



Chambre régionale des comptes  
de Poitou-Charentes

*Le président*

Poitiers, le 13 novembre 2009

REF. : N° 851

ROD2

**RECOMMANDE AVEC A.R.**

Monsieur le directeur,

Le rapport d'observations sur la gestion du centre hospitalier de Saintonge, arrêté par la chambre régionale des comptes le 17 septembre 2009, vous a été notifié le 8 octobre 2009.

En application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, vous pouvez y apporter une réponse écrite dans le délai d'un mois suivant sa réception.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint le rapport d'observations auquel est jointe la réponse que vous avez adressée au greffe de la chambre le 5 novembre 2009.

Un exemplaire de cette version définitive est par ailleurs adressé au président du conseil d'administration de l'établissement. Celui-ci devra en assurer la communication à l'assemblée délibérante, conformément à l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.

Veillez agréer, Monsieur le directeur, l'expression de ma considération distinguée.

P.J. : 1 rapport

Gérald MEUNIER

Monsieur le directeur  
Centre hospitalier de Saintonge  
11 Bd Ambroise Paré - BP 326  
17108 SAINTES CEDEX

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES**

**CENTRE HOSPITALIER DE SAINTONGE**

Séance du 17 septembre 2009

La chambre régionale des comptes de Poitou-Charentes a examiné, le 17 septembre 2009, la gestion du centre hospitalier de Saintonge.

Le contrôle a porté sur l'activité hospitalière, la situation budgétaire et financière de l'établissement, la fiabilité des comptes, les systèmes d'information, l'activité libérale et la gestion des ressources humaines au cours des années 2000 à 2006.

Le rappel de la procédure suivie en application du code des juridictions financières figure en annexe.

---

*Présentation*

---

*Le centre hospitalier de Saintonge a connu jusqu'en 2006 une progression de son activité médicale et a mené une politique visant à maîtriser le coût des séjours. L'établissement a cherché à maîtriser sa masse salariale et a commencé à résorber ses reports de charges. Ceci a été facilité, notamment, par une augmentation de ses produits d'exploitation entre 2001 et 2006. L'établissement ne dispose pas de contrôle de gestion structuré et d'une comptabilité analytique. Malgré une volonté clairement affichée de mettre en œuvre un système d'information optimisant le pilotage de l'établissement, ce projet est resté au stade de la conception jusqu'en 2007.*

*En matière d'activité libérale, le centre hospitalier de Saintonge n'a pas pris la mesure des transferts de patients vers ce secteur. Il conviendrait de veiller à une organisation permettant de suivre la production médicale et laissant au service public la gestion d'actes relevant de sa mission prioritaire.*

*L'établissement a réalisé des efforts en matière de gestion prévisionnelle des ressources humaines. Toutefois des pratiques d'indemnisation du temps additionnel et des médecins remplaçants, sont susceptibles de constituer des avantages injustifiés et un manquement aux règles relatives à l'exécution des dépenses publiques ; des mesures viennent d'être prises pour corriger ces irrégularités favorisées par l'absence de surveillance de l'organisation des soins par la direction de l'établissement.*

---

SOMMAIRE

I.	Présentation générale.....	3
II.	L'activité du centre hospitalier.....	3
III.	La situation financière.....	3
1.	Les résultats d'exploitation.....	3
2.	Les produits d'exploitation.....	5
3.	Les dépenses courantes.....	5
IV.	Les systèmes d'information.....	6
1.	Du système d'information à la stratégie hospitalière.....	6
2.	Le système d'information de l'établissement en tant qu'outil de pilotage.....	7
3.	Le contrôle de gestion.....	8
V.	L'exercice de l'activité libérale.....	8
1.	Les consultations.....	9
2.	Les actes médico-techniques.....	10
VI.	La gestion des ressources humaines.....	10
1.	La gestion prévisionnelle des ressources humaines.....	10
2.	La gestion administrative.....	11
3.	La formation médicale continue des personnels de l'établissement.....	11
4.	L'indemnité de temps additionnel.....	12
5.	La rémunération des médecins remplaçants.....	13
6.	Les examens cliniques médicaux et les prises de sang réalisés dans le cadre de réquisitions.....	16
VII.	Annexes.....	18
1.1.	Annexe n°1 : Rappels des éléments de procédure.....	18
1.2.	Annexe n°2 : la situation financière.....	19
1.3.	Annexe n°3 : Temps additionnel.....	21
1.4.	Annexe n°4 : répartition des actes de radiologie (activité libérale/activité publique).....	21

## **I. Présentation générale**

Le Centre Hospitalier de Saintes, dont une partie est de construction récente, s'articule autour des quatre sites suivants qui forment un Pôle de référence du secteur sanitaire sud, sud-est de la Charente-Maritime.

Le site Saint-Louis : service d'hospitalisation de court séjour, plateau technique, consultations externes, permanence d'accès aux soins de santé, services administratifs et logistiques.

Le site des Arènes : service d'hospitalisation de soins de suite gériatrique et de médecine physique et réadaptation fonctionnelle auquel s'ajoute un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Le site de la Chapelle des pots : établissement d'accueil et d'hébergement pour adultes handicapés mentaux (foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé) et maison de retraite spécialisée.

Le site rue de l'Alma : avec une équipe de soins palliatifs, la radiothérapie, l'activité d'imagerie sous IRM (en collaboration avec un groupement d'intérêt économique), et l'unité centrale de restauration et de blanchisserie.

