



Chambre régionale des comptes  
d'Alsace

*Le Président*

Strasbourg, le 5 février 2010

bm/fs/n° 10- 102/gr

**Recommandé avec A.R**

Monsieur le Directeur,

Par lettre du 28 décembre 2009, j'ai porté à votre connaissance le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du Centre hospitalier intercommunal de la Lauter de Wissembourg pour les exercices 2003 et suivants. Celui-ci a également été communiqué à M. Jean Thomann, votre prédécesseur.

Votre réponse parvenue à la chambre dans le délai d'un mois prévu par les articles L. 243-5 et R. 241-17 du code des juridictions financières, a été enregistrée au greffe le 1<sup>er</sup> février 2010.

A l'issue de ce délai, je vous notifie le rapport d'observations définitives retenu par la chambre, accompagné de votre réponse et de la réponse écrite qu'a fait parvenir à la chambre, dans ce délai, votre prédécesseur.

En application des dispositions de l'article R. 241-17 cité ci-dessus, il vous appartient de transmettre ce rapport et les réponses jointes à l'assemblée délibérante du Centre hospitalier de Wissembourg. Conformément à la loi, l'ensemble doit :

1. faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion de l'assemblée ;
2. être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres ;
3. donner lieu à débat.

Monsieur Serge Zemmour  
Directeur intérimaire  
du centre hospitalier intercommunal  
de la Lauter  
24, route de Weiler – BP 20003  
67166 Wissembourg Cedex

Vous voudrez bien informer le greffe de la chambre de la date à laquelle le rapport d'observations et les réponses jointes auront été portés à la connaissance de l'assemblée délibérante.

Après cette date, en application des dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, le document final sera considéré comme un document administratif communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du même code, le rapport d'observations définitives et les réponses jointes sont transmis au préfet, au trésorier-payeur général du département du Bas-Rhin et au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Alsace.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération distinguée.

Olivier Ortiz

Le centre hospitalier intercommunal de la Lauter à Wissembourg est un établissement public de santé de proximité implanté à la pointe nord-est de l'Alsace. Il appartient au territoire de santé n° 1 dont l'établissement de référence est l'hôpital de Haguenau. La zone d'attraction de l'établissement comprend 55 000 habitants. Elle couvre seulement un quart de cercle en raison de la présence de la frontière allemande au nord et à l'est.

Le nombre de lits et places autorisés est de 501, dont 147 lits et places de court-séjour, 20 de moyen-séjour gériatrique, 24 lits et places de moyen-séjour cardiologique et 310 lits et places de gériatrie (60 lits de long séjour, 135 lits dans deux maisons de retraite à Wissembourg et Lauterbourg, 10 places d'accueil de jour, et 105 places pour des soins infirmiers à domicile pour personnes âgées). L'établissement a également passé convention avec les maisons de retraite de Betschdorf et Seltz pour la mise à disposition de personnel contre remboursement.

Le court-séjour comprend les disciplines de médecine, chirurgie, pédiatrie, gynécologie-maternité, réanimation, un service d'urgences qui a le statut d'unité de proximité d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) et un service mobile d'urgences et de réanimation (SMUR). L'établissement gère un institut de formation d'aides-soignants, dont la capacité est de 25 élèves, un centre de planification et d'éducation familiale et un centre de consultations ambulatoires en addictologies.

## **1. L'activité de l'établissement**

L'établissement s'est efforcé de compléter l'offre de la médecine libérale dans l'Outre-forêt dans des disciplines aussi variées que la cardiologie, la pneumologie, la gastro-entérologie, l'urologie, l'oto-rhino-laryngologie (ORL) et l'orthopédie dans les limites permises par la démographie médicale.

Cependant, dans le projet d'établissement 2000-2005, les équipements de dialyse étaient jugés insuffisants dans le secteur. Le projet d'établissement 2007-2012 a repris ce dossier qui n'avait pas abouti. La mise en service d'une unité d'auto-dialyse était prévue en 2009. La direction de l'établissement comptait avoir recours à une solution originale en faisant appel à des néphrologues allemands mais elle ne pourra pas le faire dans des conditions qui écartent la participation de l'AURAL<sup>1</sup>, association détentrice de l'autorisation sanitaire dans la discipline. La population du secteur se voit donc privée des équipements d'auto-dialyse prévus par deux projets d'établissement successifs.

Le taux d'occupation des lits est relativement faible dans certaines disciplines médicales (53 % en pédiatrie, 37 % en gynécologie, 57 % en chirurgie/ophtalmo/ORL). Certes, le taux d'attractivité du centre hospitalier de Wissembourg en 2007 est de 50,90 % pour la médecine, 34,70 % pour la chirurgie et 71 % pour l'obstétrique ce qui le situe dans les meilleurs établissements français (1<sup>er</sup> quartile statistique) mais l'hôpital n'a pas d'établissements de santé concurrents dans sa zone d'attractivité.

---

<sup>1</sup> Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel en Alsace.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Les maisons de retraite et le service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées atteignent un taux d'occupation proche de 100 %. L'hôpital de jour gériatrique a un taux d'occupation de 143 % en 2007 pour les quatre places ouvertes. 594 journées ont été réalisées pour un potentiel de 416 journées mais la structure n'ouvre que deux jours par semaine. A l'instar des autres établissements hospitaliers, l'établissement est confronté aux conséquences de la « circulaire frontière »<sup>2</sup> qui a provoqué le déclassement de séjours hospitaliers en consultations externes.

L'établissement offre des soins de suite et de réadaptation en hospitalisation complète et en hospitalisation de jour. En cardiologie, les douze lits d'hospitalisation complète fonctionnent en fait comme les douze places d'hôpital de jour. Les patients, qui peuvent ainsi être jusqu'à 24, sont pris en charge durant un cycle de trois semaines après une semaine consacrée aux examens. Dans cette configuration, le taux d'occupation ne dépasse pas 50 %.

Le schéma régional d'organisation sanitaire demandait le développement d'une consultation externe en pédiatrie. La mise en œuvre n'est effective que depuis le début de l'année 2007 grâce à l'intervention d'un deuxième pédiatre dans le service. Auparavant, il y avait uniquement une consultation privée, en contravention avec la loi qui impose la présence préalable d'une consultation publique. Par ailleurs, la chirurgie ambulatoire était pratiquée irrégulièrement dans le service en l'absence de locaux spécifiques et de l'autorisation préalable de la tutelle qui n'est intervenue qu'en 2008.

Pour l'anesthésie et la réanimation, l'établissement dispose d'un effectif complet de cinq praticiens (dont quatre sont d'origine allemande) secondés par six infirmiers anesthésistes. A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, le service d'anesthésie-réanimation a été transformé en unité de surveillance continue. Cette évolution a limité la ventilation artificielle des patients à 48 heures. Quelques jours avant la transformation du service, l'établissement a signé le 20 décembre 2006, avec le centre hospitalier de Haguenau, une convention par laquelle l'établissement de Haguenau s'engage à prendre en charge les patients du centre hospitalier de Wissembourg. Malgré cela et alors qu'il n'en avait plus l'autorisation, le centre hospitalier de Wissembourg a continué à exercer une activité de réanimation. Sur les 102 patients ventilés en 2007 dans l'unité de soins continus, 54 l'ont été durant plus de deux jours. Le maintien d'une activité qui n'est plus autorisée présente un véritable risque pour l'établissement en cas d'accident. Le directeur de l'établissement a répondu qu'il ne pouvait refuser les demandes d'accueil de patients émanant du SAMU. La convention prévoit, par ailleurs, qu'en cas d'indisponibilité, l'établissement de Haguenau se réserve le droit de différer la prise en charge des patients provenant du centre hospitalier de Wissembourg.

---

<sup>2</sup> Circulaire n° DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Le projet d'établissement 2000-2005 prévoyait la création d'une unité ambulatoire de 10 places : cinq en chirurgie, trois en gynécologie et deux en médecine, pour des actes de chirurgie et des examens invasifs. Mais en contrepartie, l'établissement aurait dû renoncer à 39 lits, dont dix lits de chirurgie, pour la chirurgie ambulatoire. L'établissement a tardé à créer cette unité ambulatoire en raison notamment de l'obligation de céder des lits d'hospitalisation complète alors que tous les lits n'étaient pas installés. Sur 44 lits de chirurgie autorisés, 35 seulement étaient installés au 1<sup>er</sup> décembre 1999, et en médecine, 43 sur 54. L'établissement disposait également de lits dans d'autres services dont le taux d'occupation est relativement faible. Le centre hospitalier de Wissembourg a attendu la libéralisation des conditions d'ouverture, pour demander la création d'une unité ambulatoire à sa tutelle, en préservant sa dotation en lits d'hospitalisation complète. Le directeur de l'établissement a ajouté que les travaux de mise en sécurité étaient également cause du retard et que le nombre de lits théoriques n'était pas le plus important. La demande d'autorisation a été présentée à la fin de l'année 2007 et l'autorisation a été accordée par une délibération de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation par un arrêté du 8 juillet 2008.

Dans les faits, des actes étaient pratiqués de longue date en ambulatoire, en dehors de toute autorisation. L'établissement a toutefois mis en place des locaux spécifiques dans le service de chirurgie E, comme le demande la réglementation. Avec l'autorisation obtenue récemment, l'activité ambulatoire va devenir plus visible dans l'activité de l'établissement. Le potentiel d'actes transférables de la chirurgie classique vers la chirurgie ambulatoire est de 600 par an, avec un développement possible dès l'année suivante à 750.

Pour la maternité, le projet d'établissement 2000-2005, prévoyait d'atteindre 700 accouchements par an, par la prise en charge de 550 parturientes françaises et 150 allemandes. La fermeture des maternités de Bad Bergzabern et Annweiler devait permettre de récupérer les parturientes allemandes habitant le long de la frontière. L'objectif n'est pas atteint puisqu'il n'y a eu que 425 accouchements en 2007. L'accueil des parturientes allemandes ne s'est pas concrétisé. La convention entre l'agence régionale de l'hospitalisation, les autorités sanitaires allemandes, les organismes de sécurité sociale et le centre hospitalier de Wissembourg, produite en réponse aux observations provisoires, n'a pas été signée.

Lors d'une réunion du conseil du pôle «mère-enfant» du 24 avril 2007, une stratégie a été arrêtée pour encourager les Allemandes à venir accoucher à l'hôpital de Wissembourg. Outre une démarche de communication à l'intention des praticiens d'outre-Rhin, des sages-femmes et de la population allemandes, il était prévu d'accorder aux patientes allemandes le même système de tarification que celui qu'elles connaissent en Allemagne pour le suivi de leur grossesse (les consultations ne sont pas facturées). Le compte rendu de la réunion du conseil de pôle déclarait ce point d'application immédiate.

Le suivi de la grossesse est remboursé à 100 % pour les Françaises, mais devrait être facturé pour les Allemandes qui ne relèvent pas du régime de sécurité sociale. L'établissement a étendu la gratuité aux Allemandes, contre l'engagement d'accoucher à l'hôpital de Wissembourg. Les consultations prénatales sont alors prises en charge par l'hôpital de Wissembourg comme pour les patientes françaises et l'accouchement est facturé à la caisse d'assurance maladie allemande en étant déclaré comme «urgence» pour que la caisse d'outre-

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Rhin accepte la prise en charge. Dans le cas d'un accouchement programmé, la caisse refuserait en effet de rembourser. Même si, contrairement aux caisses d'assurance maladie allemandes publiques, les caisses privées acceptent de rembourser l'accouchement, qu'il soit programmé ou inopiné. La stratégie développée par l'hôpital pour attirer les parturientes allemandes au centre hospitalier de Wissembourg est construite sur une fausse déclaration et comporte un risque de contentieux important, même si le nombre de cas est limité à une quinzaine par an. En réponse aux observations provisoires, le directeur de l'établissement a produit une attestation d'un gynécologue de l'établissement déclarant qu'il prenait en charge gratuitement les parturientes allemandes dans son secteur libéral pour suggérer que la stratégie mise en place ne coûtait rien à l'assurance maladie. Toutefois, le praticien intervient au détriment des assurés sociaux français et ne reverse pas de redevance sur honoraires au budget de l'établissement.

