



**RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SA RÉPONSE**

**CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ
PHILIPPE PINEL
(Département de la Somme)**

Exercices 2011 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 12 juin 2018.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS	5
INTRODUCTION.....	6
1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE	7
1.1 Quelques données épidémiologiques	7
1.2 Présentation succincte de l'établissement	7
1.3 Les prises en charge et les modalités de soins psychiatriques	8
1.3.1 Les types de prise en charge	8
1.3.2 Les modalités de soins psychiatriques	9
2 L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT	10
2.1 La psychiatrie dans le département de la Somme	10
2.1.1 La densité médicale en psychiatrie	10
2.1.2 Les capacités d'accueil	11
2.1.3 Le positionnement de l'établissement.....	12
2.2 Les capacités d'accueil de l'établissement	13
2.3 L'évolution de l'activité de l'établissement.....	15
2.3.1 L'activité d'hospitalisation	15
2.3.2 L'activité ambulatoire.....	16
2.4 Les taux d'occupation	16
3 LA GOUVERNANCE	19
3.1 Les orientations stratégiques de l'agence régionale de santé.....	19
3.2 Les orientations stratégiques de l'établissement.....	19
3.2.1 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens	19
3.2.2 Le projet d'établissement.....	20
3.3 L'organisation des services.....	22
3.3.1 Une organisation en pôles à optimiser	22
3.3.2 L'organisation des services administratifs.....	23
3.3.3 Les sites de l'établissement	24
4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES	26
4.1 La politique de gestion des ressources humaines	26
4.2 Les modalités de gestion des ressources humaines.....	27
4.2.1 Le suivi des dépenses de personnel	27
4.3 Les marges de manœuvre de l'établissement.....	31
4.3.1 Des marges non utilisées, ou bien tardivement.....	31
4.3.2 De possibles sources d'économies.....	32
5 LA GESTION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT	42
5.1 La fiabilité des comptes	42
5.1.1 L'imparfaite tenue de la comptabilité des engagements.....	42
5.1.2 Un inventaire perfectible	43

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

5.1.3 Un amortissement insuffisant	44
5.1.4 Des provisions insuffisantes	44
5.2 La situation financière rétrospective	47
5.2.1 Une situation financière dégradée.....	49
5.2.2 La formation du résultat.....	52
5.2.3 Un financement propre insuffisant pour financer les investissements.....	56
5.2.4 La dette	57
5.2.5 La situation bilancielle.....	58
5.3 La prospective financière	59
ANNEXE – LA GESTION DE LA CHAMBRE MORTUAIRE.....	61

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Philippe Pinel, situé au sud d'Amiens, est le principal établissement de santé mentale dans le département de la Somme. Près de 80 % des patients qu'il accueille sont traités sans être hospitalisés. Ses modalités de prise en charge sont nombreuses et variées mais ses capacités d'accueil ont diminué entre 2011 et 2016, en raison de la fermeture de 60 lits en hospitalisation à temps plein.

Son niveau d'activité a diminué au cours de la période examinée, notamment en hospitalisation à temps partiel, sans explication objective. Les taux d'occupation des différentes unités sont très contrastés et dépassent les 100 % en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale. L'hôpital doit par conséquent chercher les solutions pour optimiser l'occupation de ses unités de soins. Cette optimisation pourrait notamment passer par un accroissement des capacités d'accueil en établissements sociaux et médico-sociaux destinés aux adultes en situation de handicap mental dans le département de la Somme, dans des conditions qui sont à définir par le département de la Somme et l'agence régionale de santé. Par ailleurs, une réflexion sur l'organisation en pôles du centre hospitalier mériterait d'être conduite pour faire prévaloir une logique de parcours de soins plutôt qu'une logique sectorielle.

Depuis 2014, le centre hospitalier Philippe Pinel n'est plus doté d'un projet d'établissement, ce qui l'a empêché de définir et d'afficher ses orientations stratégiques. En l'absence de ce document-cadre, ce sont les lignes directrices du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui ont guidé la conduite de l'hôpital.

Si l'établissement dispose de données lui permettant de bien connaître son personnel, il ne s'est cependant pas fixé de stratégie suffisamment globale et formalisée en matière de gestion des ressources humaines. La chambre recommande donc de formaliser une telle stratégie dans le cadre de l'élaboration du futur projet d'établissement. L'effectif a diminué de 8 % au cours de la période 2011-2016 sous l'effet de la réduction du nombre d'agents des services de soins, ce qui a permis de contenir la progression des dépenses de personnel, qui représentent 83,5 % des produits courants la dernière année.

Le centre hospitalier, jusqu'à récemment, ne respectait pas les règles fixées en matière de temps de travail et d'avancement de ses agents. Le surcoût en résultant peut être estimé à 2,3 M€ par an. Il dispose encore de marges de manœuvre. Ainsi, la régularisation des compléments indemnitaires versés aux agents, la maîtrise de l'absentéisme ou encore la meilleure valorisation des avantages en nature accordés, pourraient lui permettre de réaliser des économies annuelles estimées à 2,2 M€.

En ce qui concerne l'environnement financier, la tenue imparfaite de la comptabilité des engagements, la sous-estimation ou l'absence de provisions, ne permettent pas de respecter les principes comptables d'indépendance des exercices et de prudence. La chambre invite le centre hospitalier à fiabiliser sa comptabilité.

Au cours de la période 2012-2016, la situation financière de l'établissement s'est révélée dégradée. Il n'a pu ainsi dégager les ressources suffisantes pour investir et procéder au renouvellement de son patrimoine. Il a été contraint de mettre en place un plan de redressement, dont les objectifs n'ont pas été respectés, puis s'est engagé au travers d'un contrat de retour à l'équilibre financier. Pour retrouver une situation financière saine et être en mesure de procéder au renouvellement de ses équipements sans dégrader ses ratios d'endettement, le centre hospitalier devrait dégager une capacité d'autofinancement nette minimale de 2,4 M€. Un tel rétablissement passera nécessairement par une meilleure maîtrise de ses charges, notamment de personnel, et une rationalisation de ses implantations.

RECOMMANDATIONS

Rappels au droit (régularité)

	<i>Totalement mis en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mis en œuvre</i>	<i>Page</i>
Rappel au droit n° 1 : conclure de nouveaux contrats de pôles lorsque ceux-ci arrivent à échéance, conformément à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique.		X			23
Rappel au droit n° 2 : ne verser que les primes et indemnités prévues par un texte législatif et réglementaire et dans les conditions fixées par ces textes, conformément à l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.				X	36

Recommandations (performance)

	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
Recommandation n° 1 : définir le projet d'établissement <i>a minima</i> tous les cinq ans afin de préciser les objectifs généraux et d'adapter les moyens nécessaires à la poursuite de ces objectifs.		X			21
Recommandation n° 2 : rationaliser les implantations afin de limiter les charges et d'entretenir et renouveler le patrimoine strictement nécessaire à l'activité.		X			25
Recommandation n° 3 : engager une réflexion d'ensemble sur les objectifs à assigner à la gestion des ressources humaines et se doter d'outils de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences (GPEEC), en liaison avec le projet d'établissement.				X	27

INTRODUCTION

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier spécialisé Philippe Pinel à Dury (Somme) portant sur les exercices 2011 et suivants a été ouvert le 27 juin 2017 par lettre du président de la chambre adressée à M. Élio Mélis, chef d'établissement et ordonnateur depuis le 1^{er} juin 2016. Ses prédécesseurs, M. Gérard Delahaye, ordonnateur du 10 avril 1989 au 26 décembre 2015, et M. Étienne Duval, ordonnateur par intérim du 27 décembre 2015 au 31 mai 2016, ont été avisés de l'ouverture du contrôle par courriers du 6 septembre 2017. Mme Isabelle de Waziers, présidente du conseil de surveillance du centre hospitalier, a également été informée du contrôle par courrier du 27 juin 2017.

Le contrôle a porté sur l'activité de l'établissement, sa gouvernance, la gestion des ressources humaines et la gestion financière. Un point sur la gestion de la chambre mortuaire (*cf.* annexe) a été traité dans le cadre d'une enquête des juridictions financières relative à la gestion des opérations funéraires.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 13 décembre 2017 avec M. Élio Mélis, le 5 décembre 2017 avec M. Gérard Delahaye et le 6 décembre 2017 avec M. Étienne Duval.

Lors de sa séance du 10 janvier 2018, la chambre a arrêté des observations provisoires transmises à l'actuel directeur ainsi qu'à ses prédécesseurs et a décidé de l'envoi d'un extrait à un tiers concerné.

Par courriers enregistrés au greffe les 19 avril 2018, 28 février 2018 et 13 avril 2018, MM. Élio Mélis, Étienne Duval et Gérard Delahaye ont, respectivement, adressé leurs réponses à la chambre. Le tiers concerné a également répondu.

Après avoir examiné les réponses reçues, la chambre, dans sa séance du 12 juin 2018, a arrêté les observations définitives suivantes.

1 PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1.1 Quelques données épidémiologiques

L'agence régionale de santé de Picardie observait en 2012, dans le schéma régional d'organisation des soins, une surmortalité de 21,1 % liée aux maladies mentales pour le territoire de santé de la Somme en comparaison avec le niveau national sur la période 2005-2009. En revanche, le taux de nouvelles admissions en affections psychiatriques de longue durée était inférieur de 24,7 % par rapport à ce qui pouvait être observé au niveau national. Près de la moitié de ces nouvelles admissions était liée aux troubles de l'humeur, une sur six à la schizophrénie, aux troubles schizotypiques et troubles délirants et une sur sept aux troubles de la personnalité et du comportement.

1.2 Présentation succincte de l'établissement

Le siège principal de l'établissement, construit à la fin du XIX^{ème} siècle, est implanté sur 34 hectares situés à Dury, au sud d'Amiens (Somme). Le centre dispose également de 24 sites extérieurs à Amiens et dans d'autres communes de l'arrondissement. Il est chargé de la prise en charge des maladies mentales dans les quatre secteurs géographiques qui lui sont rattachés. Il assure également les hospitalisations d'un cinquième secteur géographique et de l'ensemble des hospitalisations des adolescents du département de la Somme.

Le centre hospitalier s'organise autour de quatre pôles et sert de support à un institut de formation en soins infirmiers (IFSI). Il dispose d'une capacité d'accueil de 327 lits et 134 places, emploie près de 1 000 équivalents temps plein (ETP) et ses ressources approchent les 60 M€. La file active¹ de l'établissement est proche de 9 000 patients et est composée à 68 % de patients adultes (psychiatrie générale) – contre 73 % au niveau national –, à 22 % de patients enfants (psychiatrie infanto-juvénile) – soit un niveau similaire à celui observé nationalement – et à 10 % de patients en milieu pénitentiaire – contre 5 % au niveau national. Plus de 77 % des patients accueillis sont traités en ambulatoire², les autres étant hospitalisés, ce qui correspond à ce qui peut être observé au niveau national. Depuis juin 2016, il est membre du groupement hospitalier de territoire³ Somme Littoral Sud, organisé autour du centre hospitalier régional universitaire d'Amiens.

¹ Nombre de patients vus au moins une fois dans l'année.

² Prise en charge médicale d'un patient, sans hospitalisation, ou d'une durée de quelques heures.

³ Les groupements hospitaliers de territoires (GHT) sont un dispositif conventionnel entre établissements publics de santé d'un même territoire, par lequel ils s'engagent à se coordonner autour d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, formalisée dans un projet médical partagé. Le principe est d'inciter les établissements de santé à mutualiser leurs équipes médicales et à répartir les activités de façon à ce que chaque structure trouve son positionnement dans la région. Leur objectif est d'améliorer la prise en charge des patients, territoire par territoire.

1.3 Les prises en charge et les modalités de soins psychiatriques

1.3.1 Les types de prise en charge

Le centre hospitalier Philippe Pinel accueille des patients en hospitalisation à temps complet, à temps partiel et en ambulatoire et dispose ainsi d'un panel très diversifié de ses modes de prise en charge.

L'hospitalisation à temps complet peut consister, dans cet établissement, en :

- une hospitalisation à temps plein, réservée aux situations aiguës et les plus difficiles, pour lesquelles les patients sont placés sous surveillance constante ;
- l'organisation, par un service d'hospitalisation à domicile, des prises en charge thérapeutiques au domicile du patient ;
- l'accueil en centre postcure, structure qui permet une transition entre l'hospitalisation et le retour à domicile, par un suivi médical, psychologique, éducatif et social, et un retour progressif à la vie en groupe visant à la réinsertion sociale et le retour à l'autonomie ;
- un placement en accueil familial thérapeutique, qui permet de placer les patients dans des familles d'accueil.

L'hospitalisation à temps partiel peut consister, dans cet établissement, en :

- l'accueil en hôpital de jour, structure qui propose des soins pendant un à quelques jours par semaine, sur la journée ou une demi-journée. L'objectif est de favoriser l'insertion de la personne dans son milieu familial, scolaire, professionnel et social ainsi que d'accompagner le patient dans certaines démarches sociales et administratives ;
- l'accueil en hôpital de nuit, qui permet une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit, voire en fin de semaine. Il s'adresse à des patients qui ont acquis une certaine autonomie dans la journée mais ayant besoin, sur une période donnée, d'être pris en charge la nuit et le week-end. Si le centre hospitalier Philippe Pinel dispose de places autorisées dans ce domaine, elles ne sont pas utilisées en raison de la sur-occupation.

La prise en charge en ambulatoire peut consister, dans cet établissement, en :

- l'accueil en centre d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), structure proposant des activités thérapeutiques, soit de manière individuelle, soit en petit groupe. Son but est de maintenir ou de reconstruire l'autonomie de la personne par des gestes usuels et divers modes d'expression, mais aussi d'aider à la réinsertion sociale en évitant l'isolement et la perte des capacités relationnelles, affectives et cognitives ;
- l'accueil en centre médico-psychologique (CMP), qui est une structure de coordination et d'accueil en milieu ouvert dans laquelle les patients peuvent y consulter un médecin, un psychologue, un assistant social, ou un infirmier.

Le centre hospitalier Philippe Pinel dispose également d'une maison d'accueil spécialisée, structure médico-sociale qui a pour mission d'accueillir des adultes handicapés en situation de grande dépendance, ayant besoin d'une aide humaine et technique permanente.

L'établissement ne propose pas d'accueil en appartements thérapeutiques⁴ ni de structure d'accueil des urgences psychiatriques *stricto sensu*, même si certaines unités assurent l'activité « non programmée ».

1.3.2 Les modalités de soins psychiatriques

Il existe cinq modalités de soins psychiatriques distincts pour les adultes, dont les conditions sont définies dans le code de la santé publique :

- les soins psychiatriques libres (pour lesquels les patients sont hospitalisés avec leur consentement) ;
- les soins psychiatriques sans consentement sur demande de tiers⁵ (SDT) lorsque les troubles mentaux du patient rendent impossible son consentement et lorsque son état mental impose des soins immédiats assortis, soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière ;
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent pour la santé de la personne et d'impossibilité d'obtenir une demande de tiers ;
- les soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE) (pour les personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public) ;
- et les soins psychiatriques des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (avec ou sans leur consentement).

Au centre hospitalier Philippe Pinel, 78 % des entrées en hospitalisation s'effectuaient en soins libres en 2016, 14 % en soins à la demande de tiers, 4 % concernaient des personnes détenues, 3 % en soins pour cause de péril imminent et 1 % en soins à la demande du représentant de l'État.

Si la baisse globale de 13 % du nombre d'entrées totales corrobore la diminution de l'activité qui sera vue dans la partie suivante, les entrées pour péril imminent ont augmenté, de 181 % sur la période 2011-2016. Cette hausse s'explique, pour partie, par un mode de comptabilisation de ces entrées qui a évolué entre 2011 et 2012 à la suite de la mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

⁴ Unité de soins à visée de réinsertion sociale, mise à disposition des malades psychiques pour une durée limitée.

⁵ Ce tiers peut être, soit un membre de la famille du patient ou de son entourage, soit une autre personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à la demande de soins lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt du patient, à l'exclusion des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

Tableau n° 1 : Nombre d'entrées en hospitalisation selon les modalités de soins

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution
Soins libres	2 365	2 228	2 249	2 061	2 022	2 053	- 13 %
Soins à la demande de tiers	509	418	382	362	379	362	- 29 %
Péril imminent sans tiers	32	28	50	108	109	90	181 %
Personnes détenues	48	57	71	80	55	95	98 %
Soins à la demande du représentant de l'État	68	59	45	36	61	21	- 69 %
TOTAL	3 009	2 762	2 795	2 651	2 587	2 621	- 13 %

Source : centre hospitalier spécialisé Philippe Pinel.

2 L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

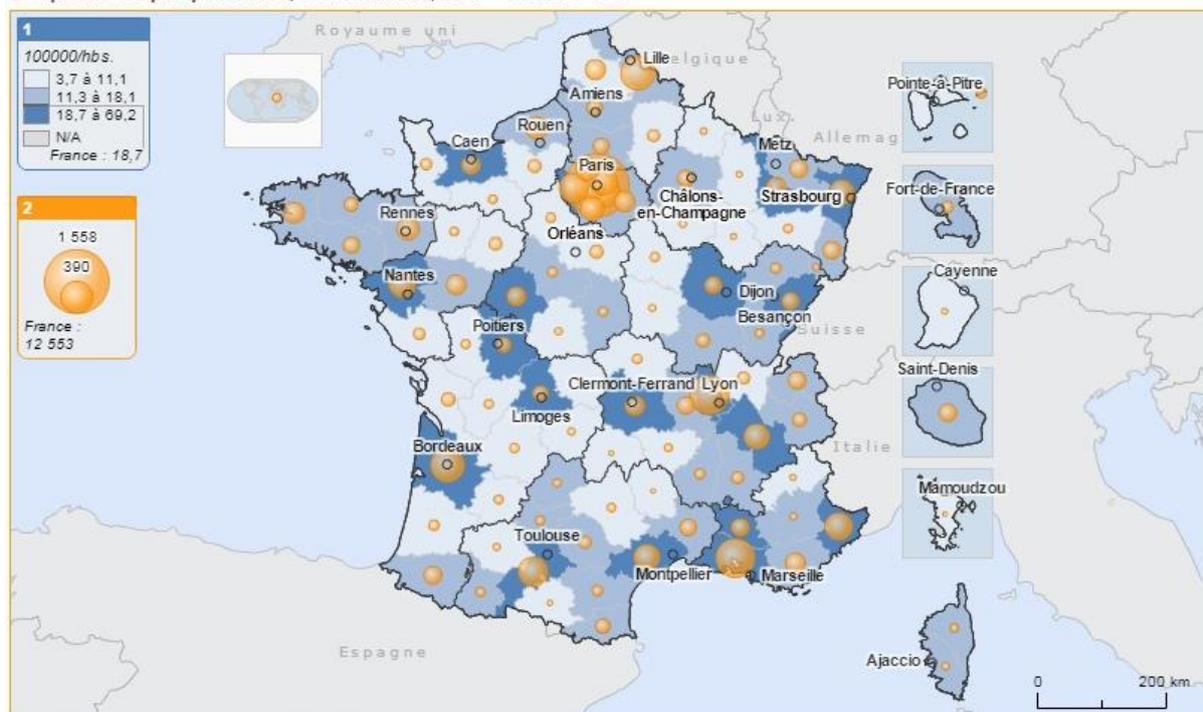
2.1 La psychiatrie dans le département de la Somme

2.1.1 La densité médicale en psychiatrie

En 2017, la France métropolitaine comptait 15,15 psychiatres pour 100 000 habitants, la région Hauts-de-France 13 et le département de la Somme 15,6. Ainsi, le département de la Somme se situe dans la moyenne nationale comme l'illustre la carte n° 1 présentée ci-après.

Carte n° 1 : La densité médicale en psychiatrie en France

1 - nouvel indicateur 0, PSYCHIATRIE, 2017 - source : insee, cnom
 2 - spécialistes par qualification, PSYCHIATRIE, 2017 - source : Cnom



© IGN GéoFla 2015 - France par département

Source : <https://demographie.medecin.fr> d'après les données du conseil national de l'ordre des médecins.