A cela, s'ajoutent des services de psychiatrie pour adultes à Saintes, La Rochelle et Saint Jean d'Angély et en secteur infanto-juvénile à Saintes, St Jean d'Angély, St Pierre d'Oléron et Marennes. Deux écoles paramédicales, un institut de formation en soins infirmiers (IFSI) et une école d'aides-soignants, complètent l'ensemble.

## **II. L'activité du centre hospitalier**

Doté de 707 lits en 2000, l'établissement dispose de 742 lits en 2004 et son activité médicale est en progression notable ; les entrées directes sont en progression constante et passent de 42 910 en 2005 à 47 425 en 2006, soit plus de 10% sur un an. Le dynamisme de l'activité tient à la croissance des hospitalisations incomplètes, méthode alternative de soins dont la proportion augmente régulièrement chaque année. Elle augmente de 4,87% entre 2003 et 2004, de 3,43% entre 2004 et 2005 et de 14,58% entre 2005 et 2006. Ce fort développement marque l'intégration de cette nouvelle activité dans les résultats globaux du centre hospitalier et dénote l'effort mené pour une maîtrise du coût des séjours, l'hospitalisation incomplète étant généralement moins onéreuse.

Certains secteurs enregistrent cependant des évolutions en dents de scie. Il en est ainsi des soins de suite et de réadaptation qui connaissent un léger recul de l'hospitalisation complète en 2004 par rapport à 2003, puis une reprise de l'hospitalisation (complète et incomplète) en 2005 avec 10 577 entrées globales. Et bien que le taux d'hospitalisation reste globalement stable en 2006 (10 530 entrées), il est noté une baisse de la prise en charge en séjour complet (-15,77%) comme en hospitalisation de jour (-2,60%). Il en est de même de la psychiatrie adulte dont le nombre d'entrées progresse même si le nombre de journées réalisées diminue en 2005 et en 2006.

## **III. La situation financière**

### **1. Les résultats d'exploitation**

Selon le directeur, la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé, pour la seconde année consécutive n'a pas eu d'impact négatif sur les finances de l'établissement. En effet, l'accroissement significatif de l'activité + 5,96 % a permis de compenser la baisse des tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS). L'établissement reste bénéficiaire de cette réforme puisque la

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

valorisation en euros de 25 % de son activité reste supérieure aux 25 % qui lui ont été retirés de sa base MCO lors de la dernière notification budgétaire vérifiée.

Le compte de gestion du centre hospitalier est composé du budget principal, le budget H, qui comprend un montant de 91 M€ en dépenses d'exploitation et un excédent de 1,123 M€ en 2005. La section d'investissement comprend 39 M€ de dépenses et un excédent de 1,816 M€

Outre, le budget principal (H), six budgets annexes sont établis pour les opérations des écoles paramédicales (IFSI) (C), de l'EHPAD Arènes (E1), de l'EHPAD accueil (E2), du foyer accueil médicalisé (K), du CAMSP<sup>1</sup> (P2), et du foyer occupationnel (P).

Les résultats d'exploitation consolidés de ces budgets pour 2005<sup>2</sup> enregistrent un solde positif de 920 395 €. La clôture de l'exercice 2006 dégage un excédent comptable de + 89 943,54 €. L'exécution budgétaire pour les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) montre également un résultat excédentaire pour l'ensemble desdits budgets comme pour l'unité de soins de longue durée ou les budgets annexes médico-sociaux, excédents principalement liés soit à des augmentations d'activité, soit à la non consommation de crédits ouverts.

Malgré l'engagement des travaux du nouvel établissement après la phase préalable d'études à compter de juillet 2003, les charges financières (groupe 4) ont continué leur progression en 2005 après une pause entre 2002 et 2004. Ceci est lié à la politique de l'ordonnateur de limiter les frais financiers découlant de la dette. Mais l'avancement de la construction du nouvel hôpital a conduit l'établissement à mobiliser des emprunts sur le long terme et donc à augmenter les frais financiers au cours des dernières années. Quant à la chute du résultat net en 2003, elle s'explique par la constitution de provisions conséquentes au titre du même exercice.

A cet égard, la consolidation des provisions sur le cycle 2000/2005 montre que celles-ci ont été décuplées, passant de 1 013 877 € à 10 892 607 €. L'ordonnateur a indiqué que cette progression était liée à la construction du nouvel hôpital et qu'en écartant les provisions dédiées à cette réalisation, les provisions constituées entre 2001 et 2005 n'étaient que de 1 890 583 €

La Chambre observe cependant que la constitution de provisions doit répondre à des besoins avérés. Selon la nomenclature budgétaire et comptable M21 applicable aux établissements publics de santé, « (...) il s'agit de provisions évaluées à l'arrêté des comptes, destinées à couvrir des risques et des charges que des événements survenus ou en cours rendent probables, nettement précisés quant à leur objet, ce qui signifie qu'il doit y avoir une individualisation du risque, et dont la réalisation est incertaine. Elles n'ont aucun caractère systématique. Elles n'ont qu'un caractère provisoire. Les provisions pour risques et charges n'ont pas pour objet la constitution d'une réserve pérenne. Lors de la réalisation du risque ou de la survenance de la charge, la provision antérieurement constituée est obligatoirement soldée par le crédit du compte 7815 (...) ». Le CH semble s'écarter de cette définition en constituant des réserves pérennes, notamment pour les charges financières et d'amortissement de l'hôpital neuf.

En outre, même si les provisions sont estimées « correctement évaluées » par l'ordonnateur, aucune méthode n'a été produite sur les modalités de leur calcul, ce qui n'a pas permis d'en apprécier le degré de conformité.