Le projet d'établissement 2000-2005 tablait sur 10 000 passages par an aux urgences et 600 sorties pour le SMUR. Ce dernier a effectué 651 sorties en 2007 et les urgences ont accueilli 12 409 passages. En sept ans, l'activité des urgences a augmenté de 24 %. Les objectifs sont donc atteints. Dans le but de réduire des coûts de fonctionnement considérés comme importants eu égard aux moyennes nationales, l'établissement a renoncé à son unité mobile hospitalière pour la remplacer par un véhicule léger destiné à rejoindre les ASSU (ambulances de secours et de soins d'urgence) ou les véhicules de secours aux victimes des sapeurs pompiers (VSAV) pour leur apporter une assistance médicale sur le lieu d'intervention.

Le service de radiologie a bénéficié de l'installation d'un scanner en 2004. En 2008, l'établissement a augmenté la puissance de l'appareil en portant le nombre de barrettes de 64 à 128 pour atteindre le plus haut niveau technologique. Cette mise à niveau a été réalisée sans l'autorisation préalable de l'agence régionale de l'hospitalisation. La chambre s'interroge sur l'intérêt de faire une telle mise à niveau pour 4 500 actes de scanographie en 2007 dans un établissement de proximité. Le directeur de l'établissement n'a pas apporté la preuve d'une demande d'autorisation préalable antérieure à l'acquisition.

## **2. La coopération transfrontalière**

Compte tenu de sa situation géographique, à la frontière allemande, le centre hospitalier de Wissembourg s'est engagé très tôt dans la coopération transfrontalière avec les services sanitaires allemands. Les projets ont connu un succès très relatif. L'établissement s'est heurté à des différences d'organisation entre l'Etat allemand et l'Etat français dans le domaine de la planification sanitaire, des normes, de la réglementation, de la tarification, du mode de remboursement et des sources de financements.

A la fin des années 90 déjà, une convention devait être mise en place entre les autorités et les caisses d'assurance maladie des deux pays. L'accord devait porter sur le libre accès des patients aux établissements de santé de Bad Bergzabern et Wissembourg, la facturation, le transport, et une évaluation régulière de la coopération. Mais cette convention n'a jamais été signée.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Deux projets de coopération ont été engagés également sans succès. Tout d'abord, une restructuration de l'offre de soins a été tentée avec les deux établissements de Bad Bergzabern. Ensuite, une coopération a été amorcée avec le centre hospitalier de Dahn pour la réalisation de certains actes médicaux mais interrompue par la réorganisation de cet hôpital.

En revanche, certaines initiatives ont été couronnées de succès. Des vacations d'urologie et d'ORL effectuées par des praticiens allemands ont pu être mises en place au centre hospitalier de Wissembourg afin de maintenir une offre de soins dans ces disciplines pour les habitants de la région de Wissembourg.

En 2002, une convention a été signée avec la Croix rouge allemande pour des interventions nocturnes du service d'urgence de Wissembourg en Allemagne. Chaque soir, un véhicule stationne à l'hôpital de Wissembourg, conduit par un chauffeur de la Croix rouge allemande et médicalisé par l'établissement français qui met à disposition un praticien et une infirmière si nécessaire. Entre 2002 et 2007, 380 interventions ont été effectuées en Allemagne dans ce cadre, soit un peu plus de 60 par an.

La France et l'Allemagne ont signé en 2005 un accord-cadre qui a pris effet à la fin de l'année 2006. Cette convention a suscité l'émergence de divers projets dont l'évaluation n'est pas encore possible.

Le centre hospitalier de Wissembourg a eu recours au scanner de Bad Bergzabern jusqu'en 2004, date à laquelle l'établissement a acquis son propre appareil. Il a également acquis en partenariat avec une clinique et un cabinet de radiologues allemands, un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM) à Landau (RFA) dans des conditions critiquables. En effet, pour optimiser l'offre de soins, la France a mis en place une planification sanitaire qui impose un régime d'autorisation préalable. Or, le centre hospitalier de Wissembourg ne s'est pas attaché à obtenir cette autorisation après avoir essuyé un premier refus d'implanter un appareil d'IRM dans ses propres locaux.

Le centre hospitalier de Wissembourg a passé une première convention le 14 septembre 1999 avec un hôpital allemand et un cabinet de radiologie de Landau pour déterminer les conditions dans lesquelles les patients du centre hospitalier de Wissembourg pourraient bénéficier d'examen d'imagerie par résonance magnétique à Landau. Les signataires de la convention ont créé une société de droit civil allemand pour l'acquisition en copropriété d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique, le centre hospitalier de Wissembourg étant propriétaire de 10 % des parts de la société et donc de la même quotité de temps d'utilisation de l'appareil. L'hôpital allemand détenait, pour sa part, 30 % des parts et le cabinet de radiologie 60 %. Ont suivi plusieurs conventions entre partenaires, pour régler les modalités d'utilisation de l'appareil.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Le tribunal administratif de Strasbourg a eu l'occasion de se prononcer sur la légalité de ces conventions. Le centre hospitalier de Wissembourg avait saisi le tribunal des affaires de la sécurité sociale parce que l'assurance maladie refusait de rembourser les forfaits techniques relatifs à l'appareil, faute d'autorisation préalable. Le tribunal des affaires de la sécurité sociale a consulté le tribunal administratif sur la question préjudicielle de savoir si les conventions conclues par le centre hospitalier de Wissembourg étaient légales. Le tribunal administratif de Strasbourg a été parallèlement saisi par l'agence régionale de l'hospitalisation sur la légalité des délibérations du conseil d'administration approuvant les conventions. Par deux jugements distincts du 21 octobre 2003, la juridiction a annulé les délibérations d'une part et déclaré les conventions non valides d'autre part. Si le tribunal administratif n'était pas compétent pour traiter d'un éventuel contentieux entre les parties au contrat soumis aux juridictions allemandes par les termes même de la convention, la juridiction française était dans son domaine de compétence en annulant les délibérations du centre hospitalier de Wissembourg. L'annulation des délibérations entraînait par voie de conséquence la nullité des conventions.

La juridiction a considéré que ces délibérations étaient illégales, car une carte sanitaire organise l'offre de soins sur le territoire national et l'installation des équipements lourds doit faire l'objet d'une autorisation préalable. Le centre hospitalier de Wissembourg n'ayant pas obtenu d'autorisation préalable pour l'installation d'un appareil d'IRM, l'acquisition de cet appareil, même en copropriété, a été considérée par le tribunal administratif comme un contournement de la carte sanitaire.

Le directeur du centre hospitalier de Wissembourg a produit une courte délibération du 15 octobre 2001 par laquelle le conseil d'administration de l'établissement approuve une convention transférant la propriété de la quote-part de l'IRM à un médecin libéral non désigné tout en maintenant la plage horaire de l'hôpital. A l'appui de la délibération se trouve un projet de convention à conclure avec un médecin libéral qui prévoit le transfert à ce dernier de tous les droits et obligations de l'établissement sur l'IRM contre 1 € symbolique. Le médecin louera au centre hospitalier les droits de jouissance de l'appareil pour 1 € par an. L'établissement continuera à prendre en charge les dépenses pesant sur les droits acquis par le médecin et encaissera les forfaits techniques. En fin de contrat, le médecin s'engage à rétrocéder à la demande du centre hospitalier pour un 1 € les droits acquis en vertu de la présente convention. Cependant, le directeur n'a pas été en mesure de produire une convention signée.

Les décisions du tribunal administratif de Strasbourg étaient définitives et exécutoires, le centre hospitalier de Wissembourg n'ayant pas fait appel avec une demande de sursis à exécution. Les instances d'appel et de cassation saisies successivement n'ont fait que confirmer le sens des jugements initiaux. La direction de l'établissement n'a pourtant pas tiré les conséquences des jugements du 21 octobre 2003 en cédant immédiatement les parts de la société de droit allemand. L'établissement est en effet resté propriétaire jusqu'à la fin de l'année 2004, date à laquelle l'appareil d'IRM a été cédé et la dissolution de la société de droit allemand prononcée. Mais l'établissement a continué à recourir à l'appareil d'IRM de Landau de 2004 à 2007 dans le cadre d'une nouvelle société, un contrat de poursuite d'activité ayant été conclu le 14 septembre 2004 entre l'hôpital de Wissembourg et le cabinet de radiologie de Landau.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Pour privilégier cette solution, la direction a avancé que le délai d'attente pour un acte d'IRM est d'une semaine à Landau, alors qu'il est de 2,5 mois à Haguenau, la distance à parcourir pour rejoindre le site de l'appareil étant approximativement identique (30 km).

Le tableau ci-dessous reproduit le nombre d'actes réalisés à Landau pour les patients de l'hôpital de Wissembourg.

	2005	2006	2007	Ecart 2006/2007 en %
Nombre d'actes externes	176	286	178	-37,76
Hospitalisés	17	21	48	128,57
Total	193	307	226	-26,38

Source : CH de Wissembourg - Actes externes relevées à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), données hospitalisés relevés à partir des factures.

Jusqu'en 2007, l'établissement prenait en charges les actes d'IRM sur son budget aussi bien pour ce qui concerne les hospitalisés que les consultants externes alors que pour ces derniers l'urgence n'est pas avérée. Après 2007, l'établissement a cessé d'adresser des patients en Allemagne et la réglementation a changé en matière de facturation. Les actes de radiologie aux consultants sont désormais facturés aux patients.

Entre 1999 et 2004, l'établissement a payé 124 843 € de participation au financement de l'appareil d'IRM et 87 189 € pour le fonctionnement courant. Par une convention du 2 novembre 2004, le cabinet de radiologie, devenu depuis propriétaire de 90 % des parts de la société, a racheté l'appareil d'IRM et la société propriétaire de l'appareil a été dissoute. Le centre hospitalier de Wissembourg n'a pas payé son dernier versement qui était de 26 664,67 € somme équivalente à la quote-part de la valeur liquidative lui revenant.

Depuis 2005, l'établissement paie annuellement 12 000 € de participation aux frais d'entretien pour l'utilisation d'une plage horaire. On peut donc s'interroger sur l'intérêt d'avoir été propriétaire d'un appareil d'IRM entre 1999 et 2004, le nouveau dispositif étant moins onéreux pour l'établissement. Dans cette deuxième phase, l'établissement était exonéré du paiement des amortissements et ne payait que les frais de personnel, de maintenance et de consommables. Depuis 2007, l'établissement a mis fin au dispositif. Le directeur de l'établissement dit avoir mis en place ces accords avec le cabinet de radiologie allemand pour économiser les deniers de l'assurance maladie.

L'engagement du centre hospitalier de Wissembourg était disproportionné puisque 1 200 actes d'IRM pouvaient être réalisés par an pour un besoin qui atteignait 20 % des possibilités. L'établissement a d'ailleurs rétrocédé par convention une partie de sa plage horaire au cabinet de radiologie allemand copropriétaire.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

La direction a fait, au conseil d'administration, une présentation du projet d'acquisition de 10 % de l'appareil d'IRM à Landau, particulièrement ambiguë et lacunaire. La délibération du conseil d'administration du 23 juin 1999, ne présentait que la «*location*» d'une plage d'IRM de cinq heures par semaine en Allemagne en précisant que «*la solution ne serait pas contradictoire avec la réglementation existante*», affirmation qui a été contredite ensuite par le tribunal administratif de Strasbourg. Le conseil d'administration a décidé, dans la même délibération, «*l'acquisition d'une plage de cinq heures*» par semaine d'IRM à Landau, alors qu'il s'agissait d'acquérir une quote-part de l'appareil à travers une société civile de droit allemand. Cette plage horaire devait permettre la réalisation de 700 actes d'IRM.

