



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SA REPONSE

CENTRE HOSPITALIER SPECIALISÉ DE VALVERT

(département des Bouches-du-Rhône)

Exercices 2013 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 21 janvier 2020.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	4
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	6
1 PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER	7
1.1 Eléments de contexte national sur la psychiatrie	7
1.2 La prise en charge psychiatrique au centre hospitalier Valvert	8
1.2.1 Eléments budgétaires et d'activité	9
1.2.2 L'organisation polaire de l'établissement.....	15
1.2.3 Les outils stratégiques de l'établissement.....	16
1.2.4 Les coopérations	17
2 LA FIABILITE DES COMPTES	19
2.1 Le rattachement des charges et des produits	19
2.2 Les reports de charges.....	21
2.3 Les produits constatés d'avance.....	22
2.4 Une tenue de l'inventaire physique et comptable défailante	22
2.5 Les amortissements	24
2.6 Les provisions	24
2.7 Les activités soumises à la TVA	30
3 L'ANALYSE FINANCIERE.....	31
3.1 Les produits.....	31
3.2 Les charges.....	35
3.3 Les soldes intermédiaires de gestion.....	37
3.4 Les résultats	39
4 LES INVESTISSEMENTS.....	39
4.1 Le volume des investissements	39
4.2 Le financement des investissements	41
4.2.1 La CAF	41
4.2.2 La dette	42
5 LES RESSOURCES HUMAINES	43
5.1 L'organisation de la direction des ressources humaines	43
5.2 L'évolution des effectifs et de la masse salariale	43
5.2.1 L'évolution de la masse salariale.....	44
5.2.2 Les effectifs non médicaux	45
5.2.3 Les effectifs médicaux.....	47
5.3 Le temps de travail du personnel non médical.....	48
5.3.1 Le temps de travail annuel au sein de l'établissement.....	48
5.3.2 La décomposition du temps de travail quotidien	49
5.4 Les heures supplémentaires	50
5.5 Les astreintes.....	51
5.6 L'absentéisme	52
5.7 Le non respect du taux légal de travailleurs handicapés	53
5.8 Les primes et autres indemnités	54

5.8.1	La prime de service.....	54
5.8.2	La prime spécifique	54
5.8.3	La prime d'encadrement	55
5.8.4	La nouvelle bonification indiciaire (NBI)	55
5.9	Le personnel médical	56
5.9.1	La permanence des soins (PDS)	56
5.9.2	Les conventions relatives aux activités d'intérêt général	57
6	LA SOCIOTHERAPIE	58
7	L'ASSOCIATION « OSE L'ART »	61
8	LE GHT.....	63
8.1	GHT et système d'information hospitalier.....	64
8.1.1	Le CHV possède son propre SIH.....	64
8.1.2	L'objectif de convergence des SIH.....	65
8.2	GHT et fonction achats	67
	ANNEXES	68

SYNTHÈSE

Le centre hospitalier Valvert (CHV), fondé en 1975, est le second établissement public marseillais dédié à la santé mentale. Il prend en charge environ 9 000 patients, adultes et enfants, des 10^{ème} (enfants uniquement), 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de la ville ainsi que des cantons de l'est marseillais (Allauch, Aubagne, La Ciotat...). Bien implanté sur son territoire, il a tissé de nombreuses coopérations avec d'autres établissements publics comme les centres hospitaliers d'Aubagne et de la Ciotat pour la prise en charge des urgences psychiatriques ou le centre gérontologique départemental pour la prise en charge de la personne âgée. Il est également membre du Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches-du-Rhône (GHT 13) piloté par l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille (AP-HM).

L'organisation polaire de l'établissement, longtemps restée au stade initial de formation des pôles, doit se poursuivre par la mise en place effective de contrats de pôle et de tableaux de bord financiers.

Concernant l'activité, l'établissement a vu sa file active s'accroître au cours des cinq dernières années et a pris assez tôt le virage ambulatoire : ses structures extra-hospitalières implantées sur le secteur, notamment les centres médico-psychologiques (CMP) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP), connaissent une hausse des consultations tandis que l'activité en hospitalisation complète, dite « *intra-muros* », décroît pour une capacité en lits globalement stable à 132 lits. Bien qu'il ne soit pas concerné par le processus de certification des comptes des établissements publics de santé, le CHV doit initier une démarche visant à la fiabilisation de ses comptes ; parmi ses travaux prioritaires, il doit établir un inventaire physique et le mettre en concordance avec l'inventaire comptable de l'établissement. La sécurisation de son processus de commande publique, de l'engagement à la réception des biens et matériels jusqu'à la mise en amortissement, constitue également un chantier à suivre prioritairement.

La situation financière de l'établissement, tendue dans les années 2010, connaît de sensibles améliorations. Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) signé en 2013 avec l'agence régionale de santé (ARS) comportant des actions de maîtrise des dépenses produit ses effets, le désendettement de l'établissement se poursuit et il n'est plus soumis à autorisation pour pouvoir emprunter. Bien que pénalisé par la péréquation régionale mise en place par l'ARS, qui lui vaut un « débasage » de sa dotation annuelle de financement (DAF) de 434 600 euros depuis 2015, l'établissement a connu une hausse de ses produits grâce au soutien financier de l'ARS sur certains projets porteurs. Ses charges sont globalement maîtrisées, notamment celles de personnel qui représentent 80 % de ses dépenses totales.

Sur le plan des ressources humaines, l'établissement ne rencontre pas de difficultés particulières de recrutement que ce soit pour le personnel médical ou non médical. Sa situation géographique et ses projets porteurs y sont certainement pour beaucoup. Il doit cependant se conformer strictement à la durée réglementaire du temps de travail de ses agents.

L'établissement compte peu d'associations en son sein même si les relations avec la principale d'entre elles, l'association « Ose l'art », méritent d'être éclaircies tant sur un plan financier que sur celui des ressources humaines.

RECOMMANDATIONS

La chambre formule quatre recommandations :

Recommandation n° 1 : Parachever l'organisation polaire de l'établissement par une réalisation effective des contrats de pôles et la mise en place d'un suivi opérationnel basé sur l'analyse concertée de tableaux de bord médico-économiques.

Recommandation n° 2 : Etablir sans délai un inventaire physique des biens de l'établissement et le mettre en concordance avec l'inventaire comptable.

Recommandation n° 3 : Mettre en place un dispositif de contrôle fiable et sécurisé de la commande publique.

Recommandation n° 4 : Réviser les relations contractuelles entre le centre hospitalier et l'association « Ose l'art » en précisant notamment les droits et obligations, y compris financières, de cette dernière et clarifier le positionnement et le statut de l'attachée culturelle de l'établissement.

INTRODUCTION

Par lettre en date du 7 janvier 2019, le président de la chambre a informé Mme Laurence Milliat, directrice de l'établissement, et son prédécesseur, de l'ouverture du contrôle et de l'examen de la gestion du centre hospitalier Valvert à compter de l'exercice 2013.

L'entretien de fin de contrôle prévu à l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 7 juin 2019 tant avec l'ordonnatrice en fonctions qu'avec son prédécesseur.

Les observations provisoires arrêtées par la chambre, dans sa séance du 4 juillet 2019, ont été transmises dans leur intégralité, à Mme Laurence Milliat, ordonnatrice en fonctions, ainsi qu'à M. Robert Brenguier, ancien ordonnateur. Des extraits ont également été adressés à des personnes explicitement mises en cause.

La chambre a reçu des réponses de Mme Laurence Milliat, de M. Robert Brenguier et de deux tiers concernés le 23 octobre 2019.

Après avoir examiné les réponses écrites qui lui sont parvenues et entendu le rapporteur, la chambre a, dans sa séance du 21 janvier 2020, arrêté ses observations définitives et recommandations reproduites ci-après.

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

1 PRESENTATION GENERALE DU CENTRE HOSPITALIER

Le centre hospitalier Valvert est un établissement public de santé proposant une offre de soins spécialisée en psychiatrie adulte et infanto-juvénile.

1.1 Eléments de contexte national sur la psychiatrie

Selon les données institutionnelles les plus récentes, la psychiatrie en France représentait :

- 2,4 millions de personnes prises en charge en établissement de santé en 2015 ;
- 569 établissements de santé autorisés en psychiatrie ;
- 20,5 millions d'actes en ambulatoire en 2015.

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), un Européen sur quatre est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. En France, on estime que 15 % des 10-20 ans (1,5 million) ont besoin de suivi ou de soin. 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des douze derniers mois.

La France métropolitaine se situe parmi les pays de l'Union Européenne ayant un taux élevé de suicides (par ordre croissant du taux de suicide : 17^{ème} sur 28 en 2014). 8 948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France métropolitaine (soit 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route).

Enfin, on observe 200 000 passages aux urgences pour tentative de suicide par an.

Les troubles mentaux (maladies psychiatriques ou consommations de psychotropes) représentent le premier poste de dépenses du régime général de l'assurance maladie par pathologie, avant les cancers et les maladies cardio-vasculaires, soit 19,3 milliards d'euros.

Le coût économique et social des troubles mentaux est évalué à 109 milliards d'euros par an, dont :

- 65 milliards pour la perte de qualité de vie ;
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides ;
- 13,4 milliards dans le secteur médical ;
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

Les personnes ayant des troubles psychiques sévères et persistants souffrent généralement d'un grand isolement, d'une perte de capacité à entreprendre, à vivre dans un logement autonome, à tenir un emploi et à réaliser les actes de la vie quotidienne et connaissent souvent une rupture des liens familiaux et sociaux. Ces effets, conjugués à la stigmatisation et, le cas échéant, à des hospitalisations prolongées et répétées en psychiatrie, elles-mêmes facteur de désinsertion sociale, amènent fréquemment les personnes à la perte de leur logement, à l'errance et à l'exclusion sociale.

C'est pourquoi la dimension sociale et la réinsertion par la sociothérapie ou autre prise en charge sont fondamentales dans ce domaine. De son côté, la grande exclusion produit aussi une souffrance psychique intense. Selon l'étude SAMENTA¹, 30 % des personnes qui vivent à la rue ou sont en grande précarité souffrent de troubles psychiques.

En juin 2018, la ministre des Solidarités et de la Santé a présenté sa feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie ; elle s'inscrit en cohérence avec les objectifs de la stratégie nationale de santé, en particulier avec ses axes majeurs d'action que sont le repérage et la prise en charge précoces des troubles psychiques et la prévention du suicide. Elle a comme objectifs l'amélioration des conditions de vie, de l'inclusion sociale et de la citoyenneté des personnes vivant avec un trouble psychique, l'amélioration de l'accès aux soins et aux accompagnements.

Cette feuille de route répond à ces enjeux par la présentation d'un plan global déclinant 37 actions selon trois axes : promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance et les troubles psychiques et prévenir le suicide, garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité, améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

1.2 La prise en charge psychiatrique au centre hospitalier Valvert

En application de la sectorisation psychiatrique², le centre hospitalier Valvert intervient sur une aire géographique définie recouvrant les 11^{ème} et 12^{ème} arrondissements de Marseille pour la psychiatrie adulte, auxquels il faut rajouter le 10^{ème} arrondissement de Marseille pour la psychiatrie infanto-juvénile, ainsi que les communes des cantons d'Allauch, d'Aubagne et de La Ciotat, soit une population d'environ 350 000 habitants (259 000 majeurs et 91 000 mineurs).

L'établissement assure une pluralité de modes de prise en charge :

- Hospitalisation à temps plein et temps partiel dont hôpital de jour³ ;
- Consultations en CMP/CATTP⁴ sur le site principal comme en structures externes ;
- Accueil familial thérapeutique ;
- Appartement thérapeutique.

¹ Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France.

² Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique et circulaire du 25 juillet 1985.

³ L'hôpital de jour est une structure, le plus souvent extrahospitalière, dont la mission est d'offrir un programme regroupant des activités d'évaluation, de diagnostic et de traitement à des personnes présentant des troubles et difficultés psychologiques, psychiatriques et relationnels divers. Cette structure est animée par une équipe pluridisciplinaire qui prend en charge les patients à la journée ou à temps partiel. Les personnes qui y sont suivies (enfants ou adultes) retournent donc à leur domicile ou dans une structure d'hébergement le soir, ce qui leur permet de conserver une bonne insertion familiale et sociale.

⁴ Le CMP est la structure de soins pivot des secteurs de psychiatrie. Il assure des consultations médico-psychologiques et sociales pour toute personne en souffrance psychique et organise leur orientation éventuelle vers des structures adaptées (CATTP, hôpital de jour, unité d'hospitalisation psychiatrique, foyers...). Une équipe pluridisciplinaire assure la coordination des soins psychiatriques pour la population du secteur.

Un certain nombre d'unités mobiles : Unité Mobile pour enfants Autistes et apparentés en situation de crise (UMDA), Unité Mobile Autisme Adultes à compétence régionale (UMAA), Unité Mobile de Psychiatrie de la personne âgée (UMGP) pour l'agglomération marseillaise.

Il assure également l'accueil des urgences psychiatriques au sein des services d'urgences des centres hospitaliers d'Aubagne et de la Ciotat.

Un dispositif soins adolescents (DSA) a été mis en place en 2017 suite à la réponse à un appel à projets de l'ARS fin 2016.

Plusieurs projets ont pu être proposés et financés récemment : la prise en charge des bébés à risque autistique en complément de l'activité actuelle de l'UMDA, le renfort des CMP adultes de Saint-Marcel et d'Aubagne ayant pour objet le développement des prises en charge ambulatoires.

Au 31 décembre 2018, l'établissement comptait 159 lits installés et 155 places, soit une capacité quasi constante sur les cinq dernières années.

1.2.1 Eléments budgétaires et d'activité

L'établissement dispose d'un EPRD de 39,1 M€ sans aucun budget annexe et emploie 541 équivalent temps plein rémunérés (ETPR) non médicaux et 54 ETPR médicaux.

Financement de la psychiatrie

Les activités de psychiatrie sont financées différemment à l'hôpital public que les activités dites MCO⁵. Si ces dernières sont financées depuis 2004 par une tarification à l'activité (T2A), cette tentative de financement a échoué pour les services de psychiatrie : les professionnels s'accordent pour dire que le paiement à l'activité ne peut pas s'appliquer à la psychiatrie dès lors que le diagnostic ne permet d'avoir ni une idée de la durée, ni de la complexité des soins requis. Pour un même diagnostic, les organisations, les pratiques et les choix thérapeutiques sont très variés, y compris au sein d'un même établissement.

En effet, une partie des maladies mentales étant des pathologies chroniques et évolutives, les prises en charge développées en psychiatrie sont complexes et variées pour répondre aux différentes phases de la maladie. Elles intègrent à côté de l'hospitalisation à temps plein et à temps partiel de jour et de nuit, une multitude de modalités alternatives, allant du temps complet (accueil familial thérapeutique, en appartement thérapeutique, en centre de postcure), à l'ambulatoire (consultations au centre médico-psychologique, en institution, en unité de soins somatiques...) en passant par des prises en charge à temps partiel en atelier thérapeutique et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel notamment. De ce fait, mesurer l'activité psychiatrique devient une question plus complexe, peu comparable au champ MCO. L'activité n'est pas mesurable en actes, mais plutôt en termes de prises en charge, elle est diversifiée selon des séquences, avec des modes de prises en charge tantôt hospitaliers, tantôt ambulatoires.

⁵ Médecine, Chirurgie, Obstétrique.

De plus, les coûts étant aujourd'hui méconnus en psychiatrie, une telle entreprise n'est donc ni possible ni réellement souhaitée par les professionnels. L'ancien projet de « valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP) qui se rapprochait de la T2A des établissements non psychiatriques n'a jamais abouti.

Les hôpitaux restent donc financés par une enveloppe annuelle appelée dotation annuelle de financement (DAF).

Pour les établissements comme Valvert chargés d'un ou plusieurs secteurs de psychiatrie, la DAF finance toutes les activités du secteur, et pas seulement l'hospitalisation temps plein. Elle finance les soins ambulatoires relevant du secteur de psychiatrie, par exemple dans les CMP, les hôpitaux de jour, les CATTP, les groupes d'entraide mutuelle ou les centres spécialisés comme les « centres ressource autisme ». Elle finance aussi les soins spécifiques, par exemple les équipes mobiles de secteur, voire celles en charge des plus précaires. La DAF couvre une partie des transports sanitaires, et, la plupart du temps, la prise en charge des soins somatiques apportés au patient hospitalisé.

Tout, ou presque, est ainsi financé par cette dotation, ce qui constitue son principal avantage. Elle présente également plusieurs inconvénients comme la pérennisation de fortes inégalités territoriales dans la répartition des financements ou la difficulté à retracer avec précision ce qu'elle finance dès lors que de nombreuses activités sont financées sur cette enveloppe.

C'est pourquoi un système de péréquation piloté par les ARS concernant les établissements publics ou privés d'intérêt collectif réalisant des missions de service public est en place depuis 2015 ; mécanisme de redistribution à enveloppe fermée, il vise à réduire les écarts de dotations et donc les inégalités entre les établissements autorisés pour l'activité de psychiatrie, financés en DAF et sectorisés. Le principe est une assiette régionale soumise à péréquation basée sur le total des DAF des structures autorisées en psychiatrie en Provence-Alpes- Côte d'Azur duquel sont extraits un certain nombre de financements :

- Les crédits non reconductibles ;
- Les mesures d'investissement ;
- Les financements liés aux activités spécifiques (exemple : soins psychiatriques en détention) ;
- Les financements d'activités régionalisées.

Le modèle de péréquation est construit autour de quatre indicateurs : la file active, l'activité, le besoin populationnel et le besoin géographique⁶. Les marges de manœuvre étant quasi inexistantes sur les besoins populationnel et géographique, les établissements doivent être vigilants sur le recensement de leur activité et la file active.

Cette péréquation est aujourd'hui harmonisée sur un plan régional mais elle devrait devenir prochainement inter régionale, voire nationale, en attendant de nouvelles modalités de financement de la psychiatrie.

⁶ Ainsi pondérés = file active : 35 %, activité : 32 %, besoin populationnel 30 %, besoin géographique : 3 %.

Lors de sa mise en place en 2015, ce mécanisme de péréquation a pu être considéré comme novateur à deux titres :

- Il mobilise l'ensemble de la dotation annuelle de financement régionale et pas simplement la marge régionale existante : la péréquation est « horizontale » et consiste à attribuer aux établissements les plus défavorisés des ressources provenant d'établissements mieux dotés ;
- Chaque établissement peut faire évoluer favorablement la péréquation qui lui est appliquée, d'une part en améliorant la qualité du codage du recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) et, d'autre part, en modifiant son activité pour valoriser les activités alternatives à l'hospitalisation temps plein.

Les établissements qui font l'objet d'une diminution de leur DAF dans le cadre de la péréquation font l'objet d'une attention particulière, notamment lorsque leur situation budgétaire se trouve fragilisée par ces redéploiements de crédits. C'est le cas du CHV.

Modalités de recueil de l'activité

Comme pour le champ somatique, l'identification de l'activité médicale du champ psychiatrique, public et privé, repose sur le recueil systématique de données administratives et médicales normalisées. Ce recueil, nommé Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (RIM-P) utilise plusieurs concepts et définitions pour définir l'activité des établissements de santé ayant une autorisation d'activité en psychiatrie. Pour décrire l'activité, le RIM-P utilise les notions de séjours, séquences et actes. Les informations sont enregistrées par séjour au moyen d'un ou de plusieurs résumés de séquences possédant le même numéro de séjour. Un séjour peut donc être composé d'une ou de plusieurs séquences. Une séquence correspond à une seule forme d'activité, un seul mode légal de séjour, un seul trimestre civil. De ce fait, les séquences n'ont pas de sens clinique, c'est une notion purement administrative et technique.

Pour les prises en charge ambulatoires, recueillies dans le fichier R3A (Résumé d'activité ambulatoire anonyme), seule la notion d'actes est utilisée. Le R3A est un relevé d'actes. Il recouvre l'ensemble des prises en charge ambulatoires, qu'il s'agisse de l'accueil et des soins en centre médico-psychologique (CMP) ou des consultations réalisées dans un autre lieu (notamment psychiatrie de liaison en établissement sanitaire ou médico-social).

Les actes sont enregistrés selon la grille EDGAR (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion), ils sont réalisés en présence (pour les entretiens, accompagnements et groupes) ou sans la présence (pour les démarches et réunions) du patient mais contribuent au travail clinique ou thérapeutique au bénéfice du patient. Certaines données laissent place à une marge d'interprétation non négligeable entre les établissements et amènent à traiter certaines données spécifiquement. C'est le cas des activités de type CATTP et ateliers thérapeutiques et des actes ambulatoires de groupe, des prises en charge en centres de crise ou en séjours thérapeutiques.

Le recensement de l'activité est à la charge du médecin DIM (Département d'Information Médicale) qui transmet à l'ARS les informations relatives à cette activité à une fréquence trimestrielle et de façon cumulative. La fonction de DIM est exercée à Valvert par un Praticien Hospitalier qui lui consacre 30 % de son temps, assisté de deux techniciennes d'information médicale à temps plein.

