



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

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION

DU CENTRE HOSPITALIER DE BRIANÇON

(HAUTES ALPES)

Exercices 2007 et suivants

Rappel de la procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Briançon à partir de l'année 2007. Par lettre en date du 4 juin 2012, la présidente de la chambre en a informé M. Claude PERRIN, directeur, ainsi que M. Richard DALMASSO, directeur du centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud ayant administré par intérim l'établissement du 1^{er} janvier au 31 mars 2011, Mme Nicole RENAUD, ancienne directrice en fonctions jusqu'au 31 décembre 2010, receveur des finances de la trésorerie de Briançon et le Président du conseil de surveillance, M. Gérard FROMM, maire de Briançon. Les entretiens d'ouverture de contrôle et de fin d'instruction ont eu lieu respectivement le 7 juin 2012 et le 5 décembre 2012 avec l'ordonnateur actuel. Les entretiens de fin de contrôle avec les précédents ordonnateurs se sont déroulés le 5 décembre 2012 et le 6 décembre 2012.

Lors de sa séance du 15 janvier 2013, la chambre, quatrième section, a décidé une instruction complémentaire. Le directeur du CH de Briançon et le président du conseil de surveillance en ont été avertis par lettre du 17 janvier 2013 et les anciens ordonnateurs par envois du même jour, réitérés le 7 février suivant. Les nouveaux entretiens d'ouverture de contrôle et de fin d'instruction ont eu lieu respectivement le 16 janvier 2013 et le 13 février 2013 avec l'ordonnateur actuel. Les entretiens de fin de contrôle avec les précédents ordonnateurs se sont déroulés le 11 février 2013.

Lors de sa séance du 28 février 2013, la chambre a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité le 4 avril 2013 à M. Claude PERRIN ainsi qu'à son prédécesseur. Le même jour, des extraits du rapport d'observations provisoires ont également été adressés aux tiers personnes.

La chambre, a arrêté, le 7 novembre 2013, ses observations définitives et les recommandations auxquelles elles donnent lieu.

Ce rapport d'observations définitives a été communiqué par lettre du 5 décembre 2013 à M. Claude PERRIN, directeur en fonction ainsi qu'à Mme Nicolle RENAUD, anciennes directrice en fonction, pour les passages qui la concerne.

M. Claude PERRIN a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe à ce rapport.

Ce rapport, accompagné de la réponse jointe est consultable sur le site des juridictions financières (www.ccomptes.fr) après sa présentation au conseil de surveillance.

SOMMAIRE

1° PARTIE : STRATEGIE, GOUVERNANCE ET ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT :	9
1. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT :	9
1.1. <i>Le positionnement de l'établissement :</i>	9
1.2. <i>La capacité d'accueil :</i>	9
2. UNE STRATEGIE D'ETABLISSEMENT MARQUEE PAR LES DIFFICULTES FINANCIERES.....	10
2.1. <i>Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens et le projet d'établissement</i>	10
2.2. <i>Une coopération inter-établissements récemment renforcée mais encore insuffisamment développée</i>	11
3. UNE GOUVERNANCE INTERNE FRAGILISEE	12
3.1. <i>Une gouvernance direction / CME mise en difficultés en 2012 :</i>	12
3.2. <i>Des pôles d'activité à dynamiser :</i>	13
4. UNE ACTIVITE FAIBLE ET ATYPIQUE LIEE A L'ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT	14
4.1. <i>Une activité en faible augmentation de 2007 à 2011</i>	14
4.1.1. <i>Une stagnation de l'hospitalisation complète</i>	14
4.1.2. <i>Un développement contrasté des alternatives à l'hospitalisation.....</i>	16
4.1.3. <i>En corollaire, une faible activité des services médicotechniques</i>	16
4.1.4. <i>Des perspectives démographiques défavorables pour une augmentation sensible de l'activité de l'établissement</i>	16
4.2. <i>Une activité atypique du fait des flux de patients saisonniers et transfrontaliers</i>	16
4.2.1. <i>Des variations saisonnières plus ou moins marquées selon les services mais globalement faibles</i>	16
4.2.2. <i>Un développement de la filière transfrontalière mais dont le potentiel de croissance reste limité</i>	17
4.3. <i>Une attractivité en déclin.....</i>	19
4.3.1. <i>Des parts de marché par spécialités en diminution</i>	19
4.3.2. <i>Un recrutement majoritairement non programmé.....</i>	20
2° PARTIE : UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT COUTEUX ET INADAPTE	20
1. UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT COUTEUX ET QUI POSE DES PROBLEMES DE CONCEPTION.....	20
1.1. <i>Un programme d'investissement coûteux</i>	20
1.1.1. <i>Un programme ancien qui a bénéficié de l'opportunité des jeux olympiques de Turin de 2006</i>	20
1.1.2. <i>Une enveloppe prévisionnelle largement dépassée.....</i>	21
1.1.3. <i>Des surcoûts en cours de chantier du fait d'un risque sismique pourtant connu</i>	22
1.2. <i>Un choix architectural pénalisant pour le fonctionnement de l'hôpital</i>	23
1.2.1. <i>Une augmentation des surfaces peu pertinente et des liaisons horizontales et verticales peu ergonomiques</i>	23
1.2.2. <i>Un projet de pôle de santé public / privé avec Rhône Azur pour tenter d'optimiser l'espace disponible</i>	23
2. UN SURDIMENSIONNEMENT DE L'EQUIPEMENT ACTUEL	25
2.1. <i>Une surcapacité chronique en lits et places</i>	25
2.2. <i>Un programme d'investissement qui accentuait cette surcapacité.....</i>	26
3. DES INVESTISSEMENTS QUI INDUISENT EGALEMENT DES SURCOUTS D'EXPLOITATION.....	27
3.1. <i>Les surcoûts consécutifs au dimensionnement de l'hôpital</i>	27
3.2. <i>Les coûts liés aux amortissements techniques et financiers :</i>	27

3° PARTIE : UN ETABLISSEMENT CONFRONTE A DE GRAVES DIFFICULTES FINANCIERES	28
1.LA FIABILITE DES COMPTES	28
1.1.L'indépendance des exercices.....	28
1.1.1.Les intérêts courus non échus (ICNE)	28
1.1.2.Le rattachement des produits du groupe 2 à l'exercice.....	28
1.1.3.Un facteur de sous-évaluation des recettes : le compte 471.....	29
1.2.Le principe de prudence.....	29
1.2.1.Les provisions pour risques.....	29
1.2.2.Les provisions pour charges à répartir	29
1.2.3.Les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre des comptes épargne temps (CET)	30
1.2.4.Les provisions pour dépréciation	31
2.DES RESULTATS FORTEMENT DEFICITAIRES, MALGRE LES AIDES EXCEPTIONNELLES OCTROYEES, DU FAIT D'UNE INSUFFISANTE MAITRISE DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT FACE A LA DIMINUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE	31
2.1.Un compte de résultat du budget principal dégradé malgré l'importance des aides octroyées par la tutelle.....	32
2.2.Une maîtrise insuffisante des dépenses de fonctionnement face à la diminution des produits de l'activité hospitalière	33
2.2.1.Des charges de fonctionnement maîtrisées seulement pour le titre I.....	33
2.2.2.Des produits issus de l'activité hospitalière en baisse, partiellement compensés par d'autres sources de revenus	35
3.LA SITUATION DE LA DETTE :	36
3.1.L'encours de la dette.....	36
3.2.La gestion de la dette et des emprunts structurés	37
3.2.1.L'emprunt structuré conclu avec la banque 1 :	37
3.2.2.Les emprunts structurés conclus avec la banque 2 :	38
3.2.3.Les emprunts structurés conclus avec la banque 3.....	39
3.3.Le remboursement des lignes de trésorerie souscrites antérieurement à 2011 :.....	41
4.LES RATIOS FINANCIERS	42
4.1.Le fonds de roulement net global (FRNG) :	42
4.2.Le besoin en fonds de roulement (BFR) :	42
4.3.La trésorerie:	43
4.4.La capacité d'autofinancement :.....	44
5.DES PLANS SUCCESSIFS DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER SOUVENT AMBITIEUX MAIS QUI SE SONT MALHEUREUSEMENT REVELES INADAPTES OU INSUFFISANTS :.....	44
5.1.Les deux premiers plans de redressement (2008 – 2009) :.....	45
5.2.L'actuel plan de retour à l'équilibre (2011-2014) :	47
5.2.1.L'optimisation des recettes :	47
5.2.2.La maîtrise des charges directes :.....	47
5.2.3.Le bilan du PRE fin 2011 :.....	48

6.DES RESULTATS ANALYTIQUES PAR SERVICE METTANT EN EXERGUE UNE SURCONSOMMATION DE MOYENS AU REGARD DES RECETTES DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE GENEREES	50
6.1.Des services de soins globalement et structurellement déficitaires au vu de la dégradation des résultats analytiques depuis 2007	50
6.1.1.Le pôle médecine	50
6.1.2.Le pôle chirurgie	51
6.1.3.Les urgences, le SMUR et les secours en montagne.....	52
6.1.4.La psychiatrie	52
6.2.Des postes de coûts expliquant le déficit structurel... ..	53
6.2.1.Analyse des coûts par rapport à l'échelle nationale des coûts (ENC).....	53
6.2.2.Analyse des coûts fondée sur la base d'Angers (GACAH)	55
6.3...Malgré une relative optimisation des recettes tirées de l'activité hospitalière.....	56
6.4.Le cas de la réanimation.....	57
4° PARTIE : LE PERSONNEL	60
1.L'EVOLUTION DES EFFECTIFS	60
1.1.Le personnel non médical :	60
1.2.Le personnel médical	61
1.3.Les conséquences sur les dépenses de personnel.....	61
2.L'EVOLUTION STRUCTURELLE DU PERSONNEL	63
2.1.L'ancienneté et les mouvements du personnel	63
2.2.Les modalités d'avancement d'échelon	63
3.L'ABSENTEISME	64
3.1.L'absentéisme du personnel non médical	64
3.2.L'absentéisme du personnel médical	65
3.3.Le recours aux contractuels de remplacement et les dépenses d'intérim du personnel non médical	65
3.4.Les heures supplémentaires des personnels non médicaux (PNM)	66
4.L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL	66
4.1.Une absence d'accord local d'att.....	66
5.LES PRIMES ET INDEMNITES.....	67
5.1.Les primes de technicité.....	67
5.2.L'indemnité forfaitaire technique	67
5.3.La prime spécifique	67
6.LA PERMANENCE DES SOINS	68
6.1.Les tableaux de service	68
6.2.La Commission de l'organisation de la permanence des soins	68

SYNTHESE

Le centre hospitalier des Escartons à Briançon est un établissement public de santé d'une capacité de 145 lits et 35 places. Il est l'unique établissement de court séjour d'un bassin de population de 35 000 habitants qui connaît des variations saisonnières (160 000 habitants en hiver et jusqu'à 200 000 habitants en été). Le centre hospitalier offre à une population isolée géographiquement les activités socles : médecine, chirurgie, maternité et pédiatrie, urgences, SMUR, réanimation, psychiatrie et gériatrie.

Gouvernance et activité

Le projet d'établissement (2010 – 2014) ainsi que le contrat d'objectifs et de moyens conclu en 2007 avec l'agence régionale de santé de PACA sont marqués par la prise en compte de la situation structurellement déficitaire de l'établissement. Ils prévoient notamment un développement de la coopération inter établissements qui n'a pas débouché sur la constitution d'une communauté hospitalière de territoire, impliquant l'élaboration d'un projet médical inter hospitalier, mais sur de nombreuses coopérations en matière logistique et médicotechnique.

La gouvernance de l'hôpital a été bloquée en septembre 2012 du fait d'une rupture du dialogue entre la direction et la communauté médicale qui semblait réticente à accepter les restructurations nécessaires pour surmonter les difficultés financières de l'établissement. Toutefois, le dialogue entre la direction et le corps médical s'est renoué début 2013, la nouvelle structuration en pôles plus cohérents projetée en 2012 est devenue effective à la même date et la contractualisation interne se met peu en peu en place.

L'activité du centre hospitalier de Briançon a très peu augmenté entre 2007 et 2011 avec une stagnation de l'hospitalisation complète au profit d'un développement contrasté des alternatives à l'hospitalisation comme la chirurgie ou la chimiothérapie ambulatoires. L'activité médicotechnique s'aligne sur cette faible activité des services cliniques. Les perspectives démographiques du bassin de population ne semblent pas de nature à entraîner une augmentation significative de l'activité. L'activité de l'établissement est atypique du fait de variations saisonnières liées au tourisme et de l'existence d'une filière transfrontalière. Toutefois, l'effet saisonnier apparaît limité et concentré sur quelques services (chirurgie orthopédique et traumatologique et urgences). De même, bien que l'essor de la patientèle italienne justifie une politique d'accueil spécifique, elle ne saurait suffire à pallier la faible activité hospitalière sauf en cas de restructuration de l'offre de santé sur le versant italien.

L'attractivité de l'établissement reste forte sur le briançonnais mais tend à s'amenuiser du fait de la concurrence d'autres établissements pourtant éloignés, comme la polyclinique des Alpes du Sud en matière chirurgicale. Ce phénomène est inquiétant mais il montre également que l'hôpital dispose de quelques marges de manœuvre pour accroître son activité s'il parvient à améliorer son attractivité.

Un programme d'investissement ambitieux

A partir des années quatre-vingt-dix, le centre hospitalier de Briançon a poursuivi un programme d'investissement ambitieux dont la dernière réalisation consiste en la restructuration des services d'hospitalisation situés dans l'aile sud. Ce programme conçu dès 1998 a été lancé officiellement dans la perspective des jeux olympiques de Turin de 2006 mais en fait pour bénéficier d'un effet d'aubaine qui s'est finalement limité à l'octroi d'une subvention particulière de l'Etat de 3 M€.

L'enveloppe prévisionnelle estimée avant le lancement du chantier à environ 15 M€ a été largement dépassée puisque l'exécution financière de l'opération achevée en 2012 a atteint une somme supérieure à 30 M€. Ces surcoûts sont dus, en premier lieu, au choix de l'entreprise générale, la société Borini costruzioni, qui a beaucoup sous-traité et a été rapidement mise en liquidation judiciaire ; en second lieu, à de nombreux travaux supplémentaires traduisant une insuffisance des études préalables et, enfin, à la prise en compte tardive et coûteuse de risques parasismiques pourtant connus dès le départ.

Les choix architecturaux retenus se sont par ailleurs révélés pénalisants pour l'établissement du fait notamment des liaisons horizontales et verticales peu ergonomiques mises en place et de l'importance des espaces non utilisés. Le projet accroît en effet fortement les surfaces (+ 75 % environ) sans que cela bénéficie prioritairement à celles dédiées directement aux soins. Ces choix architecturaux ont débouché sur la constitution de petites unités de soins très consommatrices en personnel.

Un projet de pôle de santé avec le centre médical Rhône Azur dont le lancement est prévu fin 2013 devrait permettre d'optimiser l'espace disponible. Les conventions d'occupation du domaine public passées en 2010 pour concrétiser ce projet posent toutefois problème au niveau de la base juridique retenue et n'ont pas été précédées d'une étude listant l'ensemble des avantages de toutes natures accordés par le centre hospitalier de Briançon à Rhône Azur, et leur coût. Les conditions financières du partenariat sont donc renvoyées à une future convention selon un avenant passé en 2012 de la convention initiale de 2007.

Malgré ce projet avec Rhône Azur qui va permettre d'utiliser une partie des surfaces de l'aile sud, le site principal apparaît surdimensionné au regard de l'activité actuelle mais aussi de l'activité existante au moment où la décision de lancer le projet a été prise. La chambre considère que la capacité en lits et places devrait dès lors être revue à la baisse autour d'une valeur cible d'environ 105 lits de médecine, chirurgie et obstétrique.

Ce programme d'investissement en grande partie inadapté a engendré par ailleurs des surcoûts d'exploitation en termes de charges directes (chauffage, électricité, eau) et indirectes (entretien, temps de déplacement) et des frais financiers liés au recours intégral à l'emprunt et aux dotations aux amortissements pour un montant global de 2 à 2,5 M€.

Une situation financière préoccupante

La fiabilité des comptes n'appelle que quelques observations sur le régime des provisions et l'apurement des créances irrécouvrables qui ont donné lieu à des régularisations de la part de l'établissement en cours d'instruction.

La situation financière du CH de Briançon est particulièrement dégradée avec, pour un budget de fonctionnement d'environ 45 M€, un déficit cumulé de 2007 à 2011 qui atteint 9,4 M€, un déficit réel cumulé au sens de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique de plus de 34 M€ et un endettement qui s'élevait au 31 décembre 2011 à 39 M€, composé à plus de 50 % d'emprunts structurés.

L'encours de la dette de l'hôpital de Briançon, qui s'est accru à la suite des investissements réalisés dans l'aile sud, comprend plusieurs produits structurés très risqués. Le niveau et la nature de l'endettement de l'établissement ont amené la nouvelle direction à renégocier cette dette auprès des établissements bancaires dont un emprunt particulièrement toxique via la médiation « Gissler ». Ce prêt a pu être plafonné au niveau de son taux d'intérêt pendant deux ans. En contrepartie l'établissement a dû renégocier avec la banque un prêt peu risqué moyennant une indemnité de 1,7 M€.

L'analyse du bilan indique une dégradation du fonds de roulement net global et une augmentation du besoin en fonds en roulement aboutissant à une trésorerie fortement négative. En l'absence de possibilité de contracter en 2012 de nouvelles lignes de trésorerie, l'établissement a connu une situation de quasi cessation de paiement de ses fournisseurs. L'agence régionale de santé a octroyé fin 2012 des crédits exceptionnels pour rembourser une ligne de trésorerie qu'une banque ne souhaitait plus accorder et elle est de surcroît intervenue dans la négociation des conditions de retrait d'une autre banque.

L'analyse des comptes de résultats analytiques par pôle révèle la structure déficitaire de l'essentiel des services cliniques liée à l'importance des charges directes ou indirectes supportées au regard des recettes générées, phénomène allant en s'aggravant entre 2008 et 2011 et débouchant sur un déficit global d'environ 5,5 M€, les trois quarts concernant l'hospitalisation. Une analyse de la structure des dépenses au regard de l'échelle nationale des coûts démontre que les frais de personnel constituent les charges directes les plus lourdes (2 M€ de surcoût) tandis que les charges indirectes, correspondant à la logistique au sens large, sont toujours supérieures à la moyenne nationale (3 M€ de surcoût). Une analyse de ces charges indirectes par comparaison avec les référentiels en usage (la base dite d'Angers) révèle une importante sous productivité des services medicotechniques en lien avec l'activité faible des services cliniques alors que les services administratifs, logistiques et techniques semblent, à l'exception notable de la restauration, relativement mieux dimensionnés au regard de cette activité. L'effet de structure lié aux frais financiers et aux dotations d'amortissement contribue au tiers des charges indirectes supportées par les services cliniques.

Les difficultés financières de l'établissement ont nécessité la mise en place de plusieurs plans de retour à l'équilibre. Les plans de redressement élaborés en 2008 et 2009 n'ont pas atteint les objectifs ambitieux assignés (3,5 M€ de gains en économies et recettes cumulées) malgré des bilans intermédiaires apparemment satisfaisants dressés par la direction de l'époque, surtout sur les redéploiements de personnel non médical, mais parfois imprécis ou tronqués.

Compte tenu de la gravité de la situation financière du centre hospitalier, un plan de retour à l'équilibre pour la période 2011-2014 a été élaboré et conclu le 1^{er} août 2011 entre l'agence régionale de santé et l'établissement. Les mesures d'économies initialement prévues pour l'année 2011 n'ayant pu être complètement atteintes, les objectifs initiaux ont été revus à la baisse et le plan ne prévoit plus que 4,39 M€ de mesures d'économies contre 5,37M€ initialement, soit 0,98 M€ de moins, pour contribuer à réduire le déficit. Il a toutefois largement atteint les objectifs assignés pour 2011 mais son exécution a cependant été suspendue à compter de septembre 2012 à l'initiative de l'Etat dans le cadre de la fermeture annoncée du service de réanimation.

Le devenir de la réanimation, sur lequel une récente mission de l'IGAS s'est penchée, et dont le schéma régional d'organisation sanitaire arrêté le 31 janvier 2012 prévoit implicitement la fermeture d'ici 2014, tend à démontrer que la recherche d'économie ne peut justifier un choix qui doit d'abord être dicté par des préoccupations de santé publique. En effet, le service de réanimation autorisé depuis 2002 à titre dérogatoire au vu de la réglementation applicable répond à des exigences de service à la population et doit satisfaire des impératifs de sécurité et de qualité des soins menacés par l'insuffisance de médecins qualifiés.

S'agissant des dépenses de personnels médicaux, les plans de redressement successifs ont permis de les réduire de 3 %. Le nombre d'heures supplémentaires a diminué et aucune dépense d'intérim n'a été effectuée en 2011. Aucun accord de réduction de temps de travail n'ayant été signé malgré la mise en place effective des 35 heures, la direction devrait proposer un véritable accord RTT avec une nouvelle organisation permettant de revoir les horaires de temps de travail. Des marges d'économies dans le cadre du plan de retour à l'équilibre sont encore réalisables en arrêtant le versement contraire à la réglementation de primes et indemnités à des agents contractuels. Concernant la permanence des soins, les tableaux mensuels de services ne sont toujours pas transmis à l'ordonnateur, et lorsqu'ils le sont, ils ne répondent pas toujours aux exigences de la réglementation. Sur ces deux derniers points, la direction a procédé aux régularisations nécessaires courant 2013.

La Chambre recommande au centre hospitalier de Briançon de :

1 : Mettre en place la contractualisation interne sur la base des comptes de résultat analytique fournissant le détail des dépenses et recettes par pôle d'activité au sein de l'hôpital.

2 : Evaluer les avantages de toutes natures consentis au centre médical Rhône Azur pour la mise à disposition de locaux au sein de l'hôpital dans le cadre de la convention financière prévue par l'avenant n°1 de la convention de partenariat en date du 27 mars 2012 liant l'UGECAM et le centre hospitalier de Briançon.

3 : veiller à maintenir un approvisionnement suffisant pour le financement des comptes épargne-temps (compte 143) et la poursuite de l'apurement des créances irrécouvrables admises en non-valeur (compte 415)

1° PARTIE : STRATEGIE, GOUVERNANCE ET ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT :

1. PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT :

1.1. LE POSITIONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT :

Le centre hospitalier de Briançon (dit des Escartons) est le seul établissement de court séjour d'un bassin de population de 35 000 habitants qui connaît des variations saisonnières (160 000 habitants en hiver et jusqu'à 200 000 habitants en été). Briançon, ville la plus haute d'Europe à 1 326 m d'altitude, est isolée puisqu'elle se situe à 1 heure et demie (88 km) de Gap, le chef-lieu du département et à 2 heures et demie (117 km) de Grenoble par le col du Lautaret (2 058 m d'altitude). Certains accès peuvent être momentanément coupés en hiver.

En raison de cet isolement et de la réponse qu'il doit apporter à la population résidente, au flux de la population touristique ainsi qu'aux patients séjournant dans les 665 lits d'établissements de soins de suite et de réadaptation pour adultes ou enfants de la station, le centre hospitalier de Briançon (CHB) développe une offre de soins générant un volume d'activité relativement faible, caractéristique d'un hôpital de proximité, avec des prises en charges aigües sur un périmètre d'offre de soins large, incluant tous les secteurs d'activité.

1.2. LA CAPACITE D'ACCUEIL :

Le CHB, pour répondre aux besoins de la population, offre en 2011 une capacité d'accueil de 145 lits et 35 places répartis comme suit :

Capacités d'accueil	Lits	Places	Total
Médecine	69	10	79
Chirurgie	39	10	49
Obstétrique	14	1	15
Sous-total	122	21	143
Psychiatrie	23	14	37
Soins de suite	0	0	0
TOTAL	145	35	180
USLD & EHPAD¹	84		84

Source : SAE 2011

¹ Unité de soins de longue durée (USLD) et établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD)

La médecine (69 lits²) développe des prises en charge générales et de spécialités en hépato-gastro-entérologie, pneumologie et cardiologie, propose un secteur de prise en charge ambulatoire (10 places installées) correspondant pour l'essentiel à des chimiothérapies. Il existe également un court séjour gériatrique (7 lits), implanté au sein du bâtiment de gériatrie appelé 'Etoile des neiges' et situé à proximité de l'hôpital. Le CHB dispose d'un secteur d'hémodialyse (12 postes) et héberge en partenariat un centre d'auto-dialyse.

La chirurgie (39 lits) propose des prises en charge générales et de spécialités en orthopédie-traumatologie, viscéral, gynécologie, ORL, stomatologie et ophtalmologie. Elle dispose d'un secteur ambulatoire (10 places). Le CHB propose également une prise en charge de périnatalité de niveau 1 regroupant l'obstétrique (14 lits) et la pédiatrie (6 à 13lits).

Le plateau technique qui dispose d'un bloc opératoire, d'une stérilisation, d'un laboratoire d'analyses biologiques et d'un service d'imagerie comprenant un scanner est complété par un service de réanimation (6 lits) et de surveillance continue (2 lits).

Le CHB dispose d'un accueil en médecine d'urgence avec une zone d'hospitalisation de très courte durée (2 lits), d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) terrestre et hélicopté, et participe au secours hélicopté en altitude avec le peloton de gendarmerie de haute montagne de Briançon.

L'offre de soins comprend aussi un secteur de psychiatrie avec 23 lits installés en hospitalisation complète, 2 places d'hospitalisation de nuit, 12 places d'hôpital de jour, la psychiatrie de liaison, un centre médico-psychologique et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel.

Cette offre sanitaire est complétée par un secteur de prise en charge gériatrique avec une unité de soins de longue durée (USLD) (30 lits) et un établissement d'hébergement pour personnes âgées (EHPAD) (54 lits).

2. UNE STRATEGIE D'ETABLISSEMENT MARQUEE PAR LES DIFFICULTES FINANCIERES

Les contenus du contrat d'objectifs et de moyens passé le 26 mars 2007 avec l'agence régionale de santé de PACA et du projet d'établissement (2010 – 2014) sont marqués par les difficultés financières nécessitant des restructurations de l'offre de santé et le développement de la coopération avec les autres acteurs de santé locaux.