La délibération du 12 octobre 1999 a présenté au conseil d'administration les suites données à la décision du conseil d'administration du 23 juin 1999 précitée. La pièce jointe explique que : «*le centre hospitalier dispose d'une plage d'une demi-journée le mardi après-midi à Landau à compter du 1<sup>er</sup> octobre 1999 aux conditions suivantes : coût de la location de la plage : 44 000 DM par an, soit approximativement 16 000 F par mois ; le manipulateur et les produits de contraste sont fournis par l'hôpital, ce qui correspond à une possibilité de 100 examens par mois, dont la contre-valeur en France est de 150 000 F au tarif sécurité sociale*».

Le conseil d'administration ne s'est donc pas prononcé sur la prise de participation de l'établissement dans la société de droit civil allemand. L'assemblée ne s'est pas prononcée non plus sur l'acquisition d'un équipement lourd qui figurait pourtant, à cette date, au nombre de ses compétences<sup>3</sup>. La chambre considère que l'opération a été pour une grande partie dissimulée au conseil d'administration par la direction de l'établissement.

Dans le projet d'établissement 2000-2005 l'acquisition d'un appareil d'IRM était projetée et en attendant «*le recours aux équipements radiologiques lourds du centre hospitalier de Haguenau demeurent le principe en matière d'équipements lourds*». La direction n'a pas fait apparaître le projet de s'associer avec une clinique et un cabinet de radiologues allemands pour l'activité d'imagerie pourtant en cours lors de la préparation du projet d'établissement en 1999.

Enfin, la plupart des conventions communiquées durant la phase d'instruction sont en langue allemande. Seules les conventions produites à l'appui du recours devant le tribunal administratif ont fait l'objet d'une traduction. Il est rappelé que les conventions, qui engagent l'établissement, doivent absolument faire l'objet d'une traduction en langue française pour la bonne information des instances de l'établissement, de la tutelle et des organismes de contrôle.

\* \*

---

<sup>3</sup> Article L.714-4 -en vigueur en 1999 - Le conseil d'administration définit la politique générale de l'établissement et délibère sur : ... 2° Les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds.

La coopération transfrontalière n'a pas connu le succès que l'établissement escomptait. Plusieurs des projets de service 2000-2005 ont envisagé le développement de leur activité dans la coopération transfrontalière sans connaître de résultats. Malgré tous ces efforts, la part des patients domiciliés à l'étranger en 2007 se limite à 0,85 %, soit 63 patients pour 7 390 séjours médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). L'agence régionale de l'hospitalisation considère que la coopération transfrontalière n'est pas une priorité pour le centre hospitalier de Wissembourg, mais préconise plutôt une collaboration étroite avec le centre hospitalier de Haguenau pour faire une offre de soins adaptée à l'adresse de population de l'arrondissement de Wissembourg.

### **3. L'activité libérale**

Les praticiens hospitaliers, exerçant à temps plein, peuvent être autorisés à exercer une activité libérale au sein de leur établissement à la triple condition qu'ils exercent une activité de même nature au sein de l'établissement, que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hebdomadaire et que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur à ceux effectués au titre de l'activité publique<sup>4</sup>.

Afin de vérifier la dernière des trois conditions, l'établissement s'est donné les moyens de dénombrer les actes publics pour chaque praticien et de les comparer avec le nombre d'actes réalisés en activité libérale.

La commission d'activité libérale a pour mission d'assurer le contrôle interne de l'activité privée des praticiens détenteurs d'un contrat d'activité libérale qui sont au nombre de sept dans l'établissement. Elle s'est réunie au moins une fois par an au cours de la période examinée conformément aux textes, sauf en 2004 où il n'y a eu aucune réunion.

Le rapprochement des actes et consultations publics et privés fait apparaître des débordements importants dans les services de pédiatrie et de médecine en raison d'une suractivité des secteurs libéraux. Alors que les informations sur l'activité publique et privée des praticiens lui sont communiquées, la passivité de la commission d'activité libérale pourrait être interprétée comme une caution des comportements abusifs. Le président de la commission d'activité libérale dit avoir adressé le 25 août 2008 un courrier à l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale au sein de centre hospitalier de Wissembourg en les invitant à respecter la réglementation en vigueur sans exception.

Ainsi, en 2002, la différence entre le secteur public et privé en pédiatrie est expliquée par la présence d'un seul pédiatre avec des astreintes à assumer seul. C'est le déficit en médecins pédiatres qui est relevé et non la suractivité du praticien du service.

---

<sup>4</sup> Article L. 6154-2 du code de la santé publique.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

En 2005, la commission d'activité libérale se penche sur l'activité médicale du pédiatre pour relever une activité publique relativement basse alors que le praticien aurait dû rééquilibrer son activité en transférant des patients de son activité libérale vers son activité publique.

Lors de la réunion de la commission d'activité libérale du 17 novembre 2006, le représentant de l'assurance maladie a relevé un déséquilibre important entre l'activité libérale et l'activité publique en pédiatrie ainsi qu'une activité privée supérieure à l'activité publique en médecine. Le procès-verbal fait état d'un accord passé avec le pédiatre pour l'autoriser à faire deux fois plus d'actes dans son secteur privé qu'en public. Cet accord est contraire à la loi.

Trois praticiens ont une activité libérale sensiblement supérieure à leur activité publique au niveau des consultations externes. Les trois médecins et le président de la commission d'activité libérale ont été appelés à se justifier.

Praticien	Année	Consultations	
		privées	publiques
Docteur X.	2006	192	43
	<b>2007</b>	212	43
Docteur Y.	2006	227	12
	<b>2007</b>	218	15
Docteur Z.	2006	1 566	56 urgences 553
	<b>2007</b>	1 403	107 urgences 530

Source : tableau CRC – données CH Wissembourg

Les praticiens appelés à la contradiction ont demandé que soient ajoutés aux données communiquées par la direction de l'établissement, les actes effectués en hospitalisation complète, les consultations effectuées au service des urgences et pour l'un des praticiens, les consultations effectuées au lit des patients. Ils ont également considéré que les actes et les consultations devaient être totalisés avant rapprochement de l'activité publique et de l'activité libérale. Or, la circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 précise qu'il convient de faire la comparaison en distinguant les actes médicaux d'une part et les consultations d'autre part.

Ainsi, les consultations externes du secteur libéral sont bien supérieures aux consultations externes du secteur public des trois praticiens même après ajout des consultations publiques effectuées au service des urgences. La chambre ne peut accepter de prendre en compte les consultations effectuées au lit du patient, la circulaire précitée les exclut du mode de calcul en précisant que seules peuvent être prises en compte les consultations effectuées au cabinet du praticien.

Après contradiction et prise en compte des réponses apportées par les praticiens concernés, la chambre maintient son appréciation sur le caractère excessif de l'activité libérale de consultations des trois praticiens.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

En application de l'article L. 6154-4 du code de la santé publique, la commission d'activité libérale peut proposer au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation la suspension ou le retrait définitif de l'autorisation d'exercice de l'activité libérale, lorsque le praticien méconnaît les termes du contrat qu'il a signé. La commission d'activité libérale dispose donc d'un pouvoir déterminant pour le respect des règles de fonctionnement de l'activité libérale au sein de l'établissement. Il y aurait lieu de lever l'anonymat dans les comptes rendus de la commission, d'adresser des courriers aux praticiens commettant des débordements, avant de saisir le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour signaler les faits et demander des suspensions de contrats provisoires, puis définitives.

#### **4. La situation financière**

##### **4.1. Le compte de résultat**

L'examen de la situation financière de l'établissement porte sur les exercices 2003 à 2007. Au cours de cette période, les recettes de fonctionnement ont progressé de 26 % pour atteindre 27,5 M€ Un tassement des recettes de l'assurance maladie est observé à compter de l'exercice 2005, date à laquelle l'établissement est passé progressivement d'un financement par une dotation globale annuelle à une tarification à l'activité. Le budget de l'établissement ne dépend plus d'une subvention régulièrement réévaluée mais d'un tarif variable versé pour chaque séjour effectué.

Le budget de l'établissement n'a pas subi favorablement la période de transition entre le financement par la dotation globale et le financement à l'activité. Au cours de la période de montée en charge de la tarification à l'activité, sur les exercices 2005, 2006 et 2007, les recettes de l'assurance maladie se sont stabilisées. En 2007, l'établissement a dû accuser une diminution de son activité de 5,2 % (7 639 séjours en 2006, 7 390 en 2007). Il en résulte une diminution des recettes tarifées de 5,82 % (16 975 445 € en 2006 et 15 987 787 € en 2007). Le plan d'économie nationale a également joué sur les recettes pour 200 000 € par an à compter de 2006. Mais en 2008, l'établissement a bénéficié d'une plus-value de recettes de l'assurance maladie de 1 M€ au moment du passage à la tarification à l'activité à 100 % malgré la mise en place d'un taux de transition de 98,84 % qui prive l'établissement de 1,16 % de ses recettes de l'activité tarifée. Le total des recettes de l'assurance maladie a ainsi progressé comme suit :

<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>
16 994 963 €	18 191 688 €	19 188 781 €	19 455 459 €	19 371 849 €	20 430 529 €

Source : CRC/C.H.

Parallèlement à cette stabilisation des recettes, les dépenses de fonctionnement ont augmenté plus vite (+ 28 %). En raison de l'effet de ciseaux défavorable, le total des dépenses de fonctionnement a rejoint le total des recettes. Comme conséquence, l'établissement se trouve depuis 2006, dans une situation d'équilibre. Ainsi, le résultat de fonctionnement, qui était de plus de 1 M€ en 2004 et 2005, se trouve réduit à 97 000 € en 2006 et 227 000 € en 2007. Les dépenses du groupe IV sont celles qui augmentent le plus vite (+ 91 %) en raison d'une politique volontariste en matière d'amortissements et du rattachement plus rigoureux de 1 M€ de charges à l'exercice à compter de 2006.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

La diminution de l'excédent brut d'exploitation<sup>5</sup> depuis 2005 révèle que l'effet de ciseaux défavorable entre les recettes et les dépenses de fonctionnement n'a pas seulement les amortissements pour origine, mais également une diminution de la performance de l'exploitation. Après avoir diminué de 2,5 M€ en 2004 à 1,2 M€ en 2007, l'excédent brut d'exploitation remonte à 2,4 M€ en 2008, à la faveur de la plus-value de recettes de 1 M€ déjà citée, mais l'excédent brut d'exploitation ne fait que retrouver le niveau de 2004.

Le résultat d'exploitation est négatif pour la première fois en 2007 (-426 586 €). Le déficit résulte pour partie de la diminution de l'excédent brut d'exploitation mais, pour une partie plus importante, de la croissance continue des amortissements (1 136 565 € en 2003, 2 079 800 € en 2007). La plus-value de recettes de 1 M€ en 2008, permet un retour du résultat d'exploitation en territoire positif (+ 450 972 €).

Malgré la dégradation du résultat comptable, la capacité d'autofinancement brut de l'établissement se maintient du fait des amortissements. Après déduction du remboursement du capital de la dette de 162 155 € en 2007, il subsiste une capacité d'autofinancement net de 2 934 245 €. En raison d'un endettement très faible, l'établissement peut consacrer la presque totalité de son autofinancement au financement direct des investissements.