Activité de l'établissement

Bien que le financement de l'établissement ne soit pas corrélé directement à l'activité, le recensement de cette dernière reste fondamental. Chaque établissement peut en effet faire évoluer favorablement la péréquation qui lui est appliquée en améliorant la qualité de codage des actes produits et en modifiant son activité pour valoriser les activités alternatives à l'hospitalisation temps plein.

La file active permet de connaître le nombre de patients vus au moins une fois dans l'année en hospitalisation, en consultation, ou en visite à domicile. Au CHV, elle a progressé de 17 % durant la période sous revue atteignant 9 371 patients en 2018, la progression étant encore plus affirmée chez les adultes (+ 960) que chez les enfants (+ 473).

Tableau n° 1 : Répartition de la file active globale

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Psychiatrie générale</i>	5567	6026	5833	5943	6495	6527
<i>Psychiatrie infanto-juvénile</i>	2371	2378	2444	2576	2689	2844
<i>Total</i>	7 938	8 404	8 277	8 519	9184	9 371

Source : CHV.

Les taux de recours aux soins hospitaliers sont une mesure de la consommation de soins hospitaliers des habitants d'une zone géographique donnée, rapportée à la population domiciliée dans cette zone. Ils sont exprimés en nombre de patients ou de séjours/séances pour 1 000 habitants. Concernant les prises en charge, le CHV, à l'instar des autres établissements du GHT 13, pratique un recours à l'hospitalisation, qu'elle soit à temps plein ou partielle, supérieur aux moyennes nationales, sauf en ce qui concerne l'hospitalisation de jour des enfants.

Bien que globalement supérieures aux moyennes nationales, des tendances sont à noter au CHV sur les années sous revue.

L'hospitalisation à temps complet et à temps partiel est en baisse sur la période sous revue :

- 2 950 journées en moins sur les soins psychiatriques libres ;
- 562 pour les soins psychiatriques jugés pénalement irresponsables ;
- 891 journées en moins pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Les soins sur décision du représentant de l'Etat progressent très légèrement (+ 10) sur un total de 2804 en 2018.

Tableau n° 2 : Journées d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel

Type de journées d'hospitalisation	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
Temps complet							
Total hospitalisation temps complet							
Soins psychiatriques libres	34 029	35 356	32 964	30 084	31 296	31 079	- 2 950
Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État	2 794	2 919	2 688	2 401	2 495	2 804	10
Soins psychiatriques aux personnes jugées pénalement irresponsables	707	894	528	482	382	145	- 562
Soins psychiatriques dans le cadre d'une ordonnance provisoire de placement	20	28	14	11	0	2	- 18
Soins psychiatriques aux détenus	127	215	328	285	144	85	- 42
Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	6 340	5 275	6 058	3 422	5 182	5 449	- 891
Soins psychiatriques pour péril imminent	2 287	2 399	2 596	3 482	2 248	2 521	234
Isolement Thérapeutique	1 791	2 089	1 932	1 373	1 428	1 472	- 319
Séjour Thérapeutique	141	121	148	123	158	163	22
Placement Familial Thérapeutique	1 654	1 659	1 352	1 773	1 730	1 551	-103
Appartement Thérapeutique	809	1 043	1 097	1 376	1 249	904	95
Centre de crise ou Centre d'Accueil Permanent	581	2 074	2 169	2 242	1 989	2 097	1 516
Temps partiel							
Hospitalisation de Jour (journées et demi-journées)	30 045	32 697,5	33 221	29 027	28 406,5	28 699	-1 346
Hospitalisation de Nuit	498	/	/	/	/	/	- 498
Atelier Thérapeutique	/	/	/	/	/	/	
C.A.T.T.P.	/	/	/	/	/	/	

Source : CHV.

La chambre observe que, malgré une baisse d'activité sur les unités d'hospitalisation temps plein, la capacité en lits est restée globalement stable de 2013 à 2018 (évolution d'un lit de 131 à 132 lits).

L'hospitalisation de jour chute également avec 1 346 journées en moins sur la période.

En revanche, les consultations en CMP et CATTP explosent avec une progression de respectivement 9 935 et 11 380 en cinq ans. Ces chiffres confirment les orientations inscrites dans le projet médical de l'établissement d'une psychiatrie ouverte et facilitante tant sur la cité que sur le territoire, « déstigmatisant » les troubles psychiques et favorisant l'accès aux soins. Il convient de noter que l'ouverture est un terme cher aux praticiens de l'établissement dès lors que les unités d'hospitalisation à temps plein du CHV sont ouvertes, au sens physique, basées sur la confiance entre les soignants et les patients et l'absence de toute pratique de contention physique.

En termes d'hospitalisation complète, il est à noter également que l'année 2016 a connu une baisse importante d'activité du fait de la fermeture d'un pavillon de soins en raison d'un incendie nécessitant de longs mois de travaux.

Caractéristiques de la population desservie :

Parce que la psychiatrie se situe souvent à mi-chemin entre le sanitaire et le social, le contexte socio-économique du patient, encore plus qu'en MCO, va fortement impacter la prise en charge proposée et notamment l'existence d'un entourage familial ou social.

L'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) a élaboré un indicateur agrégé de la précarité sociale : l'indice de « défavorisation » social. Ces indices de désavantage social sont censés rendre compte « *d'un état de désavantage observable et démontrable relatif à la communauté locale ou plus largement à la société à laquelle appartient une personne, une famille ou un groupe* » (Townsend, 1987). Ils constituent une mesure écologique (ou contextuelle), caractérisant le milieu socio-économique dans lequel vivent les individus d'une aire géographique donnée, à un moment donné, et que l'on attribue à l'ensemble des individus de cette aire. Ils sont construits par agrégation, à une échelle géographique donnée, d'informations disponibles généralement à partir du recensement (taux de chômeurs, pourcentage d'ouvriers au sein de la population active...).

Si le score des Bouches-du-Rhône est comparable au score national, la situation des zones d'intervention de chaque établissement du département est plus contrastée. Celle du territoire du CHV est sans commune mesure avec celle du territoire du voisin marseillais Edouard Toulouse (qui confirme la fragilité de ses patients sur le plan socio-économique) et se rapproche peu ou prou de la population marseillaise des quartiers Centre et Est, voire de celle du voisin aixois Montperrin.

La « clientèle » du territoire du centre hospitalier possède ainsi un revenu moyen supérieur à celui du pays, de la région et du département ; il en est de même du pourcentage de bacheliers. Le pourcentage d'ouvriers dans la population est inférieur et le taux de chômage est identique au taux national.

1.2.2 L'organisation polaire de l'établissement

L'organisation polaire de l'établissement⁷ est structurée en cinq pôles d'activité :

- Un **pôle de psychiatrie générale** qui regroupe les quatre secteurs et le CACC (centre d'accueil de crise et de consultation) ;
- Un **pôle de psychiatrie infanto-juvénile** et des soins de l'autisme qui comprend les deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile et le SESA (service évaluation et soins de l'autisme) ;
- Un **pôle de psychiatrie de la personne âgée** qui comprend le secteur de psychiatrie de la personne âgée et le service hygiène et maîtrise du risque infectieux ;
- Un **pôle pharmacie** ;
- Et un **pôle managérial** qui regroupe les directions fonctionnelles.

Chaque pôle est dirigé par un trio (chef de pôle, assistants soignant et administratif) et doit bénéficier d'outils (tableaux de bord) pour identifier et quantifier des écarts de fonctionnement. Pour autant, si les pôles sont identifiés et les responsables de pôles désignés, ils ne sont pas aujourd'hui opérationnels.

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 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. 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. Au CHV, le premier processus de contractualisation interne a été initié en 2011. A l'issue d'un travail d'élaboration partenarial avec le corps médico-soignant, une charte de délégation de gestion a été finalisée en février 2011, suivie en avril par l'élaboration d'un contrat de pôle-type et d'annexes portant respectivement sur l'activité, la gestion économique et logistique, la gestion des personnels et la qualité. Un dispositif méthodologique a été validé en réunion médico-administrative en janvier 2011. Les négociations portant sur les contenus des annexes ont alors été ouvertes entre les chefs de pôles clinique et médico-technique et les directions fonctionnelles concernées et se sont achevées en novembre par la signature des contrats de pôles.

L'établissement n'a pas été en mesure de trouver trace d'un suivi périodique, tant au sein de chaque pôle qu'au niveau du directoire. Conscient qu'une véritable vie polaire implique, indépendamment de la signature et de la mise en œuvre des contrats, que les pôles disposent d'informations pour connaître leur activité, leurs dépenses et contribuer ainsi au pilotage médico-économique de l'établissement, l'ordonnateur en fonction a informé la chambre de la relance en 2018 du processus de contractualisation interne, suite à une formation dispensée en fin d'année 2017 aux chef(fe)s de pôle, à leurs adjoints et aux directeurs adjoints, avec une nécessaire actualisation des contrats de pôles et la mise en place effective d'un suivi basé sur l'analyse concertée de tableaux de bord médico-économiques. Ce projet est en cours de développement. Toujours selon l'ordonnateur en fonction, l'année 2018 a été consacrée, pour la préparation des tableaux de bord, à la création d'outils de suivi de l'activité par service,

⁷ Le découpage en pôles voulu par le législateur doit permettre une réorganisation « économe » grâce à la mutualisation des moyens.

ce qui a nécessité une remise à plat des règles de codage de l'activité pour en améliorer la qualité et l'exhaustivité.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonction a actualisé le calendrier mis en place en indiquant qu'une véritable vie polaire était une priorité de l'établissement, qu'une méthodologie d'actualisation des contrats de pôle avait été présentée aux instances de l'établissement en septembre 2019 et que le CPOM 2019-2024 signé le 27 mars 2019 serait l'un des fondements des futurs contrats de pôle qui déclineront le futur projet d'établissement prévu en 2020. Elle a ainsi acté l'intention de l'établissement de se conformer à la recommandation sans que celle-ci ne soit pour l'instant mise en œuvre.

La chambre recommande à l'établissement de parachever son organisation polaire par une réalisation effective des contrats de pôles et la mise en place opérationnelle d'un suivi basé sur l'analyse concertée de tableaux de bord médico-économiques.

Recommandation n° 1 : Parachever l'organisation polaire de l'établissement par une réalisation effective des contrats de pôles et la mise en place d'un suivi opérationnel basé sur l'analyse concertée de tableaux de bord médico-économiques.

1.2.3 Les outils stratégiques de l'établissement

Le centre hospitalier possède un projet d'établissement⁸ 2016-2020 qui comprend un projet médical, un projet de soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques et un projet managérial.

Parmi les principaux axes du projet médical figurent notamment des projets novateurs concernant la prise en charge de l'autisme et en particulier la création d'une Unité Mobile d'Intervention pour la population adulte autiste, qui viendrait en complément des missions de l'unité mobile d'évaluation autisme adultes, à destination des familles et des institutions médico-sociales et la création d'une Unité Mobile de dépistage, de prévention précoce pour les enfants de moins de trois ans à risque autistique, la prise en charge de la personne âgée par la création d'une unité géro-psycho-geriatrique d'évaluation et de soins ambulatoires à destination de la population âgée marseillaise, privilégiant une approche et une prise en charge multidisciplinaire et globale. Ces projets ont déjà pu être mis en œuvre à l'heure du présent rapport.

Outil de déclinaison au niveau local du projet régional de santé (PRS), un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens⁹ (CPOM) a été signé en juillet 2012 entre l'établissement et l'ARS pour une durée de 5 ans. Défini aux articles L. 6114-1 à L. 6114-4 et R. 6114-1 à R. 6114-14 du code de la santé publique, le CPOM permet aux établissements de santé et à l'ARS de prioriser conjointement des orientations stratégiques, lesquelles doivent être conformes aux orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et tenir compte du projet médical de territoire. Ce contrat est négocié dans le respect du principe d'autonomie des établissements. C'est un document évolutif. Ses éléments constitutifs peuvent être complétés.

⁸ Le PE prévu à l'article L. 6143-2 du CSP définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. C'est l'acte politique majeur d'un centre hospitalier.

⁹ Article L. 6114-1 du CSP.

Il peut faire l'objet d'annexes. Le contrat est également révisable par avenant pour traduire les évolutions et transformations de l'établissement et/ou du schéma régional d'organisation sanitaire. Chaque établissement de santé conclut un seul contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour l'ensemble de ses activités, qui porte notamment sur les autorisations et reconnaissances d'activités et les coopérations. Un nouveau contrat a été signé avec l'ARS en avril 2019.

Un contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), avenant au CPOM précité, a été signé le 3 mai 2013 à l'initiative de la direction du centre hospitalier qui était confrontée à d'importantes difficultés financières, les derniers exercices ayant été déficitaires. C'est le second CREF signé par l'établissement après celui de 2006.

1.2.4 Les coopérations

Le centre hospitalier est membre du Groupe Hospitalier de territoire¹⁰ des Bouches-du-Rhône (GHT 13) dont la convention constitutive a été signée le 30 juin 2016 par les treize établissements qui le composent (et un établissement associé : l'hôpital d'instruction des armées Laveran). L'AP-HM en est l'établissement support. Les objectifs affichés sont :

- La mise en œuvre « d'une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient » ;
- La « rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements ».

Le groupement couvre un bassin de population de 2 millions d'habitants et représente près de 2 milliards d'euros de budget et 200 millions d'euros d'investissements. Parmi ces établissements, on retrouve les trois hôpitaux spécialisés en psychiatrie du département (les centres hospitaliers Valvert et Edouard Toulouse à Marseille, et Montperrin à Aix-en-Provence) auxquels s'ajoutent les secteurs de psychiatrie hospitalo-universitaire de l'AP-HM et les activités de psychiatrie rattachées aux centres hospitaliers de Martigues et d'Arles, soit toute la psychiatrie publique du département.

En 2017, par un premier avenant à la convention constitutive, le GHT 13 a adopté un projet médical partagé (PMP) qui répond aux objectifs déclinés dans la convention constitutive qui sont :

- Défendre collectivement une ambition de service public de santé et un maillage territorial pour mieux répondre aux besoins de la population ;
- Favoriser l'attractivité de l'exercice médical et soignant ;
- Soutenir l'activité des établissements ;
- Développer ensemble la recherche et l'enseignement.

¹⁰ Prévus à l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (art. 107) et ses textes d'application, ils succèdent à compter du 1^{er} juillet 2016 aux communautés hospitalières de territoire.

Le projet médical partagé du GHT 13 se décline en sept filières, parmi lesquelles figure la psychiatrie. Neuf thématiques prioritaires ont été définies :

- La définition des missions socles du secteur et de l'intersecteur ;
- La géronto-psychiatrie ;
- Les activités spécifiques ;
- L'hospitalisation des enfants et des adolescents ;
- Les urgences et la prise en charge de la crise ;
- Les personnes sous main de justice ;
- L'addictologie ;
- L'enseignement, la formation et la recherche ;
- La réhabilitation psycho-sociale et les liens avec le médico-social.

L'établissement support doit obligatoirement gérer pour le compte de l'ensemble des membres un système d'information hospitalier, un département de l'information médicale, la formation initiale et continue des professionnels de santé, la fonction achats. Des délégations facultatives concernent les équipes médicales communes, les pôles inter-établissements et les activités administratives, logistiques, techniques et médico-techniques. La certification, menée par la Haute Autorité de Santé (HAS), est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement.

La contribution due par chaque établissement est fixée selon une clé de répartition définie comme le rapport du total des charges à l'exception des charges enregistrées aux comptes 653 « Contribution au groupement hospitalier de territoire (GHT) », 66 « Charges financières », 67 « Charges exceptionnelles » et 68 « dotation aux amortissements, dépréciation et provisions » et après déduction du compte 7087 « remboursement de frais par les CRPA », tous comptes de résultat confondus à l'exception du compte de résultat G, de chaque établissement partie au groupement, sur le total des charges à l'exception des charges enregistrées aux comptes 653,66,67 et 68 et après déduction du compte 7087, tous comptes de résultats confondus à l'exception du compte de résultat annexe G, de l'ensemble des établissements parties au groupement.

Ainsi, la contribution du CHV est de 7 239 euros par an, considérée par l'établissement comme « *proportionnelle à la réalité du service rendu, au regard des perspectives attendues sur les fonctions mutualisées et sur la coordination des parcours de soins* ».

Le centre hospitalier Valvert a développé une politique de partenariat qui le place au centre d'un dispositif cohérent et structuré et qui contribue à améliorer sur son territoire la couverture de la population en soins psychiatriques. Les actions mises en œuvre portent sur l'amélioration de la coordination pour la prise en charge des patients, l'organisation de consultations spécialisées ainsi que sur des coopérations à destination de publics spécifiques.

Il a signé le 22 mars 2010 un protocole d'accord avec l'AP-HM et le centre hospitalier Edouard Toulouse (second centre hospitalier spécialisé en psychiatrie de la ville de Marseille) définissant des axes de travail communs et une approche commune de prise en charge de la maladie mentale sur l'agglomération marseillaise et les bases d'une coopération renforcée dans ce domaine. De nombreuses conventions existent, notamment avec les centres hospitaliers d'Allauch, d'Aubagne et La Ciotat pour les urgences, la psychiatrie de liaison, la pédiatrie, la prise en charge des adolescents, l'addictologie, les examens de biologie,

le centre gérontologique départemental (CGD) pour l'Unité Mobile Gérontopsychiatrique (UMGP) et des structures sociales ou médico-sociales, notamment des Etablissements Hébergeant des personnes Agées (EHPAD) et des Instituts Médico Educatifs (IME).

Il convient de noter, enfin, que le centre hospitalier Valvert intervient sur un secteur concurrentiel important dès lors que de nombreuses cliniques privées sont implantées sur son territoire et notamment la clinique des trois cyprès, située à la Penne sur Huveaune (13821), et appartenant à la Générale de santé. Outre l'ouverture d'un hôpital de nuit, la clinique spécialisée en psychiatrie comprend des lits de psychiatrie adulte et vient d'ouvrir une unité de jeunes adultes (18-25 ans) ; son projet médical vise, à court terme, à accueillir 25 patients, dont 20 en Hospitalisation Complète (HC) et 5 en HDN (Hospitalisation de Nuit). Sur un mode de fonctionnement « souple », y sont traitées des pathologies diverses comme des troubles anxio-dépressifs, du comportement, du comportement alimentaire, des phobies scolaires et/ou sociales, etc. touchant assez fréquemment cette tranche d'âge.

2 LA FIABILITE DES COMPTES

La certification des comptes¹¹ des hôpitaux publics est prévue par la loi du 21 juillet 2009 « *Hôpital, patients, santé, territoires* », qui en a inscrit le principe dans le code de la santé publique à l'article L. 6145-16. Deux décrets et un arrêté du 23 décembre 2013 ont défini les modalités de mise en œuvre de cette certification : sont soumis à la certification de leurs comptes par un ou plusieurs commissaires aux comptes, les établissements publics de santé dont le compte de résultat principal présente un total des produits supérieur ou égal à cent millions d'euros pendant trois exercices successifs. Bien qu'il ne s'inscrive pas dans ce cadre, dès lors que ses produits atteignent 39 M€, le CHV a indiqué dans son projet d'établissement avoir entrepris une démarche avec la trésorerie hospitalière portant notamment sur la mise en place d'intérêts courus non échus, le recensement et la comptabilisation des dépréciations et provisions et la régularisation par correction d'erreur sur les charges d'amortissement.

2.1 Le rattachement des charges et des produits

Le respect du principe d'indépendance des exercices implique de rattacher les charges et les produits à l'exercice auxquels ils se rapportent. Le taux de rattachement calculé en rapportant le solde créditeur du compte 408 « Fournisseurs - factures non-parvenues » au total des soldes débiteurs des comptes de charges 60, 61 et 62 doit se situer dans une fourchette raisonnable (entre 5 % et 10 %¹²).

¹¹ A ne pas confondre avec la procédure d'évaluation externe des EPS publics et privés conduite par la Haute Autorité de Santé (HAS) en application des dispositions de l'article L. 6113-3¹¹ du code de la santé publique pour laquelle le CHV a été certifié en 2015 pour une durée de quatre années avec deux recommandations d'amélioration de niveau B portant sur le parcours du patient et le management de la prise en charge médicamenteuse du patient.

¹² Le rattachement des charges engagées non mandatées concerne normalement les commandes passées en fin d'exercice et ne pouvant donc donner lieu à réception de la facture avant la clôture de cet exercice.

→ L'analyse des comptes du CHV montre que l'établissement ne rattache pas complètement ses charges. Hormis l'année 2015, le taux de l'établissement est inférieur à 5 %.

Tableau n° 3 : Rattachement des charges en € de 2013 à 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moyenne
<i>Fournisseurs, factures non parvenues (a)</i>	4 097	68 723	226 051	16 328	72 935	99 478	89,3 %
<i>Comptes de charges d'exploitation (b)</i>	4 208 492	4 027 482	4 170 085	4 507 446	4 393 096	4 106 436	- 0,5 %
<i>Taux de rattachement en % (a)/(b)</i>	0,10 %	1,71 %	5,42 %	0,36 %	1,66 %	2,42 %	90,2 %

Source : ANAFI d'après comptes financiers.