2.1.2 Les capacités d'accueil

Tableau n° 2 : Nombre de lits et de places en psychiatrie dans la Somme

	Région	Somme	France	% Région
Hospitalisation complète	4 970	356	55 975	7,16 %
Secteur public	4 001	356	35 539	8,90 %
<i>Psychiatrie infanto juvénile</i>	155	12	1 631	7,74 %
<i>Psychiatrie générale</i>	3 846	344	33 908	8,94 %
Secteur privé	969	0	20 436	0,00 %
<i>Psychiatrie infanto juvénile</i>	53	0	605	0,00 %
<i>Psychiatrie générale</i>	916	0	19 831	0,00 %
Hospitalisation partielle	2 293	164	28 488	7,15 %
Secteur public	1 973	164	21 685	8,31 %
<i>Psychiatrie infanto juvénile</i>	787	70	7 621	8,89 %
<i>Psychiatrie générale</i>	1 186	94	14 064	7,93 %
Secteur privé	320	0	6 803	0,00 %
<i>Psychiatrie infanto juvénile</i>	84	0	1 853	0,00 %
<i>Psychiatrie générale</i>	236	0	4 950	0,00 %
Placement familial thérapeutique	415	46	3 600	11,08 %
<i>Psychiatrie infanto juvénile</i>	99	22	777	22,22 %
<i>Psychiatrie générale</i>	316	24	2 823	7,59 %

Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques au 31 décembre 2015.

Le taux d'équipement moyen⁶ de la région Hauts-de-France se situe à 1,55 lit ou place pour 1 000 habitants en psychiatrie générale (1,57 ‰ au niveau national). Le département de la Somme se situe bien en-deçà de ce niveau puisque le taux d'équipement observé est de 1,26 ‰. Le phénomène est moins prégnant en psychiatrie infanto-juvénile, pour laquelle le taux d'équipement départemental (0,87 ‰) est proche du niveau régional (0,88 ‰) mais en dessous du niveau national (0,95 ‰).

Le département de la Somme dispose de très faibles capacités d'accueil en établissements sociaux et médico-sociaux⁷ destinées aux adultes en situation de handicap mental comme l'illustre le tableau n° 3 présenté ci-après. Le département de la Somme ne dispose ainsi, par exemple, pas d'un foyer d'accueil médicalisé⁸ dédié à ces personnes.

⁶ Agence régionale de santé des Hauts-de-France, *diagnostic territorialisé des Hauts-de-France*, 2017.

⁷ Établissements financés pour partie par les départements.

⁸ Ce type de structure a pour mission d'accueillir des personnes en situation de handicap physique, mental (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteintes de handicaps associés.

Tableau n° 3 : Taux d'équipement médicosocial dans le département de la Somme⁹

‰	Type de déficience	Somme	France métropolitaine
Adultes	Déficiences intellectuelles	0,82	1,88
	Polyhandicaps	0,02	0,25
	Déficiences psychiques	0,00	0,36
	Déficiences sensorielles	0,00	0,07
	Autres types de déficiences	3,37	1,66
Enfants et adolescents	Déficiences intellectuelles	1,61	0,89
	Polyhandicaps	0,17	0,12
	Déficiences psychiques	0,33	0,26
	Déficiences sensorielles	0,11	0,11
	Autres types de déficiences	0,10	0,12

Source : chambre régionale des comptes d'après les données de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et de l'Insee.

Les capacités d'accueil en psychiatrie dans le département de la Somme sont ainsi inférieures à ce qui peut être observé aux niveaux régional et national.

2.1.3 Le positionnement de l'établissement

Le département de la Somme est divisé en huit secteurs psychiatriques « adultes » et quatre secteurs psychiatriques « infanto-juvénile ». Chaque secteur correspond en moyenne à une population d'environ 80 000 habitants. Le centre hospitalier Philippe Pinel est chargé des quatre secteurs « adultes » apparaissant en rose sur la carte n° 2 et de deux secteurs « infanto-juvénile ». Il est par ailleurs chargé, par voie conventionnelle, du secteur normalement dévolu au centre hospitalier de Montdidier (en gris sur la carte n° 2). Ainsi, comme l'observait déjà la chambre à l'occasion de son dernier contrôle en 2007, la sectorisation dans le département de la Somme n'est toujours pas achevée en raison de l'absence de structure d'hospitalisation propre au secteur psychiatrique de Montdidier.

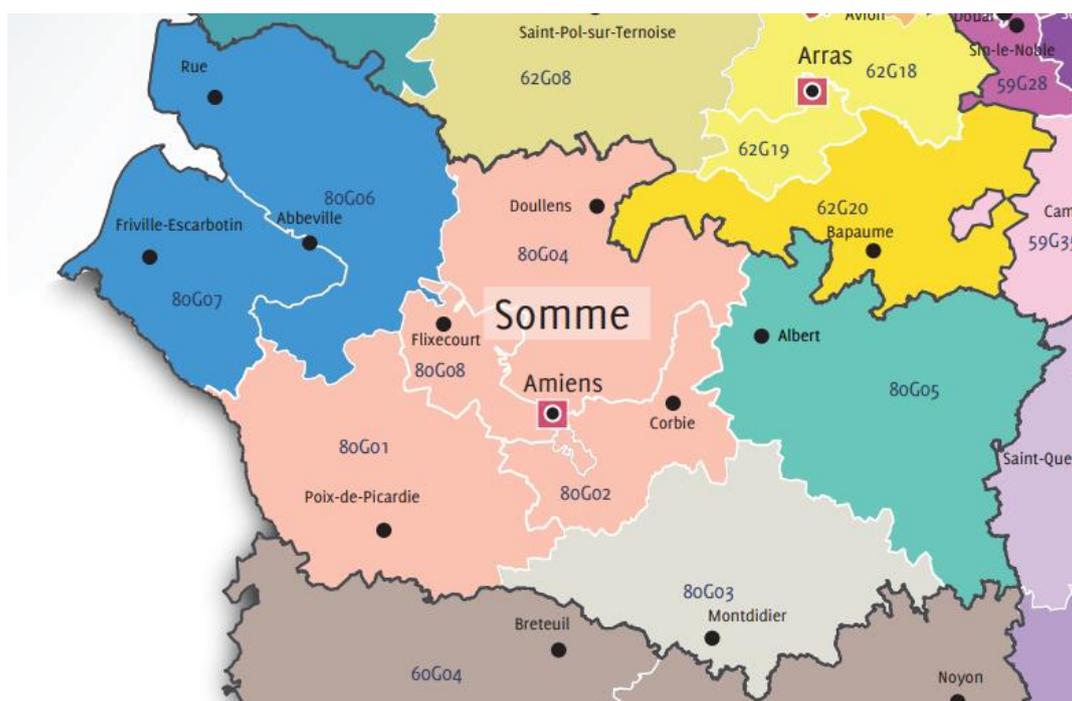
L'hôpital est le principal acteur du département de la Somme dans le traitement des maladies mentales. Ainsi, parmi les trois établissements publics de santé accueillant des patients relevant de la psychiatrie dans le département, le centre hospitalier Philippe Pinel est le seul à avoir une patientèle relevant majoritairement de la psychiatrie, cette activité étant minoritaire pour les centres hospitaliers d'Abbeville et de Péronne. En 2015, le centre hospitalier Philippe Pinel accueillait 90 % de la file active¹⁰ psychiatrique de ces trois établissements samariens.

⁹ En fonction des places installées au 31 décembre 2015 par catégorie de clientèle en établissement pour 1 000 habitants.

¹⁰ Total des patients vus au moins une fois dans l'année, soit en hospitalisation, soit en consultation, soit en visite à domicile.

Depuis mai 2016, une clinique privée s'est installée à proximité du centre hospitalier Philippe Pinel. Elle proposera, à terme, 52 lits réservés aux adultes en hospitalisation complète, une unité pour adolescents et jeunes adultes de 15 lits, une unité d'hospitalisation de jour de 25 places et une unité d'hospitalisation de nuit de 5 places. Si cette implantation renforce les capacités en psychiatrie dans le département et pourrait venir compléter certains parcours de soins, elle est de nature à venir concurrencer directement l'activité du centre hospitalier Pinel sur certaines pathologies.

Carte n° 2 : Les secteurs psychiatriques dans le département de la Somme



Source : fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France.

2.2 Les capacités d'accueil de l'établissement

Si le nombre de places et lits est resté stable à 64 en psychiatrie infanto-juvénile sur la période examinée, il a diminué de 6,5 % en psychiatrie générale, passant de 511 à 478, à la suite de la suppression de 20 lits en 2015 et de 20 autres lits en 2016 en hospitalisation à temps plein. 20 autres lits ont été supprimés en 2017.

Tableau n° 4 : Capacités d'accueil du centre hospitalier Philippe Pinel en psychiatrie générale

Nombre de lits moyen sur l'année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nb lits en hospitalisation à temps plein	285	285	285	285	265	245
Nb lits en placement familial thérapeutique	19	19	19	19	19	19
Nb lits/places en centre post cure	30	30	30	30	30	30
Nb de lits/places en hospitalisation à domicile	100	100	100	100	100	100
Total hospitalisation à temps complet	434	434	434	434	414	394
Nb places hôpital de jour	55	62	62	62	62	62
Nb places hôpital de nuit	22	22	22	22	22	22
Total places en structure d'accueil à temps partiel	77	84	84	84	84	84
Nb CMP ou unités de consultations	9	9	9	9	9	9
dont CMP ouverts au moins 5j/semaine	5	5	5	5	5	5
Nb CATTP	5	5	5	5	5	5
Total structures d'accueil en ambulatoire	14	14	14	14	14	14

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

CMP : centre médico-psychologique. CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel.

Le nombre de structures d'accueil en ambulatoire est resté stable sur la période examinée, avec cinq centres d'activité thérapeutique à temps partiel et neuf centres médico-psychologique pour la psychiatrie générale et cinq centres d'activité thérapeutique à temps partiel et sept centres médico-psychologique pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Tableau n° 5 : Capacités d'accueil du centre hospitalier Philippe Pinel en psychiatrie infanto-juvénile

Nombre de lits moyen sur l'année	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nb lits en hospitalisation à temps plein	12	12	12	12	12	12
Nb lits en placement familial thérapeutique	12	12	12	12	12	12
Total Hospitalisation à temps complet	24	24	24	24	24	24
Nb places en hôpital de jour	40	40	40	40	40	40
Total places en structure d'accueil à temps partiel	40	40	40	40	40	40
Nb CMP ou unités de consultations	7	7	7	7	7	7
dont CMP ouverts au moins 5j/semaine	2	2	2	2	2	2
Nb CATTP	5	5	5	5	5	5
Total structures d'accueil en ambulatoire	7	7	7	7	7	7

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

La maison d'accueil spécialisée dispose de 40 places, nombre qui n'a pas évolué depuis 2011.

2.3 L'évolution de l'activité de l'établissement

Le centre hospitalier suit son activité au travers de tableaux de bord et de rapports annuels. En 2016, toutefois, aucun rapport d'activité n'a été réalisé. La chambre rappelle qu'aux termes de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, le conseil de surveillance doit délibérer sur le rapport annuel relatif à l'activité de l'établissement présenté par le directeur.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'actuel ordonnateur indique « qu'aucune disposition législative ou réglementaire, ni aucune instruction ou circulaire ministérielle ne vient proposer de modèle de rapport annuel d'activité de l'établissement, ni en fixer le contenu » et que le centre hospitalier transmet ses données d'activité sur les plateformes officielles¹¹ préalablement à la délibération du conseil de surveillance sur l'affectation du résultat. La chambre observe que la transmission des données d'activité sur les serveurs officiels ne dispense nullement le conseil de surveillance de délibérer sur le rapport annuel relatif à l'activité de l'établissement.

L'activité de l'institution se déroule majoritairement en ambulatoire. En effet, la prise en charge ambulatoire concerne 77 % des patients – soit un niveau similaire à celui observé nationalement –, contre 23 % en hospitalisation complète et partielle. En revanche, la part des patients hospitalisés à temps plein y est plus importante (19 %) qu'au niveau national (11 %).

2.3.1 L'activité d'hospitalisation

Au cours de la période examinée, l'activité d'hospitalisation du centre hospitalier Philippe Pinel a nettement décliné. Ainsi, entre 2011 et 2016, le nombre de patients admis à temps complet a diminué de 18 % tandis que ceux admis à temps partiel diminuait de 43 %.

L'activité, appréhendée en fonction du nombre de séjours, décroît selon la même tendance, de 11 % pour les prises en charge à temps complet et de 47 % pour les prises en charge à temps partiel.

Tableau n° 6 : Évolution de l'activité d'hospitalisation de l'établissement

Prise en charge à temps complet							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution
Nombre de patients	2 265	2 072	2 075	2 007	1 923	1 860	- 17,88 %
Nombre de journées	152 931	151 182	148 356	148 124	141 377	133 723	- 12,56 %
Nombre de séjours	3 367	3 011	3 160	3 051	3 003	2 989	- 11,23 %
Prise en charge à temps partiel							
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution
Nombre de patients	1 082	1 129	638	650	644	621	- 42,61 %
Nombre de journées (6 H et plus)	18 026	16 718	14 771	13 295	11 379	10 918	- 39,43 %
Nombre de demi-journées (3 H et moins de 6 H)	29 401	34 709	15 121	16 937	18 118	18 737	- 36,27 %
Nombre de séjours	1 720	2 133	925	930	955	911	- 47,03 %

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

¹¹ Plateformes de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation, qui recueillent les données d'activité des établissements de santé.

Si la baisse de l'activité peut, en partie, s'expliquer par la suppression de 40 lits en hospitalisation complète (cf. *supra*), la baisse de l'activité en hospitalisation à temps partiel ne découle pas de suppressions de places ou de structures.

2.3.2 L'activité ambulatoire

Au cours de la période examinée, l'activité ambulatoire du centre hospitalier est plus contrastée, car si le nombre de patients accueillis a diminué de 6 % entre 2011 et 2016, le nombre d'actes a, lui, augmenté de 16 %. Ce constat peut notamment s'expliquer par la prise en charge privilégiée en ambulatoire, qui conduit à l'accueil de patients souffrant de maladies plus lourdes et qui nécessitent des protocoles de soins nécessitant plus d'actes.

La diminution du nombre de patients se retrouve surtout en psychiatrie générale (- 18 %) et pénitentiaire (- 19 %) alors que le nombre de patients en psychiatrie infanto-juvénile augmente de 75 %.

Tableau n° 7 : Évolution de l'activité ambulatoire de l'établissement

Années	Nombre de patients	Nombre d'actes
2011	8 797	124 201
2012	8 751	118 439
2013	8 685	136 959
2014	8 069	135 957
2015	8 286	146 483
2016	8 253	143 515
Évolution	- 6 %	16 %

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

La forte augmentation du nombre d'actes, non corrélée à la variation du nombre de patients, s'explique par la hausse de 26 % du nombre d'actes infirmiers, du triplement d'actes effectués par plusieurs catégories professionnelles sans membre du corps médical, par le quintuplement du nombre d'actes des éducateurs et la hausse de 83 % des actes des rééducateurs.

Le nombre d'actes médicaux a quant à lui diminué de 19 % et sa part dans le nombre total des actes est passé de 26 % en 2011 à 18 % en 2016.

2.4 Les taux d'occupation

L'établissement suit les taux d'occupation de ses différentes unités d'hospitalisation. Ces taux sont très contrastés.

Ainsi, si les unités d'hospitalisation à temps plein connaissent une situation de sur-occupation continue en psychiatrie générale, l'unité d'hospitalisation à temps plein de psychiatrie infanto-juvénile est en sous-occupation chronique, en raison, notamment, de la saisonnalité des admissions dans cette spécialité. Sur les quatre premiers mois de 2017, le taux d'occupation des lits s'est établi entre 114 % et 123 % en hospitalisation à temps complet, en hausse d'au moins 7 points de pourcentage par rapport aux quatre premiers mois de 2016. De tels taux se traduisent par un sureffectif journalier moyen de 22 à 37 patients en hospitalisation à temps plein.

Tableau n° 8 : Taux d'occupation des différentes unités (en pourcentage)

Années	Unités temps plein (psychiatrie générale)	Unité temps plein (psychiatrie infanto-juvénile)	Hospitalisation à domicile	Centre post-cure	Hôpitaux de jour (psychiatrie générale)	Hôpitaux de jour (psychiatrie infanto-juvénile)
2011	109,6	49,0	95,4	73,9	61,9	64,5
2012	106,7	42,2	96,1	74,1	65,0	73,6
2013	103,8	43,5	98,3	77,6	64,4	75,2
2014	103,7	58,3	98,7	70,7	70,7	80,3
2015	101,0	58,2	97,4	73,2	71,5	75,6
2016	101,7	49,9	98,5	72,5	72,2	74,2

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

Cette sur-occupation ne semble pas trouver d'explication dans la durée moyenne de séjour des patients, qui a oscillé entre 36 et 40 jours sur la période examinée en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale alors que la moyenne des établissements psychiatriques se situait à 59,5 jours pour toutes les formes d'hospitalisation¹². Elle peut par contre s'expliquer par la baisse des capacités de l'établissement liée, d'une part, à l'humanisation des bâtiments¹³ achevée en 2007 et, d'autre part, à la fermeture de 60 lits entre 2015 et 2017.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur indique que, depuis mai 2017, une équipe opérationnelle sur les parcours de soins des patients de moyenne et longue évolution a été mise en place afin de réduire le niveau de sur-occupation. Il ajoute qu'une sous-commission de la commission médicale d'établissement travaille, depuis janvier 2018, sur la révision et le réajustement des pratiques.

Cette sur-occupation provient également de la proportion importante de personnes présentes en hospitalisation à temps plein depuis plus d'un an par rapport au nombre de lits d'hospitalisation à temps plein. En effet, alors que ce pourcentage est de 33 % au niveau national, il s'établit à 52 % pour le centre hospitalier Philippe Pinel.

¹² Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, *Les établissements de santé* - édition 2017.

¹³ L'humanisation d'un centre hospitalier consiste à améliorer les conditions d'accueil des patients par la réduction du nombre de lits par chambre et l'augmentation du nombre de sanitaires.

Cette sur-occupation résulte enfin du placement inadéquat de patients en hospitalisation. Ainsi, l'agence régionale de santé de Picardie notait en 2012, dans le schéma régional d'organisation des soins, « qu'il subsiste une population importante de patients maintenus en milieu hospitalier alors que leur état psychique ne le justifie pas, situation évoquée sous le terme d'hospitalisation « inadéquate ». La dernière enquête réalisée sur la région en 2007, relevait que les hospitalisations dites « inadéquates » concernaient en Picardie environ un tiers des lits d'hospitalisation complète ». L'établissement indique que 70 à 100 patients¹⁴ sont, chaque mois, hospitalisés de manière inadéquate. L'agence régionale de santé ajoutait, en 2012, dans son schéma régional d'organisation médico-sociale, que « ces personnes, pour lesquelles une incertitude persiste sur l'origine de l'hospitalisation (handicap mental, handicap psychique), relèvent parfois plus d'une offre médico-sociale que strictement sanitaire ». Or, comme cela a été vu précédemment, le département ne dispose que de très faibles capacités d'accueil en établissements sociaux et médico-sociaux destinés aux adultes en situation de handicap mental.

En réponse aux observations provisoires, le président du conseil départemental de la Somme indique que la hausse des capacités médico-sociales du département depuis 2015 ne s'est pas traduite par une baisse des taux d'occupation au centre hospitalier Philippe Pinel. Il en conclut qu'il n'y aurait donc pas de lien entre la sous-capacité médico-sociale constatée dans le département de la Somme pour les adultes en situation de handicap mental et la sur-occupation observée au centre hospitalier Philippe Pinel. La chambre précise que la sous-capacité médico-sociale constatée dans le département pour les adultes en situation de handicap mental n'est qu'une des trois causes identifiées de la sur-occupation.