#### **4.2. Le bilan**

Le fonds de roulement net global de 6 826 000 € couvre largement le besoin en fonds de roulement qui n'est que de 1 033 308 €. Le fonds de roulement couvre 100 jours de fonctionnement, le seuil minimum étant communément fixé à 20 jours.

L'établissement dispose d'une trésorerie surabondante (5 792 691 € au 31 décembre 2007). Le ratio de trésorerie en nombre de jours de charges courantes est de 65 jours. La médiane nationale pour les établissements publics de santé est calculée à 11 jours et le centre hospitalier de Wissembourg se trouve dans les 10 % d'établissements dont la trésorerie est la plus élevée en France.

A la fin de l'exercice 2007, le résultat d'investissement consolidé au budget est de 10 276 241 €. A la même date, le fonds de roulement d'investissement au bilan est excédentaire de 4 452 884 €. Le budget et le bilan révèlent ainsi un surfinancement net des investissements dû notamment à un recours anticipé à l'emprunt. En effet, malgré ses ratios favorables et le niveau de sa trésorerie, l'établissement a contracté un emprunt de 2 000 000 € en 2007 pour financer la construction d'un établissement pour l'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Au moment de l'instruction à l'automne 2008, la construction n'avait pas encore commencé. Le prêt a donc été contracté hâtivement sans que l'établissement en ait l'utilité. La convention de prêt a été conclue le 4 juillet 2007 au taux fixe de 4,10 %. Le contrat offrait à l'emprunteur la possibilité de demander le déblocage des fonds par tranches successives jusqu'au 30 juin 2009, mais l'établissement n'a pas fait usage de

---

<sup>5</sup> L'excédent brut d'exploitation résulte de la différence entre les recettes d'exploitation et les dépenses d'exploitation sans prise en compte des amortissements et des provisions.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

cette possibilité alors que la construction à financer n'était pas engagée. L'établissement a en fait demandé le déblocage de la totalité des fonds dès la signature. Un compte à terme a été ouvert et les fonds ont été placés dès le 13 juillet 2007 au taux nominal de 4,30 % et actuariel de 4,36 %. Le produit du placement ajouté au produit d'autres placements couvre cependant les intérêts financiers. Au 31 décembre 2007, le montant total des placements s'élève à 5 630 000 €. Toutefois, avec la baisse actuelle des taux, la situation va s'inverser et l'établissement ne pourra plus couvrir les intérêts d'emprunt avec les produits financiers des placements. Le directeur de l'établissement dit que l'objet du contrat avait été modifié par avenant en 2009 et avait été remboursé en juillet 2009.

L'article L. 1618-2 du code général des collectivités territoriales, applicable aux hôpitaux, prévoit que peuvent être placés les fonds provenant d'emprunts dont l'emploi est différé pour des raisons indépendantes de la volonté de la collectivité ou de l'établissement public. En débloquant immédiatement la totalité des fonds dès la conclusion du contrat d'emprunt alors que la construction à financer n'était pas engagée, l'établissement a délibérément augmenté sa trésorerie disponible. L'emploi des fonds n'était donc pas différé pour des raisons indépendantes de la volonté de l'établissement. En conséquence, la condition pour autoriser le placement de fonds n'était pas remplie.

Si le tableau récapitulatif annuel des amortissements ne fait apparaître que des comptes du chapitre 21, il est apparu que les immobilisations en cours de construction inscrites provisoirement au chapitre 23 étaient également amorties avant même d'être transférées au chapitre 21. Cette pratique n'est pas régulière. Les biens ne peuvent être amortis qu'à compter de leur mise en service. En effet, l'instruction comptable M21 applicable aux établissements publics de santé, prévoit que les biens non encore mis en service, imputés au compte 23 «Immobilisations en cours» ne sont pas compris dans le calcul de la dotation aux comptes d'amortissements de l'année. L'amortissement d'un bien ne peut être mis en œuvre qu'à compter du 1<sup>er</sup> janvier de l'exercice qui suit sa mise en service ou son acquisition. L'établissement peut cependant mettre en œuvre les amortissements à compter de la mise en service du bien selon la règle du *pro rata temporis* pour tenir compte, la première année, du temps écoulé entre la mise en service du bien et la fin de l'exercice. L'établissement pratique la règle du *pro rata temporis* et applique les durées d'amortissement minimales. C'est ainsi que l'établissement pratique une politique d'amortissements dynamique.

L'ensemble des provisions inscrites au bilan a pu être justifié. Cependant, une provision pour charges d'un M€ a été constituée en 1995 et 1998. Elle n'a pas été mouvementée depuis. Elle a pour objet de couvrir d'éventuelles charges de grosses réparations de toiture, de ravalement de façades ou de casse de matériel médical onéreux comme les tubes de radio. L'ancienneté de la provision, la diversité et l'imprécision des risques évoqués jettent un doute sur sa nature et son intérêt. Le risque n'est pas suffisamment identifié pour retenir cette somme non négligeable sur autant d'exercices. La provision ne peut être maintenue au bilan qu'à la condition qu'un risque financier certain pèse sur le budget et pour ce qui concerne les dépenses pour gros entretien ou grandes révisions un plan pluriannuel d'entretien doit être établi. Compte tenu de son ancienneté, cette provision s'assimile davantage à une réserve, qui dès lors devrait être reprise pour être intégrée dans le résultat de l'établissement. La direction a fait savoir que la recommandation de la chambre serait prise en compte au cours de l'exercice 2009.

## **5. La nouvelle gouvernance**

Avant la mise en place de la nouvelle gouvernance en 2005, le directeur de l'établissement public de santé était assisté d'un conseil d'administration, d'une commission médicale d'établissement et d'un comité technique d'établissement. L'ordonnance n° 2005-106 du 2 mai 2005, désormais codifiée dans le code de la santé publique, est venue compléter cette organisation de l'établissement de santé en créant un conseil exécutif et un niveau de regroupement des services de soins : le pôle d'activité.

Le conseil exécutif est présidé par le directeur de l'établissement. Il associe à parité des membres de l'équipe de direction administrative d'une part, et d'autre part, des représentants du corps médical dont la moitié au moins doit exercer les fonctions de responsable de pôle. Le président de la commission médicale d'établissement est membre de droit du conseil exécutif.

La direction de l'établissement a fixé le nombre de membres du conseil exécutif à 10. Deux des praticiens, siégeant au conseil exécutif, siègent également au conseil d'administration. Or, l'article L. 6143-6 du code de la santé publique dispose que nul ne peut être membre du conseil d'administration, s'il est membre du conseil exécutif, à l'exception du président de la commission médicale d'établissement. En conséquence, les deux praticiens précités doivent se retirer de l'une des deux instances pour faire cesser l'incompatibilité. En outre, dans les procès-verbaux du conseil exécutif, apparaissent des membres consultatifs alors que la réglementation ne le prévoit pas. Le directeur a fait savoir que l'un des praticiens avait démissionné et l'autre avait quitté l'établissement.

Il est apparu également qu'un praticien siégeait au conseil d'administration dans le collège des représentants des conseils municipaux. L'article L. 6143-6 du code de la santé publique défend pourtant aux agents salariés de l'établissement d'être membre du conseil d'administration, sauf lorsqu'ils sont représentants du personnel. Ce praticien ne peut donc pas siéger dans le collège des représentants des collectivités locales. La présence de membres incompatibles entache la légalité des délibérations du conseil d'administration. En conséquence, il conviendra de demander aux collectivités locales de désigner un autre représentant. Le directeur a fait savoir que ce praticien avait également démissionné du conseil d'administration.

La direction de l'établissement n'a pas pris la mesure du champ d'activités du conseil exécutif. Le législateur a fixé à cette instance une liste limitative de compétences<sup>6</sup>. Dès lors, le conseil exécutif du centre hospitalier de Wissembourg ne peut pas affirmer que tous les points proposés à l'ordre du jour par les membres sont de la compétence du conseil exécutif (procès-verbal du 3 août 2004). Lors de la réunion du 15 mai 2007, il a été décidé par le conseil exécutif que, « *lorsque la commission médicale d'établissement donne un avis non explicite en matière de recrutement des médecins, le conseil exécutif sera saisi des problèmes de recrutement. Son avis sera examiné lors de la commission médicale suivante. Le responsable de pôle et le chef de service du poste à pourvoir seront invités à la réunion du conseil exécutif.* » Le conseil exécutif ne peut pas se substituer à la commission médicale

---

<sup>6</sup> Article L. 6143-6-1 du code de la santé publique.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

d'établissement dans le recrutement des praticiens hospitaliers. Il donne un avis sur la nomination des chefs de pôle d'activité clinique et médico-technique et des chefs de service, en revanche le recrutement des médecins n'est pas de sa compétence. Le conseil exécutif s'est prononcé dans bien d'autres domaines qui ne figurent pas au nombre de ses compétences<sup>7</sup>. En revanche, le conseil exécutif n'a pas encore examiné les plans de formation et d'évaluation qui y figurent.

\* \*

Le second volet de la nouvelle gouvernance porte sur l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur décision du conseil d'administration et après consultation du conseil exécutif<sup>8</sup>.

Le centre hospitalier de Wissembourg a fait le choix de créer un pôle de gestion comprenant les services administratifs et logistiques, un pôle médico-technique, un pôle « réanimation-bloc opératoire » et quatre pôles pour les services de soins :

- médecine-cardiologie (médecine, cardiologie, rééducation cardiaque, endoscopie, cure ambulatoire en alcoologie et en tabacologie, hôpital de jour gériatrique) ;
- gériatrie-secteur médico-social (maisons de retraite de Wissembourg, Lauterbourg, Betschdorf et Seltz, unités de soins de longue durée, accueil de jour Alzheimer, service de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées) ;
- chirurgie-gynécologie (chirurgie digestive, traumatologie-orthopédique, ophtalmologie, ORL, urologie, et gynécologie) ;
- mère-enfant (maternité, pédiatrie, planification et d'éducation familiale, obstétrique).

Pour leur fonctionnement, les pôles doivent élaborer un projet médical global et fédérateur. La direction de l'établissement met ensuite en place une contractualisation interne avec les pôles d'activité. Les contrats, conclus entre le directeur, le président de la commission médicale d'établissement et le responsable de chaque pôle, définit les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. Pour l'exécution des contrats internes, les responsables de pôle bénéficient d'une délégation de gestion de la part du directeur de l'établissement. Les conditions d'exécution du contrat font l'objet d'une évaluation annuelle.

---

<sup>7</sup> Tableau des effectifs médicaux (03/08/04), garde des assistants et internes (05/11/04), affectation du résultat (17/01/05), acquisition de matériels médicaux (20/09/05), gestion du personnel paramédical (19/01/06), budget (16/10/06), organisation administrative (11/12/06), renouvellement de fonctions de membres du corps médical (10/05/07).

<sup>8</sup> Article L.6146-1 du code de la santé publique.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Au centre hospitalier de Wissembourg, le fonctionnement des pôles d'activité s'est, jusqu'à présent, limité à la définition d'un projet médical par pôle et au suivi de l'activité médicale de chaque service du pôle qui se traduit en fin d'exercice par la confection du rapport d'activité annuelle par pôle.

Les pôles n'ont pas bénéficié de l'affectation de personnels administratifs pour la gestion, tout au plus d'un référent administratif. Le directeur de l'établissement n'a pas mis en place de contrats de pôle assortis de délégations de gestion. En conséquence, les pôles d'activité sont privés de moyens et de capacité de décision pour agir.

Les pôles ne disposent pas de tableaux de bord financiers pour le pilotage de leur activité. Il n'y a ni budget, ni compte de résultat autonome, ni indicateurs d'activité. Ils bénéficient uniquement depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2008 de statistiques d'activité, communiquées mensuellement par le service des admissions ou le département d'information médicale.