2.1. LES CONTRATS PLURIANNUELS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS ET LE PROJET D'ETABLISSEMENT

Le CHB a signé le 26 mars 2007 un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) comportant plusieurs engagements structurants pour l'établissement, notamment pour le développement de la coopération inter-établissements :

² Y compris la réanimation et la surveillance continue

- S'agissant de la médecine, il prévoit la participation à la constitution d'un réseau de santé en cardiologie, la mise en place d'un réseau ville/hôpital, l'installation de 5 lits de court séjour gériatrique dans le secteur hébergement, le renforcement de la coopération avec les centres de soins de suite et de réadaptation (SSR) orientés pneumologie et le développement de la chimiothérapie ambulatoire.

- S'agissant de la chirurgie et de l'obstétrique, il se fixe pour objectifs le développement de la chirurgie ambulatoire, l'amélioration du fonctionnement du bloc opératoire avec l'aide de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers, le développement de la chirurgie notamment urologique et l'extension de la coopération en matière de périnatalité (réseaux, centre périnatal de proximité d'Embrun)

- S'agissant des autres disciplines, il vise à la fermeture des 10 lits de SSR, la participation à un service d'hospitalisation à domicile (HAD) départemental, l'amélioration de l'accueil aux urgences et de la réanimation (développement de la ventilation non invasive) et de la coopération dans ce domaine (secours de montagne, fédération départementale des urgences, etc.), l'orientation de la psychiatrie vers les mineurs et les personnes âgées, la création d'une unité Alzheimer et d'une équipe mobile de gériatrie, et enfin l'identification de quatre lits et une place de soins palliatifs.

Le projet d'établissement validé en octobre 2010 a été élaboré dans le contexte particulier d'un audit réalisé par un consultant, le cabinet PHME, sur demande expresse de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) (Cf. infra). Le projet médical est moins développé que le précédent. La plupart des services, comme ceux de médecine, se bornent à rappeler l'existant, les autres unités de soins se fixent le plus souvent des orientations générales. Le projet médical révèle plus globalement la réticence du corps médical à rentrer dans la problématique des réorganisations des services et des activités soulevée par le cabinet PHME. Ainsi, il ne reprend pas les projets de restructuration des services de soins contenus dans le rapport d'audit du cabinet PHME comme le pôle mère / enfant, le plateau technique ou les consultations externes ; il comprend toutefois un projet de réorganisation des gardes et astreintes et acte le principe d'une recherche d'amélioration de l'activité par le développement de l'ambulatoire et la polyvalence des unités d'hospitalisation, mais sans associer cet objectif avec de véritables projets concrets.

Le 13 octobre 2012, le CHB a signé un nouveau contrat d'objectifs et de moyens avec l'ARS PACA pour cinq ans.

2.2. UNE COOPERATION INTER-ETABLISSEMENTS RECEMMENT RENFORCEE MAIS ENCORE INSUFFISAMMENT DEVELOPPEE

Le CHB, le centre médical Rhône Azur et la fondation Seltzer implantés également à Briançon ont constitué en 1979 un syndicat interhospitalier chargé de la gestion commune de l'institut de formation en soins infirmiers (IFSI), de la pharmacie et du comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Suite à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, les syndicats interhospitaliers doivent disparaître. Le CHB a décidé de reprendre la gestion de l'IFSI tandis qu'un groupement de coopération sanitaire a été créé en février 2012 pour la poursuite de l'activité commune de pharmacie et de CLIN.

Ce GCS est appelé à gérer une structure départementale de pharmacie à usage interne de l'ensemble des établissements sanitaires avec deux pharmacies centrales à Gap et à Briançon et une dispensation nominative avec des achats réalisés par le groupement de commandes des alpes du sud. Il pourrait également servir de socle pour le développement de coopérations de nature médicotechnique et logistique entre les CHB, les hôpitaux d'Embrun et Buech-Durance (Laragne), le centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud (CHICAS regroupant les hôpitaux de Gap-Sisteron) et les établissements SSR de l'union pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie(UGECAM).

Le CHB est membre de divers réseaux de soins régionaux. Il participe ainsi aux réseaux de périnatalité de PACA et de Rhône-Alpes. Il est membre du GCS régional e-santé PACA qui conduit au profit de ses membres des projets régionaux autour des nouvelles technologies de l'information comme celui de la mise en œuvre d'un système départemental d'archivage d'images radiologiques (PACS).

Un GCS Hospitalisation à Domicile (HAD) a été créé en juin 2012 entre le CHB, le CHICAS, le CH d'Embrun et la polyclinique des Alpes du sud suite au transfert de l'autorisation détenue par cette dernière depuis 2008. Une antenne de coordination HAD a été créée en septembre 2012 à l'hôpital des Escartons.

Le CHB a également développé diverses coopérations par voie contractuelle avec le CH d'Embrun pour son centre périnatal de proximité, l'Association Grenobloise pour la Dialyse des Urémiques Chroniques (AGDUC) pour l'hémodialyse ou encore le CHICAS (Cf. annexe I). Néanmoins, il est regrettable que la coopération entre les divers établissements publics de santé du département ne soit pas structurée et développée dans le cadre d'une communauté hospitalière de territoire nécessitant la réalisation d'un projet médical de territoire. Les difficultés financières et la faible activité du CHB nécessitent en effet qu'il développe et structure sur des bases concrètes et solides sa coopération avec les établissements de santé les plus proches. Le cabinet PHME avait constaté sur ce point que les relations entre le CHB et le CHICAS paraissaient marquées par une suspicion du corps médical briançonnais qui craindrait qu'un projet de communauté hospitalière de territoire vienne favoriser Gap et désavantager Briançon.

Le nouveau contrat d'objectifs et de moyens de 2012 inscrit comme enjeu stratégique pour l'établissement le développement des coopérations sus mentionnées mais également la création de fédérations interhospitalières (urgences/SMUR, réanimation, imagerie) et la participation au projet médical de la communauté hospitalière de territoire.

3. UNE GOUVERNANCE INTERNE FRAGILISEE

3.1. UNE GOUVERNANCE DIRECTION / CME MISE EN DIFFICULTES EN 2012 :

En septembre 2012, le président de la CME , son vice-président, et les médecins membres du directoire ont présenté leur démission de leurs fonctions tandis que les CME se sont tenus à partir de cette date avec un fort absentéisme de la part des praticiens. Le dialogue interne entre la direction et le corps médical a été ainsi temporairement suspendu manifestant l'opposition du corps médical aux restructurations annoncées dans le plan de retour à l'équilibre financier malgré l'importance des enjeux auxquels l'établissement devait alors faire face.

La venue de la mission de l'IGAS fin 2012 a vraisemblablement amené à une reprise du dialogue entre la direction et le corps médical, avec à compter de février 2013 la réactivation de la CME nommant un nouveau président, la participation des médecins aux diverses instances de l'hôpital dont le directoire et la constitution des nouveaux pôles.

3.2. DES POLES D'ACTIVITE A DYNAMISER :

A Briançon trois pôles cliniques ont été initialement mis en place :

- le pôle de médecine qui comprend la médecine (hospitalisation complète et hôpital de jour), l'hémodialyse, la réanimation et la surveillance continue, la gériatrie, le service d'information médicale, la biologie, l'hygiène et la transfusion.

- le pôle de chirurgie qui regroupe la chirurgie en hospitalisation complète (orthopédique et traumatologique, générale et viscérale, spécialités), la chirurgie ambulatoire, le bloc opératoire, l'anesthésie, l'obstétrique, la pédiatrie, les urgences, l'UHCD et l'imagerie.

- le pôle de psychiatrie qui comprend les hospitalisations complètes, de jour et de nuit, ainsi qu'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et un centre médico-psychologique.

Cette organisation simpliste ne créait pas les synergies nécessaires à la mise en œuvre des réorganisations induites par le projet d'établissement et les plans de retours à l'équilibre financier. De même le rattachement de la réanimation et du laboratoire au pôle médecine posait question car ils ont plus de liens avec la chirurgie que la médecine.

Depuis 2012, la direction avait élaboré le projet d'un nouveau pôle « soins critiques » comportant les services de réanimation, surveillance continue, urgences, bloc opératoire, anesthésie, ainsi qu'un pôle « médicotechnique » rassemblant l'imagerie, le laboratoire et la pharmacie dans un second temps. Ce projet a finalement été entériné lors de la CME du 12 février 2013 suivi rapidement de la nomination des chefs et cadres de pôle entre mars et avril 2013

Le fonctionnement des pôles repose sur un projet de gestion élaboré en 2010 qui actualise la charte de fonctionnement adoptée en 2007. Ce projet de gestion aurait dû servir de base à l'élaboration des contrats de pôle mais ceux-ci n'ont pas encore été mis en œuvre malgré l'existence des outils de gestion déconcentrés comme les comptes de résultats analytiques qui permettent le dialogue de gestion interne et sans lesquels les contrats de pôle ne peuvent pas fonctionner. Il reste prévu que cette contractualisation interne débouche en 2013 dès que les réorganisations attendues seront effectuées. Le dialogue de gestion pourra alors enfin exister en s'appuyant sur des tableaux de bord de gestion produits tous les trois mois en bureau de pôle (cf. infra : les résultats analytiques par pôle). Le nouveau contrat d'objectifs et de moyens de 2012 encourage l'optimisation du pilotage médico-économique des pôles et le développement du dialogue de gestion.

Recommandation n° 1 : Mettre en place la contractualisation interne sur la base des comptes de résultat analytique fournissant le détail des dépenses et recettes par pôle d'activité au sein de l'hôpital.

4. UNE ACTIVITE FAIBLE ET ATYPIQUE LIEE A L'ENVIRONNEMENT DE L'ETABLISSEMENT

4.1. UNE ACTIVITE EN FAIBLE AUGMENTATION DE 2007 A 2011

4.1.1. Une stagnation de l'hospitalisation complète

De 2007 à 2011, le nombre de résumés d'unités médicales (RUM) produits par le CHB est passé de 13 278 à 13 668 soit une augmentation de 2,94 %, avec un pic à 13 863 en 2009, tandis que le nombre de séjours est passé de 8 172 à 8 498, soit + 3,99 %. Globalement, l'activité d'hospitalisation complète est donc relativement stable au cours des cinq années étudiées par la chambre.

Si l'on analyse l'activité par pôle, on constate une augmentation du nombre de RUM de 8 % entre 2007 et 2011 en chirurgie contre une baisse 5,39 % en médecine. Toutefois, une analyse par unités de soins révèle une diminution quasi générale des hospitalisations complètes classiques au profit des prises en charge ambulatoires ou de courte durée. Ainsi dans le pôle de chirurgie, l'activité de « pure » chirurgie (chirurgie orthopédique, chirurgie générale, chirurgie ambulatoire et spécialités chirurgicales) n'a en fait progressé que de 2,74 % et c'est le service d'anesthésie et chirurgie ambulatoire (ACHA) qui est à l'origine de cette augmentation avec l'unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) des urgences ouverte en juin 2008 qui apporte le reste des RUM supplémentaires.

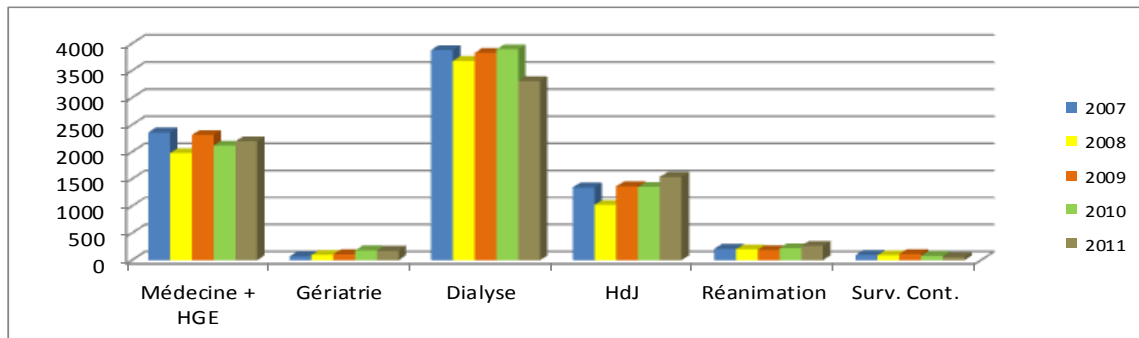
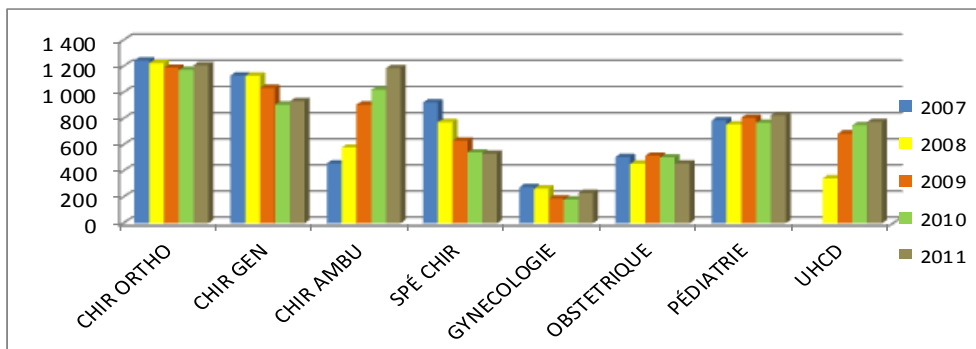
En revanche, la gynécologie et l'obstétrique enregistrent des baisses de leur activité de respectivement 16,36 % et 9,88 %.

Après une forte baisse du nombre d'accouchements en 2008 (moins 9,69 %) probablement liée à l'ouverture de la nouvelle maternité du CHICAS, celle du CHB classée en niveau I oscille désormais entre 370 à 400 accouchements par an. Le taux de césarienne se situe dans la moyenne basse régionale. Le nombre d'accouchements en 2011 (369) rapproche l'hôpital du seuil des 300 accouchements par an en dessous duquel une maternité est menacée de fermeture pour des motifs de sécurité sanitaire³. Cette situation est pénalisante dans la mesure où la situation géographique de Briançon limite la concurrence en ce domaine. La pédiatrie est en augmentation depuis 2007 (+ 4,70 %) en l'absence de pédiatres libéraux dans la région.

Au sein du pôle de médecine, la discipline d'hépto-gastro-entérologie progresse (elle représente 24 % des RUM médicaux en 2011 contre 13 % en 2007) ainsi que la réanimation (+ 3,95 % entre 2007 et 2011) au détriment de la surveillance continue.

Le nombre de passages aux urgences avoisine pour sa part les 17 000 passages par an avec un taux d'hospitalisation relativement élevé, supérieur à 24 %. L'UHCD (2 lits) a débuté son activité en juin 2008 et génère 774 RUM en 2011.

³ Article R. 6123-50 du code de la santé publique



Source : CH de Briançon

Pour le secteur de psychiatrie adulte, le nombre de journées continue de progresser (+ 9,63 % en 2011) ainsi que le nombre d'entrées (+ 3,83 %). Le nombre de venues augmente considérablement (+ 17,54 %) entre 2010 et 2009. En revanche le nombre d'actes ne cesse de diminuer (moins 3,63 % en 2010).

	Psychiatrie Adulte					
	Journées hors HO-DT	HO-HDT (hors détenus)	Entrées	DMS	Venues	Actes
2008	5 391		257	20.98	4 336	7 988
2009	4 932		272	18.13	4 668	7 323
2010	5 461		287	19.03	5 487	7 057
2011	5 987		298	20.09	4 442	-NC ⁴
2009/2008	- 8.51 %		+ 5.84 %	- 13.58 %	+ 7.66 %	- 8.32 %
2010/2009	+ 10.72 %		+ 5.51 %	+ 4.96 %	+ 17.54 %	- 3.63 %
2011/2010	+ 9.63 %		+ 3.83 %	+ 5.57 %		

Source : CH de Briançon

⁴ La direction du CHB indique que les actes effectués en 2011 en psychiatrie n'ont pas été transmis au médecin chargé de l'information médicale malgré de multiples relances auprès du chef de pôle.

4.1.2. Un développement contrasté des alternatives à l'hospitalisation

De 2007 à 2011, les séances ont diminué, passant de 4 697 à 4515, essentiellement en raison de la baisse de l'activité de dialyse tandis que la chimiothérapie poursuivait son essor avec 837 séances en 2011 contre 734 en 2007.

Les soins et consultations externes progressent en termes de nombre de lettres clefs de la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) (+ 23 % entre 2007 et 2011) mais régressent en termes de codes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) (- 12 % sur cette période).

4.1.3. En corollaire, une faible activité des services médicotechniques

Le laboratoire a produit environ 7,9 millions de B en 2011, soit le même volume d'activité au cours de la période en revue avec toutefois une baisse de l'activité externe. L'activité de scanner connaît une relative stabilité avec 7 253 actes de scanner en 2011 contre 7332 en 2009⁵ grâce à la progression des actes réalisés à titre libéral par les radiologues de l'établissement. En revanche, la radiologie conventionnelle poursuit son déclin avec 14 181 actes en 2010 contre 18 926 en 2007, nonobstant la relative stabilité en nombre d'ICR (859 715 en 2007 contre 851 245 en 2011).

4.1.4. Des perspectives démographiques défavorables pour une augmentation sensible de l'activité de l'établissement

L'évolution démographique du grand briançonnais montre une stabilité de la population résidente avec un taux d'augmentation annuel moyen entre 1999 et 2006 de seulement 0,7 %⁶. La part des personnes âgées est relativement plus faible que dans le reste du département (7,6 % de personnes âgées de plus de 75 ans contre 9,8 % dans le reste du département) mais elle s'accroît lentement (+ 1,2 % entre 1999 et 2006). Ces chiffres ne permettent pas d'envisager une hausse sensible de l'activité dans les années à venir.

4.2. UNE ACTIVITE ATYPIQUE DU FAIT DES FLUX DE PATIENTS SAISONNIERS ET TRANSFRONTALIERS

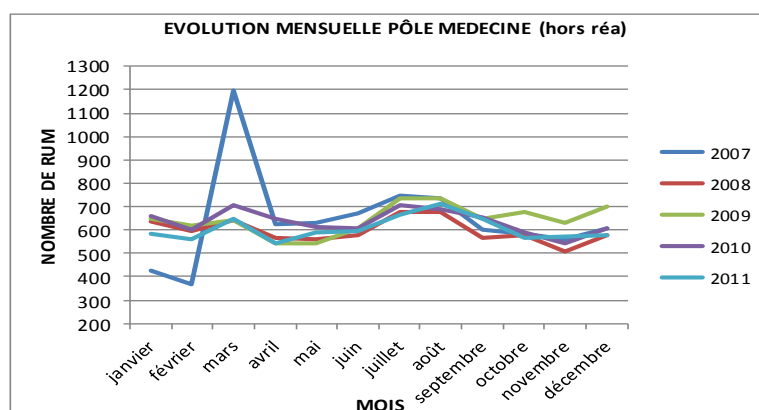
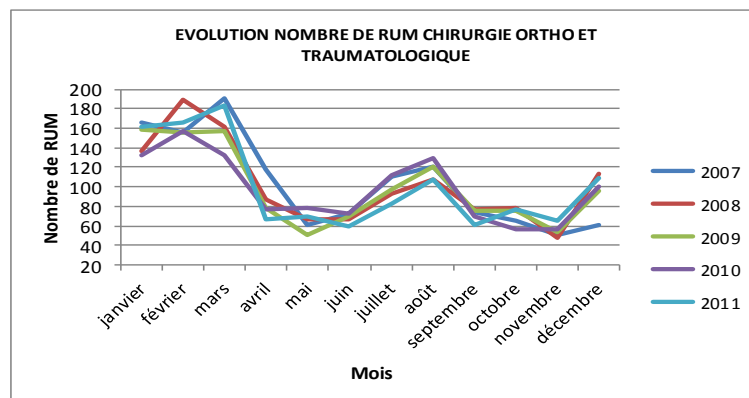
4.2.1. Des variations saisonnières plus ou moins marquées selon les services mais globalement faibles

Le Briançonnais est une région touristique avec une saison hivernale centrée sur les sports d'hiver (Serre-Chevalier) et une saison estivale développant diverses activités culturelles, sportives et récréatives. Durant quatre mois chaque année, la région du Briançonnais, qui comprend plus de 8 000 hébergements touristiques et plus de 28 000 résidences secondaires, connaît donc une forte augmentation de sa population estimée par l'établissement entre 160 000 et 200 000 résidents en hiver et en été.

⁵ Les forfaits techniques ont toutefois diminué de 9337 en 2009 à 7816 en 2011 selon les données SAE.

⁶ Données INSEE 25 novembre 2009.

Cette activité saisonnière se révèle cependant moins structurante que l'établissement le revendique. En 2011, le nombre mensuel de RUM passe certes de 1001 en novembre à 1341 en mars, mais à l'exception de l'année 2007, l'écart type constaté entre la moyenne des RUM et les variations saisonnières est stable autour d'une centaine de RUM supplémentaires en saison touristique. Les services de chirurgie, en particulier celui de chirurgie orthopédique et traumatologique y sont davantage sensibles que les services de médecine⁷.



Source : CH de Briançon

La prise en compte de la saisonnalité de l'activité impacte peu la capacité en lits de l'établissement mais influe surtout sur les organisations de travail avec la détermination d'effectifs de haute et basse saisons dans certains services, principalement les urgences et la chirurgie orthopédique et traumatologique, et par des épisodes de débordement sur les autres services cliniques.

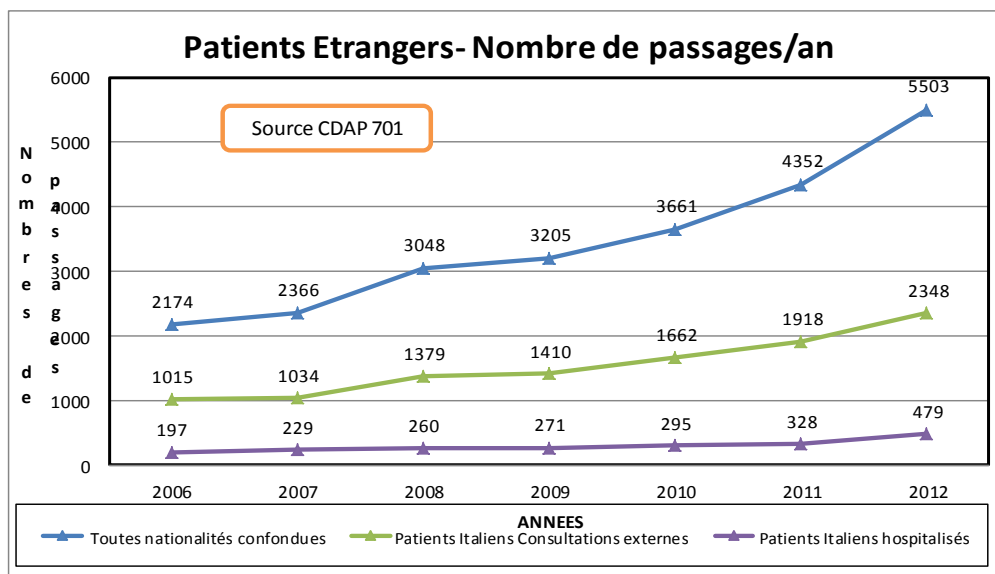
4.2.2. Un développement de la filière transfrontalière mais dont le potentiel de croissance reste limité

Le CHB est situé à proximité de la vallée de Suse en Italie : celle-ci dispose d'un seul hôpital qui n'offre pas le même niveau de prise en charge que celui de Briançon. Un accord a été signé le 11 avril 2011 entre l'agenzia regionale per i servizi sanitari regione Piemonte (ARRS) et l'ARS de PACA pour le développement d'une coopération sanitaire transfrontalière, notamment entre l'hôpital de Briançon et celui de Suse.

⁷ En mars 2007, on constate un nombre de RUM bien supérieur aux autres années (1827 contre par exemple 1295 en mars 2009 ou 1341 en mars 2011) qui semble correspondre à un retard de codification.

Cette filière italienne s'est effectivement développée depuis 2006 et, en 2012, elle représente 2348 consultations et 479 hospitalisations, soit environ 4 % des séjours. Toutefois, ce chiffre ne comprend pas seulement la population des communes italiennes limitrophes mais également toute personne d'origine italienne dont des touristes originaires de provinces italiennes beaucoup plus lointaines.

Il apparaît par ailleurs que le nombre de patients italiens traités au CHB augmente moins vite que le nombre global de patients étrangers.



Source : CH de Briançon

Les produits liés à l'activité provenant de la patientèle italienne sont en constante augmentation et fournissent en 2012 une recette d'environ 2 millions d'euros et surtout une plus-value évaluée à 1 166 000 euros par la direction du CHB tenant à ce que les séjours facturés directement à la sécurité sociale sont mieux valorisés qu'en GHS, sous condition de recouvrement à 100 % de ces frais d'hospitalisation.

Si le développement d'une activité transfrontalière constitue un élément favorable justifiant la mise en place d'une politique d'accueil spécifique de la patientèle italienne (bilinguisme, mise en place de consultations avancées en territoire italien et recrutement de praticiens d'origine italienne ou italophones⁸), il ne saurait toutefois suffire à accroître l'activité hospitalière dans des proportions suffisantes pour rétablir la situation financière de l'établissement, sauf éventuellement en cas de fermeture de l'hôpital de Suse.

⁸ Cinq praticiens hospitaliers concernés à ce jour : 2 PH temps partiel en ORL, 1 PH temps partiel en ophtalmologie, 1 PH en chirurgie viscéral et 1 PH en gynécologie-obstétrique.

4.3. UNE ATTRACTIVITE EN DECLIN

4.3.1.Des parts de marché par spécialités en diminution

La chambre a constaté des disparités importantes entre les données relatives à l'attractivité du centre hospitalier issues d'Hospi-diag⁹ et celles transmises par le département d'informations médicales (DIM) du CHB. Ainsi, selon Hospi-diag, la part de marché de la chirurgie sur la zone d'attractivité est de seulement 1,4 % en 2011 alors que le DIM met en avant une part de marché de 49 %. Pour le pôle médecine, elle est de 48 % en 2011 pour Hospi-diag et de 65 % selon le DIM.