Ainsi, l'établissement doit optimiser l'occupation de ses unités de soins en cherchant à ajuster au mieux ses capacités aux besoins des patients en liaison avec l'agence régionale de santé.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier Philippe Pinel est le principal établissement de santé mentale dans le département de la Somme. Près de 80 % des patients qu'il accueille sont traités sans être hospitalisés. Ses modalités de prise en charge sont nombreuses et variées mais ses capacités d'accueil ont diminué sur la période examinée, en raison de la fermeture de 60 lits en hospitalisation à temps plein.

Son niveau d'activité a très significativement diminué en six ans, notamment en hospitalisation à temps partiel, sans que des raisons objectives puissent être avancées pour expliquer ce phénomène. Les taux d'occupation des différentes unités sont très contrastés et dépassent les 100 % en hospitalisation à temps plein en psychiatrie générale.

L'hôpital doit, par conséquent, optimiser l'occupation de ses unités de soins. Cette optimisation pourrait éventuellement passer par un accroissement des capacités d'accueil en établissements sociaux et médico-sociaux destinés aux adultes en situation de handicap mental, selon des modalités à définir par le département de la Somme et l'agence régionale de santé.

¹⁴ Selon une étude mise en place par les médecins de l'établissement.

3 LA GOUVERNANCE

3.1 Les orientations stratégiques de l'agence régionale de santé

Dans le schéma régional d'organisation des soins portant sur la période 2012-2017, les objectifs fixés par l'agence régionale de santé de Picardie en matière de psychiatrie adultes étaient les suivants :

- améliorer l'égalité d'accès à des soins de qualité et à un accompagnement social et médico-social, en affirmant une graduation des soins et en améliorant l'organisation de la réponse aux situations d'urgence ;
- améliorer la qualité des soins en luttant contre les hospitalisations dites « inadéquates », en structurant les coopérations sur chaque territoire, entre l'ensemble des professionnels, services et établissements sanitaires, médico-sociaux, sociaux et associations d'usagers et en améliorant les conditions d'hospitalisation complète ;
- améliorer l'efficacité du système de santé.

3.2 Les orientations stratégiques de l'établissement

3.2.1 Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens

L'article L. 6114-1 du code de la santé publique prévoit que l'agence régionale de santé conclut les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens avec chaque établissement de santé. Ils déterminent les orientations stratégiques des établissements de santé sur la base du projet régional de santé¹⁵. Ils font état des autorisations dont dispose l'établissement, des activités spécifiques et missions de service public qui lui sont reconnues et des financements octroyés.

Au cours de la période examinée, deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens ont été appliqués. Un premier contrat, portant sur la période 2007-2011, a été prorogé pour l'année 2012 dans l'attente de l'adoption du nouveau projet régional de santé. Les orientations stratégiques retenues consistaient à renforcer et développer la pédopsychiatrie, à développer les alternatives à l'hospitalisation complète, à intégrer les activités du foyer de postcure au sein de l'établissement¹⁶, à mettre en œuvre les préconisations de la mission nationale d'appui en santé mentale concernant le secteur de psychiatrie adultes de Montdidier¹⁷ et à participer au plan « addictions ». Aucun bilan de ce contrat n'a été transmis par l'hôpital.

¹⁵ Schéma régional d'organisation des soins avant l'ordonnance n° 2017-31 du 12 janvier 2017 de mise en cohérence des textes au regard des dispositions de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁶ Ce foyer était auparavant géré par un établissement privé à but non lucratif.

¹⁷ Renforcer les liens avec le secteur de Montdidier, accueil des patients à partir de l'unité d'accueil et d'orientation et prise en charge en centre médico-psychologique en l'absence de médecin.

Le second contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens a porté sur les années 2013 à 2017. Ses orientations stratégiques consistent à :

- assurer le retour à l'équilibre de l'établissement en vue d'assurer sa pérennité par la mise en œuvre du contrat de retour à l'équilibre financier et l'élaboration d'une politique active de recrutement des personnels médicaux ;
- améliorer les prises en charge de populations spécifiques par l'amélioration de la prise en charge des pathologies psychiatriques chez les détenus et la participation à l'amélioration de l'offre de soins en hospitalisation complète en pédopsychiatrie en partenariat avec le centre hospitalier universitaire ;
- développer les alternatives à l'hospitalisation complète par le développement, par redéploiement, des équipes mobiles en pédopsychiatrie et psycho-gériatrie, la création d'une équipe mobile de liaison vers le médico-social en psychiatrie adultes à moyens constants, le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie adultes et enfants et la lutte contre les inadéquations par la création d'un foyer d'accueil médicalisé¹⁸.

Le retour à l'équilibre financier de l'établissement n'a pas été assuré. L'offre de soins en hospitalisation complète en pédopsychiatrie n'a pas été développée. Si une équipe mobile en psycho-gériatrie et une équipe mobile de liaison vers le médico-social en psychiatrie adultes ont été créées, tel n'a pas été le cas en pédopsychiatrie. Les alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie adultes et enfants n'ont pas été développées et aucun foyer d'accueil médicalisé n'a été créé.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur indique que « le Pôle de pédopsychiatrie s'active actuellement dans la mise en œuvre d'une équipe mobile ». Il précise également qu'un dossier portant création d'une unité de pédopsychiatrie pour la tranche d'âge 5-12 ans, en lien avec le CHU¹⁹ d'Amiens, est en cours d'instruction par l'agence régionale de santé depuis novembre 2016.

La chambre constate que les actions de mise en œuvre des orientations stratégiques fixées par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens 2013-2017, n'ont été réalisées qu'à hauteur d'un tiers.

3.2.2 Le projet d'établissement

Le projet d'établissement définit les objectifs généraux de l'hôpital dans différents domaines et constitue ainsi le fondement de toute prévision et d'adaptation des moyens. Il doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation des soins et être adopté tous les cinq ans, conformément à l'article L. 6143-2 du code de la santé publique.

¹⁸ Les foyers d'accueil médicalisés ont pour mission d'accueillir des personnes handicapées physiques, mentales (déficients intellectuels ou malades mentaux handicapés) ou atteintes de handicaps associés.

¹⁹ CHU : centre hospitalier universitaire.

Au cours de la période examinée, un seul projet d'établissement a été élaboré pour la période 2009-2013. Le projet médical qui y était inclus, avait pour objectifs de :

- développer des alternatives à l'hospitalisation par l'optimisation de la prise en charge en hospitalisation complète, le renforcement des prises en charge extra hospitalières, la reprise des activités du foyer de postcure par l'établissement, par le développement de l'hospitalisation à domicile, par le renforcement de l'accueil familial thérapeutique et par la promotion d'un foyer d'accueil médicalisé et de la maison d'accueil spécialisée ;
- renforcer les complémentarités aussi bien en interne en promouvant une dynamique inter pôles (grâce à l'unité d'accueil et d'orientation, à l'unité de préparation à la sortie et au pôle médico-pharmaceutique) qu'en externe avec d'autres établissements de santé, le secteur social et médico-social, les autres structures pouvant intervenir dans la filière de soins ;
- répondre à des besoins nécessitant des développements nouveaux, par le renforcement des capacités en pédopsychiatrie, en addictologie et en psycho-gériatrie.

Ces objectifs étaient compatibles avec le schéma d'organisation des soins.

Un bref bilan du projet a été dressé par l'hôpital :

- en matière de développement des alternatives à l'hospitalisation, sept actions sur huit ont été, en tout ou partie, réalisées, dont certaines après 2013 ;
- sur les sept actions concernant le renforcement des coopérations et des complémentarités, cinq ont été, en tout ou partie, réalisées ;
- enfin, concernant la réponse à des besoins nécessitant des développements nouveaux, huit actions sur dix-sept ont été, en tout ou partie, mises en place, dont certaines après 2013.

Ainsi, excepté pour son troisième axe, les actions prévues par le projet médical ont globalement été accomplies.

Toutefois, depuis 2014, le centre hospitalier n'est plus doté d'un projet d'établissement, indispensable à la définition de ses orientations stratégiques.

Le projet médical 2018-2022, pierre angulaire du projet d'établissement, a été adopté par les instances de l'hôpital à la fin du contrôle de la chambre. Il comporte cinq « ambitions » : conforter la place déterminante de l'hôpital, poursuivre la politique sectorielle, accentuer les prises en charge ambulatoires, consolider les équipes mobiles et les filières spécifiques et s'inscrire dans une logique partenariale dans le souci d'un parcours patient efficient.

Recommandation n° 1 : définir le projet d'établissement *a minima* tous les cinq ans afin de préciser les objectifs généraux et d'adapter les moyens nécessaires à la poursuite de ces objectifs.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur indique que la « normalisation définitive [du projet médical] fait actuellement l'objet d'un accompagnement tiers par la F2RSM²⁰ sous l'impulsion de l'agence régionale de santé. Sa formalisation permettra la déclinaison de l'entièreté du projet d'établissement sur une période de 5 ans (2018-2022) ».

²⁰ Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France.

3.3 L'organisation des services

3.3.1 Une organisation en pôles à optimiser

3.3.1.1 Les pôles

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique dispose, depuis la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, que « *le directeur définit l'organisation de l'établissement en pôles d'activité conformément au projet médical d'établissement* ».

Le centre hospitalier est, depuis 2011, organisé en quatre pôles cliniques : un pôle de psychiatrie adultes Nord, un pôle de psychiatrie adultes Sud, un pôle de pédopsychiatrie et un pôle médico-pharmaceutique. La communauté médicale avait estimé, en 2011, qu'un seul pôle de psychiatrie générale aurait été disproportionné par rapport aux autres et avait souhaité s'inscrire dans la politique de secteur, qui garantit une place pour tous les patients qui en ont besoin.

Une mission d'appui et de conseil au centre hospitalier notait que « L'organisation en pôles encore récente n'a pas encore permis de tirer tous les bénéfices possibles que ce soit à l'intérieur des pôles ou entre les pôles » dans la mesure où deux pôles exercent la même activité de psychiatrie générale et que la logique sectorielle reste prégnante au détriment d'une logique de parcours de soins. Un cabinet externe a par ailleurs proposé, dans le cadre d'un diagnostic organisationnel, des axes de réorganisation sans que ceux-ci soient mis en œuvre.

La chambre invite l'établissement à s'interroger sur l'efficacité de cette organisation.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur indique que « cette option organisationnelle portant sur le regroupement des deux pôles est susceptible d'être débattue » dans le cadre de la finalisation du projet médical.

3.3.1.2 Les contrats et projets de pôles

L'article L. 6146-1 du code de la santé publique rend obligatoire la conclusion de contrats de pôles entre le directeur de l'établissement et chacun des chefs de pôles. Ces contrats²¹, qui permettent de définir les objectifs, notamment en matière de politique et de qualité des soins, assignés au pôle ainsi que les moyens qui lui sont attribués, ont bien été conclus en 2011. Toutefois, contrairement à l'article R. 6146-8 du code précité et à l'article 14 du règlement intérieur de l'établissement, ils n'ont pas été renouvelés à leur échéance en 2014. De nouveaux contrats sont actuellement en cours d'élaboration.

En application de l'article R. 6146-9 du même code, un projet de pôle doit être élaboré par le chef de pôle dans un délai de trois mois à compter de sa nomination. Il s'agit d'un élément-clé pour accroître l'efficacité de l'organisation interne de l'établissement public. Ces projets sont mentionnés dans les contrats de pôles et ont été actualisés en 2015.

²¹ Psychiatrie adultes (nord et sud), la pharmacie et pédopsychiatrie.

Les chefs de pôles bénéficient d'une autonomie relative dans la gestion des effectifs du pôle en termes de recrutement notamment, et de la gestion de certaines enveloppes relatives aux crédits thérapeutiques (activités, fournitures, sorties et séjours), à la formation continue, à la cuisine, et aux actions de culture et de santé. Aucune politique d'intéressement des pôles aux résultats de leur gestion n'a été mise en place, contrairement à ce que stipulaient les contrats de pôles.

De même, aucune évaluation des résultats des objectifs fixés par les projets de pôles n'a été réalisée alors que les contrats de pôles l'avaient prévue.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD)²² du centre hospitalier n'est pas décliné par pôle et le dialogue de gestion n'est nourri ni par des tableaux de bord par pôle, excepté en 2013 et 2014, ni d'une comptabilité analytique par pôle.

La chambre invite l'hôpital à mettre en place une présentation des budgets par pôle en déclinaison de l'EPRD et à appuyer ses dialogues de gestion par une comptabilité analytique optimisée et des tableaux de bord.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur indique que « les nouveaux projets de contrats de pôle prévoient des fiches actions avec des indicateurs et deux revues annuelles de ces indicateurs et tableaux de bord, tant dans le domaine financier que dans d'autres domaines ».

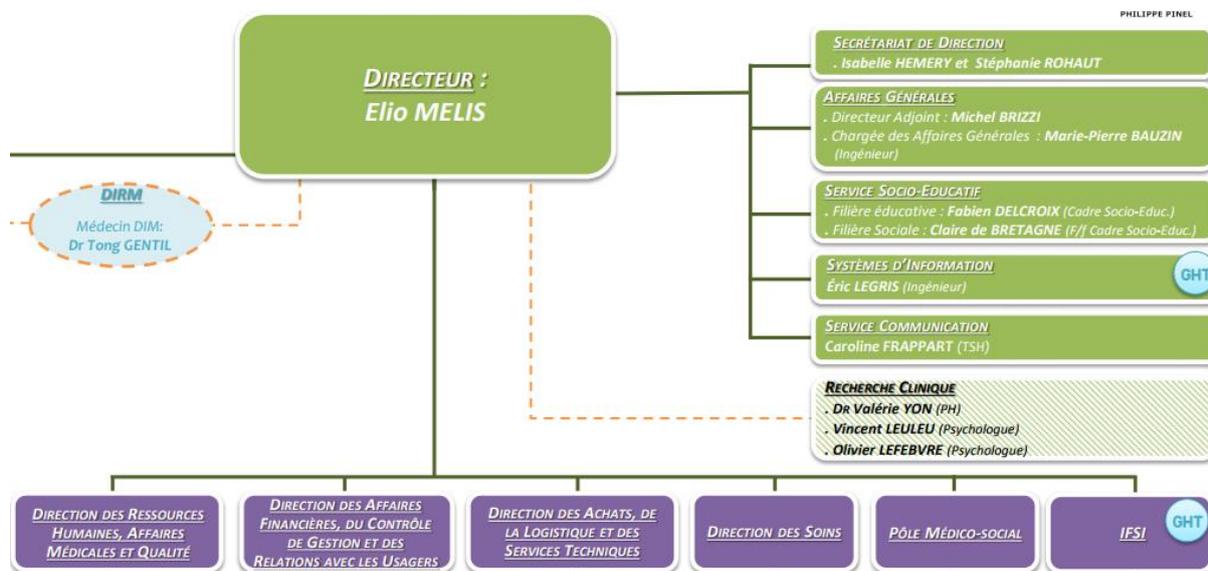
Rappel au droit n° 1 : conclure de nouveaux contrats de pôles lorsque ceux-ci arrivent à échéance, conformément à l'article R. 6146-8 du code de la santé publique.
--

3.3.2 L'organisation des services administratifs

En 2017, les services administratifs s'organisaient autour d'une direction générale comprenant plusieurs services placés sous l'autorité directe du chef d'établissement et de directions fonctionnelles.

²² Document qui, pour un exercice comptable donné, estime les recettes et les dépenses prévisibles.

Schéma n° 1 : Organigramme du centre hospitalier Philippe Pinel en 2017



Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

Conformément à l'article 4 du décret n° 2005-920 du 2 août 2005²³, une direction commune gère le centre hospitalier Philippe Pinel et le centre hospitalier intercommunal de Montdidier-Roye. Ils sont administrés par le même directeur général et par une partie des services du centre Pinel. Le comité de direction possède un ordre du jour commun pour les deux établissements. Une telle organisation permet, d'une part, d'optimiser les coûts de direction et facilite, d'autre part, l'accueil de patients du centre Pinel dans les structures médico-sociales de l'hôpital de Montdidier-Roye réduisant ainsi le nombre de patients « inadéquats » pris en charge par l'hôpital psychiatrique.

Certaines fonctions sont mutualisées au sein du groupement hospitalier de territoire. Tel est le cas de la formation continue, des achats, de l'institut de formation en soins infirmiers et des systèmes d'information.

3.3.3 Les sites de l'établissement

Le siège du centre hospitalier Philippe Pinel est situé sur un terrain de 34 hectares à Dury. Ce site principal – dénommé *intra* – est complété par 24 autres sites – dénommés *extra* – situés à Amiens et dans d'autres communes du département.

²³ Décret portant dispositions relatives à la direction des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Ces sites, qui regroupent 40 structures extrahospitalières – essentiellement composés de CMP et CATTP – permettent un maillage territorial en milieu rural et visent à éviter les phénomènes de non recours médical. Le coût global²⁴ annuel de ces structures est de 18,4 M€ en moyenne sur la période 2011-2016.

Tableau n° 9 : Coût des structures extrahospitalières

(en M€)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution
Total général	17,69	17,78	17,95	18,50	19,42	19,10	8%

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

Au cours de la période contrôlée, l'établissement a regroupé certaines de ces structures afin de limiter ses charges à caractère général et hospitalières. Ainsi, en 2014, les CMP et CATTP du pôle Sud installés sur trois sites déferents ont été regroupés sur une même emprise. De même, deux antennes de CMP ont été déplacées dans les hôpitaux de Corbie et Doullens. Les réorganisations ont généré des économies à partir de 2016 qui se sont traduites par une baisse de 2 % du coût global annuel de ces structures.

La situation financière particulièrement dégradée a entraîné une diminution de 25 % des charges d'entretien et réparations au cours de la période 2011-2016. Cette forte réduction doit être corrélée au taux de vétusté²⁵ des bâtiments, passé de 31 % en 2011 à 44 % en 2016. Dans le même temps, l'intensité d'investissement²⁶ a chuté, passant de 7 % en 2011 à 0,7 % en 2016. Le centre hospitalier n'a, dès lors, plus les moyens suffisants pour renouveler, et entretenir, de manière optimale, son patrimoine.

L'établissement dispose pourtant de quelques marges de manœuvre. Il loue ainsi certaines de ses implantations (plus de 550 000 € de revenus en 2016). La valeur de ses biens immobiliers²⁷, qu'il pourrait en partie céder, s'élevait à 43 M€²⁸ en 2016.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur précise que si l'établissement s'est engagé dans une rationalisation de ses structures extrahospitalières, certaines limites entravent cette orientation : engagement par des baux locatifs d'une durée moyenne de neuf ans, réticences du corps médical et coût de la réhabilitation et de la mise aux normes des bâtiments susceptibles d'héberger les activités extrahospitalières en *intra*.

Recommandation n° 2 : rationaliser les implantations afin de limiter les charges et d'entretenir et renouveler le patrimoine strictement nécessaire à l'activité.

²⁴ Coût incluant les dépenses de personnel.

²⁵ Ce ratio rapporte le montant des amortissements à la valeur brute des immobilisations.

²⁶ Investissements réalisés rapportés aux produits.

²⁷ Comptes 21311, 21315 et 21318.

²⁸ Montant figurant au bilan en valeur brute.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Depuis 2014, le centre hospitalier Philippe Pinel n'est plus doté d'un projet d'établissement indispensable à la définition de ses orientations stratégiques.

Une réflexion sur son organisation en pôles mériterait d'être conduite dans la mesure où la logique sectorielle reste prégnante au détriment d'une logique de parcours de soins. Elle gagnerait également à être optimisée par la présentation de budgets par pôle en déclinaison de l'EPRD et par la mise en place d'une comptabilité analytique pour chacun d'eux.

Le centre dispose de nombreuses implantations géographiques alors qu'il n'a pas les moyens suffisants pour entretenir et renouveler de manière optimale un patrimoine qui vieillit. La chambre lui recommande de rationaliser ses implantations afin de limiter ses charges et de se concentrer sur le patrimoine strictement nécessaire à son activité.