L'établissement participe à l'échelle nationale de coûts. Il ne pèse donc aucun doute sur la qualité de sa comptabilité analytique. Celle-ci devrait toutefois être mise au service du fonctionnement interne pour confectionner des budgets et des comptes de résultats par pôle et des tableaux de bord médico-économiques en collaboration avec le département d'information médicale.

Le centre hospitalier de Wissembourg n'a pas de règlement intérieur. Ce document n'est pourtant pas optionnel. L'article L. 6143-1 du code de la santé publique dispose en effet que le conseil d'administration délibère après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement sur le règlement intérieur. L'établissement ne peut ainsi s'exonérer de ce document qui donne l'occasion de fixer les règles générales pour la bonne organisation de l'établissement, après consultation des instances.

L'absence de règlement intérieur se fait ressentir avec la mise en place de la nouvelle gouvernance. En effet, bon nombre de dispositions du code de la santé publique renvoient au règlement intérieur pour l'organisation et le fonctionnement des pôles, ainsi :

- l'article D.6146-2 précise que la durée du mandat des responsables de pôle est fixée par le règlement intérieur, ainsi que les modalités de leur renouvellement ;
- l'article R.6146-10 prévoit que le règlement intérieur fixe l'organisation et le fonctionnement des conseils de pôle ;
- l'article R.6146-12 indique que lorsque le nombre de cadres de santé, membres de droit du pôle, excède celui des praticiens hospitalier, le nombre de cadres est réduit à due concurrence, dans des conditions définies par le règlement intérieur ;
- selon l'article R.6146-13, le règlement intérieur fixe le nombre de sièges attribués au conseil de pôle aux différentes catégories de personnels médicaux et non médicaux ;
- en application de l'article R.6146-14, le règlement intérieur fixe les conditions de la suppléance des membres titulaires empêchés ;
- l'article R.6146-15 confie au règlement intérieur le soin de fixer les modalités de scrutin pour l'élection aux conseils de pôle ;

- l'article R. 6146-16 indique que le règlement intérieur définit les conditions dans lesquelles les professionnels exerçant dans plusieurs pôles, assistent avec voix consultative aux séances d'un conseil de pôle autre que celui auquel ils sont rattachés à titre principal. En cas de service dans plusieurs pôles, le professionnel intéressé est, pour l'élection des membres de conseils de pôle, rattaché au pôle où il exerce à titre principal.

Le règlement intérieur faisant défaut, toutes ces dispositions semblent être laissées à la libre appréciation du directeur de l'établissement, ce qui ne saurait durer. La chambre encourage l'établissement à se doter d'un règlement intérieur regroupant les règles essentielles au bon fonctionnement de l'établissement. Le directeur de l'établissement a répondu avoir l'intention de mettre en place un groupe de travail multifonctionnel dans le but de rédiger un règlement intérieur.

## **6. Le régime indemnitaire du personnel**

L'examen des rémunérations du personnel, sur les années 2005 et 2006, a révélé de nombreuses irrégularités. Des indemnités sont attribuées sans aucune base juridique. Lorsqu'elles sont réglementaires, les indemnités sont parfois détournées de leur objet ou versées en même temps que d'autres indemnités incompatibles. Les taux de rémunération fixés par les textes ne sont pas toujours respectés. Ils sont modifiés, arrondis à la hausse ou à la baisse, ou bien encore, revalorisés avec retard.

\* \*

Certains agents perçoivent une « indemnité indiciaire » parfois intitulée « indemnité compensatrice » qui n'a aucune base réglementaire. Le montant est variable et les bulletins de paie ne donnent pas d'indication sur le mode de liquidation.

Pour justifier le versement de cette indemnité, l'établissement a précisé que : *« cette indemnité est versée aux agents :*

- *au titre, soit dans l'attente d'une nomination dans un grade supérieur ;*
- *pour compenser une formation qualifiante (diplôme universitaire) ;*
- *pour avoir accepté de travailler dans un secteur de pénibilité ;*
- *en compensation du versement de la nouvelle bonification indiciaire, pour les contrats à durée indéterminée ».*

Cette indemnité a également été qualifiée lors de l'instruction de *« prime d'intéressement »*. Il n'existe aucun critère d'attribution ni règle de liquidation. Le versement et le montant de cette indemnité sont décidés de manière discrétionnaire par le directeur de l'établissement sans décision formalisée. Le total des indemnités indiciaires et compensatrices versées en 2006 est de 7 142,70 €

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

La direction de l'établissement a été invitée à mettre un terme au versement de cette prime irrégulière. Le directeur a fait savoir dans sa réponse aux observations provisoires que le versement de cette indemnité indiciaire avait cessé avec effet du 1<sup>er</sup> juin 2009 et que des heures supplémentaires effectives étaient payées dans la limite de dix heures par mois.

\* \*

L'établissement a versé en 2005 et 2006 à certains agents une indemnité de «*congé RTT<sup>9</sup>*». Pour justifier son versement, l'établissement a précisé que «*l'indemnité «congé RTT» est versée à tous les cadres suite au protocole d'accord «35 h» signé par les partenaires sociaux et approuvé par la tutelle*».

Au cours de l'instruction, l'établissement a produit le protocole d'accord du 17 décembre 2001 mais n'a pas pu apporter la preuve de l'accord de la tutelle. L'article 6 du document prévoit que : «*la proposition spécifique aux cadres, à l'exception du corps de direction, formulée en consensus avec eux, se présente comme suit : 10 jours RTT et le versement annuel de l'équivalent de 10/365 de l'indice fin de carrière des chefs de bureau.*» Ce protocole aurait ouvert la possibilité pour les cadres de percevoir l'équivalent de 10 jours de RTT par an sans que ce soit une obligation. Le protocole prévoit qu'il sera révisable chaque année jusqu'en 2004. Il a cependant été utilisé au moins jusqu'en 2006 pour rémunérer chaque année 10 jours de RTT aux cadres.

Le décret n° 2003-502 du 11 juin 2003 a permis, jusqu'au 31 décembre 2003, l'indemnisation des congés RTT qui n'ont pas été pris, ni affectés au compte épargne temps, ceci dans la limite de 10 jours. Cette disposition vient conforter le protocole d'accord local de 2001 mais se trouve limitée à l'année 2003. Le décret prévoit, en outre, que cette indemnité ne peut être versée qu'aux personnels travaillant au sein d'une unité soumise à de fortes contraintes de continuité de service, ce qui n'est pas établi pour ce qui concerne le centre hospitalier de Wissembourg.

Le décret n° 2003-506 du 11 juin 2003 est venu compléter le décret précité pour déterminer les conditions d'indemnisation. Le texte prévoit que l'indemnité, correspondant au paiement d'une journée de RTT, est calculée sur la base du trentième du montant imposable mensuel perçu, en moyenne, par l'agent concerné, pendant les mois de l'année civile précédente, au cours desquels l'intéressé était en activité en maintenant celles du protocole d'accord de 2001 qui repose sur l'indice de fin de carrière d'un grade (chef de bureau) qui n'existe plus<sup>10</sup>. L'établissement n'a pas retenu les modalités de rémunération réglementaires.

---

<sup>9</sup> Réduction du temps de travail.

<sup>10</sup> Le décret n° 2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière a déclaré le corps de chef de bureau en voie d'extinction et reclassé les chefs de bureau dans le nouveau corps.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

L'établissement a fait une règle permanente d'une mesure réglementaire transitoire limitée à l'année 2003, en s'appuyant également sur un accord local de 2001, qui n'était révisable que jusqu'en 2004. Le protocole d'accord ne peut pas servir de base juridique au versement d'indemnités qui n'avaient de fondement réglementaire que pour l'année 2003. Au surplus, les modalités réglementaires de liquidation de ces indemnités n'ont pas été respectées.

La direction de l'établissement a été invitée à mettre un terme au versement de l'indemnité équivalent à 10 jours de RTT. Elle a répondu que le versement avait cessé avec effet du 1<sup>er</sup> juin 2009 et que l'accord cadre RTT serait revu en fonction des observations. La chambre souligne cependant que le paiement des jours de congés RTT est soumis à une autorisation par décret avant de pouvoir être organisé par un accord cadre spécifique à l'établissement.

\* \*

En application du décret n° 98-841 du 21 septembre 1990, les attachés d'administration hospitalière du centre hospitalier de Wissembourg perçoivent mensuellement une indemnité forfaitaire représentative de travaux supplémentaires. Ils bénéficient également du versement d'indemnités horaires pour travaux supplémentaires. Le versement de ces dernières indemnités est doublement critiquable. En effet, les attachés d'administration hospitalière bénéficient d'un niveau de traitement qui ne les autorise pas à percevoir des heures supplémentaires<sup>11</sup>. Ensuite, l'indemnité horaire pour travaux supplémentaire n'est pas cumulable avec l'indemnité forfaitaire représentative de travaux supplémentaires, car cette dernière rémunère déjà des dépassements de l'horaire habituel de travail. L'article 5 du décret n° 2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires mentionne clairement l'incompatibilité entre les deux indemnités.

Si, comme l'a indiqué l'hôpital, les heures supplémentaires servent à rémunérer les astreintes du personnel d'encadrement, il est apparu à l'examen des bulletins de paie, que certains attachés percevaient effectivement des indemnités pour astreintes mais qui venaient s'ajouter à des indemnités pour heures supplémentaires et à des indemnités forfaitaires représentatives de travaux supplémentaires. Il ne suffit pas, comme l'a indiqué le directeur, de changer le libellé « heures supplémentaires » en « astreintes » car le mode de liquidation des indemnités permet de les requalifier en heures supplémentaires.

La direction de l'établissement est invitée à mettre fin aux incompatibilités dans le régime indemnitaire et à utiliser une terminologie claire et conforme à la réglementation pour les indemnités versées au personnel.

\* \*

---

<sup>11</sup> Le versement d'indemnités horaires pour travaux supplémentaires est réservé aux fonctionnaires de catégorie C et aux fonctionnaires de catégorie B dont la rémunération est au plus égale à l'indice de traitement brut 380.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

L'établissement dispose de 21 logements pour le personnel. Aucune convention d'occupation des logements n'est établie. La conclusion de conventions d'occupation précaire ou de concessions de logement pour nécessité absolue ou utilité de service est obligatoire. La commission médicale d'établissement n'est pas compétente pour décider de la gratuité de l'occupation même temporaire des logements de l'établissement.

\* \*

Un stagiaire en soins infirmiers a bénéficié du versement d'une somme de 1 000 € au mois de juillet 2006 pour projet professionnel IFSI (Institut de formation en soins infirmiers). Son bulletin de paie indique qu'il est étudiant en soins infirmiers. Ce montant ne peut pas être rapproché des taux de l'indemnité prévue par l'arrêté du 28 septembre 2001<sup>12</sup> modifiant l'arrêté du 23 mars 1992 relatif au programme des études conduisant au diplôme d'Etat d'infirmier.

Une décision du directeur de l'établissement, communiquée au cours de l'instruction, prévoit le recrutement de ce stagiaire pour un stage au service de médecine pour une rémunération de 1000 € et la gratuité du logement pour le mois de juillet 2006.

Le directeur régional des affaires sanitaires et sociales avait, précédemment au recrutement de ce stagiaire par le centre hospitalier de Wissembourg, émis un avis défavorable à la demande d'occupation d'un poste de faisant fonction d'interne en médecine. Le niveau de recrutement des faisant fonction d'interne jette un doute sur le statut d'étudiant en soins infirmiers indiqué sur le bulletin de paie de l'intéressé. Au surplus, les indemnités de stage des étudiants en soins infirmiers sont normalement versées par l'établissement de rattachement de l'institut de formation en soins infirmiers et non par l'établissement d'accueil du stagiaire. Or, le centre hospitalier de Wissembourg n'est pas doté d'un tel institut.