Il s'avère que les données issues de l'ATIH (agence technique sur l'information et l'hospitalisation) sur lesquelles le DIM s'appuie reflètent effectivement mieux l'attractivité du CHB sur son territoire de proximité que ne le font celles d'Hospi-diag, basées sur l'agrégation de codes postaux souvent très lointains et donc sans rapport avec la zone d'attractivité réelle de l'hôpital de Briançon. Ainsi, en déterminant comme territoire de proximité du centre hospitalier le Briançonnais, le pays des Ecrins, le Guillemois et le Queyras (34 019 habitants en 2006), on obtient les parts de marché suivantes :

1) Séjours d'hospitalisation MCO, hors séances :

	2007	2008	2009	2010	2011
MEDECINE	68 %	66 %	66 %	67 %	65 %
CHIRURGIE	51 %	51 %	52 %	51 %	49 %
OBSTETRIQUE	81 %	73 %	78 %	79 %	85 %
TOTAL MCO	63 %	61 %	62 %	62 %	60 %

On constate que l'attractivité globale de l'hôpital en MCO diminue légèrement depuis 2007. Ces résultats confirment la position d'hôpital de recours pour la population du nord du département des Hautes-Alpes mais, à l'exception de l'obstétrique, l'établissement perd de son attractivité au profit d'autres établissements situés hors de son propre territoire de proximité, notamment de la polyclinique des Alpes du sud en chirurgie¹⁰.

2) Séances MCO :

	2007	2008	2009	2010	2011
Séances de chimiothérapie pour tumeurs	72 %	68 %	61 %	59 %	69 %
Séances d'hémodialyse	96 %	99 %	97 %	95 %	97 %
Transfusions en séances	100 %	91 %	86 %	86 %	78 %

Le CH de Briançon conserve donc une forte attractivité pour les séances de chimiothérapies et d'hémodialyses.

⁹ Hospi-diag est un outil développé par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP). Il permet de mesurer et de comparer la performance de chaque établissement hospitalier en termes d'activité, de qualité, d'organisation, de ressources humaines et de finances en synthétisant les données issues d'une douzaine de bases nationales (PMSI, SAE...)

¹⁰ Selon Hospi-diag, la part de chirurgie ambulatoire de la zone d'attractivité du CH de Briançon captée par la polyclinique des Alpes du sud à Gap est passée de 19,6 à 20,7 % entre 2009 et 2011.

4.3.2. Un recrutement majoritairement non programmé

Selon l'outil Hospi-diag, les patients admis en service d'hospitalisation complète viennent à 56,3 % du service des urgences. Cet indicateur confirme le déficit d'attractivité de l'établissement puisqu'il recrute essentiellement pour des interventions non-programmées. De surcroît ce taux a évolué de façon péjorative puisqu'il était de 55,5 % en 2008. Le CH de Briançon se situe ainsi juste en dessous du second décile des établissements de même typologie alors qu'il est le seul établissement hospitalier dans sa zone d'attractivité. Cette incapacité à recruter des patients en nombre suffisant pour des activités programmées met en évidence un manque de coordination avec la médecine de ville auquel l'hôpital doit chercher à remédier.

2° PARTIE : UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT COUTEUX ET INADAPTE

A partir du début des années quatre-vingt-dix, le CH de Briançon s'est lancé dans un ambitieux programme de rénovation et de restructuration de son site central bâti à la fin des années cinquante, dont le projet dit de l'aile sud constitue le dernier volet. Ce programme prévu au plan directeur de l'hôpital adopté en septembre 1998 prévoyait la construction de deux extensions est et ouest de l'aile sud de l'hôpital abritant pour l'essentiel les services d'hospitalisations, l'autre aile hébergeant le plateau medicotechnique, les consultations, les urgences, l'administration et la logistique. Ce projet lancé en 2002 et achevé en 2010 est à la fois coûteux et peu pertinent, du fait des sujétions qu'il impose pour le fonctionnement des unités de soins. Il apparaît surtout surdimensionné en termes de lits et places.

1. UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT COUTEUX ET QUI POSE DES PROBLEMES DE CONCEPTION

L'opération de construction et restructuration de l'aile sud démarrée en 2002 dans la perspective des jeux olympiques de Turin de 2006 et achevée en 2010 s'est révélée plus coûteuse que le projet initial du fait notamment d'une prise en compte tardive des contraintes parasismiques pourtant connues et créées, du fait de sa conception même, de nombreuses sujétions sur le fonctionnement actuel des services de court séjour.

1.1. UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT COUTEUX¹¹

1.1.1. Un programme ancien qui a bénéficié de l'opportunité des jeux olympiques de Turin de 2006

Le projet de l'aile sud avait été conçu dès le plan directeur¹² de 1998 mais c'est la perspective de la tenue des jeux olympiques de Turin de février à mars 2006 qui a permis de déclencher sa mise en œuvre.

En effet, par une lettre non signée reçue par le CHB le 4 avril 2002 la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins du ministère de la santé indiquait que le centre hospitalier de Briançon était

¹¹ L'analyse du projet faite par la chambre ne porte pas sur la régularité des procédures de passation des marchés afférents à l'opération

¹² Le plan directeur est un document stratégique sur les axes d'orientation de l'établissement en termes d'investissements fondé sur son projet d'établissement

appelé à assurer une partie de la couverture sanitaire de l'évènement sportif (secteur de Sestrières situé à 33 Km de Briançon) et qu'il devait donc modifier son programme pour réaliser au plus tôt une hélisation, rénover les services du pôle médico-chirurgical et améliorer l'accueil du service des urgences. Le courrier précisait qu'une subvention de l'Etat de 4 650 000 € serait attribuée pour cette opération.

L'attribution de cette subvention a été confirmée par une lettre du 11 août 2003 du ministre de la santé au maire de Briançon, mais pour un montant fortement diminué puisque ramené à 3 M€ ; elle a été versée par moitié en 2002 et 2003. Des dossiers de demandes de subvention ont également été constitués pour l'obtention de crédits du fonds Interreg de la communauté européenne, mais sans résultat. Une autre subvention liée aux jeux olympiques de Turin de 2006, d'un montant de 246 250 €, a par ailleurs été versée en exploitation pour l'amélioration de l'accueil aux urgences.

Parmi l'ensemble des travaux lancés dans la perspective de l'évènement sportif, seule l'hélisation sera mise en œuvre à temps. Les travaux de restructuration de l'aile sud étaient pour leur part en cours de réalisation au moment des JO et ont donc fait l'objet d'une inauguration plus symbolique que réelle, quelques jours avant l'ouverture des compétitions.

Un rapport de l'Institut National de Veille Sanitaire et de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Hautes Alpes révèle l'absence totale de répercussions de cet évènement sur l'activité de l'hôpital, le nombre total de passages aux urgences en 2006 pendant la période des jeux ayant même été légèrement inférieur à celui de l'année 2005 à la même période (2 591 contre 2 795 soit une baisse de 7 %).

Les jeux olympiques de Turin de 2006 paraissent donc avoir constitué un effet d'aubaine pour obtenir la décision de lancer rapidement le projet de l'aile sud. Les subventions d'investissement ainsi obtenues ne couvrent cependant qu'un quart d'une enveloppe prévisionnelle qui a été largement dépassée.

1.1.2. Une enveloppe prévisionnelle largement dépassée

Le premier chiffrage de l'opération apparaît dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2001 - 2006 signé avec l'ARH PACA, pour un montant de 12 329 314 € TTC pour la construction et de 457 347 € pour l'équipement. Cependant, dès la passation du marché de maîtrise d'œuvre avec le maître d'œuvre, le montant prévisionnel des travaux est réévalué à 14 735 920,78 € TTC et celui de l'équipement à celui de 897 020,62 €. Au final les dépenses réellement constatées en 2011 se montent à 29 359 540,86 € TTC pour la construction et à 1 746 358,92 € pour l'équipement, soit plus qu'un doublement de l'enveloppe prévisionnelle.

Ce dépassement s'explique en partie par l'allongement de la durée du chantier d'environ deux ans ainsi que par la réalisation de divers travaux supplémentaires.

L'allongement de la durée du chantier est principalement dû au choix de passer le 18 mars 2004 un seul marché d'entreprise générale avec une société italienne après une première phase de travaux préparatoires d'un montant d'environ 0,5 M€. Cette société a en effet été retenue comme la moins-disante alors que son offre présentait une différence tellement significative par rapport aux trois autres concurrents (13,4 M€ HT contre 17,4 à 18,7 M€) qu'elle aurait dû interroger sur les capacités financières de l'entreprise à faire face une telle opération.

Pour tenter de rester dans cette enveloppe peu réaliste, cette société a fait appel à de très nombreux sous-traitants auxquels elle a confié près des deux tiers des travaux ce qui a singulièrement compliqué la gestion du chantier. L'entreprise a cependant été très rapidement défaillante et a été mise en liquidation judiciaire dès le 13 octobre 2005. Une autre société italienne proche de la précédente est alors venue aux droits de celle-ci par avenant de transfert passé le 22 novembre 2005 mais cet épisode a bien évidemment à nouveau pesé sur les délais d'exécution du chantier.

Au final, la réalisation de l'opération a généré des révisions de prix pour 2 062 399,01 €, ainsi que des travaux supplémentaires à hauteur de 1 932 399,01 € HT entraînant un surcoût par rapport au prévisionnel de près de 4 M€ HT (soit plus de 12 % du montant des travaux initial). Ces travaux supplémentaires concernent en particulier la restructuration de la partie centrale en liaison avec l'aile sud qui n'avait pas été suffisamment appréhendée, mais également une partie du confortement du bâtiment existant en raison du risque sismique. En corollaire, les marchés relatifs à la maîtrise d'œuvre ont également connu une augmentation considérable en passant d'une enveloppe prévisionnelle de 1,5 M€ à une exécution finale de 2,6 M€, soit une hausse de 73 %.

L'autre motif de dépassement de l'enveloppe prévisionnelle est lié à un marché complémentaire conclu par l'établissement courant 2008 pour un montant final de près de 3 M€ HT afin de satisfaire à la réglementation en matière parasismique.

1.1.3. Des surcoûts en cours de chantier du fait d'un risque sismique pourtant connu

Le CHB est situé dans une zone à risques sismiques considérés au moment du projet comme faibles mais non négligeables (zone classée 1 b). L'article L. 563-1 du code de l'environnement alors applicable prévoit que des règles particulières de construction peuvent être imposées aux équipements, bâtiments et installations. Le décret n° 91-461 du 14 mai 1991 relatif à la prévention du risque sismique et son arrêté d'application du 29 mai 1997 classent les établissements de santé parmi ceux subissant les contraintes de construction les plus fortes.

Le CHB a déposé, le 18 juin 2004, une demande d'avis auprès de la commission d'analyse des cas, émanation du Groupe d'études et de propositions pour la prévention du risque sismique en France. L'ancienne direction indique que : « le dossier de demande serait resté oublié dans un bureau pendant un an ». Malgré l'absence de réponse de la part du groupe précité et le permis de construire ayant été octroyé dès janvier 2004, les travaux ont démarré en avril 2004 mais, en cours de chantier, suite à un rappel du CHB auprès du sous-préfet de Briançon, l'avis de la commission réunie le 24 mars 2005 a été finalement notifié à l'établissement le 22 février 2006. Cet avis se borne à rappeler que l'établissement doit respecter les règles de construction parasismique dite PS 92, en suggérant de consolider le bâtiment ancien par les deux extensions est et ouest et la réalisation des passerelles extérieures. Entre temps, des études de vulnérabilité et d'analyse parasismique avaient été conduites par des bureaux d'études de juillet à novembre 2005 confirmant que cette partie diagnostic du projet avait été négligée par la maîtrise d'œuvre.

Des travaux furent alors lancés par avenant n° 5 au marché principal mais immédiatement stoppés. L'établissement décida en effet d'attendre les résultats de nouvelles études de faisabilité géotechnique et de capacité portante qui furent connus début 2007. En février 2008, un marché complémentaire de travaux pour le confortement parasismique de l'aile sud, fut attribué par l'hôpital, sans mise en concurrence, à la société Prono, pour un montant prévisionnel de 2 787 573,24 € afin d'augmenter le nombre de micropieux inclinés dans les fondations et de créer des voiles en béton armé autour du bâtiment existant. Ces derniers travaux ont nécessité des restructurations de chambres aux 1^{er} et 3^{ème} étages (suppression d'environ 8 lits) et diverses modifications de destination de locaux.

Ainsi, alors que la nécessité de prendre en compte du risque sismique apparaissait dès le plan directeur de 1998, le retard pris pour trouver les solutions techniques finalisées seulement en cours de chantier a entraîné un important surcoût de 2 884 084,53 € pour le seul marché complémentaire tout en réduisant le nombre de nouveaux lits liés à la construction de cette nouvelle aile.

1.2. UN CHOIX ARCHITECTURAL PENALISANT POUR LE FONCTIONNEMENT DE L'HOPITAL

1.2.1. Une augmentation des surfaces peu pertinente et des liaisons horizontales et verticales peu ergonomiques

L'opération de l'aile sud a permis la restructuration de 6 513 m² existants et a conduit à la construction de 4 719 m² supplémentaires. La surface de l'ancien bâtiment a été globalement augmentée de près de 75 % par les deux extensions est et ouest et les rajouts autour de la structure initiale.

L'augmentation de surface concerne principalement des locaux qui ne sont pas consacrés directement à l'activité de soins ; le cabinet PHME constatait ainsi en 2010 que la surface dédiée aux soins (chambres de patients, salles de soins et locaux de consultations) ne représente que 42 % de la surface totale de l'aile sud restructurée alors que les locaux administratifs, logistiques et techniques en occupent 23 % et surtout la surface dédiée uniquement à la circulation générale 35 %. Ainsi, tout le second étage destiné initialement à regrouper les unités d'alternatives à l'hospitalisation ne comporte pour seule activité hospitalière que l'hémodialyse et un grand nombre de bureaux, dont ceux des médecins.

Cette situation s'explique par le choix, fait par l'architecte de créer des couloirs supplémentaires en dehors de la structure existante afin de séparer, apparemment pour des raisons d'hygiène, les flux logistiques de l'activité des unités de soins. Une telle option induit un allongement important des déplacements, amplifié par l'absence de liaisons verticales mécanisées dans les extensions, toujours pour des motifs d'hygiène. Ainsi, dans le dernier étage de l'aile sud, les services de pédiatrie et de la maternité sont excentrés aux deux extrémités empêchant toute synergie entre eux.

Enfin, le constat en fin de chantier de l'importance des surfaces créées, alors que l'activité hospitalière restait atone, a conduit à décider une réduction du nombre de lits par service de soins. Le programme technique détaillé prévoyait ainsi des unités de 17 lits alors qu'au final, la plupart de ces unités hébergent en moyenne 13 lits. Ce dimensionnement génère des surcoûts de fonctionnement en l'absence de véritable mutualisation actuelle des équipes soignantes. Les standards actuels prévoient en effet des services de 20 à 25 lits pour optimiser les équipes et les équipements qui leurs sont affectés. Ce dimensionnement non optimal des unités induit pour l'hôpital de Briançon des surcoûts dont l'existence est confirmée par les résultats analytiques des services d'hospitalisation (Cf. infra). L'ancienne direction du CHB fait valoir que les choix architecturaux auraient été fortement influencés par le conseil d'administration de l'époque.

1.2.2. Un projet de pôle de santé public / privé avec Rhône Azur pour tenter d'optimiser l'espace disponible

Le centre médical Rhône Azur de Briançon, propriété de l'UGECAM¹³ de PACA gère un service de soins de suite et de réadaptation de 177 lits et 10 places. Un projet de rapprochement avec le CHB a été conduit en vue de la construction d'une structure de soins de suite et de réadaptation de 60 lits sur le terrain en contrebas de l'hôpital.

¹³ Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie.

Ce projet s'est traduit par la signature le 16 juin 2010 entre les deux établissements d'une convention d'occupation du domaine public constitutive de droits réels¹⁴ d'une durée de 45 ans permettant la construction d'un bâtiment d'une superficie d'environ 6 500 m² sur une parcelle d'environ 7 500 m² (passée à 8 604 m² par avenant du 7 juin 2012) moyennant une redevance de 16 000 € par an. La construction doit démarrer avant la fin de l'année 2013 sous peine de résiliation et les deux parties envisagent de passer alors un acte authentique.

Le CH de Briançon s'est donc soumis à un régime d'autorisation d'occupation temporaire de son domaine public applicable aux collectivités territoriales alors que depuis la loi dite HPST du 21 juillet 2009 les hôpitaux sont des établissements publics de l'Etat ; de plus l'article L. 1311-5 du code général des collectivités territoriales vise : « *des autorisations d'occupation temporaire constitutives de droits réels, en vue de l'accomplissement, pour leur compte, d'une mission de service public ou en vue de la réalisation d'une opération d'intérêt général relevant de leur compétence* », ce qui ne correspond pas au projet poursuivi par le centre médical Rhône Azur qui conserve entièrement la maîtrise d'ouvrage. En réalité, le CH de Briançon aurait dû passer une convention d'occupation de son domaine public sur la base des articles L. 2122-6 et suivants du code général de la propriété des personnes publiques.

En amont, la qualification du terrain en dépendance du domaine public hospitalier apparaît discutable en l'absence d'affectation au service public hospitalier. Il aurait donc été utile de s'assurer que ce terrain appartenait bien au domaine public car, dans le cas contraire, la solution de céder purement et simplement le terrain d'assise aurait été beaucoup plus simple à mettre en œuvre et à valoriser financièrement pour l'hôpital.

Une seconde convention d'occupation du domaine public signée le 24 décembre 2010 prévoit la mise à disposition pendant une durée de 45 ans du quatrième étage de l'immeuble « Etoile des neiges » qui se situe près de l'hôpital, d'un bureau dans le hall d'accueil de l'hôpital et surtout des locaux d'hospitalisation de 14 lits au deuxième niveau, ainsi que la mise en commun de certaines fonctions comme le standard, l'informatique, des salles de consultations externes ou encore des locaux logistiques et techniques moyennant le versement, pour l'ensemble, d'une redevance de 40 000 € par an correspondant à un avis du service des domaines, portée à 43 000 € par avenant passé le 7 juin 2012. Par cet avenant, les surfaces mises à disposition ont été précisées avec l'abandon de la mise à disposition du bâtiment Etoile des neiges.

Cette seconde convention présente l'intérêt, pour l'hôpital de Briançon, de lui permettre d'optimiser l'utilisation de ses nouveaux locaux, mais elle n'a semble-t-il été précédée d'aucune réelle évaluation du coût, pour l'hôpital, des avantages ainsi consentis au centre médical Rhône Azur notamment au niveau des frais de restauration de ses patients et des frais de maintenance technique induits. La direction du CHB indique qu'à la suite d'une réflexion sur les synergies pouvant être déployées entre l'hôpital et le centre médical Rhône Azur menée à partir de 2006, une convention de partenariat a été passée le 22 mars 2007 fixant les engagements des deux établissements en termes de mise en commun de moyen, essentiellement techniques et logistiques, puis un avenant a été conclu le 27 mars 2012 dont l'article 16 stipule que : « L'ensemble des coopérations fera l'objet d'une convention financière dès que les conventions d'occupation temporaire du domaine public constitutive de droits réels signées le 16 juin 2010 et le 24 décembre 2010 auront acquis un caractère définitif ». Néanmoins, la seconde convention d'occupation du domaine public signée le 24 décembre 2010 ne renvoie pas à ces conventions créant un risque juridique certain.

¹⁴ Articles L. 1311-5 et L. 1311-6 du code général des collectivités territoriales.

L'importance du partenariat ainsi noué dès 2006 entre les deux structures de soins aurait mérité une meilleure définition des modalités de fonctionnement du centre médical Rhône Azur dans les murs de l'hôpital et une véritable étude de ses conséquences financières actuellement renvoyée à une future convention financière.

Recommandation n° 2: Evaluer les avantages de toutes natures consentis au centre médical Rhône Azur pour la mise à disposition de locaux au sein de l'hôpital dans le cadre de la convention financière prévue par l'avenant n°1 de la convention de partenariat en date du 27 mars 2012 liant l'UGECAM et le CHB.

2. UN SURDIMENSIONNEMENT DE L'EQUIPEMENT ACTUEL

2.1. UNE SURCAPACITE CHRONIQUE EN LITS ET PLACES

L'évolution des taux d'occupation des lits par grande disciplines (médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie) selon la SAE révèle une surcapacité chronique de l'établissement en lits d'hospitalisation complète malgré les fermetures temporaires, liées au chantier de l'aile sud de l'hôpital ou celles, définitives, concernant la chirurgie et la maternité (suppression de respectivement 11 et 4 lits).

		Taux d'occupation des lits - SAE								
	2007		2008		2009		2010		2011	
	Nb de lits	Taux	Nb de lits	Taux	Nb de lits	Taux	Nb de lits	Taux	Nb de lits	Taux
Médecine	63	68,32	63	69,31	57	77,17	57	76,78	69	75,6
Chirurgie	50	68,26	50	65,76	39	80,2	31	91,55	39	77,4
Obstétrique	18	37,63	18	38,46	12	60,02	17	38,44	14	44,2
TOTAL MCO	131	64,08	131	63,71	108	76,35	105	74,94	122	72,6
Psychiatrie	24	63,81	17	61,22	17	79,48	17	88,01	23	71,6

Source SAE

Ainsi, malgré une diminution de 131 à 121 lits et places entre 2007 et 2011, le taux d'occupation des lits en MCO est seulement passé de 64,08 % à 72,06 % et les taux d'occupation par discipline restent tous en deçà des valeurs cibles nationales¹⁵.

Ce constat d'une sous occupation des lits d'hospitalisation complète est corroboré par l'outil Hospi-diag qui se fonde sur une autre méthodologie que la SAE¹⁶.

¹⁵ Si aucun texte réglementaire ou officiel ne fixe des taux d'occupation cibles pour les lits d'hospitalisation complète, il existe une doctrine convergente sur les taux cibles suivants : 95 % en médecine, 90 % en chirurgie et 80 % obstétrique, ainsi que quelques taux spécifiques : 80 % en réanimation ou 100 % en ambulatoire.

¹⁶ Cet indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il rapporte aux journées-lits de médecine exploitables, les journées des séjours de médecine au sens du PMSI et non les journées passées dans des lits des services de médecine.

	Taux d'occupation des Lits - Hospi-diag					
	2008	2009	2010	2011	1° décile	8° décile
Médecine	72,4	80,8	76,6	64	68,6	101,2
Chirurgie	58,8	74,6	85,6	69	38	80,9
Obstétrique	31	50,7	35,2	38,4	40,2	59,8

Source Hospi-diag

Le CH de Briançon se situe ainsi en 2011 dans les deux premiers déciles des établissements de sa typologie présentant les taux d'occupation de lits les plus faibles.

Sur la base des taux d'occupation cibles susmentionnés et de l'activité constatée en 2011, le dimensionnement théorique optimal de l'établissement s'établirait à 96 lits. En tenant compte des précédents volumes d'activité constatés depuis 2007 et des variations infra-annuelles de celle-ci, ce dimensionnement théorique pourrait être augmenté d'environ 10 %, soit 105 lits au maximum.

La surcapacité actuelle d'environ 15 lits de MCO qui apparaît ainsi est importante puisqu'elle représente près de 12 % de la capacité actuelle. Elle induit une surconsommation de moyens, notamment en personnel, que l'on retrouve dans les chiffres issus de la comptabilité analytique de l'établissement (Cf.supra).

Cette sous-utilisation des lits d'hospitalisation complète se retrouve également au niveau des places d'alternatives à l'hospitalisation. Ainsi, en 2011, la médecine, la chirurgie et l'obstétrique présentaient une activité de 382, 1186 et 75 venues pour respectivement 6, 10 et 1 place(s). Avec un taux cible de 100 % pour un fonctionnement cinq jours sur sept, une place ambulatoire doit en principe assurer environ 250 venues par an ; or avec seulement 1643 venues en 2011, l'établissement n'aurait dès lors besoin que d'environ 7 à 8 places. Ce constat est confirmé par les chiffres d'Hospi-diag, puisque le CH de Briançon se situe, au niveau de son taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire en 2011, dans les deux derniers déciles des établissements de même type.

2.2. UN PROGRAMME D'INVESTISSEMENT QUI ACCENTUAIT CETTE SURCAPACITE

Le programme initial de restructuration de l'hôpital élaboré en juin 2002 portait sur la capacité en lits et places d'hospitalisation suivante : 61 lits et places de médecine, 61 de chirurgie, 29 pour le pôle mère-enfant et 30 lits de psychiatrie, soit 181 lits et places au total dont 151 pour le MCO. Au vu du nombre de lits installés au 1^{er} janvier 2002, le projet prévoyait donc une augmentation du nombre de lits de chirurgie (+ 7 lits), du pôle mère/enfant (+ 5 lits) et de psychiatrie (+ 4 lits) et le maintien de la capacité en lits et places de médecine. Or, dès 2002, les taux d'occupation constatés dans les services de chirurgie, maternité, pédiatrie et psychiatrie ne justifiaient en rien une telle augmentation de leur capacité en lits mais bien au contraire leur réduction.

Ce programme capacitaire a certes été abandonné en cours de chantier pour des motifs qui n'ont pas été clairement explicités mais que l'on peut deviner (conséquences des renforcements parasismiques et prise de conscience tardive de la surcapacité induite par le projet initial). De plus, le chantier a été ponctué d'opérations tiroirs qui ont temporairement diminué la capacité en lits MCO. Néanmoins, l'augmentation en 2011 du nombre de lits en médecine (+ 12 lits) à l'achèvement des travaux de l'aile sud de l'hôpital va à contre-courant de l'effort de réduction de la capacité en lits d'hospitalisation complète que doit en principe mener l'établissement au vu de son activité. La création d'une unité de court séjour gériatrique de 5 puis 7 lits en 2008 dans le bâtiment Etoile des neiges paraît également peu cohérente avec l'existence d'un tel espace disponible sur le site principal et ne peut, par son éloignement, qu'engendrer des surcoûts (transports des patients et de la logistique, rigidité de l'organisation du travail, etc.).

3. DES INVESTISSEMENTS QUI INDUISENT EGALEMENT DES SURCOUTS D'EXPLOITATION

3.1. LES SURCOUTS CONSECUTIFS AU DIMENSIONNEMENT DE L'HOPITAL

L'accroissement important des surfaces de l'hôpital génère des surcoûts d'exploitation directs en termes de consommations de fluides. Ainsi, selon la direction du CHB, une surconsommation de fioul de près de 110 000 litres a été constatée depuis l'ouverture des nouveaux locaux générant chaque année un surcoût d'environ 82 100 € hors effet prix. De même, des surconsommations d'électricité et d'eau ont été constatées. Selon la direction elles atteignent en 2011 environ 120 000 € (électricité) et 16 000 € (eau).