L'établissement a indiqué ne pas posséder, à proprement parler, une procédure lui permettant de s'assurer du rattachement des charges mais procède à une relance des fournisseurs en fin d'année afin d'obtenir les factures non parvenues.

La chambre l'invite à davantage de vigilance sur le rattachement des charges par la mise en place de procédures.

→ Le CH Valvert n'observe pas de rattachement de produits de manière structurelle.

Tableau n° 4 : Rattachement des produits en € de 2013 à 2018

<i>En €</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moyenne
<i>Redevables, produits à recevoir (a)</i>	2 014	0	0	0	0	0	- 100,0 %
<i>Produits courants de fonctionnement (b)</i>	36 621 066	37 870 255	38 446 897	38 487 284	38 651 148	39 403 508	1,5 %
<i>Taux de rattachement en % (a)/(b)</i>	0,01 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	0,00 %	- 100,0 %

Source : ANAFI d'après comptes financiers.

L'ordonnateur en fonction a indiqué que le rattachement de produits ne figure pas de manière structurelle dans sa comptabilité du fait que ses principaux produits sont issus de la dotation annuelle de financement qui n'induit pas de mécanismes de versements de type « séjours à cheval » comme c'est le cas sur les établissements sous T2A nécessitant un rattachement à l'année N-1 des séjours valorisés en N+1. L'ordonnateur précise également que les autres produits assurance maladie, et notamment le Fonds d'Intervention Régional (FIR), peuvent être positionnés dans l'EPRD en produits attendus non notifiés (PANN) en prévisionnel N (lorsque qu'une convention est signée entre l'ARS et le CH) puis sont placés en produits FIR sur la même année après obtention de l'arrêté de versement de l'ARS.

Est traditionnellement considéré comme acceptable un taux de rattachement correspondant à un douzième des dépenses sur factures de l'année, soit 5 à 10 % de leur montant.

Enfin il rappelle que l'hôpital ne dispose pas de Comptes de Résultats Prévisionnels Annexes (RPA) dont les remboursements pourraient se décaler sur N+1 faute de financements obtenus en N.

La chambre invite toutefois l'établissement à davantage de vigilance sur le rattachement des produits et à la mise en place de procédures.

2.2 Les reports de charges

L'indicateur R45 du tableau de bord financier des établissements publics de santé (TBFEPS) mesure les « charges reportées », au sens comptable, d'un exercice sur l'autre sans crédits budgétaires correspondants. Cet indicateur¹³ doit de façon communément admise se situer en-deçà de 0,2 %, seuil de référence au-delà duquel il est possible de considérer que des tensions budgétaires sont à l'œuvre.

Tableau n° 5 : Reports de charges en € de 2013 à 2018

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Var annuelle moyenne
Charges sur exercices antérieurs (a)	176 552	257 197	217 514	276 892	144 032	152 296	- 2,9 %
Charges totales (b)	35 037 586	35 056 648	35 137 542	35 496 931	36 352 782	36 207 670	0,7 %
Taux de charges reportées (a)/(b)*101	0,50 %	0,73 %	0,62 %	0,78 %	0,40 %	0,42 %	- 3,5 %

Source : ANAFI d'après comptes financiers.

Au CHV, les taux de charges reportées sont supérieurs à cette référence même si, après avoir augmenté jusqu'en 2016, la tendance est à la baisse et connaît une variation annuelle moyenne de - 3,5 % sur la période.

La chambre invite l'établissement à éviter les reports de charges qui se situent au-delà du seuil de 0,2 % même si, comme l'ordonnatrice en fonctions le fait valoir en réponse aux observations provisoires de la chambre, ils sont minimes, en amélioration et sont essentiellement constitués des factures constatées en N+1 sans commande initiale, situation qui ne devrait plus perdurer avec la mise en place d'un circuit sécurisé de la commande publique.

¹³ Calcul de l'indicateur : Numérateur : C/6728 « Autres charges sur exercices antérieurs - Personnel, médicales, hôtelières et générales », dénominateur : débits des comptes (retraités des remboursements des budgets annexes).

2.3 Les produits constatés d'avance

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

L'absence d'écriture de ce type majore indûment le résultat net.

Tableau n° 6 : Montant en € des produits constatés d'avance

2013	2014	2015	2016	2017	2018
15 598,70	0	42 000	131 687,25	246 851,43	441 000

Source : *comptes financiers*.

L'établissement respecte l'instruction comptable en mettant en produits constatés d'avance la plupart du temps des subventions notifiées en fin d'année ou des reliquats de subventions.

Ainsi, en 2012, il a reçu une subvention de l'ARS afin de financer un audit performantiel qui a débouché sur le CREF. La subvention versée était de 66 400 €. Une partie a été utilisée sur 2012 et le reliquat de 15 598,70 € a été mis en produits constatés d'avance sur 2013. En 2015, l'ARS a versé sur une année une subvention de 63 000 € destinée à financer les postes de coordinateur du COSM sur 3 ans (2015, 2016 et 2017). Fin 2015, les deux tiers de la subvention ont été mis en produits constatés d'avances pour le paiement du poste de coordonnateur sur 2016 et 2017. En 2016, les 131 687,25 € correspondent pour 21 000 € à la dernière année de PCA pour le poste de coordonnateur du COSM auxquels s'ajoutent les crédits FIR obtenus en 2016 pour le financement des deux équipes mobiles autisme (UMDA et UMAA) pour respectivement 57 025 € et 53 661 €. En 2017, des crédits FIR ont été de nouveau reportés concernant l'UMAA et l'UMDA de 2017 à 2018 (UMAA = 3 369 € + 110 000 € de la deuxième année de financement / UMDA = 130 091 € de la deuxième année de financement), plus les crédits FIR obtenus pour le fonctionnement de la CUMP (3 390 €). Enfin, en 2018, le report des trois subventions FIR obtenues en 2018 a porté sur 2019 (110 000 € UMAA + 131 000 € UMDA + 200 000 € bébés à risque autistique).

2.4 Une tenue de l'inventaire physique et comptable défaillante

L'instruction budgétaire et comptable M21 précise que la tenue par l'ordonnateur d'un inventaire annuel est obligatoire ; il 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 pratiqués¹⁴. Il doit être en concordance avec l'état d'actif tenu par le comptable public.

¹⁴ Instruction budgétaire et comptable M21, tome 3, chapitre 5-2.

Or, d'une part, l'établissement ne dispose d'aucun inventaire physique ; il possède un inventaire comptable que lui produit l'application dédiée Magh2 mais son contenu nécessite une action de fiabilisation par l'intermédiaire d'un inventaire physique de l'actif.

D'autre part, l'état de l'actif, tenu par le comptable public, ne comporte aucun amortissement. Les mandats d'investissement sont établis par l'ordonnateur sans le flux inventaire, d'où des fiches provisoires dans l'état de l'actif Hélios.

Comme les amortissements ne comportent pas de numéros d'inventaire permettant de les rattacher aux immobilisations, l'état de l'actif ne comporte donc que les montants bruts.

La chambre recommande au centre hospitalier Valvert de procéder sans délai à la mise en œuvre d'un inventaire physique de ses biens. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonction a indiqué qu'un agent avait été affecté à cette obligation comptable depuis le 1^{er} octobre 2019 pour effectuer une mission estimée à deux ans de travail selon un planning prévisionnel et sur la base d'une fiche de poste.

Recommandation n° 2 : Etablir sans délai un inventaire physique des biens de l'établissement et le mettre en concordance avec l'inventaire comptable.

Cette situation génère de nombreux dysfonctionnements, comme l'inscription de certains biens à l'inventaire de l'établissement, pourtant non réceptionnés. En effet, dès lors que l'applicatif économique et financier dédié aux opérations d'investissement (Madrid) édite un mandat pour un bien, ce dernier est mécaniquement lié à une mise en amortissement. Cela pose un vrai problème de gestion et de sécurisation de la commande publique car aucun achat ne peut en principe être mandaté et payé à un fournisseur sans que l'établissement ne se soit assuré au préalable de la réception (principe du service fait). Le défaut de suivi des immobilisations se caractérise par un défaut de suivi physique des immobilisations.

Pour remédier à ce problème l'établissement indique avoir mis en place deux procédures concernant la commande publique en mars et avril 2019 : l'une pour les opérations comptables pour les dépenses gérées par les magasins et les dépenses gérées par le pôle travaux et gestion du patrimoine et l'autre pour les opérations de commande des magasins et de la maintenance. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonction a indiqué que le dispositif de contrôle interne sera renforcé à partir de 2020 avec le recrutement d'un adjoint des cadres sur la base d'une fiche de poste adaptée en remplacement d'un poste vacant.

La chambre recommande au centre hospitalier de sécuriser le circuit de sa commande publique par la mise en place d'un dispositif de contrôle fiable et sécurisé.

Recommandation n° 3 : Mettre en place un dispositif de contrôle fiable et sécurisé de la commande publique.

2.5 Les amortissements

Suite à un audit-médico économique réalisé par un cabinet conseil et aux préconisations du conseiller financier de l'établissement, certaines durées d'amortissement d'immobilisations qui n'étaient plus en adéquation avec la durée de vie des biens ont été modifiées à compter de l'exercice 2014 par décision du directeur n° 38-2015 du 31 janvier 2015.

Ces nouvelles durées diffèrent avec celles préconisées par la nomenclature comptable M21 spécifique aux établissements publics de santé notamment en ce qui concerne les logiciels amortis sur cinq ans (deux à trois ans préconisés par la M21), le matériel informatique, amorti sur quatre ans (deux à trois ans préconisés par la M21). Le matériel roulant est amorti sur 10 ans alors que la M21 préconise un amortissement sur quatre à cinq ans. L'établissement justifie ce dernier choix par le faible kilométrage annuel des véhicules de l'établissement (8 000 kms par an en moyenne) qui justifie le non renouvellement des véhicules.

Depuis 2014, l'établissement pratique un amortissement linéaire au *prorata temporis*, à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation. Ce choix n'est pas inscrit formellement dans une décision du directeur mais figure en annexe de la décision précitée du 31 janvier 2015. L'hôpital a donc suivi les préconisations de l'instruction M21 (§ 3.2.2) qui précise désormais que « *l'amortissement linéaire avec un prorata temporis à compter de la date de mise en service ou de la date d'acquisition de l'immobilisation est la méthode qui permet d'atteindre l'objectif d'image fidèle* ».

L'avis n° 2015-09 du Conseil de normalisation des comptes publics (CNoCP) précise qu'il s'agit d'un changement de méthode comptable, impliquant un retraitement rétrospectif sauf cas d'impraticabilité, ce qui a été le cas à Valvert.

Toutefois, la chambre observe que cette nouvelle méthode d'amortissement ne figure pas directement dans la décision de l'ordonnateur mais est simplement mentionnée dans le compte financier joint en annexe à la délibération.

Elle invite l'établissement à régulariser la situation en la matière par l'adoption d'une nouvelle décision, ce que l'ordonnatrice en fonction, en réponse aux observations provisoires de la chambre, s'est engagée à mettre en place.

2.6 Les provisions

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

Tableau n° 7 : Evolution des provisions en € de 2013 à 2018

Comptes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
c/142	94 604,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	- 100 %
c/143 (c/ 153)	484 475,44	664 212,50	668 210,00	613 605,00	684 815,00	982 178,58	103 %
c/151	0,00	0,00	0,00	0,00	20 247,08	92 719,30	NS
c/152	0,00	0,00	203 573,00	214 216,00	206 471,00	154 518	- 24 %
c/1572	251 388,76	507 849,76	437 783,47	166 130,50	11 000,94	980 000	290 %
c/158	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0 %
c/49 - Dépréciation comptes de tiers	292 958,66	284 816,38	220 972,33	215 555,13	193 741,50	185 794,91	- 37 %
TOTAL	1 123 427,61	1 456 878,64	1 530 538,80	1 209 506,63	1 116 275,52	2 395 210,79	113 %

Source : comptes financiers.

Compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations »

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

La somme de 94 604,75 € concernant l'exercice 2013 correspond au reliquat d'une somme attribuée par l'ARH¹⁵ le 20 décembre 2006 au titre de surcoûts liés à l'investissement dans le cadre du volet investissement du plan de santé mentale dit « PRISM » d'un montant initial de 302 721 €. Cette somme avait été allouée sous la forme de crédits pérennes ONDAM¹⁶ au titre de l'opération « alternatives à l'hospitalisation » et de l'opération « rénovation du pavillon des cèdres ». Le CHV indique que les 94 604,75 euros ont été utilisés sur ces deux opérations. Le total immobilisé représente 6 842 222 euros. Les surcoûts en titre 4 de ces opérations ont été compensés en partie par l'allocation PRISM jusqu'en 2014.

Compte 1511 « Provisions pour litiges »

Selon l'instruction budgétaire et comptable M21, les provisions pour litiges « *sont constituées pour faire face au paiement de dommages et intérêts, d'indemnités ou de frais de procès* ». Lorsque la charge est probable, une provision doit être constituée dès la naissance d'un risque avant tout jugement et être maintenue (en l'ajustant si nécessaire) tant que le jugement n'est pas définitif. Par jugement définitif, il faut entendre, dans une juridiction administrative, la décision du tribunal administratif sans appel ou arrêt de la cour administrative d'appel sans recours en cassation ou arrêt en Conseil d'État.

¹⁵ Agence Régionale de l'Hospitalisation.

¹⁶ Objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Deux provisions, l'une en 2017 pour 20 247,08 € et l'autre en 2018 de 92 719,30 € ont été effectuées pour faire face à des contentieux concernant l'accueil familial thérapeutique.

Compte 152 « Provision pour risques et charges sur emprunts » :

Des sommes ont été provisionnées sur ce compte à partir de l'exercice 2015 sur proposition du conseiller financier de l'établissement, au regard des 39 % de dette à taux variable de l'établissement, soit 4 691 238 € sur un total de 11 941 260 €. Ces sommes ont été actualisées annuellement au regard de la situation du marché. La méthode retenue initialement est celle de la courbe des taux anticipés (méthode forward). Le taux utilisé a été choisi sur la base des taux de la zone euro en janvier 2019. Une marge de sécurité de 0,5 % sur 3 ans puis de 1 % a été appliquée.

En réponse aux observations provisoires de la chambre qui s'étonnait de la constitution de cette provision réservée en principe aux risques financiers pesant sur des emprunts structurés ou complexes, soit ceux appartenant aux catégories supérieures à C ou à 3 qui font intervenir des effets de levier, des coefficients multiplicateurs, etc... (ce qui n'est pas le cas des 17 emprunts du CHV en cours au 31 décembre 2018, classés A selon la charte Gissler), le conseil financier de l'établissement a justifié la constitution de cette provision par l'objectif d'une sécurisation au moindre coût au regard de la part de la dette à taux variable et des hypothèses d'évolution des marchés financiers appréciés avec diligence (taux anticipés connus chaque année).

Si le recours aux provisions se présente effectivement comme un outil pour se couvrir contre le risque de hausse des taux variables, en économisant le coût d'une transformation de ses taux variables en fixes, la chambre maintient son observation fondée sur le fait que les provisions constituées au compte 152 n'ont pas été conçues à cette fin.

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

En application de l'article 11-1 du décret n° 2002-788 modifié du 3 mai 2002 relatif au compte épargne-temps (CET) dans la fonction publique hospitalière, les établissements doivent constituer des provisions suffisantes pour couvrir les charges afférentes aux jours épargnés sur CET par l'ensemble des personnels de l'établissement (personnel non médical et praticiens hospitaliers).

La provision doit être valorisée en fonction des montants forfaitaires fixés par catégorie d'agents, majorée des cotisations patronales en vigueur¹⁷. Toutefois, dans un avis du 5 avril 2018¹⁸, le conseil de normalisation des comptes publics s'est prononcé en faveur du principe général de la meilleure estimation possible de sorties de ressources. Ainsi, les modalités de l'évaluation de la provision pour CET pourraient reposer, soit sur le coût moyen journalier de chaque agent concerné (base individuelle), soit sur le coût moyen journalier par catégorie d'agents (base statistique).

¹⁷ 125 € pour les personnels de catégorie A, 80 € pour les personnels de catégorie B, 65 € pour les personnels de catégorie C, 300 € pour les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques (arrêtés des 6 et 27 décembre 2012).

¹⁸ CNOCP, avis n° 2018-05 du 5 avril 2018 relatif à l'évaluation de la provision pour compte épargne-temps dans les comptes des établissements publics de santé.

Compte tenu de l'exercice d'un droit d'option jusqu'à fin mars de l'année suivant la constatation des jours éligibles au CET, l'arrêté du 23 novembre 2016 modifiant les arrêtés du 16 juin 2014 et du 19 décembre 2014 relatifs à l'instruction budgétaire et comptable M. 21 des établissements publics de santé a précisé : « *Au chapitre 2, paragraphe 1.6, le commentaire du compte 153 - Provisions pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du compte épargne temps (CET) est ainsi modifié :*

- *Si l'établissement a la possibilité de réévaluer la provision constituée au 31 décembre sur la base d'une information postérieure à la clôture de l'exercice (cas où la gestion serait clôturée après l'exercice du droit d'option par les agents de l'établissement et où ce dernier disposerait de l'information en temps utile pour ajuster le compte de provision CET) ;*
- *Si l'établissement ne dispose pas de l'information en temps utile, il est admis que l'établissement qui ne disposerait pas d'information en temps utile sur les jours à retrancher du compte CET, liquide sa provision sur la base d'une méthode statistique (exemple de méthode statistique : pourcentage des jours demeurés sur le compte CET après exercice du droit d'option au cours des derniers exercices) ;*
- *Quelle que soit la méthode retenue, elle doit être renseignée dans l'annexe du compte financier (Etat PF1 « principes et méthodes comptables ») et appliquée de façon permanente par l'établissement ».*

Les méthodes de calcul retenues au CHV sont celles du réel pour le personnel médical et la méthode statistique pour le personnel non médical. Cependant, la méthode choisie n'était pas indiquée dans l'annexe du compte financier ; de même dans les décisions du directeur relatives aux paiements du CET, il n'est pas fait référence aux derniers arrêtés d'un point de vue réglementaire. L'établissement a indiqué que la méthode serait renseignée pour le compte financier 2018, ce que la chambre a pu vérifier au regard du compte financier 2018.

Tableau n° 8 : Nombre de jours CET stockés au 31 décembre par catégorie de personnel

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Personnel non-médical</i>	1 618	2 306	2 240	4 988	1 597	2 111
<i>Personnel médical</i>	1 214	1 510	1 611	1 320	2 203	1 786

Source : bilans sociaux.

L'ATIH¹⁹ a établi en 2015 une analyse des bilans sociaux de 343 établissements.

Pour le personnel médical, le CHV se situe au-dessus de la moyenne nationale de 26,1 jours avec une moyenne de 33,35 jours (1611 /48,30) mais reste dans des proportions correctes.

Pour le personnel non médical, le nombre moyen de jours de CET stockés est de 3,6 jours par agent au niveau national (il se situe entre 1,2 et 6,6 jours pour 80 % des établissements) ; au CHV il est légèrement supérieur avec 4,19 jours (2 240 / 534,33).

¹⁹ Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation.

Tableau n° 9 : Nombre de jours CET 2018 et valorisation en € pour l'exercice 2018 par catégorie pour le personnel non-médical

	Cat A	Cat B	Cat C	Total
Nombre de jours enregistrés dans les CET	981	452	678	2 111
Montant de la valorisation unitaire	125	80	65	
Coefficient relatif aux cotisations patronales	11 %	8,74 %	8,74 %	
Total	130 669,20	39 320,38	47 921,78	228 486,58

Source : compte financier et bilans sociaux.

Tableau n° 10 : Nombre de jours CET et valorisation en € pour 2018 du personnel médical

	Praticiens
Nombre de jours enregistrés dans les CET	1 786
Montant de la valorisation unitaire	300
Coefficient relatif aux cotisations patronales	40,80 %
Total	753 692

Source : compte financier et bilans sociaux.

Au CHV, la provision sur ce compte a progressé de 103 % sur la période, passant de 484 475,44 € à 982 178,58 €.

La chambre observe que le centre hospitalier a su revaloriser à bon escient le montant de la provision pour CET qui était sous-dimensionnée jusque-là.

Compte 1572 « Provisions pour gros entretien ou grandes réparations »

L'instruction budgétaire et comptable M21 prévoit que les provisions du compte 1572 « provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices - pour gros entretien ou grandes révisions » (PGE) sont destinées à couvrir des charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. Les dépenses récurrentes telles que celles relatives aux contrats d'entretien n'entrent pas dans l'assiette des PGE. Ces provisions doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien, ce qui n'a pas été le cas au CHV au cours des exercices 2013 à 2017. L'ordonnateur en fonction n'a pu expliquer cette absence de plan.

Les sommes provisionnées au cours des exercices 2013 à 2017²⁰ ont été effectuées suite à une visite de la Haute Autorité de la Santé, dans le cadre de la certification, qui a constaté un état de dégradation important de certaines chambres de patients ; certes un plan pluriannuel de maintenance a été établi afin d'humaniser ces chambres mais ces dépenses relevaient plus de dépenses à caractère d'urgence que des dépenses de gros entretien. De même, il est possible de s'interroger sur la mise en œuvre de ces dépenses sans la visite de la HAS.