\* \*

Une stagiaire a bénéficié en juillet 2006 d'une gratification de 675 €. Elle a été stagiaire dans un secrétariat médical du mois de mai au mois de septembre 2006. La direction de l'établissement a qualifié cette rémunération de « *bénévolat gratifié* ». Le versement a été effectué en l'absence de toute convention de stage ou contrat de travail formalisant les relations avec l'hôpital. La loi n° 2006-396 du 31 janvier 2008 autorise une gratification lorsque le stage est supérieur à trois mois, mais le texte ne s'applique pas aux établissements publics de santé. En conséquence, la gratification accordée n'a pas de fondement réglementaire.

---

<sup>12</sup> L'article 4 de l'arrêté prévoit le versement par semaine de stage le versement par l'IFSI de 23 euros en première année, 30 euros en deuxième année, 40 euros en troisième année.

La chambre appelle l'attention sur les risques encourus par l'établissement lorsqu'il emploie des personnes sans contrat de travail et sans couverture sociale. Certaines situations pourraient également être assimilées à du travail clandestin en l'absence de paiement des charges sociales. Le directeur de l'établissement a produit un jugement du tribunal administratif de Versailles qui concerne en fait une commune dont les règles juridiques ne sont pas applicables aux établissements publics de santé. Le directeur a également fait savoir que dans l'attente d'un texte, ces gratifications étaient supprimées.

\* \*

Le montant de l'indemnité d'engagement de service public exclusif a été porté à 473,58 euros à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006 par arrêté du 6 juillet 2006. Pourtant, en décembre 2006 le montant réglé est toujours celui fixé par l'arrêté du 26 décembre 2005. Son montant a été porté à 477,37 euros à partir du 1<sup>er</sup> février 2007, l'établissement a précisé avoir appliqué ce nouveau taux à partir de mai 2007 et avoir procédé à la régularisation des mois précédents à la même date.

Le montant de l'indemnité multi-établissements a été porté à 404 euros à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006, par un arrêté du 6 juillet 2006. Pourtant en décembre 2006, le montant réglé est toujours celui fixé par l'arrêté du 26 octobre 2005. A l'instar de l'indemnité d'engagement de service public, la régularisation ne s'est faite qu'avec la paye du mois de mai 2007.

Dans les deux circonstances qui viennent d'être citées, la régularisation des taux d'indemnité peut être considérée comme tardive. La direction de l'établissement est tenue de revaloriser les taux des indemnités servies au personnel dès la publication des textes. Elle a répondu qu'elle tiendrait compte de cet encouragement.

## **7. La permanence des soins et son indemnisation**

La permanence des soins peut prendre la forme d'une permanence sur place (ou garde) ou d'une astreinte à domicile. Pour la totalité des services du centre hospitalier de Wissembourg, la permanence des soins est assurée sous forme d'astreintes, à l'exception du service de réanimation<sup>13</sup> qui comporte une garde sur place. L'établissement qualifie systématiquement les astreintes de « gardes ». Il y aurait lieu d'employer la terminologie réglementaire afin d'éviter toute confusion.

Les modalités d'organisation et d'indemnisation de la permanence des soins sont fixées par l'arrêté du 30 avril 2003 modifié. Pour une astreinte à domicile, le praticien perçoit une indemnité de base à laquelle s'ajoute une indemnité pour chaque déplacement sur appel du service. Par dérogation au principe qui vient d'être énoncé, le directeur de l'établissement peut, après avis de la commission médicale d'établissement, décider, pour une structure donnée, la mise en place d'une indemnisation forfaitaire de l'astreinte, en substitution de l'indemnité de base et des indemnités de déplacement quel qu'en soit le nombre. Le praticien

---

<sup>13</sup> A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007, le service de réanimation a été transformé en unité de surveillance continue.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

d'astreinte est alors rémunéré, pour chaque nuit d'astreinte, par un forfait unique au plus égal au montant d'une demi-indemnité de sujétion, augmentée de l'indemnité de base<sup>14</sup>.

La mise en place de cette forfaitisation doit donner lieu à un contrat annuel renouvelable, passé entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect de l'enveloppe allouée à l'établissement au titre de la permanence des soins et sous réserve d'une diminution des permanences sur place. Une évaluation annuelle du dispositif doit être réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit. Cette évaluation doit être communiquée au conseil d'administration et au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Dans la pratique, la direction du centre hospitalier de Wissembourg n'a pas établi de contrats avec les responsables des structures concernées par la forfaitisation. En outre, l'évaluation annuelle n'est pas établie. L'objectif de cette évaluation est de s'assurer que la forfaitisation ne coûte pas plus cher que la rémunération des déplacements. Cette évaluation ne peut pas être réalisée au centre hospitalier de Wissembourg car l'administration de l'établissement ne relève pas les déplacements des médecins d'astreinte.

La direction de l'établissement a dit évaluer annuellement la forfaitisation des astreintes sans toutefois produire de justificatifs. Le caractère financier de l'évaluation est par ailleurs contesté. Si l'arrêté du 30 avril 2003 ne précise ni la forme ni les objectifs de l'évaluation interne, il en confie la responsabilité au chef d'établissement et place l'évaluation au moment de la préparation du compte administratif<sup>15</sup>. En conséquence, la chambre maintient que l'évaluation de la forfaitisation des astreintes est au moins financière.

L'établissement verse aux praticiens une indemnité qualifiée d'«astreinte plafonnée» qu'il faut entendre comme une astreinte forfaitisée. Selon les procès verbaux de la commission des gardes médicales du 17 janvier 2006 et de la sous-commission de la permanence des soins du 11 septembre 2006, l'établissement procède à une forfaitisation des astreintes pour les praticiens hospitaliers des services suivants : médecine (35 000 €), gynécologie-maternité (45 400 €), chirurgie (35 000 € + 35 000 €), pédiatrie (35 000 €), radiologie (48 000 €), laboratoire (22 000 €), cardiologie (35 000 €). Le montant des enveloppes annuelles précitées a été évalué sur la base du nombre d'appels pris en charge par les colonnes d'astreintes. Une enveloppe annuelle de 98 731 € a été déterminée pour le service d'anesthésie-réanimation alors que celui-ci ne dispose d'aucune colonne d'astreinte, mais d'une colonne de garde sur place, effectuée sur le temps de travail hebdomadaire et rémunérée par l'indemnité de sujétion.

---

<sup>14</sup> Indemnité de sujétion de 257,07 €

<sup>15</sup> Article 14 - V de l'arrêté du 30 avril 2003 - extrait : « ... Ce dispositif donne lieu à un contrat annuel renouvelable, passé entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect de l'enveloppe allouée à l'établissement pour le financement de la permanence des soins au titre du budget de l'année et sous réserve d'une diminution des permanences sur place.

*Une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins dans le cadre de la préparation du compte administratif. Sur la base de cette évaluation, le contrat peut être reconduit. ... »*

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

L'enveloppe annuelle de chaque service est divisée par douze pour connaître le montant mensuel disponible. Sur cette base les praticiens se répartissent les indemnités et font leur affaire de l'organisation des astreintes pour le service. Le principe retenu par le centre hospitalier de Wissembourg aboutit à une indemnité d'astreinte variable d'un service à l'autre, mais également entre les praticiens d'un même service. Au mois de décembre 2006, le montant des astreintes plafonnées payées varie de 364,50 € à 4627,26 € par praticien.

Les gynécologues se répartissent les indemnités d'astreinte en fonction du nombre d'accouchements pratiqués durant la nuit. Ce dispositif conduit à une rémunération en fonction du nombre de déplacements et rejoint le principe de base de la rémunération des astreintes au nombre de déplacements, sans qu'il soit nécessaire de mettre en place des astreintes forfaitisées.

Si l'établissement entend maintenir le principe de l'astreinte forfaitisée, il y aura lieu de se conformer à l'arrêté du 30 avril 2003 en établissant les contrats annuels avec les responsables des structures, en définissant un taux forfaitaire unique par service, en pratiquant l'évaluation annuelle du dispositif. Cette dernière obligation réglementaire implique que l'administration relève les déplacements des praticiens.

Le directeur a fait savoir que les contrats avec les services avaient été établis et sont en cours de signature. En revanche, il maintient son refus de faire relever les appels des praticiens en astreinte. A défaut de relevé des appels des praticiens, il y aura lieu de revenir à une indemnisation avec une indemnité de base par nuit et un forfait par appel payés aux taux réglementaires.

\* \*

Parallèlement à l'institution des indemnités d'astreintes forfaitisées, l'établissement a mis en place plusieurs aménagements au régime indemnitaire réglementaire, sur décision du directeur et après avis de la commission médicale d'établissement dans certaines circonstances.

Certains médecins bénéficient ainsi d'une indemnité dite «de premier déplacement» d'un montant unitaire de 100 €. Les deux colonnes d'astreintes en médecine ne sont pas soumises aux mêmes obligations de service. Les assistants de la première colonne sont appelés en premier, avant les praticiens hospitaliers de la seconde colonne. Ils bénéficient d'une indemnité dite «de premier déplacement» d'un montant de 100 € qui est versée au premier déplacement, les déplacements suivants n'étant pas rémunérés.

La direction de l'établissement est invitée à mettre fin à cette indemnité dite «de premier déplacement» qui ne peut pas entrer dans le dispositif des astreintes forfaitisées. En effet, le forfait de 100 € n'est versé qu'à la condition qu'il y ait au moins un déplacement au cours de la nuit alors que le principe de la forfaitisation des astreintes prévoit le versement d'une indemnité systématique que le praticien se déplace ou pas.

\* \*

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

En décembre 2006, un médecin a perçu 1 200 € d'indemnités pour période additionnelle de jour (600 € pour novembre et 600 € pour décembre). L'établissement a expliqué que le versement de ces indemnités visait à rémunérer cinq jours de congés non pris et liquidés de la manière suivante pour chacun des deux mois :

deux périodes additionnelles de jour + ½ période additionnelle de jour = 633,43 € (arrondi à 600 €).

Le versement d'indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel, prévues par la réglementation, vise à rémunérer les périodes de travail accomplies le jour ou la nuit, au-delà des obligations de service hebdomadaires. Cette indemnité a un fondement juridique mais se trouve au cas d'espèce détournée de son objet. Elle ne peut pas servir à rémunérer des congés annuels non pris. La direction de l'établissement est invitée à mettre fin à cette pratique.

\* \*

Un praticien contractuel bénéficie du versement mensuel de deux indemnités pour temps de travail additionnel. L'article 3 de son contrat de travail prévoit que l'intéressé sera rémunéré au quatrième échelon et percevra en sus mensuellement deux indemnités pour plages additionnelles. Les dispositions du contrat intègrent ainsi les indemnités dans la rémunération principale de l'intéressé. Le versement d'indemnités forfaitaires pour temps de travail additionnel vise à rémunérer les périodes de travail accomplies le jour ou la nuit au-delà des obligations de service. Aussi, n'est-il pas possible de prévoir contractuellement le versement systématique de deux indemnités pour plages additionnelles de jour. L'ordonnateur s'affranchirait de l'obligation de subordonner le versement des indemnités à un service fait préalable.