4 LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

4.1 La politique de gestion des ressources humaines

Conformément au décret n° 88-951 du 7 octobre 1988²⁹, un bilan social est établi chaque année. Il comporte toutes les rubriques prévues dans l'arrêté précité. En revanche, ceux des années 2014 et 2015 ont été arrêtés avec retard par le directeur³⁰, en contradiction avec les dispositions de l'article 4 de l'arrêté précité.

L'établissement dispose également de statistiques sur l'absentéisme et d'un règlement intérieur précisant le cadre réglementaire applicable à chaque agent (droits et obligations).

Il tient un plan de formation par pôles d'activité. Une synthèse permet de visualiser le montant de l'enveloppe des formations à budgéter au cours de l'année à venir.

Des indicateurs s'attachent à évaluer la variation de la masse salariale, à effectif constant. L'établissement ne calcule pas son « glissement vieillesse technicité » positif³¹ ni le GVT négatif³², ou encore le coût moyen des entrants. De même, il ne dispose pas de projection pluriannuelle de ses effectifs et des départs en retraite.

²⁹ Décret relatif au bilan social dans les établissements publics énumérés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁰ Le bilan social 2015 a été présenté au conseil de surveillance le 24 juin 2016 et celui de 2014 le 18 décembre 2015.

³¹ Le glissement vieillesse technicité (GVT) positif correspond à l'augmentation de la rémunération individuelle d'un fonctionnaire en fonction d'un avancement quasi-automatique sur sa grille indiciaire, d'un changement de grade ou d'échelon par promotion interne ou à la suite d'un concours.

³² Le GVT négatif mesure le tassement de la masse salariale dû au départ d'agents dont le traitement, du fait de leur ancienneté, est généralement supérieur à celui des remplaçants.

Un des anciens ordonnateurs indique, en réponse, que dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier, des fiches actions sont consacrées au départ et au remplacement des personnels et en évaluent les conséquences sur la masse salariale. La chambre relève que ces documents ne constituent pas, pour autant, une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences.

Plus largement, le centre hospitalier ne s'est pas fixé de stratégie globale ou n'a pas formalisé suffisamment d'objectifs concernant la gestion de ses ressources humaines.

L'actuel ordonnateur indique, en réponse aux observations provisoires, que des fiches métiers et des fiches de poste ont été élaborées et qu'elles participeront à la mise en place des bases d'une gestion prévisionnelle des emplois, des effectifs et des compétences.

Recommandation n° 3 : engager une réflexion d'ensemble sur les objectifs à assigner à la gestion des ressources humaines et se doter d'outils de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences, en liaison avec le projet d'établissement.

4.2 Les modalités de gestion des ressources humaines

4.2.1 Le suivi des dépenses de personnel

4.2.1.1 L'effectif

Au cours de la période 2011-2016, l'effectif total de l'établissement, exprimé en postes équivalents temps plein rémunérés (ETPR), a diminué de 8 %, passant de 1 074,95 à 984,98. Cette baisse s'explique notamment par la diminution de la population non médicale de 10 %, alors que l'effectif médical a lui progressé de 10 %. La baisse des emplois non médicaux (11 %) est particulièrement marquée chez le personnel des services de soins.

Tableau n° 10 : Effectif médical en équivalents temps plein rémunérés

Statut	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution
Praticien hospitalier temps plein et temps partiel	33,55	34,3	33,7	34	36,96	35,36	5 %
Assistants	0	2	3	1	0	0	/
Attachés renouvelés de droit	8,45	3,8	4,58	7,98	6,78	5,28	- 38 %
Total personnel médical permanent	42,00	40,10	41,28	42,98	43,74	40,64	- 3 %
	60,0 %	62,2 %	65,2 %	59,5 %	56,3 %	52,8 %	/
Praticiens contractuels	5	4,35	3	4,2	5,4	3,4	- 32 %
Internes et étudiants en médecine	23	20	19	25	28,5	33	43 %
Total personnel médical non permanent	28,00	24,35	22,00	29,20	33,90	36,40	30 %
	40,0 %	37,8 %	34,8 %	40,5 %	43,7 %	47,2 %	/
Total	70,00	64,45	63,28	72,18	77,64	77,04	10 %

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

La progression de l'effectif médical s'explique, en premier lieu, par la hausse du nombre d'agents non permanents (30 % en six ans) et en particulier des internes et étudiants en médecine, alors que le personnel permanent diminue de 3 % (baisse du nombre d'attachés). Toutefois, le nombre de praticiens hospitaliers augmente de 5 %, du fait, notamment, d'actions entreprises par l'établissement pour les attirer : fidélisation des internes, recours à un cabinet de recrutement, annonces dans des revues spécialisées, offres de logement, etc.

En 2016, le taux d'encadrement médical était d'1 psychiatre pour 290 patients³³ dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les établissements publics de santé mentale de France³⁴. Au centre hospitalier Philippe Pinel, ce taux est supérieur de 12 % avec 1 psychiatre pour 256 patients.

Le taux d'encadrement non médical du centre hospitalier Pinel est supérieur de 38 % avec 1 personnel non médical pour 13 patients (1 pour 20 dans les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et les établissements publics de santé mentale). Ainsi, la situation de l'établissement paraît plus favorable que celle des autres centres psychiatriques.

Tableau n° 11 : Effectif non médical en équivalents temps-plein rémunérés

Statut	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution
Titulaires et stagiaires	853,58	853,77	858,76	843,59	816,2	808,42	- 5 %
	84,9 %	86,3 %	87,7 %	87,5 %	87,6 %	89,0 %	/
Total CDI	67,76	68,39	74,23	69,69	61,84	51,68	- 24 %
	6,7 %	6,9 %	7,6 %	7,2 %	6,6 %	5,7 %	/
Total CDD	83,61	67,62	46,41	50,41	53,5	47,84	- 43 %
	8,3 %	6,8 %	4,7 %	5,2 %	5,7 %	5,3 %	/
Total	1 004,95	989,78	979,40	963,69	931,54	907,94	- 10 %

Personnels administratifs	104,71	105,25	103,66	104,74	101,05	99,87	- 5 %
Personnels des services de soins	714,81	704,18	697,55	683,93	660,38	637,96	- 11 %
Personnels éducatifs et sociaux	78,64	79,56	78,54	72,69	72,45	71,2	- 9 %
Personnels médico-techniques	5,86	7,5	8,72	7,86	6,86	6,86	17 %
Personnels techniques et ouvriers	100,93	93,29	90,93	94,47	90,8	92,05	- 9 %

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

Le recours aux emplois contractuels est limité, que les contrats soient à durée indéterminée ou déterminée. Leur part relative a tendance à diminuer depuis 2011, passant de 15 % à 11 % de l'effectif médical.

³³ File active.

³⁴ Statistiques administratives d'activité.

La baisse la plus marquée de personnel participant aux soins concerne la prise en charge ambulatoire (- 11 %), suivie de la prise en charge en hospitalisation à temps plein (- 10 %). La chambre observe que cette diminution paraît en contradiction avec l'un des objectifs du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens qui prévoyait « le développement des alternatives à l'hospitalisation complète en psychiatrie adultes et enfants ».

Tableau n° 12 : Évolution de l'effectif selon la prise en charge en équivalents temps plein

	2011			2016			Évolution 2011-2016
	Personnel non médical	Personnel médical	TOTAL	Personnel non médical	Personnel médical	TOTAL	
Ambulatoire	157,72	17,75	175,47	140,66	17,08	157,73	- 11 %
Hôpital de jour	63,35	4,2	67,55	59,5	5,2	64,7	- 4 %
Hospitalisation à domicile	32,9		32,9	30,94		30,94	- 6 %
Hospitalisation temps plein	389,95	24,95	414,9	340,6	37,89	378,49	- 10 %

Source : centre hospitalier Philippe Pinel.

Au cours de la période étudiée, la structure du personnel apparaît stable dans son ensemble puisque, toutes fonctions et tous services confondus, 87 % des personnels ont plus de deux ans d'ancienneté³⁵.

4.2.1.2 Les dépenses de personnel

La hausse des dépenses totales de personnel a été maîtrisée sur la période 2011-2016 (0,5 % par an en moyenne) sous l'effet, principalement, de la baisse de l'effectif. Elles représentaient 50 M€ en 2016, soit 83,5 % des produits courants – contre 81 % au niveau national. Elles étaient composées à 55 % de rémunérations du personnel non médical, à 8 % de rémunérations du personnel médical et à 26 % de cotisations sociales – proportions équivalentes aux moyennes nationales.

³⁵ Données issues des bulletins de paie des agents de l'établissement.

Tableau n° 13 : Évolution des charges totales de personnel

(en M€)	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Variation annuelle moyenne
Personnel titulaire et stagiaire	24,83	24,53	24,61	26,16	25,82	25,21	0,3 %
+ Personnel en CDI	1,66	1,87	1,83	1,80	1,65	1,41	- 3,2 %
+ Personnel en CDD	1,53	1,32	1,09	1,21	1,30	1,16	- 5,4 %
+ Contrats aidés et apprentis	0,13	0,32	0,44	0,60	0,69	0,66	39,0 %
- Atténuations de charges	0,93	1,29	1,25	1,18	1,26	0,96	0,5 %
= Rémunérations du personnel non médical (a)	27,21	26,75	26,73	28,58	28,20	27,49	0,2 %
Praticiens hospitaliers	2,75	2,74	2,75	2,60	2,93	2,90	1,1 %
+ Praticiens hospitaliers contractuels	0,56	0,51	0,51	0,64	0,67	0,55	- 0,4 %
+ Internes et étudiants	0,59	0,59	0,55	0,55	0,72	0,76	5,4 %
+ Autres rémunérations	0,24	0,19	0,25	0,33	0,32	0,30	4,9 %
- Atténuations de charges	0,11	0,32	0,26	0,30	0,29	0,41	29,3 %
= Rémunérations du personnel médical (b)	4,02	3,71	3,80	3,81	4,35	4,10	0,4 %
Rémunérations du personnel (a+b)	31,23	30,46	30,53	32,39	32,55	31,59	0,2 %
+ Cotisations sociales totales sur personnel	12,23	12,25	12,70	13,04	13,15	12,90	1,1 %
+ Honoraires médecine libérale et indemnités d'enseignement	0,04	0,03	0,03	0,00	0,04	0,04	3,0 %
+ Autres charges de personnel	0,23	0,20	0,24	0,25	0,32	0,28	3,7 %
- Atténuations de charges portabilité CET	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	- 63,0 %
+ Impôts et taxes liés au personnel	4,86	4,73	4,90	4,95	5,14	4,99	0,5 %
Dont taxe sur les salaires	3,12	3,00	3,16	3,19	3,34	3,18	0,4 %
= Charges de personnel interne	48,52	47,67	48,39	50,64	51,20	49,80	0,5 %
+ Charges de personnel externe	0,16	0,22	0,23	0,16	0,16	0,17	1,1 %
= Charges de personnel totales consolidées	48,68	47,89	48,62	50,80	51,36	49,97	0,5 %
<i>CP totales en % des produits courants</i>	82,65 %	82,43 %	80,70 %	85,80 %	84,91 %	83,53 %	0,2 %

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers de l'établissement.

4.3 Les marges de manœuvre de l'établissement

4.3.1 Des marges non utilisées, ou bien tardivement

4.3.1.1 Le temps de travail des agents

Le décret du 4 janvier 2002³⁶ établit la durée annuelle du travail à 1 607 heures, soit 35 heures hebdomadaires³⁷. Sur la période 2011-2015, l'établissement n'a pas respecté ces dispositions. Le nombre de jours de réduction du temps de travail ou de repos compensateurs étaient de 28 jours, ce qui conduisait à une durée annuelle du travail inférieure aux *minima* réglementaires. L'inspection générale des affaires sociales avait relevé cette irrégularité dans un rapport de 2010 et demandait à l'hôpital de se conformer à la réglementation.

Au 1^{er} janvier 2016, un nouvel accord local sur le temps du travail a diminué le nombre de jours de réduction du temps de travail ou de repos compensateurs de huit jours pour les cadres de santé, cadres supérieurs de santé et cadres socio-éducatifs et de 13 jours pour les autres agents (hors cadres de direction, attachés et ingénieurs). Un guide sur le temps de travail a également été rédigé afin de décliner les dispositions de l'accord local aux différentes catégories de personnels concernés.

La régularisation tardive du temps de travail des agents a représenté, selon le centre hospitalier, un coût proche de 2 M€ par an pour l'établissement sur la période 2011-2016, soit près de 47 postes équivalents temps plein par année.

Un des anciens ordonnateurs indique, qu'en raison d'un climat social tendu, « il était difficile de mener de front une révision profonde de l'accord sur le temps de travail et des mesures budgétaires draconiennes telles que résultant des plans de retour à l'équilibre dans un premier temps puis de contrat de retour à l'équilibre dans un deuxième temps sans dégrader fortement les relations sociales dans l'Établissement ».

4.3.1.2 Les règles d'avancement d'échelon

Jusqu'au 1^{er} janvier 2016, l'article 67 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière disposait que « *L'avancement d'échelon à l'ancienneté maximale est accordé de plein droit. L'avancement d'échelon à l'ancienneté réduite peut être accordé au fonctionnaire dont la valeur professionnelle le justifie.* »

Le centre hospitalier n'a pas appliqué ces dispositions. La moitié des avancements s'effectuait à la durée minimale ou intermédiaire. L'établissement estime à 300 000 € le coût annuel de ces avancements qu'il qualifie « d'extra réglementaires ».

³⁶ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

³⁷ Cette durée peut être réduite pour les agents soumis à des sujétions spécifiques.

Depuis le 1^{er} janvier 2017, sont appliquées les nouvelles dispositions de l'article 67 de la loi de 1986 précitée³⁸ : « *L'avancement d'échelon est accordé de plein droit. Il a lieu de façon continue d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur. Il est fonction de l'ancienneté. Toutefois, lorsque les statuts particuliers le prévoient et selon des modalités de contingentement définies par décret en Conseil d'État, il peut être également fonction de la valeur professionnelle.* »

4.3.2 De possibles sources d'économies

4.3.2.1 La mise en œuvre du régime indemnitaire

Méthodologie employée

Un échantillon de 80 dossiers du personnel a été consulté, représentant 8 % des agents de l'établissement.

Le centre hospitalier formalise peu l'application du régime indemnitaire. Les contrats de travail et les décisions de titularisation prévoient seulement que l'agent percevra « le cas échéant les indemnités et primes afférentes audit emploi ». Il n'est pas établi systématiquement de décision individuelle d'attribution, comme en dispose pourtant l'annexe 1 du code général des collectivités territoriales³⁹, applicable aux établissements publics de santé.

La chambre rappelle à l'établissement qu'il doit formaliser, pour chaque agent, ses décisions s'agissant du versement de rémunérations accessoires.

Tableau n° 14 : Principales composantes du régime indemnitaire*

En €	2013	2014	2015	2016	Total	Evolution
Indemnité forfaitaire dim. et jours fériés	560 167 €	579 515 €	544 272 €	486 998 €	2 170 953 €	-15,02%
Indemnité de sujétions 13 heures	1 774 995 €	1 794 876 €	1 768 439 €	1 747 574 €	7 085 884 €	-1,57%
Prime de service	1 468 766 €	1 493 420 €	1 507 254 €	1 481 351 €	5 950 790 €	0,85%
Prime spécifique paramédicale	470 566 €	455 660 €	444 672 €	433 614 €	1 804 512 €	-8,52%
Indemnité engagement de service public	184 847 €	177 484 €	188 922 €	190 995 €	742 249 €	3,22%
P.F.R.	165 718 €	181 011 €	237 075 €	213 022 €	796 825 €	22,21%
Prime de 1ère et 2ème catégorie	131 020 €	181 716 €	176 350 €	169 951 €	659 037 €	22,91%
Indemnité de travail intensif de nuit	131 469 €	131 228 €	130 695 €	125 565 €	518 957 €	-4,70%
Prime de sujétion aides soignants	130 284 €	152 525 €	151 925 €	127 155 €	561 888 €	-2,46%
Indemnité compensatrice de logement	15 084 €	15 084 €	21 369 €	29 700 €	81 237 €	49,21%
Prime gratification médailles	16 065 €	10 200 €	16 660 €	11 220 €	54 145 €	-43,18%
Indemnité de RTT personnel non médical	18 271 €	3 000 €	- €	- €	21 271 €	-
Autres primes et indemnités	708 125 €	735 888 €	757 118 €	701 916 €	2 903 047 €	-0,88%
TOTAL régime indemnitaire	5 759 313 €	5 901 406 €	5 928 091 €	5 707 840 €	23 296 650 €	-0,90%
Total des traitements	30 530 364 €	32 394 697 €	32 546 868 €	31 590 398 €	127 062 327 €	3,36%
Part du régime indemnitaire	18,86%	18,22%	18,21%	18,07%	18,33%	-4,41%

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

* Hors IHTS, astreintes et gardes.

PFR : prime de fonction et de résultat.

³⁸ Tel que modifié par l'article 148 de la loi n° 2015-1785 du 29 décembre 2015 de finances pour 2016.

³⁹ Rubrique 220223 « Primes et indemnités ».

En 2015, la part du régime indemnitaire représentait 18,2 % des rémunérations versées au personnel. Selon les données publiées par l'agence technique sur l'information de l'hospitalisation, le centre hospitalier se situerait en dessous des structures de même nature (entre 19 et 23 %)⁴⁰. Le montant total des rémunérations accessoires versées sur la période est stationnaire (- 0,9 %). La diminution de l'effectif en est la principale cause.

4.3.2.1.1 Des primes versées sans texte

L'établissement a versé une prime dépourvue de fondement réglementaire, dite « prime RTT », à certains de ses personnels médicaux et non médicaux en 2013 et 2014. 14 cadres ont bénéficié de cette prime dont les montants individuels ont varié de 125 € à 3 000 € par an.

Selon l'actuel ordonnateur et un de ses prédécesseurs, en réponse aux observations provisoires, cette prime se justifierait par l'application de plusieurs arrêtés en date des 17 octobre 2002 et 9 octobre 2003 ainsi que du décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012. La chambre observe cependant que les dispositions visées ne s'appliquaient qu'aux seules années 2002 et 2003 et que le décret précité ne mentionne nullement l'indemnité contestée.

Tableau n° 15 : Versement de la prime « RTT »

(en €)	2013	2014	TOTAL
Indemnité RTT personnel non médical	1 321		1 321
Indemnité RTT médecin	16 950	3 000	19 950
Total	18 271	3 000	21 271

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

Il verse également une « prime médaille » aux agents bénéficiant d'une certaine ancienneté sur la base d'une décision du directeur prise chaque année à laquelle est joint un état collectif. Le centre hospitalier justifie le versement de cette prime par le décret n° 87-594 du 22 juillet 1987 modifié relatif à la médaille d'honneur régionale, départementale et communale qui récompense la compétence professionnelle et le dévouement des élus et des agents publics au service des collectivités territoriales et de leurs établissements, catégories auxquelles n'appartiennent pas les agents du centre hospitalier. De plus, la récompense visée par le décret consiste en l'octroi d'une médaille frappée par la Monnaie de Paris et non en une rémunération indemnitaire telle que pratiquée au sein du centre hospitalier. Au cours de la période 2011-2016, 119 agents ont ainsi perçu une somme allant de 510 € à 595 € pour un total de 54 145 €.

⁴⁰ Analyse des bilans sociaux des établissements de santé, page 109.

Un ancien ordonnateur indique, en réponse, que cette prime a fait l'objet d'une délibération des « instances de l'établissement pour son application ». La chambre relève qu'une telle délibération ne peut en constituer le fondement juridique. L'article 20 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires dispose clairement que seul un texte législatif ou réglementaire peut instituer des indemnités au bénéfice des fonctionnaires.

Tableau n° 16 : Versement de la « prime médailles » et de l'indemnité « adjoint des cadres »

	2013		2014		2015		2016	
	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant	Bénéficiaires	Montant
Adjoint des cadres	1	1 399 €	4	5 738 €	4	6 718 €	4	6 718 €
Médailles	37	16 065 €	22	10 200 €	39	16 660 €	26	11 220 €

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

4.3.2.1.2 Primes versées sans que les conditions soient réunies

Certaines primes, figurant dans le tableau ci-après, sont versées à des personnels qui ne sont ni stagiaires ni titulaires pour un total de 225 503 € sur la période 2013-2016 et sans qu'aucune décision d'attribution collective ou individuelle n'ait été formalisée par le chef d'établissement.