²⁰ Solde de 11 000,94 € sera apuré à la clôture 2018 sur la base du reliquat d'opération sur des opérations d'humanisation.

Depuis, l'hôpital a établi un plan pluriannuel d'entretien de cinq ans (2019/2023) d'un montant de 2 025 000 € sur la base duquel a été constituée une provision de 980 000 € à la fin de l'exercice 2018 pour des travaux concernant la réfection de l'étanchéité, les descentes d'eau pluviales et la rénovation des huisseries dans de nombreuses unités de soins de l'établissement.

En 2019, l'hôpital devait établir un diagnostic de l'état du parc immobilier et un schéma directeur immobilier en vue d'avoir une planification optimale des travaux afin de maintenir la structure dans un état satisfaisant au vu de son ancienneté (44 ans, ouverture en 1975).

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnatrice en fonction a indiqué que le pôle « travaux et gestion du patrimoine » reconstitué au sein de la direction des finances avait pour objectif 2020 la réalisation d'un véritable diagnostic patrimonial.

Compte 491 « Dépréciation des comptes de redevables »

Lorsqu'une créance est devenue irrécouvrable, la perte doit être constatée en comptabilité par son admission en non-valeur. Cette décision relève de l'ordonnateur. La créance est sortie du compte client concerné par le crédit des comptes « clients » 411 ou 416 et portée au débit du compte 4152 « *Créances irrécouvrables admises en non-valeur par l'ordonnateur* ». De manière concomitante, le compte 4152 doit être soldé (crédité) par le débit du compte 654 « *Pertes sur créances irrécouvrables* ». Le défaut de mandatement des pertes sur créances irrécouvrables fausse le résultat de l'exercice en sous-estimant les charges d'exploitation, tandis que le maintien d'un stock de non-valeur au bilan au compte 4152 affecte la sincérité des comptes (actif fictif). L'admission en non-valeur se traduit donc par la constatation d'une charge qui peut être financée en tout ou partie par une reprise de la provision constituée au compte 491.

Les restes à recouvrer oscillent durant la période entre 3,7 M€ et 4,7 M€, soit un taux qui se situe entre 9,9 % et 13 % des produits (9,13 % en 2016).

Le centre hospitalier a indiqué ne pas posséder de procédure formalisée sur ce point et fonctionne sur la base d'une liste commune hôpital / trésorerie hospitalière établie deux fois par an. L'objectif est d'établir une méthode conforme à la fiche n°1 de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) sur le traitement comptable du risque de non recouvrabilité, la comptabilisation des dépréciations des créances et des admissions en non-valeur.

Les taux de provisionnement constatés sont progressivement en baisse par le biais d'une gestion bi-annuelle des admissions en non-valeur entre l'ordonnateur et la comptable sur la base d'une liste de créances. Aucune dotation supplémentaire n'est réalisée, l'objectif étant de ramener progressivement ce niveau de provisionnement à son juste niveau dans le cadre de la gestion commune entre la trésorerie et l'hôpital.

Tableau n° 11 : Reste à recouvrer sur la période

En €	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Restes à recouvrer amiables (a)	4 663 078	4 444 930	12 726 108	3 891 434	3 938 664	4 011 778
Restes à recouvrer contentieux (b)	73 888	71 041	- 8 946 999	77 853	64 039	50 877
<i>Restes à recouvrer amiable et contentieux (c= a+b)</i>	4 736 966	4 515 971	3 779 109	3 969 287	4 002 703	4 062 655
Produits (d)	36 412 603	37 590 462	38 109 972	37 909 306	38 098 716	38 599 204
<i>Taux de restes à recouvrer e (c/d)</i>	13,01 %	12,01 %	9,92 %	10,47%	10,51 %	10,53 %
<i>Taux de restes à recouvrer contentieux e bis (b/d)</i>	0,20%	0,19 %	- 23,48 %	0,21 %	0,17 %	0,13 %
Dépréciation des comptes de redevables (f)	292 959	284 816	220 972	215 555	193 742	185 795
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer (f/c)</i>	6,18 %	6,31 %	5,85 %	5,43 %	4,84 %	4,57 %
<i>Taux de provisionnement des restes à recouvrer contentieux (f/b)</i>	396,49 %	400,92 %	- 2,47 %	276,87 %	302,54 %	365,19 %
<i>Provisions pour dépréciations/ ANV</i>	1 338,88 %	4 977,32 %	3 280,91 %	3 979,09 %	1 037,15 %	3 224,38 %

Source : ANAFI d'après comptes financiers.

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.

2.7 Les activités soumises à la TVA

L'instruction M21 fixe les règles applicables en matière de comptabilisation des opérations relatives à la taxe sur la valeur ajoutée (TVA)²¹.

En principe, cette dernière doit être isolée dès l'enregistrement des charges et des produits qui sont ainsi comptabilisés hors taxes. L'instruction rappelle la distinction à opérer entre TVA déductible (payée sur les achats) et TVA collectée (perçue sur les ventes). Les opérations de constatation de la TVA font ainsi intervenir les comptes 44562 « TVA sur immobilisations », 44566 « TVA sur autres biens et services » et 44571 « TVA collectée ».

Le solde de ces comptes, arrêté lors de la déclaration faite aux services fiscaux, permet de déterminer si l'assujetti dispose d'un crédit de TVA dont il peut demander le remboursement (compte 44583) ou d'une créance de TVA qu'il doit décaisser (compte 44551).

²¹ L'article 256 B du code général des impôts (CGI) prévoit que, par principe, les personnes morales de droit public ne sont pas assujetties à la TVA pour l'activité de leurs services administratifs, sociaux, éducatifs, culturels et sportifs lorsque leur non-assujettissement n'entraîne pas de distorsions dans les conditions de la concurrence. Ce même article prévoit, néanmoins, les cas dans lesquels les personnes morales de droit public sont assujetties à la TVA. En application de ces dispositions, un hôpital doit soumettre à la TVA ses produits issus, à titre d'exemples, de la rétrocession de médicaments, des repas servis au personnel ainsi qu'aux accompagnants des patients et de la redevance perçue sur l'activité libérale réalisée par les praticiens hospitaliers.

Le CHV réalise des prestations, certes modestes à ce stade (informatique, repas pour le personnel...) pour le compte d'un seul client, l'établissement et service d'aide par le travail (ESAT) « La Manade » qu'il héberge sur son site.

Aucune opération relative à la TVA n'est enregistrée en comptabilité alors que cela devrait être le cas pour certains produits perçus relatifs à des activités assujetties.

L'ordonnateur en fonction a indiqué que le centre hospitalier n'était que partiellement concerné par les opérations comptables de TVA et que le dispositif n'a probablement pas été mis en place pour cette raison. La comptable a également indiqué que les opérations pour lesquelles la TVA devrait s'appliquer sont peu nombreuses et les recettes peu importantes, ce qui peut expliquer l'absence de mise en place du dispositif d'assujettissement à la TVA.

Toutefois, la chambre invite le centre hospitalier, dans la perspective d'une éventuelle évolution de ses prestations (projet à l'étude de prestation restauration pour le compte d'un autre établissement), à engager une réflexion aboutissant à la mise en place du dispositif.

3 L'ANALYSE FINANCIERE

3.1 Les produits

Globalement, l'établissement a connu sur la période une évolution de ses produits de 5 % qui est cependant différenciée selon les titres.

Tableau n° 12 : Evolution des produits en € sur la période

<i>Produits</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Titre 1 - Produits versés par l'Assurance Maladie</i>	35 109 955	35 855 441	36 461 548	36 388 929	36 543 808	37 183 139	5,90 %
<i>Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière</i>	1 021 034	1 494 300	1 484 653	1 323 860	1 389 528	1 646 731	61,28 %
<i>Titre 3 - Autres produits</i>	1 968 638	1 502 148	1 628 939	2 027 033	1 594 905	1 184 327	- 39,84 %
TOTAL	38 099 627	38 851 889	39 575 140	39 739 822	39 528 240	40 014 197	5,03 %
<i>Part du titre 1 dans le total des produits</i>	92 %	92 %	92 %	92 %	92 %	93 %	
<i>Part du titre 2 dans le total des produits</i>	3 %	4 %	4 %	3 %	4 %	4 %	
<i>Part du titre 3 dans le total des produits</i>	5 %	4 %	4 %	5 %	4 %	3 %	

Source : comptes financiers.

Le titre 1 évolue globalement de 1,548 M€ entre 2013 et 2018 soit + 4,41 % ; en 2018, il constitue 93 % de l'ensemble des produits, soit un point de plus par rapport à 2013.

Le titre 2 (qui correspond, à titre principal, aux tarifs de prestations hospitalières, au forfait journalier et au produit des prestations servies au titre de l'aide médicale d'Etat (AME) évolue de 625 697 euros de 2013 à 2018 soit + 61 % sur la période, avec une augmentation importante pour la seule année 2018). L'ordonnateur justifie cette situation par le fait que les produits de la tarification augmentent de 19,37 % (+ 83 641 €) avec des tarifs inchangés depuis 2014 et les forfaits journaliers de 16,33 % (+ 86 431 €) pour un montant passé de 13,50 € à 15 € en 2018. Les produits issus des prestations de soins délivrés aux patients étrangers sont également en hausse (+ 23,52 %, soit 98 148 €) entre 2017 et 2018. Ces recettes extrêmement variables d'une année sur l'autre requièrent une attention toute particulière en matière de gestion administrative et sociale des dossiers des patients étrangers afin d'en assurer le recouvrement dans les meilleures conditions.

Le titre 3 (qui comprend les produits qui par nature sont davantage soumis à variations, ceux induits par les reprises sur provisions annuelles, la politique de stockage ou de déstockage, l'évolution des produits exceptionnels) a connu une forte baisse de 2013 à 2017 de 784 311 euros soit 39 %.

Le FIR a connu une évolution importante et passe de 3 000 euros à 446 382 euros en 2018.

La DAF : c'est la principale ressource de l'établissement non soumise à la T2A.

Certes, la péréquation appliquée par l'ARS est défavorable au CHV depuis 2015 comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 13 : Impact des péréquations depuis 2015

Années	Impact péréquation en €	DAF CR ²²	%
2015	+ 46 473		
2015	-93 553	35 942 140	-0,26
2016	-155 549	35 975 026	-0,43
2017	-140 924	36 288 236	-0,39
2018	-91 047	36 510 038	-0,25
Total	-434 600	35 510 038	-1,19

Source : CHV.

L'établissement a donc connu de 2015 à 2018 un « débasage » de 434 600 € sur la période, soit une perte de DAF définitive. Mathématiquement, l'impact budgétaire cumulé représenterait à titre d'illustration sur le titre 1 de dépenses l'équivalent de 7,90 ETP d'infirmiers²³ ou 3,56 ETP de Praticien Hospitalier²⁴.

²² Crédits Reconductibles.

²³ Coût moyen d'un ETP d'infirmier : 55 000 euros.

²⁴ Coût moyen d'un ETP de PH : 122 000 euros.

Comme il sera développé infra, l'établissement n'a cependant pas choisi cette voie et a préféré intégrer cette contrainte sur la recette DAF via un plan d'actions plus global touchant l'ensemble des titres de dépenses et de recettes, en lien avec les projets portés par la stratégie de l'établissement. Le débasage cumulé est régulé en dépenses via un plan d'économies qui a pour objectif d'absorber cette contrainte sur la recette DAF, et de manière plus générale de maintenir un niveau de marge brute d'exploitation satisfaisant (cf. *infra*).

En parallèle, l'établissement a obtenu année après année, des financements reconductibles pour le développement de l'offre, suite à des appels à projets de l'ARS. Les campagnes successives ont doté la DAF en base reconductible notamment par le biais de dotations pérennes sur des projets tels que le dispositif soins adolescents en 2017 pour 250 K€ (année pleine), le renforcement des CMP adultes en 2018 et le renforcement des CMP enfants (année pleine en 2019) même si ces trois mesures en recettes voient en regard une hausse des dépenses à due concurrence pour mettre en œuvre les projets. Le tableau ci-dessous retrace les aides de l'ARS en crédits reconductibles (CR) et non reconductibles (CNR) depuis la mise en œuvre de la péréquation en 2015.

Tableau n° 14 : Synthèse dotations ARS (CR et CNR) de 2015 à 2018

Années	Crédits reconductibles en € CR	Crédits non reconductibles en € CNR	TOTAL
2015	249 596	400 417	650 013
2016	- 155 549	58 060	- 97 489
2017	313 210	94 550	407 760
2018	169 423	- 112 724	56 699
Total	576 680	440 303	1 016 983

Source : CRC d'après notifications ARS.

En 2013, l'ARS avait déjà aidé l'établissement en lui octroyant en fin d'année dans le prolongement du CREF (et en contrepartie des efforts réalisés par l'établissement) 300 000 € en CNR.

L'établissement est également régulièrement aidé par l'ARS dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR) ; institué par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2012, il donne aux agences régionales de santé une plus grande souplesse dans la gestion de certains crédits qui s'inscrivent dans leur stratégie régionale de santé. Il s'est agi de regrouper au sein d'une même enveloppe, globale et fongible asymétriquement, des crédits auparavant dispersés. Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, le FIR doit permettre aux ARS d'optimiser les dépenses, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements fléchés à une logique d'objectifs et de résultats. Il finance des actions et des expérimentations validées par les agences régionales de santé en faveur de : la performance, la qualité, la coordination, la permanence, la prévention, la promotion ainsi que la sécurité sanitaire.

Le CHV a bénéficié de ce fonds :

- **En 2016** : l'UMAA Makaras (autisme) = 1 338,55 €, UMTA = 8 474,20 € et l'UMDA pour 130 000 € ;
- **En 2017** : bébés à risque : 385 055 € en PCA, CUMP : 3 390 € en PCA, pôles de compétence : 4 046 €, FUMDA : 131 000 € dernière tranche ;
- **En 2018** : bébés à risque autistique : 200 000 €, UMAA : 110 000 €, UMDA : 131 000 €, camping-car : 56 379 €.

Les tarifs

Les tarifs journaliers de prestations (TJP) servent de base à la facturation :

- Des frais d'hospitalisation :
 - Au titre du ticket modérateur pour les patients assurés sociaux ;
 - Intégralement pour les non assurés sociaux ou les assurés sociaux étrangers (conventions internationales) ;
- Des transports secondaires SMUR.

Le directeur de l'établissement propose les différents tarifs journaliers de prestations calculés selon des modalités précisées par le décret n° 2005-1474 du 30 novembre 2005 et l'article R. 6145-22 du code de la santé qui prévoit que « *les tarifs de prestations mentionnés aux 1°, 2° et 3° de l'article R. 6145-21, à l'exception de ceux relatifs aux unités de soins de longue durée, sont obtenus, pour chaque catégorie tarifaire, en divisant le coût de revient prévisionnel par le nombre de journées d'hospitalisation prévues, après déduction des produits ne résultant pas de la facturation des tarifs de prestations. Le coût de revient prévisionnel est égal à la totalité des dépenses d'exploitation des sections tarifaires concernées comprenant : 1° Les charges directes ; 2° Les charges des consommations d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat ou, à défaut, de leur coût de revient ; 3° Les autres charges du compte de résultat prévisionnel principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres, réparties entre les catégories tarifaires proportionnellement au nombre de journées prévues dans chaque catégorie* ».

La chambre observe que les tarifs de prestation du CHV sont inchangés depuis 2013 (Cf. annexe 1) alors qu'il ressort des dispositions précitées qu'ils ne peuvent, en toute logique, être identiques d'une année à l'autre, ou progresser de façon linéaire.

Si l'ordonnateur en fonction indique qu'aucune méthode n'est appliquée pour leur calcul et qu'il s'agit de TJP « historiques » non issus des règles de calcul figurant au code de la santé publique, il n'a pu donner le motif de non révision qui n'est pas retracé à travers les documents budgétaires. Le CHV a clairement indiqué que la révision des tarifs n'était pas un objectif à court terme compte tenu de l'enjeu mineur sur les dépenses d'assurance maladie et les recettes de titre 2 de l'établissement mais qu'elle constituait un objectif à moyen terme afin de retravailler le fond des imputations comptables pour chaque type de prise en charge.

La chambre invite cependant l'établissement, d'une part, à ne pas sous-estimer cette possibilité de ressources supplémentaires nonobstant son montant potentiellement faible et, d'autre part, à se conformer à la réglementation.

3.2 Les charges

Tous titres confondus, elles sont passées de 38 192 538 € en 2013 à 39 993 828 € en 2018, soit une augmentation de 1 801 290 € (+ 4,72 %) assez similaire aux produits. Comme dans tous les établissements de santé, les charges de personnel constituent le principal poste de dépenses ; elles sont passées sur la même période de 30 580 937 € à 31 910 525 € soit une augmentation de 1 351 671 €.

Tableau n° 15 : Evolution des charges en € sur la période

Charges	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Titre 1 Charges de personnel</i>	30 580 937	30 712 987	30 817 810	31 050 773	31 910 525	31 932 608	4,42%
<i>Titre 2 Charges à caractère médical</i>	616 567	587 522	578 897	585 427	568 255	538 527	-12,66%
<i>Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général</i>	3 640 477	3 472 425	3 576 806	3 908 443	3 829 783	3 563 546	-2,11%
<i>Titre 4 Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles</i>	3 354 556	3 790 079	3 315 175	3 011 299	2 801 194	3 959 147	18,02%
Total	38 192 538	38 563 013	38 288 689	38 555 942	39 109 756	39 993 828	4,72%
<i>Part du titre 1 dans le total des charges</i>	<i>0,80</i>	<i>0,80</i>	<i>0,80</i>	<i>0,81</i>	<i>0,82</i>	<i>0,80</i>	

Source : comptes financiers.

L'augmentation des charges de personnel est essentiellement due aux hausses induites par les mesures nationales et catégorielles, les effectifs globaux étant maîtrisés sur la période (- 4, ETPR) comme le montre le tableau ci-dessous.

Tableau n° 16 : Evolution des « Equivalent Temps plein Rémunérés » sur la période

Type de personnel	ETPR 2013	ETPR 2014	ETPR 2015	ETPR 2016	ETPR 2017	ETPR 2018	Ecart 2018/2013
<i>PM</i>	53,65	50,40	48,30	49,99	54,39	54,10	+ 0,45
<i>PNM</i>	545,60	544,36	543,49	555,65	549,35	541,11	- 4,49
TOTAL	599,25	594,76	591,79	605,23	603,73	595,21	- 4,04

Source : CHV.

L'impact du CREF (contrat de retour à l'équilibre financier)

En 2006, le CHV qui vient de signer un CREF avec l'ARH finit l'année avec un excédent de 33 448 €, comme en 2007 (100 143 €) grâce à des crédits non reconductibles de l'ARS. Les années 2008 à 2011, par contre, sont marquées par un déficit qui atteint 440 964 € en 2011. Le taux d'indépendance financière de l'établissement atteint 60 % en 2011 du fait notamment d'importants investissements réalisés les années précédentes dans le cadre du PRISM. Les faibles possibilités de recours à l'emprunt ajoutées à une capacité d'autofinancement qui ne cesse de diminuer, notamment du fait de l'aggravation des déficits annuels, ont contraint l'établissement à effectuer des prélèvements sur le fonds de roulement.

Malgré le déficit, l'année 2012 est marquée par un recrutement important de 16 ETP d'infirmiers, compte tenu des difficultés dans les services de soins et des candidatures enfin disponibles sur le marché de l'emploi. Ces recrutements aggravent de fait le déficit prévisionnel de l'établissement estimé dans l'EPRD 2012 à 591 138 €.

Le déficit annuel prévisionnel à partir de 2013 et jusqu'en 2016 se situe aux alentours de 700 000 €. Dans ce contexte de résultats déficitaires depuis quatre ans et même si le niveau de déficit n'a jamais atteint le seuil des 3 % des produits du CRP, l'établissement se tourne vers l'ARS pour signer un nouveau CREF en mai 2013.

En 2014, l'ARS approuve l'EPRD et le PGFP 2014 du centre hospitalier malgré trois motifs de refus majeurs (déséquilibre financier du CRPP, engagements du CREF non intégralement pris en compte dans l'EPRD et mesures de redressement financier insuffisantes ou inadaptées). La direction s'engage à mettre en place des mesures d'économies permettant de résorber sur trois ans son déficit structurel et donc de rétablir la pérennité financière de son cycle d'exploitation. Le programme d'actions, constitué de 9 fiches d'action, concerne quasi exclusivement les dépenses compte tenu de la spécificité de l'établissement et du non financement à l'activité ; la communauté médicale s'est néanmoins engagée à œuvrer pour un redressement de l'activité tant en hospitalisation temps plein, que de jour que pour l'activité ambulatoire. Si le CREF de 2006 avait concerné essentiellement les unités de soins, celui de 2013 est résolument tourné vers les services administratifs et généraux. Il a surtout ciblé des actions permettant un retour sur investissement en termes de réduction des charges de fonctionnement et, notamment, de personnel.