Par ailleurs, l'article 8 du décret n° 93-701 du 27 mars 1993 portant statut des praticiens contractuels précise que les médecins remplaçants perçoivent une rémunération correspondant à celle versée aux praticiens hospitaliers parvenus au 4<sup>ème</sup> échelon, majorée de 10 %. Le traitement brut de l'intéressé étant de 2 331,06 €, les deux plages additionnelles qui représentent 616,98 € dépassent nettement les 10 % autorisés par le texte soit : 233,10 €

\* \*

Un praticien contractuel a perçu pour la période de février 2006 à novembre 2006 (indemnités réglées avec les paies de mars à décembre 2006) la somme de 40 912,53 € au titre des astreintes plafonnées, soit une moyenne mensuelle de 4 091,25 €. L'article 2 de son contrat est ainsi rédigé « *le praticien) ... participera au service de gardes et astreintes du service (...). L'intéressé percevra le tarif "garde sur place" à compter du 1er juin 2006, soit 255,79 euros pour juin 2006 et 257,07 euros à compter de juillet 2006, par garde effectuée* ». Les termes du contrat sont en contradiction avec l'organisation du service où les praticiens n'interviennent la nuit qu'en astreintes à domicile. Le taux de 257,07 € qui correspond à l'indemnité de sujétion servie pour les gardes sur place dépasse le montant de l'astreinte forfaitisée qui doit être au plus égal à une demi-indemnité de sujétion augmentée du forfait de base, soit 165,20 €

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Le directeur a répondu pour justifier la mise en place d'une permanence sur place que le nombre de déplacements du praticien avait été de 80 interventions de juin à décembre 2006. Cette exception est contraire au mode d'organisation du service qui prévoit une astreinte à domicile. Si la forfaitisation des astreintes n'est pas jugée satisfaisante dans l'hypothèse où le médecin est amené à se déplacer souvent, il y a lieu de revenir à l'application d'un forfait de base par nuit avec une indemnisation de chaque appel ou de mettre en place une colonne de garde sur place.

\* \*

L'établissement n'hésite pas à s'écarter des grilles de rémunération statutaires pour le versement de la rémunération principale et à verser des indemnités à des taux différents de ceux auxquels les intéressés ont statutairement droit.

Ainsi, un faisant fonction d'interne est rémunéré sur décision du directeur de l'établissement selon la grille indiciaire des praticiens attachés. Ce dernier statut figure d'ailleurs à tort sur sa fiche de paye. La direction a été invitée à appliquer les grilles de rémunération statutaires.

Un praticien attaché a perçu, au mois de décembre 2006, 1 098,49 € correspondant à 9,5 fois 115,63 €. Malgré son statut, il ne bénéficie que du taux d'indemnité applicable aux internes et aux faisant fonction d'interne. L'établissement n'hésite pas à baser le taux de rémunération des indemnités sur les fonctions assurées alors que les textes déterminent des taux à raison du statut des bénéficiaires. La direction a été invitée à se conformer à la réglementation en attribuant aux intéressés les indemnités auxquelles ils peuvent prétendre.

Le directeur de l'établissement a répondu que lorsque les agents exercent des fonctions différentes de leur grade et de leur affectation, ils sont rémunérés au taux moyen du grade et des fonctions réellement effectuées. Le comité technique d'établissement et la commission médicale d'établissement seront invités à se prononcer sur cette règle en vigueur dans l'établissement de tout temps. Il a ajouté que cette règle est consensuelle et acceptée par tous les salariés.

La chambre ne peut pas accepter ces explications qui sont contraires aux principes mêmes du statut de la fonction publique hospitalière et des différents statuts de praticiens. Ainsi le statut des praticiens hospitaliers prévoit que : les praticiens perçoivent, après service fait, des émoluments mensuels et des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret (article R.6152-23 du code de la santé publique). Ces indemnités sont limitativement énumérées par l'article D.6152-23-41 du même code. Le même article prévoit que « *le montant, les conditions d'attribution et les modalités de versement des indemnités et allocations mentionnées au présent article sont fixés par arrêté des ministres chargés du budget et de la santé* ». Ces dispositions privent le directeur de l'établissement de marge de manœuvre quant à la nature et aux taux des indemnités à verser, quand bien même les instances de l'établissement lui apporteraient leur appui.

\* \*

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

L'établissement doit établir, au plus tard le 30 de chaque mois, un état récapitulatif des participations à la permanence des soins effectuées au cours du mois précédent. Au terme de chaque quadrimestre, il doit établir également un état récapitulatif indiquant les périodes de jour effectuées au titre des obligations de service ; les périodes effectuées la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ; le décompte des périodes intégrées dans les obligations de service et le solde des périodes correspondant aux périodes de temps de travail additionnel.

Les services de cardiologie, maternité, laboratoire et les urgences ne fournissent aucun tableau mensuel de service (ni en prévision, ni en exécution). Le service de médecine ne fournit que les tableaux prévisionnels (depuis le 01/10/2008). Fournissent les tableaux prévisionnels et réalisés : les services de réanimation (depuis le 01/01/2008), chirurgie (depuis le 01/10/2007), radiologie (depuis le 01/02/2008) et pédiatrie (depuis le 01/10/2008).

Le caractère incomplet des tableaux de service empêche le contrôle de la liquidation des gardes et astreintes. Le directeur de l'établissement a fait savoir que les tableaux prévisionnels et réels sont transmis depuis le mois de janvier 2009 et joints au mandatement depuis le mois de mai de la même année.

Chaque praticien effectuant une astreinte à domicile doit enregistrer selon des modalités arrêtées par le directeur sur proposition de la commission de l'organisation et de la permanence des soins, les informations suivantes : l'heure de l'appel reçu au cours de l'astreinte, ses heures d'arrivée et de départ de l'hôpital, le nom de chaque patient soigné et l'indication des soins dispensés. Ces informations sont transmises au directeur à la fin de chaque mois. Il n'y a pas de suivi administratif des astreintes au centre hospitalier de Wissembourg. La forfaitisation des astreintes ne peut pas justifier l'abandon du suivi des appels puisqu'un dispositif d'évaluation annuel doit être mis en place pour vérifier chaque année que la forfaitisation est plus économe que la rémunération de chaque appel en astreinte.

La direction a répondu que la forfaitisation impliquait une simplification du dispositif mais le texte ne prévoit pas de dérogation à l'enregistrement des informations minimales des appels tels qu'elles sont exposées ci-dessus.

Les mandatements doivent être présentés au comptable sous forme d'états collectifs mensuels, accompagnés du tableau mensuel de service arrêté par l'ordonnateur comme état des services faits. Le tableau mensuel de service doit comporter l'indication détaillée des périodes de temps de travail de jour et de nuit et d'astreinte à domicile, en précisant à chaque fois le nom et la qualité du praticien qui en est chargé. Un récapitulatif individuel sur quatre mois est établi et doit faire apparaître les périodes de temps de travail, les astreintes et les déplacements ainsi que les absences afin de permettre le décompte des indemnités dues au praticien.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

A l'appui du mandatement des rémunérations de décembre 2006, était joint un état intitulé «gardes du mois de novembre 2006» et «gardes du mois d'octobre 2006 ». Cet état est incomplet. Il ne comporte pas tous les bénéficiaires de gardes et d'astreintes et toutes les indemnités versées. Il a été demandé à l'établissement de produire un document exhaustif. Les documents prévus par l'arrêté du 30 avril 2003 sur la permanence des soins n'ont pas pu être produits pour la période concernée.

Le directeur a répondu que les indemnités d'astreinte étaient forfaitisées. Cependant, le paiement des indemnités d'astreinte sur une base forfaitaire n'exonère pas le directeur de joindre au mandatement les pièces justificatives mensuelles indiquant, pour chaque nuit, les praticiens d'astreinte, afin que le comptable soit en mesure de vérifier la liquidation des indemnités au moment du paiement.

Les indemnités pour temps de travail additionnel sont versées sans l'état récapitulatif quadrimestriel permettant le décompte des indemnités dues aux praticiens. Les documents joints au mandatement ne permettent pas de vérifier les indemnités payées. Il n'est pas possible de rapprocher les états de paie des tableaux mensuels de service exécutés, car, en 2006, ces documents ne sont en place dans aucun service. Les libellés erronés repris sur certains bulletins de paie, l'absence d'éléments de liquidation des indemnités sur certains bulletins de salaire (absence de taux, de nombre) rendent difficile, voire impossible, le contrôle de la liquidation des gardes et astreintes.

La direction de l'établissement est invitée à produire à l'appui des mandatements les pièces justificatives prévues par l'arrêté du 30 avril 2003 sur la permanence des soins permettant la liquidation et le contrôle des indemnités versées (article D 1617-19 du code général des collectivités territoriales dressant la liste des pièces justificatives des dépenses).

## **8. L'activité subsidiaire informatique extérieure (ASIE)**

Les établissements publics de santé peuvent, à titre subsidiaire, assurer des prestations de service et exploiter des brevets et licences dans le cadre de services industriels et commerciaux (article L. 1645-7 du code de la santé publique). Le centre hospitalier de Wissembourg développe depuis 1986 le logiciel Atalante PMSI qui permet une gestion complète du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).

\* \*

La diffusion du logiciel se fait, soit directement par l'hôpital, soit par le biais de deux sociétés de diffusion.

En 2007, l'établissement comptait 54 clients directs et 10 par l'intermédiaire des deux sociétés distributrices. Elle a perdu, en 2006, les 32 clients qu'elle avait par l'intermédiaire de l'une d'elle en raison d'un contentieux.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Un contrat de droit d'utilisation et de commercialisation du logiciel avait été conclu en juin 1997 avec la société intermédiaire. Par courrier du 16/12/2005, cette société a dénoncé ce contrat avec effet au 18/06/2006. Comme suite à cette résiliation, un contentieux a opposé l'hôpital à la société qui proposait à ses clients utilisant le logiciel Atalante PMSI une offre alternative basée sur ses propres logiciels.

L'hôpital a considéré que cette pratique était déloyale et a introduit un recours en référé devant le tribunal de commerce compétent afin que la société soit condamnée à retirer cette offre alternative. Le tribunal a déclaré la demande du centre hospitalier de Wissembourg irrecevable en considérant que l'établissement n'avait aucun lien contractuel avec les clients qui ont été démarchés par le distributeur et ne sont pas des clients de l'hôpital. Les contrats de vente et de maintenance étaient en effet signés entre le distributeur et le client sans que l'hôpital intervienne.

En pratique, le centre hospitalier de Wissembourg rencontrait des difficultés pour connaître précisément les hôpitaux utilisateurs du logiciel par l'intermédiaire de la société de diffusion. En 2005, la somme facturée au distributeur qui s'élevait à 74 440,39 € a dû être réduite à 47 391,57 euros, après contestation du distributeur.

Après la résiliation du contrat avec le distributeur, l'hôpital n'a pas pu conserver tous les clients. L'établissement a perdu 32 clients démarchés par la société de diffusion et gagné neuf nouveaux clients en direct. Le nombre total d'utilisateurs est passé de 86 en 2006 à 64 en 2007 (-25 %) provoquant comme conséquence une réduction de recettes pour l'activité.

L'établissement a tiré les conséquences de ses déboires : un contrat signé en 2008 avec un nouveau distributeur prévoit que l'hôpital signe désormais les contrats de vente et de maintenance avec les clients.

\* \*

L'hôpital est tenu de mettre en œuvre une comptabilité analytique pour déterminer le coût de revient des prestations et les tarifs opposables aux tiers, en application des articles R.6145-48<sup>16</sup> et R.6145-7<sup>17</sup> du code de la santé publique. Les nomenclatures ont fait l'objet des

---

<sup>16</sup> Article R6145-48 code de la santé publique : « les prestations de services que les établissements publics de santé peuvent assurer à titre subsidiaire, ainsi que le prévoit l'article L. 6145-7, sont développées dans la limite des moyens matériels et humains indispensables à l'exécution des missions définies aux articles L. 6111-1 et L. 6112-1.