Un ancien ordonnateur indique, en réponse aux observations provisoires, que les versements ont trait, pour partie, à la prime de service dont bénéficient les personnels affectés au service informatique en application des stipulations contenues dans leur contrat de recrutement. La chambre constate que la mention dont il fait état ne précise pas le régime indemnitaire dont bénéficient les personnels sous contrat. Elle rappelle également que ce régime est, s'agissant de la prime de service, irrégulier.

Tableau n° 17 : Régime indemnitaire versé à des personnels ni titulaires ni stagiaires sans décision d'attribution

(en €)	2013	2014	2015	2016	TOTAL
Indemnité pour travail intensif de nuit	12 960	17 452	18 669	16 208	65 288
Prime spécifique paramédicale	10 980	6 390	12 371	24 984	54 725
Prime de service	28 598	28 110	24 817	23 964	105 489
TOTAL	52 537	51 952	55 857	65 157	225 503

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

4.3.2.1.3 La prime de service

L'arrêté du 24 mars 1967⁴¹ prévoit que les établissements de santé peuvent instituer une prime de service facultative. Son principe est que toute journée d'absence entraîne un abattement d'un cent quarantième du montant de la prime individuelle. Le montant global affecté à cette prime ne peut dépasser, pour un exercice donné, 7,5 % du montant des crédits effectivement consommés au cours dudit exercice pour la liquidation des traitements budgétaires bruts des personnels en fonctions pouvant prétendre au bénéfice de la prime. Au cours de la période 2013-2016 le plafond de 7,5 % du traitement brut des agents concernés par la prime de service n'a pas été respecté en 2014 et 2015.

L'actuel ordonnateur indique, en réponse aux observations provisoires, que « le montant des rémunérations brutes pris en compte par la chambre ne correspond pas aux données de l'établissement ». La chambre rappelle que seul le traitement indiciaire brut des agents bénéficiaires de cette prime est à prendre en compte dans la détermination individuelle de ce plafond de versement.

Par ailleurs, la prime de service est versée à des personnels qui ne sont ni stagiaires ni titulaires. Sur la période 2013-2016, ces versements non conformes ont représenté une masse financière de 105 490 €. Or, le Conseil d'État⁴² a jugé que le versement de la prime de service aux agents contractuels de la fonction publique hospitalière était irrégulier, considérant que les ministres signataires de l'arrêté du 24 mars 1967 n'étaient pas compétents pour instaurer une telle prime. Seul le chef d'établissement peut décider de verser ces primes à ces agents, ce qui ne ressort pas de leurs contrats.

Tableau n° 18 : Évolution du versement de la prime de service

	2013	2014	2015	2016
Rémunérations brutes (personnels bénéficiaires)	20 526 131 €	19 479 875 €	19 398 327 €	19 981 052 €
Taux plafond	7,5 %	7,5 %	7,5 %	7,5 %
Montant plafond	1 539 460 €	1 460 991 €	1 453 026 €	1 498 579 €
Montant versé	726 416 €	732 869 €	744 040 €	738 103 €
Rappels N-1	760 551 €	763 214 €	743 556 €	746 731 €
	7,24 %	7,68 %	7,68 %	7,43 %
Total	1 486 967 €	1 496 083 €	1 487 596 €	1 484 834 €

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

L'arrêté du 24 mars 1967⁴³ précise que « L'autorité investie du pouvoir de nomination fixe les conditions dans lesquelles le montant de la prime varie proportionnellement aux notes obtenues sans qu'il puisse excéder 17 % du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la prime est attribuée ». Or le montant des primes de service versées a été supérieur à ce plafond individuel. Pour les exercices 2013 à 2016, ce sont 4,7 M€ qui ont été versés en dépassement.

⁴¹ Arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

⁴² Décision n° 312446 du 23 mars 2009.

⁴³ Arrêté du 24 mars 1967 relatif aux conditions d'attribution de primes de service aux personnels de certains établissements énumérés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986.

Selon l'ordonnateur actuel, en réponse aux observations provisoires, les sommes versées seraient en deçà du plafond ramené au traitement indiciaire brut annuel. La chambre rappelle que l'arrêté du 24 mars 1967 prévoit les conditions de versement de cette indemnité. Le plafond est déterminé par référence au traitement indiciaire brut du mois de décembre de l'année et non du montant annuel perçu dans ce cadre.

Tableau n° 19 : Montant de la prime de service versée au-delà du plafond de 17 % du traitement indiciaire brut du mois de décembre de chaque année

2013	2014	2015	2016	Total	Évolution
1 166 992 €	1 170 446 €	1 167 914 €	1 166 194 €	4 671 547 €	- 0,07 %

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

L'arrêté précité du 24 mars 1967 prescrit que le directeur fixe les conditions dans lesquelles le montant de la prime varie proportionnellement aux notes obtenues et l'article R. 6144-40 dispose que le comité technique d'établissement est obligatoirement consulté sur les critères de répartition de la prime de service. Ces dispositions ne sont pas correctement appliquées par le centre hospitalier.

En effet, celui-ci procède en trois étapes pour verser cette prime : premièrement, il détermine, en pourcentage de la masse salariale, et distribue un montant initial ; deuxièmement, il répartit un reliquat d'absentéisme (167 865 € en 2016) ; troisièmement, il distribue le surplus restant par le biais de l'attribution d'une prime dite « du directeur » (12 500 € en 2016). Or ces modalités de versement et d'attribution ne sont pas entièrement formalisées et le comité technique d'établissement n'a pas été consulté sur l'ensemble de ces modalités. La chambre invite à plus de transparence dans l'attribution de ce complément de rémunération.

La chambre rappelle au centre hospitalier que le régime indemnitaire qu'il verse à ses agents doit être prévu par un texte législatif et réglementaire et liquidé selon les dispositions de ces textes, conformément à l'article 77 de la loi du 9 janvier 1986.

Rappel au droit n° 2 : ne verser que les primes et indemnités prévues par un texte législatif et réglementaire et dans les conditions fixées par ces textes, conformément à l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

4.3.2.2 La gestion de la paye

Le centre hospitalier a externalisé la gestion de la paye de ses personnels. Il affirme disposer ainsi de davantage de temps pour effectuer des contrôles de cohérence, notamment entre les effectifs payés et ceux déclarés aux organismes de sécurité sociale, et pouvoir mieux veiller à l'exhaustivité des données. Des vérifications sont, à cet égard, effectuées, s'agissant des droits et recensement des astreintes, des heures supplémentaires et les droits à l'ouverture du supplément familial de traitement.

La qualité des données saisies dans le système d'information pourrait être améliorée. En effet, un certain nombre de primes ne figurent pas sous leur correct intitulé⁴⁴.

La chambre encourage l'hôpital à renforcer son contrôle sur la paye de ses agents.

La chambre rappelle que les fichiers de paye transmis au comptable public doivent être établis avec toute la rigueur nécessaire pour permettre d'en contrôler la bonne liquidation avant mise en paiement.

4.3.2.3 La maîtrise de l'absentéisme

L'établissement suit le taux d'absentéisme de ses personnels médicaux et non médicaux pour raisons de santé et pour congés maternité. Il ne retrace pas spécifiquement les absences pour formation ou celles relatives à l'exercice d'un droit syndical.

Un ancien ordonnateur précise, dans sa réponse aux observations provisoires, que ces éléments seraient développés dans le bilan social annuel de l'hôpital. La chambre constate que ces données ne figurent pas dans les documents qui lui ont été transmis.

Le nombre de jours d'absence pour raisons de santé progresse de 19 % sur la période 2013-2016, en raison, principalement, de l'augmentation des absences pour maladie ordinaire. Ainsi, en moyenne, un agent a été absent 32 jours en 2016, contre 24 jours en 2013. Ce sont principalement les infirmiers qui sont concernés.

L'absentéisme est majoritairement de longue durée (supérieur à six jours) et plus important s'agissant des personnels non médicaux. Ces absences sont également plus nombreuses et progressent plus rapidement que les autres absences.

⁴⁴ À titre d'exemple : prime transport (prise en charge de la part employeur afférente au coût du transport public), prime de 1^{ère}, 2^{ème} et 3^{ème} catégories (travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants), indemnité d'engagement de service public pour l'indemnité d'engagement de service public exclusif.

Tableau n° 20 : Évolution de l'absentéisme médical

Évolution du nombre de journées d'absence	2013	2014	2015	2016	Évolution (%)
PERSONNEL NON MEDICAL					
Maladie dont :	24 775	25 635	25 440	30 855	20 %
<i>Maladie ordinaire</i>	10 862	11 900	12 528	14 172	23 %
<i>Congé longue durée</i>	6 388	6 028	4 835	4 921	- 30 %
<i>LM, MLD et grave maladie</i>	4 302	3 607	4 036	6 515	34 %
<i>Accidents du travail</i>	3 223	4 100	4 042	5 247	39 %
Taux d'absentéisme	6,93 %	7,29 %	7,48 %	9,31 %	26 %
<i>En jours</i>	25,30	26,60	27,31	33,98	26 %
PERSONNEL MEDICAL					
Maladie dont :	433	484	775	430	-1 %
<i>Maladie ordinaire</i>	78	166	410	266	71 %
<i>Congé longue durée</i>	355	318	365	164	-116 %
Taux d'absentéisme	1,87 %	1,84 %	2,73 %	1,53 %	-23 %
<i>En jours</i>	6,84	6,71	9,98	5,58	-23 %
Total jours d'absence	25 208	26 119	26 215	31 285	19 %
Total effectif équivalents temps plein	1 043	1035,87	1009,18	984,98	-6 %
Nombre de jours ouvrables	365	365	365	365	0 %
Taux d'absentéisme	7 %	7 %	7 %	9 %	24 %

Source : chambre régionale des comptes, à partir des données communiquées par l'ordonnateur.

Le centre hospitalier effectue systématiquement des retenues sur traitements en cas d'absence injustifiée. Le taux d'absentéisme représente 86 postes équivalents temps plein⁴⁵ et un coût de 3,8 M€⁴⁶ pour l'établissement. L'absence de hausse de l'absentéisme aurait permis de réaffecter près de 21 postes équivalents temps plein, représentant plus de 0,9 M€.

4.3.2.4 La meilleure valorisation des avantages en nature

L'établissement attribue des logements à certains personnels. Les bénéficiaires sont les agents astreints à effectuer des gardes et ceux que le centre hospitalier veut recruter en proposant des conditions attractives.

Selon les modalités définies par le code général de propriété des personnes publiques, les bénéficiaires de logement sous le régime de la convention d'occupation précaire sont astreints au paiement d'une redevance d'un montant égal à 50 % de la valeur locative réelle des locaux occupés, à compter de la date d'occupation des locaux⁴⁷. L'examen des bulletins de paie des personnels concernés ne permet pas d'établir, dans tous les cas, l'acquittement d'une telle redevance d'occupation. Les montants figurant sur les bulletins de traitement des agents ne correspondent également pas à la moitié de la valeur de l'avantage constaté comme l'exige l'article R. 2124-68 du code général de la propriété des personnes publiques.

⁴⁵ Nombre total d'équivalents temps plein x taux d'absentéisme.

⁴⁶ (Nombre total d'équivalents temps plein x taux d'absentéisme) x coût moyen d'un emploi.

⁴⁷ Articles R. 2124-68 et R. 2124-69 du code général de propriété des personnes publiques.

Un ancien ordonnateur confirme, en réponse aux observations provisoires, qu'il « était tenu compte parfois d'un montant de loyer plus faible pour attirer ou retenir des médecins, particulièrement dans les périodes où il y a eu de nombreux postes vacants de praticiens (jusqu'à 10 postes vacants) ».

L'hôpital n'a également pas justifié de l'émission de titres de recettes pour régulariser les montants qui n'auraient pas fait l'objet de précomptes sur les rémunérations. Sur la base d'une redevance correspondant à la moitié de l'avantage en nature consenti, le manque à gagner est estimé à 83 324 € pour la période 2013-2016, hors dépenses liées aux fluides.

La chambre rappelle à l'établissement qu'il doit procéder de façon systématique à la liquidation des redevances pour occupation en fixant son montant à la moitié de la valeur locative du bien mis à disposition, conformément aux dispositions du code précité.

4.3.2.5 Une évaluation plus étroite du temps de travail des psychologues

L'article 2 du décret n° 91-129 du 31 janvier 1991 portant statut particulier des psychologues de la fonction publique hospitalière précise que ceux-ci « *contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs. Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action. Ils peuvent collaborer à des actions de formation* ». Dans ce cadre, ils disposent d'un temps particulier dans leur organisation de travail au titre de la fonction de formation information recherche (FIR).

Une circulaire du 30 avril 2012⁴⁸ laisse une autonomie dans la mise en œuvre des fonctions liées à l'organisation des moyens et techniques choisis par les psychologues. Cette démarche peut prendre la forme d'un travail d'évaluation, une actualisation des connaissances, et une participation, impulsion, réalisation et communication de travaux de recherche.

Cette circulaire prévoit que le temps consacré à cette démarche doit être défini chaque année « *dans le cadre d'un entretien entre le psychologue et son responsable hiérarchique désigné, à partir de l'expression de ses besoins individuels et de son investissement dans les projets institutionnels, dans la limite [plafond] d'1/3 du temps de travail* ». Ils doivent rendre compte chaque année et individuellement de l'utilisation de leur temps de FIR et de son apport pour leur pratique, c'est-à-dire de leur utilité pour l'établissement.

La chambre observe que ces préconisations ne sont pas observées par le centre hospitalier Philippe Pinel. En effet, le temps de FIR des psychologues n'est pas identifié précisément et aucune évaluation n'est formellement effectuée. Elle encourage le centre hospitalier à s'assurer de la conformité des actions conduites par les psychologues dans le cadre de ce dispositif.

⁴⁸ Circulaire n° DGOS/RHSS/2012/181 relative aux conditions d'exercice des psychologues au sein des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

4.3.2.6 La maîtrise des heures supplémentaires

L'article 2 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002⁴⁹ prévoit que le versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires est subordonné, pour les sites supérieurs à dix agents, à la mise en œuvre par l'employeur de moyens de contrôle automatisés. Le centre hospitalier n'a pas déployé ce type de dispositif.

Le décret précité prévoit le versement de ces indemnités aux seuls agents de catégories C et B⁵⁰. Au cours de la période 2013-2016, plusieurs agents de catégorie A en ont, pourtant, été bénéficiaires.

Selon un ancien ordonnateur, en réponse aux observations provisoires, l'ensemble des infirmiers pourraient prétendre au versement des indemnités horaires pour travaux supplémentaires. Celles-ci pourraient également être attribuées ponctuellement à titre dérogatoire. La chambre constate que l'article 1^{er} de l'arrêté du 25 avril 2002, pris en application du décret n° 2002-598 du même jour, exclut les cadres A de leur bénéfice.

Tableau n° 21 : Personnels de catégorie A ayant bénéficié d'indemnités horaires pour travaux supplémentaires

Emploi / grade*	2013	2014	2015	2016	TOTAUX
ISGS 1 ^{er} grade catégorie A	18 475,39 €	9 938,3	24,6	11 332,51	39 770,80 €
ISGS 2 ^{ème} grade catégorie A	751,18 €				751,18 €
Infirmier de cl. sup. catégorie B	223,10 €			7,56	230,66 €
Attaché d'adminis. hospit.	4 213,36 €	4 569,48	2 398,8	1 199,4	12 381,04 €
Inf-cadre sup. de santé	1 945,20 €				1 945,20 €
Inf-cadre sup. de santé catég. sédentaire	2 057,74 €	90,99			2 148,73 €
Infirmier psy. cl. sup catég. B	868,15 €				868,15 €
TOTAUX	28 534,12 €	14 598,77 €	2 423,40 €	12 539,47 €	58 095,76 €

Source : bulletins de paie des personnels du centre hospitalier.

* Tels que précisé sur les bulletins de paie.

4.3.2.7 La meilleure prise en compte de la valeur professionnelle des agents

L'établissement verse plusieurs primes permettant de reconnaître la valeur professionnelle des agents, principalement la prime de service, l'indemnité de chef de pôle et la prime de fonctions et de résultats (PFR), instituée uniquement pour les directeurs.

Pour autant, si l'appréciation de la valeur professionnelle des directeurs est bien prise en compte lors des entretiens d'évaluation concernant la PFR, il n'en va pas de même pour les autres personnels. Dès lors, la pertinence de ce dispositif indemnitaire, au regard de l'objectif de performance recherché, ne peut être appréciée.

⁴⁹ Décret relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires.

⁵⁰ Catégorie C : fonctions d'exécution ; catégorie B : fonctions d'encadrement intermédiaire ; catégorie A : fonctions de conception et d'encadrement supérieur.

La chambre invite l'établissement à mieux prendre en compte, à l'occasion des entretiens d'évaluation, la valeur professionnelle de ses agents dans l'attribution du régime indemnitaire.

Tableau n° 22 : Synthèse des marges de manœuvre possibles en matière de gestion des ressources humaines

Marge de manœuvre identifiée	Montant annuel estimé
Régularisation du régime indemnitaire	1 265 850 €
Maitrise de l'absentéisme	905 122 €
Meilleure valorisation des avantages en nature	20 831 €
Meilleure maitrise des heures supplémentaires	12 539 €
Total	2 204 342 €

Source : chambre régionale des comptes.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Le centre hospitalier ne s'est pas fixé de stratégie suffisante en matière de gestion des ressources humaines. La chambre recommande de la formaliser dans le cadre de l'élaboration du futur projet d'établissement.

L'effectif a diminué de 8 % au cours de la période 2011-2016 sous l'effet, principalement, de la réduction du nombre d'agents des services de soins. En progression, les dépenses de personnel, qui représentent 83,5 % des produits courants, restent contenues. Elles n'augmentent que de 0,5 % par an en moyenne en raison de la baisse de l'effectif.

L'établissement ne respectait pas les règles fixées en matière de temps de travail de ses agents jusqu'en 2016 et en matière d'avancement jusqu'en 2017. Ces pratiques irrégulières ont généré des charges supplémentaires estimées à 2,3 M€ par an.

Aujourd'hui encore, le centre hospitalier pourrait maîtriser davantage ses dépenses de personnel. Ainsi, la régularisation des compléments indemnitaires versés aux agents, la maîtrise de l'absentéisme ou encore la meilleure valorisation des avantages en nature accordés permettraient de réaliser des économies estimées par la chambre à près de 2,2 M€.

5 LA GESTION FINANCIÈRE DE L'ÉTABLISSEMENT

5.1 La fiabilité des comptes

5.1.1 L'imparfaite tenue de la comptabilité des engagements

L'article R. 6145-6 du code de la santé publique dispose que l'ordonnateur doit tenir une comptabilité des engagements, tandis que l'instruction budgétaire et comptable M21 précise : « *La comptabilité administrative doit permettre de déterminer par chapitre le crédit disponible, c'est-à-dire la différence entre d'une part, le total des autorisations de dépenses inscrites à l'EPRD⁵¹ et, d'autre part, le total des dépenses engagées non mandatées et le total des mandats émis* »⁵².

Le rattachement des charges et des produits vise à faire apparaître dans le résultat d'un exercice donné les charges et les produits qui s'y rapportent. Il implique la tenue d'une comptabilité d'engagement qui permette de déterminer pour chaque mandat, outre la date de paiement, la date de l'engagement de la commande et de la réception de la facture. Celle-ci est incorrectement tenue. Les commandes effectuées au cours de l'exercice N-1 ne sont pas reprises si le paiement est effectué pendant l'exercice suivant N.

La chambre constate que la comptabilité d'engagement n'est pas mise en œuvre avec la rigueur suffisante, ce qui ne permet pas de respecter le principe d'indépendance des exercices⁵³.

