)

Années	Mesures	Montants
2011-2012	Mesures détenus 6 mois d'l praticien hospitalier (PH) et d'l infirmier diplômé d'Etat	79 000 €
	Mesures détenus : extension en année pleine (6 mois) 1 PH + 1 IDE centre détention	79 000 €
2013	Mise en œuvre loi sans consentement (personnel)	179 049 €
	Plan autisme 0,3 ETP (orthophoniste/psychologue) =16 781€, 16 000 € personnel médical, 1 808 €	34 589 €
	PRISM (plan régional d'investissement en santé mentale) UMD	69 496 €
2014	PRISM UMD	54 087 €
2015	Centre pénitentiaire CATTP Le Pontet	158 000 €
	Transfert crédits DAF en FIR prise en charge adolescents (MDA)	- 156 000 €
	Transfert activité détenus du CH d'Arles au CH Montfavet	146 634 €
2016	Détenus offre graduée en santé mentale CATTP établissement pénitentiaire d'Arles	158 000 €
	1/12 ème appel à projet infanto-juvénile (équipe mobile)	10 833 €
2017	EAP appel à projet psy équipe mobile	119 167 €
2018	Renfort Equipes mobiles psychiatriques de précarité	50 000 €
	Transports sanitaires mise en oeuvre art. 80 sur 3 mois	30 416 €
Total		1 012 271 €

Source : CHM.

²⁸ Ce montant a été complété en 2015 par des crédits FIR pour atteindre 208 000 € (arrêté n° 2015-840000137. En 2017 et 2018, 17 902,50 € et 71 610 € ont respectivement été attribués pour atteindre 279 610 € au titre de la MDA.

²⁹ Notification ARS, Phase 1, 2017.

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

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

(202) Les produits de titre 2 ont globalement progressé de 4 %, passant de 5,6 M€ en 2013 à 5,8 M€ en 2018. Les principales évolutions à la hausse, liées au nombre de patients accueillis remplissant les conditions requises, ont concerné l'aide médicale d'Etat et les conventions internationales.

Tableau n° 27 : Evolution des produits de l'aide médicale d'Etat (AME) et des conventions internationales (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
AME	661 751	1 012 173	1 149 400	1 769 145	1 979 209	1 181 776
Conventions internationales	157 137	337 967	188 822	264 698	305 265	224 542

Source : Comptes financiers.

(203) Les produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'assurance maladie ont en revanche diminué significativement (- 581 093 €) entre 2013 et 2018 (c/ 7321).

(204) La chambre relève que la facturation du ticket modérateur des actes et consultations externes (ACE) n'est intervenue qu'à partir de janvier 2014 pour les consultants et de janvier 2015 pour les personnes relevant d'un établissement pénitentiaire. Les CMP étant les héritiers des dispensaires d'hygiène mentale qui proposaient des soins gratuits, l'établissement a estimé ne pas avoir à réaliser de facturation. Il n'a modifié sa pratique que depuis 2015, en référence à une note de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) de 2009.

Tableau n° 28 : Consultations et actes externes (c/ 73241) (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Non ouvert		58 418,55	52 205,36	63 909,06	32 630,64	31 736,25

Source : Comptes financiers.

6.1.3 Les autres produits - Titre 3

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

(206) Les recettes de cession, dont la plus grande partie concerne le budget principal, ont significativement contribué aux variations des produits de titre 3.

Tableau n° 29 : Recettes de cession et valeurs nettes comptables d'actifs cédés (tous budgets confondus) (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	TOTAL
<i>Produits de cession</i>	647 949,47	1 663 464,42	264 874,32	443 410,72	14 497,55	917 216	3 951 412,48
<i>Valeur nette comptable actif cédé</i>	72 696,57	14 159,93	309 524,67	95 931,77	6 232,69	120 395,25	618 940,88

Source : Comptes financiers.

(207) La production immobilisée a également significativement augmenté. Le CHM, dans le cadre de ses efforts de gestion, a en effet fait le choix de confier la réalisation d'un nombre croissant d'opérations de travaux à ses services techniques. Pour constater un produit au compte 72, il s'est doté d'une procédure, calcule un coût horaire d'intervention et valorise le total des travaux réalisés.

Tableau n° 30 : Production immobilisée (en €)

2013	2014	2015	2016	2017	2018
364 731	433 138	696 273	1 006 517	1 093 292	1 328 493

Source : Comptes financiers.

6.2 Une progression des charges plus rapide que celle des produits

(208) Durant la période examinée, les charges ont globalement progressé de 6,5 M€, soit + 5 %, passant de 118,7 M€ à 125,2 M€ selon le compte financier 2018. Les charges de titre 1 et de titre 4 sont à l'origine de l'augmentation constatée.

6.2.1 Les charges de personnel – Titre 1

(209) Malgré une baisse des effectifs non médicaux (- 33,95 équivalents temps plein rémunérés (ETPR)) et médicaux, les charges de personnel ont progressé de 5 %, soit + 4,5 M€ entre 2013 et 2018. Cette baisse s'explique par des restructurations, des réductions d'effectifs (personnel administratif - 9,24 ETPR) ainsi que par des transferts de postes sur les budgets annexes.

(210) Le détail des évolutions des charges de personnels est précisé dans la partie dédiée.

6.2.2 Les charges à caractère médical - Titre 2

(211) Les charges de titre 2 ont diminué passant de 1,7 M€ à 1,3 M€.

(212) Le CHM ayant externalisé sa prestation d'examens de laboratoire en adhérant au groupement de coopération sanitaire inter hospitalier de biologie médicale du pays de Vaucluse en 2014, le compte de fournitures pour laboratoires n'est plus ouvert. En 2013, son solde s'élevait à 211 682,29 €. Le compte 6021 « *Produits pharmaceutiques et produits à usage médical* » a vu son solde passer de 886 128 € en 2013 à 754 623 € en 2018.

6.2.3 Les charges à caractère hôtelier et général - Titre 3

(213) Les charges de titre 3 sont restées relativement stables entre 2013 et 2018, deux années faisant exception avec une dépense plus importante : 2015 et 2016.

(214) Parmi les principales progressions observées en 2015, on relèvera la première année de fonctionnement en année pleine du groupement de coopération sanitaire (GCS) de biologie médicale. La dépense qui s'élevait à 206 243,78 € en 2014 a atteint 383 079,5 € en 2015. La dépense correspondant aux admissions en non-valeur et créances éteintes est passée de 138 766,71 € en 2014 et 426 788,84 € en 2015. Le montant de la prestation de nettoyage extérieur a également augmenté (469 851 € en 2014, 539 213 € en 2015).

(215) En 2016, la contribution du CHM au GCS de biologie médicale a été majorée du fait du nombre d'examens réalisés. Elle a ainsi été portée à 416 742,30 €. Les créances admises en non-valeur et éteintes ont atteint 500 045 €, la prestation de nettoyage extérieur 581 989 €.

(216) Plusieurs postes ont vu leurs dépenses diminuer. Le solde du compte 61522 « *Entretien et réparations sur biens immobiliers* » a baissé passant de 674 111,33 € à 496 271,67 €. Sur l'ensemble de la période, l'établissement s'est significativement impliqué dans la démarche d'optimisation de ses achats notamment dans le cadre du programme PHARE³⁰. Ce titre a enfin bénéficié des conséquences des fermetures et regroupements de services pour un peu plus de 50 000 € essentiellement en fin de période (résiliation de baux de location).

(217) Bien que la subvention versée par l'établissement au comité local des œuvres sociales représente des montants peu élevés au regard du total des dépenses, le CHM pourrait s'interroger sur l'octroi d'une subvention à une association qui a disposé de valeurs mobilières de placements et d'une réserve libre conséquentes durant toute la période examinée. Fin 2018, le bilan du CLOS faisait apparaître 180 000 € de valeurs mobilières de placement (plus d'une année de charges d'exploitation) et d'une réserve libre de 222 565 € après constatation des pertes 2018.

(218) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué ne pas avoir versé de subvention de fonctionnement au CLOS en 2018. Les versements réalisés auraient correspondu aux seuls montants qu'il était tenu d'engager (versement de la contribution CGOS au titre de l'arbre de Noël, contribution pour l'arbre de Noël des enfants des personnels non affiliés au CGOS, versement correspondant aux titres restaurant périmés). Il a précisé être particulièrement vigilant sur les disponibilités des associations pour l'octroi d'une subvention.

³⁰ Performance hospitalière pour des achats responsables.

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

(219) Les charges de titre 4 sont globalement en nette progression entre 2013 et 2018. Elles ont augmenté de 1,6 M€, soit + 25 % pour atteindre 8 M€ en 2018 (compte financier provisoire).

(220) Durant la période, l'établissement a mené une politique de renégociation de sa dette. Après une année 2014 marquée par une forte hausse de ses charges d'intérêt résultant de l'obligation contractuelle de mobiliser la tranche ferme (7,5 M€) d'un emprunt contracté en 2013, la renégociation de la dette a permis une diminution du poste des charges d'intérêt durant la période sous revue. Les frais de dossiers, de gestion ou les indemnités de renégociation de la dette enregistrés au compte 668 « *autres charges financières* » ont toutefois majoré le montant des charges financières en 2017.

Tableau n° 31 : Evolution des charges financières (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Charges d'intérêts (c/661)</i>	753 513	931 525	933 952	808 456	662 289	684 924	- 9,1 %
<i>Autres charges financières (c/668)</i>	24 900		38 400	-	250 105	3 000	- 88 %
<i>Total charges financières</i>	778 413	931 525	972 352	808 456	912 394	687 924	- 11,6 %

Source : Comptes financiers.

(221) Les dotations aux amortissements se sont accrues à partir de 2014 du fait de la modification du plan d'amortissement, de l'intégration par composants de l'opération de Carpentras et de la suppression des amortissements progressifs. D'un montant de 3,8 M€ en 2013, elles sont passées à 4,4 M€ en 2014 pour atteindre 5,7 M€ fin 2018.

(222) Les évolutions constatées sur ce titre de charges intègrent également les réajustements opérés sur les différents comptes de provisions qui ont, pour partie, été réalisés en correction d'écriture comptable et pour partie été supportés par les exercices budgétaires.

6.3 Les soldes intermédiaires de gestion

(223) Les soldes intermédiaires de gestion tous budgets confondus résument les principaux constats dressés dans le cadre de l'analyse financière. Si la valeur ajoutée a progressé durant la période examinée, ce n'est pas en raison d'une hausse de la DAF mais essentiellement des autres produits de tarification des budgets annexes et des autres produits. La hausse des dépenses de personnel a eu pour conséquence une diminution de l'excédent brut d'exploitation. La marge brute a pour sa part connu deux mouvements : un mouvement à la hausse jusqu'en 2016 puis une baisse qui s'est accentuée en fin de période. Entre 2013 et 2018, la marge brute a diminué de près d'un tiers. Elle ne couvre plus les amortissements et les frais financiers depuis 2017.

Tableau n° 32 : Soldes intermédiaires de gestion tous budgets confondus (en milliers d'€)

<i>Soldes</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
<i>Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie</i>	5 560	6 558	6 423	6 892	6 768	5 782	4,0 %
<i>MIGAC et FIR</i>	-	96	242	254	263	338	#DIV/0!
<i>Dotation annuelle de financement (DAF)</i>	102 647	103 947	103 401	103 440	102 744	102 933	0,3 %
<i>Autres produits de tarification des CRA</i>	8 861	9 146	9 838	11 138	10 630	12 062	36,1 %
<i>Ventes de marchandises</i>	68	42	42	43	35	27	- 60,3 %
<i>Autres produits bruts d'exploitation</i>	4 542	4 616	5 236	5 610	5 671	6 411	41,1 %
<i>Consommations en provenance de tiers</i>	121 677	124 406	125 183	127 377	126 110	127 553	4,8 %
<i>Charges externes</i>	6 591	6 107	6 307	6 215	6 077	6 482	- 1,7 %
<i>Reboursement de frais des CRA</i>	6 143	6 324	6 380	5 975	6 021	6 438	4,8 %
<i>-Consommations intermédiaires</i>	695	718	647	645	696	681	- 2,0 %
VALEUR AJOUTEE	12 038	11 714	12 040	11 546	11 402	12 239	1,7 %
<i>+ Subventions d'exploitation</i>	109 639	112 693	113 143	115 831	114 709	115 314	5,2 %
<i>- Impôts et taxes</i>	1 229	1 597	1 569	1 450	1 455	1 142	- 7,1 %
<i>- Charges de personnel (en net)</i>	73	77	71	79	65	83	13,7 %
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	107 298	109 765	109 527	110 423	111 543	114 201	6,4 %
<i>+ Autres produits de gestion courante</i>	3 497	4 448	5 114	6 779	4 556	2 171	- 37,9 %
<i>- Autres charges de gestion courante</i>	2 380	2 534	2 421	2 480	2 469	2 531	6,3 %
MARGE BRUTE	225	440	89	1 031	978	828	268,0 %
<i>+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation</i>	5 652	6 543	6 640	8 228	6 047	3 875	- 31,4 %
<i>- Dotations aux amortissements</i>	113	975	1 960	1 852	1 818	1 766	1 462,8 %
<i>- Dotations aux provisions et dépréciations</i>	4 322	4 968	5 075	5 755	6 072	6 341	46,7 %
RESULTAT D'EXPLOITATION	777	1 557	1 884	2 294	1 351	1 281	64,9 %
<i>+ Produits financiers</i>	666	993	1 641	2 031	443	- 1 981	- 397,4 %
<i>- Charges financières</i>	-	-	-	-	239	-	#DIV/0!
RESULTAT COURANT	1 039	1 160	1 185	1 056	1 091	856	- 17,6 %
<i>+ Produits exceptionnels</i>	- 373	- 167	455	976	- 409	- 2 838	660,9 %
<i>- Charges exceptionnelles</i>	2 208	3 859	2 087	1 035	706	1 446	- 34,5 %
RESULTAT EXCEPTIONNEL	1 162	1 659	2 235	1 082	905	440	- 62,1 %
RESULTAT NET	1 046	2 200	- 148	- 47	- 200	1 006	- 3,8 %
	673	2 034	307	929	- 608	- 1 832	- 372,2 %

Source : Tableau de bord financier des EPS.

La marge brute

Parmi les soldes intermédiaires de gestion, la marge brute revêt une importance particulière. Elle correspond aux ressources dégagées par l'établissement pour financer ses charges financières, d'amortissements, de dépréciation et de provisions. Son mode de calcul est précisé par l'arrêté du 7 avril 2015 fixant le modèle de présentation du plan global de financement pluriannuel (PGFP) des établissements publics de santé. Elle est égale aux produits courants de fonctionnement dont sont déduites les charges nettes courantes de fonctionnement.

L'instruction ministérielle du 4 mars 2016³¹ préconise de retraiter la marge brute des aides financières reçues : aides à l'investissement comptabilisées en exploitation et aides ponctuelles budgétaires hors appui couvrant une dépense identifiée.

Selon cette même instruction, la marge brute non aidée doit financer l'investissement courant incompressible, estimé à 3 % des produits d'exploitation, et le service de la dette (remboursement du capital et frais financiers). Enfin l'instruction précitée recommande « *pour les établissements qui s'engagent dans des projets d'investissements lourds conduisant à un endettement important ou pour les établissements qui présentent d'ores et déjà une charge annuelle de la dette représentant au moins 5 % de leurs produits d'exploitation, (...) l'atteinte d'une marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits hors aides financières* ».