Tableau n° 17 : Récapitulatif des 9 fiches action du contrat de retour à l'équilibre financier 2013 en milliers d'euros.

	Intitulé de l'action	Gain estimé sur la période (2012-2015)
Fiche action n° 1	Réorganisation de la DRH	- 132
Fiche action n° 2	Réorganisation de la DSIO	- 138
Fiche action n° 3	Réduction de l'effectif d'encadrement de la direction des soins	- 74
Fiche action n° 4	Réorganisation de la DSET	- 117
Fiche action n° 5	Réduction du nombre de véhicules par mutualisation et optimisation de la gestion du parc	- 19
Fiche action n° 6	Externalisation de la fonction blanchisserie	- 66
Fiche action n° 7	Diminuer le coût de fonctionnement de la pharmacie	- 110
Fiche action n° 8	Réduction des effectifs du personnel médical	- 22
Fiche action n° 9	Réduction des effectifs du bureau des entrées	- 43
Total		- 725

Source : CREF 2013 CH Valvert.

Compte tenu de la dégradation de la situation financière, des fiches actions complémentaires ont été établies et validées par l'ARS fin 2014. De nouvelles économies ont été décidées par des suppressions de postes non soignants et par un plan de restructuration à la fois intra et extra muros. L'ARS a accompagné ce plan à hauteur de 500 000 €.

Il s'agit de :

- La restructuration de la fonction cuisine (- 86 010 €) ;
- La mutualisation DIM/bureau des entrées (- 29 460 €) ;
- La restructuration de l'offre de soins du pôle de psychiatrie générale (-371 917 €) ;
- La restructuration de l'offre de soins du pôle de géro-psycho-geriatrie (-88 000 €) ;
- La restructuration de l'offre de soins du pôle infanto-juvénile et soins de l'autisme (- 109 400 €).

Selon l'ordonnateur en fonction, le tout aurait généré une économie globale de - 1 284 437 €. A la lecture des derniers résultats, la situation financière semble s'être effectivement améliorée grâce, notamment, à la mise en œuvre du CREF. Pour autant, la chambre invite l'établissement à une plus grande vigilance pour conforter ce redressement au vu des résultats de 2018.

3.3 Les soldes intermédiaires de gestion

Après avoir été négatif en 2013, le résultat net redevient très légèrement positif en 2018 (+ 20 000 €). La marge brute retrouve un niveau supérieur à celui de 2016 (3 685 K€) et progresse de 65 % par rapport à 2013.

Le taux de marge brute, incluant les aides, remonte également à 9,3 % contre 7,2 % en 2017.

L'indépendance financière de l'établissement est en nette diminution avec un niveau de 39,5 % en 2018 alors qu'il atteignait 52,3 % en 2013.

Tableau n° 18 : Evolution des soldes intermédiaires de gestion sur la période en milliers d'euros

Soldes	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A)	0	0	79	17	49	78	- 1,27 %
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C)	1 021	1 494	1 485	1 324	1 390	1 647	61,31 %
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	1 021	1 494	1 564	1 341	1 439	1 725	68,95 %
MIGAC et FIR	0	3	40	140	112	446	14766,67 %
Dotation annuelle de financement (DAF)	35 110	35 855	36 343	36 232	36 383	36 658	4,41 %
Autres produits	282	241	283	353	326	294	4,26 %
Produits bruts d'exploitation	36 413	37 593	38 230	38 066	38 260	39 123	7,44 %
Consommations en provenance de tiers	2 106	2 014	2 004	1 746	2 151	1 917	- 8,97 %
Charges externes	1 889	1 847	1 976	2 362	2 041	1 999	5,82 %

- Consommations intermédiaires	3 995	3 861	3 980	4 108	4 192	3 915	- 2,00 %
VALEUR AJOUTEE	32 418	33 732	34 250	33 958	34 068	35 208	8,61 %
+ Subventions d'exploitation	71	107	168	185	161	128	80,28 %
- Impôts et taxes	51	47	5	7	7	7	- 86,27 %
- Charges de personnel (en net)	30 301	30 440	30 529	30 744	31 664	31 837	5,07 %
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	2 137	3 352	3 884	3 392	2 558	3 492	63,41 %
+ Autres produits de gestion courante	138	170	129	253	279	230	66,67 %
- Autres charges de gestion courante	46	31	31	30	52	37	- 19,57 %
MARGE BRUTE	2 229	3 491	3 982	3 615	2 785	3 685	65,32 %
+ Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation	500	270	214	382	272	79	- 84,20 %
- Dotations aux amortissements	2 334	2 395	2 305	2 250	2 160	2 134	- 8,57 %
- Dotations aux provisions et dépréciations	257	698	84	51	186	1 410	448,64 %
RESULTAT D'EXPLOITATION	138	668	1 807	1 696	711	220	59,42 %
+ Produits financiers	0	0	1	37	8	52	5100,00 %
- Charges financières	468	420	580	377	294	259	- 44,66 %
RESULTAT COURANT	-330	248	1 228	1 356	425	13	- 103,94 %
+ Produits exceptionnels	533	318	404	162	155	163	- 69,42 %
- Charges exceptionnelles	295	276	346	333	161	156	- 47,12 %
RESULTAT EXCEPTIONNEL	238	42	58	-171	-6	7	- 97,06 %
RESULTAT NET	- 92	290	1 286	1 185	419	20	- 121,74 %

Source : comptes financiers.

Tableau n° 19 : Niveau de couverture des amortissements et des frais financiers par la marge brute

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Taux de marge brute</i>	6,10 %	9,20 %	10,30 %	9,40 %	7,20 %	9,3 %
<i>Poids des amortissements dans la marge brute (en %)</i>	104,80 %	68,60 %	57,90 %	62,30 %	77,60 %	57,9 %
<i>Poids des frais financiers dans la marge brute (en %)</i>	21 %	12 %	9,50 %	9,10 %	10,60 %	7 %
<i>Poids des amortissement et des frais financiers dans la marge brute (en %)</i>	125,80 %	80,60 %	67,40 %	71,40 %	88,20 %	64,9 %

Source : fiches financières du comptable.

Le poids des amortissements et des frais financiers est en baisse significative sur la période.

3.4 Les résultats

Tableau n° 20 : Evolution en € des résultats sur la période sous revue

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Résultats	- 92 910,21	288 876,33	1 286 450,64	1 183 879,81	418 483,61	20 371
rapportés aux produits de l'exercice	- 0,24 %	0,74 %	3,25 %	2,98 %	1,06 %	0,05 %

Source : comptes financiers.

L'établissement connaît une évolution positive sur les cinq dernières années dès lors que le résultat n'a plus été négatif depuis 2013. L'année 2018 se solde par un résultat tout juste positif.

4 LES INVESTISSEMENTS

4.1 Le volume des investissements

Compte tenu de la situation financière de l'établissement évoquée supra, le centre hospitalier Valvert a été obligé de décélérer ses investissements.

Le montant total des immobilisations réalisées en 2013 est de **1 209 052,94 €**, soit une baisse de 26,15 % par rapport aux immobilisations 2012. Cette stratégie de décélération des investissements avait en réalité débuté en 2011 (avec une baisse des investissements de 36,05 % par rapport à 2010) et, si l'année 2012 a connu une légère augmentation, elle correspondait à la finalisation de deux opérations de travaux financées dans le cadre du PRISM (à savoir les CMP/CATTP d'Allauch et de la Ciotat).

En 2014, le montant total des immobilisations est de **635 465 €** soit une baisse de 44,47 % par rapport à 2013. L'impossibilité de recourir à l'emprunt en est la raison principale. Seules des opérations de grosse maintenance ont été menées, à savoir la rénovation de la sécurité incendie de l'unité « Les Lilas », la création d'une salle informatique de secours (politique nationale de sécurisation des systèmes d'information et certification V2014), des travaux de l'Unité mobile adultes autisme, la cuisine satellite de l'hôpital de jour Emera et des travaux d'étanchéité aux CMP adultes et enfants d'Aubagne. L'acquisition de matériels, d'équipements et de mobiliers a été limitée au renouvellement de l'ensemble des chariots ménage de l'établissement, à l'achat de matériel informatique (micros, écrans, ordinateurs portables, barrettes de mémoire pour les serveurs, licences et logiciels).

En 2015, le montant total des immobilisations s'élève à **805 837 €** soit une augmentation de 26,81 % par rapport à 2014. Les investissements d'un montant total de 427 000 € pour l'acquisition de matériels, équipements, mobiliers et véhicules ont permis d'assurer le bon renouvellement des équipements et de rattraper le retard d'investissement cumulé les années précédentes en renouvelant les équipements vieillissants.

Les immobilisations 2016 se sont élevées à **1 627 679 €**, soit un niveau en deçà des prévisions établies en début d'année. Pour mémoire, le tableau de financement prévisionnel prévoyait un volume d'immobilisations de 2 521 000 euros.

Les immobilisations 2017 se sont élevées à **3 421 176 €** et dépassent le prévisionnel de 2,7 M€ programmé à l'EPRD. Elles intègrent notamment des opérations dont la finalisation a fortement impacté l'année : réhabilitation de l'unité « Les tilleuls », réalisation de la nouvelle entrée de l'hôpital, achat de la villa St Marcel.

Selon le compte financier 2018, le résultat des immobilisations 2018 a représenté un montant de **1 570 064 €** alors que le prévisionnel était de 2 799 000 euros. L'établissement est ainsi en-dessous de son plan de charge estimé à 2,253 M€ sur la base d'un PPI qui « *représente un effort d'investissement sur 5 ans de 11,265 M€, soit en moyenne 2,253 M€ annuels dont une partie est pré-ciblée sur les opérations de renouvellement courant pour un montant annuel de 1,1M€ environ afin d'assurer un socle incontournable d'effort sur le patrimoine hospitalier actuel. Il tient compte d'un impératif de respect des équilibres budgétaires et financiers : le maintien en sécurité du niveau de fonds de roulement et le niveau d'endettement ont encadré le volume prévisionnel d'immobilisations. Le niveau de CAF et de CAF nette ont guidé les choix d'investissement avec en contrepartie des efforts majeurs sur l'exploitation afin de maintenir un équilibre structurel* ». ²⁵

L'ordonnateur en fonction justifie la sous-réalisation de ses investissements 2018 par :

- L'abandon du projet de CMP sur Aubagne suite à la non obtention du permis de construire ;
- Le décalage dans le temps de la réalisation des travaux sur l'unité « les Lilas » ;
- Le retard de mise en œuvre des travaux d'accessibilité.

La chambre prend note de ces indications mais s'interroge sur la stratégie de pilotage de ses investissements par l'établissement.

L'effort supplémentaire d'investissement porte sur des opérations qualifiées de majeures en ce sens qu'elles concernent des projets ayant un début et une fin, et portent sur trois axes d'investissement retenus comme prioritaires pour l'établissement :

1) Sécurité / mise aux normes

- Reliquat d'opération 2019 de la mise en service de la centrale d'appel et des PTI ;
- Poursuite de la mise aux normes accessibilité sur la durée du plan.

2) Opérations d'investissement inscrites au CREF avec retour sur investissement

- Le regroupement des deux CMP enfants des 10ème et 11ème arrondissements de Marseille, avec cession en regard, et économie de poste, est programmé sur 2019/2020 en travaux, 2021 pour le CMP St Marcel adultes ;

²⁵ Rapport de présentation 2019 du directeur.

- Le regroupement des magasins est phasé en 2021 ce qui permettra, au-delà de l'économie de postes, d'améliorer tout le processus de gestion des stocks notamment ;
- L'opération de regroupement des CMP enfants sur Aubagne est reporté sur 2022/2023 suite à la non obtention du permis de construire sur le site prévisionnel, et un nouveau projet est en cours de réflexion de manière conjointe avec le centre hospitalier d'Aubagne afin de regrouper les service petite enfance.

3) Amélioration du confort hôtelier

- Le PPI proposé permet de répondre à un besoin important de confort socle requis pour accueillir dans des conditions correctes les patients au sein des unités d'entrants. Est notamment concernée l'unité des Lilas dont les travaux ont débuté en 2018 et se poursuivent sur 2019 et 2020.

4.2 Le financement des investissements

4.2.1 La CAF

La capacité d'autofinancement (CAF) est un élément essentiel dans la mesure où elle traduit la capacité de l'établissement à s'autofinancer et donc à investir avec un moindre recours à l'endettement. Elle résulte du retraitement de l'excédent brut d'exploitation (ajout ou déduction des autres produits et charges d'exploitation ainsi que des produits et charges financiers et exceptionnels). L'indicateur le plus pertinent pour mesurer le niveau d'autofinancement disponible est la CAF nette (CAF brute - remboursement du capital de la dette).

Tableau n° 21 : Tableau de passage en € des résultats à la CAF

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2018/2013
<i>Résultat des comptes de résultat</i>	- 92 910,21	288 876,33	1 286 450,64	1 183 879,81	418 483,61	20 369	- 121,92 %
<i>+ Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions (C68)</i>	2 677 768,81	3 093 369,56	2 592 570,68	2 347 750,26	2 346 100,32	3 543 732,74	32,34 %
<i>- Reprises sur dépréciations et provisions (C78)</i>	863 188,49	364 577,03	214 077,84	418 768,17	279 515,69	130 682,15	- 84,86 %
<i>+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (C675)</i>	0	0	104 750,88	0	0	0	
<i>- Produits des cessions d'éléments d'actifs (C775)</i>	0	5 550	320 000	5 250	6 000	0	
<i>- Quote-part des subventions d'investissements virée au résultat de l'exercice (C777)</i>	27 755,74	33 319,24	34 291,99	67 976,77	73 733,49	82 548,97	197,41 %
CAF/IAF	1 693 914,37	2 978 799,62	3 415 402,37	3 039 635,13	2 405 334,75	3 350 870,62	97,82 %

Source : comptes financiers.

La capacité d'autofinancement de l'établissement a doublé en cinq ans et représente en 2018 un taux de CAF de 8,84 % et lui permet de couvrir l'annuité de remboursement de la dette.

4.2.2 La dette

L'encours de la dette a diminué de près de 30,67 % entre 2013 et 2018 soit - 4,7 M€, pour s'établir à 9,6 M€ en 2018 et se répartissait en 17 contrats classés A selon la charte Gissler²⁶.

Tableau n° 22 : Encours de la dette en € au 31 décembre 2018

2013	2014	2015	2016	2017	2018
14 408 176,10	13 167 095,55	11 941 259,63	11 210 953,02	9 988 943,28	9 621 559,00

Source : comptes financiers.

Le décret du 14 décembre 2011 a fixé aux établissements de santé des plafonds de résultat sur trois ratios de dettes²⁷. Si les limites de deux des trois ratios sont dépassées, l'hôpital doit requérir l'autorisation du Directeur général de l'ARS pour pouvoir emprunter. Jusqu'en 2015, le CH était soumis à autorisation de l'ARS pour emprunter car le poids de la dette et l'indépendance financière étaient supérieurs aux ratios fixés par l'autorité de tutelle.

Avec un encours de dette, fin 2018, de 9,6 M€, en diminution de 33,22 % par rapport à 2013 du fait de l'absence de mobilisation de nouvel emprunt (hors ligne de trésorerie), le CHV affiche un taux de 24,2 %, inférieur au plafond de référence de 30 % concernant le poids de la dette par rapport à la totalité des produits du centre hospitalier.

L'indépendance financière (rapport entre les dettes à moyen et long terme et les capitaux permanents) se situait à 39,5 % en 2018, en baisse de 20,1 % par rapport à l'exercice 2013 (59,6 %) et inférieur au seuil réglementaire de 50 %.

La durée apparente de la dette²⁸ détermine la durée nécessaire pour rembourser la dette actuelle, à CAF constante. Ce ratio s'établit en 2018 à 2,9 années, en amélioration par rapport à 2013 (8,5 années). Il est inférieur au plafond des 10 ans.

²⁶ La Charte de bonne conduite dite « Charte Gissler » propose de classer les produits structurés en fonction de deux critères : l'indice sous-jacent servant au calcul de la formule ; classement de 1 (risque faible) à 5 (risque élevé) ; la structure de la formule de calcul ; classement de A (risque faible) à E (risque élevé).

²⁷ Le ratio de durée apparente de la dette qui mesure le nombre d'années ou de mois nécessaires pour rembourser la totalité de la dette en y consacrant la totalité de la CAF. Le plafond est fixé à 10 ans ou 120 mois. Le ratio d'indépendance financière, exprimé en pourcentage qui mesure la part des dettes à moyen ou long terme (plus d'un an), dans les capitaux permanents. Le plafond est fixé à 50 %. Le ratio, exprimé en pourcentage, qui mesure le rapport entre l'encours de la dette et la totalité des produits de l'établissement (toutes activités confondues). Le plafond est fixé à 30 %.

²⁸ Ratio exprimé en nombre d'années de CAF rapportant le total de l'encours de la dette à long terme et la capacité d'autofinancement.

Tableau n° 23 : Indicateurs relatifs à la dette

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Durée apparente de la dette en années</i>	8,5	4,4	3,5	3,7	4,2	2,9
<i>Poids de la dette en %</i>	38,3	34,2	30,5	28,7	25,5	24,2
<i>Indépendance financière en %</i>	59,6	56,9	52,3	48,7	43,4	39,5

Source : rapports du comptable.

5 LES RESSOURCES HUMAINES

5.1 L'organisation de la direction des ressources humaines

Le service des ressources humaines est organisé en quatre pôles :

- Gestion du temps de travail et de la paye ;
- Budget, effectifs et carrières ;
- Projets et accompagnement des parcours professionnels ;
- Et santé au travail (temps partiels).

Les missions dévolues au service sont de décliner les projets et accompagner les parcours professionnels, de promouvoir la santé au travail, de piloter la masse salariale et les effectifs ainsi que de gérer le temps de travail et les rémunérations. Ce service emploie 12,3 ETP administratifs, deux médecins agréés, une assistante sociale et une infirmière.

5.2 L'évolution des effectifs et de la masse salariale

Le taux de rotation²⁹ du personnel non-médical est relativement stable sur la période contrôlée avec une moyenne de 8,18 % bien qu'en légère augmentation sur les trois dernières années. En 2015, il s'élevait à 8,07 % contre 9,5 % pour la moyenne des centres hospitaliers en comparaison de la synthèse des données des bilans sociaux établie par l'ATIH.

Le taux de rotation global enregistré, pour 2018, une légère augmentation passant de 9,76 % (2017) à 10,45 %. Cette hausse se caractérise à la fois sur le personnel médical et sur le personnel non médical. Spécifiquement, pour le personnel des services de soins, le taux enregistré une baisse passant de 13,55 % (2017) à 10,40 % en 2018 bien que les départs à la retraite restent significatifs (20 départs en 2018 contre 13 en 2017).

²⁹ Le taux de rotation s'apprécie ici avec le mode de calcul suivant : somme du nombre d'arrivées d'agents dans l'établissement et du nombre de départs d'agents au cours de l'année de référence divisé par 2, divisé par l'effectif physique moyen de l'année N, exprimé en pourcentage.

Tableau n° 24 : Taux de rotation du personnel médical et non-médical

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Personnel médical</i>	8,14 %	25,37 %	6,58 %	17,58 %	11,26 %	12,39 %
<i>Personnel non médical</i>	5,94 %	4,70 %	8,07 %	10,49 %	9,60 %	10,25 %
<i>Ensemble</i>	6,13 %	6,41 %	7,95 %	11,09 %	9,76 %	10,45 %

Source : bilans sociaux.

5.2.1 L'évolution de la masse salariale

Sur un plan budgétaire, la masse salariale s'est accrue de 1,3 M€ (+ 4,42 %) sur les 6 exercices sous revue passant de 30,58 M€ en 2013 à 31,93 M€ en 2018. Elle représente en moyenne 80 % des charges totales de l'établissement.

L'augmentation constatée entre 2013 et 2018 porte principalement sur le personnel non médical en CDD (+ 550 879 €), sur la catégorie des soignants et sur le personnel titulaire (+ 219 686 €) ainsi que sur les charges sociales tous personnels confondus (+ 559 104 €). Le compte des titulaires du personnel non-médical enregistre une augmentation de 219 686 € liée, en grande partie, à l'application des dispositifs réglementaires : Parcours Professionnel Rémunérations et Carrières des agents de la Fonction Publique (PPCR) et revalorisation du point d'indice (0,6 % en juillet 2016 et 0,6 % en février 2017).

Le compte du personnel médical est quant à lui en légère augmentation sur la période (+ 94 137,11 € soit + 2,82 %), cette quasi-maîtrise des dépenses est en grande partie due par des départs en retraite de praticiens hospitaliers (4 en 2014, 4 en 2016, 1 en 2018) rémunérés au 13^{ème} échelon ainsi que par la suppression du poste de pharmacien prévu dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et par la suppression de vacations de praticien attaché. Ils ont été remplacés soit par des praticiens en début de carrière soit par des assistants spécialistes qui ont généré des économies substantielles en terme de rémunération.