L'augmentation des surfaces d'un nouvel hôpital engendre également des surcoûts en charges de personnel ou de gestion courante, plus difficiles à évaluer. Pour le nettoyage de tels surcoûts n'ont pas été constatés du fait de la maîtrise des effectifs menée dans le cadre des plans de redressement. Le besoin de maintenance technique des nouveaux locaux tend pour sa part à s'accroître mais l'établissement ne dispose pas de données fiables sur ce point. Enfin, l'allongement des distances contraint le personnel soignant à consacrer plus de temps aux déplacements au détriment du temps passé auprès des patients : ce surcoût n'est qu'indirect mais pourrait être quantifié par une étude organisationnelle sur les temps agents.

3.2. LES COUTS LIES AUX AMORTISSEMENTS TECHNIQUES ET FINANCIERS :

La charge d'amortissement des constructions est passée de 1 635 711 € en 2004 à 2 295 885 € en 2011. Le coût d'amortissement lié à l'opération est donc de 660 100 € par an pour toute la durée d'amortissement des immobilisations réalisées, soit trente-cinq ans. Cette durée dérogatoire des préconisations de la M 21¹⁷ constitue un allègement artificiel des charges d'amortissement et obère la capacité de renouvellement des investissements.

L'opération a été financée intégralement par des emprunts d'un montant total de 30 900 000 €, qui représentant près des trois quarts de l'encours de la dette du CHB. Il convient de noter que la subvention de l'Etat de 3 M€ n'a pas été incorporée au plan de financement de l'aile sud et a donc vraisemblablement servi à financer le cycle d'exploitation. Le montant consacré annuellement au paiement des annuités des emprunts souscrits pour l'opération de l'aile sud est de 2 668 486 € par an. Le CHB bénéficie toutefois d'une aide spécifique de l'ARH puis de l'ARS sur le titre IV de ses charges d'exploitation d'un montant annuel de 1 465 000 € par an pour le remboursement des intérêts. Ces emprunts ont été contractés selon diverses caractéristiques mais leur durée qui s'échelonne entre 15 et 30 ans obère indubitablement les possibilités d'investissement de l'établissement pour une longue période.

Les coûts directs et induits de ce programme d'investissement inadapté aux besoins de l'établissement ont contribué à accentuer ses difficultés financières.

¹⁷ Entre 20 et 30 ans pour un bâtiment.

3° PARTIE : UN ETABLISSEMENT CONFRONTE A DE GRAVES DIFFICULTES FINANCIERES

1. LA FIABILITE DES COMPTES

L'examen de la situation financière du centre hospitalier de Briançon requiert au préalable l'assurance de la sincérité des comptes. Les contrôles portant sur la sincérité et la fiabilité des comptes servent à mettre à jour les éventuelles pratiques comptables ayant pour effet de masquer les déficits réels.

1.1. L'INDEPENDANCE DES EXERCICES

1.1.1. Les intérêts courus non échus (ICNE)

Solde en balance de sortie	2007	2008	2009	2010	2011
1688« ICNE »	130 660,14	214 744,46	433 215,79	425 362,43	452 638,11

Lors du contrôle précédent, la chambre avait observé que ce compte n'était pas mouvementé. L'ordonnateur s'était engagé à ce que les ICNE, à compter de 2008, soient calculés et fassent l'objet d'un mouvement, ce qui a été fait.

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

Le compte 41913 prend en compte les avances reçues par les caisses de sécurité sociale.

2007	2008	2009	2010	2011
3 175 306,84	3 175 313,84	1 464 674,38	932 065,50	798 913,28

Interrogée sur la diminution des avances reçues, la comptable a rappelé que ce dispositif d'avances avait pour but d'accompagner la réforme du financement des hôpitaux mettant en place la tarification à l'activité (dispositif national). En 2007, 25 % des avances des deux années précédentes ont été remboursés à la CPAM par le CHB ce qui ramène le solde du compte à 3 175 306,84 € en 2007.

En 2008, après reconnaissance réciproque de la créance de l'article 58 entre l'établissement et la CPAM, il a été décidé de procéder à la compensation entre une partie de cette créance (partie dite « fraction exigible », représentant 89,96 % du montant total, soit 1 701 638,62 €) et les avances qui restaient à rembourser à la CPAM, soit 3 175 313,84 €. Cette compensation est intervenue en 2009. A l'issue de cette opération, le solde des avances 2005-2006 restant à reverser à l'assurance maladie s'établit à 1 464 674,38 €. La récupération de ce solde a ensuite fait l'objet d'un plan d'apurement en 22 mensualités de 66 576,12 € à compter du 25 mars 2010. En 2011, en raison de ses difficultés de trésorerie, l'établissement n'a pu honorer que deux mensualités ; la CPAM a alors accepté de proroger d'un an le plan d'apurement initial. La comptable a indiqué à la chambre que ce plan avait été strictement respecté en 2012 et que le compte 41913 avait donc été apuré à la fin de l'exercice 2012.

1.1.3. Un facteur de sous-évaluation des recettes : le compte 471

Le compte 471, comporte cinq sous-comptes qui recensent les recettes à classer ou à régulariser. Il a vocation à retracer les flux comptables liés à l'encaissement de recettes perçues préalablement à l'émission des titres de recettes.

	2007	2008	2009	2010	2011
4711« Versements des régisseurs»	0	0	0	737,58	0
4712« Virements réimputés»	0	0	0	0	0
4713« Recettes perçues avant émission des titres»	468,19	33,49	45 256,33	1 439,08	0
4714« Recettes perçues en excédent à réimputer»	0	24,37	149,23	90 992,74	37,86
4718« Autres recettes à régulariser»	6 380,50	17 647,73	76 873,61	394 821,44	16 565,10

(Source : comptes financiers)

Les soldes étaient donc particulièrement élevés sur le compte 4718 « autres recettes à réalisées » en 2009 et 2010. La comptable a indiqué à la chambre qu'il s'agissait pour l'essentiel des versements effectués par certaines caisses et mutuelles. Ces retards ont pu être résorbés progressivement au cours de l'exercice 2011.

1.2. LE PRINCIPE DE PRUDENCE

1.2.1. Les provisions pour risques

Les provisions pour risques, retracées par le compte 151, doivent permettre à l'établissement de faire face à des risques clairement individualisés. Les provisions pour risque peuvent en effet être détournées de leur objet afin de constituer indûment une réserve.

Il s'avère que depuis l'année 2007, le même montant de 46 259,64 € apparaît au compte 151 du centre hospitalier de Briançon.

Interrogé sur la nature des risques provisionnés au compte 151 et sur l'absence de mouvement sur ce compte depuis 2007, l'ordonnateur a indiqué que cette provision sur charges d'exploitation antérieure à 2001 n'avait plus lieu d'être et qu'elle ferait l'objet d'une reprise. Il apparaît cependant surprenant que la nouvelle direction, confrontée aux difficultés financières du CHB, ne se soit pas aperçue elle-même de l'existence de cette provision injustifiée ; elle a toutefois procédé à la reprise de cette provision injustifiée fin 2012.

1.2.2. Les provisions pour charges à répartir

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

	2007		2008		2009	
157« Provisions pour charges à répartir»	BE ¹⁸	BS ¹⁹	BE	BS	BE	BS
	102 827,81	102 827,81	102 827,81	102 827,81	102 827,81	102 827,81
158« autres provisions pour charges»	BE	BS	BE	BS	BE	BS
	353 000,00	353 000,00	353 000,00	177 000,00	177 000,00	377 000,00

	2010		2011	
157« Provisions pour charges à répartir»	BE	BS	BE	BS
	102 827,81	102 827,81	102 827,81	102 827,81
158« autres provisions pour charges»	BE	BS	BE	BS
	377 000,00	207 000,00	207 000,00	267 000,00

Interrogé sur la nature des dépenses prévisibles provisionnées au compte 157 et sur l'absence de mouvement sur ce compte depuis 2007, l'ordonnateur a indiqué qu'il s'agissait de provisions pour travaux antérieures à 2001 dont il n'était pas en mesure de retrouver le fondement. Fin 2012, une reprise totale de la provision injustifiée inscrite au compte 157 a été effectuée tandis que la provision enregistrée au compte 158 a été diminuée à hauteur de 79 000 € selon le compte financier 2012.

1.2.3. Les provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre des comptes épargne temps (CET)

L'établissement n'a pas été en mesure, compte tenu de sa situation dégradée, de provisionner les CET à hauteur des besoins comme le montre le tableau ci-après.

CET	2007	2008	2009	2010	2011
Personnel non médical					
nb de jours épargnés	1 293	1 270	1 630	1 867,5	2 113,58
valorisation financière y compris charges sociales	133 600	131 200	168 500	193 060	218 500
Personnel médical					
nb de jours épargnés	2 497,5	2 123,5	2 234	2 377,5	3 058
valorisation financière y compris charges sociales	1 101 397,5	936 463,5	98 5194	1 048 477,5	1 348 578
Total jours épargnés	3 790,5	3 393,5	3 864	4 245	5 171,58
Total valorisation financière	1 234 997,5	1 067 663,5	1 153 694	1 241 537,5	1 567 078
Provisions au cpte 143 (en €)	0	0	255 000	405 000	495 000
Insuffisance de provisions (en €)	1 234 997,5	1 067 663,5	898 694	836 537,5	1 072 078

sources : CHB

¹⁸ BE = Balance d'entrée

¹⁹ BS = Balance de sortie

Au vu de ce tableau, établi par le CHB, l'insuffisance de provision dépasse le million d'euros. La direction du CHB indique qu'une dotation à la provision à hauteur de 700 000 € a été constituée au terme de l'exercice 2012 couvrant partiellement le risque.

1.2.4. Les provisions pour dépréciation

Créances irrécouvrables admises en non-valeur (415) (sources : comptes financiers)

	Balance d'entrée	débit	crédit	Balance de sortie
2007	375 952,47	96 772,79	0	472 725,26
2008	472 725,26	119 544,04	75 000,00	517 269,30
2009	517 269,30	100 663,70	75 000,00	542 933,00
2010	542 933,00	583 926,04	40 993,04	542 933,00
2011	542 933,00	557 625,40	46 595,32	542 933,00

Au cours de l'exercice 2008, la trésorière a proposé à la directrice du Centre hospitalier en fonction à cette époque l'adoption d'un plan pluriannuel d'apurement des créances irrécouvrables admises en non-valeur. Le plan a été mis en œuvre et la somme de 75 000 € y a été consacrée pendant les deux exercices 2008 et 2009, mais face à la dégradation de la situation financière, le plan a été suspendu.

Par courrier du 4 Juin 2012, la trésorière a attiré l'attention de l'ordonnateur sur l'importance d'une reprise du plan d'apurement car le solde des créances d'un montant de 542 933 € au 31 décembre 2011 pèse sur le fonds de roulement.

Un plan triennal d'apurement a été mis en place avec effet immédiat en 2012 (203 398,09 €) puis 185 304,21 € en 2013 et 174 230,70 € en 2014.

Recommandation n° 3: veiller à maintenir un approvisionnement suffisant pour le financement des CET (compte 143) et à la poursuite de l'apurement des créances irrécouvrables admises en non-valeur (compte 415).

2. DES RESULTATS FORTEMENT DEFICITAIRES, MALGRE LES AIDES EXCEPTIONNELLES OCTROYEES, DU FAIT D'UNE INSUFFISANTE MAITRISE DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT FACE A LA DIMINUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

La situation financière du CHB est particulièrement dégradée avec un déficit cumulé qui atteint 9 425 927 €, un déficit réel cumulé au sens de l'article D. 6143-39 du code de la santé publique qui s'élève à 11 242 703,88 € et un encours de la dette au 31 décembre 2011 de près de 40 M€ composé à plus de 50% d'emprunts structurés.

2.1. UN COMPTE DE RESULTAT DU BUDGET PRINCIPAL DEGRADE MALGRE L'IMPORTANCE DES AIDES OCTROYEES PAR LA TUTELLE

De 2007 à 2011, le centre hospitalier de Briançon n'a connu que des résultats déficitaires, malgré les aides octroyées par l'ARH puis l'ARS qui en ont réduit l'importance. Le budget principal de l'exercice 2011 ne déroge pas à cette règle puisqu'il se clôture sur un résultat déficitaire de 423 680,50 €, malgré la dotation complémentaire exceptionnelle de 6 M€ perçue en fin d'année. Il succède toutefois à des déficits plus importants qui ont culminé en 2010 avec un résultat corrigé déficitaire à hauteur de plus de 4 M€.

Le déficit cumulé sur la période 2007/2011 s'élève à 9 425 927, 09 €. Cependant, le déficit réel cumulé s'élève à 11 242 703,88 €. En effet, afin d'évaluer le déficit réel, il est nécessaire de corriger le résultat comptable : « *des charges et des produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours, après vérification de la sincérité des inscriptions de charges et de produits* » selon l'article précité.

En euros	2007	2008	2009	2010	2011	Déficit cumulé
Résultat Comptable Budget H (source comptes financiers)	-158 385,60	-2 279 178,26	-2 674 653,62	-3 890 029,11	-423 680,50	-9 425 927,09
- Reports de charges personnel de N sur N+1(6721)						
+ Reports de charges personnel de N-1 sur N(6721)						
- Reports de charges à caractère médical de N sur N+1(6722)						
+ Reports de charges à caractère médical de N-1 sur N (6722)						
- Reports de charges hôtelières et générales de N sur N+1(6723)						
+ Reports de charges hôtelières et générales de N-1 sur N (6723)						
- Différence produits à recevoir de N sur N+1 (c/6728)			-65 492,00			
+ Différence produits à recevoir de N-1 sur N(c/6728)		65 492,00				
- Annulation titres émis au cours d'ex. ante de N sur N+1 (c/673)	-117 434,71	-171 112,90	-214 733,59	-107 507,14		
+ Annulation titres émis au cours d'ex. ante de N-1 sur N	42 043,59	117 434,71	171 112,90	214 733,59	107 507,14	
+ Reports de produits de N sur N+1 - titres réémis (c/7721)	67 412,51	69 336,60	165 052,64	5 570,80		
- Reports de produits de N-1 sur N - titres réémis (c/7721)	-23 294,67	-67 412,51	-69 336,60	-165 052,64	-5 570,80	
+ Reports de produits tarification specif ex ante de N sur N+1(c/7728)	163 103,31	189 276,12	106 910,06	4 991,69		
- Reports de produits tarification specif ex ante de N-1 sur N (c/7728)	-425 508,71	-163 103,31	-189 276,12	-106 910,06	-4 991,69	
Résultat corrigé des reports de charges et de produits	-452 064,28	-2 239 267,55	-2 770 416,33	-4 044 202,87	-326 735,85	- 9 832 686,88
+ impact insuffisance des provisions réglementées (CET)	-1 234 997,50	167 334,00	-168 969,50	62 156,50	-235 540,50	
+ impact insuffisance des provisions pour dépréciation de créances						
Résultat retraité au sens de l'article D 6143-39 du CSP	-1 687 061,78	-2 071 933,55	-2 939 385,83	-3 982 046,37	- 562 276,35	-11 242 703,88
- Crédits non reconductibles (dotations exceptionnelles d'équilibre)	-4 900 000,00	-4 500 000,00	-4 100 000,00	-3 900 000,00	-6 000 000,00	
Résultat de gestion hors dotations exceptionnelles	-6 587 061,78	-6 571 933,55	-7 039 385,83	-7 882 046,37	-6 562 276,35	-34 642 703,88

sources : CH de Briançon

Sans les aides récurrentes accordées par l'ARH puis l'ARS ce déficit réel cumulé s'élèverait même à 34 642 703,88 €. Ces aides exceptionnelles qui se sont traduites par le versement de crédits non reconductibles dans le cadre des « tensions budgétaires » et du contrat d'objectifs et de moyens, ont permis à l'établissement de réduire le montant de son déficit cumulé. Elles atteignent un montant total de 23 400 000 € pour la période 2007/2011. Les dotations perçues au titre de l'investissement hospitalier s'élèvent quant à elles, sur la même période, à 7 325 250 €.

	2007	2008	2009	2010	2011	TOTAL
Aides exceptionnelles						
Crédits non reconductibles (en €)	4 900 000	4 500 000	4 100 000	3 900 000	6 000 000	23 400 000
Dotations perçues au titre de l'investissement hospitalier						
Crédits non reconductibles (en €)	1 465 050	1 465 050	1 465 050	1 465 050	1 465 050	7 325 250
Provisions au compte 142 (en €)	1 298 004	1 134 707	974 707	577 707	282 707	

L'ensemble de ces aides exceptionnelles a largement contribué à réduire le déficit de l'établissement. Le déficit 2011 représente ainsi, hors aide exceptionnelle, 17,93 % des recettes du Titre 1 contre 1,18 % de ces mêmes recettes en prenant en compte, dans le résultat l'aide exceptionnelle de l'ARS.

	2007	2008	2009	2010	2011
Montant du déficit avec aide exceptionnelle	- 158 385,60	- 2 279 178,26	-2 674 653,62	- 3 890 029,11	- 423 680,50
Montant du déficit hors aide exceptionnelle	- 5 058 385,60	- 6 779 178,26	- 6 774 653,62	- 7 790 029,11	- 6 423 680,50
Montant des recettes du titre 1	36 243 193,57	35 014 111,08	35 838 504,57	34 285 663,62	35 831 617,33
% du déficit avec aide except	0,44 %	6,51 %	7,46 %	11,35 %	1,18 %
% du déficit hors aide except	13,96 %	19,36 %	18,90 %	22,72 %	17,93 %

2.2. UNE MAITRISE INSUFFISANTE DES DEPENSES DE FONCTIONNEMENT FACE A LA DIMINUTION DES PRODUITS DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

2.2.1. Des charges de fonctionnement maîtrisées seulement pour le titre I

Les charges de fonctionnement du CHB s'établissent en 2011 à 45 473 107,29 €, soit une augmentation de 5,15 % par rapport à 2007. Seul le titre I consacré aux charges de personnel a généré une économie nette qui s'élève à 84 555,58 €. Les dépenses des autres titres augmentent pour leur part d'environ 2,3 M€. (Cf. annexe III)

- Une maîtrise des charges de personnel portant essentiellement sur le personnel non médical

TITRE 01	CHARGES DE PERSONNEL	2007	2008	2009	2010	2011	EVOLUTION 2007/2011
621	Personnel ext. Établissement	50 168,98	51 469,52	175 101,12	191 368,75	68 838,78	37,21%
631	Impôts taxes/rém.	1 922 042,43	2 041 733,79	1 988 788,24	1 993 219,21	1 920 242,19	-0,09%
633	Impôts taxes versement assim. rém.	530 517,17	581 448,79	680 917,45	665 855,21	636 886,05	20,05%
641	Remuner. Pers. Non médical	1 401 043,31	1 417 585,74	54 765,36	204 085,14	62 730,99	-95,52%
6411	Rem. Pers. Stag. Titulaire	12 881 832,44	13 295 649,13	13 177 140,16	12 912 794,63	12 154 784,30	-5,64%
6413	Rem. Pers. Sous CDI	473 880,57	462 211,95	600 206,62	635 706,32	874 716,50	84,59%
6415	Personnel sous CDD			1 197 415,53	1 176 585,88	1 216 110,03	1,56%
642	Rem. Pers. Médical	374 558,46	274 343,65	414 699,06	444 546,21	545 083,00	45,53%
6421	PH temps plein/partiel	2 997 309,22	3 417 818,02	3 488 914,84	3 668 565,74	3 660 804,09	22,14%
6422	PH attaché	157 301,71	95 307,47	90 427,68	135 489,87	102 710,34	-34,70%
6423	Prat. Contract. Sans renouv. Droit				0,89	40 256,10	
6425	Permanence de soins	1 548 883,33	1 451 311,77	1 224 090,23	1 119 996,42	962 505,93	-37,86%
645(1)	Charges sécur. Soc pers.non medic.	5 446 349,31	5 581 893,15	5 615 787,74	5 533 592,30	5 290 879,99	-2,85%
6452	Charges sécur. Soc pers. Médic	1 473 125,12	1 597 269,56	1 576 174,84	1 651 249,13	1 656 084,78	12,42%
647 (1)	Autres charges soc. Pers. Non médic.	213 428,51	219 618,31	218 648,03	227 240,98	219 397,84	2,80%
647(2)	Autres charges soc. Pers. Médic.						
648	Autres charges du pers.	153 482,49	97 611,46	166 805,94	133 776,83	127 336,56	-17,04%

Les charges de personnel ont globalement diminué de 0,29 % sur la période 2007 – 2011.

Une dérive de la masse salariale est cependant constatée entre 2007 et 2009 avec une progression d'environ 3,5 %. Au cours de cette première période, une volonté de maîtrise des effectifs du personnel non médical titulaire et stagiaire apparaît (+ 300 000 € soit 2 % d'augmentation seulement) tout comme l'action conduite pour diminuer les frais afférents à la permanence des soins (- 320 000 €), mais ces efforts sont largement battus en brèche, pour le personnel non médical, par l'augmentation sensible du recours aux contractuels permanents (+ 275 000 €) et à l'intérim (+ 125 000 €) et surtout par un dérapage des charges relatives aux praticiens hospitaliers (+ 500 000 €).

A compter de 2010, une action plus générale de maîtrise des divers postes de charges du titre I est conduite à l'exception notable du recours aux contrats à durée indéterminée (+ 275 000 €) et du personnel médical dont les charges continuent à augmenter (+ 172 000 €). Les charges de personnel représentent désormais environ 65 % des charges totales. L'effort est particulièrement important sur le poste du personnel titulaire et stagiaire qui perd plus d'un million d'euros. Ainsi le volet ressources humaines du plan de redressement de l'hôpital a essentiellement porté sur l'effectif du personnel non médical, alors que le personnel médical bénéficiait lui d'une sorte de « sanctuarisation » sauf en ce qui concerne les dépenses liées à la permanence des soins²⁰. La direction du CHB fait valoir que l'établissement doit avoir recours à des cabinets experts ou d'intérim pour le recrutement médical pour pourvoir les postes vacants mais, malgré son isolement géographique, la situation de l'établissement s'avère moins préoccupante que certains autres hôpitaux de la région.

- Une évolution non contenue des charges à caractère médical

Les charges à caractère médical ont progressé sur la période de contrôle de 16,54 %. La principale cause de cette dérive provient des fournitures médicales, le compte 6066 ayant augmenté de façon continue entre 2007 et 2011 d'environ 742 000 € malgré une activité stable.

²⁰ Néanmoins cette diminution du poste « permanence des soins » doit être mise en corrélation avec le recours aux médecins remplaçants dont la rémunération couvre les gardes et astreintes qu'ils effectuent...

Toutefois, la direction du CH de Briançon indique qu'une part de cette augmentation concerne les molécules onéreuses qui font l'objet par ailleurs de recettes particulières. De surcroît l'établissement a recours de façon croissante, pour ses patients, à des prestations médicales externes comme l'imagerie (IRM) ou la biologie (pour respectivement 200 000 € environ) ou à de la sous-traitance (dialyse et stérilisation essentiellement).

- Une augmentation des charges à caractère hôtelier qu'il est nécessaire d'encadrer

Le titre III des charges de l'hôpital a augmenté de 13,67 % depuis 2007. L'ensemble des postes concernés connaissent une augmentation tendancielle, qu'il s'agisse des approvisionnements ou des prestations de service. Le coût global du recours à des services extérieurs apparaît ainsi particulièrement élevé puisqu'il se monte à 1,2 M€ en 2011.

- Une hausse inquiétante des charges de structure

Les charges d'amortissement, provisions, financières et exceptionnelles progressent de 20,78 % entre 2007 et 2011 pour atteindre une somme d'environ 900 000 €. Leur part dans la structure des charges de l'établissement représente ainsi en 2011 plus de 11 % des charges totales. Leur augmentation n'est cependant que la conséquence des opérations d'investissements réalisés récemment (amortissements) et du recours excessif à l'endettement pour les financer qui se répercute au niveau des charges d'intérêts (+ 37,10 % en cinq ans).

2.2.2. Des produits issus de l'activité hospitalière en baisse, partiellement compensés par d'autres sources de revenus

Les produits perçus par le CH de Briançon s'élèvent à 45 049 426,79 €. Ils ont progressé au cours de la période en revue de 4,55 % et se caractérisent par la diminution de la source de financement principale de l'hôpital (recettes T2A) compensée par l'essor important des autres ressources.

- Une diminution sensible des produits de l'hospitalisation

Les produits versés par l'assurance maladie ont ainsi diminué globalement de 1,14 % la principale source de financement par les GHS diminuant à elle seule de 9 %.

- Une hausse notable des autres produits de l'activité hospitalière :

Pour la période 2008-2011, ces produits progressent de 43,45 %. L'ensemble des postes de ce titre II est concerné par cette augmentation. Pour compenser la diminution des recettes de l'assurance maladie, les tarifs journaliers appliqués aux patients ont été régulièrement augmentés par le CHB de 3 à 3,5 % par an sur la période en revue à l'exception des tarifs SMUR qui ont davantage été alignés sur les tarifs pratiqués par des SMURS voisins comme ceux de Savoie.

Le CHB se distingue des autres établissements au niveau de ces recettes par l'importance du compte 733 « Prestations soins étrangers » impliquant majoritairement la patientèle italienne et de celle du compte 734 « Prestations autres établissement » qui concerne les structures de moyen séjour et médico-sociales de la région.

Ce titre représentant à présent près de 13 % des recettes de l'hôpital, le recouvrement de ces sommes revêt une importance cruciale.

- Une augmentation sensible des autres produits :

Ces produits ont évolué de 21,15 % depuis 2007. La valeur anormale du Titre 3 en 2008 correspond à des remboursements de charges sociales. En effet, le CHB avait déposé un recours auprès de l'URSSAF afin d'obtenir le remboursement des charges sociales payées indûment pour les emplois en contrat à durée déterminée ZRR (Zone de Revitalisation Rurale) pour un montant de 825 168 €.

La plus forte hausse concerne la rétrocession de médicaments (+ 366 000 €) qui a triplé de montant. En revanche, les produits de gestion courante baissent de façon continue (moins 414 000 € en cinq ans). Enfin, l'établissement a procédé à l'allongement des durées d'amortissements, pratique pourtant prohibée au nom du principe comptable de permanence des méthodes.