Tableau n° 33 : Niveau de couverture des amortissements et frais financiers par la marge brute

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Taux de marge brute	4,5	5,1	5,1	6,3	4,7	3
Poids des amortissements dans la marge brute (en %)	76,5	75,9	76,4	69,9	100,4	163,7
Poids des frais financiers dans la marge brute (en %)	18,4	17,7	17,9	12,8	17,8	21,7
Poids des amortissement et des frais financiers dans la marge brute (en %)	94,9	93,6	94,3	82,7	118,2	185,4

Source : Rapports de gestion, *Tableau de bord financier des EPS 2018.

6.4 Les résultats

(224) Le résultat du budget principal a été excédentaire durant la plus grande partie de la période sous revue malgré les réfections opérées au titre des mesures d'économie nationale et de la péréquation budgétaire (cf. *supra*). En 2017 et 2018, le CHM a constaté un déficit dont le montant s'est accru. En réponse, il a prévu différentes mesures d'économie intégrant de nouvelles suppressions de postes.

Tableau n° 34 : Résultats du budget principal (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Résultats	593 071	2 009 782	403 162	442 227	- 852 914	- 1 768 560
Résultat rapporté aux produits de l'exercice	0,50 %	1,61 %	0,33 %	0,36 %	- 0,70 %	- 1,43 %

Source : Comptes financiers.

³¹ Instruction interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/1A/DGFIP/CL1B/DB/6BCS/2016/64 du 4 mars 2016 relative à la procédure budgétaire des établissements de santé.

(225) Le résultat déficitaire 2017 a eu pour effet de solder le compte 110 (report à nouveau excédentaire) - activité principale - et de débiter le compte 119 (report à nouveau déficitaire) de 610 653,61 €.

7 LES INVESTISSEMENTS

7.1 Les investissements

(226) Le centre hospitalier de Montfavet, à l'instar de nombreux établissements psychiatriques, dispose d'un patrimoine important. Il correspond à une surface bâtie de 125 000 m² environ, dont 92 000 m² sur le site principal. L'établissement doit assurer l'entretien de 45 bâtiments, dont 24 unités d'hospitalisation sur une emprise foncière de 62 hectares, et de 47 bâtiments implantés sur l'ensemble du département de Vaucluse et du Nord-ouest des Bouches-du-Rhône.

(227) En 2009, le CHM a fait réaliser un état des lieux (analyse fonctionnelle et architecturale) des bâtiments situés sur le site principal. Construits entre la seconde moitié du XIX^{ème} siècle et les années 80, la plus grande partie des bâtiments faisait apparaître des problèmes d'accessibilité, d'isolation thermique et phonique, des équipements sanitaires sommaires ou insuffisants, des chambres à deux lits voire plus...

(228) Durant la période examinée, l'établissement a conduit une dizaine d'opérations d'investissement significatives pour un montant total de 29,4 M€. Elles ont permis d'installer des activités nouvelles (unité d'hospitalisation à Carpentras, ouverture de lits d'urgence psychiatrique à Orange...) et de rationaliser l'utilisation du patrimoine existant (regroupement, relocalisation d'unités).

Tableau n° 35 : Principaux investissements réalisés entre 2013 et 2018

Exercices	Investissement	Montant en €
2013	Fin de l'opération de construction d'unité d'hospitalisation à Carpentras.	10 199 016
	Opération de travaux pour l'installation de lits au CAP 72 (centre d'accueil permanent pour hospitalisations de 72h aux urgences) au Centre hospitalier d'Orange	1 143 935
2014	Relocalisation du CMP et de l'hôpital de jour de Sorgues	1 309 560
2015	Aménagement des Marronniers pour regrouper les activités d'ergothérapie du PAIS (pôle d'activités intersectorielles)	2 085 462
	Aménagement de la pharmacie et de la cellule qualité (2015 et 2016)	555 939
2016	Aménagement des unités de soins des Tamaris- Bruyères	5 108 289
2017	Opération de regroupement de l'HDJ et le CMP adultes à l'Isle sur Sorgues	863 477
	Aménagement des pins D pour le regroupement de 3 unités de pédopsychiatrie dans le Hameau	3 610 004
	Opération d'aménagement du Pôle Médico-Technique pour et installation de l'électro-convulsivo-thérapie (ECT)	1 540 954
2018	Aménagement de l'unité de soins d'hospitalisation complète « la Roseraie », dans le cadre du regroupement des pôles adultes du Pôle Avignon Nord	2 994 667

Source : CHM.

(229) Le plan global de financement pluriannuel prévoit pour les prochaines années la poursuite de cette démarche.

(230) Les principaux indicateurs relatifs à l'investissement (taux de vétusté et taux de renouvellement des immobilisations) ont évolué défavorablement entre 2013 et 2018.

(231) Le taux de vétusté correspond au montant des amortissements figurant au bilan rapporté à la valeur brute des actifs immobilisés. Il permet de mesurer la part moyenne des équipements déjà amortis. Une diminution du taux de vétusté signifie que l'établissement a investi durant la période. Au cas présent, le ratio s'est dégradé entre 2013 et 2018. Le CHM a mis en avant différents points qui justifieraient une précaution de lecture : le taux de vétusté est lié aux durées d'amortissement choisies (le CHM amortissait sur des durées courtes avant la péréquation budgétaire du fait de son aisance financières), ces dernières sont souvent inférieures à la durée d'utilisation des équipements, plusieurs fiches d'équipement n'ont fait l'objet d'un apurement qu'à partir de 2016, la péréquation budgétaire a notamment eu pour effet de limiter les investissements.

(232) Hormis le fait que l'absence d'apurement régulier de l'actif témoigne d'un suivi du patrimoine à améliorer, ce ratio ne peut, selon la chambre, être écarté. En effet, sauf à penser que le CHM soit le seul à connaître la situation qu'il décrit, il demeure comparable aux autres établissements. Son taux de vétusté est ainsi défavorable au regard de la médiane des centres hospitaliers.

(233) La mise en regard du diagnostic établi par un prestataire extérieur et de la présentation du plan directeur 2018 conforte cette observation : plusieurs bâtiments décrits comme nécessitant des travaux de restructuration en 2009 sont à ce jour conservés en l'état (Clairière et Petit bois, Espoir, une partie du bâtiment USN, Lilas), apparaissent comme « *non priorisés* » (Pins B, Tilleuls, Amandiers) ou sont identifiés « *sans affectation future* » (Pins A et C, Chênes verts, Lavandes, Montagne).

(234) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué qu'entre 2009 (année d'élaboration du diagnostic) et 2018 (année d'élaboration du premier plan directeur), d'importantes évolutions étaient intervenues et avaient été prises en compte. En reprenant la plupart des exemples cités par la chambre, il a précisé les restructurations en cours ou à venir. La réponse de l'ordonnateur ne remet pas en cause l'observation de la chambre quant à la vétusté de plusieurs bâtiments du site principal. Elle conduit à relever l'absence d'intérêt du diagnostic de 2009 compte tenu du délai qui le sépare de l'élaboration du plan directeur et des évolutions intervenues dans le champ sanitaire, médico-social et social. La chambre constate enfin que le plan directeur n'est pas suivi *in fine* au vu de l'écart existant entre ce qu'annonçait le plan directeur en 2018 et la situation telle qu'elle est décrite en septembre 2019.

(235) Le taux de renouvellement des immobilisations est le rapport entre le montant des investissements réalisés au cours de l'exercice et le total de l'actif immobilisé. L'accroissement de ce taux en milieu de période reflète les opérations immobilières alors en cours. Il est en fin de période supérieur à la médiane des établissements. Une partie des investissements ayant été consacrée à des opérations nouvelles (exemple : unité d'hospitalisation à Carpentras) et non à répondre aux besoins de restructuration, une politique d'investissement soutenue se justifie sous réserve que les établissements aient les moyens de celle-ci.

Tableau n° 36 : Taux de renouvellement des immobilisations et taux de vétusté des équipements (en %)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Taux de renouvellement des immobilisations (en %)</i>	5,5	3,3	7,5	5,8	4,4	4,3
<i>Médiane taux de renouvellement des immobilisations (en %)</i>	NC	4,41	3,70	2,81	2,93	3,16
<i>Taux de vétusté des équipements (en %)</i>	87,4	89,1	90,7	91,2	90,3	89,58
<i>Médiane taux de vétusté des équipements (en %)</i>	NC	80,52	81,85	83,03	83,59	84,47

Source : Tableaux de bord financiers des établissements publics de santé et rapports de gestion.

NC : non communiqué.

7.2 Le financement des investissements

7.2.1 La CAF

(236) Durant la première partie de la période, les résultats excédentaires ont porté la CAF. A compter de 2015, les dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (entre 7 et 8 M€) ont maintenu la CAF entre 5,3 M€ et 6,1 M€. A partir de 2017, les résultats déficitaires l'ont minorée. La CAF s'établissait à 3,2 M€ fin 2018 selon le compte financier provisoire contre 4,9 M€ en 2013. Après retraitement des crédits non reconductibles octroyés en 2018, la CAF correspondait à 2,7 M€.

Tableau n° 37 : Capacité d'autofinancement (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/ 2013
<i>Résultat des comptes de résultat</i>	672 950	2 033 574	307 040	928 519	- 608 415	- 1 831 552	
<i>+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)</i>	5 400 927	6 524 631	6 958 946	8 048 874	7 436 412	7 636 310	
<i>- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)</i>	595 287	978 295	1 962 995	1 855 245	1 821 278	1 769 559	
<i>+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)</i>	72 697	14 160	309 562	95 932	6 233	120 395	
<i>- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)</i>	647 949	1 663 464	264 874	443 411	14 498	917 217	
<i>- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)</i>	8 611	9 873	4 451	10 360	17 014	28 515	
<i>CAF/IAF</i>	4 894 726	5 920 732	5 343 228	6 764 308	4 981 440	3 209 863	- 34 %
<i>- Aides exceptionnelles ARS</i>	-	115 000	-	617 159	944 493	525 617	
<i>CAF retraitée</i>	4 894 726	5 805 732	5 343 228	6 147 149	4 036 947	2 684 246	- 45 %

Source : Comptes financiers.

7.2.2 La dette

(237) A compter de 2015, l'établissement a procédé à plusieurs renégociations d'emprunts dont le détail figure en annexe n° 4. Ces opérations lui ont permis de réduire significativement son encours de dettes qui s'établissait, fin 2018, à 28 948 K€.

Tableau n° 38 : Encours de dette (en milliers d'€)

2013	2014	2015	2016	2017	2018
34 287	39 172	34 482	32 168	28 697	28 948

Source : Rapports financiers.

(238) La structure de la dette est non risquée. Sur les 17 contrats qui la composent, 16 représentant 94,33 % de l'encours sont de type 1A selon la classification de la charte Gissler et 1 représentant 5,67 % de l'encours est de type 1B (barrière simple sans effet de levier) selon la même classification.

(239) Les ratios d'endettement sont satisfaisants durant la période examinée à l'exception de l'année 2014 où l'un des indicateurs est supérieur au seuil de référence. La nette augmentation de la durée apparente de la dette³² est à mettre en regard de la dégradation de la CAF en 2017 et 2018.

Tableau n° 39 : Ratios d'endettement (décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Indépendance financière (doit être inférieur à 50 %)</i>	44,50 %	46,90 %	44,31 %	43,57 %	40,23 %	40,8 %
<i>Durée apparente de la dette (doit être inférieur à 10 ans)</i>	7,01	6,62	6,45	4,75	5,76	9
<i>Encours de la dette / Total des produits toutes activités confondues (doit être inférieur à 30 %)</i>	28,18 %	31,51 %	27,60 %	23,97 %	21,60 %	21,8 %

Source : Rapports d'activité 2015, 2016.

(240) Le moindre recours à l'emprunt observé a été possible par la mobilisation d'un fonds de roulement important en début de période. Les remboursements d'emprunts et le financement des investissements sur fonds propres ont conduit à une réduction de la trésorerie nette, l'objectif affiché du CHM étant une trésorerie zéro.

³² Ce critère permet de mesurer au 31 décembre de l'année N, le nombre d'années d'autofinancement nécessaire pour éteindre l'encours de la dette si l'intégralité de la CAF était consacrée à cet objectif.

**Tableau n° 40 : Fonds de roulement, besoin en fonds de roulement et trésorerie nette
(en milliers d'euros)**

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>FRNG</i>	16 362	24 655	15 367	12 003	6 940	4 780
<i>BFR</i>	9 704	10 249	8 542	7 750	6 040	6 046
<i>Trésorerie</i>	6 643	14 367	6 825	4 254	900	- 1 266

Source : Tableaux de bord financiers des établissements publics de santé.

(241) Fin 2018, alors que son programme d'investissement nécessaire demeure significatif, la marge brute de l'établissement est en nette baisse et ne couvre plus les amortissements et frais financiers, la CAF est en diminution, le fonds de roulement est réduit par les prélèvements opérés durant la période. Le taux de marge brute et le taux de CAF sont inférieurs à la moyenne des établissements.

8 LES RESSOURCES HUMAINES

8.1 L'organisation de la direction des ressources humaines

(242) La direction des ressources humaines (DRH) assure le pilotage de la stratégie en matière de personnel médical et non médical, définit les orientations de la formation professionnelle, assure la veille juridique et l'application de l'évolution de la réglementation statutaire. Elle représente 16,09 équivalents temps plein rémunérés (ETPR) en 2018³³. La gestion ainsi que l'affectation des personnels des services de soins et médico-sociaux sont réalisées par la direction des soins, en liaison avec la DRH.

(243) Un suivi hebdomadaire est réalisé par les deux directions. Compte tenu des enjeux financiers, un suivi mensuel des effectifs et des dépenses de personnel est également effectué en liaison avec la direction des finances pour l'ensemble des directions fonctionnelles. Les départs sont systématiquement analysés avant d'envisager leurs remplacements³⁴ et les effectifs des pôles font l'objet d'un contrôle mensuel par l'encadrement supérieur pour vérification et validation.

(244) L'établissement dispose d'une politique de recrutement structurée. Les vacances de postes font l'objet d'une publication en interne avant d'être ouvertes à la mutation externe. En l'absence de candidature, l'établissement a généralisé en 2018 le recrutement par concours pour toutes les catégories professionnelles.

³³ Contre 18,07 ETPR en 2013 (soit une baisse de 10 % de l'effectif sur la période 2013-2018).

³⁴ « Les absences de longues durée (CLM, CLD ou CMO), les maternités et les formations longues peuvent être remplacées par des contrats à durée déterminée ».

(245) Depuis 2014, les procédures de contrôle interne de l'établissement font l'objet d'une évaluation annuelle dans le cadre de la certification des comptes et les actions correctives sont suivies par le commissaire aux comptes. Les anomalies relevées lors des audits ont pour la plupart d'entre elles été corrigées par l'établissement. Les seuls risques qui subsistent à l'issue de l'audit de certification 2018, concernent les processus de paie et de gestion du temps de travail (suivi des astreintes et des heures supplémentaires) (cf. annexe n° 5).

8.2 Un effectif en baisse sur le budget principal, en hausse sur les budgets annexes

8.2.1 Le personnel non médical

(246) Hors emplois aidés, les effectifs non médicaux³⁵, tous budgets confondus, ont augmenté de 11,55 ETPR entre 2013 et 2018 (2 052,23 ETPR en 2013 contre 2 063,78 ETPR en 2018), soit une hausse de + 0,56 % (cf. annexe n° 6).