L'excédent brut d'exploitation (EBE), qui reflète l'impact réel de l'activité hospitalière, progresse entre 2001 et 2005, à l'exception de 2003. Il passe de 5 599 k€ en 2001 à 7 144 k€ en 2005. En 2006, l'EBE s'élève à 9 059 k€. Ces résultats montrent que l'activité hospitalière permet d'envisager un financement des projets d'établissement.

---

<sup>1</sup> CAMSP centre d'accueil médico-social précoce

<sup>2</sup> Source : comptes de gestion

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

Le résultat d'exploitation suit la même évolution que l'EBE et atteint 2 521 k€ en 2006. Quant au résultat net, 2003 excepté, il demeure positif ce qui traduit une certaine marge financière de l'établissement liée à son activité. Cela est conforté par la progression de la capacité d'autofinancement (CAF), de 7 028 k€ en 2001 à 7 592 k€ en 2006.

Ces résultats d'ensemble<sup>4</sup> traduisent une situation financière saine.

## 2. Les produits d'exploitation

Les produits bruts d'exploitation progressent de 36,6% entre 2001 et 2006. Parmi les principales sources<sup>5</sup> de produits, les produits versés par l'assurance maladie progressent de 69 181 k€ à 76 068 k€ (+9%) au cours des années récentes 2004 à 2006, ceux liés à l'activité hospitalière de 4 513 k€ à 5 333 k€ les autres produits demeurant assez stables autour de 13 323 k€

## 3. Les dépenses courantes

La répartition des charges<sup>6</sup> est récapitulée dans le tableau suivant :

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	Evolution 2001-2006
Groupe 1 personnel	44 823 212	49 741 837	53 061 908	55 177 756	57 94 0 188	61 366 269	36,9%
Groupe 2 - charges médicales	10 323 627	11 582 370	13 302 774	14 709 859	15 534 943	16 580 823	60,6%
Groupe 3 - dépenses hôtelières	6 873 140	7 595 586	8 289 250	8 238 978	9 018 679	7 664 474	11,5%
Groupe 4 - amortissements, prov. et charges financières	6 666 306	7 744 393	8 016 303	8 497 254	8 649 625	9 034 366	35,5%
<b>Total des dépenses</b>	<b>68 686 285</b>	<b>76 664 187</b>	<b>82 670 235</b>	<b>86 623 667</b>	<b>91 143 435</b>	<b>94 645 932</b>	<b>37,8%</b>
<b>Total des produits d'exploitation</b>	<b>69 339 655</b>	<b>76 693 396</b>	<b>81 624 269</b>	<b>86 970 571</b>	<b>90 863 576</b>	<b>94 725 875</b>	<b>36,6%</b>

La part des charges salariales (groupe 1) est stable et représente environ 65% des dépenses hospitalières et des produits d'exploitation. Ces dépenses enregistrent également la plus forte hausse (60%). La situation du centre hospitalier de Saintes se situe toutefois dans la moyenne des établissements pour 2005<sup>7</sup>, dont les dépenses de personnel constituent 67,7% des dépenses.

<sup>3</sup> Du fait de l'augmentation retracée dans le tableau des charges financières et d'une diminution des produits divers, eux-mêmes compensés, au moins partiellement, par une progression de l'activité médicale

<sup>4</sup> provenant de la base IDHAO

<sup>5</sup> Produits versés par l'assurance maladie (DG financement, tarification de séjours, molécules onéreuses, produits DMI, forfait annuel urgences, dot annuelle complément., dot annuelle de fonctionnement, mission d'intérêt général et aide à la contractualisation – MIGAC-, etc.), produits de l'activité hospitalière (hospitalisés, forfait journalier, SMUR, consultations externes, divers) et les autres produits (rétrocessions sur pharmacie, reprises sur provisions, produit exceptionnel, recettes subsidiaires, remboursements des BA, ...).

<sup>6</sup> Selon les données issues de la base IDHAO

<sup>7</sup> Dernière année disponible

La croissance de ces dépenses résulte de l'application de décisions nationales affectant la rémunération (valeur du point de la fonction publique, relèvement des indemnités) mais aussi de l'évolution de l'activité et des dépenses du centre hospitalier.

Cela étant, cette relative maîtrise de la masse salariale est à apprécier au regard de la politique locale de recours plus fréquent au personnel intérimaire, notamment pour les personnels médicaux. Selon les données des comptes administratifs des exercices 2005 et 2006, le centre hospitalier a versé 540 978 € en 2005 puis 554 407 € en 2006 au titre des rémunérations du personnel intérimaire, sur un montant total de dépenses du corps médical de 11 842 189 € en 2005 et 12 764 668 € en 2006 inscrites au compte 621. Il n'a pas été pris en considération les sommes inscrites sur d'autres comptes en raison de la variation dans le temps des imputations entre les comptes habituels de rémunération et le compte 621 en M21.

Au demeurant, il est regrettable que certaines situations individuelles n'aient pu, à ce jour, trouver une solution permettant d'éviter que l'établissement ne conserve la charge financière de personnels n'y exerçant plus. Il en est notamment ainsi d'un médecin exerçant son art au sein d'autres structures régionales mais dont la rémunération impacte encore le budget saintongeais. A fin avril 2007, l'hôpital avait assumé une charge de 70 K€ compte non tenu des frais annexes.