3. LA SITUATION DE LA DETTE :

3.1. L'ENCOURS DE LA DETTE

Le niveau de l'endettement s'élevait au 31 décembre 2011 à 39 072 382,53 €.

Situation de la dette au 31 décembre 2011

Montant de la dette globale	39 072 382.53 €
Taux moyen de la dette	6.05 %
Durée de vie moyenne de la dette	11 ans 8 mois
Nombre d'emprunts	23 contrats

Le ratio d'indépendance financière qui compare l'encours de dette à long et moyen terme aux capitaux permanents est en augmentation constante depuis 2003 et se situe désormais à un niveau très élevé de 88,74 % (contre 88,23 % en 2010 et 79,02 % en 2009) puisque la valeur médiane se situe à 44,45 % et que seulement 10 % des établissements de même catégorie obtiennent un ratio supérieur à 73,89 %. Ce ratio élevé est la conséquence des emprunts successifs contractés depuis 2003 pour le financement des investissements.

Le ratio de durée apparente de la dette²¹ du CHB s'est également beaucoup dégradé depuis 2005 du fait, bien évidemment, du recours massif à de nouveaux emprunts, mais aussi de l'effondrement de l'autofinancement, devenu négatif en 2010 (moins 1,1 M€). La capacité d'autofinancement étant de nouveau positive en 2011 (plus 2,8 M€), il faudrait désormais 14 années d'autofinancement au CHB pour rembourser l'intégralité de sa dette alors que la médiane pour les établissements de même catégorie se situe à seulement à 5 ans.

Au vu de ces ratios, tous deux élevés, l'établissement apparaît fortement endetté. Ce problème est accentué par la composition de cet encours qui inclut des emprunts structurés particulièrement risqués.

²¹ Le ratio de durée apparente de la dette indique, sur la base de l'autofinancement généré au cours d'un exercice donné, le nombre d'années d'autofinancement nécessaires pour rembourser l'intégralité de l'encours de la dette.

3.2. LA GESTION DE LA DETTE ET DES EMPRUNTS STRUCTURES

L'encours de la dette de l'hôpital de Briançon, qui s'est donc fortement accru au cours de ces dernières années, à la suite des investissements réalisés principalement au niveau de l'aile Sud, comprend plusieurs produits structurés très risqués, parfois issus eux-mêmes de renégociations successives.

A la fin de l'année 2011, cet encours incluait plus particulièrement 5 produits structurés conclus auprès de trois banques (respectivement un avec la banque 1, deux avec la banque 2 et deux avec la banque 3) qui seront analysés successivement. Un des emprunts passé avec la banque 3 a été renégocié en 2012.

3.2.1. L'emprunt structuré conclu avec la banque 1 :

Date de conclusion : 18 septembre 2007

Montant emprunté : 5 521 517,79 € (dont 2 521 517,79 de refinancement du capital restant dû (CRD) de 3 emprunts existants et 3 000 000 € de nouveaux financement)

CRD au 31 décembre 2012 : 3 910 180 €

Durée : 25 ans

Type de Produit : TAUX FIXE BONIFIE AVEC INDEXATION DU RISQUE SUR LE CHANGE USD/CHF

Taux d'intérêt :

- jusqu'au 25/09/2017 : taux fixe de 2,25 %

- du 26/09/2017 au 25/09/2032 :

taux fixe de 2,25 % si le change Usd/Chf > 1.00,

sinon $2,25 \% + 70 * ((1,00 / \text{change constaté}) - 1)$

Classification Gissler : Hors charte

Il s'agit d'un contrat particulièrement risqué, le risque étant à la hauteur de la bonification initiale d'intérêt obtenue (2,25 % fixe pendant la période de bonification, soit un niveau très sensiblement inférieur à celui disponible à cette époque sur les marchés). Comme le souligne l'organisme qui conseille l'hôpital, pour ce produit, « *les coupons peuvent monter très vite et à des niveaux importants car une part significative de la baisse du USD/CHF (70 %) vient s'incrémenter au coupon* ». Le taux de change USD/CHF s'est certes à nouveau apprécié mais il reste tout de même toujours inférieur à la barrière, fixée à 1 dans le contrat, déclenchant l'application d'un taux dégradé.

En pratique, il est quasiment impossible de sortir d'un tel produit, sauf à payer des indemnités pouvant dépasser le capital restant dû. Le conseil de l'hôpital évaluait ainsi la soulté négative à régler pour sortir de ce produit à 6 115 113,49 € au 18 octobre 2011. La valorisation établie par la banque à la même époque était beaucoup plus élevée (10,65 M€ au 31 décembre 2011). La remontée du dollar par rapport au franc suisse a sans doute eu pour effet de modifier favorablement ces valorisations mais il ne faut pas escompter qu'elles se réduiront significativement car, même en cas de remontée durable du dollar, le risque de dépréciation sur la longue durée du contrat restera toujours importante.

Les opportunités de renégociations intéressantes financièrement pour l'hôpital risquent donc d'être rares. La direction du CHB précise d'ailleurs qu'elle a rejeté des offres de renégociation issues de la banque 1 en juillet 2012 puis en mars et mai 2013 au vu des conditions défavorables proposées à l'établissement. La « protection » dont il bénéficie jusqu'en 2017, échéance à laquelle le capital restant dû aura diminué, ce qui limitera l'impact d'un éventuel taux dégradé, doit effectivement inciter l'hôpital à être particulièrement sélectif vis-à-vis d'éventuelles propositions de renégociations.

3.2.2. Les emprunts structurés conclus avec la banque 2 :

3.2.2.1. Le produit indexé sur la courbe des taux :

Date de conclusion : 2005

Montant emprunté : 1 500 000 €

CRD au 31 décembre 2012 : 1 080 000 €

Durée : 25 ans

Type de Produit : TAUX FIXE BONIFIE AVEC INDEXATION DU RISQUE SUR LA COURBE DES TAUX

Taux d'intérêt :

- si CMS 20 ans – CMS 2 ans > 0,60 % alors taux fixe de 3,15 %,

- sinon Taux fixe de 5,90 %

Classification Gissler : 3B

Ce contrat présente, pour le moment, relativement peu de risque. Sa renégociation générerait cependant une soulte négative de 272 316 € selon une estimation du conseil de l'hôpital en date du 18 octobre 2011. La banque a de son côté transmis à l'établissement une valorisation à 335 000 € (soulte négative demandée) au 6 juin 2012. Ces valorisations relativement importantes au regard du risque objectivement encouru s'expliquent par une anticipation, par les marchés, d'inversion de la courbe des taux en 2017 mais qui n'a aucune valeur prédictive réelle. Il est donc préférable pour l'hôpital d'en rester là pour le moment. La direction du CHB indique qu'elle a rejeté des propositions de renégociation de la banque 2 en juin 2012 puis février 2013.

3.2.2.2. Le produit indexé sur l'Euribor 12 mois :

Date de conclusion : 2006

Montant emprunté : 2 000 000 €

CRD au 31 décembre 2012 : 1 440 000 €

Durée : 25 ans

Type de Produit : TAUX FIXE CAPE AVEC INDEXATION DU RISQUE SUR L'EURIBOR 12 MOIS

Taux d'intérêt :

- Si Euribor 12 mois postfixé < 3,05 %, alors taux fixe de 4,27 %,

- Si 3,05 % < Euribor 12 mois < 4,27 %, Euribor 12 mois postfixé + 0,00 %,

- Si 4,27 % < Euribor 12 mois < 6,00 %, Taux fixe de 4,27 %,

- Sinon Euribor 12 mois postfixé + 0,00 %.

Classification Gissler : 1B

Le produit apparaît peu risqué par rapport à un produit variable pur, même si l'intérêt de l'avoir souscrit n'apparaît pas avec évidence. En effet, en cas de hausse de l'Euribor entre 3,05 % et 4,27 % ou au-delà de 5,99 %, l'hôpital en subit tout l'impact, alors que, lorsque l'Euribor est bas, il n'en bénéficie pas.

3.2.3. Les emprunts structurés conclus avec la banque 3

3.2.3.1. Le produit indexé sur la courbe des taux :

Date de conclusion : juillet 2008

Montant emprunté : 5 940 000 € (refinancement du CRD d'un emprunt existant)

Avant renégociation :

Durée : 25 ans

CRD au 31 décembre 2011 : 5 160 000 €

Type de Produit : TAUX FIXE BONIFIE AVEC INDEXATION DU RISQUE SUR LA COURBE DES TAUX

Taux d'intérêt :

- Du 01/08/2008 au 01/08/2009 : 3.89 %
- Du 02/08/2009 au 01/05/2028
- Si CMS 30 ans – CMS 1 an ≤ 0.0 , alors $5.03-5*(B-A)$
- Si CMS 30 ANS – CMS 1 an > 0.0 , alors 3.89 %
- Du 02/05/2028 au 01/05/2033 : EURIBOR 3 mois préfixé +0.00%

Classification Gissler : 3E

Après renégociation en mai 2012 :

Durée : inchangée

CRD au 31 décembre 2012 : 6 608 410 €

Durée : inchangée

Type de Produit (après renégociation) : FIXE

Taux : 3,90 %

Classification Gissler : 1A

La renégociation de cet emprunt en mai 2012, qui a été validée par l'ARS en application du décret n°2012-700 du 7 mai 2012, apparaît surprenante. Elle entraîne en effet l'intégration d'une indemnité de 1 709 000 € dans l'encours du capital restant à rembourser, générant ainsi des frais financiers supplémentaires. Cette indemnité correspondait certes peu ou prou à ce qu'exigeaient les marchés (en octobre 2011 le conseil de l'hôpital évaluait la soulté négative à 1 900 172 €) mais cette indemnité est impactée par une anticipation d'inversion de la courbe en 2016 qui n'a aucune valeur prédictive réelle et qui survalorise donc artificiellement l'indemnité par rapport au risque réel induit par ce produit.

La direction du CHB fait valoir un intérêt dans cette renégociation tenant à ce que la banque 3 a finalement consenti un taux fixe de 3,90 % au lieu des 4,20 % initialement proposé et elle estime que le surcoût annuel de 80 000 € tant en capital qu'en charges d'intérêt est justifié par la sécurisation d'un risque d'emprunt important. Dans son étude de 2011, le conseil de l'hôpital préconisait pourtant une simple surveillance mais pas de renégociation (« *ce contrat comporte à ce jour peu de risque d'activation* »). Cette renégociation d'intérêt discutable et relativement coûteuse ne semble s'expliquer que parce qu'elle a été liée de façon artificielle à celle du contrat indexé sur le change Euro/CHF.

3.2.3.2. Le produit indexé sur le change Euro/CHF

Date de conclusion : 2010

Montant emprunté : 7 836 066 € (refinancement du CRD d'un emprunt existant conclu en 2007 avec allongement de 2 ans en contrepartie de conditions plus intéressantes)

CRD au 31 décembre 2012 : 7 424 973 €

Durée : 24 ans

Type de Produit : TAUX FIXE BONIFIE AVEC INDEXATION DU RISQUE SUR LE CHANGE EURO/CHF

Taux d'intérêt

- jusqu'au 01/02/2012 : taux fixe de 3,18 %

- du 01/02/2012 au 01/05/2034 :

taux fixe de 3,18 % si le change Euro/CHF > 1,45,

sinon $4,23 \% + 50 * ((1,45 / \text{change constaté}) - 1)$

Classification Gissler : hors charte

Des discussions ont été entamées par la direction du CHB avec la banque 3, avec l'appui de l'ARS PACA, dès septembre 2011 dans la perspective du terme de la période bonifiée qui allait indubitablement déboucher sur l'application d'un taux fortement dégradé à deux chiffres compte tenu du niveau du change Euro/CHF. Pour illustration, le change Euro/CHF était à 1,2328 au 18 février 2013 ce qui donnerait un taux d'intérêt pour le contrat d'environ 13 %.

La médiation de M. Gissler, médiateur pour les emprunts à risques, a été sollicitée par le centre hospitalier le 29 mars 2012 et rapidement acceptée. Elle a débouché sur un plafonnement dérogatoire à 6,50 % des échéances pour 2012, cette mesure étant reconduite pour 2013 au vu d'une lettre de la banque 3 en date du 10 janvier 2013. Mais, au-delà, l'hôpital reste soumis aux aléas de taux d'un produit particulièrement risqué.

3.2.3.3. La liaison entre les deux emprunts de la banque 3

Le produit de pente renégocié et le produit de change, plafonné pour 2012 et 2013, sont deux produits différents ayant fait l'objet de discussions séparées, la médiation Gissler ne portant que sur le second. Si la direction du CHB soutient assez paradoxalement que toutes les banques ont une approche globale dans la renégociation d'emprunts mais que les discussions ont bien été menées en parallèle, les deux discussions ont été liées comme le prouvent les notes établies par le directeur de l'hôpital à leur sujet.

Comme l'hôpital n'avait que peu d'intérêt à la renégociation du produit de pente au regard du coût de la renégociation par rapport au risque qu'il faisait courir, et des recommandations de son conseil, cette liaison paraît avoir été imposée par la banque 3 dans le cadre d'une stratégie de nettoyage de son bilan. C'est l'hôpital qui en a subi les conséquences financières en obtenant certes un plafonnement temporaire de son taux pour le second mais ayant été obligé, en contrepartie, d'accepter une négociation coûteuse qu'il n'avait pas intérêt à conclure, pour le premier.

3.3. LE REMBOURSEMENT DES LIGNES DE TRESORERIE SOUSCRITES ANTERIEUREMENT A 2011 :

Le centre hospitalier de Briançon avait souscrit en 2009 et 2010 deux lignes de trésorerie, l'une pour un montant de 1,8 M€ auprès de la banque 3, l'autre auprès d'un autre établissement, la banque 4, pour un montant de 3 M€. Ces deux lignes de trésorerie étaient totalement utilisées au 31 décembre 2010. Elles n'ont pas pu être remboursées compte tenu de la situation de trésorerie de l'établissement.

La direction du CHB a engagé en avril 2011 des négociations afin d'obtenir de ces deux banques une prorogation d'échéances pour leur remboursement et d'éviter ainsi une situation de cessation de paiement. La banque 3 a accordé par deux fois en 2011 cette prorogation de ligne de trésorerie (1,8 M€) et une nouvelle fois en 2012 pour trois mois. L'établissement n'étant toujours pas en mesure de rembourser à cette échéance, la banque 3 a accordé un délai supplémentaire de 30 jours à compter du 5 septembre pour procéder au règlement de la somme due et exigible de 1,8 M€ tout en précisant que ce délai de paiement ne valait pas report de l'exigibilité de la créance, entraînant de fait l'application de pénalités fixées au taux de 4% l'an, soit 30 000 € pour 2012. En l'absence de remboursement, elle a adressé le 31 octobre 2012 une demande de « *remboursement sans délai de la somme de 1,8 M€ majorée des intérêts et pénalités de retard jusqu'au parfait paiement* ». Le directeur du centre hospitalier a adressé des demandes d'aides exceptionnelles de trésorerie auprès de l'ARS et de la DGOS qui ont été accordées et versées en deux tranches fin 2012, permettant ainsi le remboursement de la banque 3.

La banque 4, qui avait accordé en 2011 la prorogation de sa ligne de trésorerie de 3 M€ non remboursée jusqu'au mois d'août 2012 a refusé dans un premier temps toute nouvelle prorogation. Cependant, suite à une réunion en présence de représentants de l'ARS et de la DHOS en octobre 2012, et compte tenu des efforts de redressement entrepris par l'hôpital, la banque 4 a finalement décidé de maintenir une ligne de trésorerie « court terme » d'un montant de 1 M€ jusqu'au 30 août 2013 et exigé le remboursement du solde de 2 M€ en six mensualités de 333 000 €. L'ARS a pour sa part informé l'hôpital que, concernant les impayés de 3 M€ de la ligne de trésorerie de la banque 4, une négociation a abouti sur les éléments suivants : remboursement de 50 % en deux échéances, soit 0,75 M€ en décembre 2012 et 0,75 M€ en janvier 2013 (sur l'exercice budgétaire 2012) et consolidation de 50 % soit 1,5 M€ sur 5 ans en emprunt à taux fixe à compter du 1^{er} mars 2013.

4. LES RATIOS FINANCIERS

4.1. LE FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (FRNG) :

	2007	2008	2009	2010	2011
IMMOBILISATIONS INCORPORELLES	1 526	1 636	1 698	1 809	1 839
Immobilisations incorporelles	1 526	1 636	1 698	1 809	1 839
Charges à répartir	0	0	0	0	0
Primes de remboursement des obligations	0	0	0	0	0
IMMOBILISATIONS CORPORELLES	71 327	76 550	83 353	88 830	89 855
Terrains	192	192	185	185	185
Immobilisations en cours / terrains	0	0	0	0	0
Constructions	54 602	59 244	65 022	69 883	70 698
Constructions en cours	84	0	0	0	0
Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations	16 449	17 114	18 146	18 761	18 972
Installations, matériel et autres immobilisations en cours	0	0	0	0	0
Avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles	0	0	0	0	0
Immobilisations reçues en affectation	0	0	0	0	0
Immobilisations affectées ou mises à disposition	0	0	0	0	0
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	126	126	126	126	126
Participations et créances rattachées	125	125	125	125	125
Autres immobilisations financières	2	2	2	2	2
Créances de l'article 58	1 904	193	193	193	193
Créances de la sectorisation psychiatrique	15	15	15	15	15
I - Biens stables	74 898	78 520	85 385	90 973	92 028
FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL	3 879	5 350	1 896	- 1 347	- 1 826

Source : IDAHO (instrument d'analyse hospitalière) en K€

Le FRNG demeure très négatif, fin 2011, à hauteur de 1,8 M€. Il s'est dégradé en raison d'une progression des emplois stables supérieure à celle des ressources stables. Il représente moins 14,66 jours de charges courantes d'exploitation (contre moins 10,47 jours en 2010), et se situe donc très nettement au-dessous de la valeur médiane qui s'établit à 48,74 jours pour les établissements de même type. Le CHB se situe parmi les établissements qui enregistrent les plus mauvais résultats (ratio inférieur au minimum de moins 9,07).

4.2. LE BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR) :

Compte tenu de cette dégradation, le FRNG ne peut couvrir bien sûr le besoin en fonds de roulement (BFR) qui augmente sensiblement par rapport à 2010 ; il s'élève en effet à 3,7 M€ contre 2,4 M€ en 2010 et 2,7 M€ en 2009, ce qui représente 30 jours de charges à comparer avec la médiane pour ce ratio qui s'établit à 36,23 jours.

	2007	2008	2009	2010	2011
Apports	4 433	4 433	4 433	4 433	4 433
Excédents affectés à l'investissement	7 376	7 376	7 376	7 376	7 376
Subventions d'investissement	291	243	197	132	86
Emprunts et dettes assimilées	30 985	35 498	37 906	41 346	39 076
Amortissements	32 474	35 916	39 316	42 769	46 169
Dépréciations	0	0	0	0	0
Réserve de trésorerie	1 807	1 807	1 807	1 807	1 807
Réserve de compensation	0	0	0	108	124
Report à nouveau excédentaire	86	3	0	52	54
Report à nouveau déficitaire	- 168	- 392	- 2 864	- 5 670	- 9 754
Résultat comptable	- 307	- 2 475	- 2 645	- 4 067	- 363
Provisions règlementées	1 298	1 135	1 230	983	778
Provisions pour risques et charges	502	326	526	356	416
Autres dépréciations	0	0	0	0	0
I - Financements stables	78 777	83 870	87 282	89 627	90 202
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	1 019	1 607	1 229	2 880	2 323
Dettes fiscales et sociales	41	202	180	194	1 115
Avances reçues	3 176	3 180	1 467	933	803
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	590	313	789	807	292
Autres dettes diverses	480	139	145	143	181
Recettes à classer ou à régulariser	7	19	122	508	117
II - Dettes	5 313	5 459	3 932	5 466	4 830
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	5 886	7 352	2 743	2 415	3 735
Fonds en dépôt	29	29	30	38	31
Intérêts courus non échus	131	215	433	425	453
Crédits de trésorerie	1 903	3 000	500	4 800	5 600
III - Financements à court terme	2 063	3 244	963	5 264	6 084
TRESORERIE	- 2 007	- 2 002	- 847	- 3 791	- 5 561
TOTAL PASSIF	86 154	92 573	92 177	100 356	101 115

Source IDAHO

4.3. LA TRESORERIE:

La trésorerie reste fortement négative en 2011 (moins 5,5 M€ contre moins 3,8 M€ en 2010) ce qui représente 44,66 jours de charges courantes. Le montant des lignes de trésorerie utilisées au 31 décembre 2011 s'élève à 5,6 M€ avec une utilisation permanente en 2011 à hauteur de 4,8 M€ et des « pics » qui ont atteint 5,3 M€ en juillet et même 6,7 M€ du 20 au 26 décembre 2011.

La valeur médiane des établissements de même catégorie se situe à plus 10,13 jours. En l'absence de possibilité de contracter de nouvelles lignes de trésorerie, l'établissement sollicite régulièrement depuis le mois de mai 2012 l'ARS afin d'obtenir des crédits exceptionnels et d'éviter ainsi une situation de quasi cessation de paiement des fournisseurs, voire des salaires des agents.

4.4. LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT :

	2007	2008	2009	2010	2011
Excédent brut d'exploitation	2 834	1 151	1 761	- 132	3 908
+ Transferts de charges d'exploitation	0	0	0	0	0
+ Autres produits d'exploitation	967	766	807	551	548
- Autres charges d'exploitation	54	113	141	68	40
+ Produits financiers (sauf reprises)	0	21	0	0	0
- Charges financières (sauf dotations)	1 256	1 411	1 542	1 556	1 634
+ Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital)	529	282	313	313	179
- Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital)	86	121	243	227	114
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	2 933	575	954	- 1 119	2 846

	2007	2008	2009	2010	2011
Résultat de l'exercice	- 307	- 2 475	- 2 645	- 4 067	- 363
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés	0	9	7	0	0
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	3 289	3 442	3 855	3 603	3 685
- Produits des cessions d'éléments d'actif	0	12	54	24	0
- Quote-part des subventions virées au compte de résultat	49	49	49	64	47
- Reprises sur amortissements et provisions	0	339	160	567	430
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT	2 933	575	954	- 1 119	2 846

La capacité d'autofinancement qui était négative en 2010 redevient positive en 2011 grâce à l'aide exceptionnelle de 6 M€ versée par l'ARS. La CAF nette qui prend en compte le remboursement en capital de la dette suit la même évolution et s'établit à 0,575 M€ en 2011.

5. DES PLANS SUCCESSIFS DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER SOUVENT AMBITIEUX MAIS QUI SE SONT MALHEUREUSEMENT REVELES INADAPTES OU INSUFFISANTS :

La mise en place de plans de redressement est récente alors que les difficultés financières de l'établissement sont anciennes. En effet, le CH de Briançon était par le passé dans une situation historique de surdotation au titre de l'ancien mode de financement par dotation globale de financement. Cette situation de déficit d'exploitation structurel, connue de la tutelle²², a en outre été longtemps masquée par une pratique de recours à des reports de charges jusqu'en 2006 puis par l'octroi d'aides exceptionnelles non contractualisées de la part de l'ARH (environ 6 M€ par an depuis 2006). Le passage à la tarification à la pathologie, avec notamment l'application d'un coefficient de transition progressivement défavorable²³ destiné à corriger la situation ex-ante de surdotation, a donc été le révélateur d'une situation délicate latente amenant la communauté hospitalière à se préoccuper enfin de ces difficultés financières.

²² Au vu notamment de la valeur du point ISA de l'établissement.

²³ Coefficient initial de 1,1097 en 2008 puis de 1,0768 pour 2008/2009, 1,0512 pour 2009/2010 et 1,0256 pour 2010/2011.

5.1. LES DEUX PREMIERS PLANS DE REDRESSEMENT (2008 – 2009) :

Deux plans de redressement ont donc été élaborés en 2008 et 2009 par la direction du CHB sans aucune forme de contractualisation avec l'ARH. C'est pourtant cette dernière qui avait initié le premier plan par courrier au directeur de l'établissement en date du 4 octobre 2007 dans la perspective de conclure un contrat de retour à l'équilibre financier qui ne sera finalement mis en place que bien plus tard.

Le premier plan de redressement validé par le conseil d'administration de l'hôpital le 29 avril 2008 prévoyait une douzaine de mesures :

- Regroupement des lits d'hospitalisation réellement occupés avec l'aide d'un déploiement progressif d'une régulation centralisée permettant une fermeture d'un service de 12 lits, 6 mois par an, soit environ 300 000 €/an ;
- Diminution progressive des remplacements médicaux en pourvoyant les postes vacants : économie attendue de 250 000 €/an ;
- Regroupement et automatisation des secrétariats médicaux (logiciel de saisie vocale) permettant le redéploiement de 6 postes, soit 180 000 €/an ;
- Réduction du nombre de cadres de santé : 3 postes, soit 180 000 €/an ;
- Optimisation de l'organisation administrative et logistique : 3 ETP ouvriers ou administratifs, soit 90 000 €/an ;
- Mutualisation progressive de compétences entre anesthésie et réanimation : économie d'un poste de PH et de l'astreinte d'anesthésie, soit 160 000 €/an ;
- Rapprochement géographique avec le centre médical Rhône-Azur (synergie sur les fonctions logistiques et techniques) : économie de 15 postes techniques et sur la gestion pour 580 000 €/an ;
- Amélioration des recettes prévisionnelles au niveau du codage et de l'activité (chirurgie ambulatoire, UHCD, laboratoire, VNI²⁴) pour 600 000 €/an
- Regroupement progressif des activités de laboratoire et d'immunohématologie : gain de trois postes de techniciens et de temps médical, soit 210 000 €/an ;
- Maîtrise des compteurs d'heures²⁵ estimé à 4 ETP, soit 120 000 €/an ;
- Economies diverses sur les dépenses de 2007 (essentiellement des dépenses de personnel), pour 342 000 €/an ;
- Urgences – SMUR – Secours en montagne : hausse des tarifs SMUR, adaptation saisonnière et journalière des équipes pour un gain estimé à 110 000 €/an ;

²⁴ Ventilation Non Invasive

²⁵ Il est évoqué un « paramétrage souple des bornes de plages de travail paramédical réalisé en 1999 »...