(247) Cette hausse est portée exclusivement par les budgets annexes dont l'effectif a augmenté sur la période de 45,50 ETPR, suite à la création de postes au sein des nouvelles structures médico-sociales (service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), foyer d'accueil médicalisé, unité de lits d'accueil médicalisés).

Tableau n° 41 : Effectif du personnel non médical (ETPR) 2013-2018 (budget principal)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Evolution 2018/2013
ADMINISTRATIFS								
TITULAIRES	133,48	139,91	129,94	131,00	128,85	130,44	- 3,04	- 2,28 %
CDI	16,62	12,38	15,44	10,02	9,90	8,19	- 8,43	- 50,72 %
CDD	7,14	5,76	5,47	5,91	8,36	9,37	2,23	31,23 %
S/TOTAL	157,24	158,05	150,85	146,93	147,11	148,00	- 9,24	- 5,88 %
PERSONNELS SOIGNANTS								
TITULAIRES	1 219,87	1 229,69	1 263,15	1 254,35	1 238,03	1 249,33	29,46	2,42 %
CDI	79,14	70,59	41,04	40,27	37,38	37,73	- 41,41	- 52,32 %
CDD	60,00	50,38	42,56	35,82	58,06	64,90	4,90	8,17 %
S/TOTAL	1 359,01	1 350,66	1 346,75	1 330,44	1 333,47	1 351,96	- 7,05	- 0,52 %
EDUCATIFS ET SOCIAUX								
TITULAIRES	85,58	86,29	79,56	80,59	77,16	71,88	- 13,70	- 16,01 %
CDI	7,56	6,95	10,02	5,27	4,42	4,66	-2,90	- 38,36 %
CDD	7,06	6,34	2,99	6,47	2,01	2,30	- 4,76	- 67,42 %
S/TOTAL	100,20	99,58	92,57	92,33	83,59	78,84	- 21,36	- 21,32 %
MEDICO-TECHNIQUES								
TITULAIRES	12,39	12,21	12,30	12,45	12,25	12,68	0,29	2,34 %

³⁵ Personnel titulaire et contractuel.

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart	Evolution 2018/2013
CDI	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	/
CDD	1,02	0,00	0,33	1,15	0,83	1,03	0,01	0,98 %
S/TOTAL	13,41	12,21	12,63	13,6	13,08	13,71	0,30	2,24 %
TECHNIQUES ET OUVRIERS								
TITULAIRES	226,10	220,27	230,53	228,92	224,98	225,42	- 0,68	- 0,30 %
CDI	15,68	23,56	15,59	15,55	16,33	21,08	5,40	34,44 %
CDD	12,87	6,70	5,50	7,44	9,46	11,55	- 1,32	- 10,26 %
S/TOTAL	254,65	250,53	251,62	251,91	250,77	258,05	3,40	1,34 %
S/TOTAL PNM	1 884,51	1 871,03	1 854,42	1 835,21	1 828,02	1 850,56	- 33,95	- 1,80 %
EMPLOIS AIDES	8,84	23,33	27,11	29,69	28,03	8,63	-0,21	- 2,38 %
TOTAL GENERAL	1 893,35	1 894,36	1 881,53	1 864,90	1 856,05	1 859,19	- 34,16	- 1,80 %
Dont titulaires	1 677,42	1 688,37	1 715,48	1 707,31	1 681,27	1 689,75	12,33	0,74 %
Dont CDI	119,00	113,48	82,09	71,11	68,03	71,66	- 47,34	- 39,78 %
Dont CDD	88,09	69,18	56,85	56,79	78,72	89,15	1,06	1,20 %

Source : CRC - CHM - Bilans sociaux 2013 à 2018.

(248) Durant la période sous revue, 57,45 ETPR ont été supprimés, à structure constante.

Tableau n° 42 : Variation du personnel non médical (ETPR) 2013-2018 (hors emplois aidés)

<i>Variation du personnel non médical (ETPR) 2013-2018 (hors emplois aidés)</i>	Budget principal	Budgets annexes	Tous budgets confondus
<i>Suppression de postes et transferts vers les budgets annexes</i>	- 57,45	+ 8,30	- 49,15
<i>Créations de structures nouvelles</i>	+ 23,50	+ 37,20	+ 60,70
<i>Variation du personnel non médical 2013/2018(hors emplois aidés)</i>	- 33,95	+ 45,50	+ 11,55

Source : CRC- CHM - Bilans sociaux 2013 à 2018.

(249) A titre d'exemple, 15,73 ETPR ont été supprimés en pédopsychiatrie. Sur la base d'un coût moyen de 47 338 €, ces mesures se sont traduites par une réduction de la masse salariale de 0,74 M€.

(250) Suite à la fusion des deux pôles de psychiatrie infanto-juvénile au 1^{er} janvier 2018 et des réductions d'effectifs mises en œuvre, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) a décidé, lors de sa séance du 7 février 2018, de faire appel à un cabinet d'expertise pour réaliser une étude relative à l'exposition des agents aux risques psychosociaux. Considérant que le choix du cabinet relevait du code des marchés publics, conformément à la note de la direction générale des finances publiques du 12 août 2016,

la direction a d'abord introduit un recours devant le tribunal de grande instance d'Avignon avant de se retirer suite à l'arrêt n° 530 de la cour de cassation du 28 mars 2018³⁶. La mission a fait l'objet d'un premier retour au CHSCT le 10 septembre 2018, à la suite d'une enquête réalisée auprès des agents du pôle. Des entretiens collectifs et individuels ont ensuite été organisés au cours du second semestre 2018. Suite aux premières conclusions et dans l'attente du rapport final en mai 2019, l'établissement a indiqué qu'un soutien spécifique avait été apporté au chef de pôle et à son encadrement en matière de conduite du changement.

(251) Des prestations ont par ailleurs été externalisées. La prestation de nettoyage, déjà assurée par un organisme extérieur pour les bureaux administratifs, a été étendue aux structures extra-hospitalières. Durant la période sous revue, 11,37 ETPR d'agents des services hospitaliers (ASH) ont été supprimés, représentant une économie de plus de 360 000 € sur la base d'un coût moyen de 32 000 €.

(252) Tous budgets confondus, le nombre d'agents en contrat à durée indéterminée (CDI) a fortement diminué sur la période. Il est passé de 126,54 ETPR en 2013 à 83,19 ETPR en 2018 (- 43,35 ETPR). Cette baisse, qui concerne essentiellement le personnel soignant (- 41,08 ETPR³⁷ sur la période), est la conséquence des concours organisés à partir de 2014, en application du décret du 6 février 2013 pris pour l'application de la loi du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique. A titre d'exemple, les concours réservés, organisés dans le cadre de la loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels dans la fonction publique, à la lutte contre les discriminations et portant diverses dispositions relatives à la fonction publique, ont permis de recruter 18 psychologues sur la période.

8.2.2 Le personnel médical

(253) Entre 2013 et 2018, l'effectif du personnel médical, tous budgets confondus, est passé de 107,64 ETPR à 101,85 ETPR (- 5,79 ETPR). Cette baisse s'explique notamment par la diminution du nombre d'internes sur la période (- 4,82 ETPR). Elle résulterait, selon l'établissement, de sa situation géographique et de sa proximité avec l'agglomération d'Aix-Marseille. Afin d'améliorer son attractivité à l'égard des internes, le CHM a mis en place une politique de fidélisation centrée sur l'accueil, la formation, le logement et l'accès à une crèche. En 2018, huit internes ont ainsi bénéficié d'un logement à titre gratuit par le biais d'une convention de mise à disposition.

³⁶ L'arrêt n° 530 de la cour de cassation du 28 mars 2018 est venu confirmer la décision du tribunal de grande instance de Chartres du 16 décembre 2016 rejetant la demande du centre hospitalier de Chartres visant à obtenir l'annulation de la délibération du CHSCT du 13 juillet 2016 qui avait décidé de recourir à un expert en application de l'article L. 4614-12 du code du travail.

³⁷ Personnel soignant en CDI : 85,68 ETPR en 2013 contre 44,60 en 2018, tous budgets confondus (Cf. annexe n° 6).

Tableau n° 43 : Évolution des effectifs médicaux 2013-2018 - ETP moyens

STATUTS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2018/2013
PH Temps plein	79,02	77,36	74,89	75,92	76,36	77,15	- 2.36 %
PH Temps partiel	3,40	5,92	4,11	3,86	3,5	3,66	+ 7.64 %
Praticiens contractuels	4,90	7,22	5,39	9,75	9,33	6,71	+ 36.93 %
Assistants	0,00	0,00	0,00	0,15	1,04	1,29	-
Attachés	10,32	9,04	7,89	6,75	7,24	7,86	- 23.83 %
Sous-total	97,64	99,54	92,28	96,43	97,47	96,67	- 0,99%
Internes et FFI	10,00	9,82	8,00	7,58	5,87	5,18	- 48.2 %
Étudiants	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Total	107,64	109,36	100,28	104,01	103,34	101,85	- 5.37 %

Source : CHM - Bilans sociaux 2013 à 2018.

(254) Durant la période sous revue, le centre hospitalier a été amené à anticiper un nombre important de départs à la retraite (33 entre 2013 et 2018) auxquels se sont ajoutés des départs de praticiens, soit dans le cadre d'une mobilité, soit dans le but d'exercer une activité libérale. Le turnover s'est amplifié en 2017 (17 %) sous l'effet conjugué des départs à la retraite, des fins de stage (sept internes) et du départ de sept praticiens contractuels (cf. tableau ci-après).

Tableau n° 44 : Turn-over 2013-2018

Personnel médical	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total sur la période
Taux de turn over	7,72 %	11,92 %	9,90 %	9,85 %	18 %	17,07 %	
Sorties	10	17	9	9	23	22	90
<i>Dont départs en retraite (anticipés et directs)</i>	6	6	5	4	9	3	33
<i>Dont départs en mutation</i>	2	1	0	2	0	4	9
<i>Dont installation en libéral</i>	0	2	1	3	3	3	12
Entrées	9	14	14	10	26	20	93

Source : CHM - Bilans sociaux 2013 à 2018 et centre hospitalier de Montfavet.

(255) La pyramide des âges du personnel médical marque un vieillissement de l'effectif. Sept praticiens hospitaliers, essentiellement concentrés sur les pôles UMD-USMP³⁸ et le Pôle du Grand Avignon Alpilles, sont concernés par une prolongation d'activité jusqu'à l'âge de 70 ans, conformément à l'article 135 de la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 modifié par l'article 141 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

(256) A ces constats s'ajoutent depuis peu des difficultés de recrutement du personnel médical. Les pôles du Luberon-Val-de-Durance (un poste vacant), du Grand Avignon Alpilles (deux postes vacants et deux postes non occupés) ainsi que le pôle de psychiatrie infantile-juvénile (5,10 ETP non pourvus) sont les principaux concernés.

³⁸ Unité pour malades difficiles (UMD) et unité de soins en milieu pénitentiaire (USMP).

(257) Dans la mesure où l'établissement n'a pas recours à l'intérim médical, il a pris les mesures suivantes :

- La publication des annonces dans la presse médicale, auprès de la fédération hospitalière France (FHF) et du conseil de l'ordre des médecins ;
- Le recours à une agence de recrutement pour la première fois en 2018 ;
- L'ouverture des postes à d'autres spécialités avec une prise en charge par l'établissement de leurs formations qualifiantes en psychiatrie générale (au cours de la période sous revue, quatre médecins ont été formés pour un coût global évalué à 14 156,42 €) ;
- Le recrutement de deux cliniciens hospitaliers³⁹ (cf. point 8.7.1).

(258) Malgré ce contexte délicat, le centre hospitalier est parvenu à maintenir un taux d'encadrement du personnel non médical stable durant toute la période sous revue.

Tableau n° 45 : Personnel médical -taux d'encadrement 2013-2018

ETP rémunéré	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation
Médecins hors internes et étudiants	97,64	99,54	92,28	96,43	97,47	96,67	- 0,99 %
Soignants et socio éducatifs	1 481,04	1479,13	1 456,45	1 444,52	1 417,06	1 430,80	- 3,42 %
Taux d'encadrement (médecins/soignants)	6,59 %	6,73 %	6,34 %	6,68 %	6,88 %	6,76 %	2,58 %

Source : CHM.

8.3 Une augmentation de la masse salariale

(259) La masse salariale brute du budget principal a augmenté globalement de 4,52 % entre 2013 et 2018 (+ 4 512 913 €). Cette hausse, qui concerne l'ensemble du personnel, résulte de plusieurs facteurs liés à l'évolution des carrières des agents et à la mise en œuvre de mesures statutaires et réglementaires qui s'imposent à l'établissement :

³⁹ La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a créé un contrat de recrutement attractif sur des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus dans les établissements publics de santé. Les médecins bénéficiant de ce statut sont dénommés « cliniciens hospitaliers ». Leur rémunération comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs conformes à la déontologie de leur profession (article L. 6152-3 du code de la santé publique).

- Les augmentations successives du taux de contribution CNRACL⁴⁰ ont représenté pour l'établissement un surcoût de 1 578 735 euros ;
- Dans le cadre du protocole national LMD (licence, master, doctorat) du 2 février 2010, le centre hospitalier a procédé à des reclassements de personnels qui ont engendré sur la période un surcoût évalué à 804 000 euros⁴¹ ;
- Les transferts primes / points liés à la mise en oeuvre du parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) ont représenté un surcoût de 239 181,69 € sur l'exercice 2017 ;
- La valeur du point d'indice a fait l'objet de deux revalorisations successives le 1^{er} juillet 2016 (+ 0,6 %) et le 1^{er} février 2017 (+ 0,6 %), conformément au décret n° 2016-670 du 25 mai 2016 portant majoration de la rémunération des personnels civils et militaires de l'Etat, des personnels des collectivités territoriales et des établissements publics d'hospitalisation ;
- L'évolution du SMIC⁴² entre 2013 et 2018 (+ 4,77 %) a eu pour conséquence le versement d'une indemnité exceptionnelle compensatrice pour les salaires inférieurs au SMIC qui a représenté un surcoût pour l'établissement de 220 401 euros⁴³ ;
- Le glissement vieillesse technicité (GVT⁴⁴) a également eu un impact significatif sur la masse salariale. A titre d'exemple, 765 agents ont vu leur indice majoré augmenter en moyenne de 15 points pour un coût total (hors avancements de grade) de 980 000 € en 2014⁴⁵. En 2018, les avancements d'échelons ont engendré un surcoût évalué à 356 253 euros.

(260) En 2018, la masse salariale brute du budget principal a représenté 83,32 % des charges totales. Après neutralisation des charges faisant l'objet de remboursements⁴⁶ (cf. annexe n° 7), les charges nettes de personnel représentent 78,38 % du montant total des charges.

(261) Sur la période sous-revue, la mise en oeuvre de ces mesures statutaires et réglementaires a été financée à hauteur de 854 029 € (cf. annexe n° 8).

⁴⁰ Selon le décret n° 2014-1531 du 17 décembre 2014 relatif au taux des cotisations d'allocations familiales et d'assurance vieillesse de divers régimes de sécurité sociale, le taux de contribution CNRACL (Caisse nationale de retraites des agents des collectivités local) est passé de + 28,85 % à 2013 à + 30,65 % en 2018.

⁴¹ Reclassement de personnels de catégorie C et de personnels socio-éducatifs en février 2014 (+ 616 500 €) et reclassement des personnels soignants de catégorie A au 1^{er} juillet 2015 pour un coût de 204 000 € (source bilans sociaux 2014-2015).