Enfin, l'établissement a mené un effort visant à résorber les reports de charges sur exercices antérieurs entre 2004 et 2005 – soit respectivement 59 881 € puis 41 504 € - ce qui a rendu une image plus lisible des charges de personnel dans les comptes de l'exercice 2006.

#### **IV. Les systèmes d'information**

Le système d'information hospitalier se définit généralement comme l'ensemble des informations, de leurs règles de circulation et de traitement nécessaires au fonctionnement quotidien, aux modes de gestion et d'évaluation ainsi qu'au processus de décision stratégique de l'établissement. En tant que tel, il est un outil d'aide à la décision pour le pilotage des activités, l'organisation et la gestion ; il contribue ainsi à l'amélioration de la gestion de l'établissement. Son interopérabilité permet de mieux approcher les coûts de production des soins.

##### **1. Du système d'information à la stratégie hospitalière**

Le centre hospitalier de Saintes a manifesté la volonté de mettre en œuvre une stratégie d'implantation de systèmes d'information et il s'est doté à cette fin des structures internes propres à définir les axes et priorités. Cependant, cette démarche n'est qu'en phase d'élaboration et ne pourra produire les effets escomptés que dans le cadre du nouvel hôpital. Pour la période examinée, la direction a disposé de tableaux de bord sans qu'une exploitation globale ou ciblée ne soit formalisée, rendant ainsi aléatoire l'intérêt même desdits tableaux de bord. Au demeurant, il eût été nécessaire d'en effectuer une analyse prospective.

Si l'on écarte le dernier projet d'établissement validé qui concernait la période 1995-2000, le prochain projet d'établissement devrait être établi pour le nouvel établissement. Compte tenu des retards de sa construction, il a été fait le choix d'élaborer certains volets thématiques du projet d'établissement dont le schéma directeur des systèmes d'information est une composante.

En l'absence d'axes stratégiques forts arrêtés par l'établissement, la réflexion s'est concentrée sur le nouvel hôpital et elle a permis de décliner les premiers travaux et projets, ce qui semble inverser la logique selon laquelle c'est à l'architecture des systèmes d'information de venir au soutien des projets.

Le schéma directeur du système d'information a été validé par les instances de l'établissement en juin 2004, avec l'appui d'un cabinet d'étude extérieur, et couvre la période 2004-2008. Il est le fruit d'une démarche suivie par un comité de pilotage ayant su associer l'ensemble des services, et déclinant

l'analyse de l'existant, l'expression des besoins, l'élaboration d'hypothèses et l'approfondissement du scénario retenu comprenant alors le planning et les coûts de mise en œuvre.

Ce projet a cherché à embrasser toutes les thématiques pouvant se rattacher aux systèmes d'information : mise en place de l'infrastructure de réseau voix-données-images (VDI), nouveau circuit du médicament, les outils d'interface entre les secteurs de soins et les nouvelles équipes centrales, les migrations techniques des matériels, le dossier commun du patient, la prise en compte de la tarification à l'activité, l'architecture d'ensemble, etc. Des ajouts sont apparus peu à peu, liés principalement à la prise en compte des évolutions de la réglementation ou à la nécessité d'intégrer à la réflexion de nouvelles informatisations.

## **2. Le système d'information de l'établissement en tant qu'outil de pilotage**

Les tableaux de bord fournissent des informations aux décideurs (le directeur, ses cadres, les responsables des pôles d'activités et des services) en vue de permettre des analyses des résultats (analyses des écarts) et de la performance ; ils sont également utiles pour élaborer des diagnostics et favoriser une analyse prospective. Le CH de Saintes dispose de tableaux de bord informatifs mais peu d'indicateurs d'activité.

Les tableaux de bord dits d'activité sont diffusés à titre d'information à l'ensemble des professionnels, via l'intranet. Les tableaux de bord du département de l'information médicale sont accessibles à l'ensemble des personnels au moyen de l'intranet de l'établissement. Il en est de même pour les indicateurs « classiques ».

Bien que la nouvelle gouvernance hospitalière l'y incite, il n'existe pas de tableaux de bord par secteurs cliniques d'activité permettant de visualiser les coûts et les recettes de chaque secteur. Chaque direction fonctionnelle a créé ses propres outils et tableaux de bord, en fonction des objectifs donnés par la direction et de sa propre organisation de travail. Ainsi, le recueil d'informations existe mais ne s'intègre pas dans une vision globale de l'activité de l'hôpital. Selon le directeur, une telle absence puise également son origine dans la carence d'outil informatique adéquat pour la production de ces états financiers.

Les échanges avec les services financiers s'opèrent par des tableaux permettant d'approcher les dépenses par comptes budgétaires mais pas de suivre les coûts de production. Or, il était possible à l'établissement de les mettre en œuvre comme ceci a été fait pour la blanchisserie et la restauration qui constituent pourtant des activités nécessaires mais accessoires d'un établissement public de santé.

Au demeurant, il est apparu difficile d'associer le corps médical à la réflexion puisque les chefs de service ne disposaient pas, pour la période contrôlée, d'un système de pilotage sous forme de tableau de bord, en dehors des tableaux d'activités.

Les tableaux de bord du département de l'activité médicale sont établis actuellement selon une périodicité trimestrielle et les indicateurs classiques sont mensuels. Les décalages de périodicité desdits tableaux disponibles ne facilitent pas leur analyse et leur exploitation. Il eut été souhaitable que les instances dirigeantes du centre hospitalier de Saintes réduisent ce morcellement pendant les années 2001 à 2006, afin de disposer d'un panel d'indicateurs validés par les instances locales permettant de mieux apprécier l'impact de la stratégie et du projet d'établissement. Cette orientation stratégique aurait permis également de franchir une étape supplémentaire en tirant des enseignements communs relatifs à l'activité.