Ce premier plan est donc ambitieux puisqu'il vise à générer 600 000 € de recettes et à réduire des dépenses de près de 3 M€ à l'horizon de cinq ans. Par courrier du 5 mai 2008, l'ARH a validé ce plan et confirmé l'octroi de crédits non reconductibles jusqu'en 2011. Certains des projets du plan ne sont pourtant pas suffisamment décrits, notamment le rapprochement avec le centre médical Rhône Azur, encore non effectif à ce jour alors qu'il doit, selon le plan, permettre d'économiser pas moins de 15 postes. Par ailleurs d'autres projets paraissent bien incertains comme ceux devant générer des recettes malgré une activité stagnante.

Dès le premier bilan d'exécution adressé à l'ARH le 22 septembre 2008, la direction du CHB indique que certains projets ont d'ores et déjà été reportés suite à l'opposition du corps médical : le regroupement des lits, le développement de la chirurgie ambulatoire et les économies sur le pôle médecine (postes attribués en 2007). D'autres projets s'avèrent moins prometteurs qu'espéré comme la diminution des remplacements en cardiologie du fait de recrutement d'un PH ou l'activité de VNI. En revanche, il est indiqué que des résultats positifs sont obtenus sur les réductions d'effectifs (cadres, secrétaires médicales ou ouvriers) et surtout sur l'activité (amélioration du codage et ouverture des lits-porte). Ce premier bilan affiche un gain estimé à environ 679 000 € contre 700 000 € euros attendus la première année, mais il laisse déjà entrevoir quelques doutes sur l'effectivité à moyen terme de certaines mesures. Le second bilan dressé fin 2009 va d'ailleurs confirmer que le gain obtenu pour cet exercice est finalement ramené à 294 000 €, ce qui est plutôt modeste.

De nouveaux projets sont cependant rajoutés en novembre 2008 comme la réorganisation du bloc opératoire et le développement de la chirurgie ambulatoire rattachés au projet de regroupement de lits d'hospitalisation, et une meilleure appréhension de l'effet saisonnier sur l'activité. Toutefois, les objectifs financiers sont revus à la baisse en terme d'économies (2 675 000 € à l'horizon de cinq ans) et à la hausse en terme de recettes attendues (860 000 €), aboutissant à un objectif inchangé de 3,5 M€ de gains nets d'ici cinq ans.

Un nouveau bilan du plan de retour à l'équilibre réalisé en novembre 2009, indique que les réductions d'effectifs ont été poursuivies dans les secteurs susmentionnés mais qu'en revanche les projets impactant les médecins n'ont pu être réalisés (remplacements, mutualisation anesthésie / réanimation et urgences).

De nouveaux projets ont également été lancés au cours de cet exercice, ils forment le second plan de 2009 qui ne sera cependant approuvé qu'ultérieurement. Celui-ci prévoit les mesures d'économies suivantes :

- optimisation des nouveaux locaux de l'aile sud : attente d'un surcroît d'activité avec la réouverture de 22 lits ;
- facturation des chambres particulières estimée à 210 000 € de recettes supplémentaires par an ;
- valorisation de locaux du bâtiment « Etoile des neiges » : location des 4^{ème} et 5^{ème} étages à des professionnels de santé pour un montant indéterminé ;
- vente d'un bâtiment désaffecté pour 250 000 € ;
- gel des avancements de grade et d'échelon sur deux ans pour 77 000 € d'économies ;
- révision des astreintes : masseur-kinésithérapeute, forfaitisation d'astreintes médicales et mutualisation de lignes d'astreinte ;
- diverses réductions d'effectifs sur l'entretien et avec le départ volontaire d'agents ainsi que des mesures de gestion prévisionnelle des emplois et compétences (recrutements notamment) ;

- développement du partenariat avec le CH d'Embrun : paiement de vacations en orthopédie, urologie et ORL ;

Ces nouvelles mesures sont fort disparates et certaines ne sont même pas valorisées comme l'optimisation des nouveaux locaux de l'aile sud ; d'autres ne peuvent générer que des gains sur un seul exercice comme la plus-value de cession d'un bâtiment ou les mesures de gestion prévisionnelle des emplois et compétences.

Le bilan réalisé en novembre 2009 fait état d'un gain de 617 250 € supplémentaire mais il comporte des zones d'ombre sur l'effectivité de certaines mesures (par exemple sur l'organisation du bloc opératoire).

Par un courrier du 16 novembre 2009, l'ARH s'est inquiétée du décalage entre les bilans positifs adressés par la direction du CHB et le creusement du déficit d'exploitation. De plus, nonobstant l'adoption de ces nouvelles mesures par le conseil d'administration le 9 décembre 2009, ce second plan de redressement comporte plus de mesures ponctuelles que de projets structurants et suscite une opposition grandissante en interne, particulièrement des médecins. Par lettre du 19 janvier 2010, l'ARH demande donc à l'établissement de faire appel à une mission d'appui à l'occasion de l'élaboration de son projet d'établissement et d'un troisième plan de redressement : cette mission est confiée au cabinet de consultants PHME qui a mené ses travaux de février à juillet 2010 et dont les conclusions ont alimenté une grande partie du contenu d'un nouveau plan de retour à l'équilibre.

5.2. L'ACTUEL PLAN DE RETOUR A L'EQUILIBRE (2011-2014) :

Compte tenu de la gravité de la situation financière du centre hospitalier, un nouveau plan de redressement, qualifié cette fois de plan de retour à l'équilibre (PRE), a été élaboré et approuvé par le directoire le 7 février 2011. Il a fait l'objet d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2007-2011 conclu le 1^{er} août 2011 entre l'ARS et le CHB. Le PRE s'appuie sur diverses mesures d'optimisation des recettes et de maîtrise des dépenses et vise l'équilibre dès 2013 dans l'hypothèse du maintien d'une aide spécifique de l'ARS de 4 M€ par an.

5.2.1. L'optimisation des recettes :

Le PRE envisage le développement de l'offre de soins à destination des patients italiens de la vallée de Suse, à raison de 42 patients supplémentaires par an pendant 3 ans, soit une recette estimée à 450 000 €. L'établissement souhaite également reconquérir des parts de marché en comptant sur un supplément de 375 séjours et 500 scanner à l'échéance de trois ans, soit 800 000 € de recettes. Le développement des consultations et des actes externes est aussi envisagé, notamment en pédiatrie, avec 2000 consultations supplémentaires à l'échéance de trois ans (100 000 €). La création de deux places de jour en médecine gériatrique, soit 200 nouveaux séjours, devrait de son côté rapporter 150 000 €. Enfin, le PRE prévoit la facturation de chambres particulières et de lits accompagnants, pour une recette estimée à 310 000 €.

5.2.2. La maîtrise des charges directes :

Le PRE affirme que la maîtrise des charges directes est indispensable au redressement de la situation financière de l'établissement. Il décide donc de mettre en place les mesures suivantes :

- réorganiser la continuité et la permanence des soins et réduire au maximum le recours aux vacations (600 000 €+ 300 000 € = 900 000€) ;
- ajuster les moyens en personnels médicaux (150 000 €) ;
- restructurer les services de soins de court séjour ce qui implique le gel de 32 postes d'IDE et d'AS (1 260 000 €) ;

- regrouper les deux laboratoires avec un gain de 3 ETP techniciens (120 000 €) ;
- réorganiser la pharmacie et l'imagerie avec un gain de 4 ETP de personnel médico-technique (175 000 €) ;
- mutualiser les diverses tâches communes à l'ensemble des services avec un gain de 5 ETP d'agents de service hospitalier (165 000 €) ;
- mutualiser les secrétariats médicaux avec un gain de 5 ETP de secrétariat (200 000 €) ;
- mettre en place une indemnité volontaire de départ pour les agents ayant leur propre projet personnel (280 000 €) ;
- mettre en œuvre diverses mesures d'économies concernant le titre 3 « dépenses à caractère général et hôtelier » (210 000 €) ; la location des tenues vestimentaires annuelles ayant coûté 130 000 € à l'établissement en 2010, il est donc envisagé d'abandonner la location des tenues vestimentaires pour une gestion directe (achat) ; une baisse des transferts SMUR (15 patients par an) est par ailleurs attendue avec la fin des travaux de l'aile sud qui avaient pour conséquence une baisse du nombre de lits disponibles.

5.2.3. Le bilan du PRE fin 2011 :

Les augmentations attendues de recettes

Les prévisions d'augmentation de recettes prévues en 2011 pour un montant de 549 420 € n'ont pas été atteintes, puisqu'elles se sont élevées en définitive à 294 820 €. Si le développement de l'activité par l'accueil de patients italiens a nettement progressé (de 150 000 € à 384 910 €, soit + 256,6 %), les autres mesures d'augmentation des recettes n'ont pas donné le résultat escompté, notamment la reconquête des parts de marchés, hors patients italiens (moins 111 050 €) et la progression des actes externes de scanner (moins 41 000 €).

Augmentation des recettes		2011 Prévu	2011 Réalisé	2012 Prévu	2012 Révisé	2013 Prévu	2013 Révisé	2014 Prévu	2014 Révisé	TOTAL Prévu	TOTAL Révisé
1	Développer l'activité en s'ouvrant vers l'Italie	150 000 €	384 910 €	150 000 €	200 000 €	150 000 €	200 000 €			450 000 €	784 910 €
2	Créer 2 places d'hôpital de jour, en médecine gériatrique				32 500 €	150 000 €	12 500 €			150 000 €	45 000 €
3	Développer les consultations et actes externes en particulier en Pédiatrie	37 500 €	30 450 €	37 500 €	19 500 €	25 000 €	13 000 €			100 000 €	62 950 €
4a	Amélioration des recettes par une progression des actes externes de scanner	30 000 €	-41 000 €	20 000 €	45 000 €					50 000 €	4 000 €
4b	Reconquérir des parts de marché, hors patients italiens	250 000 €	-111 050 €	250 000 €	100 000 €	250 000 €	100 000 €			750 000 €	88 950 €
5	Développer et optimiser la vente des « chambres particulières ». Vente et facturation lits accompagnants	81 920 €	31 510 €	113 680 €	104 560 €	113 680 €	104 560 €			309 280 €	240 630 €
15	Cession d'éléments d'actif				400 000 €					0 €	400 000 €
Total augmentation des recettes		549 420 €	294 820 €	571 180 €	901 560 €	688 680 €	430 060 €	0 €	0 €	1 809 280 €	1 626 440 €

L'établissement a donc revu ses objectifs et le montant total des mesures d'augmentation des recettes est désormais fixé à 1 626 440 € fin 2013 contre 1 809 280 € dans le plan de retour à l'équilibre initial, soit 182 840 € de recettes en moins.

Les mesures visant à diminuer les dépenses

Diminution des dépenses		2011 Prévu	2011 Réalisé	2012 Prévu	2012 Révisé	2013 Prévu	2013 Révisé	2014 Prévu	2014 Révisé	TOTAL Prévu	TOTAL Révisé
6a	Réorganiser la continuité et la permanence des soins.	130 000 €	157 490 €	170 000 €	170 000 €					300 000 €	327 490 €
6b	Réduire au maximum le recours aux vacations	200 000 €	46 240 €	200 000 €	50 000 €	200 000 €	50 000 €			600 000 €	146 240 €
6c	Optimisation des dépenses liées à la permanence des soins dans le cadre du nouveau SROS				36 000 €		36 000 €			0 €	72 000 €
7	Ajuster les moyens en personnels médicaux			150 000 €	0 €		150 000 €			150 000 €	150 000 €
8	Réorganisation de l'ensemble des services de soins de court séjour avec le gel de 32,3 postes d'IDE et d'AS	500 000 €	478 000 €	480 000 €	240 000 €	280 000 €	280 000 €			1 260 000 €	998 000 €
9	Réorganisation des laboratoires – Mutualisation des 2 laboratoires	60 000 €	40 000 €	60 000 €	40 000 €		40 000 €			120 000 €	120 000 €
10	Réorganisation de la pharmacie et de l'imagerie	43 750 €	87 500 €	131 250 €	87 500 €					175 000 €	175 000 €
11a	Ajuster les effectifs des fonctions ASH	41 250 €	5 500 €	123 750 €	93 500 €					165 000 €	99 000 €
11b	Ajuster les effectifs administratifs, techniques et logistiques	24 750 €	0 €	74 250 €	99 000 €					99 000 €	99 000 €
12	Mutualiser les effectifs de secrétariats médicaux	50 000 €	44 800 €	150 000 €	80 000 €					200 000 €	124 800 €
13	Mise en place de l'Indemnité de Départ Volontaire pour 20 agents	140 000 €	0 €	140 000 €	0 €					280 000 €	0 €
14	Réduction des coûts du titre 3	60 000 €	448 100 €	50 000 €		50 000 €		50 000 €		210 000 €	448 100 €
Total réduction de dépenses		1 249 750 €	1 307 630 €	1 729 250 €	896 000 €	530 000 €	556 000 €	50 000 €	0 €	3 559 000 €	2 759 630 €

TOTAL RECETTES - DEPENSES PRE	1 799 170 €	1 602 450 €	2 300 430 €	1 797 560 €	1 218 680 €	986 060 €	50 000 €	0 €	5 368 280 €	4 386 070 €
-------------------------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-----------	----------	-----	-------------	-------------

Les prévisions de diminution des dépenses ont par contre été atteintes fin 2011, avec un total de 1 307 630 € d'économies contre 1 249 750 € prévues initialement, grâce notamment à la réduction des

coûts du titre 3 atteinte dès la fin 2011 (448 100 € contre 60 000 € prévus en 2011 et 210 000 € à la fin du PRE).

Cependant, le montant total des diminutions de dépenses envisagées pour fin 2013 a dû être revu à la baisse, notamment en termes de personnels. La prévision de diminution des vacances passe ainsi de 600 000 € à 146 240 €, le gel des postes d'infirmiers et d'aides-soignants ne rapporterait plus que 998 000 € contre 1 260 000 €, la mutualisation des effectifs de secrétariats médicaux 124 800 € au lieu de 200 000 €. Les économies de 280 000 € consécutives au départ volontaire de 20 agents sont, quant à elles, abandonnées faute de candidats. En définitive, le total des diminutions de dépenses envisagées pour fin 2013 ne s'élèvent plus qu'à 2 759 630 € contre 3 559 000 € prévues dans le PRE initial.

Au total, les mesures du PRE ne rapporteraient plus que 4 386 070 € contre 5 368 280 € prévus initialement, soit 982 210 € de moins.

La mise en œuvre de ce plan ambitieux, qui a connu un relatif succès dans ses deux premières années d'exécution nonobstant les aménagements effectués en 2012, a été cependant suspendue suite à la lettre du ministre de la santé en date du 2 août 2012 indiquant que : « *jusqu'à ce que je me sois prononcée sur les suites à donner au rapport [de l'IGAS], je demande au directeur général de l'ARS de suspendre les projets de réorganisation notamment s'agissant du service de la réanimation.* » Depuis septembre 2012, et compte tenu de l'opposition marquée du corps médical (Cf. page 4), l'ensemble des projets de restructuration affectant les soins sont donc reportés jusqu'à la divulgation des conclusions de la mission d'inspection générale de l'IGAS prévue fin mars 2013.

6. DES RESULTATS ANALYTIQUES PAR SERVICE METTANT EN EXERGUE UNE SURCONSOMMATION DE MOYENS AU REGARD DES RECETTES DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE GENEREES

6.1. DES SERVICES DE SOINS GLOBALEMENT ET STRUCTURELLEMENT DEFICITAIRES AU VU DE LA DEGRADATION DES RESULTATS ANALYTIQUES DEPUIS 2007

6.1.1. Le pôle médecine

De 2008 à 2011, le principal service d'hospitalisation du pôle médecine, comprenant l'unité de médecine A et l'hépatogastroentérologie, et l'unité de dialyse voient leurs recettes diminuer alors que le court séjour gériatrique et l'hôpital de jour progressent fortement. Ainsi les recettes du pôle médecine, hors réanimation et surveillance continue²⁶ progressent de 9,5 M€ à 11,8 M€, soit une augmentation de près du quart.

²⁶ La réanimation (avec la surveillance continue) qui était isolée dans les comptes de résultat analytique jusqu'en 2009 inclus, a été rattachée au résultat de l'activité du pôle médecine. Cependant du fait de son enjeu et de l'importance de son déficit, elle a été maintenue isolée de ce pôle (les recettes du pôle médecine sont donc exprimées hors celles de la réanimation).

Néanmoins, du fait de la progression plus importante des dépenses (13 907 772 € en 2011 contre 10 010 011 € en 2008), le résultat²⁷ du pôle médecine passe de -130 682 € en 2008 à - 762 256 € en 2011. Tous les services, à l'exception notable de l'unité de médecine A, présentent un résultat déficitaire. La baisse globale d'activité du pôle médecine sur la période considérée, accentuée par la baisse du coefficient correcteur sur les tarifs des GHS, explique l'essentiel de ces déficits.

La réanimation et surveillance continue ont rejoint le pôle médecine à compter de 2010. Les recettes de ce service ont proportionnellement davantage progressé que les dépenses entre 2008 et 2011 et son résultat s'est stabilisé autour de – 1,3 M€ en 2011 contre – 1,6 M€ en 2008.

Evolution des résultats d'hospitalisation du pôle médecine

	2008	2009	2010	2011
Médecine A	712 736	247 241	24 106	
HGE	-381 100	-274 426	-342 936	
Médecine + HGE				130 801
HDJ	-356 932	-168 734	-232 762	-297 923
Dialyse	-105 386	-137 375	-350 759	-447 767
CS gériatrie		-211 489	32 864	-147 368
Résultat pôle médecine	-130 682	-333 294	-869 487	-762 257
<i>Réanimation - surveillance continue</i>	<i>-1 616 841</i>	<i>-1 539 852</i>	<i>-1 331 486</i>	<i>-1 361 089</i>

6.1.2. Le pôle chirurgie

Il convient de distinguer, d'une part, la chirurgie proprement dite (chirurgie générale, chirurgie orthopédique, chirurgie ambulatoire, ORL stomato et ophtalmologie) et, d'autre part, le pôle mère-enfant (gynécologie-obstétrique et pédiatrie).

Les recettes globales du pôle chirurgie ont diminué de 12 % de 2008 à 2011. A l'exception de la chirurgie ambulatoire qui est passée de 464 543 € en 2007 à 1 023 982 € de recettes en 2011 (soit une augmentation de 120,43 %), toutes les disciplines affichent une diminution de celles-ci.

Qu'il s'agisse du résultat global (moins 2 010 156 € en 2011), de celui de la « chirurgie pure », tous les résultats sont déficitaires depuis 2008, y compris celui de la chirurgie ambulatoire.

L'ORL - stomatologie ainsi que l'ophtalmologie ont été fusionnés avec la chirurgie générale devenue « chirurgie et spécialité chirurgicales » en 2011. De même, en vue de la création d'un réel pôle « femme-enfant », la gynécologie chirurgicale a été fusionnée avec l'obstétrique au sein du sous-pôle chirurgie femme-enfant à compter de 2011.

²⁷ Résultat hors activités de santé publique (addictologie et AGDUC), qui passent en consultations externes dans les CREA à compter de 2010 (pour plus de cohérence dans l'évolution, ces activités ont été isolées dès 2007).

Evolution des résultats d'hospitalisation du pôle chirurgie (hors planning familial²⁸)

	2008	2009	2010	2011
Chirurgie générale et viscérale	-251 730	-351 281	-701 398	
Chirurgie et spécialités chirurgicales				-304 332
Chirurgie et anest.ambul.	-169 972	-260 896	-396 258	-178 847
Ortho et traumatologie	-146 452	-494 339	-775 789	-568 812
ORL stomato	121 757	89 895	148 921	
Ophtalmologie	-131 454	-135 534	-62 636	
Gynéco chirur.	-41 803	-14 594	-39 489	
Sous-total chirurgie	-619 654	-1 166 749	-1 826 649	-1 051 991
Maternité (obstétrique)	-963 949	-607 851	-627 548	
Obstétrique et gynécologie		-491 016	-426 360	-596 835
Pédiatrie	-405 641			-361 330
Sous total pôle mère-enfant	-1 369 590	-1 098 867	-1 053 908	-958 165
Résultat pôle chirurgie	-1 989 244	-2 265 616	-2 880 557	-2 010 156

6.1.3. Les urgences, le SMUR et les secours en montagne

Le déficit des urgences, du SMUR et des secours en montagne a bien diminué grâce notamment à la plus forte progression de ses recettes (+ 54,28 % entre 2008 et 2011) sur ses dépenses (+22,22 %). Ceci est corrélé par l'augmentation de l'activité de ce service au vu du nombre de passages passé de 16 512 à 18 930 entre 2007 et 2011, soit une progression de 14,64 %.

Evolution des résultats de 2007 à 2011 des urgences, SMUR et secours en montagne

	2007	2008	2009	2010	2011
Résultats urgences-smur-secours	-1 133 390	-1 244 386	-596 103	-767 503	-675 019

6.1.4. La psychiatrie

Le résultat de la psychiatrie, après deux années de déficit, est très légèrement excédentaire en 2011 traduisant une convergence entre dépenses et recettes autour de la dotation de financement attribuée à ce titre.

²⁸ Le planning familial est exclu du résultat total ici car à compter de 2010 il passe en consultations externes.

	2007	2008	2009	2010	2011
Résultats psychiatrie	86 285	23 539	-173 477	-209 662	1 702

6.2. DES POSTES DE COUTS EXPLIQUANT LE DEFICIT STRUCTUREL...

Le résultat analytique des services de court séjour fait apparaître en 2011 un déficit global de 5 451 073 €, dont 4,1 M€ imputables à l'hospitalisation qu'il convient d'analyser au niveau des principaux postes de dépense en les comparant avec ceux découlant de l'étude nationale des coûts (ENC) pour les services cliniques et ceux de la base dite d'Angers pour les fonctions administrative et logistique.

6.2.1. Analyse des coûts par rapport à l'échelle nationale des coûts

6.2.1.1. Part des charges au sein du pôle chirurgie et du pôle médecine²⁹

	Pôle médecine		Pôle chirurgie	
	CH Briançon	ENC	CH Briançon	ENC
personnel	44,03 %	40,49 %	37,39 %	32,90 %
pharmacie	6,61 %	10,14 %	4,55 %	9,17 %
Autres	4,30 %	4,31 %	1,27 %	2,66 %
Part des dépenses directes dans le total des dépenses	59,42 %	54,95 %	43,20 %	44,73 %
Consommations médico-techn.	12,78 %	11,93 %	26,03 %	27,68 %
logistique	32,28 %	33,12 %	30,77 %	27,59 %
Part des charges fixes dans le total des dépenses	45,06 %	45,05 %	56,80 %	55,27 %
Total (part des dépenses de Briançon dans le total des dépenses de l'ENC)	108,85 %		122,25 %	

Source CRC

Les charges directes :

Le pôle médecine se distingue par des charges directes plus élevées que la moyenne telle qu'elle ressort de l'ENC (59,42 % des charges totales du pôle médecine sont des charges directes contre 54,95 % pour l'ENC). Ce constat est uniquement imputable aux charges de personnel (3 000 269 € de dépenses contre 2 646 493 € pour l'ENC, soit une différence de plus 13,36 %).

Le pôle chirurgie présente des charges directes en deçà de la moyenne de l'ENC. Toutefois, les charges de personnel du pôle chirurgie sont supérieures de 38,94 % à celles de l'ENC (5 075 749 € pour le pôle chirurgie du CH de Briançon contre 3 653 068 € pour l'ENC) mais elles sont compensées par le niveau plus faible des dépenses de pharmacie et autres du pôle chirurgie du CHB.

Les charges indirectes :

L'analyse des charges indirectes des différentes activités médicales du CHB révèle des niveaux de coûts supérieurs à ceux de l'ENC au sein du pôle chirurgie avec respectivement 56,80 % du total des dépenses contre une moyenne de 55,27 % à l'ENC pour la chirurgie.

²⁹ Les parts sont calculées par pôle (hors réanimation-surveillance continue s'agissant de la médecine) sur le total des charges de chaque pôle.

A l'exception de quelques postes de charges (notamment le personnel médical et la logistique en chirurgie), la part des charges directes et indirectes sur les dépenses totales de chaque pôle et services ne présente pas de différences majeures avec l'ENC. En revanche, ce sont les montants de ces charges tant directes qu'indirectes qui sont nettement supérieurs à l'ENC.

6.2.1.2. Surcoûts constatés au regard de l'échelle nationale des coûts :

HOSPITALISATIONS	2008	ENCC 2007	DIFFERENCE	2009	ENCC	DIFFERENCE	2010	ENCC	DIFFERENCE	2011	ENCC	DIFFERENCE
Sous-total dépenses de personnel	12 399 799	8 371 708	4 028 091	12 015 737	9 260 383	2 755 354	11 756 588	9 283 205	2 473 383	11 359 547	9 115 792	2 243 755
Sous-total dépenses de pharmac.	1 308 814	1 822 284	-513 470	1 360 892	3 614 642	-2 253 750	1 266 953	2 739 652	-1 472 699	1 517 683	2 118 792	-601 109
Autres	915 495	575 145	340 350	862 252	768 319	93 933	983 094	820 755	162 339	724 158	804 298	-80 140
TOTAL dépenses directes	14 624 108	10 769 137	3 854 971	14 238 881	13 643 344	595 537	14 006 635	12 843 612	1 163 023	13 601 388	12 038 882	1 562 506
Consommation médico-techniques	5 697 898	5 410 931	286 967	5 656 805	4 447 820	1 208 985	5 561 826	4 362 197	1 199 629	5 322 018	4 385 349	936 669
Consommations logistique et administration	7 515 942	6 354 743	1 161 199	8 702 110	6 598 573	2 103 537	8 868 664	6 333 941	2 534 723	8 558 874	6 467 957	2 090 917
TOTAL DES DEPENSES HOSPITALISATION	27 837 948	22 534 811	5 303 137	28 597 796	24 689 737	3 908 059	28 437 125	23 539 750	4 897 375	27 482 280	22 892 188	4 590 092
TOTAL RECETTES D'HOSPITALISATION	23 760 981			24 247 543			23 355 598			23 348 778		
Total des dépenses hospitalisations	27 837 948			28 597 796			28 437 125			27 482 280		
Total des recettes hospitalisation	23 760 981			24 247 543			23 355 598			23 348 778		
RESULTAT HOSPITALISATIONS	-4 076 967			-4 350 253			-5 081 527			-4 133 502		
ACTIVITE EXTERNE (consultations et actes externes)												
Sous-total dépenses de personnel	689 984			899 010			1 073 723			1 108 443		
Autres (autres dép. médicales, EFR, logist.structures)	1 109 280			1 084 552			1 054 329			1 051 877		
TOTAL DEPENSES ACTIVITE EXTERNE	1 799 264			1 983 562			2 128 052			2 160 320		
TOTAL RECETTES ACTIVITE EXTERNE	749 389			881 345			892 652			842 749		
Total dépenses activité externe	1 799 264			1 983 562			2 128 052			2 160 320		
Total recettes activité externe	749 389			881 345			892 652			842 749		
RESULTAT ACTIVITE EXTERNE	-1 049 875			-1 102 217			-1 235 400			-1 317 571		
RESULTAT GENERAL	-5 126 842			-5 452 470			-6 316 927			-5 451 073		

Source CREA

En agréant les services d'hospitalisation et les consultations et actes externes, le CHB présente de 2008 à 2011 un résultat déficitaire d'environ 5,5 M€ par rapport à un établissement similaire issu de l'échelle nationale des coûts³⁰ dont plus des trois-quarts s'explique par le surcoût constaté au niveau de l'hospitalisation.