⁴² Le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC horaire brut) est passé de 9,43 euros en 2013 à 9,88 euros en 2018 soit une hausse de 4,77 %.

⁴³ Source : Centre hospitalier de Montavet et fiches de paie 2013-2018 (Indemnité exceptionnelle compensatrice - code 1227).

⁴⁴ Le glissement vieillesse technicité (GVT) est une des trois composantes de l'évolution de la masse salariale, avec la valeur du point d'indice et l'évolution du nombre d'agents. Le GVT correspond aux mesures liées à l'ancienneté et à la technicité (avancements d'échelon et promotions de grade).

⁴⁵ Bilan social 2015.

⁴⁶ Mise à disposition de personnel auprès des structures de coopération (GIP logistique, GIPES - écoles et instituts en soins infirmiers, GCS laboratoire), sincérité des comptes des CRPA (11 budgets annexes) et la production immobilisée.

8.4 Des frais de déplacements maîtrisés

(262) Le centre hospitalier de Montfavet est présent sur un territoire étendu qui engendre des frais de déplacements⁴⁷.

(263) Durant la période sous revue, les frais de déplacements du personnel médical et non médical ont baissé de manière significative (338 834,97 € en 2013 contre 116 832,95 € en 2018 soit - 65,52 %). Cette diminution s'explique à la fois par une baisse du nombre d'agents remboursés⁴⁸ (- 22,34 %) mais également par la mise en place d'un dispositif de contrôle interne approfondi⁴⁹(cf. annexe n° 95) pour le personnel médical (contrôle mensuel aléatoire). Le même dispositif pourrait être instauré pour le personnel non médical.

(264) Un contrôle par sondage et par enjeux a été réalisé sur l'exercice 2018 sur un échantillon de onze agents. Aucune anomalie significative n'a été relevée concernant la liquidation des frais de déplacements. Seul un état de frais a été partiellement renseigné. Les décisions relatives au remboursement des indemnités kilométriques font référence à des délibérations très anciennes du conseil d'administration⁵⁰. La chambre invite l'établissement à actualiser ces documents.

(265) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les visas mentionnés sur les décisions relatives au remboursement des indemnités kilométriques avaient fait l'objet d'une mise en conformité au 1^{er} septembre 2019.

8.5 Un absentéisme en progression

(266) Selon l'analyse comparative des bilans sociaux réalisée par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) en 2015, le taux d'absentéisme moyen (tous motifs confondus) pour les centres hospitaliers exerçant une activité de psychiatrie était de 8 % pour le personnel non médical et de 3,9 % pour le personnel médical. Le taux d'absentéisme de l'établissement se situait légèrement au-dessus de la moyenne pour le personnel non médical.

47 Les frais de déplacements des étudiants (infirmiers, aides-soignants...) sur leurs lieux de stages font l'objet d'un remboursement par les instituts de formation membres du groupement d'intérêt public des établissements de santé d'Avignon et du Pays de Vaucluse (GIPES), conformément à l'arrêté du 18 mai 2017 modifiant l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.

48 La diminution du nombre d'agents remboursés s'explique par la réduction du nombre de structures extérieures en hôpital de jour.

49 Les contrôles réalisés portent notamment sur la présence des pièces obligatoires, sur les états de frais et des itinéraires parcourus. Un contrôle mensuel par sondage est réalisé par les affaires médicales concernant les frais de déplacements de deux médecins (rapprochement avec les tableaux de service). Les états de clôture sont contrôlés avec les fiches individuelles de liquidation de frais (exhaustivité et exactitude) et un contrôle interne comptable est effectué afin de s'assurer de la bonne imputation comptable sur le compte 6251.

50 Délibération n° 16-85 du 5 mars 1985, délibération n° 21-96 du 21 juin 1996, délibération n° 42-74 du 23 avril 1974 et délibération n° 83-41 du 19 décembre 1983.

(267) Concernant le personnel médical, le taux d'absentéisme de l'établissement s'est situé en-dessous de la moyenne nationale sur la période 2013 à 2017. La hausse relative du taux d'absentéisme entre 2017 et 2018 (+ 179 jours d'absence) s'explique notamment par des arrêts de longue maladie qui concernent un nombre réduit d'agents et par le vieillissement de l'effectif médical⁵¹.

Tableau n° 46 : Absentéisme 2013-2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart
Personnel médical							
Taux d'absentéisme	3,39 %	3,77 %	3,66 %	3,48 %	3,78 %	4,44 %	+ 30,97 %
Nombre de jours d'absence	1 207	1 302	1 269	1 230	1 335	1 514	+ 25,43 %
Personnel non médical							
Taux d'absentéisme	7,66 %	7,82 %	7,64%	8,27%	8,11%	8,01%	+ 4,57 %
Nombre de jours d'absence	56 920	57 726	56 186	60 295	58 942	60 182	+ 5,73 %
Coût de l'absentéisme hors charges	5 071 033	5 089 577	4 750 279	5 838 493	5 059 203	5 261 411	+ 3,75 %

Source : Bilans sociaux 2013-2017 et CHM.

(268) Exprimé en nombre de jours, l'absentéisme est passé de 56 920 jours en 2013 à 60 182 jours en 2018 pour le personnel non médical, soit une augmentation de 5,73 %. Au-delà des conséquences sur le fonctionnement de l'établissement, l'absentéisme a représenté un surcoût de 5 261 411 € en 2018 (en augmentation de + 3,75 % par rapport à 2013).

8.6 Le personnel non médical

8.6.1 Le temps de travail

8.6.1.1 La durée annuelle du temps de travail

(269) La réglementation en matière de temps de travail repose sur les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 modifié par le décret n° 2007-826 du 11 mai 2007. Il fixe les règles relatives au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements public de santé selon les différents catégories d'agents. Les congés annuels des agents de la fonction publique hospitalière sont définis conformément au décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002.

(270) La durée légale de travail des agents travaillant de jour en repos fixe est fixée à 1 607 heures. Cette durée légale est ramenée à 1 582 heures pour les agents en repos variable et à 1 476 heures pour les agents travaillant de nuit.

(271) Le temps de travail au sein du CHM est défini par l'accord local du 24 janvier 2002. Il est organisé conformément à la charte du temps de travail de juillet 2011⁵², cette dernière ayant fait l'objet d'une réécriture à périmètre constant en octobre 2017.

⁵¹ En 2018, près de 50 % des absences pour maladie concernent le pôle médico-technique ainsi que le pôle de pédopsychiatrie infanto juvénile (source : CHM)

⁵² Circulaire du 8 juillet 2013 relative à la mise en œuvre du protocole d'accord du 8 mars 2013 relatif à l'égalité professionnelle entre les femmes et les hommes dans la fonction publique

(272) Le temps de travail repose sur un cycle de travail de 28 jours pour les agents à repos variable et de 14 jours pour les agents à repos fixe, avec des amplitudes de travail de 8 heures par jour. Dans ces cycles de travail, les agents bénéficient de repos compensateurs qui ramènent à 36 heures le temps de travail hebdomadaire. Ils disposent également de six journées de RTT (réduction de temps de travail) qui permettent de ramener le travail hebdomadaire à 35 heures, conformément à la circulaire n° NOR MFPF1202031C relative aux modalités de mise en œuvre de l'article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011.

(273) Les temps de pause⁵³ sont conformes à l'article 7-4° du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements.

(274) Selon l'article 5 du décret précité, « la durée du travail effectif s'entend comme le temps pendant lequel les agents sont à la disposition de leur employeur et doivent se conformer à ses directives sans pouvoir vaquer librement à des occupations personnelles ». Seuls les temps de repas, d'habillage et de déshabillage⁵⁴ qui s'apparentent à du travail effectif, sont intégrés dans le temps de travail.

(275) Des plages horaires sont prévues afin d'assurer la transmission des informations dans les unités d'hospitalisation à temps complet. Ces plages horaires ont fait l'objet d'une refonte en 2014 afin d'uniformiser les organisations entre les différentes équipes⁵⁵. Depuis cette date, le temps de chevauchement entre les équipes d'après-midi, de nuit et du matin est de 15 minutes alors que celui de la mi-journée dure une heure.

Le personnel du centre hospitalier, toutes catégories confondues, dispose néanmoins d'un régime de temps de travail plus favorable que celui prévu par la réglementation. Selon la note de service n° 1/2006 du 13 janvier 2006, l'établissement accordait deux journées supplémentaires de congé, sous forme de congés locaux (une journée au titre d'une fête locale « *Fête des foins* ») et une journée octroyée en fin d'année). En 2006, la réglementation a prévu qu'une journée de solidarité vienne en déduction d'une journée de congé annuel. Par note de service n° 50/2006 du 21 décembre 2006, l'établissement n'a pas respecté la réglementation en imputant la journée de solidarité sur un jour férié local (« *fête locale des foins* »). La mise en œuvre de la journée de solidarité n'apparaît pas de façon claire dans la charte du temps de travail du mois d'octobre 2017⁵⁶. En effet, celle-ci vient en déduction du temps de travail sous un libellé peu explicite⁵⁷. En outre, le congé local de fin d'année n'apparaît pas dans le décompte du temps de travail⁵⁸ (cf. annexe n° 10).

⁵³ Le temps de pause est fixé à 20 minutes conformément à la fiche 1-4 de la charte du temps de travail, tome 1 de 2017.

⁵⁴ Le temps de repas, fixé à 30 minutes minimum, est exclu du temps de travail, à l'exception des agents exerçant une permanence et la continuité des soins. Le temps d'habillage et de déshabillage, fixé à 10 minutes, n'est intégré dans le temps de travail que pour les agents ayant l'obligation de porter une tenue professionnelle.

⁵⁵ Avant 2014, il n'y avait pas de temps de relève prévu entre les équipes de nuit et les équipes de matin.

⁵⁶ Fiche 1-6 Décomposition de l'année de travail au centre hospitalier de Montfavet-Tableaux synthétiques, page 14.

⁵⁷ J Solidarité (Congé Local « Fête des foins »).

⁵⁸ Le congé local de fin d'année est mentionné dans le Tome 1-Fiche 3-4 « Les jours de congés supplémentaires », page 63 de la charte du temps de travail du mois d'octobre 2017.

(276) Selon la charte du temps de travail précitée, un agent à temps plein et à repos fixes de jour travaille 1 600 heures par an⁵⁹ alors que la réglementation prévoit 1 607 heures, soit 7 heures de moins. En 2018, à l'échelle de l'établissement, ce dispositif a représenté 8,99 ETP soit un surcoût 425 554 euros⁶⁰.

(277) La chambre recommande à l'établissement de se mettre en conformité avec le temps de travail et de rendre plus lisible l'actuelle charte du temps de travail en ce qui concerne la journée de solidarité et le congé local de fin d'année.

Recommandation n° 3 : Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation portant sur le temps de travail en se dotant d'une charte du temps de travail lisible et exhaustive.

(278) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a relativisé le surcoût du temps de travail évalué par la chambre en le rapportant au temps de travail quotidien par agent. La perte de temps de travail quotidien serait, selon l'ordonnateur, équivalente à « *moins de deux minutes environ* ». La chambre maintient son observation. L'ordonnateur ayant par ailleurs fait état de son souhait de mettre en œuvre la recommandation formulée, la chambre l'invite à engager les négociations requises en interne.

8.6.1.2 Les heures supplémentaires

(279) Le décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires fixe le cadre réglementaire des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière. Pour le personnel soignant, les heures supplémentaires sont effectuées à la demande du chef d'établissement, par exemple en cas de crise sanitaire, ou pour cause d'un dépassement des plages horaires imposées par le cycle de travail. La réglementation impose un plafonnement des heures supplémentaires réalisées : 18 heures par mois (220 heures par an) pour le personnel spécialisé (infirmiers spécialisés, sages-femmes, cadres de santé, personnels d'encadrement technique) et 15 heures par mois (180 h par an) pour les autres personnels. Le décret précité prévoit, en ses articles 7 et 8, les modalités d'indemnisation des heures supplémentaires, par repos compensateur, ou par versement d'une rémunération horaire basée sur le traitement brut annuel de chaque agent, avec une modulation du tarif horaire en fonction du volume mensuel d'heures supplémentaires effectuées. Les heures supplémentaires de nuit sont majorées de 100 %, celles de dimanche et jour férié des deux tiers.

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

Les modalités de gestion des heures supplémentaires

(281) Il n'existe pas de dispositif automatisé de contrôle du temps de travail au CHM. L'établissement n'est donc pas en mesure de respecter la réglementation en établissant un décompte des heures supplémentaires dans les conditions prévues par la réglementation.

⁵⁹ Sur une base de 8 heures par jour.

⁶⁰ Ce coût a été évalué à partir du personnel non médical 2018 tous budgets confondus soit 2063,78 ETPR (cf. annexe n° 6), et sur une base de 1 607 heures par an, ce qui représente 8,99 ETP (2 063,78*7h/1 607). Sur la base du coût moyen d'un personnel non médical 2018 charges patronales incluses de 47 338 euros, le surcoût est ainsi évalué à 8,99*47 338 = 425 554,78 euros.

(282) Les heures supplémentaires sont effectuées sur demande de l'encadrement, après mutualisation des ressources et validation de la direction des soins. La récupération est privilégiée dans la mesure du possible. L'encadrement de proximité sollicite de la direction idoine (direction des soins ou direction de rattachement pour les services non soignant) un accord pour un renfort en heures supplémentaires. Une fois les heures effectuées, l'encadrement de proximité établit un relevé de ces heures qui est envoyé au directeur ayant accordé les heures pour validation avant transmission à la DRH pour paiement.

(283) L'établissement a transmis une note datée du 19 décembre 2012 « *Gestion des heures supplémentaires pour les pôles cliniques et médico-technique* » à destination des unités sollicitant des heures supplémentaires. Un formulaire de demande de paiement des heures supplémentaires accompagne ce document. Il prévoit l'indication du nom de la personne qui effectuera les heures supplémentaires, le jour de demande de ces heures, l'amplitude de travail (horaires de matin, après-midi, journée, nuit), les motifs de recours aux heures supplémentaires (remplacement d'agents ou autres motifs), le nom de l'agent absent le cas échéant et sa qualification. Ce formulaire est adressé par courriel à la direction des soins qui valide ou non la demande. Le document doit être complété avant le 30 du mois en cours, signé et transmis au service de la paye pour une mise en paiement le mois suivant.

(284) Au sein de la direction des ressources humaines, une procédure de contrôle des heures supplémentaires a été formalisée en novembre 2017 sur sollicitation du commissaire aux comptes. Celle-ci prévoit que tous les mois les gestionnaires de paye contrôlent pour chaque agent le nombre d'heures supplémentaires cumulées et payées à partir d'un tableau de suivi. Un état des heures supplémentaires effectuées est diffusé mensuellement pour signature de l'intéressé, du responsable de service et signature de l'ordonnateur.

L'évolution du nombre d'heures supplémentaires

(285) Le nombre d'heures supplémentaires a évolué comme suit durant la période sous revue. La baisse constatée en 2015 est mise en regard d'un nombre de jours d'absence moins élevé et d'un encadrement régulièrement sensibilisé au coût du recours aux heures supplémentaires.

Tableau n° 47 : Evolution du nombre d'heures supplémentaires

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Nombre total d'heures supplémentaires	8 158	7 443	4 165	5 626	7 384	6 824
Nombre moyen d'heures supplémentaires par agent ayant effectué des heures supplémentaires	19,99	20,39	16,73	17,31	19,03	18,95

Source : Bilans sociaux et CHM.