Pour conséquence, il apparaît que la comptabilisation des charges à rattacher à l'exercice suivant n'est pas rigoureuse. Les montants comptabilisés sont souvent sous-évalués. Enfin, de nombreux mandats ne comportent ni date de commande ni date de réception de la facture réglée.

Ce sont ainsi des montants significatifs qui n'ont pas été rattachés à l'exercice au cours de la période examinée : 2,6 M€ en 2014, 0,9 M€ en 2015 et 1,3 M€ en 2016. Cette pratique, liée à la situation budgétaire dégradée du centre hospitalier, a eu pour effet de modifier le résultat de l'établissement.

L'ordonnateur actuel estime, en réponse aux observations provisoires, « au contraire de la chambre, avoir beaucoup progressé au cours de la période contrôlée dans le rattachement de ses charges à l'exercice » et précise que la totalité des charges ont bien été rattachées à l'exercice 2016. La chambre confirme cependant son propre constat, qui est corroboré par l'analyse des comptes de tiers.

⁵¹ État prévisionnel des recettes et des dépenses.

⁵² Instruction M21, tome 3, chapitre 3-2, page 8.

⁵³ Selon ce principe, les organismes ont l'obligation d'enregistrer, en comptabilité, les produits qu'ils encaissent et les charges qu'ils supportent, au titre de l'exercice auquel ils se rapportent.

Tableau n° 23 : Rattachements des charges à l'exercice

En €	2012	2013	2014	2015	2016	Var annuelle moy
Fournisseurs, factures non parvenues (a)	404 645 €	68 899 €	464 708 €	685 056 €	1 090 734 €	19,59
Comptes de charges d'exploitation (b)	56 773 383 €	57 080 018 €	59 465 754 €	60 208 233 €	58 494 080 €	1,09
<i>Dont comptes de charges d'exploitation budget H</i>	<i>51 840 339 €</i>	<i>52 442 056 €</i>	<i>54 699 392 €</i>	<i>55 515 107 €</i>	<i>53 467 378 €</i>	<i>1,10</i>
Taux de rattachement (a/b)	0,71 %	0,12 %	0,78 %	1,14 %	1,86 %	
Factures réglées en N+1			3 115 418 €	1 670 812 €	2 418 191 €	

Source : balance des comptes et comptabilité d'engagement de l'établissement.

5.1.2 Un inventaire perfectible

L'instruction budgétaire et comptable M21 précise que la tenue d'un l'inventaire annuel par l'ordonnateur est obligatoire. Celui-ci doit comporter pour chacune des immobilisations, un classement faisant apparaître *a minima* un numéro d'inventaire, une description du bien, le numéro du compte, la date d'acquisition et les amortissements pratiqués⁵⁴. Il doit être en concordance avec l'état d'actif tenu par le comptable public.

L'établissement effectue le suivi de ses biens immobilisés au moyen de deux fichiers en distinguant ceux appartenant au parc informatique et les autres immobilisations. Ces documents permettent d'identifier chacun des biens par unité et service et comportent une dénomination précise. Il dispose également d'un inventaire comptable, qui correspond au bilan de l'établissement au 31 décembre 2016, au moyen duquel les dotations aux amortissements sont liquidées. Toutefois, cet inventaire comptable ne comporte pas de description ni de dénomination précise des biens qui y sont mentionnés⁵⁵. Certaines lignes créées au fur et à mesure des diverses dépenses ou acomptes mériteraient d'être fusionnées afin de pouvoir disposer de la valeur nette attachée à un bien immobilier⁵⁶. Par ailleurs, si un numéro d'inventaire est bien attribué, aucune date de mise en service n'est mentionnée.

L'état de l'actif, tenu par le comptable public, n'est pas détaillé et ne répertorie pas l'ensemble des biens du centre hospitalier puisqu'il reprend pour chaque compte une ligne générique regroupant l'intégralité des biens existant.

⁵⁴ Instruction budgétaire et comptable M21, tome 3, chapitre 5-2.

⁵⁵ Exemple : compte 21318 : « Situation n° 1 », compte 21311 « Plan directeur », « Divers », « Autres bâtiments », compte 21351 « P14 » faisant l'objet de 40 lignes avec la même dénomination...

⁵⁶ Par exemple : « ext. Self/situation n° 1, situation n° 2 », « lot 5 peinture », « lot 10 plomberie » qui concernent en réalité le même bâtiment unique.

5.1.3 Un amortissement insuffisant

Si l'établissement ne dispose pas de plan d'amortissement formalisé, les durées d'amortissement qu'il applique sont conformes aux préconisations de l'instruction budgétaire et comptable M21. La chambre observe néanmoins que le centre hospitalier n'a pas suffisamment amorti ses biens pour un montant de 312 234 € sur les dotations de 2016, dont 309 950 € concernent principalement l'amortissement du plan directeur de 2015⁵⁷.

L'actuel ordonnateur précise, en réponse aux observations provisoires, que cette immobilisation fait l'objet d'amortissements comptabilisés depuis 2008, qu'une dotation complémentaire a été effectuée lors du changement de plan d'amortissement en 2015 et qu'un nouveau plan d'amortissement a été défini au sein de l'établissement. La chambre constate que si les dotations pratiquées depuis sont calculées par référence au nouveau plan d'amortissement, la prise en compte de la valeur nette comptable existante en 2015 paraît contraire au principe de permanence des méthodes⁵⁸ et conduit à allonger le plan d'amortissement et à minimiser le montant des dotations annuelles.

Tableau n° 24 : Dotations aux amortissements sous évaluées en 2016

Compte		Montant
21311	Constructions sur sol propre - Bâtiment hospitalier et administratifs	309 950,22 €
214518	Constructions sur sol d'autrui - autres IGAAC	1 225,67 €
21811	Autres immobilisations corporelles - bâtiment principal	1 058,53 €
Total		312 234,42 €

Source : chambre régionale des comptes d'après le compte financier du centre hospitalier Philippe Pinel.

5.1.4 Des provisions insuffisantes

L'instruction budgétaire et comptable M21 dispose que « l'annexe du compte financier indique la méthode de constitution et de liquidation pour chaque catégorie de provision ou dépréciation (provision pour litiges, etc.). Des éléments d'explication précis sur les faits générateurs des mouvements enregistrés dans l'année (reprises et dotations) sont fournis pour chaque provision ou dépréciation dans le rapport de gestion. » Ces modalités ne sont pas mises en œuvre dans le compte financier du centre hospitalier Philippe Pinel.

⁵⁷ 26 720 215 € amortis sur une durée de 20 ans génèrent un amortissement de 1 336 011 € annuel, or 1 027 343 € ont été amortis en 2016.

⁵⁸ Dans son avis n° 2012-05, le CNoCP a précisé que dans une telle hypothèse : « Un changement de méthode comptable est appliqué de manière rétrospective, c'est-à-dire comme si la nouvelle méthode comptable avait toujours été appliquée ».

5.1.4.1 Une provision pour compte épargne-temps sous-estimée

L'article 5 du décret du 6 décembre 2012⁵⁹ prévoit que le provisionnement de chaque jour épargné par les titulaires d'un compte épargne-temps (CET) est obligatoire. La provision correspond ainsi au nombre de jours enregistrés dans le CET, valorisés en fonction du montant forfaitaire de la catégorie statutaire⁶⁰ dont relève l'agent, et majorés des cotisations sociales patronales.

L'établissement a bien constitué une provision pour compte épargne-temps mais il ne dispose pas de document de suivi ni d'aucune méthodologie formalisée de provisionnement. Par ailleurs, l'évolution du nombre de jours placés sur CET et du nombre de jours de CET indemnisés contredisent le niveau de provisionnement effectué. En effet, alors que le solde des provisions pour CET n'augmente que de 2,9 % sur la période 2013-2016, le nombre de jours de CET en solde et pouvant potentiellement être indemnisés progresse pour la même période de 18,96 %.

L'actuel ordonnateur indique, en réponse aux observations provisoires, qu'en 2017 le niveau de provisionnement atteindrait 80 % des droits épargnés en raison de l'absence de provisionnement sur le budget général.

À titre de comparaison, le niveau médian⁶¹ de provision pour charges de personnel liées à un CET au 31 décembre 2016 est de 4 542 € par lit ; au centre hospitalier Philippe Pinel, il n'est que de 764 €⁶². S'il avait ajusté le niveau de sa provision à l'évolution du nombre de jours placés sur CET sur la période 2013-2016, l'établissement aurait dû augmenter sa provision de 42 000 € en 2016⁶³.

Tableau n° 25 : Provisionnement pour CET constaté au 31 décembre de chaque exercice

	2013	2014	2015	2016	Évolution
153 - Provisions compte épargne-temps	205 864,90	215 692,90	215 692,90 €	211 546,87 €	2,69 %
Jours de CET non pris	1 988	2 163	2 414	2 453	18,96 %
Jours de CET indemnisés	7 000 €	11 838 €	26 925 €	40 348 €	82,65 %

Source : compte financier et bilan social de l'établissement.

⁵⁹ Décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 modifiant certaines dispositions relatives au compte épargne-temps et aux congés annuels dans la fonction publique hospitalière.

⁶⁰ Catégorie. A : 125 €, cat. B : 80 €, cat. C : 65 €.

⁶¹ Selon les fiches financières de la direction générale des finances publiques des établissements de même catégorie.

⁶² Direction générale des finances publiques, fiches AEF de l'établissement pour 2016.

⁶³ ((jours de CET non pris en 2016 x provision constatée en 2013) / jours de CET non pris en 2016) - provision constatée en 2016.

5.1.4.2 Une provision pour risques et charges sous-estimée

L'établissement provisionne des anticipations de hausses de frais et d'équipements pédagogiques et des litiges en cours. Si la liste des contentieux en cours est tenue (essentiellement des plaintes de patients), il ne procède pas à un chiffrage pour déterminer l'éventuel montant du risque à provisionner.

Par ailleurs, le centre hospitalier n'a pas suffisamment provisionné un impayé concernant une importante facture d'eau⁶⁴. La provision qui figure actuellement au bilan a été passée pour un montant sous-estimé en raison de l'absence de crédits budgétaires disponibles.

Tableau n° 26 : Provisionnement pour risques et charges constatés au 31 décembre de chaque exercice

(en €)	2011	2012	2013	2014	2015	2016
158 - Provisions pour charges	51 209,42	55 459,42	319 811,26	191 214,26	274 514,26	277 814,26

Source : compte financier de l'établissement.

5.1.4.3 L'absence de provision pour gros entretien

Les charges d'entretien et réparations ont diminué de 25 % au cours de la période 2011-2016. La chambre observe également que le taux de vétusté⁶⁵ des bâtiments est passé de 31 % en 2011 à 44 % en 2016. Dans le même temps, l'intensité d'investissement⁶⁶ est passée de 7 % à 0,7 %. La chambre en conclut que le centre hospitalier n'a plus les moyens suffisants pour entretenir son patrimoine et dégager les ressources pour le renouveler.

Or, l'établissement ne dispose pas de plan pluriannuel d'entretien. Par ailleurs, aucune évaluation financière sur les opérations d'entretien ou de maintenance des matériels techniques ou des bâtiments n'est effectuée. Le centre hospitalier ne pratique enfin aucune provision à ce titre, alors qu'une telle provision pourrait être de bonne gestion compte tenu des éléments qui viennent d'être développés⁶⁷.

5.1.4.4 L'absence de provisions pour dépréciations de comptes de tiers

Au 31 décembre 2016, les créances sur les hospitalisés et consultants représentent un montant de 588 179 €. L'établissement ne comptabilise aucune provision pour dépréciation des comptes de redevables. Or, l'examen des restes à recouvrer conduit à constater qu'un montant de l'ordre de 52 000 € pourrait être compromis au 31 décembre 2015 en raison de l'ancienneté de créances antérieures au 31 décembre 2011 (40 000 €) ou de la présence de cas de surendettement (11 500 €). Une provision de ce montant devrait être constatée au bilan.

En réponse au rapport d'observations provisoires, l'actuel ordonnateur précise qu'une dotation de 62 000 € a été effectuée en 2017.

⁶⁴ Facture due à Amiens Métropole pour laquelle 88 565,31 € ont été provisionnés sur un total dû de 181 429 €.

⁶⁵ Ce ratio rapporte le montant des amortissements à la valeur brute des immobilisations.

⁶⁶ Investissements réalisés rapportés aux produits.

⁶⁷ Instruction budgétaire et comptable M21, tome 2, chapitre 5, page 56.

Tableau n° 27 : Restes à recouvrer non provisionnés par l'établissement

	2011 et <	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Recettes non recouvrées	41 551 €	46 840 €	88 973 €	90 113 €	145 577 €	175 126 €	588 179 €
Nombre de titres	65	80	144	132	155	264	840
Taux de la provision	100 %	80 %	60 %	40 %	20 %		
Montant de la provision théorique	41 551 €	37 472 €	53 384 €	36 045 €	29 115 €		197 567 €

Source : compte financier 2016 de l'établissement.

La chambre invite l'établissement à constituer une provision dès lors qu'il identifie un risque dont la réalisation est probable. Il doit également élaborer et documenter les méthodes de constitution et de liquidation de ses provisions et dépréciations.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Un certain nombre d'insuffisances dans la comptabilisation des charges et des produits affectent la fiabilité des comptes du centre hospitalier et son résultat.

La tenue imparfaite de la comptabilité des engagements ne permet pas de respecter le principe comptable d'indépendance des exercices tandis que la sous-estimation et l'absence de provisions nuisent au respect du principe comptable de prudence.

La chambre invite par conséquent l'établissement à fiabiliser sa comptabilité.

5.2 La situation financière rétrospective

Méthodologie de comparaison retenue

La chambre a réalisé l'analyse de la situation financière du centre hospitalier sur la période 2012-2016. Elle s'est fondée sur l'exploitation des fiches financières de la direction générale des finances publiques⁶⁸ afin de disposer d'éléments de comparaison objectifs entre les établissements de même catégorie.

Elle a également procédé au recensement des établissements psychiatriques sur le territoire national répertoriés dans « Scan santé » afin de disposer d'un panel aux données comparables. La chambre a ensuite agrégé les données financières des 84 établissements sur les 97 que comporte le territoire national pour établir ses comparaisons.

⁶⁸ Fiches d'analyse des équilibres financiers fondamentaux (AEFF).

Tableau n° 28 : Synthèse de la situation financière consolidée de l'établissement

(en M€)	2012	2013	2014	2015	2016	2017*	Variation annuelle moyenne 2017/2012
Produits d'exploitation	57,22	59,48	58,41	59,94	59,32	58,53	0,5 %
- Achats	3,83	3,88	3,91	3,85	3,63	3,30	- 3 %
- Services extérieurs	2,18	1,76	1,87	2,05	2,08	2,23	0,5 %
- Autres services extérieurs	1,73	1,67	1,83	1,81	1,62	1,41	- 4 %
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	0,07	0,09	0,13	0,13	0,12	0,08	3,3 %
= Valeur ajoutée	48,94	51,64	50,35	51,70	51,36	51,11	0,9 %
+ Autres subventions	0,37	0,32	0,33	0,25	0,25	0,26	- 6,6 %
- Charges totales de personnel	47,89	48,62	50,80	51,36	49,97	48,23	0,1 %
+ Remboursement de frais entre budgets	0,52	0,61	0,68	0,62	0,60	0,50	- 0,8 %
= Résultat économique brut	1,95	3,95	0,56	1,21	2,24	3,65	13,4 %
+ Autres produits de gestion	0,50	0,46	0,47	0,30	0,26	0,52	0,8 %
- Autres charges de gestion	0,63	0,63	0,61	0,57	0,64	0,65	0,5 %
= Marge brute d'exploitation	1,81	3,78	0,42	0,94	1,86	3,52	14,2 %
<i>en % des produits courants de fonctionnement</i>	<i>3,12 %</i>	<i>6,27 %</i>	<i>0,70 %</i>	<i>1,55 %</i>	<i>3,11 %</i>	<i>5,93 %</i>	/
- Frais financiers nets réels	0,52	0,69	0,67	0,63	0,51	0,44	- 3,5 %
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	0,24	0,21	0,19	0,96	0,31	0,42	12 %
- Charges exceptionnelles réelles	0,65	0,69	0,52	1,02	0,45	0,21	- 20 %
= Capacité d'autofinancement brute	0,88	2,61	- 0,58	0,26	1,21	3,29	30,3 %
<i>en % des produits courants</i>	<i>1,51 %</i>	<i>4,33 %</i>	<i>-0,98 %</i>	<i>0,42 %</i>	<i>2,02 %</i>	<i>5,55 %</i>	/
Résultat net comptable	- 2,24	- 0,25	- 3,30	- 0,12	- 1,62	0,15	/
Résultat cumulé	- 2,75	- 3,00	- 6,31	- 7,77	- 9,39	- 9,24	/
Dettes financières	12,91	16,71	16,74	15,25	13,78	12,13	- 1,2 %
Capacité de désendettement (en années)	15	6	- 29	60	11	4	/
Trésorerie nette au 31 décembre	- 0,08	0,04	- 0,91	0,63	1,01	1,36	/

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers.

* Données provisoires arrêtées au 5 mai 2018 pour 2017.

Les modalités de détermination de la dotation annuelle de financement

L'activité des hôpitaux psychiatriques est financée au moyen d'une dotation annuelle de financement (DAF) correspondant à une enveloppe budgétaire attribuée par année civile et destinée à couvrir les dépenses du 1^{er} janvier au 31 décembre N. Pour chaque enveloppe, le ministère de la santé détermine un plafond de ressources par région selon un arrêté et complété par des circulaires budgétaires afin de préciser les montants et nature des missions financées par la dotation. Pour la région Hauts-de-France, le montant de la dotation annuelle de financement, hors unité de soins de longue durée, a été arrêté à 1,4 Md€ en 2016. La DAF est par la suite redistribuée aux établissements par l'agence régionale de santé.

Selon une étude récente⁶⁹, les modulations pratiquées par les agences régionales de santé relèvent de pratiques diverses. Ainsi, en 2014, la région Nord – Pas-de-Calais opérait une redistribution sur le seul critère de l'activité des centres hospitaliers alors que d'autres prenaient également en compte la file active et la population. En 2016, l'agence régionale de santé des Hauts-de-France ne pratiquait aucune modulation.

La circulaire du 9 mai 2017⁷⁰ précise, s'agissant du financement de la psychiatrie, que la répartition des dotations annuelles de financement devra tendre vers des répartitions intra-régionales à partir de critères objectifs notamment en lien avec le projet territorial de santé mentale. Pourront ainsi être pris en compte l'organisation de l'accès précoce au diagnostic, les délais de mise en œuvre de l'accès aux soins et la prise en charge ambulatoire afin de limiter le recours à l'hospitalisation à temps plein.

5.2.1 Une situation financière dégradée

Selon l'analyse portant sur la période 2001-2011 réalisée par l'établissement en 2011, sa situation financière aurait commencé à se dégrader à partir de 2005 en raison de la mise en place du plan directeur. Ce plan a consisté en l'humanisation de l'hôpital pour un montant de 26,7 M€ autofinancé à 56 %. L'origine du déficit structurel proviendrait, pour partie, du non-respect, par l'agence régionale d'hospitalisation⁷¹, de l'engagement de verser 1,5 M€ dans le cadre du plan d'humanisation de l'établissement⁷² prévu par un avenant du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens daté du 22 décembre 2006. Le centre hospitalier indique, en outre, que d'autres facteurs auraient contribué au déficit : « les actions engagées depuis 2008 à la demande des autorités de tutelle sans financement par les autorités de tutelle », les coûts induits par la sur-occupation et le déficit structurel du titre 3 des dépenses⁷³.

⁶⁹ « La modulation des DAF dans les régions en 2016 » présentée à l'occasion des 5^{èmes} journées nationales de l'information médicale et du contrôle de gestion en psychiatrie.

⁷⁰ Circulaire n° DGOS/R1/2017/164 du 9 mai 2017 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2017 des établissements de santé.

⁷¹ Structures qui exerçaient une partie des missions aujourd'hui exercées par les agences régionales de santé.