Tableau n° 25 : Evolution de la masse salariale

Compte	Libellé	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Variation 2013/2018	Ecart 2013/2018
621	Personnel extérieur à l'établissement	48 684,23	45 786,69	49 814,24	51 203,23	53 683,91	48 398,49	-0,59%	- 285,74
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	1 992 193,35	1 976 128,49	1 987 058,17	1 990 857,85	2 041 439,58	2 058 931,01	3,33%	66 737,66
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	1 097 583,33	1 098 025,01	1 126 156,57	1 115 216,64	1 099 017,56	1 070 527,46	-2,47%	- 27 055,87
641	Rémunérations du personnel non médical	166 654,63	183 626,94	174 447,36	302 189,08	237 824,77	13 028,27	-92,18%	- 153 626,36
6 411	Personnel titulaire et stagiaire	15 185 440,87	15 220 852,70	15 032 434,91	14 854 006,43	15 096 218,71	15 405 127,15	1,45%	219 686,28
6 413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	386 031,49	354 799,53	351 234,38	385 378,78	406 513,29	391 871,13	1,51%	5 839,64
6 415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	817 443,95	891 944,78	1 080 992,46	1 335 310,53	1 361 141,35	1 368 323,32	67,39%	550 879,37
642	Rémunérations du personnel médical	248 774,27	286 517,84	257 553,07	278 865,70	300 644,05	295 924,22	18,93%	47 149,95
6 421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel	2 779 249,31	2 639 723,49	2 745 284,50	2 630 425,04	2 642 913,26	2 728 344,94	-1,83%	- 50 904,37
6 422	Praticiens contractuels renouvelables de droit	89 617,33	63 740,42	49 576,05	50 982,31	50 829,06	27 190,18	-69,66%	- 62 427,15
6 423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	215 753,67	178 849,90	168 193,97	281 553,10	449 679,95	376 072,35	74,31%	160 318,68
6 425	Permanences de soins	40 131,77	67 960,53	68 830,63	73 194,49	81 633,96	76 352,16	90,25%	36 220,39
6 451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance-PNM	6 128 039,39	6 338 454,01	6 306 074,15	6 308 725,92	6 439 502,53	6 336 540,82	3,40%	208 501,43
6 452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance-PM	1 118 744,52	1 082 530,97	1 116 562,93	1 120 918,26	1 205 001,89	1 200 756,65	7,33%	82 012,13
6 471	Autres charges sociales-PNM	266 595,18	267 611,26	274 727,85	271 453,76	424 415,83	535 185,73	100,75%	268 590,55
6 472	Autres charges sociales-PM	-	-	44,82	-	64,80	35,10	NS	NS
648	Autres charges de personnel	-	16 433,98	28 824,32	492,00	-	-	NS	NS
Total	Titre I Charges de personnel	30 580 937,29	30 712 986,54	30 817 810,38	31 050 773,12	31 910 524,50	31 932 608,98	4,42%	1 351 671,69

Source : comptes financiers.

5.2.2 Les effectifs non médicaux

Sur la période sous revue, l'effectif total du personnel non-médical est quasi-stable (- 0,3 %) avec 535,23 ETP en 2013 et 533,66 ETP en 2018.

Le CREF a largement contribué à cette maîtrise des effectifs.

Néanmoins, l'effectif des CDD s'est fortement étoffé sur la période.

Sur la filière administrative :

L'effectif des agents titulaires a connu une hausse de 4,3 %. A contrario les effectifs des agents en CDD et CDI ont décliné respectivement de - 12,7 % et de - 5,8 %.

Sur la filière Paramédicale :

Les agents titulaires et en CDI sont en baisse respective de - 1,6 % et - 40 % alors que les CDD ont connu une hausse de 102,4 %, qui s'explique en partie par la politique du CHV de recrutement des infirmiers sous CDD de six mois renouvelables une fois avant titularisation.

Sur les emplois aidés³⁰:

L'établissement a eu recours au dispositif de contrats aidés ou assimilés jusqu'à la suspension du dispositif sur les fonctions ou métiers suivants : agents de bio nettoyage dans les unités de soins et agents de sûreté en 2016 (équipe entière sur l'ensemble du site...). Ce dispositif a cessé en 2018.

Tableau n° 26 : Evolution des effectifs non médicaux-ETP moyens annuels

STATUTS	2013	2014	2015	2016	2017	2018	évolution 2018/2013
Administratif							
TITULAIRES	48.45	49.24	48.15	48.12	49.74	50.54	4.3 %
CDI	2.93	4.36	4.61	3.45	2.81	2.76	- 5.8 %
CDD	8.41	6.61	6.92	7.92	7.81	7.34	- 12.7 %
Paramédical (ISGS, Psychologue, Psychomotricien, Kiné, ASH, Aide-soignant)							
TITULAIRES	340.53	337.94	335.52	336.16	327.37	335.03	- 1.6 %
CDI	5.70	3.82	4.49	3.97	4.07	3.42	- 40 %
CDD	17.35	22.50	23.82	28.35	32.65	35.12	102.4 %
Socio-éducatifs							
TITULAIRES	23.69	23.69	23.93	22.51	25.35	24.89	5 %
CDI	0.80	0.40					
CDD	4.40	4.25	5.30	7.12	5.23	6.44	46.4 %
Médocotechniques							
TITULAIRES	4.33	4	3.67	2.67	2	2.33	- 46.2 %
CDI			0.58	1.50	2	1.67	
CDD	1.01	1	0.65	0.85	1.05	0.67	- 33.7 %
Techniques							
TITULAIRES	60.14	60.05	54.51	51.40	49.74	51.14	- 14.9 %
CDI	3.76	3.37	2.75	3.78	4	4	6.4 %
CDD	2.08	1.70	7.31	9.76	8.59	5.69	173.5 %
Autres (à préciser)							
AFT	3	3	2.69	3	2.75	2	- 33.3 %
CAE/FA/EI	8.65	9.91	9.43	15.89	12.57	0.63	- 92.7 %
TOTAL	535.23	535.83	534.33	543.44	537.73	533.66	- 0.3 %

Source : tableau CRC d'après données CH Valvert.

³⁰ Le contrat d'accompagnement dans l'emploi (CUI-CAE) est un contrat dans le secteur non marchand qui facilite, grâce à une aide financière pour l'employeur, l'accès durable à l'emploi des personnes sans emploi rencontrant des difficultés sociales et professionnelles d'insertion.

5.2.3 Les effectifs médicaux

De manière générale, l'établissement ne rencontre pas de difficulté pour le recrutement du personnel médical même si des postes d'assistants entre 2014 et 2015 n'ont pu être pourvus. Il n'a pas recours à l'intérim.

Tableau n° 27 : Evolution des effectifs médicaux – ETP moyens annuels

<i>STATUTS</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018	évolution 2018/2013
<i>PH Temps plein</i>	28.98	27.67	30.50	29.09	29.83	31.75	9.56 %
<i>PH Temps partiel</i>	4.50	4.04	3.56	2.78	2.40	2.40	- 46.67 %
<i>Praticiens contractuels</i>	0.07	0.71	0.17	1.24	2.24	1.16	109 %
<i>Praticiens intérimaires</i>							
<i>Assistants</i>	6.55	4.28	4.32	6.31	8.91	8.18	24.89 %
<i>Attachés</i>	1.83	1.27	1	1	1	0.58	- 68.31 %
<i>Internes et FFI</i>	8.16	9.49	8.51	9.16	10	10	22.55 %
<i>Étudiants</i>							
Total	50.38	47.48	48.30	49.59	54.39	54.08	7.35 %

Source : tableau CRC d'après données CH Valvert.

Le taux d'encadrement Médecins/Personnel soignant est relativement stable sur les cinq dernières années.

Tableau n° 28 : Taux d'encadrement Médecins/Personnel soignant

<i>ETP rémunérés</i>	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Médecins hors internes et étudiants</i>	42.22	37.97	39.79	40.43	44.39	44.08
<i>Soignants (soignants et socio-éducatifs)</i>	392.47	392.60	393.06	395.11	394.67	404.89
<i>Taux d'encadrement</i>	9.29	10.34	9.88	9.77	8.89	9.18

Source : tableau CRC d'après données CH Valvert.

5.3 Le temps de travail du personnel non médical

5.3.1 Le temps de travail annuel au sein de l'établissement

Le décret du 4 janvier 2002, modifié par celui du 11 mai 2007 a fixé la durée annuelle du travail en distinguant les régimes spécifiques aux établissements de santé. Le décret du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents travaillant sous le statut de la fonction publique hospitalière a déterminé les droits à congés.

Au sein de l'établissement, il n'existe pas de document cadre relatif au temps de travail et aux congés mais un ensemble de 23 notes de service, prises entre 2002 à 2019, ce qui le rend peu lisible. A titre d'exemple, la comptabilisation de la journée de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a fait l'objet de cinq notes de service successives, dont la dernière, prise en janvier 2019, a régularisé une situation peu explicite sur le sujet : la journée de solidarité semblait avoir été fixée au 26 décembre par deux notes de services de 2006 et du 13 octobre 2015 alors que la dernière, datée du 24 janvier 2019, supprime un jour de RTT aux agents en repos fixe et augmente l'obligation annuelle du temps de travail de 7 heures pour les agents à repos variable.

L'ordonnateur en fonction a indiqué qu'aucun protocole d'accord nouveau n'existait sur la période considérée mais que des notes de service pouvaient préciser ou compléter les accords de base ou intégrer des évolutions réglementaires. Néanmoins, deux notes encadrent le temps de travail des agents :

- La note de service D2-13/2002 du 7 février 2002 relative à l'organisation et la réduction du temps de travail dans le cadre de la mise en place des 35 heures à compter du 1^{er} mars 2002 ;
- Et la note de service A-13-2013 du 24 mai 2013³¹ relative aux pauses, congés et absences pour l'ensemble du personnel non-médical³².

³¹ Complétée par une note A-18-2013 du 10 juillet 2013 suite à erratum sur les jours fériés.

³² Remplace une note de 2006.

Tableau n° 29 : Calcul du temps de travail par régime de travail en 2018

	Heures réglementaires	Heures travaillées / an au CH	Écart / obligations annuelles (en h)	ETP 2018	Perte horaire 2018	Perte en ETP 2018
<i>Agents en repos fixe</i>	1607	1589	18	385.59	6940.62	4.3
<i>Agents en repos variable (> 10 Dim et JF < 20 Dim et JF)</i>	1582	1575	7	-	-	-
<i>Agents en repos variable (> 20 Dim et JF)</i>	1568	1561	7	105.32	737.24	0.47
<i>Agents travaillant de nuit</i>	1476	1449.5	26.50	43	1139.50	0.77
Total				533.91	8817.36	5.54

Source : tableau CRC d'après données CH Valvert.

Ainsi, en 2018, quelle que soit sa catégorie, le personnel du CHV bénéficiait d'un régime de travail plus avantageux que la norme réglementaire. Une mise à jour du régime du temps de travail doit être effective d'ici la fin de l'année suite à l'élaboration d'un guide de gestion du temps de travail soumis pour avis au Comité technique d'Etablissement (CTE) lors de sa séance du 1^{er} juillet 2019.

Jusqu'à cette mise à jour, l'écart entre la réglementation et le régime de travail du CHV représentait en 2018 une perte de 5,54 ETP.

La chambre invite l'établissement à se conformer strictement à la réglementation en matière de temps de travail.

5.3.2 La décomposition du temps de travail quotidien

Le temps de travail effectif correspond au temps pendant lequel l'agent est à la disposition de l'employeur. Dans les EPS, il inclut réglementairement un temps d'habillage, de douche et de déshabillage³³ pour les professionnels dont l'activité le justifie. Il est de 20' au CH (10' pour l'habillage et 10' pour le déshabillage).

Ce temps peut être estimé de façon à s'assurer du respect des horaires de travail. Le temps du repas est considéré comme temps de travail (30') à condition que celui-ci soit pris au sein du CH et que l'agent soit joignable, ce qui est le cas dans l'établissement (prise de repas dans les unités ou au restaurant du personnel).

Au sein de l'établissement, les temps de chevauchement sont de 15 minutes aux relèves du matin (6h-6h15) et du soir (20h45-21h), en revanche, il est d'une heure le midi (13h-14h) compte tenu du temps de réunion et de transmissions.

³³ D'une durée de 10 minutes.

5.4 Les heures supplémentaires

Le décret du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires fixe le cadre réglementaire des heures supplémentaires dans la fonction publique hospitalière.

Pour le personnel soignant les heures supplémentaires sont effectuées à la demande du chef d'établissement, par exemple en cas de crise sanitaire, ou pour cause d'un dépassement des plages horaires imposées par le cycle de travail. La réglementation impose un plafonnement des heures supplémentaires réalisées : 18 heures par mois (220 heures par an) pour le personnel spécialisé (infirmiers spécialisés, sages-femmes, cadres de santé, personnels d'encadrement technique) et 15 heures par mois (180 heures par an) pour les autres personnels.

Le décret précité prévoit les modalités d'indemnisation par repos compensateur, ou par versement d'une rémunération horaire basée sur le traitement brut annuel de chaque agent, avec une modulation du tarif horaire en fonction du volume mensuel d'heures supplémentaires effectuées. Les heures supplémentaires de nuit sont majorées de 100 % alors que celles des dimanches et jours fériés le sont des deux tiers.

Le versement de ces indemnités est subordonné à la mise en œuvre par l'employeur d'un dispositif automatisé de contrôle du temps de travail. Les heures supplémentaires ne sont générées qu'après examen de toutes les autres solutions alternatives et soumises à validation préalable. L'ordonnateur en fonction a indiqué que l'établissement n'avait jamais souhaité mettre en place un tel dispositif, que la problématique pourrait se poser pour les agents ne faisant pas l'objet d'une relève et que la vérification du respect des horaires et des obligations de temps de travail était assurée par l'encadrement direct.

La chambre prend note de cet argument tout en rappelant que, quelles que soient les spécificités de l'activité de l'établissement, la réglementation ne prévoit pas de dérogation à la mise en place d'un système automatisé de contrôle du temps de travail.

L'examen du plafond des heures supplémentaires par grade de l'exercice 2018 n'a pas révélé d'anomalie, le nombre d'heures supplémentaires étant en nette diminution sur la période à la fois en volume (- 26,60 %) et en montant (- 62,91 %).

Tableau n° 30 : Evolution du nombre d'heures supplémentaires indemnisées

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
<i>Nombre d'heures</i>	NC	2 142	1 409	1 636	1 858	1 572	- 26,60 %
<i>Montant en €</i>	100 766,62	42 346,20	28 539,81	33 586,97	40 480,04	37 376,83	- 62,91 %

Source : tableau CRC d'après bilans sociaux CH Valvert.

Tableau n° 31 : Décomposition des heures supplémentaires de l'exercice 2018 par grade

Grade	Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre	Total général
A.S.E EDUC SPÉC.						15							15
A.S.E PPAL ASS. SERV SOC						11	15,5	6,5					33
ADJ. CADRES HOSP. CL.NORM	5						10						15
ADJOINT ADM HOSP 2CL								10	10	13			33
ADJOINT ADM HOSP PPAL 1CL								13,75	9	14,5	15	10	62,25
ADJOINT ADMIN. PPAL 2CL						28					5		33
ADJOINT ADMINISTRATIF										12	15	25,25	52,25
AGENT DE MAÎTRISE PPAL	16	16					13	14	14	16	14	13	116
AGENT ENTRETIEN QUALIFIÉ				8									8
AGT SERV HOSP QUAL CL.NOR								16	8	24	8		56
AGT SVC HOSP QUAL CL NORM								38	9				47
AGT SVC HOSP QUAL CL SUP								16					16
AIDE-SOIGNANT	9,5	8		3									20,5
INF. CL.NORM (CE)	9,5					8							17,5
INF. CL.SUP (CE)	47,5	8			9,5	28,5	8,75		24,25		4		130,5
INF. S.G(D.E) GRD 1 ISGS	66	51		3	5	66	42	8	17,5	2,5		8	269
INF. S.G(D.E) GRD 2 ISGS	19	8			9,5				9,5				46
INF.CAD.SANTé.PARA.	32	27	18	34	48	43,5	33	27	34	35	25	41	397,5
INF.CSUP SANTé PARA.			8					8		8			24
OUVRIER PPAL 2 CL	1	10		16			19	26		19		14	105
PSYCHO. CAD. SANTé PARA.	11,5												11,5
PSYCHOLOGUE CL. NOR						11	15,5	6,5					33
TECHNICIEN HOSPITALIER			15	16									31
Total général	217	128	41	80	72	211	156,75	189,75	135,25	144	86	111,25	1572

Source : fiches de paies et Xémélios.

5.5 Les astreintes

Aux termes de l'article 20 du décret du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière :

« Le recours aux astreintes a pour objet, pour des corps, des grades ou des emplois dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé de faire face au caractère exceptionnel de certaines interventions incombant aux établissements dans le cadre de leurs missions de soins, d'accueil et de prise en charge des personnes. Les astreintes visent également à permettre toute intervention touchant à la sécurité et au fonctionnement des installations et des équipements y concourant, lorsqu'il apparaît que ces prises en charge, soins et interventions ne peuvent être effectués par les seuls personnels en situation de travail effectif dans l'établissement. Le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement ou comité technique, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, (...) ».

L'article 1^{er} du décret n° 2003-507 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les établissements mentionnés à l'article 2 de ladite loi prévoit : « *Le temps passé en astreinte dans les conditions prévues par le titre II du décret du 4 janvier 2002 susvisé donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation. (...)* ».

Astreintes personnel soignant :

En sus d'une garde sur place le samedi de 9 heures à 17 heures rémunérée sur une base forfaitaire, un cadre de santé est d'astreinte à domicile le dimanche de 9 heures à 17 heures rémunérée sur une base forfaitaire et en heures supplémentaires en cas de déplacement. En application des dispositions du décret n° 2003-507 du 11 juin 2003, le temps passé en astreinte dans les conditions prévues par le titre II du décret du 4 janvier 2002 susvisé donne droit soit à une compensation horaire, soit à une indemnisation³⁴ mais en aucun cas à une indemnisation forfaitaire. La chambre observe que l'établissement déroge en la matière à ces dispositions réglementaires et l'invite à corriger cette situation.

Astreintes personnel technique :

Un système d'astreinte technique a été mis en place au 1^{er} janvier 2019.

Jusqu'à cette date aucun dispositif formalisé n'existait au sein de l'établissement. Un maître ouvrier, logé par utilité de service au sein de l'établissement par décision du directeur³⁵ en date du 30 juillet 2009³⁶, très succincte, et non signée par l'agent, ce qui ne la prive pas de son caractère opposable, effectuait des interventions d'ordre technique dans les unités. Ce système « artisanal » a pris fin à la mise en place du nouveau système qui a coïncidé avec le départ en retraite de l'agent logé.

Astreinte médicale :

En sus d'une garde sur place, une astreinte médicale est assurée pour l'établissement du lundi 9 heures au lundi suivant 9 heures (des modifications peuvent avoir lieu en cas de jours fériés). Le médecin d'astreinte est joignable aux numéros de téléphone qu'il communique au préalable ou par téléphone mobile (celui de l'établissement est déposé et récupéré à la conciergerie). Il doit se signaler auprès de la conciergerie le premier jour de son astreinte, avant midi, en confirmant les numéros de téléphone où il peut être joint. Seuls l'interne, le médecin, le cadre infirmier, le cadre administratif de permanence, sont habilités à le contacter.

5.6 L'absentéisme

L'établissement connaît un taux d'absentéisme pour l'ensemble du personnel de 6,41 % sur la période contrôlée.

³⁴ La compensation horaire est fixée au quart de la durée totale de l'astreinte à domicile. L'indemnisation horaire correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820.

³⁵ Cette décision aurait dû faire l'objet d'une nouvelle décision avec l'entrée en vigueur du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010.

³⁶ Concession de logements du CH encadrée par une note du même jour.

Pour le personnel non-médical, le taux d'absentéisme moyen de 6,53 % sur la période est légèrement supérieur à la moyenne nationale qui se situe à 6,1 %. Il en est de même pour le personnel médical avec un taux de 4,16 % contre 3,90 % pour la moyenne nationale. L'augmentation constatée sur le personnel médical entre 2017 et 2018 résulte d'un motif non médical de maternité.

Le CHV se situe ainsi dans la moyenne des établissements concernant l'absentéisme. Une hausse des jours d'absence pour congés longue maladie / longue durée et d'accidents du travail est constatée en 2018, ce qui a attiré la vigilance de l'établissement.

Tableau n° 32 : Evolution du taux d'absentéisme pour motifs médicaux

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution	Moyenne
<i>Personnel médical</i>	4,10 %	2,42 %	3,10 %	3,40 %	5,21 %	6,70 %	63,41 %	4,16 %
<i>Personnel non médical</i>	6,23 %	6,53 %	7,20 %	6,90 %	5,92 %	6,39 %	2,57 %	6,53 %
<i>Ensemble</i>	6,10 %	6,24 %	7,20 %	6,65 %	5,86 %	6,41 %	5,08 %	6,41 %

Source : bilans sociaux du CH Valvert et analyse nationale des bilans sociaux ATIH 2015.