De même, l'établissement aurait pu mettre en œuvre des indicateurs de production, notamment du fait de la tarification à l'activité (indicateurs sur les mouvements de patients, la gestion des rendez-vous, les prescriptions nominatives, etc.), des indicateurs de qualité (recherche d'une plus grande efficacité).

## CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE POITOU-CHARENTES

La Chambre note, comme l'a souligné le directeur, que des améliorations notables sont actuellement en phase de développement afin de doter l'établissement de moyens d'analyse de gestion et d'aide à la décision stratégique. Ceci devrait se traduire, à terme, par la mise en ligne de tableaux de bord de suivi des dépenses et recettes des pôles cliniques et médico-techniques.

### 3. Le contrôle de gestion

Il résulte des échanges avec les services de l'ordonnateur qu'il n'existe pas de contrôle de gestion ou d'analyse de gestion en tant que tel et que la comptabilité analytique, en tant qu'outil opérationnel de pilotage, est en phase de mise en place dans l'établissement.

Le centre hospitalier de Saintes s'inscrit dans le cadre de la nouvelle gouvernance pour la gestion du nouvel établissement livré en 2007 sans que, pour autant, des budgets aient été délégués, sous une forme plus ou moins prononcée, à des responsables médicaux. Il faut cependant en exclure le service de tabacologie et de prévention des maladies cardio-vasculaires même si aucun suivi par des tableaux de bord était de nature à suivre la consommation des crédits.

Un effort de contractualisation est réalisé par une expérimentation dans le domaine de la prescription des examens de biologie.

L'insuffisance de comptabilité analytique au sein du centre hospitalier de Saintes s'explique, selon l'ordonnateur, en particulier par l'orientation des travaux sur la mise en œuvre du nouvel hôpital, après des périodes financières tendues dans le passé.

Au delà de ces seules explications, le centre hospitalier a réalisé des efforts pour élaborer des éléments de comptabilité analytique en matière de blanchisserie et de restauration. Cependant, dans le but de mettre en œuvre la déconcentration de gestion et la contractualisation interne, la direction de l'hôpital a entrepris une démarche qui devrait aboutir, dans le nouvel hôpital, à la mise en place de 9 pôles cliniques et médico-techniques pour lesquels le niveau de responsabilisation est actuellement en discussion, ainsi qu'à la composition des équipes administratives de soutien aux directeurs fonctionnels référents. L'objectif, à terme, est de disposer d'un tableau des coûts case mix (TCCM) retraçant par grandes lignes de dépenses les coûts réels retraités, de déterminer les coûts directs ou non par pôles et les coûts par unité d'œuvre.

Il demeure que ce projet n'est resté qu'au stade de sa conception jusqu'en 2007.

## V. L'exercice de l'activité libérale

L'examen visait à approcher les conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement, tant en matière de consultations que d'actes médico-techniques.

Sous réserve que l'intérêt du service public hospitalier n'y fait pas obstacle, les praticiens statutaires exerçant à temps plein dans les établissements publics de santé peuvent exercer, sous certaines conditions<sup>8</sup>, une activité libérale.

---

<sup>8</sup> L'article L. 6154-2 du code de la santé publique expose que cette activité « (...) peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

**1. Les consultations**

A partir des données brutes transmises par les services de l'hôpital, l'activité de consultations des médecins exerçant une activité libérale pour la période allant de 2002 à 2005 a été reconstituée.

S'agissant du temps de travail hospitalier, la durée moyenne annuelle de travail d'un médecin est de 208 jours par an (travail, formation, etc.). S'il exerce une activité libérale, il peut y consacrer jusqu'à 20% du temps de travail statutaire, soit un jour par semaine. Ainsi, le temps de travail se répartit en 166 jours au titre du service public et 42 jours au titre de l'activité libérale.

Il résulte des données transmises que les médecins ayant une activité libérale et effectuant des consultations dans les deux secteurs<sup>9</sup> ont effectué pendant les années 2002 à 2005, 47 837 consultations dont 41% au titre de l'activité libérale.

Année	Production de codes de consultations privées	Production de codes de consultations publiques	Total codes de consultations	part des consultations en privé
2002	2 942	4 966	<b>7 908</b>	<b>37,2%</b>
2003	5 489	8 030	<b>13 519</b>	<b>40,6%</b>
2004	5 609	7 612	<b>13 221</b>	<b>42,4%</b>
2005	5 642	7 547	<b>13 189</b>	<b>42,7%</b>
<b>Total</b>	<b>19 682</b>	<b>28 155</b>	<b>47 837</b>	<b>41,14%</b>

Sur la base de la répartition du temps de travail statutaire défini plus haut (166 jours en secteur public et 42 jours en secteur libéral), la production médicale d'actes codifiés **C-CS-CSC-CNPSY** serait la suivante :

Années	Nombre de codes de consultations (a)	Ratio par jour (b)=a/166 jours	Nombre de codes de consultations (c)	Ratio par jour d=c/42 jours
	Secteur public	Secteur public	Secteur libéral	Secteur libéral
2002	4 966	30	2 942	70
2003	8 030	48	5 489	131
2004	7 612	45	5 609	134
2005	7 547	45	5 642	134
<b>Total</b>	<b>28 155</b>	<b>42</b>	<b>19 682</b>	<b>117</b>

Ces données font apparaître que, sur la période 2002 à 2005, l'activité peut être estimée en moyenne à **42** actes en C-CS-CSC-CNPSY par journée d'activité en secteur public et à 117 actes en C-CS-CSC-CNPSY par journée en secteur libéral. Le centre hospitalier de Saintes enregistre ainsi une activité journalière moyenne supérieure de 176 % en exercice libéral qu'elle n'est en secteur statutaire. Les données des deux derniers exercices tendent à montrer que l'écart augmente puisque l'on obtient 191,5 % de C-CS-CSC-CNPSY en libéral en 2004 et 195,8 % pour l'exercice 2005.