⁷² Ce plan a représenté un coût de 26,7 M€, autofinancé à 54 % et financé par l'emprunt à 46 %.

⁷³ Charges à caractère hôtelier et général.

La chambre observe que ce déficit a d'autres causes et provient essentiellement du retard pris à dégager des marges de manœuvre en matière de gestion des ressources humaines. En effet, l'établissement ne respectait pas les règles fixées en matière de temps de travail des agents jusqu'en 2016 et en matière d'avancement de ses agents jusqu'en 2017, situation qui a mobilisé des ressources estimées à 2,3 M€ par an jusqu'aux régularisations opérées récemment (cf. *supra*).

5.2.1.1 Le plan de redressement

En 2011, face aux résultats déficitaires et à une capacité d'autofinancement insuffisante pour couvrir le remboursement en capital des emprunts, le directeur général de l'agence régionale de santé a demandé à l'établissement de présenter un plan de redressement, conformément aux dispositions des articles L. 6143-3 et R. 6143-39 du code de la santé publique.

Le plan rappelait, dans son introduction, que les marges de manœuvre potentielles résidaient dans les dépenses de personnel et les charges à caractère hôtelier et général. Le plan précisait toutefois que « le personnel ne peut pas toujours constituer une variable d'ajustement car il y a un seuil en deçà duquel on ne peut pas descendre sans altérer gravement la sécurité et la qualité des soins ». Ainsi deux impératifs étaient recherchés : d'une part, le retour à l'équilibre financier et, d'autre part, la satisfaction des besoins des patients.

Le plan prévoyait des actions destinées à maîtriser les dépenses et à dégager de nouvelles ressources. Ainsi il était prévu de ne pas renouveler tous les départs à la retraite et autres départs, de transformer des postes d'infirmiers en postes d'aides-soignants, de rétablir la durée légale de travail, de plafonner les dépenses des produits pharmaceutiques et produits à usage médical à 600 000 €, de rationaliser les dépenses à caractère général et hôtelier et de céder des éléments d'actifs.

Grâce à ces actions et à la création d'un foyer d'accueil médicalisé, l'établissement devait retrouver une situation financière saine sur la période 2012-2018 (cf. tableau n° 30).

Tableau n° 29 : Résultat prévisionnel de l'établissement

Evolution prévisionnelle du résultat du CRPP 2012-2018
(apurement du déficit cumulé)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Résultat comptable de l'exercice	1 999 191	-1 800 000	2 000 000	0	308 951	694 885	629 397
Résultat cumulé au 31/12/N	-4 423 005	-6 223 005	-4 223 005	-4 223 005	-3 914 054	-3 219 169	-2 589 772

Source : plan de redressement de l'établissement.

CRPP : compte de résultats prévisionnel principal.

La chambre observe que ce plan n'a pas été appliqué. Sur la période 2012-2016, le résultat comptable a été constamment négatif et le résultat cumulé n'a cessé de se dégrader (cf. tableau n° 30).

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur partage le constat effectué par la chambre mais explique que les prévisions sur plusieurs exercices sont difficiles à établir et que le centre hospitalier a dû supporter la mise en place de mesures salariales et catégorielles.

Tableau n° 30 : Résultat effectif de l'établissement

(en M€)	2012	2013	2014	2015	2016
Résultat net comptable	- 2,24	- 0,25	- 3,30	- 0,12	- 1,62
Résultat cumulé	- 2,75	- 3,00	- 6,31	- 7,77	- 9,39

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers de l'établissement.

5.2.1.2 Le contrat de retour à l'équilibre financier

Face à l'aggravation des déficits et dans la mesure où les « plans d'actions proposés par l'établissement se sont avérés inefficaces »⁷⁴, l'agence régionale de santé et l'hôpital ont signé un contrat à la suite de la mise en place d'une mission d'appui.

Ce contrat fixe des cibles financières : atteindre en quatre ans de 2015 à 2018 un taux de marge brute minimum de 6 % hors aides de l'agence régionale de santé et assurer, sur une période minimale de dix ans, un taux de capacité d'autofinancement nette permettant le renouvellement des équipements et des investissements courants sans dégrader les ratios d'endettement.

Le contrat détermine également quatre orientations stratégiques : « la consolidation du management interne et la mise en place d'outils de pilotage efficaces », « l'amélioration du parcours patient à travers la réorganisation des unités et services », « la conversion budgétaire du programme PHARE⁷⁵ » et « l'optimisation RH par une adaptation des dispositions internes en adéquation avec les réorganisations des services ». Il est assorti de 20 « fiches actions » permettant de suivre la réalisation des orientations stratégiques et chiffrant les économies attendues de ces mesures.

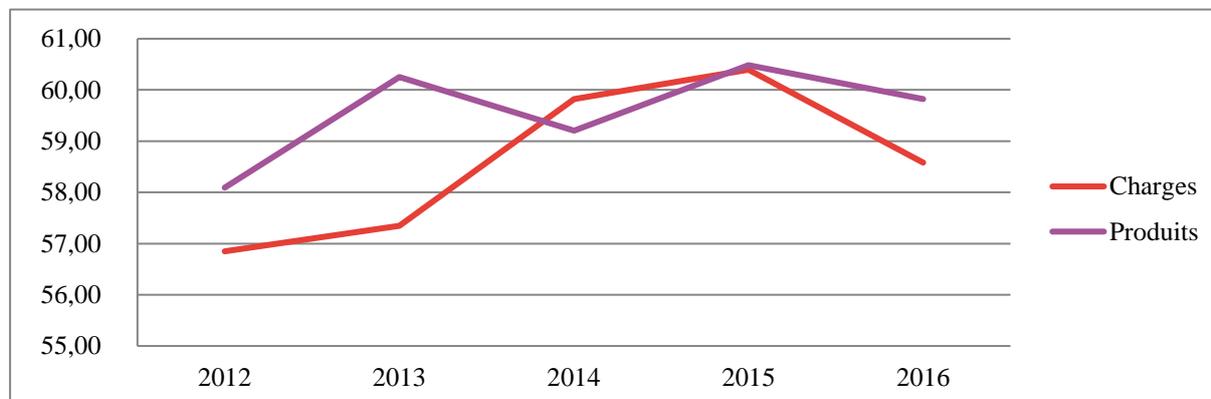
La chambre observe que, même si une inflexion sur les charges courantes peut être observée entre 2015 et 2016, le taux de marge brute s'établit, en fin de période, à 3,11 % des produits courants de fonctionnement, soit à un niveau moins élevé que la cible de 6 % fixée par le contrat de retour à l'équilibre financier. Le niveau de capacité d'autofinancement nette dégagée en 2016 (1 600 €) ne permet pas, en outre, d'assurer le renouvellement des équipements et des investissements courants.

⁷⁴ Contrat de retour à l'équilibre financier du 19 octobre 2015.

⁷⁵ Programme « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE), qui a pour objectif de mieux acheter pour donner des marges de manœuvre supplémentaires aux hôpitaux, dans un contexte de réduction budgétaire tout en conservant le niveau actuel de prise en charge des patients.

5.2.2 La formation du résultat

Graphique n° 1 : Produits et charges courants sur la période (en M€)



Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes de financiers de l'établissement.

5.2.2.1 Les produits courants

Les produits courants, d'un montant de 59,8 M€ en 2016, sont composés à 84 % de la dotation annuelle de financement (50,3 M€), à 6 % de produits à la charge des patients et des complémentaires santé (3,1 M€), de 5 % des produits des prix de journées⁷⁶ (2,8 M€), de 3 % de subventions versées par le conseil régional dans le cadre de la formation des infirmiers (2 M€) et le reste d'autres produits.

Ils ont progressé de 2,98 % sur la période 2012-2016, soit un rythme annuel moyen de 0,7 %, contre 1,2 % pour les établissements comparables. Cette stabilité des produits s'explique principalement par celle de la dotation de financement (aides exceptionnelles de l'agence régionale de santé incluses⁷⁷), qui augmente à un rythme annuel moyen de 0,6 %.

En 2016, les produits de fonctionnement consolidés sont, en comparaison des autres établissements psychiatriques, inférieurs de 9 % à la médiane⁷⁸ par lit, de 23 % à la médiane par journée et de 6 % à la médiane par entrée.

Au 31 décembre 2016, et depuis 2013, le montant de la dotation forfaitaire perçue par l'hôpital demeure inférieur aux autres établissements comparables comme l'illustre le tableau suivant.

⁷⁶ Qui contribuent au financement des établissements médico-sociaux.

⁷⁷ 0,3 M€ en 2012, 1,8 M€ en 2013, 0,5 M€ en 2014, 1,5 M€ en 2015 et 0,7 M€ en 2016.

⁷⁸ La médiane est la valeur qui partage une distribution de données en deux parties égales.

Tableau n° 31 : Comparaison du niveau de dotation annuelle de financement perçue par l'établissement

Année	Par lit			Par journée			Par entrée		
	En €	Médiane	Ecart	En €	Médiane	Ecart	En €	Médiane	Ecart
2012	172 343 €	159 383 €	8,13 %	439 €	475 €	- 7,58 %	16 062 €	17 979 €	- 10,66 %
2013	170 287 €	180 678 €	- 5,75 %	460 €	572 €	- 19,58 %	17 326 €	16 763 €	3,36 %
2014	167 063 €	185 753 €	- 10,06 %	449 €	586 €	- 23,38 %	17 740 €	17 574 €	0,94 %
2015	183 458 €	189 237 €	- 3,05 %	489 €	588 €	- 16,84 %	18 419 €	18 419 €	0,00 %
2016	181 586 €	192 057 €	- 5,45 %	484 €	589 €	- 17,83 %	18 231 €	18 395 €	- 0,89 %
Période globale	874 737 €	907 108 €	- 3,57 %	2 321 €	2 810 €	- 17,40 %	87 778 €	89 130 €	- 1,52 %

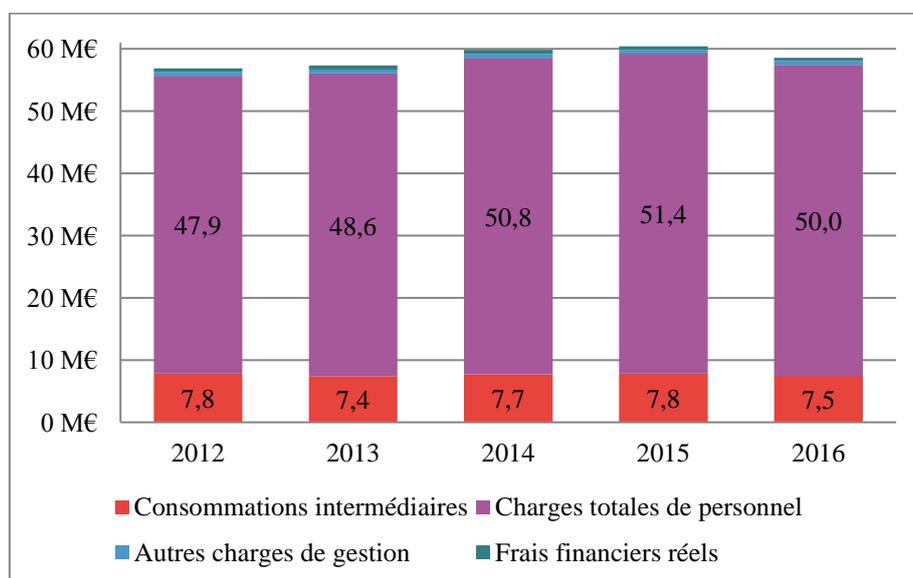
Source : fiches AEF pour les exercices 2012 à 2016.

5.2.2.2 Les charges courantes

Les charges courantes, d'un montant de 58,6 M€ en 2016, sont composées à 85 % de dépenses de personnel (50 M€), à 13 % de consommations intermédiaires⁷⁹ (3,1 M€), à 1 % d'autres charges de gestion (0,6 M€) et à 1 % de frais financiers (0,5 M€).

Elles ont progressé de 3,05 % sur la période 2012-2016, soit un rythme annuel moyen de 0,8 %, tandis que les charges des établissements comparables augmentaient d'1 % par an. Cette stabilité des charges s'explique principalement par la meilleure maîtrise des dépenses de personnel sur l'exercice 2016.

En 2016, les charges de fonctionnement consolidées sont, en comparaison des autres établissements psychiatriques, inférieures de 6 % à la médiane par lit, de 20 % à la médiane par journée et de 2 % à la médiane par entrée.

Graphique n° 2 : Les charges courantes sur la période (en M€)

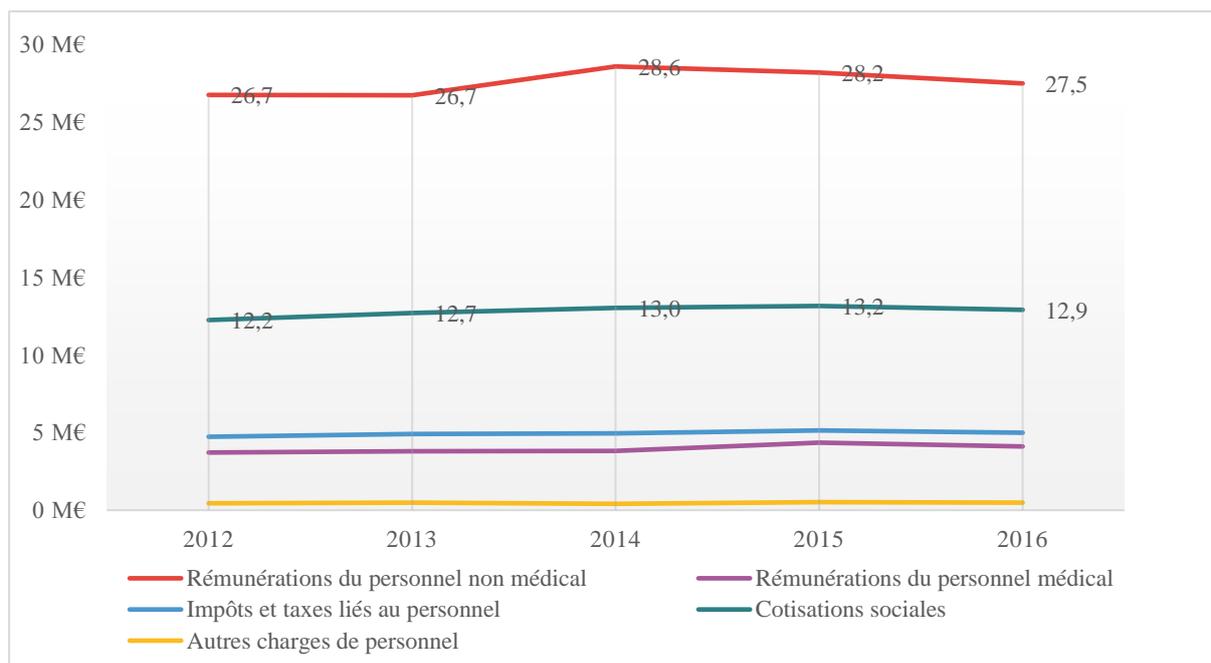
Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes de financiers de l'établissement.

⁷⁹ Achats, services extérieurs, impôts et taxes.

Le total des charges de personnel est en augmentation de 4,36 % entre 2012 et 2016, passant de 47,9 M€ à 50 M€, soit un niveau similaire à celui observé dans les établissements comparables.

En 2016, les charges de personnel sont, en comparaison des autres structures psychiatriques, inférieures de 5 % à la médiane par lit, de 20 % à la médiane par journée et 2 % à la médiane par entrée.

Graphique n° 3 : Les charges de personnel sur la période (en M€)



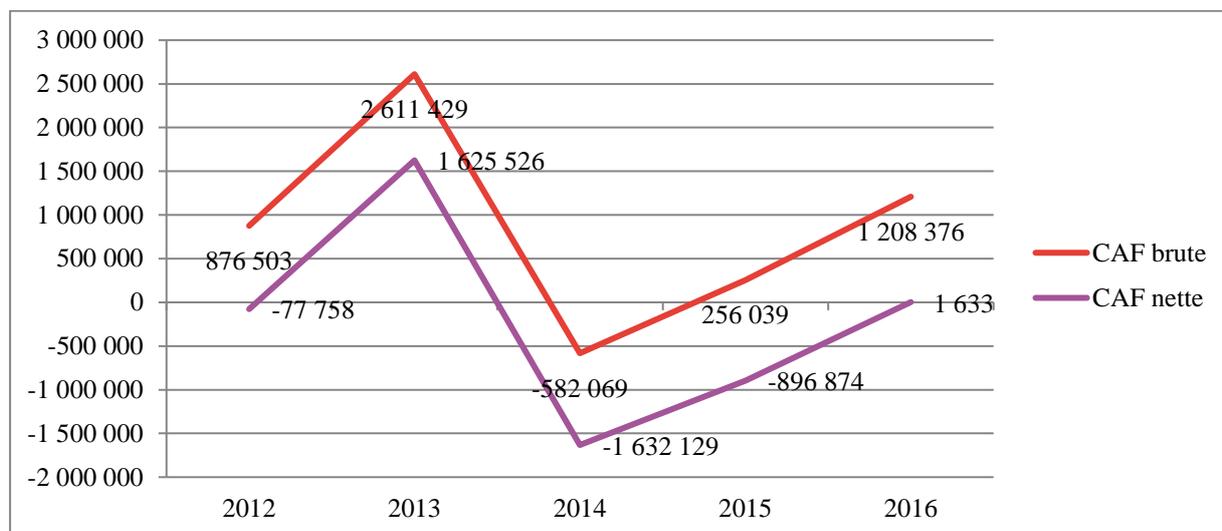
Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes de financiers de l'établissement.

Les consommations intermédiaires diminuent de 0,7 % par an entre 2012 et 2016, passant de 6,4 M€ à 6,2 M€, soit un effort plus important que celui observé dans les établissements comparables (baisse annuelle moyenne de 0,5 %). En 2016, elles étaient composées à 53,5 % d'achats, à 45,5 % de services extérieurs et à 1 % d'impôts et taxes.

En 2016, les achats et charges externes sont, en comparaison des autres établissements psychiatriques, inférieures de 7 % à la médiane par lit, de 18 % à la médiane par journée et 4 % à la médiane par entrée.

5.2.2.3 La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) est faible sur la période 2012-2016, voire négative en 2014. En 2016, son montant est, en comparaison des autres établissements psychiatriques, inférieur de 63 % à la médiane par lit, de 67 % à la médiane par journée et 62 % à la médiane par entrée.

Graphique n° 4 : Capacités d'autofinancement brute et nette sur la période (en €)

Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers de l'établissement.

L'annuité de remboursement en capital de la dette a augmenté de 26 % en cinq ans (d'1 M€ à 1,2 M€). En 2016, son montant est, en comparaison des autres établissements psychiatriques, supérieur de 8 % à la médiane par lit et de 11 % à la médiane par entrée.

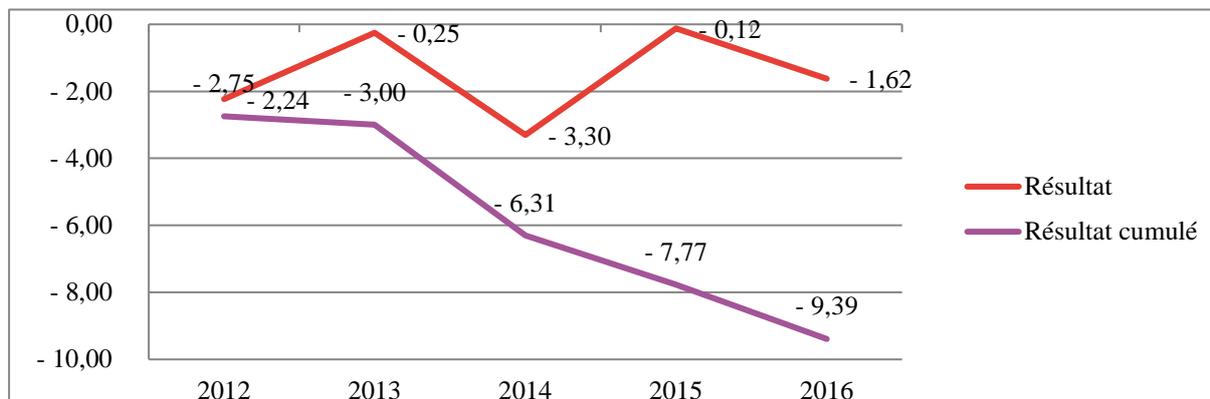
La capacité d'autofinancement nette suit la même évolution que la CAF brute. Elle est négative en 2012, 2014, 2015 et quasiment nulle en 2016. L'établissement n'a ainsi pas été en mesure de rembourser l'annuité en capital de la dette par son seul autofinancement en 2012, 2014 et 2015.