5.7 Le non respect du taux légal de travailleurs handicapés

Le centre hospitalier est soumis à l'obligation d'emploi de 6 % de travailleurs handicapés posée par les articles L. 323-2 et suivants du code du travail. Il a été soumis à la contribution au Fonds pour l'insertion des personnes handicapées de la fonction publique (FPHP) durant toute la période sous revue à hauteur de 24 113,80 € en 2018. Cette contribution annuelle a été minorée du fait de dépenses engagées par l'établissement concernant notamment des prestations d'entretien d'espaces verts et de reprographie effectuées par un ESAT.

Cette thématique figurait dans le projet d'établissement sous le titre « *Favoriser une politique de prise en charge du Handicap* ». La Direction des Ressources Humaines entendait à cette occasion développer sa politique du handicap afin, notamment, de faciliter le recrutement des travailleurs handicapés et accompagner les agents en difficulté dans leur poste.

Tableau n° 33 : Taux d'emploi des travailleurs handicapés

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Contribution annuelle du CH au FPHP en € (compte 6335 du compte financier)	42 985,62	48 434,45	46 039,12	34 923,52	38 082,06	24 113,80
Taux CH Valvert	3,41 %	3,21 %	3,10 %	3,00 %	3,23 %	3,29 %
Taux national CH ex-CHS	4,95 %	4,9 %	4,3 %	Nd	Nd	Nd

Source : bilans sociaux 2013 à 2018, analyses nationales des bilans sociaux ATIH 2015, comptes financiers 2013 à 2018.

Le taux des 6 % n'est pas atteint sur la période 2013-2018 et il est même inférieur à la moyenne nationale. L'établissement poursuit cependant ses efforts puisqu'il indique se situer à 4,33 % en 2019 avec une contribution de 21 822,99 euros.

5.8 Les primes et autres indemnités

5.8.1 La prime de service

La prime de service, instituée par l'arrêté du 24 mars 1967, est versée à tous les agents titulaires et stagiaires non médicaux de la fonction publique hospitalière dont la note administrative est au moins égale à 12,5. Le montant du crédit global de la prime de service est égal à 7,5 % du total des traitements bruts des personnels de l'établissement de l'année en cours. Le taux maximum est fixé à 17 % du traitement brut de l'agent au 31 décembre de l'année au titre de laquelle est versée la prime. Le montant de la prime de service subit un abattement de 1/140^{ème} du montant pour chaque jour d'absence de l'agent sauf en cas de congé annuel, déplacement dans l'intérêt du service, d'accident du travail, maladie professionnelle et congé de maternité ou d'adoption. Le tableau ci-après retrace le montant de la prime de service annuelle versée durant la période 2013-2018 (840 353 € en moyenne sur la période avec une évolution de 1,09 %).

Tableau n° 34 : Montant de la prime de service versée en €

2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
838 806,92	841 680,24	837 089,86	831 685,99	844 908,46	847 951,76	1,09 %

Source : comptes financiers.

5.8.2 La prime spécifique

Le décret du 30 novembre 1988 modifié relatif à l'attribution d'une prime spécifique à certains agents autorise son octroi aux seuls fonctionnaires titulaires ou stagiaires. Après examen des fichiers de paye et des contrats, il apparaît sur toute la période que des personnels non titulaires ont indument bénéficié de cette prime. Interrogé sur ce point, l'ordonnateur a indiqué qu'« il a été décidé localement d'étendre le bénéfice de cette prime à la population des contractuels ».

Ainsi, en janvier 2018, 22 agents percevaient cette prime dont six cumulaient « emploi et retraite » via des CDD. L'attribution de cette prime n'était pas spécifiquement précisée dans les contrats avant le 1^{er} janvier 2019 ; ce faisant, l'établissement a contrevenu au respect de la réglementation applicable.

Depuis janvier 2019, le CHV a modifié les contrats de travail pour y faire figurer expressément cette prime.

5.8.3 La prime d'encadrement

Le décret du 2 janvier 1992 portant attribution d'une prime d'encadrement à certains agents de la fonction publique hospitalière prévoit dans son article 1^{er} : « *Les personnels énumérés ci-après, fonctionnaires et stagiaires, en activité dans les établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaire susvisé, perçoivent, à raison des fonctions qu'ils exercent, une prime d'encadrement dont le montant est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la santé et du ministre chargé du budget (...)* » .

Le décret du 14 avril 2008 a modifié la liste des professionnels susceptibles de la percevoir tout en continuant de la réserver aux fonctionnaires titulaires et stagiaires.

Trente agents percevaient cette prime au 31 décembre 2018 et avaient tous la qualité de titulaires ou stagiaires.

5.8.4 La nouvelle bonification indiciaire (NBI)

La nouvelle bonification indiciaire (NBI) a été prévue par la loi du 18 janvier 1991 et divers décrets³⁷. Elle est attachée à certains emplois dotés de l'exercice d'une responsabilité particulière ou mettant en œuvre une technicité particulière. Elle est réservée aux seuls fonctionnaires à l'exclusion des agents contractuels et varie selon le grade, l'emploi, la fonction. La NBI permet à l'agent de bénéficier d'un certain nombre de points qu'il convient de multiplier par la valeur du point d'indice de la fonction publique.

Au 31 décembre 2018, 56 agents percevaient la NBI au sein de l'établissement mais 15 agents n'avaient pas de décisions individuelles. La direction de l'hôpital a procédé à la régularisation de ces situations en cours d'instruction. Certaines sont très largement postérieures à la date de début de versement contrevenant au principe de non-rétroactivité des actes administratifs. A titre d'exemples :

- Mme M a perçu la NBI à compter du 1^{er} mai 2010 par décision du 24 avril 2019 ;
- Mme V a perçu la NBI à compter du 1^{er} novembre 2001 par décision du 24 avril 2019.

Tableau n° 35 : Nombre de bénéficiaires et montant en € de la NBI par année

	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Evolution
<i>Nombre de bénéficiaires</i>	47	48	49	47	55	56	19,15%
<i>Montant</i>	34 291,35	37 259,86	35 914,45	32 914,37	38 865,81	43 986,95	28,27%

Source : tableau CRC d'après données CH Valvert et fichiers de paye.

³⁷ La NBI est régie par la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991, le décret n° 93-112 du 3 février 1992, le décret n° 93-92 du 19 janvier 1993 relatif à la NBI attachée à des emplois occupés par certains personnels de la fonction publique hospitalière, le décret n° 94-140 du 14 février 1994, le décret n° 97-120 du 5 février 1997, le décret n° 2002-777 du 2 mai 2002 portant modification de certaines dispositions relatives à la NBI et portant attribution de la NBI à certains personnels de la fonction publique hospitalière.

5.9 Le personnel médical

De manière générale, l'établissement ne rencontre pas de difficulté pour le recrutement du personnel médical, même si, entre 2014 et 2015, des postes d'assistants n'ont pu être pourvus. Le CHV emploie majoritairement des praticiens hospitaliers (PH) dont le nombre a connu une évolution de l'ordre de 10 %.

5.9.1 La permanence des soins (PDS)

La PDS se définit comme la prise en charge de nouveaux patients, par un établissement de santé, la nuit, le samedi à partir de 14h, le dimanche et les jours fériés. Selon l'arrêté du 30 avril 2003 modifié par arrêté ministériel du 8 novembre 2013 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, l'organisation annuelle des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique relève du directeur et de la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS), laquelle, mise en place par la CME, « *donne un avis sur l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs de participation à la permanence des soins en s'assurant notamment d'une répartition équilibrée des permanences entre les praticiens [...], établit un bilan annuel de l'organisation et du fonctionnement de la permanence des soins qu'elle adresse au directeur ainsi qu'au président de la CME* ».

Au sein de l'établissement, un contrat portant sur la mise en place d'une indemnisation forfaitaire des astreintes de sécurité a été signé le 5 février 2014, renouvelé chaque année par avenant et représentant en moyenne une dépense annuelle de 44 000 €.

Un bilan annuel des déplacements dans le cadre des astreintes est effectué chaque année. Sur la période 2015-2018, cela représente une moyenne de 149,5 déplacements et 2,87 interventions hebdomadaires.

Tableau n° 36 : Nombre et moyenne des déplacements dans le cadre des astreintes de sécurité

Fréquence des déplacements	2015	2016	2017	2018
Nombre de déplacements annuels	144	146	154	154
Moyenne hebdomadaire	2,77	2,80	2,96	2,96

Source : CH Valvert.

Tableau n° 37 : Montant en € consacré à la permanence des soins

Type de permanence	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Permanences sur place intégrées	26 715,71	24 610,53	26 330,63	28 144,49	37 313,96	32 272,16
Permanence de soins par astreinte	13 416,06	43 350,00	0	0	0	0
Indemnités forfaitaires de base	0	0	42 500,00	45 050,00	44 320,00	44 080,00
Total général	40 131,77	67 960,53	68 830,63	73 149,49	81 633,96	76 352,16

Source : CH Valvert.

5.9.2 Les conventions relatives aux activités d'intérêt général

Les conventions relatives aux activités d'intérêt général sont définies par l'article R. 6152-30 du code de la santé publique qui prévoit que :

« Les praticiens hospitaliers à temps plein, nommés à titre permanent, peuvent, après accord du directeur de l'établissement de santé consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés habilités à assurer le service public hospitalier, auprès d'un hôpital des armées ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'établissement de santé et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel, des émoluments versés par l'établissement de santé ».

Le CHV a autorisé six médecins à exercer une activité d'intérêt général allant de 5 % à 20 % en terme de quotité de travail hebdomadaire représentant l'équivalent de 0,8 ETP.

Tableau n° 38 : Liste des activités d'intérêt général

Médecin	Organisme	Date de la convention	Durée de la convention	Quotité de travail hebdomadaire	Commentaires
<i>Dr V</i>	CAT La Manade	11/04/05	1 an renouvelable par tacite reconduction	10 %	
<i>Dr G</i>	IME La Bourguette	11/04/05	1 an renouvelable par tacite reconduction	20 %	
<i>Dr C</i>	Centre Richebois	31/01/06	1 an renouvelable par tacite reconduction	10 %	Rémunération par le Centre Richebois
<i>Dr A</i>	CRP La Calade	27/05/13	1 an renouvelable par tacite reconduction	20 %	Rémunération par le CRP
<i>Dr Z</i>	CH Allauch	01/06/18	1 an renouvelable par tacite reconduction	5 %	½ j tous les 15 jours. Rémunération par le CH Allauch
<i>Dr C</i>	CH Montperrin	01/10/18	1 an renouvelable par tacite reconduction	10 %	Remboursement 1/10 rémunération par le CH Montperrin

Source : CH Valvert.

La chambre a constaté l'absence de mention sur certaines conventions des demandes des praticiens, des avis préalables du chef de service, de la commission médicale de l'établissement et du conseil de surveillance sur les conventions. De même certains visas sont absents (soit du médecin ou du directeur) et également l'absence, soit de la date d'effet ou de la date d'établissement de la convention. Pour l'une d'entre elles, les missions et les objectifs du praticien ne sont également pas mentionnées.

Elle invite l'établissement à régulariser ces situations.

6 LA SOCIOThÉRAPIE

Les activités de sociothérapie occupent une place importante en psychiatrie, qu'elles soient à visée occupationnelle pour les patients au long cours (travaux artisanaux, activités de la vie quotidienne, loisirs...) ou à visée thérapeutique dans le but de conserver, développer ou instaurer l'autonomie du malade et ses capacités relationnelles ou physiques.

Au CHV, ces activités sont gérées dans le cadre d'une unité intersectorielle qui contribue à l'amélioration des soins et de la qualité de vie des patients par des activités de soutien fournies hors de l'unité d'hospitalisation. Cette unité de soins, bien qu'intersectorielle, est rattachée administrativement au secteur n° 07 sous la responsabilité médicale du docteur Maxence Bras : elle n'est donc pas gérée par une association ad hoc comme c'est souvent le cas dans d'autres établissements spécialisés en psychiatrie. Elle accueille au sein de ses locaux et à la cafétéria potentiellement tous les patients pris en charge par les équipes soignantes de l'établissement,

qu'ils soient hospitalisés ou non, y compris les enfants et les personnes âgées. L'unité propose au travers d'activités et d'ateliers à visée thérapeutique des occasions d'échanges, des temps de rencontres et de création entre patients et soignants. Elle gère également la cafétéria de l'établissement qui permet aux patients de se retrouver pour passer un moment de convivialité éventuellement avec leurs familles ou encore de pratiquer certains loisirs.

L'unité fonctionnelle de sociothérapie est un CATTP dont les actes ambulatoires sont recensés selon la grille EDGAR (entretien, démarche, groupe, accompagnement, réunion) PMSI psychiatrie qui est un recueil d'informations permettant d'enregistrer les actes réalisés pour un patient au cours d'une prise en charge correspondant à l'une des trois activités suivantes :

- L'accueil et les soins ambulatoires réalisés en centre médicopsychologique (CMP) ;
- L'accueil et les soins en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- L'accueil et les soins dans un lieu autre que le CMP et le CATTP.

Les activités qui correspondent aux prises en charge en hospitalisation à temps plein dans une unité médicale de psychiatrie de l'établissement, en centre de postcure ou en centre de crise sont exclusivement enregistrées sous forme de séquences et ne peuvent en aucun cas faire simultanément l'objet d'un relevé d'actes. En revanche, les patients pris en charge à temps complet dans le cadre d'autres formes d'activité peuvent voir recueillir un acte ambulatoire. On désigne par « groupe » un acte thérapeutique réunissant plusieurs patients, réalisé par un ou plusieurs soignants, avec unité de temps et de lieu, avec ou sans utilisation d'une médiation. Cette définition induit que la psychothérapie familiale et la psychothérapie de couple sont, par convention, incluses dans la catégorie « groupe ». Il s'agit d'un acte prévu dans le projet de soin personnalisé du patient, ce qui exclut les animations ou les activités occupationnelles.

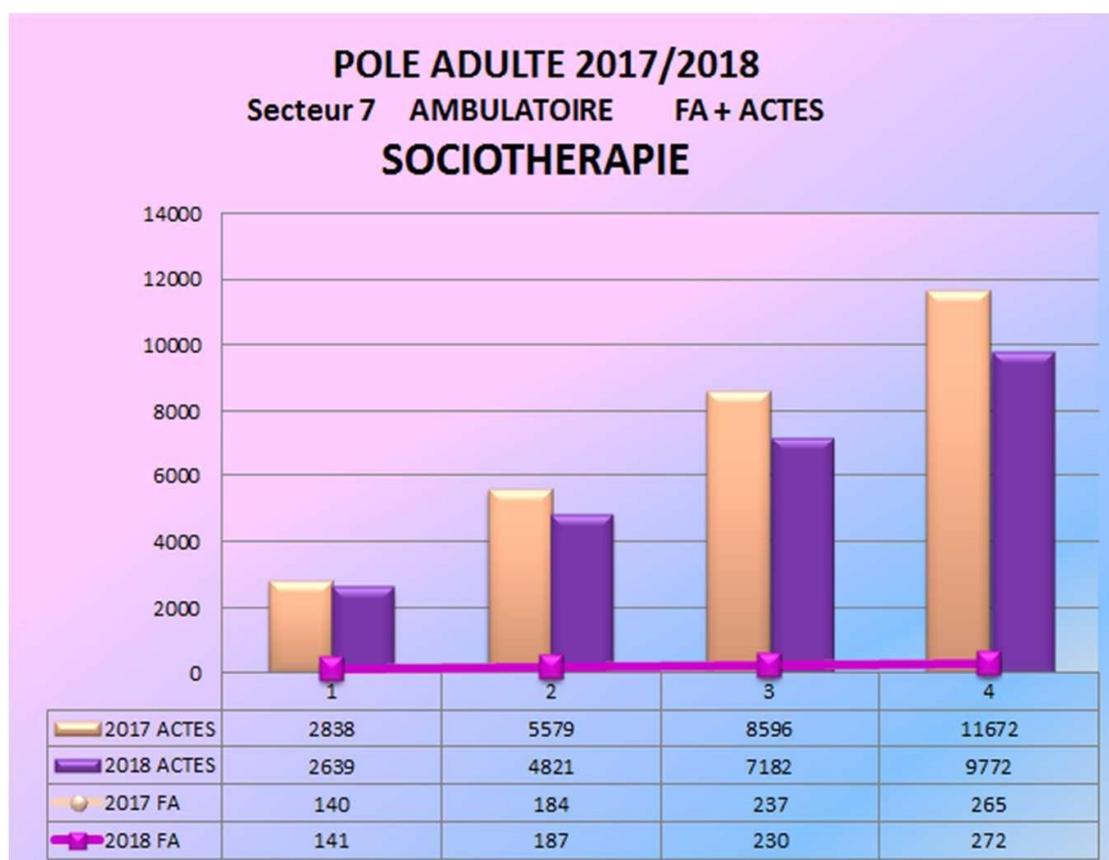
Les activités effectuées dans le cadre de la réinsertion scolaire ou professionnelle, ainsi que les activités et les sorties organisées ponctuellement relèvent de cette catégorie. Comme exemples de groupes, on trouve :

- L'ergothérapie ou l'art thérapie ;
- La sociothérapie ;
- La psychothérapie de groupe dont psychodrame ;
- La psychothérapie familiale.

Selon les données fournies par l'établissement (Cf. graphique ci-dessous) la sociothérapie représente une file active de l'ordre de 270 patients par an pour un volume d'environ 10 722 actes par an en moyenne (diminution des actes en 2018 par rapport à 2017, de 11 672 à 9 772). La sociothérapie fonctionne avec l'activité « accueil du public au comptoir cafétéria » et les activités thérapeutiques. Pour l'année 2018, l'activité réelle au comptoir a donné lieu à 60 058 actes (dont 24 026 entretiens et 36 032 groupes) et l'activité prise en compte dans le RIM-P a donné lieu à 9 703 actes (dont 3 936 entretiens et 5 767 groupes). Les consommations moyennes servies au comptoir de la cafétéria en 2018 sont d'environ 43 000.

Suite à la libération de locaux contigus à la sociothérapie, un projet d'activités thérapeutiques utilisant cet espace a vu le jour. Ce lieu de soins est utilisable et réservable par l'ensemble des unités de l'établissement, projet qui a été validé par la hiérarchie et la direction. En 2018, cet espace a permis le fonctionnement de plusieurs ateliers thérapeutiques (football, vélo, voile, loto, etc.) et des travaux d'aménagement des locaux sont prévus en 2019.

Graphique n° 1 : Actes recensés pour l'UF sociothérapie en 2017 et 2018 par trimestre



Source : CHV.

Quatre infirmiers sont affectés à cette unité qui fonctionne du dimanche au jeudi (soit 5 jours sur 7) ainsi que 0,5 ETP d'ergothérapeute. Les quatre ETP infirmiers affectés à la structure sont justifiés par l'amplitude d'ouverture du service, le nombre de patients reçus et les conditions de sécurité des soignants. L'entretien des locaux dédiés à l'unité est effectué par 1,8 ETP d'agent des services hospitaliers (ASH). L'encadrement de l'unité est assuré par 0,2 ETP de cadre de santé.

Sur 260 jours d'ouverture (52 semaines x 5 jours) et au regard du nombre d'infirmiers affectés à l'UF, l'activité représente un total théorique de 9 actes infirmiers par jour (9 772 actes / 260 jours / 4 ETP infirmiers).

Sur la base de ces effectifs, le coût annuel chargé de l'unité est de 319 060 € selon les données fournies par l'établissement.

Le montant du budget (hors personnel) alloué à cette unité fonctionnelle est de 52 650,65 € en moyenne sur la période contrôlée et utilisés soit par mandats soit via la régie d'avances « ergothérapie ». La cafétéria des patients dispose également d'une régie de recettes afin d'encaisser les consommations prises dans cet espace.

Si les dépenses de sociothérapie sont imputées sur la régie « Ergothérapie », celles-ci englobent d'autres unités fonctionnelles ; selon les données fournies par l'établissement, les dépenses de la seule sociothérapie en régie représentent une somme annuelle moyenne d'environ 12 000 € par an.

Au total, le coût annuel de cette unité intersectorielle est le suivant :

Tableau n° 39 : Coût total annuel de la sociothérapie au CHV

<i>Objet</i>	<i>Coût annuel (base 2018) en €</i>
<i>Moyens humains</i>	319 060
<i>Moyens dédiés à la sociothérapie mandats CHV + régie</i>	52 000
<i>Activités</i>	12 000
<i>Séjours thérapeutiques</i>	1 000
<i>Produits vendus</i>	Non communiqué
<i>Infrastructures mises à disposition par l'établissement (stade, terrain de sport, etc..)</i>	Non valorisé
Total	384 060

Source : CRC d'après données communiquées par le CHV.

Ces sommes peuvent paraître importantes au regard de l'activité affichée. C'est la raison pour laquelle la chambre invite l'établissement à réaliser un audit médico-économique de cette unité.