Tableau n° 48 : Montants versés au titre de la rémunération des heures supplémentaires hors astreintes (en €)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total	156 959,70	170 515,43	82 300,30	105 664,09	136 547,75	163 706,47

Source : CHM.

(286) Le contrôle du respect du plafond de 15 heures supplémentaires mensuelles a été réalisé sur 2018 comme suit : dans un premier temps, l'ensemble des agents ayant effectué plus de 14 h supplémentaires mensuelles a été isolé. Ont ensuite été retirés les agents pouvant effectuer plus de 15 h supplémentaires et les heures supplémentaires payées au titre d'un rappel. Ont été enfin pris en compte la durée du cycle de travail sur 8 semaines induisant un plafond de 27,69 heures supplémentaires (180 / 52 semaines x 8 semaines). Sur cette base, 36 agents ont effectué plus d'heures supplémentaires que ne le permet la réglementation, le nombre d'heures supplémentaires réalisés sur un cycle atteignant 64 pour un agent. Il n'a en revanche pas été constaté de dépassement des 180 heures supplémentaires annuelles, ni d'heures supplémentaires récurrentes.

(287) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les heures supplémentaires étaient privilégiées à l'interim jugé « *beaucoup plus coûteux* ». Un logiciel de gestion du temps de travail CHRONOS serait par ailleurs en phase de test et de recettage. Il permettrait à l'établissement de réaliser des contrôles exhaustifs.

8.6.2 Les astreintes

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

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

(290) Conformément à l'article 1 du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte, « *le temps passé en astreinte dans les conditions prévues par le titre II du décret du 4 janvier 2002 susvisé donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation. La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile.*

(291) L'indemnisation horaire correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638⁶¹ augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820.

(292) Le dispositif d'astreinte mis en place au sein de l'établissement concerne les cadres soignants du pôle social et médico-social (PSMS), le personnel des services techniques, les ambulanciers et le service informatique⁶² (cf. annexe n° 11).

⁶¹ Correspondant à l'indice net majoré 534.

⁶² Charte du temps de travail 2017, fiche 1-9 Astreintes à domicile et permanences et charte du temps de travail 2011, thème 4 - Astreintes à domicile et permanences

(293) Les astreintes du PSMS sont organisées par la note de service n° 28/2010 du 4 août 2010, après avis du CTE du 20 mai 2010. La décision ne mentionne pas les catégories de personnels concernés par les astreintes. L'établissement n'a pas été en mesure de produire les décisions fixant l'organisation des astreintes des autres services, ainsi que les modalités de recours à la compensation ou à l'indemnisation.

(294) Le CHM a payé au titre des astreintes 157 614,89 € pour 38 agents en 2018. Bien que ce montant soit en baisse de 7,11 % sur la période (169 674,93 € en 2013 pour 50 agents), le montant moyen des astreintes par agent augmente de 22,25 % entre 2013 et 2018 compte tenu de la baisse d'effectif (cf. annexe n° 12).

(295) L'examen des astreintes sur l'exercice 2018 amène la chambre à formuler les observations suivantes :

- Les astreintes sont rémunérées selon des règles propres à chaque service dénuées de base légale⁶³. Les astreintes des services techniques et des ambulanciers sont payées sur une base forfaitaire de 10 h en heures supplémentaires de nuit alors que les astreintes téléphoniques du service informatique sont payées sur une base fixe de 248,90 € indépendamment de l'échelon de l'agent ;
- Le plafond réglementaire des astreintes n'est pas toujours respecté. A titre d'exemple, les astreintes réalisées par quatre agents des services techniques ont dépassé le plafond réglementaire de 72 h sur deux semaines au cours du mois de mai 2018. Un agent du pôle social et médico-social a réalisé deux astreintes le samedi et le dimanche au cours du mois de juin 2018 contrevenant aux limites posées par l'article 23 du décret du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002, concernant les astreintes réalisées le samedi, dimanche ou les jours fériés ;
- Les périodes d'astreintes ne sont pas mentionnées sur les états récapitulatifs des services techniques et du service informatique⁶⁴ ;
- La récurrence du versement des astreintes aux agents du service informatique ainsi que le paiement d'astreintes à quatre agents des services techniques alors qu'ils n'apparaissent pas sur le planning du mois de mai 2018 conduisent à remettre en cause l'effectivité du service fait ;
- Les services techniques ne sont pas organisés en horaires décalés permettant la couverture d'une plage horaire plus importante durant la journée. Au surplus, il existe des heures d'astreintes méridiennes non mentionnées dans la charte du temps de travail d'octobre 2017⁶⁵ ;
- Aucun dispositif de contrôle interne n'est actuellement mis en œuvre de façon systématique afin d'assurer une traçabilité des interventions, notamment pour le service du transport de personnes et pour les informaticiens.

⁶³ A l'exception des astreintes réalisées par les agents du pôle social et médico-social.

⁶⁴ Selon l'annexe I du décret n° 2016-33 du 20 janvier 2016 fixant la liste des pièces des établissements publics de santé, rubrique 220225 « *Astreintes (personnel non médicaux)* », *l'état récapitulatif des astreintes doit comporter les mentions suivantes : l'emploi de l'agent, la période d'astreinte, le taux applicable et, le cas échéant, le nombre d'heures d'intervention réalisées pendant la période d'astreinte* ».

⁶⁵ Fiche 1-9 Astreintes à domicile et permanences et charte du temps de Travail 2011, thème 4 - Astreintes à domicile et permanences

(296) Lors de l'instruction, l'établissement a procédé à un contrôle interne qui a mis en évidence le versement d'une indemnité forfaitaire de 10 heures supplémentaires à des agents en l'absence de service fait. Sur l'exercice 2018, sept informaticiens et treize agents des services techniques ont perçu à tort cette indemnité. L'établissement a mis fin à cette pratique à compter du 1^{er} mars 2019.

(297) Après avis du comité technique d'établissement (CTE) du 28 mars 2019, l'établissement s'est mis en conformité avec la réglementation pour les seules astreintes des services techniques conformément à la note de service n° 16/2019 du 29 mars 2019. Compte tenu de la mise en application de cette note à compter du 1^{er} avril 2019, la chambre n'a pas été en mesure de contrôler ce point.

(298) Au vu des points mentionnés *supra*, la chambre recommande à l'établissement de se mettre en conformité avec la réglementation en matière d'astreinte.

<p>Recommandation n° 4 : Mettre l'établissement en conformité avec la réglementation relative aux astreintes.</p>
--

(299) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, et lors de son audition, l'ordonnateur a fait état de son souhait de se mettre en conformité avec la réglementation en matière d'astreintes pour le service des ambulances et le service informatique.

8.6.3 Les primes et autres indemnités

8.6.3.1 La nouvelle bonification indiciaire

(300) La nouvelle bonification indiciaire (NBI) est prévue par la loi du 18 janvier 1991 complétée par plusieurs textes d'application⁶⁶. Elle est attachée à certains emplois dotés de l'exercice d'une responsabilité spécifique ou mettant en oeuvre une technicité particulière. Elle est réservée aux seuls fonctionnaires à l'exclusion des agents contractuels et varie selon le grade, l'emploi et la fonction.

(301) Durant la période sous revue, un agent contractuel⁶⁷ a perçu à tort une NBI de 13 points mensuels, du 1^{er} janvier 2013 au 31 mai 2017 pour un montant cumulé de 3 195,51 €.

(302) Un contrôle par sondage a par ailleurs été réalisé sur l'exercice 2018 sur un échantillon de 13 agents percevant la NBI sur un total de 179. Les décisions ont été prises pour dix d'entre eux avec une date d'effet rétroactive. L'établissement a procédé à une actualisation des décisions en décembre 2018 à la suite d'un contrôle interne réalisé par le commissaire aux comptes en novembre 2018.

⁶⁶ La NBI est régie par la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991, le décret n° 93-112 du 3 février 1992, le décret n° 93-92 du 19 janvier 1993 relatif à la NBI attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique hospitalière, le décret n° 94-140 du 14 février 1994, le décret n° 97-120 du 5 février 1997, le décret n° 2002-777 du 2 mai 2002 portant modification de certaines dispositions relatives à la NBI et portant attribution de la NBI à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

⁶⁷ Source : fiches de paie 2013-2018 (matricule 000643).

8.6.3.2 L'indemnité forfaitaire technique

(303) L'indemnité forfaitaire technique, instituée par le décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013, est versée aux techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers⁶⁸ titulaires ou stagiaires. Le montant est arrêté par l'autorité investie du pouvoir de nomination, dans la limite de 24,41 % du traitement mensuel brut indiciaire pour les membres du corps classés dans le premier grade et dans la limite de 40 % du traitement mensuel brut indiciaire du bénéficiaire pour les membres du corps classés dans les deuxième et troisième grades.

(304) Selon l'article 3 du décret n° 2013-102 du 29 janvier 2013 précité, « le versement de l'indemnité forfaitaire technique est exclusif du versement de la prime de service prévue par l'arrêté du 24 mars 1967 susvisé et de l'indemnité de sujétion spéciale prévue par le décret n° 90-693 du 1^{er} août 1990 ».

(305) Durant la période sous revue, l'établissement a accordé à tort une indemnité forfaitaire technique à des ingénieurs et des techniciens hospitaliers non titulaires (cf. annexe n° 13). Sur l'exercice 2017, sept agents non titulaires dont deux ingénieurs hospitaliers ont ainsi perçu une indemnité forfaitaire technique pour un montant cumulé de 86 132,33 €.

(306) Au 1^{er} juillet 2018, l'établissement a procédé à une régularisation en imputant cette prime sur une rubrique correspondant à une prime d'objectif. Un contrôle par sondage a été réalisé sur l'exercice 2018. La prime d'objectif est stipulée de façon explicite pour un seul technicien supérieur hospitalier. Aucun objectif n'est toutefois fixé dans le contrat.

(307) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les objectifs ne pouvaient « *pas être fixés dans le contrat de travail mais lors des campagnes d'évaluation annuelle* ». Il n'a toutefois produit aucune pièce à l'appui de sa réponse.

8.6.3.3 La prime de service

Rappel du cadre réglementaire

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

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

⁶⁸ Décret n° 2011-744 du 27 juin 2011 portant statut particulier du corps des techniciens et techniciens supérieurs hospitaliers.

(310) Le comité technique d'établissement (CTE) doit être consulté sur les critères de répartition de la prime de service, conformément à l'article R. 6144-40 du code de la santé publique.

La prime de service au sein du CHM

(311) Un contrôle a été réalisé sur les exercices 2016, 2017 et 2018.

(312) Le montant global de la prime de service n'a pas été défini conformément à la réglementation. Au-delà des traitements bruts accordés aux personnels titulaires et stagiaires, ont été pris en compte les traitements bruts versés à deux agents⁶⁹ contractuels du service informatique, en vertu d'un statut particulier daté du 11 octobre 1990⁷⁰. Il respecte néanmoins le plafond réglementaire dans la mesure où l'établissement constitue chaque année une réserve prudentielle prélevée sur l'assiette de calcul de la prime de service afin de corriger d'éventuelles erreurs⁷¹ (cf. annexe n° 14).

(313) Les conditions d'octroi de la prime de service ne sont également pas conformes à la réglementation. La prime de service fait l'objet d'une première répartition⁷² entre les agents titulaires, les stagiaires ainsi que les informaticiens non titulaires régis par le statut particulier mentionné *supra*. Une première partie du produit des abattements liés aux journées d'absence est versée sous la forme d'une surprime aux agents les plus méritants, conformément au décret précité⁷³. Une seconde partie est en revanche versée à tort aux agents contractuels⁷⁴, sous la forme d'une prime de service forfaitaire de 440 €, proratisée en fonction du temps de présence. Le reliquat fait enfin l'objet d'une seconde répartition au profit des agents titulaires, des stagiaires et des informaticiens non titulaires selon les mêmes critères.

(314) Sur l'exercice 2017, 78 agents contractuels ont perçu à tort une prime de service pour un montant total de 23 372,59 euros (cf. annexe n° 15).

(315) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a justifié l'octroi de cette prime en s'appuyant sur l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière selon lequel « *le conseil d'administration délibère sur les règles concernant l'emploi des diverses catégories de personnels pour autant qu'elles n'ont pas été fixées par des dispositions législatives ou réglementaires.* » Ce texte a été abrogé par la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social. Le Conseil d'Etat a par ailleurs refusé le bénéfice du versement de la prime de service aux agents contractuels par l'arrêt n° 312446 du 23 mars 2009. La mention explicite dans un contrat de travail ou dans la charte du temps de travail est donc irrégulière.

(316) L'ordonnateur a par ailleurs précisé que cette prime était octroyée en accord avec les partenaires sociaux et que « *l'instruction comptable M21 prévoit dans la nomenclature budgétaire et comptable des établissements publics de santé un compte 64133 intitulé « Prime de service du personnel sous contrats à durée indéterminée ».*

⁶⁹ Un seul agent est concerné à compter du 1^{er} août 2017.

⁷⁰ Le statut particulier des personnels de l'informatique daté du 11 octobre 1990 détermine les modalités de recrutement, d'avancement et de rémunération des personnels informatiques chargés des fonctions de chef d'exploitation, responsable système et chef de centre informatique. L'article 7 relatif à la rémunération prévoit de façon explicite le versement d'une prime de service aux personnels informatiques concernés.

⁷¹ Sur l'exercice 2017, cette réserve n'a pas été utilisée et sur l'exercice 2016, seule une régularisation a été faite pour un montant de 967,19 € (paye de septembre 2017, matricule 001032).

⁷² En fonction de l'indice majoré, de la notation, de la quotité de travail et de l'absentéisme.

⁷³ Une surprime est notamment versée aux infirmiers chargés de fonction d'encadrement qui ne peuvent bénéficier de la prime d'encadrement car ils n'occupent pas les fonctions de cadre de santé, ou à des agents ayant des sujétions particulièrement lourdes.

⁷⁴ Conformément à la charte du temps de travail du mois d'octobre 2017, Tome 2, fiche 4 La prime de service.

(317) Ces justifications ne permettant pas de déroger à la réglementation, la chambre maintient son observation.

8.7 Le personnel médical

8.7.1 Le recrutement de cliniciens hospitaliers

(318) Le recrutement de cliniciens hospitaliers est autorisé par le troisième alinéa de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique (CSP)⁷⁵. L'article R. 6152-709 de ce même code précise que la rémunération de ces praticiens doit comprendre :

« 1° une part fixe, déterminée par référence aux émoluments des praticiens hospitaliers ; 2° une part variable subordonnée à la réalisation des engagements particuliers et des objectifs prévus au contrat.

Le montant de la rémunération totale ne peut excéder le montant correspondant au dernier échelon de la grille mentionnée à l'article R. 6152-21 majoré de 65 % ».

(319) L'arrêté du 14 octobre 2010 fixe le montant et les modalités de versement de la rémunération des praticiens recrutés par les établissements publics de santé en application du 3° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique.

(320) L'avenant RH n° 2017-01 du 20 novembre 2017 portant modification de l'annexe 2 C.1 du CPOM pour la période 2012-2016⁷⁶ a autorisé l'établissement à recruter deux psychiatres cliniciens hospitaliers. Cet avenant a pris effet pour une durée de six mois à compter de la date de publication du projet régional de santé 2018 adopté le 24 septembre 2018.

(321) Conformément à cet avenant, le centre hospitalier a recruté deux cliniciens hospitaliers par transformation de postes de praticiens hospitaliers déjà en fonctions au sein de l'établissement.