S'agissant des charges directes du secteur de l'hospitalisation, une surconsommation de 1,5 M€ est constatée, essentiellement liée aux charges de personnel insuffisamment compensées par les autres postes excédentaires. L'excès de dépenses en personnel médical, au regard de l'activité déployée, est confirmé par les indicateurs de productivité utilisés dans l'outil Hospi-diag. Ainsi, en termes de coût du personnel médical au regard des recettes, le CHB se situe en 2010 en avant dernière position par rapport aux établissements de même type. Au niveau du personnel non médical, les efforts consentis de réduction des effectifs aboutissent dès 2010 à placer le CHB, en termes de poids des coûts de personnel soignant dans les recettes, un peu en deçà des 20 % des établissements comparables ayant la plus faible productivité.

S'agissant des charges indirectes, les consommations médicotéchniques, administratives ou logistiques sont supérieures à celles relevées dans l'ENC avec une différence de près de 3 M€.

³⁰ Cf. guide méthodologique de l'étude nationale des coûts – ATIH, 2010

Cette approche CREA est adaptée aux activités cliniques, génératrices de recettes T2A, mais pour analyser plus finement la productivité des autres services, il convient de se référer à la base dite d'Angers³¹ développée par le Groupe d'Amélioration de la Comptabilité Analytique Hospitalière (GACAH) dont l'objectif est d'appréhender le coût des productions à caractère médicotechnique et logistique.

6.2.2. Analyse des coûts fondée sur la base d'Angers (GACAH)

6.2.2.1. Un secteur médicotechnique surdimensionné au vu de son manque de productivité

Le secteur médicotechnique qui regroupe les laboratoires, le bloc opératoire, l'imagerie, l'anesthésiologie, les explorations fonctionnelles, les urgences et le SMUR pour l'essentiel génère un surcoût évalué à un peu moins d'1 M€.

S'agissant de l'imagerie, le coût de l'unité d'œuvre du CHB, à savoir l'Indice de Coût Relatif (ICR), se situe à 1,33 € contre 1,146 pour les centres hospitaliers de la base d'Angers, plaçant celui-ci dans le quart (« quartile ») des établissements ayant le coût d'unité d'œuvre le plus élevé. Le coût de l'unité d'œuvre en personnel non médical (0,82 € contre 0,588 €) et celui des charges médicales (0,33 € contre 0,117 €) sont les plus élevés par rapport à la moyenne.

S'agissant du laboratoire, le coût de l'unité d'œuvre est de 0,241 € contre 0,192 € pour les CH, ce qui situe également le CHB dans le quartile des établissements ayant la plus faible productivité. Ce sont les coûts d'unité d'œuvre du personnel qui dépassent la moyenne des coûts observés dans les autres hôpitaux. Le nombre de B par technicien, indicateur fourni par Hospi-diag, confirme ce constat. Avec 483 032 B par technicien, l'hôpital se place en effet en seconde position des établissements souffrant de la plus faible productivité.

S'agissant enfin des blocs opératoires, le coût de l'unité d'œuvre des blocs opératoires du CHB est de 4,376 € (pour 852 264 ICR) contre une moyenne des établissements participants de 4,901 € (pour 2 476 880,948 ICR). Un autre indicateur de l'outil Hospi-diag confirme la sous-productivité de ce service, puisque le nombre d'ICR par salle d'intervention chirurgicale s'établit en 2011 à 124 269, plaçant le CHB en 5^{ème} position des établissements souffrant de la plus faible productivité.

Ce constat d'un sureffectif du personnel médicotechnique par rapport à l'activité déployée est corroboré par un dernier indicateur d'Hospi-diag, qui rapporte le coût du personnel des services médicotechniques aux recettes. Au niveau de cet indicateur, le CH de Briançon figure en toute dernière position parmi les établissements du même type.

6.2.2.2. Une structure d'administration et de logistique paradoxalement mieux adaptée à l'activité hospitalière

Le surcoût de 2 M€ en charges indirectes logistiques et administration constaté dans le compte de résultat analytique par pôle provient, pour deux tiers, de la rubrique « autres logistiques »³² et, pour l'autre tiers, des charges de structure regroupant les charges financières et d'amortissement (Cf. supra).

³¹ Reposant sur le volontariat, un financement par les établissements (environ 200 dont 24 CHU) et le parangonnage, elle est gérée par le centre hospitalier universitaire d'Angers et permet aux établissements participants de pouvoir comparer dans le temps l'évolution de leurs coûts à ceux de l'échantillon de la base. Les données ci-après proviennent des données de l'exercice 2009.

³² Cette rubrique englobe les divers services administratifs, les dépenses de transport, les services techniques, l'informatique et le département d'information médicale.

Pourtant, parmi les CH de sa catégorie, le coût de l'unité d'œuvre « administration » est plus faible à Briançon que la moyenne (93,220 € contre 98,225 €). La plupart des activités rattachables à la fonction administrative, logistique et technique (à savoir la gestion économique et financière, les finances et la comptabilité, l'informatique) confirme ce bon positionnement de l'établissement. Seul le coût moyen de l'accueil et la gestion des malades du CHB (9,844 €) apparaît légèrement supérieur au coût moyen des 158 établissements participants à la base d'Angers (9,131€).

En revanche, le coût de l'unité d'œuvre de la restauration au CH de Briançon est de 7,719 € le repas contre 5,631 € pour les établissements participants ce qui traduit un surdimensionnement par rapport au nombre de repas servis. Le coût de l'unité d'œuvre pour quasiment chacune des charges de cette activité est supérieur à la moyenne.

Pour le reste, de nombreux postes rattachés à la rubrique « autres logistiques » ne sont malheureusement pas retracés dans la base d'Angers comme les charges de chauffage/eau/électricité, particulièrement élevées (près de 800 000 € par an) ou les charges de personnel pour absentéisme (environ 800 000 € également).

L'indicateur d'Hospi-diag relatif au poids des dépenses administratives, logistiques et techniques (y compris activité externalisée) confirme un dimensionnement relativement adéquat des services administratifs et logistiques : avec un ratio de 19,8, le CH de Briançon se situe près du premier décile des établissements de même type présentant le plus faible rapport « Charges nettes de la section logistique et gestion générale » sur « Total des charges nettes ». Toutefois, cet indicateur doit être relativisé au vu de l'importance des charges nettes issues des autres services notamment médicotéchniques.

6.3. ...MALGRE UNE RELATIVE OPTIMISATION DES RECETTES TIREES DE L'ACTIVITE HOSPITALIERE

La baisse du volume d'activité globale de l'établissement sur la période en revue a été partiellement compensée par une meilleure valorisation de cette activité.

Case Mix ASO DMS																					
CH de Briançon - Années 2007 - 2011																					
Rappels : Indice Performance E-PMSI = DMS Nat. / DMS PMSI											Indice Performance Hospi. Diag. = DMS PMSI / DMS Nat.										
ASO	Description	DMS CH Briançon					DMS Nat.					Ind. Perf E-PMSI					Ind. Perf Hospi. Diag.				
		2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011	2007	2008	2009	2010	2011
M	Médecine	6,58	6,22	4,41	4,14	4,04	?	8,09	5,50	5,36	5,09	?	1,30	1,25	1,30	1,26	?	0,77	0,80	0,77	0,79
C	Chirurgie	6,33	6,20	4,82	4,32	4,19	?	7,66	5,74	4,91	4,81	?	1,24	1,19	1,14	1,15	?	0,81	0,84	0,88	0,87
O	Obstétrique	4,70	4,98	4,05	3,69	3,28	?	5,11	4,29	3,99	3,43	?	1,03	1,06	1,08	1,04	?	0,97	0,94	0,92	0,96
NC	Non classé*	5,60	7,50	0,00			?	12,55	0,00			?	1,67	0,00			?	0,60	0,00		
TOTAL		6,31	6,11	4,50	4,16	4,03	?	7,71	5,48	5,10	4,86	?	1,26	1,22	1,23	1,21	?	0,79	0,82	0,81	0,83

Source CH Briançon

Le principal axe d'amélioration de la valorisation des séjours est la réduction de la durée moyenne de séjour. De 2007 à 2011, la durée moyenne de séjour a globalement diminué de 6,31 à 4,03 jours alors que la moyenne nationale est passée de 2008 à 2011 de 7,71 à 4,86 jours. La présence de nombreux services de soins de suite et de réadaptation à proximité du CHB peut être un facteur d'explication puisque l'accès aux structures situées en aval de l'hospitalisation en est facilité.

La réduction de la durée moyenne de séjour permet de davantage valoriser les séjours hospitaliers dès lors que le même tarif s'applique quelle que soit la durée de séjour et alors que l'établissement générerait plus de charges fixes en cas d'allongement. L'outil Hospi-diag³³ place l'établissement dans les 20 % d'établissements comparables présentant le meilleur taux de durée moyenne de séjour, toute discipline confondue.

Enfin le poids moyen des cas traités reste élevé pendant toute la période. Il signifie que l'établissement a tendance à accueillir des cas plus sévères qu'un établissement comparable. Ceci est corroboré par deux indicateurs de l'outil Hospi-diag. Le pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4³⁴ en 2011 est ainsi de 8,1 %, soit un taux supérieur à celui constaté dans 80 % des établissements comparables. De même, le pourcentage des GHM « recours / référence » dans l'activité³⁵ est de 1,59 % en 2011 ce qui place également Briançon largement au-delà des 80 % d'établissements de même type. Un facteur explicatif pourrait être que le CHB est l'établissement de recours des diverses structures de soins de suite et de réadaptation³⁶ en cas de crises aiguës affectant leurs patients.

Ces efforts d'optimisation des recettes hospitalières dans tous les services MCO ont cependant produit la quasi-totalité de leurs effets aujourd'hui. Pour retrouver des marges de manœuvre, l'établissement se retrouve donc à présent face à la problématique plus cruciale d'une profonde réorganisation de ses services de soins et de son plateau médicotechnique.

6.4. LE CAS DE LA REANIMATION

Le service de réanimation du CH de Briançon a été créé en 1988. Il a été inscrit aux divers schémas régionaux d'organisation sanitaire jusqu'en 2011. Toutefois, suite à la parution des décrets n°2002-465 et 466 du 5 avril 2002, le SROS III 2006 – 2011 avait indiqué des critères d'implantation des services de réanimation dans la région à savoir :

- bassin de population d'au moins 100 000 habitants,
- activité diversifiée d'au moins 10 000 séjours par an, plus de 25 000 passages aux urgences,
- accès à certaines composantes du plateau technique ou coopérations inter-hospitalières pour y accéder,
- et enfin moyens humains consacrés conformes aux décrets précités.

Ce SROS avait également fixé à 11 à 12 le nombre de patients devant être accueillis simultanément sur les deux sites du département des Hautes Alpes (Gap et Briançon). Or le CHICAS déploie une unité de 12 lits (8 de réanimation et 4 de surveillance continue) et le CH de Briançon fonctionne avec 8 lits dont 6 sont consacrés à la réanimation et les deux autres aux soins continus. Une unité de néonatalogie est par ailleurs implantée au CH de Gap de manière dérogatoire au titre de l'isolement géographique.

³³ Ces indicateurs comparent les DMS de médecine/chirurgie/obstétrique de l'établissement à celles standardisées de son casemix auquel on applique les DMS de référence de chaque GHM. Il synthétise ainsi la sur ou sous performance de l'organisation médicale de l'établissement.

³⁴ Cet indicateur met en évidence la lourdeur du terrain des patients pris en charge par l'établissement (comorbidités, complications). Pour chaque GHM, 4 niveaux de sévérité existent, définis par la V11, le niveau 1 étant le niveau de base, sans sévérité. Le niveau de sévérité est déterminé à partir des comorbidités associées (ex : diabète, anorexie...), des durées minimum de séjours et de l'âge.

³⁵ Cet indicateur mesure le pourcentage de l'activité réalisée sur des GHM pris en charge principalement mais non exclusivement dans les établissements hospitalo-universitaires. Il mesure une « technicité » de la prise en charge

³⁶ Centre médical Rhône Azur, centre médical Chant'ours, établissement polyvalent Montjoy, centre pneumologique Les Acacias, établissements pneumo-gériatriques Les Jeunes Pousses, Les Hirondelles et La Guisane.

Le service de réanimation du CH de Briançon ne répond pas ou insuffisamment à certains critères de fonctionnement d'un tel service posés notamment par le SROS précité ainsi que par la circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue :

- Le bassin de population desservi est d'environ 35 000 habitants³⁷, soit bien en deçà du seuil de population fixé dans le SROS, bien que le briançonnais connaisse des variations saisonnières liées au tourisme avec des pics estimés à 200 000 personnes.
- L'activité globale de l'hôpital est inférieure au seuil de 10 000 séjours par an avec 8 498 séjours en 2011³⁸ et l'activité des urgences avec 17 382 passages en 2011 est largement en dessous du seuil des 25 000 passages exigé.
- L'activité des lits de réanimation se situe légèrement en deçà des préconisations d'experts tels que repris dans la circulaire précitée qui indique que : *«selon les professionnels, une unité de réanimation de 8 lits devrait avoir un taux moyen d'occupation de l'ordre de 80 % avec une durée moyenne de séjour de 7 jours environ, ce qui représente 350 patients hospitalisés dans l'année³⁹»* ; or le service du CH de Briançon, certes avec 6 lits et une durée moyenne de séjour de 7,8 jours, présente un taux d'occupation d'environ 75 % et une cohorte de 262 patients en 2011.

Le service de réanimation du CH de Briançon a fait l'objet d'une décision implicite de fermeture par le directeur général de l'ARS découlant de son arrêté du 31 janvier 2012 approuvant le SROS IV 2011 – 2016 qui ne prévoit plus qu'un seul service de réanimation dans le département des Hautes Alpes.

Cette décision semble avoir été essentiellement motivée par : *« la volonté d'optimiser les soins de réanimation (qui) conduit à favoriser la concentration de ces unités pour accroître la sécurité de leur fonctionnement et la qualité de leurs résultats. Il semble se dessiner un consensus sur une taille de réanimation optimale autour de 12 lits. Même si ce format n'est pas le plus répandu dans la région où un grand nombre d'unités de plus petite taille prédominent, une orientation dans ce sens peut être proposée⁴⁰ »*. Cette décision prendrait toutefois pleinement effet seulement au 9 janvier 2014, soit à l'expiration de l'autorisation quinquennale octroyée à l'hôpital de Briançon en 2009, mais elle a donc été suspendue provisoirement par la ministre de la Santé le 2 août 2012, concomitamment avec la saisine de l'IGAS. Le CH de Briançon a toutefois déposé un dossier de demande de renouvellement de son autorisation le 8 novembre 2012 dont l'instruction a été reportée par l'ARS aux conclusions de l'inspection de l'IGAS.

La réanimation est l'un des rares services qui fait l'objet d'une détermination par décret des effectifs minimums devant être présents de façon continue : l'article D. 6124-28 du code de la santé publique prévoit ainsi une permanence médicale sur place d'au moins un médecin qualifié compétent en réanimation et l'article D. 6124-32 du même code dispose que : *« sous la responsabilité d'un cadre infirmier, l'équipe paramédicale d'une unité de réanimation adulte comprend au minimum : - deux infirmiers ou infirmières pour cinq patients ; - un aide-soignant pour quatre patients. »*

³⁷ Source données INSEE 2010 (chiffre exact pour l'arrondissement de Briançon : 35 988 habitants)

³⁸ Données DIM

³⁹ Circulaire DHOS/SDO n° 2003-413 du 27 août 2003 relative aux établissements de santé publics et privés pratiquant la réanimation, les soins intensifs et la surveillance continue, point II.2.c

⁴⁰ Schéma régional d'organisation sanitaire de PACA 2011 – 2006, page 184

Or, le dossier de demande de renouvellement de l'autorisation octroyée en 2009 déposé le 8 novembre 2012 révèle que sur l'équipe permanente de trois réanimateurs présente en 2012, deux seraient partis début 2013 (l'un pour mutation et l'autre pour mise à la retraite). Une partie des gardes sur place est d'ores et déjà confiée à neuf praticiens dont huit ne sont pas qualifiés en réanimation mais qui ont pu toutefois développer une expérience attestée en réanimation au sens de l'article D. 6124-31 du code précité ; ces médecins doivent cependant exercer sous couvert d'un médecin sénior en astreinte. Le fonctionnement médical de ce service depuis début 2013 est donc devenu problématique dans le contexte de raréfaction des anesthésistes-réanimateurs constaté depuis quelques années en France⁴¹. La direction du CHB indique toutefois que la couverture médicale est assurée en 2013 par un praticien hospitalier temps plein, un praticien contractuel temps plein et deux praticiens contractuels effectuant des remplacements réguliers équivalant à plus d'un demi-poste temps plein.

L'impact financier d'une fermeture de ce service n'a fait l'objet à ce jour que d'une analyse d'un médecin réanimateur⁴² qui part du scénario de transformation en une unité de surveillance continue de 8 lits. Il estime que cette restructuration permettrait le redéploiement d'un poste de praticien hospitalier, de 2 à 3 postes d'infirmiers, de 1,5 à 2,5 aides-soignants et agents de service hospitalier, un gain lié au basculement de gardes sur place en astreintes opérationnelles et des économies sur les dépenses médicales pour un total de 860 000 à 940 000 euros par an. En revanche l'établissement perdrait selon cette étude l'actuelle valorisation des séjours de réanimation qui s'établit en 2011 à plus de 2 M€ ; ce raisonnement méconnaît toutefois le maintien d'une activité de surveillance continue certes moins rémunératrice.

La fermeture du service de réanimation entraînerait ipso facto un développement des transports sanitaires⁴³ qui n'aurait toutefois pas d'impact financier sur l'établissement, car ils s'effectueraient, sauf exception, hors du cadre des transports secondaires⁴⁴ ; de plus, le CH de Gap s'est vu attribuer par l'ARS PACA les crédits relatifs au fonctionnement des transports sanitaires hélicoptérés sur l'enveloppe Mission d'Intérêt Général (MIG).

Quoiqu'il en soit les considérations d'ordre purement économique ne sauraient être déterminantes pour fonder la décision de fermeture du service de réanimation, même si une telle décision aurait bien évidemment des conséquences à ce niveau, difficiles à évaluer. Une telle décision découle avant tout d'un arbitrage en termes de santé publique et de qualité et sécurité des soins.

⁴¹ Ainsi en PACA, au 19 décembre 2012, trente postes d'anesthésistes-réanimateurs étaient restés sans candidatures à l'issue du tour d'automne 2012.

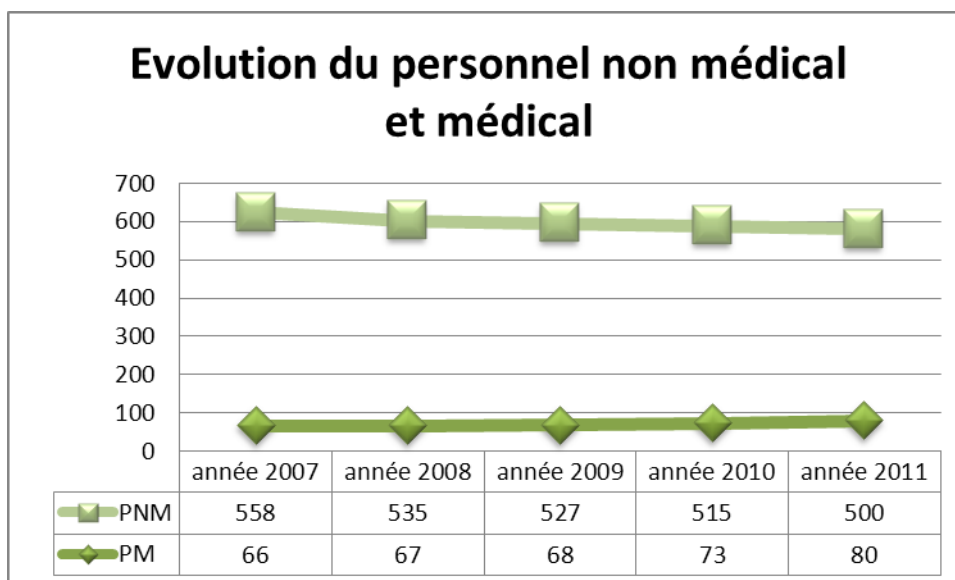
⁴² Mémento sur la pertinence du maintien d'un service de réanimation au CH de Briançon du Dr Darchy.

⁴³ Le coût des transports secondaires pour le CH de Briançon s'évalue entre 420 000 et 440 000 € depuis 2009 et concerne essentiellement des transferts vers le CH de Gap ou le CHU de Grenoble.

⁴⁴ La direction du CHB indique toutefois que l'établissement reste redevable des transferts secondaires de patients conditionnés puis redirigés vers le CHU de Grenoble.

4° PARTIE : LE PERSONNEL

1. L'EVOLUTION DES EFFECTIFS



Source CHB

Les effectifs du personnel non médical diminuent de manière constante. Ils passent de 558,15 équivalents temps pleins (ETP) en 2007 à 499,7 en 2011, contrairement aux effectifs du personnel médical qui passent sur la même période de 66 à 80 personnes (effectifs physiques).

1.1. LE PERSONNEL NON MEDICAL :

(source : CHB ; données en ETP)						
STATUT	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
Titulaires et stagiaires						
Personnel administratif	67,8	63,6	63	61,8	60,6	-11%
Personnel soignant et éducatif	310,8	312,85	294,6	281,85	253,85	-18%
Personnel technique	53,9	55,2	52,5	48,7	48,3	-10%
Personnel médico-technique	33,6	31,6	31,5	32,1	30,9	-8%
Total 1	466,1	463,25	441,6	424,45	393,65	-16%
Contrats à durée indéterminée						
Personnel administratif	4,2	5,5	3,5	3	4,8	14%
Personnel soignant et éducatif	10,35	7,5	16,5	15,85	17,3	67%
Personnel technique	5,5	5,1	6,9	8,3	9,3	69%
Personnel médico-technique	0	0	0	2	2	
Total 2	20,05	18,1	26,9	29,15	33,4	67%
Contrat à durée déterminée	67,65	51,45	50,5	58,8	72,65	
Total 3 (CDD)	67,65	51,45	50,5	59,3	72,65	7%
Contrats soumis à dispositions particulières	4,35	1,88	7,75	2,11	0	-100%
Apprentis	0	0	0	0	0	
Total 4	4,35	1,88	7,75	2,11	0	-100%

Total général	558,15	534,68	526,8	515,01	499,7	-10%
----------------------	---------------	---------------	--------------	---------------	--------------	-------------

L'effectif de l'ensemble du personnel non médical a diminué de 10 % de 2007 à 2011 ; cette baisse, qui correspond à des départs non remplacés, concerne les personnels titulaires et stagiaires et plus particulièrement les personnels soignants et éducatifs (moins 18 %) suivis par les personnels administratifs hors direction (moins 11 %). En contrepartie, l'ensemble des personnels non médicaux recrutés sous CDI a augmenté de façon significative (plus 67 %) sur la même période.

Si l'on ajoute le personnel non médical de « L'Etoile des neiges » (68,35 ETP), l'effectif global du personnel non médical était au 31 décembre 2011 de 568,05 ETP.

1.2. LE PERSONNEL MEDICAL

STATUT	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
PH temps plein	39	43	44	43	45	15%
PH temps partiel	10	12	12	13	15	50%
Praticiens attachés renouvelables	14	9	9	12	9	-36%
Total 1	63	64	65	68	69	10%
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	1	0	0	0	1	0%
Internes et étudiants	2	3	3	5	10	400%
Total 2	3	3	3	5	11	267%
Total général	66	67	68	73	80	21%

source : CHB ; effectifs physiques

Le personnel médical a augmenté significativement de 21 % sur la période considérée du fait principalement du recrutement de praticiens hospitaliers sur des créations de poste validées par l'ARS ; toutefois le nombre des praticiens attachés renouvelables a baissé de 36 %.

En 2010, la direction du CHB s'est engagée avec l'Agence Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier (ANFH) PACA et l'aide du cabinet de consultants Ernst and Young dans une démarche de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences avec la réalisation de la cartographie des métiers de l'établissement, mais elle n'a pas été menée à son terme. Le CHB a relancé officiellement cette démarche en septembre 2012 dans le cadre du projet porté par l'ANFH PACA et l'ARS pour assurer la mise à jour de la cartographie des métiers, élaborer des outils d'aide et mettre en œuvre l'entretien professionnel par la gestion des compétences. Le cabinet conseil CNEH apportera son aide et sera financé par l'ANFH et l'ARS PACA.

1.3. LES CONSEQUENCES SUR LES DEPENSES DE PERSONNEL

Les dépenses de personnel étaient en constante augmentation de 2007 à 2009 avec une hausse de 2 837 762€ de 2007 à 2008 et de 934 700€ de 2008 à 2009. A partir de 2009, elles ont diminué de 1 545 410€ jusqu'en 2011. Ainsi, sur la période 2007/2011, on constate une augmentation globale de +5,1% de ces dépenses.

La baisse des effectifs en personnel non médical entraîne une diminution de 3% des dépenses pour cette catégorie de personnels sur la période. L'augmentation du personnel médical induit au contraire une légère hausse des dépenses de 1 %.