Cet écart croissant fait ressortir un transfert de l'activité du personnel médical du secteur public vers le secteur libéral, ce qui doit constituer une source de réflexion sur l'organisation des soins, notamment au moment où se mettent en place les pôles et une gestion déconcentrée dans les services.

<sup>3°</sup> Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique. (...) ».

<sup>9</sup> N'est pas pris en considération le médecin qui n'a d'activité de consultation que publique pour la totalité de ses consultations

## **2. Les actes médico-techniques**

Une analyse analogue à celle décrite pour les consultations conduit à des constats similaires en matière d'actes médico-techniques à partir des données communiquées par l'établissement sur la même période.

### **Les actes nomenclaturés (K, KC, KCC KE)**

<b>Années</b>	<b>Nombre d'actes (a)</b>	<b>Ratio par jour (b)=a/166 jours</b>	<b>Nombre d'actes (c)</b>	<b>Ratio par jour d=c/42 jours</b>
	<b>Secteur public</b>	<b>Secteur public</b>	<b>Secteur libéral</b>	<b>Secteur libéral</b>
2002	6 326	38	1 375	33
2003	ND	ND	2 343	56
2004	6 442	39	2 742	65
2005	6 616	40	2 145	51

Comme pour les consultations, ces données montrent que la production journalière d'actes médico-techniques (K, KC, KCC, KE,...) relevant de l'activité libérale tend à s'accroître tandis que celle relevant de l'activité publique est stable. 62 % des actes nomenclaturés en 2004 et 56 % en 2005 en moyenne sont réalisés dans le cadre d'une activité libérale correspondant en principe à la production d'une journée par semaine.

Un constat similaire est effectué en ce qui concerne la radiologie. L'analyse, entre 2003 et 2005 met en évidence une répartition atypique de l'activité comme le montre les tableaux de l'annexe 4. Les actes de radiologie sont réalisés dans leur grande majorité en secteur public et les données consolidées n'accordent qu'une part réduite au secteur libéral. Ces résultats doivent cependant être tempérés si l'on prend en compte les actes dits Z1 scanner, qui ne donnent pas lieu à paiement d'une redevance. En effet, 90% des actes afférents au scanner sont réalisés en activité libérale au cours des années 2004 et 2005.

Il convient de prendre en considération le fait que, comme le souligne l'établissement, les médecins comptabilisent, dans leur temps statutaire, des consultations internes et des actes en fonction de la spécialité médicale.

Les constats effectués montrent cependant l'intérêt de veiller à une gestion optimum du temps médical en analysant plus particulièrement les conditions d'accomplissement des activités autres que celles relevant du temps statutairement rémunéré. En matière de tarification à l'activité, l'administration hospitalière ne saurait se désintéresser de cette thématique qui implique un taux de fuite du secteur public.

L'établissement dispose d'informations statistiques tant en matière de consultations que d'actes médico-techniques permettant de revoir les objectifs du centre hospitalier et le suivi de l'activité médicale afin de réduire la disparité trop importante entre les deux secteurs et rendre à l'activité de service public une place relevant de sa mission prioritaire et qui soit davantage en rapport avec le temps de travail lui revenant.

## **VI. La gestion des ressources humaines**

### **1. La gestion prévisionnelle des ressources humaines**

## **CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE POITOU-CHARENTES**

La gestion prévisionnelle est un des axes de la politique sociale de l'établissement. Pour la période examinée, son objectif était de mettre en œuvre les mesures propres à repérer les nouveaux besoins et métiers afin d'adapter régulièrement l'effectif de l'hôpital aux missions et aux évolutions. Cependant, l'examen sur épreuve de certains dossiers individuels ou de politiques est de nature à identifier des gains de profitabilité pour l'hôpital en matière de ressources humaines.

L'ordonnateur a indiqué qu'il n'était pas en mesure « *de produire un document prospectif d'analyse des activités sur la période 2000 2005 définissant sur le bassin sanitaire de référence une évolution des moyens en personnels en termes d'emploi et de compétences.* » Mais des actions ont été conduites comme le recrutement d'un cadre supérieur de santé pour aider l'établissement à accompagner le changement notamment par la réalisation de bilans de compétences individuels, d'aide à la définition et à la mise en œuvre d'un plan de formation pluriannuelle et de préparation de la politique de promotion professionnelle. De même, un comité de réflexion sur les activités du nouvel hôpital a été mis en place pour déterminer les nouvelles organisations ainsi que les circuits, les objectifs impartis à la cellule d'accompagnement social.

L'établissement dispose d'une analyse des impacts des principes organisationnels sur l'évolution des compétences, le recensement des emplois types à partir de la nouvelle organisation du travail, une professionnalisation des emplois, une définition d'un dispositif d'évaluation de la démarche. La volonté de développer cette réflexion peut également constituer une opportunité d'améliorer certains aspects de la gestion administrative des personnels, notamment les congés.