(322) Le premier recrutement a été réalisé par contrat n° 254/2018 du 12 décembre 2018. Les missions telles qu'elles sont définies à l'article 1, ne constituent pas des objectifs quantitatifs et qualitatifs, au sens de l'article L. 6152-3 du CSP. Par ailleurs, la part variable prévue à l'article 6 fait référence au 13^{ème} échelon du statut de praticien. Cette simple mention laisse présumer que le taux maximum de 65 % de l'échelon le plus élevé de la grille de praticien hospitalier serait appliqué.

(323) Le second recrutement a été réalisé par contrat n° 397/2018 du 24 décembre 2018 et concerne le pôle enfants de l'établissement régional d'enseignement adapté (EREA 84) pour une durée d'un an. Là encore, les objectifs fixés à l'article 2 du contrat ne constituent pas des objectifs quantitatifs et qualitatifs au sens de l'article L. 6152-3 du CSP.

(324) La chambre invite le centre hospitalier à procéder à la mise en conformité de ces contrats avec la réglementation.

⁷⁵ Modifié par l'article 19 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁷⁶ Prorogé jusqu'au 31 décembre 2017.

(325) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué avoir mis en conformité les contrats de clinicien en fixant les objectifs qualitatifs et/ou quantitatifs ainsi que les modalités de suivi.

8.7.2 Le temps de travail additionnel

(326) L'article R. 6152-27 du code de la santé publique prévoit, pour les praticiens hospitaliers à temps plein, que : « *le service hebdomadaire est fixé à dix demi-journées, sans que la durée de travail puisse excéder quarante-huit heures par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois. Lorsqu'il est effectué la nuit, celle-ci est comptée pour deux demi-journées. Lorsque l'activité médicale est organisée en temps continu, l'obligation de service hebdomadaire du praticien est, par dérogation au premier alinéa, calculée en heures, en moyenne sur une période de quatre mois, et ne peut dépasser quarante-huit heures. Le praticien peut accomplir, sur la base du volontariat au-delà de ses obligations de service hebdomadaires, un temps de travail additionnel donnant lieu soit à récupération, soit au versement d'indemnités de participation à la continuité des soins et, le cas échéant, d'indemnités de temps de travail additionnel* ».

(327) L'instruction du 31 mars 2014 rappelle par ailleurs l'obligation de conclure un contrat avec le praticien. « *Les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps additionnel sont arrêtés par le chef de pôle et inscrits dans le contrat de pôle. Le contrat, formalisé, doit être signé entre le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur. La contractualisation doit porter sur la quantité et le mode de valorisation du temps de travail additionnel (CET, indemnisation, récupération). (...) La commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) élabore le modèle de contrat de temps de travail additionnel; il est validé par le directeur après avis de la CME. La COPS assure le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre et du respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel ; elle transmet ces éléments à la CME* ».

(328) Il est également rappelé que le « *choix du praticien de rémunération du temps réalisé pendant l'astreinte sous la forme de temps de travail additionnel ne supprime pas, pour le praticien, la nécessité de remplir en parallèle ses obligations de service comptabilisées par quadrimestre* ».

(329) Au sein du CHM, la permanence des soins est organisée par la note de service n° 8/2017 du 15 mars 2017.

(330) Entre 2013 et 2017, plusieurs anomalies ont été relevées dans les contrats de temps de travail additionnel liés à des missions spécifiques ou destinés à venir renforcer les équipes médicales sur des postes vacants⁷⁷ : l'absence de signature du chef de pôle, l'absence de mention relative au mode de valorisation du temps de travail additionnel (compte épargne temps, indemnisation ou récupération) ainsi que des dates d'effet rétroactif de certains contrats.

(331) Les contrats ont progressivement été mis en conformité avec la réglementation entre 2013 et 2018.

⁷⁷ Hors gardes liées à la permanence des soins.

(332) En l'absence de contrats de pôles, les besoins prévisionnels de recours à des contrats de temps de travail additionnel ne font l'objet d'aucune formalisation. Aucune présentation n'a été opérée devant la COPS concernant le suivi, l'évaluation de la mise en œuvre et le respect des mesures relatives aux modalités de recours au temps de travail additionnel. Aucune restitution n'a été présentée à la CME.

(333) La forte augmentation des charges liées au temps de travail additionnel (TTA) sur les exercices 2017 et 2018⁷⁸ s'explique notamment par un recours accru au TTA, dans le cadre de la préparation des regroupements de services et de la fusion des pôles prévus au 1^{er} janvier 2018⁷⁹ ainsi que pour compenser le temps médical vacant au sein du Pôle « Unités pour malades difficiles (UMD) ».

(334) Afin de se mettre en conformité avec l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'établissement a procédé à un paiement rétroactif sur l'exercice 2018, du temps de travail additionnel généré par les gardes⁸⁰ réalisées entre le 1^{er} janvier 2013 et le 31 décembre 2017 pour un montant total de 233 641,79 €⁸¹, suite à la CME du 15 février 2017 et du 20 septembre 2017.

Tableau n° 49 : Temps de travail additionnel 2013-2018 (€)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Gardes, missions spécifiques et renforcement d'équipes médicales	4 128,16	7 621,18	6 668,59	15 718,75	84 518,66	162 702,75
Régularisation rétroactive au titre des gardes effectuées sur les exercices 2013-2018						233 641,79
Montant total	4 128,16	7 621,18	6 668,59	15 718,75	84 518,66	396 344,54

Source : CHM, fiches de paie 2013-2018 (code 1470).

8.7.3 Les astreintes forfaitisées

(335) Le IV de l'article 3 de l'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes⁸² offre la possibilité de mettre en place une indemnisation forfaitaire de l'astreinte opérationnelle ou de l'astreinte de sécurité, après avis de la commission médicale d'établissement (CME).

⁷⁸ 15 718,75 en 2016, 74 518,66 en 2017 et 162 702,75 en 2018.

⁷⁹ Fusion des deux pôles de pédo-psychiatrie au 1^{er} janvier 2018.

⁸⁰ La régularisation concerne les gardes effectuées les vendredis, samedis, dimanches et jours fériés, après déduction des indemnités de sujétion initialement versées.

⁸¹ Ce paiement a fait l'objet d'une provision sur l'exercice 2017 d'un montant de 321 875 € (selon décision n° 26-2018) qui a fait l'objet d'une reprise en 2018 conformément à la décision n° 12-2019.

⁸² Egalement modifié par l'arrêté du 4 novembre 2016 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« Sur proposition de la commission de l'organisation de la permanence des soins, le montant de cette indemnisation forfaitaire est fixé à 189,96 €⁸³ pour les activités liées au fonctionnement des blocs opératoires dans les établissements bénéficiant de l'autorisation mentionnée à l'article R. 6123-1 du code de la santé publique ainsi que dans les structures dont l'activité le justifie ou dans le cadre du redéploiement des crédits liés à la suppression des lignes de permanence sur place.

Ce dispositif donne lieu à un contrat annuel renouvelable, passé entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect de l'enveloppe allouée à l'établissement pour le financement de la permanence des soins au titre du budget de l'année et sous réserve d'une diminution des permanences sur place.

Une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit. Le directeur la transmet chaque année au conseil de surveillance et au directeur de l'agence régionale de santé.

Cette possibilité de forfaitisation n'exonère pas le directeur de l'établissement de la tenue du décompte du temps d'intervention réellement passé, indépendamment du forfait fixé ».

(336) Selon le contrat n° 1787/2013 du 15 octobre 2013, le CH a mis en place ce dispositif⁸⁴ sur le site de Carpentras⁸⁵ pour la période allant du 11 novembre 2013 au 10 novembre 2014, après avis de la CME du 18 septembre 2013 et avis de la COPS du 4 septembre 2013. Il a été décidé de reconduire ce dispositif à l'issue d'une réunion organisée avec l'équipe médicale du pôle le 26 juin 2014.

(337) Ce dispositif est stable à la fois au niveau des effectifs et de son coût. Le CHM a payé au titre de la forfaitisation 81 534,71 € en 2018 (cf. annexe n° 16).

(338) Durant la période sous revue, ce dispositif n'a cependant fait l'objet d'aucune évaluation avec la COPS. Il a par ailleurs été reconduit sans qu'aucun nouveau contrat ne soit passé entre le chef de pôle et le directeur.

(339) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que la COPS avait fait l'objet d'un renouvellement et que ses missions allaient être approfondies. Il a par ailleurs précisé qu'en l'absence de contrat de pôle, une évaluation serait faite avec le chef de pôle concerné.

8.7.4 Les activités d'intérêt général

(340) En application de l'article R. 6152-30 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2016-1645 du 1^{er} décembre 2016, les praticiens hospitaliers à temps plein peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation.

⁸³ Selon l'arrêté du 15 juin 2016 relatif à l'indemnisation de la permanence et de la continuité des soins des personnels médicaux et odontologiques dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, des internes et des étudiants en médecine.

⁸⁴ Conformément à la note de service n° 8/2017 du 30 mars 2017 relatif à l'organisation médicale et à la permanence des soins.

⁸⁵ Suite à la relocalisation du Pôle Centre Est Vaucluse en novembre 2013, qui était initialement implanté sur le site principal du centre hospitalier de Montfavet.

Ces activités, effectuées au sein de structures publiques, privées ou associatives, doivent impérativement présenter un caractère d'intérêt général « *au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation* ». L'activité du praticien et sa rémunération sont déterminées par une convention entre les établissements concernés, après avis du chef de service et de la commission médicale d'établissement.

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

(342) Au sein du centre hospitalier, 29 praticiens exercent une activité d'intérêt général (AIG) dont 6 en interne et 23 au sein d'autres établissements. Par ailleurs, un praticien de l'assistance publique des hôpitaux de Marseille exerce une activité d'intérêt général au sein du centre hospitalier à raison d'une journée par semaine. Le temps médical consacré à l'exercice d'une activité d'intérêt général est conforme à la réglementation. En outre, aucun praticien n'exerce une activité libérale, conformément à l'article R. 6154-1 du CSP précité.

(343) Les organismes extérieurs au sein desquels sont exercés les activités d'intérêt général sont des établissements publics ou privés médico-sociaux à gestion non lucrative, des instituts médico éducatifs ainsi que des associations à but non lucratif qui répondent tous à la notion d'intérêt général.

(344) Selon la circulaire DH/PM 1 n° 99-609 du 29 octobre 1999 relative aux activités d'intérêt général contractualisées ou aux valences exercées par les praticiens hospitaliers des établissements publics de santé, « *la convention doit comporter :*

- *La désignation des partenaires (établissement d'affectation, praticien concerné, organismes d'accueil pour les activités extérieures, services associés pour les activités intérieures) ;*
- *La description détaillée de l'activité et la détermination de ses objectifs ;*
- *La durée de la convention et les conditions de son renouvellement ;*
- *Les conditions d'exercice de l'activité (calendrier, horaires, assurance) ;*
- *Les modalités d'évaluation de cette activité, le cas échéant ;*
- *La durée du temps médical compensé pour les activités intérieures et les modalités de cette compensation.*

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

(345) L'examen des conventions a révélé, pour plusieurs d'entre-elles, des anomalies qui portent sur l'absence de description de l'activité et l'absence de mention de la rémunération perçue par le praticien. Les avis préalables des chefs de pôle et du président de la CME n'apparaissent pas systématiquement dans les conventions.

En outre, deux conventions présentent des dates d'effet rétroactives dont une datée du 14 avril 2011 avec une date d'effet au 20 septembre 2006. L'établissement n'a par ailleurs pas été en mesure de produire les avis préalables du chef de service et du président de la CME pour sept praticiens.

(346) Les activités d'intérêt général réalisées à l'extérieur de l'établissement ne font l'objet d'aucun remboursement. Elles représentent pour le centre hospitalier 3,14 ETP par an soit 396 937 €.

(347) La chambre invite le centre hospitalier à effectuer un suivi plus régulier des conventions et à les mettre en conformité avec la réglementation.

(348) Dans sa réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a indiqué que les activités d'intérêt général permettaient dans la majorité des cas de fluidifier le parcours du patient avec les partenaires médico-sociaux ou sociaux. Un suivi régulier aurait par ailleurs été mis en place, accompagné d'une mise en conformité au niveau des visas.

ANNEXES

Annexe n° 1. Evolution de la capacité médico-sociale (2013 - 2019).....	82
Annexe n° 2. Liste des budgets annexes de l'établissement.....	83
Annexe n° 3. Modalités détaillées de péréquation en PACA.....	84
Annexe n° 4. Renégociations d'emprunts.....	85
Annexe n° 5. Audit de certification 2015-2018 - synthèse des contrôles internes RH réalisés et suivi des actions correctives.....	86
Annexe n° 6. Evolution du personnel non médical 2013-2018 (ETPR) - tous budgets confondus.....	87
Annexe n° 7. Charges brutes/charges nettes 2013 - 2018 (budget principal).....	89
Annexe n° 8. Financements versés au titre des mesures statutaires et réglementaires 2013-2018.....	90
Annexe n° 9. Frais de déplacements 2013-2018.....	91
Annexe n° 10. Temps de travail.....	92
Annexe n° 11. Organisation des astreintes.....	93
Annexe n° 12. Astreintes 2013-2018.....	95
Annexe n° 13. Indemnité forfaitaire technique (IFT) 2013-2018.....	96
Annexe n° 14. Prime de service 2016-2018.....	98
Annexe n° 15. Répartition prime de service 2016-2017.....	99
Annexe n° 16. Astreintes forfaitisées 2014-2018.....	100

Annexe n° 1. Evolution de la capacité médico-sociale (2013 - 2019)

<i>Structures</i>		2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
<i>Handicap de l'adulte</i>								
<i>SAT (Service d'aide par le travail)</i>	Places	65	65	65	65	65	65	65
<i>MAS (Maison d'accueil spécialisée)</i>	Internat	56	56	56	56	58	58	79
	Semi-internat	3	3	3	3	3	3	6
<i>FH (Foyer d'hébergement)</i>	Internat	20	20	21	21	21	21	21
<i>FV (Foyer de vie)</i>	Internat	37	37	29	29	29	27	27
	Semi-internat	6	6	6	6	6	6	6
<i>SAMSAH (Service d'accompagnement médico-social d'adultes handicapés)</i>	Places		15	15	15	15	15	15
<i>FAM (Foyer d'accueil médicalisé)</i>	Lits			8	8	8	10	10
<i>Sous-total</i>		187	202	203	203	205	205	229
<i>Handicap de l'enfant et de l'adolescent</i>								
<i>IME (Institut médico-éducatif) semi-internat</i>	Semi-internat							20
<i>Sous-total</i>								20
<i>Lutte contre l'exclusion sociale</i>								
<i>CHRS (centre d'hébergement de réinsertion sociale)</i>	Places	20	20	20	20	23	23	23
	Places hivernales			2	2			
<i>LHSS (Lits halte soins santé)</i>	Lits	7	7	7	7	7	7	7
<i>LAM (Lits d'accueil médicalisés)</i>	Lits					18	18	18
<i>Résidence accueil (rattachée au CHRS)</i>	Places						17	17
<i>Sous-total</i>		27	27	29	29	48	65	65
TOTAL		214	229	232	232	253	270	314

Source : CHM.