Dans le cas où la tarification des prestations de services est fixée par l'établissement, les tarifs opposables aux tiers, à l'exception de ceux afférents aux services exploités dans l'intérêt des personnels, ne peuvent en aucun cas être inférieurs aux coûts de revient des prestations, calculés à partir de la comptabilité analytique mise en œuvre conformément à l'article R.6145-7. »

<sup>17</sup> Article R6145-7 code de la santé publique : « l'ordonnateur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement, selon une nomenclature fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Le directeur élabore également, pour l'analyse de l'activité et des coûts de l'établissement prévue par les dispositions des articles L. 6113-7 et L. 6113-8, un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges directes, le montant des crédits d'exploitation consacrés, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement. Il transmet ce document au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation au plus tard le 31 mai de l'année suivant l'exercice clos. Le modèle de ce document et les modalités de calcul des éléments qui y figurent sont fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

arrêtés successifs du 21 janvier 1999, 22 décembre 2005 et 17 octobre 2007 repris dans l'instruction budgétaire et comptable M 21.

Les coûts de l'informatique sont identifiés uniquement sur une unité fonctionnelle mais il n'y a pas de comptabilité analytique détaillant les coûts de l'activité ASIE qui se confondent avec les dépenses informatiques de l'hôpital.

A compter de 2007, l'établissement a transféré les dépenses et les recettes de l'activité ASIE dans le budget annexe de la dotation non affectée (DNA). En isolant les dépenses et les recettes dans un budget annexe, l'établissement s'est mis en conformité, bien que tardivement, avec l'article R.6145-12<sup>18</sup> du code de la santé publique qui impose que les services industriels et commerciaux fassent l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe.

Les dépenses de l'ASIE enregistrées au compte financier 2007 ont été rapprochées de celles du rapport d'activité de la même année. Une différence de 120 180 € est constatée en dépenses en plus dans le rapport d'activité.

en €	compte financier	rapport d'activité	différence
Dépenses	392 328	512 508	120 180
Recettes	389 800	389 800	-

Source : CRC/C.H.

La différence porte principalement sur les rémunérations du personnel qui sont de 289 749 € dans le compte financier alors qu'elles sont de 408 096 € dans le rapport d'activité. Les amortissements sont de 59 149 € dans le rapport d'activité et de 52 798 € dans le compte financier.

L'établissement a expliqué, au cours de l'instruction, que les prévisions de recettes 2007 ont été surévaluées. En conséquence, « il n'a pas été possible d'intégrer la totalité du budget de dépenses personnel sur le budget A » (budget de la dotation non affectée). En 2007, toutes les dépenses de personnel informatique de l'ASIE n'auraient pas été imputées au

---

<sup>18</sup> Article R6145-12 code de la santé publique : « les dépenses et les recettes imputables aux activités assurées par les établissements publics de santé sont retracées dans le cadre d'un état des prévisions de recettes et de dépenses unique. Toutefois, font l'objet d'un compte de résultat prévisionnel annexe les opérations d'exploitation concernant chacun des services ou activités suivants :

1° Exploitation de la dotation non affectée aux services hospitaliers et des services industriels et commerciaux mentionnés à l'article L. 6145-7 ;

2° Les unités de soins de longue durée mentionnées au 2° de l'article L. 6111-2 ;

3° Les écoles et instituts de formation mentionnés aux articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 ;

4° Les activités mentionnés à l'article L. 6111-3 ;

5° Les activités de lutte contre l'alcoolisme mentionnées à l'article L. 3311-2 ;

6° Les structures pour toxicomanes mentionnées à l'article L. 6141-3.

Aucun de ces comptes de résultat annexes ne peut recevoir de subvention d'équilibre du compte de résultat principal.

Le compte de résultat prévisionnel annexe mentionné au 3° est soumis aux règles budgétaires et comptables de l'établissement de rattachement sous réserve des adaptations prévues à la sous-section 8 de la présente section. »

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

budget de la DNA, alors qu'elles sont toutes prises en compte dans le rapport d'activité. Les dépenses semblent affectées au budget annexe dont relève l'ASIE ou au budget principal selon les possibilités budgétaires. Cette pratique jette un doute sur la sincérité et la fiabilité de la comptabilité de l'ASIE.

En outre, les dépenses rattachées à l'activité de l'ASIE ne comprennent pas l'intégralité des dépenses relatives aux locaux. Les dépenses d'entretien courant des locaux, de nettoyage et d'électricité ne sont pas intégrées au budget de l'activité ASIE. L'établissement a précisé qu'« *étant donné les nombreuses prestations croisées entre l'hôpital et ASIE, il n'a pas été jugé nécessaire d'évaluer les postes de dépenses que vous citez.* »

Dans la liste des amortissements affectés à cette activité, figure l'amortissement des travaux de restructuration des services informatiques. Une partie seulement de cet amortissement devrait être imputée sur le budget ASIE car le service informatique travaille, pour partie pour l'activité ASIE, et, pour partie pour les autres activités de l'hôpital.

Ainsi, malgré l'existence d'un budget annexe depuis 2007, l'individualisation des coûts de l'activité ASIE reste très imparfaite. En l'absence de comptabilité analytique complète, il est impossible de déterminer le résultat réel de cette activité.

En application de l'article R.6145-48 du code de la santé publique, les tarifs des prestations de service sont fixés à partir de la comptabilité analytique et ne peuvent en aucun cas être inférieurs aux coûts de revient des prestations.

Or, depuis 2005 l'activité ASIE est déficitaire comme le montre le tableau ci-dessous :

en €	2003	2004	2005	2006	2007
<b><u>RECETTES</u></b>					
Maintenance	213 616,00	223 386,50	240 872,00	302 697,00	292 866,93
Installations-divers	75 495,36	72 414,05	23 391,70	28 533,35	66 528,70
Formations	16 001,00	18 540,00	18 082,00	14 090,40	16 618,20
MEDASYS	60385*	46 767,97	9 766,35	13 647,29	13 786,36
SYMPHONIE	47930*	62 637,97	47 391,57	17 298,50	
Total	305 112,36	423 746,49	339 503,62	376 266,54	389 800,19
<b><u>DEPENSES</u></b>					
Frais de personnel	329 121,02	325 887,29	325 170,43	403 145,97	408 096,00
Frais de déplacement	13 777,19	12 942,90	6 868,02	11 515,16	8 624,69
Amortissements	43 814,82	40 062,66	33 163,48	47 120,90	59 148,70
Divers	14 105,02	26 188,84	49 177,49	41 378,27	29 570,58
Frais de maintenance					0,00
Frais de téléphone					7 068,54
Titres de recettes annulés sur exercice antérieur			4 782,29	27 100,47	
Total	400 818,05	405 081,69	419 161,71	530 260,77	512 508,51
Excédent	12 609,31	18 664,59			
Déficit			79 658,09	153 994,23	122 708,32

\* estimation

Source : données issues des rapports d'activité de l'hôpital

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

Pour l'exercice 2007, l'hôpital a expliqué d'une part que le déploiement du logiciel Pouce<sup>19</sup> n'a commencé qu'en 2008 alors que la prévision de recettes était déjà de 50 000 € pour 2007 et d'autre part que le nombre de nouvelles installations du logiciel Atalante PMSI avait été surestimé.

Les chiffres du tableau qui précède doivent être maniés avec précaution sachant que : l'hôpital ne tient pas de comptabilité analytique spécifique pour l'activité et les dépenses de l'ASIE se confondent avec les dépenses informatiques de l'établissement. L'hôpital ne verse pas de participation pour les prestations dont il bénéficie de la part de l'ASIE.

L'établissement doit séparer financièrement l'activité informatique de l'établissement de l'activité subsidiaire de développement de logiciels. Il a le choix entre affecter les dépenses en charges directes dans chacun des deux budgets (principal et DNA) ou affecter l'ensemble des dépenses informatiques au budget annexe de la DNA en mettant en place une facturation interne. La DNA facturera au budget principal les dépenses informatiques concernant l'établissement et le budget principal facturera au budget de l'ASIE sa quote-part des charges communes (fluides, électricité, chauffage, etc ...). L'objectif est que les clients de l'ASIE (dont le centre hospitalier de Wissembourg fait partie) paient la réalité des coûts de développement des logiciels et que le centre hospitalier de Wissembourg prenne en charge l'ensemble des dépenses informatiques le concernant. L'hôpital de Wissembourg doit cette transparence à ses clients. La mutualisation des coûts implique que l'éventuel déficit annuel soit facturé aux clients lors de l'exercice suivant et que l'éventuel excédent vienne en déduction des factures adressées aux clients.

Le directeur a fait savoir à la chambre que l'établissement a effectué, pour le compte administratif 2008, des opérations de comptabilité analytique pour isoler l'ASIE des activités hospitalières en produisant à l'appui de sa réponse un rapport d'activité. Le document décrit le montant des redevances de maintenance et des autres recettes, et celui des dépenses, mais aucune indication ne permet de déterminer les coûts de revient des prestations fournies par l'établissement.

\* \*

L'ensemble du personnel informatique est affecté à l'équipe de l'ASIE. L'établissement a précisé qu'il ne lui était pas possible de scinder le personnel informatique entre, d'une part les agents qui travailleraient pour l'ASIE et ceux qui travailleraient pour l'hôpital. Trois agents seraient affectés à l'informatique de l'hôpital pour la maintenance micro-informatique et le réseau tout en faisant cependant partie de l'équipe de l'ASIE. Compte tenu du parc informatique (219 postes de travail, 58 imprimantes et 12 serveurs) et des 22 applications informatiques utilisées au sein de l'établissement, la totalité du personnel ne peut pas être prise en charge par l'ASIE.

---

<sup>19</sup> POUCE (prescriptions ouvertes aux unités cliniques d'établissement) : module de prescription intégré au logiciel ATALANTE PMSI.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES D'ALSACE**  
**Rapport d'observations définitives**  
**Centre hospitalier intercommunal de la Lauter**  
**Exercices 2003 et suivants**

A la fin de l'année 2008, l'équipe informatique est composée de onze agents. A l'exception de la personne responsable du service, tous les informaticiens sont des agents contractuels (un chef de projet, huit analystes programmeurs et un technicien de maintenance) ; huit bénéficient d'un contrat à durée indéterminée, les deux autres d'un contrat à durée déterminée.

Le décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 modifié portant statut particulier des personnels techniques de la fonction publique hospitalière prévoit que l'informatique constitue l'une des spécialités des fonctions d'ingénieur hospitalier et d'adjoint technique. Le principe est donc le recrutement de fonctionnaires hospitaliers pour l'exercice des fonctions d'informaticiens.

Cependant, la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière autorise le recrutement d'agents contractuels pour l'exercice de fonctions nécessitant des « *connaissances techniques hautement spécialisées* ».

A la condition de considérer que le développement de logiciels informatiques requiert des « *connaissances techniques hautement spécialisées* », l'établissement peut déroger au principe du recrutement de fonctionnaires hospitaliers en recrutant des agents contractuels. Cette appréciation ne peut pas valoir pour la fonction de technicien de maintenance informatique.

Tous les informaticiens contractuels recrutés par l'hôpital, sauf un, bénéficient d'un contrat comportant la mention « *le présent contrat de droit privé est régi par les dispositions du code du travail* ». Les contrats liant les hôpitaux et les agents contractuels relèvent en principe du droit public. Les juridictions ne manqueraient pas de requalifier les contrats en cas de recours. Seuls les agents exerçant pour le compte de l'ASIE peuvent relever du droit privé en raison du caractère industriel et commercial de l'activité du service.

## **9. Cotisations à l'association française de cautionnement mutuel**

Lors de l'instruction, 14 régies étaient en fonctionnement à l'hôpital : 12 régies de recettes, une régie d'avances et une régie d'avances et de recettes. L'établissement prend en charge les cotisations dues par les régisseurs à l'Association française de cautionnement mutuel (AFCM). Or, le décret n° 64-685 du 2 juillet 1964 relatif à la constitution et à la libération du cautionnement exigé des comptables publics prévoit que les frais de cautionnement sont une charge personnelle des régisseurs. En conséquence, ces cotisations ne peuvent pas être prises en charge sur le budget de l'établissement.