### **2. La gestion administrative**

Les principaux constats relatifs aux congés et à l'activité extérieure résultent de l'examen de dossiers individuels.

Dans le domaine des congés des médecins, le bureau des affaires médicales apure le retard pris lors des années antérieures dans le suivi des congés. Des tableaux de suivis ont été établis pour 46 praticiens, dont les congés sont à jour (il s'agissait en premier lieu des praticiens des services en garde sur place, pour lesquels le temps additionnel est indemnisé). Il résulte des réponses de l'ordonnateur que le rattrapage de cette situation est aujourd'hui effectif.

En ce qui concerne l'exercice d'activité extérieure, certains praticiens ont pu s'affranchir des obligations statutaires pour exercer des activités extérieures sans information ou sollicitation préalable de la direction. La consultation de dossiers révèle l'absence d'autorisations nécessaires à l'exercice médical au profit de sociétés tiers à l'établissement, procédure qui aurait permis de respecter les règles du code de la santé publique prohibant tout exercice dans une clinique privée de la part d'un praticien hospitalier temps plein. L'ordonnateur a indiqué qu'un meilleur suivi a été engagé par l'établissement.

### **3. La formation médicale continue des personnels de l'établissement**

Les différents bilans sociaux reflètent la politique de la formation continue au profit de l'ensemble des personnels. En ce qui concerne plus particulièrement la formation médicale continue, elle n'est pas décrite dans des plans annuels de formation. Une sous-commission de la commission médicale d'établissement, en charge de la formation médicale continue, gère la ventilation entre les formations institutionnelles et les formations relevant de projets de service, et c'est lors de la réunion de cette sous-commission au mois de juin de l'année suivante que sont arrêtés les comptes de l'année N-1 et pris en compte les nouvelles demandes d'informations institutionnelles ou de services. Mais ce dispositif ne permet pas d'avoir un suivi individuel du respect des obligations de formation des médecins ; aucun tableau récapitulatif annuel n'a pu être communiqué. En revanche, un décompte des

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

congés formation permet au directeur de l'établissement de vérifier le respect de la durée maximale statutaire.

En fait, le centre hospitalier de Saintes, comme d'autres établissements hospitaliers de la région, recueille les attestations de présence afin de justifier les remboursements effectués aux médecins mais ne met pas en place un dispositif permettant aux directeurs de s'assurer que les actions suivies l'ont été dans le cadre de la formation médicale continue (FMC), qui constitue une obligation légale.

Les articles L. 4133-1 et L. 4236-1 du code de la santé publique prévoient en effet que la formation médicale continue a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances, y compris dans le domaine des droits de la personne, ainsi que l'amélioration de la prise en charge des priorités de santé publique. Il s'agit d'une obligation pour les personnels médicaux qui figure également parmi les règles déontologiques des professions de santé. L'article L. 6144-1,4° du même code prévoit que la commission médicale d'établissement organise cette FMC et prépare avec le directeur le plan correspondant. Ces prescriptions ne sont pas respectées par le centre hospitalier de Saintes puisque l'ordonnateur a indiqué qu'il n'existe pas de plan mais une volonté commune qu'administration et commission œuvrent pour la réalisation d'objectifs annuels institutionnels ou de service.

L'examen des données disponibles au sein de l'établissement fait ressortir qu'un certain nombre de médecins n'ont pas bénéficié d'actions de FMC sans que cela soit justifié par un impératif de service. Selon les dispositions précitées du code de la santé publique, l'obligation de FMC est satisfaite par la participation à des actions agréées, la soumission à une procédure d'évaluation des pratiques professionnelles ou bien la présentation orale au Conseil régional de l'ordre d'un dossier répondant à cette obligation. Pour les médecins n'ayant pas suivi de FMC, le directeur ne dispose pas d'élément permettant de s'assurer que les intéressés ont suivi des actions en dehors du plan.

La formation régulière et continue constitue un indicateur de qualité. L'ordonnateur a fait savoir que des novations ont été introduites à partir de 2008 avec l'émergence d'un véritable plan annuel de formation médicale qui s'est accompagné d'une augmentation des personnels ayant bénéficié des actions.

#### **4. L'indemnité de temps additionnel**

L'article L. 6152-23 du code de la santé publique prévoit que les praticiens perçoivent après service fait des émoluments mensuels variant selon l'échelon des intéressés ainsi que des indemnités et allocations dont la liste est fixée par décret. Dans ce dernier cas, il s'agit principalement des indemnités de participation à la permanence des soins ou de réalisation de périodes de travail au-delà des obligations de service hebdomadaires qui se décomposent comme suit :

- a) des indemnités de sujétion correspondant au temps de travail effectué, dans le cadre des obligations de service hebdomadaires, la nuit, le samedi après-midi, le dimanche et les jours fériés ;
- b) des indemnités forfaitaires pour tout temps de travail additionnel accompli, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaires ;
- c) des indemnités correspondant aux astreintes et aux déplacements auxquels elles peuvent donner lieu.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

Le même texte précise que les indemnités mentionnées aux deux alinéas précédents sont versées lorsque, selon le choix du praticien, le temps de travail additionnel<sup>10</sup>, les astreintes et les déplacements ne font pas l'objet d'une récupération.