Annexe n° 2. Liste des budgets annexes de l'établissement

	Libellé du budget annexe
<i>Budget L</i>	Service d'Aide par le Travail activité Social (ESAT)
<i>Budget M0</i>	Service d'Aide par le Travail activité Production (ESAT)
<i>Budget P1</i>	Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)
<i>Budget P2</i>	Foyer d'Hébergement (FH)
<i>Budget P3</i>	Foyer de Vie (FV)
<i>Budget P4</i>	Centre Hébergement et de Réinsertion Sociale « L'Ancre » (CHRS)
<i>Budget P5</i>	Lits de Halte Soins-Santé (LHSS)
<i>Budget P6</i>	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adulte Handicapé (SAMSAH)
<i>Budget P7</i>	Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)
<i>Budget P8</i>	Lits d'Accueil Médicalisés (LAM)
<i>Budget A0</i>	Dotation Non Affectée (DNA)

Source : CHM.

Annexe n° 3. Modalités détaillées de péréquation en PACA

Quatre critères ont été retenus : un critère populationnel, un critère activité, un critère file active et un critère superficie.

Le calcul permettant la péréquation s'effectue en plusieurs étapes :

1 - Les quatre critères sont appliqués à la base régionale (base de psychiatrie adulte et base de psychiatrie infanto-juvénile) pour obtenir quatre enveloppes (population, file active, activité et superficie pour la psychiatrie adultes et quatre autres pour la psychiatrie infanto-juvénile).

2- La DAF des établissements assurant des prises en charge en psychiatrie adulte et psychiatrie infanto-juvénile fait l'objet d'une partition au prorata des files actives.

3 - Le montant des activités « sanctuarisées » (activités spécifiques, d'intérêt régional⁸⁶) est retiré.

4- Les bases budgétaires adulte et infanto-juvénile ainsi obtenues sont réparties en quatre compartiments, chacune correspondant aux quatre critères. Les montants obtenus correspondent à la dotation théorique de l'établissement.

5 - Le montant revenant à l'établissement pour chacun des compartiments est déterminé :

Critère population : La part de population de chaque établissement dans le total régional PACA est calculée. La quote-part correspondante est appliquée à l'assiette financière définie pour ce premier axe.

Critère activité : La part d'activité de chaque établissement dans le total régional est identifiée et la quote-part correspondante appliquée à l'assiette afférant à cet indicateur.

Critère file active : La file active de l'établissement retraitée des patients vus une seule fois en ambulatoire est comparée à la file active régionale. La part de chaque structure est ensuite rapportée à l'assiette de DAF.

Critère superficie : La part de la superficie du territoire de référence dans la superficie totale régionale est calculée. Cette quote-part est ensuite appliquée à l'assiette prédéfinie.

6- La somme des différents compartiments correspond à la dotation cible de l'établissement.

7- Le montant de la péréquation correspond à 10 % de l'écart entre la dotation cible et la dotation théorique.

Les modalités de calcul des différents critères font l'objet d'échanges entre l'ARS et un groupe technique composé de représentants d'établissements.

⁸⁶ Activités spécifiques : équipes mobiles psychiatrie précarité, centres d'accueil permanent, maison des adolescents pour la part financée en DAF...

activités régionalisées : les centres ressources (centres ressources autisme (CRA), centre ressources schizophrénie, centres experts troubles bipolaires...), les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), les services médico-psychologiques régionaux, les unités pour malades difficiles, les unités parents-bébés...

Annexe n° 4. Renégociations d'emprunts

En 2015, l'établissement a procédé au remboursement par anticipation de 1 920 000 € auprès de la Caisse d'Epargne par décision n° 29/2015 pour le contrat n° A291300E avec une indemnité de 2 %, soit 38 400 €. Cette même année, l'établissement n'a pas donné suite au contrat prévu de 3,8 M€ au vue de sa trésorerie au 31 décembre 2014 qui s'élevait à 14 366 573 € dont 15 760 388 € de disponibilités.

En 2016, le CHM a refinancé auprès du crédit foncier le prêt n° 1.933.770 L indexé sur le Livret A souscrit pour le Foyer de Vie. En contrepartie d'une indemnité de remboursement de 33 090,04 €, l'établissement a négocié une baisse du taux de -0,75 point (passage de 2,30 % à un taux fixe à 1,55 % sur le capital restant dû de 2 902 095,02 €).

En 2017, l'établissement a procédé à un refinancement d'une partie de sa dette auprès du Crédit Agricole. Il a remboursé le 20 février 2017, cinq emprunts du Crédit Agricole pour 6 866 003 €. L'indemnité de remboursement de 239 000 € et a été recapitalisée. Le CHM a contracté un nouvel emprunt de la totalité pour 7 105 003 € sur lequel il a effectué un tirage de 1 000 000 € le 20 février 2017 et un second tirage de 4 105 003 € au 31 décembre 2017. L'établissement a procédé au dernier tirage pour un montant de 2 000 000 € en 2018 (Contrat CACIB et enregistrement des écritures).

Annexe n° 5. Audit de certification 2015-2018 - synthèse des contrôles internes RH réalisés et suivi des actions correctives

<i>Catégorie/Processus</i>	Risques identifiés dans le cadre des audits de certification	Suivi des anomalies et des actions correctives selon le rapport d'audit 2018	Synthèse des audits de certification
Personnel non médical			
Gestion du temps de travail	2015/Absence de suivi du contingent mensuel d'heures supplémentaires (15h ou 18h par mois).	« Les contrôles sont tracés dans un fichier Excel. Les HS payées et récupérées ne sont pas systématiquement suivies sur le logiciel de temps de travail. Néanmoins, le service DRH prévoit la mise en place de contrôles approfondis dès l'installation du nouveau logiciel de GTT "CHRONOS" (2e semestre 2019) ».	Anomalie résolue partiellement
Validations de service CNRACL	2016/Anomalies dans le suivi des demandes en cours et l'archivage des factures payées.	Le tableau a été fiabilisé pour l'estimation de la provision et les factures payées sont conservées dans les dossiers administratifs Aucune anomalie significative lors des contrôles réalisés en 2018.	Anomalie résolue
NBI	2016/Contrôle des NBI non formalisé.	« L'établissement a mis en place une procédure prévoyant la réalisation de contrôles des NBI basés sur une requête, tous les 2 mois ». Depuis janvier 2018, ces contrôles sont effectués mensuellement. Aucune anomalie relevée lors de l'audit.	Anomalie résolue
Paie	2018/Paiement des HS/écarts entre état récapitulatif et bulletin de paye.	« Il conviendrait de mettre en place des contrôles par sondage qui consisteraient à rapprocher les demandes de paiement et les HS saisies dans le logiciel avant génération de la paie ».	Non résolue
	2018/Paiement des astreintes/écarts entre état récapitulatif et bulletin de paie.	« Il conviendrait de mettre en place des contrôles par sondage qui consisteraient à rapprocher les états récapitulatif des astreintes réalisées et les heures payées qui s'y rattachent ».	Non résolue
Personnel médical			
Gestion du temps de travail	2015/Réforme sur les astreintes.	« la réforme sur les astreintes à été mises en place à compter de janvier 2017 ».	Anomalie résolue
	2015/Temps de travail réglementaire et suivi des repos de sécurité.	« Les affaires médicales ont rédigées une note de service diffusée par mail à l'ensemble des services de soins ». Aucune anomalie significative relevée lors de l'audit réalisé en 2017.	Anomalie résolue
	2016/Validation non exhaustive des tableaux de services.	« Grâce aux relances effectuées par le service des affaires médicales, 100 % des tableaux de services prévisionnels et réalisés ont été transmis sur un mois donné » en 2018. « Notons que le service des affaires médicales à mis en place un tableau de service informatisé pour faciliter le suivi /contrôle de l'activité et de la permanence des soins. Cependant, les services ont conservé le support papier ».	Anomalie résolue
CET	2016/Fiabilisation des compteurs saisis dans le logiciel.	« L'ensemble des compteurs a été vérifié sur la période afin de s'assurer du solde enregistré sous le logiciel informatique. Lors de nos contrôles réalisés sur 2017, nous n'avons pas relevé d'anomalie significative ». En 2018, le contrôle a relevé une anomalie concernant le solde du compteur CET d'un agent dans le logiciel n'était pas actualisé.	Anomalie résolue

Source : Audit de certification 2015, 2016, 2017, 2018.

Annexe n° 6. Evolution du personnel non médical 2013-2018 (ETPR) - tous budgets confondus

<i>Effectif (ETPR)</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2018/2013
ADMINISTRATIFS							
<i>TITULAIRES</i>	138,48	145,07	135,43	136,00	133,82	136,00	- 1,79 %
<i>CDI</i>	16,62	12,46	15,69	10,52	10,34	9,36	- 43,68 %
<i>CDD</i>	7,14	5,88	5,58	5,91	9,35	9,70	35,85 %
<i>S/TOTAL</i>	162,24	163,41	156,7	152,43	153,51	155,06	- 4,43 %
PERSONNELS SOIGNANTS							
<i>TITULAIRES</i>	1 322,68	1 332,07	1 371,57	1 363,44	1 348,37	1 378,35	4,21 %
<i>CDI</i>	85,68	76,79	44,82	44,63	40,04	44,60	- 47,95 %
<i>CDD</i>	75,25	63,51	53,22	50,93	73,5	88,97	18,23 %
<i>S/TOTAL</i>	1 483,61	1 472,37	1 469,61	1 459,00	1 461,91	1 511,92	1,91 %
EDUCATIFS ET SOCIAUX							
<i>TITULAIRES</i>	116,70	116,97	112,79	116,79	113,47	108,74	- 6,82 %
<i>CDI</i>	8,56	8,86	12,77	6,27	5,92	8,15	- 4,79 %
<i>CDD</i>	7,06	10,14	7,70	6,47	5,06	3,17	- 55,10 %
<i>S/TOTAL</i>	132,32	135,97	133,26	129,53	124,45	120,06	- 9,27 %
MEDICO-TECHNIQUES							
<i>TITULAIRES</i>	12,39	12,21	12,30	12,45	12,25	12,68	2,34 %
<i>CDI</i>	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	/
<i>CDD</i>	1,02	0,00	0,33	1,15	0,83	1,03	0,98 %
<i>S/TOTAL</i>	13,41	12,21	12,63	13,6	13,08	13,71	2,24 %

<i>Effectif (ETPR)</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution 2018/2013
TECHNIQUES ET OUVRIERS							
<i>TITULAIRES</i>	232,10	226,32	237,13	235,02	230,28	230,40	- 0,73 %
<i>CDI</i>	15,68	23,56	15,59	15,55	16,33	21,08	34,44 %
<i>CDD</i>	12,87	6,70	5,50	7,44	9,50	11,55	- 10,26 %
<i>S/TOTAL</i>	260,65	256,58	258,22	258,01	256,11	263,03	0,91 %
<i>S/TOTAL PNM</i>	2 052,23	2 040,54	2 030,42	2 012,57	2 009,06	2 063,78	0,56 %
<i>EMPLOIS AIDES</i>	9,77	23,33	30,19	33,51	31,84	10,80	10,54 %
TOTAL GENERAL	2 062,00	2 063,87	2 060,61	2 046,08	2 040,90	2 074,58	0,61 %
<i>Dont tit.</i>	1 822,35	1 832,64	1 869,22	1 863,70	1 838,19	1 866,17	2,40 %
<i>Dont CDI</i>	126,54	121,67	88,87	76,97	72,63	83,19	- 34,26 %
<i>Dont CDD</i>	103,34	86,23	72,33	71,90	98,24	114,42	10,72 %

Source : CRC - CHM - Bilans sociaux 2013 à 2018.

Annexe n° 7. Charges brutes/charges nettes 2013 - 2018 (budget principal)

CHARGES BRUTES/CHARGES NETTES	Exercice 2013	Exercice 2014	Exercice 2015	Exercice 2016	Exercice 2017	Exercice 2018
Montant des charges totales classe 6	118 716 060,44	122 620 756,33 €	122 225 660,62 €	123 368 863,67 €	123 521 927,67 €	125 221 906,82 €
Titre 1 -charges de personnel (brut)	99 823 969,97 €	102 125 321,79 €	101 336 975,60 €	102 147 339,17 €	102 890 940,23 €	104 336 882,71 €
% charges brutes / dépenses classe 6	84,09 %	83,29 %	82,91 %	82,80 %	83,30 %	83,32 %
Sincérité des comptes BA		- 28 112,00 €	- 344 437,90 €	- 412 967,18 €	- 392 520,03 €	- 453 807,00 €
REPAS AUX PERSONNES EXTERIEURES	- 10 652,14 €	- 14 012,41 €	- 17 636,00 €	- 28 131,00 €	- 32 976,00 €	- 47 868,40 €
REPAS ETUDIANTS IFSI	- 15 043,94 €					
CRECHE PERSONNES EXTERIEURES A L ETABLISSEMENT	- 94 897,13 €	- 93 486,75 €	- 68 350,00 €	- 63 288,00 €	- 99 534,00 €	- 118 719,81 €
REPAS AU PERSONNEL	- 138 068,65 €	- 126 867,71 €	- 117 366,00 €	- 105 513,00 €	- 104 866,00 €	- 98 683,05 €
CRECHES PARTICIPATION AGENTS	- 227 195,89 €	- 227 382,46 €	- 231 104,00 €	- 250 301,00 €	- 206 929,00 €	- 200 737,49 €
MISE A DISPOSITION PERSONNEL AU GIPES	- 1 919 433,67 €	- 2 076 911,83 €	- 2 164 131,00 €	- 2 260 346,00 €	- 2 139 959,00 €	- 2 271 823,25 €
MISE A DISPOSITION PERSONNEL AU GIP LOGISTIQUE	- 778 316,29 €	- 794 942,38 €	- 820 995,00 €	- 883 403,00 €	- 964 262,00 €	- 1 128 472,60 €
MISE A DISPOSITION PERSONNEL AUTRES ETABLISSEMENTS	- 323 523,28 €	- 287 731,32 €	- 431 502,00 €	- 273 185,00 €	- 308 388,00 €	- 395 163,19 €
MISE A DISPOSITION PERSONNEL AU GIP MDA	- 30 000,00 €		- 1 622,00 €	- 28 158,00 €	- 23 746,00 €	- 29 308,28 €
MISE A DISPOSITION PERSONNEL GCS		- 76 346,46 €	- 154 985,00 €	- 168 381,00 €	- 172 106,00 €	- 170 730,27 €
PARTICIPATION EMPLOI AVENIR	- 72 499,95 €	- 218 780,85 €	- 307 238,00 €	- 311 236,00 €	- 267 562,00 €	- 87 922,55 €
REMBOURSEMENTS ASP SUR CONTRATS AIDES	- 2 898,59 €	- 8 135,44 €	- 17 965,00 €	- 24 463,00 €	- 42 995,00 €	- 6 994,26 €
REMBOURSEMENT SUR REMUNERATION CH SS	- 134 660,66 €	- 293 823,68 €	- 149 681,51 €	- 254 283,66 €	- 184 375,00 €	- 246 665,35 €
PRODUCTION IMMOBILISEE	- 255 311,64 €	- 303 196,47 €	- 487 390,89 €	- 704 561,82 €	- 765 304,40 €	- 929 944,83 €
Titre 1 -charges de personnel (brut)	95 821 468,14 €	97 575 592,03 €	96 022 571,30 €	96 379 121,51 €	97 185 417,80 €	98 150 042,38 €
% charges nettes / dépenses classe 6	80,71 %	79,58 %	78,56 %	78,12 %	78,68 %	78,38 %

Source : Centre hospitalier de Montfavet.