7 L'ASSOCIATION « OSE L'ART »

Le CHV comprend en son sein l'association « Ose l'art³⁸ », créée en 2006 par un groupe de médecins, directeurs, cadres de santé, assistants socio-éducatifs, écrivains, artistes, infirmiers et personnels du centre hospitalier dont le but est de « *favoriser la rencontre entre les patients, les familles, le milieu artistique, le milieu socio culturel et les personnels du CH Valvert* ».

³⁸ Association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901.

Elle occupe une place institutionnelle au sein de l'établissement dès lors que le projet médical de l'établissement y fait référence et précise que « *la communauté médicale continuera à soutenir les actions culturelles et les projets artistiques au sein de l'établissement en s'impliquant fortement dans l'association Ose l'Art. [...] Le projet d'Ose l'Art, dans un souci d'ouverture et de circulation, est de favoriser plus encore l'accès à la culture pour le bassin de population desservi et de faire de Valvert un acteur à part entière de la vie culturelle de sa zone d'implantation* ».

La chambre observe à propos de cette association que :

1) une convention a été établie le 6 novembre 2006 pour une durée de deux ans renouvelable entre l'établissement et l'association précisant les domaines d'actions et les modalités de mise à disposition³⁹ par l'établissement d'équipements (locaux, salle de spectacle, salles de réunion) de moyens matériels et la prise en charge de l'entretien et de la maintenance par l'hôpital ainsi que les conditions de leur utilisation par l'association. Or, cette convention n'a jamais été renouvelée et elle ne fixe aucune contrepartie financière à l'association, alors que l'établissement facture la location de sa salle à d'autres associations. En réponse aux observations provisoires de la chambre, la présidente de l'association a informé la chambre de la signature imminente avec le centre hospitalier d'une nouvelle convention qui aurait été réactualisée.

2) Par un avenant signé le 4 mai 2009, l'hôpital, dans le cadre du projet culturel général de l'établissement via l'association, a « *mis à disposition une personne attachée au développement culturel en contrat aidé CAE CDD de 6 mois renouvelable dans une limite de 24 mois. Elle est chargée de mettre en place l'ensemble des moyens et des actions nécessaires au développement et à la valorisation des projets culturels et artistiques au sein de l'établissement et au sein des réseaux sociaux et culturels de son environnement* ». Or, la mise à disposition ne pouvant concerner que des agents titulaires et en aucun cas des contractuels, encore moins des CAE, elle n'aurait pu être effective qu'à compter de la mise en stage de l'agent, qui, par ailleurs, est intervenue après plusieurs renouvellements de CDD et sans qu'elle n'ait été précédée d'une vacance de poste.

En outre, cette mise à disposition ne précise pas nommément l'agent en question, ni la quotité de temps passée auprès de l'association et n'a pas été réactualisée car elle ne devait pas dépasser les 24 mois prévus dans cet avenant. Aucun arrêté individuel de mise à disposition de l'agent n'a été pris par l'établissement. L'association aurait dû (et devrait toujours) rembourser la rémunération de l'agent au regard de la quotité de travail effectuée par celle-ci en vertu des dispositions du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 relatif au régime particulier de certaines positions des fonctionnaires hospitaliers, à l'intégration et à certaines modalités de mise à disposition. Or, le temps passé par cet agent pour le compte de l'association n'est pas valorisé.

Sur la base d'une fiche de poste réactualisée, cet agent occupe aujourd'hui le titre de « chargée de communication et affaires culturelles » du CHV.

³⁹ L'article L. 2125-1 du CG3P prévoit que : « toute occupation ou utilisation du domaine public d'une personne publique (...) donne lieu au paiement d'une redevance (...) Par dérogation l'autorisation d'occupation ou d'utilisation du domaine public peut être délivrée gratuitement aux associations à but non lucratif qui concourent à la satisfaction d'un intérêt général ».

3) Les appels à projet qui reçoivent un avis favorable des autorités (préfecture, ARS ou autres) font l'objet d'allocation de subventions qui sont perçues soit par l'association elle-même soit directement par l'établissement. Dans ce dernier cas, le CHV ne reverse pas la subvention correspondante à l'association, comme en attestent les bilans financiers produits par l'association, mais gère directement les dépenses relatives à l'action culturelle visée.

Au regard de l'ensemble de ces observations, la chambre recommande à l'établissement de réviser les relations contractuelles avec cette association de manière à mieux identifier les flux tant sur le plan financier qu'en ce qui concerne le personnel.

Recommandation n° 4 : Réviser les relations contractuelles entre le centre hospitalier et l'association « Ose l'art » en précisant notamment les droits et obligations, y compris financières, de cette dernière et clarifier le positionnement et le statut de l'attachée culturelle de l'établissement.

8 LE GHT

Les GHT sont un nouveau mode de coopération entre les établissements publics de santé à l'échelle d'un territoire, créé par l'article 107 de la loi de modernisation de notre système de santé. L'article L. 6132-1 - I du code de la santé publique stipule : « I. *Chaque établissement public de santé, sauf dérogation tenant à sa spécificité dans l'offre de soins territoriale, est partie à une convention de groupement hospitalier de territoire. Le groupement hospitalier de territoire n'est pas doté de la personnalité morale.* » II. *Le groupement hospitalier de territoire a pour objet de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.* » III. *Tous les groupements hospitaliers de territoire s'associent à un centre hospitalier universitaire au titre des activités hospitalo-universitaires prévues au IV de l'article L. 6132-3. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du groupement hospitalier de territoire et le centre hospitalier universitaire. (...)* » V.- *Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie peuvent, après accord du directeur général de l'agence régionale de santé dont dépend l'établissement support du groupement hospitalier de territoire concerné, être associés à l'élaboration du projet médical partagé de groupements auxquels ils ne sont pas partie, dans le cadre des communautés psychiatriques de territoire définies à l'article L. 3221- ».*

La loi permet ainsi soit la constitution de GHT dédiés à la psychiatrie, soit l'intégration de la psychiatrie dans un GHT polyvalent. Dans les Bouches-du-Rhône, le choix s'est porté sur un GHT non dédié à la psychiatrie et l'AP-HM en est l'établissement support. C'est un choix majoritaire en France dès lors que, en 2016, seuls cinq GHT sur les 135 constitués sur l'ensemble du territoire national étaient des GHT psychiatriques.

Le choix d'un GHT 13 non dédié à la psychiatrie correspondait à un choix unanime de la communauté médicale de Valvert⁴⁰ (alors que celles des centres hospitaliers Montperrin et Edouard Toulouse avaient fait le choix inverse), qui « *s'est positionnée pour intégrer un Groupement Hospitalier de Territoire polyvalent départemental, avec adhésion à une Communauté Psychiatrique de Territoire qui permettra à l'ensemble des secteurs psychiatriques des Bouches-du-Rhône de travailler à un projet médical partagé, quelles que soient leurs modalités de gestion et de rattachement (CHU, CH, CH Spécialisé)* ».

Au total, le GHT 13 est constitué de 13 établissements et représente 9 300 lits et places pour 1 984 784 habitants. Le Comité Stratégique du GHT qui s'est réuni à la fin du mois de mars 2019, a validé la nouvelle identité visuelle du GHT 13 et sa nouvelle appellation : Hôpitaux de Provence - Groupement Hospitalier et Universitaire des Bouches-du-Rhône.

8.1 GHT et système d'information hospitalier

8.1.1 Le CHV possède son propre SIH

Dans le cadre de l'élaboration de son nouveau projet d'établissement 2016-2020, la direction du CHV considère le système d'information comme faisant partie à part entière de la stratégie de l'établissement pour en accompagner son développement et a donné mission à la direction du système d'information et de l'organisation (DSIO) d'élaborer le schéma directeur du système d'information. Ce schéma directeur, le cinquième depuis 1991, intervient dans une période de réformes importantes (loi de santé et la mise en place des GHT, Programme Hôpital Numérique), de contraintes budgétaires fortes et bien entendu d'évolutions techniques toujours plus rapides.

Le Schéma Directeur du Système d'Information (SDSI) vise à répondre aux objectifs suivants :

- Définir une cible en matière de systèmes d'information qui permette de soutenir les objectifs stratégiques de l'établissement et qui tienne compte des besoins exprimés par les pôles et les directions ;
- Élaborer une trajectoire vers la cible qui autorise une mise en œuvre progressive du SI ;
- Garantir une cohérence du Système d'Information ;
- Améliorer la lisibilité et la communication à propos du Système d'Information ;

Le SDSI doit assurer la cohérence des nouvelles actions avec :

- L'existant : les logiciels déjà utilisés, les différents matériels, l'architecture réseau en place, les mutations en cours, le quotidien ;
- Les actions en cours issues du précédent schéma directeur 2011-2015 ;
- Les évolutions telles que les nouvelles technologies, l'interopérabilité des systèmes d'information, les dossiers nationaux ;

⁴⁰ Exprimé par une motion prise en CME le 15 mars 2016.

- Les contraintes comme l'augmentation des coûts de maintenance, les obligations de sécurité (fiabilité, traçabilité, confidentialité...) les budgets resserrés ;
- Le projet médical et les autres dossiers du projet d'établissement.

8.1.2 L'objectif de convergence des SIH

L'article L. 6132-3 du code de la santé publique prévoit que « l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : 1° La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. Les informations concernant une personne prise en charge par un établissement public de santé partie à un groupement ou par un hôpital des armées lorsqu'il est associé au groupement hospitalier de territoire, peuvent être partagées, dans les conditions prévues à l'article L. 1110-4. L'établissement support met en œuvre, dans le cadre de la gestion du système d'information, les mesures techniques de nature à assurer le respect des obligations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, notamment à son article 34. Ainsi, au sein de chaque GHT, sont confiées à l'établissement support la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent au service de la gradation des soins dans la prise en charge du patient.

L'article R. 6132-15 du même code porte sur le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire.

Il prévoit les éléments suivants :

- Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprend des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels. Les établissements parties au groupement utilisent, dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients. Le système d'information hospitalier convergent doit être mis en œuvre pour le 1er janvier 2021 ;
- Un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique, pour le 1er janvier 2018 au plus tard. En pratique, le directeur de l'établissement support, et donc par extension la direction des systèmes d'information du GHT, est responsable de l'ensemble des systèmes d'information de tous les établissements parties du GHT. Selon les organisations retenues, des pôles de proximité au sein des différents établissements parties pourront être mis en place. Un domaine fonctionnel est défini par un même applicatif (fonctionnant en multi entités juridiques) ainsi qu'un paramétrage commun permettant d'uniformiser le poste de travail de l'utilisateur et de faciliter l'accès aux données partagées. La trajectoire de convergence est formalisée dans un schéma directeur du système d'information, livré et validé comme indiqué précédemment pour le 1er janvier 2018 au plus tard ;
- Une politique de sécurité du système d'information commune au GHT est mise en place et déclinée au sein de chaque établissement partie.

A ce jour, il est permis d'apporter les éléments suivants :

1. L'état des lieux du GHT se caractérise par une grande diversité de logiciels métiers que ce soit pour le dossier patient informatisé (DPI) ou le gestionnaire économique et financier (GEF). Cependant, la convergence des systèmes d'information ne signifie pas convergence des logiciels même s'il est permis de supposer que cette dernière y contribuerait.

2. Pour autant, en ce qui concerne le GHT 13, la mise en place d'une direction commune des systèmes d'information a été actée en 2018. Un groupe de responsables des systèmes d'information a été mis en place pour l'ensemble du GHT, regroupant les RSSI des établissements adhérents. Un groupe de travail planche également sur la question de l'identito-vigilance en lien avec le serveur de rapprochement des identités patients. Le médecin référent du DIM de territoire de Valvert est membre de la CME et du directoire du CHVet participe au groupe des DIM du GHT 13 mais aucune évolution n'a été introduite à ce jour par le DIM de territoire en ce qui concerne le recueil d'activité, la restitution de l'activité, l'organisation du DIM de l'établissement. Un état des lieux a été transmis par chaque établissement du GHT13.

3. Le Schéma Directeur du GHT a été élaboré et validé durant l'été 2018. La spécificité de la psychiatrie a été intégrée car les trois principaux établissements psychiatriques du GHT13 utilisent le même logiciel de gestion du dossier médical du patient. La convergence des SIH est prévue à l'issue du schéma directeur du SIH du GHT13. A la fin de la période couverte par l'actuel schéma directeur du SIH du GHT13, devrait être impacté principalement le dossier médical du patient.

4. A ce jour, seule une messagerie sécurisée de santé mise en exploitation en 2016 permet des échanges sécurisés entre professionnels de santé des différents établissements ; elle est le seul projet SIH retenu par Valvert intégrant une dimension territoriale, avec le projet en cours existant sur le serveur identité patient.

Certains projets existent dans le cadre d'une démarche de coopération avec d'autres établissements, notamment :

- Un projet de réalisation d'un Intranet incluant une GED⁴¹ pour les centres hospitaliers Valvert et Edouard Toulouse sur une même maquette élaborée sur une plateforme SharePoint ayant abouti à la mise en place d'un intranet ;
- Un projet sur la réalisation d'une politique de sécurité cadre mené à terme avec les établissements suivants : centres hospitaliers La Ciotat, Edouard Toulouse, Allauch, centre gérontologique départemental ;
- Un projet d'intégration automatique des résultats d'analyses biologiques dans le dossier médical du patient de Valvert effectuées au centre hospitalier d'Aubagne en exploitation ;
- Un projet de SI achats en cours (produit choisi en 2018 au niveau du GHT).

⁴¹ Gestion électronique des documents.

5. Concernant les aspects financiers, le coût de la migration nécessaire pour parvenir à un SIH convergent n'a pas encore été estimé à ce jour au sein du GHT pour l'établissement qui n'a pas davantage estimé lui-même ce coût pour ce qui le concerne. L'établissement estime par contre que la mise en œuvre de la convergence des SIH ne va pas nécessiter de recrutement spécifique.

8.2 GHT et fonction achats

L'article L. 6132-3 du code de la santé publique prévoit que « *L'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement : (...) 3° La fonction achats ».*

Le groupe CSPI du GHT 13 avait bien intégré lors de sa séance du 4 avril 2018 que « (...) *Sur les achats, la loi a fixé des échéances ; en 2021 tous les établissements devront regrouper leurs achats. Il émerge un réseau d'acheteurs, et déjà une dizaine de procédures est en cours d'élaboration avant qu'elles soient lancées. Cela ne pourra fonctionner que si un système d'échange entre établissements est en place* ». La mutualisation de la « fonction achats » au sein du GHT a eu trois conséquences directes sur l'organisation de l'établissement : mise à disposition de temps, établissement des délégations de signature, réorientation des tâches de l'agent « cellule marché » vers une gestion des tâches découlant directement de la mise en place du GHT.

L'établissement est déjà membre de trois groupements de commandes :

- Celui piloté par l'APHM pour ce qui est de la collecte et du traitement des déchets d'activités de soins à risques infectieux et assimilés (DASRI) ;
- Celui piloté par le centre hospitalier Montperrin pour ce qui est des commandes hôtelières (denrées alimentaires, textiles, vêtements, papeterie, droguerie) ;
- Celui piloté par le CHICAS⁴² pour ce qui concerne les achats pharmaceutiques.

Et chaque établissement maintient actuellement son adhésion aux groupements.

Le CHV indique avoir réalisé un état des lieux des marchés selon un échéancier et un Plan d'Actions Achat de Territoire (PAAT) et considère que la psychiatrie présente des spécificités dans le domaine des achats qui sont prises en compte par une analyse des besoins en lien avec les prescripteurs, et les services utilisateurs. Cependant, il a également indiqué qu'aucun marché n'a fait à ce jour l'objet d'un renouvellement dans le cadre d'une fonction mutualisée, qu'aucun avenant n'a été passé de façon à harmoniser des échéances de fin de marchés avant la passation de nouveaux marchés par la fonction achats du GHT, qu'aucun marché n'a été résilié de façon à permettre la passation de nouveaux marchés par la fonction achats du GHT, alors que de nombreux marchés doivent être renouvelés au cours des années 2019 et 2020.

⁴² Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud.

ANNEXES

Annexe n° 1. Tarifs journaliers de prestations en € au CHV	69
Annexe n° 2. Glossaire des principaux sigles utilisés dans le rapport	70

Annexe n° 1. Tarifs journaliers de prestations en € au CHV

<i>Nature de l'hospitalisation</i>	Tarifs	Tarifs EPRD
<i>Hospitalisation complète adultes</i>	751	751
<i>Hospitalisation de semaine adultes</i>	751	751
<i>Hospitalisation de jour adultes</i>	332	332
<i>Hospitalisation de jour enfants</i>	400	400
<i>Hospitalisation de nuit</i>	359	359
<i>AFT</i>	242	242
<i>Appartement thérapeutique</i>	188	188

Source : CHV.

Annexe n° 2. Glossaire des principaux sigles utilisés dans le rapport

AFT : Accueil Familial Thérapeutique ;
AP-HM : Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille ;
ARS : Agence Régionale de Santé ;
AT : Accidents de Travail ;
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ;
CACC : Centre d'Accueil de Crise et de Consultation ;
CAF : Capacité d'Autofinancement ;
CAL : Commission de l'Activité Libérale ;
CAP : Centre d'Accueil Permanent ;
CATTP : Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel ;
CDD : Contrat à Durée Déterminée ;
CDI : Contrat à Durée Indéterminée ;
CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques ;
CET : Compte Epargne Temps ;
CHV : Centre Hospitalier Valvert ;
CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité, et des Conditions de Travail ;
CME : Commission Médicale d'Etablissement ;
CMP : Centre Médico-Psychologique ;
CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique ;
CMS : Centre Médico-Social ;
CMU : Couverture Médicale Universelle ;
CNR : Crédits Non Reconductibles ;
COPS : Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins ;
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie ;
CPOM : Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens ;
CR : Crédits Reconductibles ;
CRC : Chambre Régionale des Comptes ;
CREF : Contrat de Retour à l'Equilibre Financier ;
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie ;
CSSMP : Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie ;
CSP : Code de la Santé Publique ;

CTE : Comité Technique d'Etablissement ;
DAF : Dotation Annuelle de Fonctionnement ;
DIM : Département d'Information Médicale ;
DMS : Durée Moyenne de Séjour ;
DPI : Dossier Patient Informatisé ;
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses ;
EPS : Etablissement Public de Santé ;
ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail (anciennement CAT : Centre d'Aide par le Travail) ;
ETP : Equivalent Temps Plein ;
ETPR : Equivalent Temps Plein Rémunéré ;
GIP : Groupement d'Intérêt Public ;
GHT : Groupement Hospitalier de Territoire ;
HAS : Haute Autorité de Santé ;
HDJ : Hôpital De Jour ;
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ;
HO : Hospitalisation d'Office ;
IDE : Infirmier Diplômé d'Etat ;
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques ;
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale ;
JLD : Juge des Libertés et de la Détention ;
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique ;
MDPH : Maison Départementale des Personnes Handicapées ;
NBI : Nouvelle Bonification Indiciaire ;
OMS : Organisation Mondiale de la Santé ;
PACA : Provence-Alpes-Côte-D'azur ;
PDS : Permanence Des Soins ;
PGE : Provision pour Gros Entretien ;
PH : Praticien Hospitalier ;
PMPT : Projet Médical Partagé de Territoire ;
PRISM : Plan Régional d'Investissement en Santé Mentale ;
R3A : Résumé d'activité ambulatoire anonyme ;
RH : Ressources Humaines ;
SAU : Service d'Accueil et d'Urgence ;

SIH : Système d'Information Hospitalier ;

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (ex HDT) ;

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence ;

SPDRE : Soins Psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat (ex HO) ;

SPI : Soins psychiatriques en Péril Imminent ;

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent ;

SSR : Soins de suite et de Réadaptation ;

SU : Service d'Urgence ;

T2A : Tarification A l'Activité ;

TGI : Tribunal de Grande Instance ;

TTA : Temps de Travail Additionnel ;

UAO : Unité d'Accueil et d'Orientation ;

UAT : Unité d'Accueil Thérapeutique ;

UGAP : Union des Groupements d'Achat Public ;

UNIHA : Union des Hôpitaux pour les Achats ;

UIA : Unité Intersectorielle d'Accueil ;

UREI : Union Régionale des Entreprises d'Insertion ;

USLD : Unité de Soins de Longue Durée ;

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire ;

VAP : Validation de l'Activité Psychiatrique.

Chambre régionale
des comptes

Provence-Alpes-Côte d'Azur



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

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

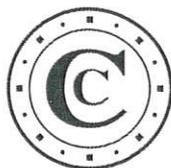
Chambre régionale des comptes Provence-Alpes-Côte d'Azur

17, traverse de Pomègues

13295 Marseille Cedex 08

pacagrefe@crtc.ccomptes.fr

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



Marseille, le 1 JUIL. 2020

LE PRESIDENT

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

Réf. : GREFFE/BM/CE/n° 791

Objet : rapport d'observations définitives

P.J. : 1 rapport d'observations définitives

Recommandé avec accusé de réception
2c 121 761 7743 1

à

**Madame la directrice
Centre hospitalier spécialisé
de Valvert**

78 boulevard des Libérateurs
13391 MARSEILLE Cedex 11

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

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

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

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

Nacer MEDDAH