La faiblesse de cet autofinancement a des conséquences importantes sur la capacité de l'hôpital à investir et à renouveler son patrimoine.

5.2.2.4 Le résultat comptable

Le résultat comptable est calculé en soustrayant à la capacité d'autofinancement brute les dotations aux amortissements et aux provisions et en ajoutant les plus-values de cessions. Il est négatif sur l'ensemble de la période 2012-2016 malgré des plus-values de cession de près de 3 M€ sur la période.

Graphique n° 5 : Résultat comptable et résultat cumulé au 31 décembre (en M€)

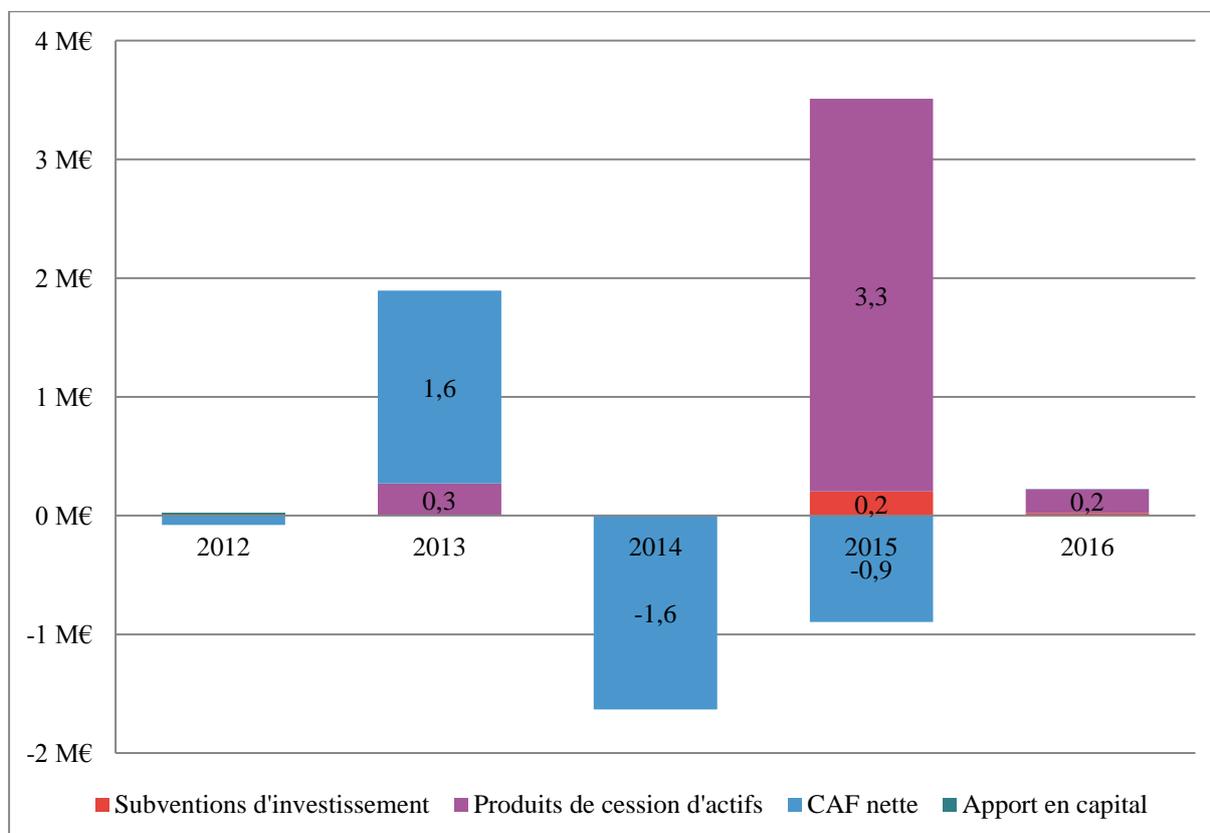


Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes de financiers de l'établissement.

Le résultat cumulé de l'établissement s'est très nettement dégradé au cours de la période 2012-2016, passant de - 2,24 M€ à - 9,39 M€.

5.2.3 Un financement propre insuffisant pour financer les investissements

Graphique n° 6 : Financement propre disponible (en M€)



Source : tableau chambre régionale des comptes d'après les comptes de gestion de l'établissement.

Les recettes d'investissement hors emprunt se sont limitées à 3 M€ entre 2012 et 2016. Compte tenu de la faiblesse de la capacité d'autofinancement, ce sont les produits de cession qui ont principalement contribué à dégager un financement propre disponible.

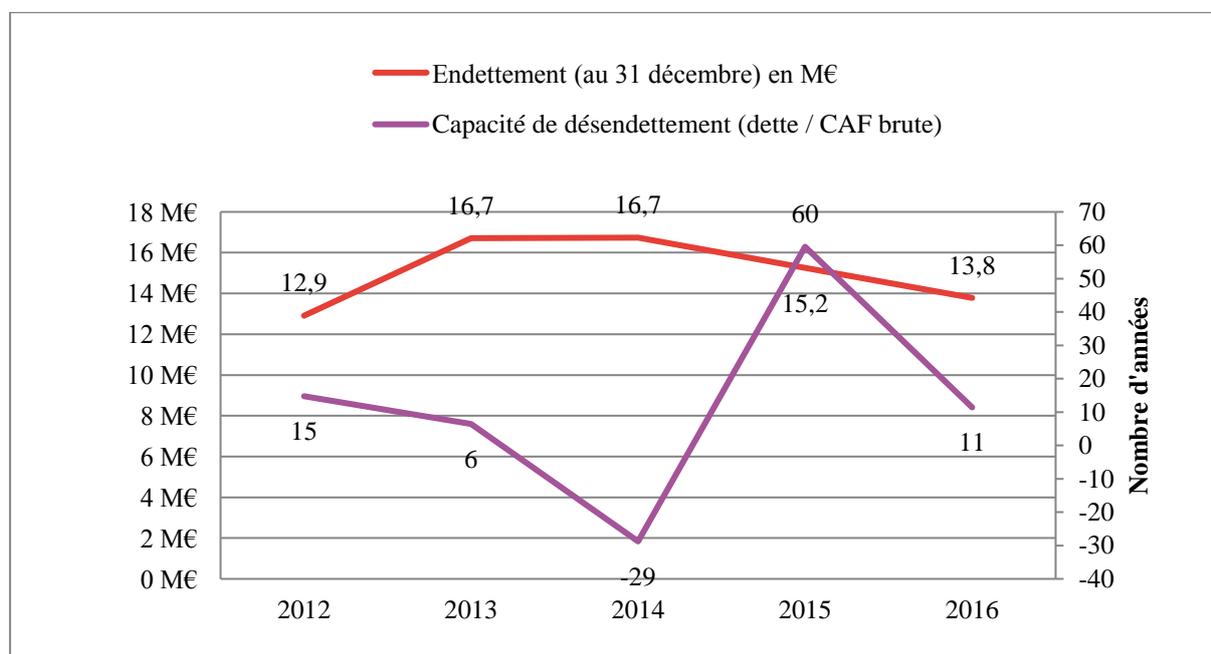
Pour réaliser ses 11,3 M€ de dépenses d'équipement de 2012 à 2016, l'établissement a dû emprunter 5,3 M€⁸⁰ et puiser dans son fonds de roulement à hauteur de 3 M€. En 2013, 6 M€ de ces dépenses d'équipement ont été consacrés à l'immobilisation du bâtiment de la maison d'accueil spécialisée. Les autres dépenses d'équipement les plus significatives ont concerné des travaux effectués sur des bâtiments appartenant à l'hôpital, des études réalisées en vue de travaux ou d'audits et des dépenses informatiques.

La faiblesse de la capacité d'autofinancement pourrait conduire à une dégradation accélérée du patrimoine du centre hospitalier car elle ne lui permet plus de réaliser les travaux programmés, à l'exception de ceux qui présentent un caractère d'urgence. Il s'agit de dépenses d'équipement relatives à la sécurité, au remplacement de divers appareillages indispensables au fonctionnement des services de soins et des licences des logiciels informatiques.

En 2016, le montant des dépenses d'équipement est, en comparaison des autres établissements psychiatriques, inférieur de 76 % à la médiane par lit, de 79 % à la médiane par journée et de 73 % à la médiane par entrée.

5.2.4 La dette

Graphique n° 7 : Endettement et capacité de désendettement



Source : chambre régionale des comptes d'après les comptes financiers de l'établissement.

⁸⁰ Toutes dettes comprises.

La dette est composée de produits simples et non spéculatifs qui ne présentent pas de risques identifiés.

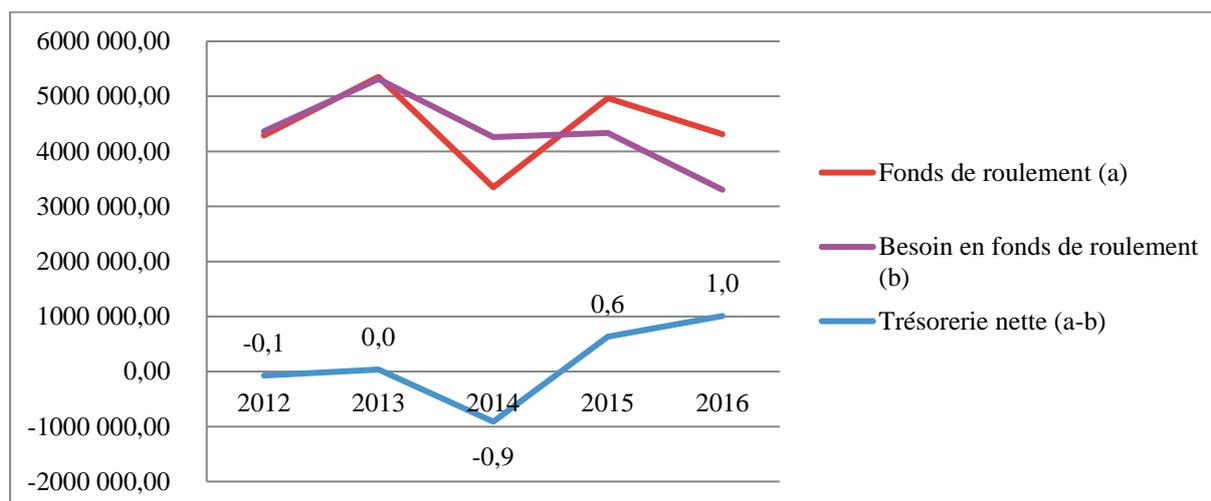
Sur la période 2012-2016, l'endettement a augmenté de 7 %. Il est passé de 12,9 M€ au 31 décembre 2012 à 13,8 M€ au 31 décembre 2016. En 2016, l'endettement est, en comparaison des autres établissements psychiatriques, inférieur de 13 % à la médiane par lit, de 25 % à la médiane par journée et de 6 % à la médiane par entrée.

Le ratio d'indépendance financière⁸¹ s'établit à 33,74 % en 2016, soit un niveau similaire à celui observé dans des établissements comparables.

En revanche, la capacité de désendettement s'établit à 11 ans en 2016, ce qui est au-dessus du seuil d'alerte habituellement retenu (10 ans) et bien supérieur à la moyenne des établissements comparables (4,3 ans en 2016).

5.2.5 La situation bilancielle

Graphique n° 8 : Évolution des données bilancielle de l'établissement



Source : bilans financiers de l'établissement.

5.2.5.1 Le fonds de roulement

Le fonds de roulement, qui correspond aux excédents que l'établissement a dégagés⁸², est demeuré stable entre 2012 et 2016, s'établissant à 4,3 M€ en fin de période.

⁸¹ Dette financière rapportée aux ressources stables.

⁸² Sur le plan comptable, le fonds de roulement est égal à la différence entre les immobilisations qui figurent à l'actif du bilan et les ressources constituées à plus d'un an qui figurent au passif et sont nécessaires au financement des investissements de l'établissement.

Les emplois à long terme, qui correspondent au patrimoine de l'établissement, régressent de 10 %, à un rythme proche de celui des ressources stables (- 9 %), signe que l'hôpital a adapté le volume de ses investissements à ses capacités propres pour les financer.

5.2.5.2 Le besoin en fonds de roulement

Sur la période 2012-2016, le besoin en fonds de roulement⁸³ est constamment positif, passant de 4,4 M€ en 2012 à 3,3 M€ à 2016. Cette situation s'explique essentiellement par des dettes fournisseurs moins importantes (2,7 M€ en 2016) que les créances qu'il détient à l'égard de redevables (7,3 M€ en 2016). Ces créances ont progressé de 80 % entre 2012 et 2016. Il apparaît ainsi que le centre hospitalier finance ses besoins à court terme sur le fonds de roulement, et en retardant le paiement des factures de ses fournisseurs.

En effet, le délai global de paiement de l'établissement était de 101 jours⁸⁴ en 2014, 112 jours en 2015⁸⁵, 54 jours en 2016⁸⁶ et 64 jours en 2017⁸⁷. Ce délai est bien supérieur aux 50 jours maximum fixés par l'article 1^{er} du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.

5.3 La prospective financière

Le contrat de retour à l'équilibre financier signé en octobre 2015 fixe des cibles financières : atteindre en quatre ans, de 2015 à 2018, un taux de marge brute minimum de 6 %, hors aides de l'agence régionale de santé, et assurer, sur une période minimale de dix ans, un taux de capacité d'autofinancement nette assurant le renouvellement des équipements et des investissements courants sans dégrader les ratios d'endettement.

Sur le fondement de ces objectifs et compte tenu de la situation financière observée en 2016, l'établissement devrait dégager *a minima* une marge brute d'exploitation supplémentaire de 2,4 M€ pour atteindre les 6 % de taux de marge brute hors aide de l'agence régionale de santé.

Comme cela a été vu précédemment, il dispose de marges de manœuvre pour réduire ses charges courantes, notamment en matière de dépenses de personnel et de rationalisation de ses implantations. Il devra toutefois continuer à être accompagné, à court et moyen termes, par l'agence régionale de santé dans l'attente des effets des mesures de maîtrise de ses charges qu'il doit nécessairement être amené à prendre.

⁸³ Le besoin en fonds de roulement représente, à la clôture de l'exercice, le décalage entre les encaissements et les décaissements sur les comptes de tiers. En particulier, l'excédent des dettes des fournisseurs (en passif à court terme) sur les recettes non recouvrées (en actif circulant) génère une ressource à court terme, lorsque cet agrégat est négatif, qui se traduit par un supplément de trésorerie momentané.

⁸⁴ Dont 94 jours pour l'ordonnateur.

⁸⁵ Dont 105 jours pour l'ordonnateur.

⁸⁶ Dont 46 jours pour l'ordonnateur.

⁸⁷ Données provisoires. Dont 54 jours pour l'ordonnateur.

CONCLUSION INTERMÉDIAIRE

Au cours de la période 2012-2016, la situation financière du centre hospitalier spécialisé Philippe Pinel s'est révélée particulièrement dégradée. Le résultat constamment négatif ne lui a pas permis de dégager les ressources pour investir et procéder au renouvellement de son patrimoine. Le centre hospitalier a dû mettre en place un plan de redressement, dont les objectifs n'ont pas été respectés, puis s'est engagé au travers d'un contrat de retour à l'équilibre financier.

Pour retrouver une situation financière saine et être en mesure de procéder au renouvellement de ses équipements sans dégrader ses ratios d'endettement, l'établissement doit dégager une capacité d'autofinancement nette minimale de 2,4 M€. Pour y parvenir, il doit accentuer ses efforts de maîtrise de ses charges, notamment en matière de dépenses de personnel et de rationalisation de ses implantations.

*
* *

Annexe – La gestion de la chambre mortuaire

Afin de permettre aux familles de disposer du temps nécessaire pour organiser des obsèques, les établissements publics de santé qui enregistrent plus de 200 décès par an doivent disposer de chambres mortuaires, dans une partie privative, et de locaux accessibles aux familles et au public. Lorsqu'un établissement enregistre moins de 200 décès, il peut conclure une convention avec un autre établissement ou un opérateur privé.

Les locaux

Le nombre de décès intervenus au centre hospitalier Philippe Pinel est faible au cours de la période examinée – entre un et huit par an. Si ce faible nombre soustrait l'établissement à l'obligation de posséder une chambre mortuaire⁸⁸, le centre hospitalier en disposait pourtant une jusqu'en 2015. Sa fermeture a été décidée en raison du non-respect des normes applicables à de tels équipements et du coût trop important qu'aurait nécessité une réhabilitation.

Depuis 2015, l'établissement a conclu un marché avec un opérateur privé⁸⁹ pour un prix forfaitaire de 310 € par prestation. Ce marché, qui n'excède pas 15 000 € HT, porte sur la prise en charge de convois funéraires avant mise en bière et la mise en chambre funéraire pour les patients décédés n'ayant pas contracté de convention obsèques et pour lesquels l'établissement n'a pu joindre, dans un délai de dix heures, une personne ayant qualité pour pourvoir aux funérailles. Le coût annuel de ce contrat est faible : 620 € en 2015 et 1 240 € en 2016.

Toutefois, contrairement aux dispositions de l'article R. 2223-89 du code général des collectivités territoriales, l'établissement ne prend pas à sa charge la mise en tiroirs réfrigérés des défunts pendant les trois premiers jours suivant le décès et fait reposer ce coût (100 €) sur les familles.

En réponse aux observations provisoires, l'actuel ordonnateur précise qu'un nouveau marché a été passé avec effet au 1^{er} janvier 2018 qui prévoit la prise en charge totale par l'établissement des frais de transport funéraire et de conservation de corps.

L'activité

Le nombre de défunts adressés à la chambre mortuaire s'est élevé à deux en 2015 et quatre en 2016. Leur transport est assuré par l'opérateur privé dans ses véhicules. La durée moyenne de séjour s'élève à une semaine, la durée étant sans incidence sur le prix forfaitaire.

Lors des décès, une plaquette intitulée « la perte d'un être cher » est remise aux proches. Celle-ci mentionne bien que le « choix de l'opérateur funéraire » appartient aux proches et décrit succinctement les démarches à effectuer. Une liste des opérateurs habilités est également remise.

⁸⁸ Articles L. 2223-39 et R. 2223-90 du code général des collectivités territoriales.

⁸⁹ SARL Wareluzelle et associés.

CONCLUSION

Depuis 2015 et conformément à la loi, l'établissement ne dispose plus d'une chambre mortuaire et a délégué ce service à un opérateur privé. Compte tenu du faible nombre de décès intervenus, le coût de ce service est très marginal pour le centre hospitalier. L'information des familles sur l'organisation des obsèques paraît satisfaisante mais l'établissement doit cesser de faire supporter aux familles des défunts les frais de mise en tiroirs réfrigérés.



RÉPONSE AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ PHILIPPE PINEL (Département de la Somme)

Exercices 2011 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- | | |
|------------------------|---------------------|
| - M. Gérard Delahaye : | réponse de 6 pages. |
| - M. Etienne Duval : | pas de réponse. |
| - M. Élio Mélis : | pas de réponse. |

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. **Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs** » (article 42 de la loi 2001-1248 du 21 décembre 2001).



Les publications de la chambre régionale des comptes
Hauts-de-France
sont disponibles sur le site :
www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-france

Chambre régionale des comptes Hauts-de-France
14, rue du Marché au Filé – 62012 – Arras cedex

adresse méil. : hautsdefrance@crtc.ccomptes.fr