Annexe n° 8. Financements versés au titre des mesures statutaires et réglementaires 2013-2018

	<u>2013</u>	<u>2014</u>	<u>2015</u>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>	Total
<i>Mesures de reconduction</i>	1 094 954	1 224 970	8 315 ⁸⁷		1 325 824	1 406 425	5 959 094
<i>Mesures d'économies</i>	- 606 358	- 408 118			- 1 571 707	- 1 017 272	- 3 603 455
<i>Mesures nouvelles</i>	429 137	465 811			3 658		
<i>Total crédits reductibles</i>	917 733	1 282 663	8 315		- 242 225	389 153	2 355 639
<i>Dégel prudentiel PSY</i>				618 159			618 159
<i>Péréquation PSY</i>			- 628 407	710 129	- 334 046	- 447 187	- 2 119 769
<i>Total crédits alloués ou retranchés</i>	917 733	1 282 663	- 620 092	- 91 970	- 576 271	- 58 034	854 029

Source : CHM - Crédits ARS, hors projets financés, hors crédits non reductibles (sauf dégel prudentiel en 2016).

⁸⁷ 7624€ (NBI des DH, Phase 1) + 691€ (IESPE des assistants des hôpitaux et revalorisation des directeurs de soins, Phase 3).

Annexe n° 9. Frais de déplacements 2013-2018

<i>Compte 6251 - Voyages et déplacements</i>		2013	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart 2018/2013	% variation 2018/2013
Montant		437 944,22	368 455,79	314 220,65	297 168,82	305 513,69	225 642,67	- 212 301,55	- 48,48 %
Dont personnel médical et personnel non médical	Montant	338 834,97	271 368,17	218 403,89	192 228,60	188 738,10	116 832,95	- 222 002,02	- 65,52 %
	Nombre d'agents	367	365	357	353	310	285	- 82	- 22,34 %
Dont étudiants infirmiers (IFSI)	Montant	99 109,25	97 087,62	95 816,76	104 940,22	116 775,59	108 809,72	9 700,47	9,79 %
	Nombre d'étudiants	201	207	193	250	283	290	+81	+ 44,28 %

Sources : CHM.

Annexe n° 10. Temps de travail

Agents à temps plein et à repos fixes de jour	Réglementation sur une base de 7H/jour	Temps de travail selon la Charte d'octobre 2017 sur une base de 8H/jour
Nombre de jours dans l'année	365	365
Repos hebdomadaires	- 104	- 104
Férié	- 8	- 8
Congé annuel	- 25	- 25
Repos compensateur	0	- 20
Réduction du temps de travail	0	- 6
Sous-total (en jours)	228	202
Journée de solidarité (en heures)	+ 7h	(transformation de la fête des foins en journée de solidarité) - 8h
Congé local « fin d'année » (non décompté dans la charte)	0	- 8h
Temps de travail annuel (en heures)	1 607 heures	1 600 heures

Source : CHM, charte du temps de travail octobre 2017.

Annexe n° 11. Organisation des astreintes

Services	Décision relative à l'organisation des astreintes	Décision fixant les modalités du recours à la compensation ou à l'indemnisation	Organisation	Modalités de rémunération selon CHM	Modalités de compensation selon CHM
<i>Service transport</i>	Aucune décision	Aucune décision	<p>Organisation (à compter du 1^{er} janvier 2018) : 7j/7 8 h - 12 h - 13 h - 17 h (horaire non continu) et 1 ambulancier en 8 h - 16 h (horaire continu), du lundi au vendredi.</p> <p>Astreintes : Les ambulanciers assurent des astreintes en alternance, sur 4 nuits ou sur 3 nuits, de 17 h à 8 h. -Soit du mardi 17h au vendredi 8h et de 12h à 13h= 48h* sur 4 jours-Soit du vendredi 17h au mardi 8h = 80h* sur 5 jours. (hors jours fériés et hors astreintes entre 12h et 13h)*Lorsque l'ambulancier en horaire continu ne peut suffire pour répondre aux besoins de transports à assurer, il est fait appel à l'agent qui assure l'astreinte entre 17 h et 8 h ; cet agent est également en astreinte de 12h à 13 h.</p>	Les agents bénéficient de l'indemnisation mensuelle forfaitaire de 10 heures supplémentaires de nuit.	2 jours de récupération sont générés lors des astreintes de week-end.
<i>Pôle social et médico-social</i>	Note de service n° 28/2010 du 4 août 2010, après avis du CTE du 20 mai 2010	Aucune décision	<p>Astreintes : En semaine : 06h00 à 08h00 et 18h00 à 23h00. Le week-end : 06h00 à 23h00.</p>	Les agents bénéficient d'une indemnisation sur la base de la réglementation.	Les agents ne bénéficient d'aucune compensation horaire.
<i>Service informatique</i>	Aucune décision	Aucune décision	<p>L'équipe informatique est constituée de 9 informaticiens d'astreinte ; les astreintes sont prises sur la base du volontariat et après validation du chef de service. Chaque informaticien désigné doit effectuer en moyenne entre 11 et 12 astreintes par an dont 1 par</p>	Les agents bénéficient de l'indemnisation mensuelle de 10 heures supplémentaires payée de façon forfaitaire à 248,90 €	Les agents ne bénéficient d'aucune compensation horaire.

<i>Services</i>	Décision relative à l'organisation des astreintes	Décision fixant les modalités du recours à la compensation ou à l'indemnisation	Organisation	Modalités de rémunération selon CHM	Modalités de compensation selon CHM
			<p>mois, 6 astreintes de semaine et 6 astreintes de fin de semaine dans l'année sur les 52 semaines existantes. Astreintes téléphoniques : En semaine : du lundi au vendredi 17h00-8h00 = 16h / jour. Le week-end du vendredi à 17h00 au lundi à 8h00 = 62h.</p>		
<i>Services techniques</i>	Note de service n° 16/2019 du 29 mars 2019	Note de service n° 16/2019 du 29 mars 2019	<p><u>Organisation :</u> Les horaires des services techniques sont : Matin 7h30 - 11h30 et après-midi 12h30 - 16h30 Astreintes : Le déplacement du technicien d'astreinte fait suite à un appel de l'accueil principal. L'appel est tracé dans un registre (main courante). Rétroactivement l'agent d'astreinte note la nature de son intervention et sa durée. L'ensemble de ces interventions est noté dans une fiche récapitulative conservée dans les bureaux des services techniques et visé par le responsable. Mensuellement un récapitulatif des heures est transmis à la DRH pour traitement. Astreintes (à compter du 1^{er} mars 2019) Soit du lundi au vendredi de 11h30-12h30 et 16h30-7h30 = 64h sur 5 jours dont l'astreinte du midi Soit du vendredi 11h30-12h30 et 16h30 au lundi 7h30 = 64h sur 4 jours.</p>	En heures supplémentaires de nuit (forfait fixe de 10 heures).	Chaque période d'astreinte du vendredi 16h30 (semaine 1) au vendredi 7h30 (semaine 2) - soit 105 heures d'astreinte - génère 2 jours de récupération au titre du repos hebdomadaire. Si dans la période, il y a un jour férié, celui-ci fait également l'objet d'une récupération.

Source : CHM.

Annexe n° 12. Astreintes 2013-2018

Astreintes (en €)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation
1440-Astreintes	13 987,84	13 860,71	13 966,30	14 340,19	14 697,32	14 783,13	5,69 %
1456-Astreintes- Heures supplémentaires -14 H	33 600,51	33 189,49	34 630,38	26 005,87	17 220,55	21 141,02	- 37,08 %
1457-Astreintes- Heures supplémentaires +14 H	6 350,48	1 958,84	2 697,16	1 593,65	2 426,77	1 903,78	- 70,02 %
1458-Astreintes- Dimanches et férié	9 357,06	9 540,57	10 131,02	10 353,70	12 090,94	9 623,13	2,84 %
1459- Astreintes- Heures supplémentaires de nuit	106 379,04	108 067,93	109 374,56	107 150,64	101 573,14	110 163,83	3,56 %
Effectif (a)	50	52	44	46	39	38	- 24 %
Total général (b)	169 674,93	166 617,54	170 799,42	159 444,05	148 008,72	157 614,89	- 7,11 %
Montant moyen par agent (b/a)	3 392,96	3 204,18	3 881,80	3 466,17	3 795,10	4 147,76	+ 22,25 %

Source : fiches de paie 2013-2018.

Annexe n° 13. Indemnité forfaitaire technique (IFT) 2013-2018

Régime indemnitaire/statut/grade	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Montant	Nombre										
1208-Indemnité forfaitaire technique	243 422,48	39	284 393,26	42	305 183,75	47	344 705,61	48	356 549,95	51	338 213,41	50
NON_TITULAIRE	64 155,86	6	66 128,88	6	72 788,04	8	82 900,34	8	86 132,33	7	44 441,61	7
INGENIEUR HOSP CHEF CE											5 511,39	1
INGENIEUR HOSP PRINCIPAL	22 739,32	2	26 548,2	2	27 592,2	2	30 364,22	2	32 950,52	2	12 339,9	1
INGENIEUR HOSPITALIER	2 149,62	1										
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 1 ERE CLASSE	39 266,92	4	39 580,68	4	43 621,55	5	51 345,48	5	53 181,81	5	26 590,32	5
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 2 EME CLASSE					1 574,29	1	1 190,64	1				
STAGIAIRE			8 591,03	3	8 558,26	4	3 619,08	1	2 071,08	1		
TECHNICIEN HOSPITALIER			1 546,5	1	4 567,77	2						
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 2 EME CLASSE			7 044,53	2	3 990,49	2	3 619,08	1	2 071,08	1		
TITULAIRE	179 266,62	33	209 673,35	33	223 837,45	38	258 186,19	40	268346,54	44	293771,8	43
INGENIEUR HOSPITALIER	13 054,43	1	7 130,63	1	2018,16	1	16 263,9	1	12 745,27	1	13 858,03	1
TECHNICIEN HOSPITALIER	57 273,51	17	73 788,2	16	76 890,93	17	84 645,13	19	74 799,45	17	77 072,65	17
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 1 ERE CLASSE	54 209,66	5	62 923,24	6	63 653,6	6	65 791,31	6	74 407,05	9	76 634,3	8
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 2 EME CLASSE	54 729,02	11	65 831,28	11	81 274,76	15	91 485,85	17	106 394,77	19	126 206,82	18
1235-Prime					1 573,83	1	6 602,1	1	13 611,57	3	9 130,16	3
NON_TITULAIRE					1 573,83	1	6 602,1	1	13 611,57	3	9 130,16	3
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 1 ERE CLASSE									2 662,1	1	3 208,94	1

CENTRE HOSPITALIER DE MONTFAVET

Document confidentiel en cours de contradiction

<i>Régime indemnitare/statut/grade</i>	2013		2014		2015		2016		2017		2018	
	Montant	Nombre										
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 2 EME CLASSE					1 573,83	1	6 602,1	1	10 949,47	2	5 921,22	2
1311-Prime d'objectif	12 773,84	3	13 945,35	3	13 578,77	3	14 218,37	3	11 479,06	2	64 354,41	13
NON_TITULAIRE	12 773,84	3	13 945,35	3	13 578,77	3	14 218,37	3	11 479,06	2	64 354,41	13
ATTACHE ADM HOSP	7 070,52	2	7 055,43	2	6 688,85	2	7 019,32	2	4 158,5	1	4 217,51	1
INGENIEUR HOSP CHEF CE											11 146,62	1
INGENIEUR HOSP PRINCIPAL											7 823,04	1
INGENIEUR HOSPITALIER	5 703,32	1	6 889,92	1	6 889,92	1	7 199,05	1	7 320,56	1	5 168,71	2
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 1 ERE CLASSE											30 690,03	6
TECHNICIEN SUPERIEUR DE 2 EME CLASSE											5 308,5	2
Total général	256 196,32	42	298 338,61	45	320 336,35	51	365 526,08	52	381 640,58	56	411 697,98	56

Source : fiches de paie 2013-2018 (codes 1208, 1235, 1311).

Annexe n° 14. Prime de service 2016-2018

<i>Prime de service (€)</i>	<u>2016</u>	<u>2017</u>	<u>2018</u>
<i>Personnel titulaire et stagiaire (A)</i>	43 466 716,29	43 571 864,75	44 315 081,69
<i>Personnel informatique contractuel sous statut local (B)</i>	+ 56 064,18	+46 232,20	+ 30 224,93
<i>Base de liquidation (=A+B)</i>	43 522 780,77	43 618 096,95	44 345 306,62
<i>Prime de service - plafond au CHM (A+B)*7,50 % (1)</i>	3 264 208,56	3 271 357,27	3 325 898,00
<i>Prime de service selon réglementation A*7,50 % (2)</i>	3 260 003,72	3 267 889,86	3 323 631,13
<i>Ecart (1-2)</i>	4 204,84	3 467,41	2 266,87
<i>Prime versée (acompte 90 % en décembre N et solde en février N+1)</i>	3 251 691,74	3 256 421,46	3 313 775,15
<i>Réserve constituée</i>	12 516,82	14 935,81	12 122,85

Source : CHM.

Annexe n° 15. Répartition prime de service 2016-2017

<i>Prime de service (€)</i>	2016 (paye février 2017)		2017 (paye février 2018)	
	Montant	Nombre	Montant	Nombre
<i>Prime versée (€)</i>	3 251 691,74	1 948	3 256 421,52	1 970
<i>Autre statut</i>	1 834,74	1	0,00	0,00
<i>Emploi aidé</i>	777,53	2	0,00	0,00
<i>Non titulaire</i>	30 929,52	75	23 372,59	78
<i>Stagiaire</i>	61 825,12	78	50 393,03	90
<i>Titulaire</i>	3 156 324,83	1792	3 178 655,90	1802

Source : Fiches de paie 2017-2018, code 1310.

Annexe n° 16. Astreintes forfaitisées 2014-2018

<i>Type astreinte</i>	2014	2015	2016	2017	2018	Ecart 2013/2018
Astreinte opérationnelle forfaitaire (code 1467)	76 581,60	74 704,60	74 865,06	76 451,05	77 123,76	0,71 %
Demi astreinte opérationnelle forfaitaire (code 1468)	4 692,50	4 504,80	4 974,05	4 504,80	4 410,95	- 6,00 %
Effectif	12	14	11	10	11	
Total	81 274,10	79 209,40	79 839,11	80 955,85	81 534,71	0,32 %

Source : CHM (codes 1467, 1468).

Chambre régionale
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



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

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

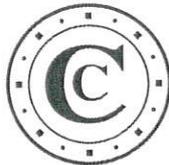
Chambre régionale des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur

17 rue de Pomègues

13295 MARSEILLE CEDEX 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr



Marseille, le 05 FEV. 2020

LE PRESIDENT

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

Réf. : GREFFE/BM/CE/n° 296

Objet : rapport d'observations définitives
P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception
2c 121 761 7698 4

à

Monsieur le directeur
Centre hospitalier spécialisé
de Montfavet
2 avenue de la Pinède
84143 MONTFAVET Cedex

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport comportant les observations définitives de la chambre sur la gestion du centre hospitalier de Montfavet pour les exercices 2013 et suivants ainsi que la réponse qui y a été apportée.

Ce rapport accompagné de la réponse jointe devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à cette instance dès sa plus proche réunion. Conformément à l'article L. 243-6 du code précité, l'ensemble doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à débat.

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

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 243-17 du code des juridictions financières, le rapport d'observations et la réponse jointe sont transmis au préfet, au directeur départemental ainsi qu'au directeur général de l'Agence régionale de santé.

Nacer MEDDAH