	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
dépenses totales	43 246055,13	46 083 817,34	47 018 517,42	46 801 257,75	45 473 107,29	5,1 %
dont titre 1 (D1)	29 623923,05	30 585 272,31	30 669 882,84	30 694 073,51	29 539 367,47	- 0,3 %
recettes totale	43 087669,53	43 804 639,08	44 343 863,80	42 911 228,64	45 049 426,79	4,6 %
recettes totales hors aides exceptionnelles (R1)	38 187669,53	39 304 639,08	40 243 863,80	39 011 228,64	39 049 426,79	2,3 %
dont titre 1 (R2)	36 243193,57	35 014 111,08	35 838 504,57	34 285 663,62	35 831 617,33	- 1,1 %
D1 / dépenses	68,5 %	66,4 %	65,2 %	65,6 %	65,0 %	- 5,2 %
D1/R1	77,6 %	77,8 %	76,2 %	78,7 %	75,6 %	- 2,5 %
D1/R2	81,7 %	87,4 %	85,6 %	89,5 %	82,4 %	0,9 %

	chapitre	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
<i>Personnel non médical</i>							
titulaire et stagiaire	6411	12 881 832,44	13 295 649,13	13 177 140,16	12 912 794,63	12 154 784,30	- 0,06
personnel CDI	6413	473 880,57	462 211,95	600206,62	635 706,32	874 716,50	0,85
personnel CDD	6415	1 270 963,41	1349847,47	1197415,53	1 176 585,88	1 216 110,03	- 0,04
autre personnel	6417	/	/	/	/	/	/
sous total non médical		14 626 676,42	15 107 708,55	14 974 762,31	14 725 086,83	14 245 610,83	- 3 %
<i>personnel médical</i>							
praticiens hospitalier	6421	2 997 309,22	3 417818,02	3488 914,84	3 668 565,74	3 660 804,09	0,22
praticiens attachés	6422	157 301,71	95 307,47	90 427,68	135 489,87	102 710,34	- 0,35
autres praticiens (cont, interne)	6423/24	173 174,84	174 415,26	63 701,26	95 503,31	191 732,94	0,11
permanences des soins	6425	1 548 883,33	1 451 311,77	1224 090,23	1 119 996,42	962 505,93	- 0,38
sous total médical		4876669,1	5138852,52	4867134,01	5019555,34	4917753,3	1 %
Personnel intérimaire (PNM + PM)	621	50 168,98	51 469,52	175 101,12	191 368,75	68 838,78	37 %
charge sur exercice antérieur T4	6721	/	/	/	/	/	/

source : CHB

Le montant des primes du personnel non médical a augmenté de 3 % sur la période 2007/2011. Elles représentent 20 % du montant global de leurs rémunérations.

	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
en %	20,29%	21,13%	20,96%	20,50%	20,80%	3%

source : CHB

2. L'EVOLUTION STRUCTURELLE DU PERSONNEL

2.1. L'ANCIENNETE ET LES MOUVEMENTS DU PERSONNEL

Personnel non médical	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
Nombre total d'agents permanents	501	497	474	454	423	- 16 %
Agents de + de 55 ans	32	37	56	59	57	78 %
Ratio	6,39 %	7,44 %	11,81 %	13,00 %	13,48 %	111 %
Nombre de départ	89	73	70	88	102	15 %
Nombre d'arrivée	94	60	49	64	77	- 18 %
Solde(*)	5	-13	-21	-24	-25	

source : CHB

Le nombre d'agents (PNM) de plus de 55 ans a augmenté de 78 % entre 2007 et 2011, faisant passer le ratio des agents de + de 55 ans par rapport au nombre total d'agents permanents de 6,39 % à 13,48 %. Le solde entre le nombre d'arrivées et le nombre de départs diminue : il est passé de plus 5 en 2007 à moins 25 en 2011, suite à la mise en place des plans de redressement et de retour à l'équilibre. Sur les 102 départs en 2011, 32 sont des départs à la retraite, 11 des mutations, 1 détachement, 38 des fins de contrat et 20 départs motivés par diverses autres causes (démission, disponibilité ou congé parental, notamment).

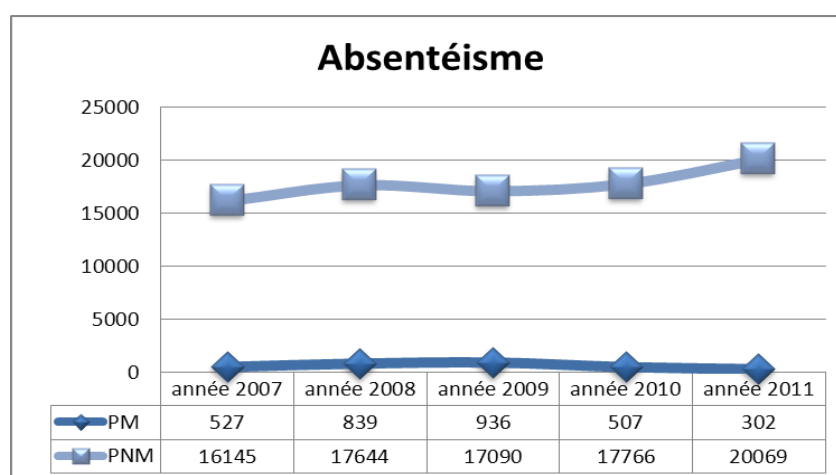
La moyenne d'âge des personnels non médicaux au 31/12/2012 est de 43 ans et 11 mois et celle des médecins est de 47,5 ans (source : bilan social 2011).

2.2. LES MODALITES D'AVANCEMENT D'ECHELON

La direction a indiqué à la chambre que l'avancement d'échelon s'effectue, soit à la durée moyenne, soit à la durée minimum dans le cas où l'agent a une note supérieure à la moyenne du grade pour les catégories A et B et supérieure ou égale pour les catégories C. L'agent ne peut bénéficier d'un avancement à la durée minimum qu'une fois tous les 3 changements d'échelons. Il a précisé que la durée minimale correspondait à la durée moyenne du temps passé dans chaque échelon déduite du quart de cette durée et que seul le tiers des effectifs d'un même grade bénéficie de cet avancement.

Sur ces bases, les avancements d'échelons établis soit à la durée moyenne, soit à la durée minimum, ne doivent donc pas impacter de manière significative l'évolution des dépenses de personnel.

3. L'ABSENTEISME



source CHB

Si le taux d'absentéisme au CHB est en constante augmentation sur la période, il reste néanmoins en 2011 avec un taux de 8,17 % en dessous du taux d'absentéisme moyen constaté dans les hôpitaux de plus de 100 agents (10,1 %) ⁴⁵.

3.1. L'ABSENTEISME DU PERSONNEL NON MEDICAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
maladie ordinaire	6937	7389	7266	7999	8074	16 %
congé longue durée	3138	3425	5195	4233	5051	61 %
accident de travail	238	583	609	1124	885	272 %
accident de trajet	414	377	125	1	17	- 96 %
maladie professionnelle	125	153	42	107	480	284 %
maternité ou adoption	2141	2713	1695	2086	2441	14 %
formation	1910	1764	1318	1468	2196	15 %
congés autorisé	565	439	416	375	444	- 21 %
absences non justifiées	-	-	-	-	-	
droits syndicaux	677	801	424	373	481	- 29 %
total	16145	17644	17090	17766	20069	24 %

source : CHB

Pour le personnel non médical, le nombre de journées d'absentéisme pour raison de santé est passé de 280 en 2007 à 159 en 2011, soit une diminution importante. Les absences pour maladies professionnelles ont fortement augmenté (+ 284 %) ainsi que les accidents de travail (+ 272 %). mais les effectifs concernés sont très faibles ce qui explique l'importance des variations.

⁴⁵ Selon une étude sur l'absentéisme dans les hôpitaux de Dexia-Sofcah parue en septembre 2012, le taux d'absentéisme global des établissements de plus de 100 agents était compris entre 10,1 % et 13,9 % en 2010.

3.2. L'ABSENTEISME DU PERSONNEL MEDICAL

	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
maladie ordinaire	280	697	574	253	159	- 43 %
congé longue durée	0	0	151	0	0	
accident de travail	67	0	0	0	0	- 100 %
accident de trajet	0	0	0	0	0	
maladie professionnelle	0	0	0	0	0	
maternité ou adoption	22	0	33	106	0	- 100 %
formation	158	142	178	148	143	- 9 %
congés autorisé						
absences non justifiées						
droits syndicaux	0	0	0	0	0	
total	527	839	936	507	302	- 43 %

source : CHB

Les 159 journées d'absence pour maladie ordinaire concernent 9 médecins.

3.3. LE RECOURS AUX CONTRACTUELS DE REMPLACEMENT ET LES DEPENSES D'INTERIM DU PERSONNEL NON MEDICAL

Contractuels de remplacement	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
Journées théoriques travaillées individuelles	220	220	220	220	220	0 %
Effectif moyen annuel	553,8	532,8	519	512,9	499,7	- 10 %
Journées théoriques travaillées totales	121836	117216	114180	112838	109934	- 10 %
Journées d'absence (R1)	13955	15515	15466	15550	16948	21 %
taux d'absentéisme	6,16	7,07	7,13	7,21	8,17	
Nombre de contractuels de remplacement (ETP)	6	38	33	31	40	11 %
Journées travaillées par ces contractuels (R2)	7920	8360	7260	6820	8800	11 %
Différence R1-R2	6035	7155	8206	8730	8148	

source : CHB

	2007	2008	2009	2010	2011	2007/2011
Dépenses d'intérim en €	10 368,9	28 941,89	28 433,82	5 742,18	0	-100%

source : CHB

Interrogé à propos des dépenses d'intérim, l'ordonnateur a confirmé qu'il faisait appel de manière exceptionnelle au personnel intérimaire et principalement pour les métiers pour lesquels il qualifie le recrutement de difficile comme les kinésithérapeutes, et les infirmiers aide anesthésistes ou les infirmières de bloc opératoire. En 2011, l'établissement n'a pas eu recours à l'intérim pour le personnel non médical.

Pour l'année 2010 le coût en personnel intérimaire ne concerne que les kinésithérapeutes qui représentent les coûts les plus élevés en 2008 et 2009, les autres étant consacrés aux IDE, IBODE et IADE.

3.4. LES HEURES SUPPLEMENTAIRES DES PERSONNELS NON MEDICAUX (PNM)

	2008	2009	2010	2011	2007/2011
Heures supplémentaires en euros	2 846,7	121 945,2	99 666,59	93 731,11	78 %

source CHB ; les données 2007 n'ont pu être retrouvées

Les heures supplémentaires payées ont augmenté en 2009 (plus 49 098,53 € de 2008 à 2009) pour baisser jusqu'en 2011. Fin 2010, des dispositions ont été prises, dans le cadre du plan de retour à l'équilibre, afin que les heures supplémentaires soient accordées aux agents uniquement à titre exceptionnel. Ainsi une demande de validation des heures supplémentaires doit être établie afin d'être avalisée par une commission constituée des directions des services des soins et des ressources humaines.

Par note de service du 1^{er} avril 2011, la direction a informé les personnels que les heures supplémentaires ne donneraient plus lieu à rémunération, mais seulement à récupération sauf dans le cadre des astreintes du bloc. Ces mesures prises par la direction semblent avoir contribué à la diminution du nombre d'heures supplémentaires.

4. L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL

4.1. UNE ABSENCE D'ACCORD LOCAL D'ARTT

Le CHB ne dispose pas d'accord local de réduction de temps de travail et, d'après l'ordonnateur, l'ARH n'a pas réagi sur ce point. Le procès-verbal du CTE en date du 7 février 2002 fait apparaître un désaccord entre la direction et les représentants des organisations professionnelles concernant l'horaire quotidien de base. Lors du CTE du 25 avril 2002 la directrice, alors en fonctions, a proposé un document intitulé : « règles applicables au CHEB » aux organisations professionnelles.

Plusieurs bases hebdomadaires ont été retenues :

- 32 h 30 : pour les agents travaillant exclusivement de nuit
- 35 h 00 pour les services annualisant leur temps de travail (Bloc, anesthésiologie, urgences, réanimation, dialyse, stérilisation, chirurgie ambulatoire, standard)
- 37 h 30 avec 15 jours de R.T.T. et une base journalière de 7 h 30' pour les unités sans contraintes de continuité de service (agents des services de soins, administratifs, techniques et logistique).
- 38 h 20 avec 20 jours de R.T.T. et sur une base journalière de 7 h 40' pour les métiers à contraintes particulières (agents exerçant des fonctions d'encadrement, psychologues et un assistant social).

Le temps de repas est intégré dans le temps de travail pour les personnels de soins mais le temps d'habillage et de déshabillage n'est plus inclus sur le temps de travail depuis avril 2011.

La mise en application du logiciel de temps de travail Gestor a permis de formaliser les règles de gestion et plusieurs notes de service et d'information ont précisé au fur et à mesure les règles de gestion du temps de travail. La direction du CHB indique qu'une opération équivalente a lieu pour le paramétrage du logiciel Agilettime avec un guide gestion du temps de travail approuvé par le comité technique d'établissement le 25 avril 2013. Il serait néanmoins souhaitable de concrétiser ces différentes règles dans un accord RTT en intégrant les différentes modifications intervenues et en soumettant cette fois ce texte à la signature des représentants du personnel.

5. LES PRIMES ET INDEMNITES

5.1. LES PRIMES DE TECHNICITE

Le décret n° 91-870 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution d'une prime de technicité aux ingénieurs hospitaliers précise dans son article 1 que : « *les ingénieurs hospitaliers titulaires ou stagiaires bénéficient d'une prime de technicité payable mensuellement à terme échu* ». Un ingénieur non titulaire du CH de Briançon a perçu la prime de technicité (code 207 sur Xémélios) notamment sur l'exercice 2011.

Cet agent a été recruté en qualité d'ingénieur d'abord sur des contrats à durée déterminée dont le premier en date du 2 octobre 2002 stipule qu'« *il percevra, en outre ...une prime fixée à 40 % du traitement brut mensuel* ». En revanche, son contrat à durée indéterminée applicable à compter du 1^{er} janvier 2003 ne mentionne plus l'octroi d'une prime de technicité. Cet agent contractuel a donc bénéficié d'une prime de technicité pour un montant total de 26 947,98 en 2010 et 2011 alors que cette prime est réservée aux seuls stagiaires et titulaires et que son contrat ne prévoyait pas qu'il en bénéficie.

5.2. L'INDEMNITE FORFAITAIRE TECHNIQUE

L'article 1 du décret n° 91-871 du 5 septembre 1991 relatif à l'attribution d'une indemnité forfaitaire technique aux techniciens supérieurs de la fonction publique hospitalière indique que les techniciens supérieurs titulaires ou stagiaires bénéficient d'une indemnité forfaitaire technique payable mensuellement à terme échu. Un technicien supérieur hospitalier non titulaire a perçu cette indemnité forfaitaire technique (code 208 sur Xémélios) notamment sur l'exercice 2011.

Cet agent a été recruté dans un premier temps sous CDD à compter du 26 mai 2009, puis sous CDI au 14 septembre 2009 en qualité de technicien supérieur hospitalier. Son contrat mentionne uniquement qu'elle : « *percevra les indemnités et primes afférentes au dit emploi* ». Ce technicien supérieur hospitalier contractuel a indûment bénéficié de l'indemnité forfaitaire technique pour un montant total de 18 285,90€. Il ne remplit pas, en effet, les conditions requises par les textes qui réservent cette prime aux seuls titulaires.

5.3. LA PRIME SPECIFIQUE

Une prime dite « spécifique » a été allouée en 2010 et 2011 à des personnels non titulaires recrutés en qualité d'infirmier ou d'aide-soignant. Le montant total de cette prime spécifique versée à des non titulaires s'élève à 75 552,64 € pour les années 2010 et 2011.

L'ordonnateur a transmis pour chacun de ces quatre-vingt-un personnels (soit 79 infirmiers contractuels et 2 aides-soignants contractuels) leur contrat qui spécifie seulement que : « *l'agent percevra en outre le cas échéant, le supplément familial de traitement et les indemnités et primes afférentes au dit emploi* ». Le DRH a transmis le procès-verbal de la réunion du conseil d'administration en date du 14 février 1989, qui précise que le conseil d'administration, après en avoir délibéré, décide d'octroyer la prime spécifique aux agents contractuels bien que les contrats n'y fassent pas référence.

La prime dite « spécifique » qui continue à être versée à ces agents non titulaires ne repose donc sur aucune base contractuelle ou réglementaire. Elle a dès lors été versée indûment à ces contractuels mentionnés dans le tableau en annexe IV même si ce versement a été décidé par délibération car le conseil d'administration n'était pas compétent pour décider d'une telle attribution.

Suite au rapport d'observations provisoires, la direction a mis fin à l'octroi des primes litigieuses et, s'agissant de l'ingénieur et du technicien supérieur, a passé un avenant à leur contrat leur attribuant une référence indiciaire plus favorable pour compenser financièrement cette perte.

6. LA PERMANENCE DES SOINS

6.1. LES TABLEAUX DE SERVICE

L'ordonnateur a indiqué à la chambre que seuls les services de réanimation, des urgences, la gériatrie, la pharmacie et l'anesthésie transmettaient régulièrement un tableau mensuel de service mais établi selon un modèle qui leur est propre.

L'ordonnateur a produit un échantillon de tableaux de service dont la majorité ne respecte pas pleinement les dispositions de l'arrêté du 30 avril 2003. Ainsi la plupart des tableaux n'indiquent pas de manière détaillée les périodes de travail de jour et de nuit et la qualité des praticiens (PH, PU-PH, attachés...) n'est quasiment jamais mentionnée. Les gardes et astreintes figurent parfois sur un tableau à part.

La direction indique qu'a été systématiquement rappelée aux chefs de pôle l'obligation de fournir mensuellement ces tableaux de service notamment lors de la CME du 28 novembre 2011 et par un courrier en date du 12 décembre 2011 transmis aux chefs de service accompagné d'un modèle.

En application de la circulaire DHOS/M2/2003 n°219 du 6 mai 2003 relative aux modalités d'organisation de la permanence des soins, les établissements sont tenus de disposer d'un tableau général annuel de service. L'ordonnateur du CH de Briançon a fait savoir que ce tableau n'avait pas été établi pour les années 2007 à 2011.

Suite aux observations de la chambre, la direction du CHB indique avoir adressé le 11 avril 2013 un courrier aux chefs de services et de pôles leur rappelant leurs obligations en la matière et dès la paye de mai, l'ensemble des tableaux de service ont pu ainsi être adressés au comptable.

6.2. LA COMMISSION DE L'ORGANISATION DE LA PERMANENCE DES SOINS

La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) a été mise en place, le 10 juillet 2003, conformément aux dispositions des articles 6 à 8 de l'arrêté du 30 avril 2003. Elle dispose d'un règlement intérieur adopté le 13 novembre 2003.

La COPS s'est réunie 5 fois depuis sa création, soit 2 fois en 2003, 1 fois en 2004, 1 fois en 2007 puis une dernière fois en 2010 alors que le règlement intérieur prévoit qu'elle se réunisse deux fois par an au minimum. Aucun bilan annuel n'a été élaboré par cette commission.

ANNEXE I – COOPERATION avec le CHICAS GAP

Coopérations actuelles

➤ **Mise à disposition du personnel médical**

- Convention de mise à disposition de M. le Dr PAYAN pour obésité sur patients présentant des cas particuliers
à raison de 2 demi-journées /mois (*ne sont plus réalisées à ce jour*) – CHICAS/CHB
- Convention de mise à disposition de M. le Dr CYPRIEN pour activités de bloc opératoire en oncologie
à raison de 2 demi-journées/mois – CHICAS/CHB
- Convention de mise à disposition de M. le Dr BENAVIDES en réanimation /anesthésiologie
au taux de 0,5 ETP du 01/09/12 au 31/12/12 et au taux de 0,4 ETP du 01/01/13 au 28/02/13 – CHICAS/CHB
- Convention de mise à disposition de M. le Dr TARDELLI pour activités de bloc opératoire en oncologie et pour astreintes
à raison de 2 demi-journées par mois

➤ **Mise à disposition du personnel non médical**

- Convention relative au temps de travail de secrétariat dédié à la consultation mémoire dans le cadre du plan ALZHEIMER 2007
Au taux de 30 % d'adjoint administratif - CHICAS/CHB

➤ **Convention de prestations médicales**

- Convention relative à la coordination de l'aide médicale urgente dans le département des Hautes-Alpes - CHICAS/CHB/SDIS
- Convention de coopération du 15 -CHICAS/CHB
- Convention établissement associé - chimiothérapie – CHB avec le Centre anti-cancer PAOLI CALMETTE MARSEILLE, le CHRU GRENOBLE et le CHICAS GAP
- Convention pour l'utilisation de l'IRM – CHB/CHICAS
- Convention de repli U.S.I.C. (Unité de soins intensifs en cardiologie) – CHB/CHICAS

➤ **Conventions Diverses**

- Convention simplifiée de formation professionnelle soins d'urgences CESU - CHICAS/CHB

➤ **Fédérations Inter-hospitalière territoriale**

- Fédération territoriale de soins palliatifs - CHICAS/CH EMBRUN/CHB
- Fédération des urgences -CHICAS/CH EMBRUN/CHB

➤ **Réseaux**

- ONCOPACA 3C et ONCOPACA Corse régional - GAP/Polyclinique GAP/CHB
- Soins ortho et traumat

➤ **Grouperements de Coopération Sanitaire**

- GCS HAD (hospitalisation à domicile) – territorial - POLYCLINIQUE GAP/ CHICAS/CH EMBRUN/CHB
- GCS e-sante PACA ; Pacs mutualisé 05 – GCS e-sante PACA/CHICAS/CH EMBRUN et autres partenaires volontaires

➤ **LOGISTIQUE**

• **Médico- techniques**

SIB - CHB / CHICAS : Groupement de commandes pharmaceutiques des Alpes du Sud ; coordonnateur CHICAS

Convention inter-établissements de repli pour la stérilisation des D.M. (*en cours de signature*)

• **Logistique**

CHB/ CHICAS/ CH DIGNE : Groupement de commandes des établissements de santé 04/05 ; coordonnateur CH DIGNE – pour le transport et l'élimination des DASRI

• **Achats**

CHB / CHICAS : Groupement de commandes des établissements de santé 04/05 Secteur Sud ; coordonnateur CHICAS pour les segments d'achats alimentaire, fioul, papèterie, fournitures de bureau, produits hôteliers

CHICAS/CHB : Groupement de commandes 04/05 Secteur Nord ; coordonnateur CHB pour les segments d'achats alimentaire, U.U. non médical, pansements et petits matériels de soins non stériles

Projets de Coopérations en cours (CPOM 2012-2016 en page 8)

➤ Extension du GCS Hautes-Alpes en GCS Hautes-Alpes Territorial à partir de 2014 avec autorisation de PUI partagée – CHB/CHICAS/CH EMBRUN

➤ Fédération médicale inter hospitalière des services d'urgences/SMUR/réanimation – CHICAS/CH EMBRUN/CHB

➤ Projet médical de territoire avec les CH du département

Projets de Coopérations à venir

➤ Extension du GCS Hautes-Alpes en GCS Hautes-Alpes Territorial à partir de 2015 -2016 – logistique (blanchisserie, laboratoire)

CHB/CHICAS/CH EMBRUN

➤ Elaboration d'un projet de fédération territoriale Imagerie – CHICAS/CH EMBRUN/CHB et autres partenaire volontaires

Projets de Coopérations souhaitables (CPOM 2012-2016)

➤ Création d'une fédération inter-hospitalière par spécialités permettant d'organiser dans certaines spécialités des astreintes ou des gardes opérationnelles

➤ ANNEXE II – Projet de redécoupage des pôles



1. PÔLE MEDECINE – GERIATRIE – SANTE PUBLIQUE



2. PÔLE CHIRURGIE - ANESTHESIOLOGIE

3. PÔLE PSYCHIATRIE

4. PÔLE MEDICO-TECHNIQUE & ACTIVITES TRANSVERSALES

- LABORATOIRE POLYVALENT
- DEPOT DE SANG
- PHARMACIE
- IMAGERIE
- SIM
- ARCHIVES MEDICALES



5. PÔLE SOINS URGENTS

- REANIMATION
- SOINS CONTINUS
- URGENCES MEDICALES



6. PÔLE FEMME - MERE - ENFANT

- GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
- PEDIATRIE

ANNEXE III – Evolution des produits et charges 2007 – 2011

Fonctionnement budget principal H

DEPENSES					
GROUPES	2007	2008	2009	2010	2011
TITRE 1 charges relatives au personnel	29 624	30 585	30 670	30 694	29 539
charges sur exercices antérieurs (6721)	-	-	-	-	-
TOTAL TITRE 1 charges relatives au personnel	29 624	30 585	30 670	30 694	29 539
TITRE 2 charges à caract. médical	5 025	5 570	6 010	5 714	5 855
charges sur exercices antérieurs (6722)	-	-	-	-	-
TOTAL TITRE 2 charges à caract. médical	5 025	5 570	6 010	5 714	5 855
TITRE 3 charges à caract. hôp. et général	4 302	5 244	4 993	5 297	4 891
charges sur exercices antérieurs (6723)	-	-	-	-	-
TOTAL TITRE 3 charges à caract. hôp et général	4 302	5 244	4 993	5 297	4 891
TOTAL TITRE 4 amort. prov. charges fin. except.	4 252	4 566	5 108	4 881	5 080
TOTAL DES DEPENSES TITRE 1 à 4	43 203	45 966	46 782	46 587	45 366
différence sur produit à recevoir (c/6728)	1	-	65	-	-
annul. titres émis au cours d'ex. anté (c/673)	42	117	171	215	108
TOTAL AUTRES DEPENSES	43	117	237	215	108
TOTAL GENERAL DES DEPENSES	43 246	46 084	47 019	46 801	45 473
RECETTES					
GROUPES	2007	2008	2009	2010	2011
TOTAL TITRE 1 produits de l'assurance maladie	36 243	35 014	35 839	34 286	35 832
TOTAL TITRE 2 produits de l'activité hospitalière	4 151	4 693	5 218	5 057	5 955
TOTAL TITRE 3 autres produits	2 244	3 867	3 028	3 297	3 105
TOTAL DES RECETTES TITRE 1 à 3	42 639	43 574	44 085	42 639	44 892
titres réémis (c/7721)	23	67	69	165	63
produits tarif. spécifiques exerc. antér. (c/7728)	426	163	189	107	95
TOTAL AUTRES RECETTES	449	231	259	272	158
TOTAL GENERAL DES RECETTES	43 088	43 805	44 344	42 911	45 049
RESULTAT COMPTABLE	158	2 279	2 675	3 890	424

Montants exprimés en K€