De même, il est possible pour les praticiens hospitaliers de récupérer les périodes de temps de travail additionnel à condition que la continuité du service soit assurée du lundi au samedi matin inclus. Il en résulte que les périodes de temps de travail additionnel ou les astreintes à domicile ayant donné lieu à récupération ne doivent pas être indemnisées. Lorsqu'un praticien choisit de récupérer ou de verser au compte épargne temps une période de temps de travail additionnel il doit être procédé à la régularisation du montant de l'indemnité de suggestions versé au titre de cette même période. Ainsi, au titre de l'année 2006 pour laquelle il existait une obligation de service de 208 jours de travail annuel, le calcul devait être le suivant :  $208 \text{ jours} / 5 \text{ jours par semaine} = 41,60$ , soit 48 heures hebdomadaires maximales  $\times 41,60 = 1996,80$  heures. Ce résultat, divisé par trois périodes annuelles, donne 666 heures d'obligations de service par quadrimestre.

Ce sont les vérifications des modalités de calcul de ces rémunérations qui ont conduit le comptable à suspendre certains paiements à des praticiens hospitaliers de l'indemnité de temps de travail additionnel et l'ordonnateur à recourir à quatre reprises à la procédure de réquisition pour contraindre le comptable à y procéder.

Le refus du comptable public se fonde sur le fait que les modalités de calcul des indemnités ne respectent pas la réglementation, notamment l'article 21 de l'arrêté du 30 avril 2003 et la circulaire du 6 mai 2003 selon laquelle les montants dus au titre des indemnités pour temps de travail additionnel sont versés au terme de chaque quadrimestre après déduction le cas échéant des indemnités de suggestions déjà versées pour les mêmes périodes de temps de travail.

L'ordonnateur fait valoir que le temps de travail additionnel relève du volontariat des personnels médicaux. Les personnels médicaux des services de garde sur place ont fait connaître qu'ils n'effectueraient plus de temps de travail additionnel si les modalités actuelles de calcul de l'indemnité étaient modifiées. Dans ces conditions, le directeur de l'établissement a estimé que la continuité des missions justifiaient de recourir aux services de médecins remplaçants dans les conditions particulièrement onéreuses de l'intérim spécialisé. Les réquisitions ont porté sur de nombreux mandats émis en 2006 pour un montant total de 179 822,37 €

Alors qu'il avait été fait une juste application de la réglementation en 2003, l'établissement a admis que le montant de l'indemnité de suggestions spéciales non déduit de l'indemnité de temps additionnel s'élevait à 111 580,15 € pour l'année 2004 et à 162 918,95 € pour l'année 2005, soit un total de 274 499,10 €. Si on y ajoute le montant des réquisitions au titre de l'année 2006, les indemnités versées en méconnaissance de la réglementation atteignent 454 321,47 € et concernent des personnels des services des urgences, de réanimation et de pédiatrie, accréditant ainsi en fait une situation de « droits acquis » au profit des bénéficiaires.

La chambre prend acte des mesures correctives, les pratiques antérieures ayant été favorisées par l'absence de surveillance, par le corps de direction, de l'organisation de la permanence des soins, fonction qui a été abandonnée aux différents chefs de service.

## **5. La rémunération des médecins remplaçants**

---

<sup>10</sup> Le temps de travail additionnel correspond au temps de travail réalisé par les praticiens volontaires au-delà de leurs obligations de service, c'est-à-dire, pour un praticien à temps plein, au-delà de 10 demi-journées ou de 48 heures pour le praticien exerçant dans un service organisé en temps médical continu ce qui est le cas pour les services au centre hospitalier de Saintes.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

Le code de la santé publique (CSP) permet aux établissements publics de santé d'avoir recours à des médecins remplaçants afin d'assurer leurs missions<sup>11</sup> et précise les conditions de recrutements<sup>12</sup>. Leurs recrutements relèvent de la compétence d'attribution du directeur de l'établissement<sup>13</sup> après avis du chef de service ou du responsable de la structure dont relève le praticien, de la commission médicale d'établissement et, dans le délai de trente jours, du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Celui-ci vérifie notamment que le recrutement est compatible avec le projet médical de l'établissement et qu'il respecte les dispositions de la présente section. Une procédure simplifiée permet également au directeur de ne recueillir que l'avis du chef de service ou du responsable de la structure médicale lorsque le recrutement envisagé est inférieur ou égal à trois mois. Le contrat administratif qui est alors signé doit notamment faire mention de la rémunération<sup>14</sup>.

A cet effet, les médecins contractuels recrutés en application des 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 5<sup>o</sup> de l'article R. 6152-402 sont rémunérés sur la base des émoluments applicables aux praticiens hospitaliers ou aux praticiens des hôpitaux recrutés en début de carrière<sup>15</sup>, proportionnellement à la durée de travail définie au contrat en ce qui concerne les praticiens des hôpitaux. Ces émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4<sup>e</sup> échelon de la carrière, majorés de 10 %.

L'application de cette réglementation pendant les années 2002 à 2006 appelle les remarques suivantes.

En premier lieu, le recours aux médecins remplaçants a été utilisé de manière soutenue ; le nombre des médecins recrutés est passé de deux en 2002 à 30 en 2006 et le nombre de jours de remplacement de 6 à 725 pour la même période, ce qui a engendré une dépense de 2620 € en 2002 à 365 088 € en 2006. Il s'est accéléré ces deux dernières années, ce qui peut être mis en parallèle avec les difficultés de recrutement auxquelles est confronté l'établissement. Cela s'observe également par le nombre moyen de jours d'une mission qui passe de 20,81 en 2005 à 24,16 en 2006 pour un coût moyen de 12 161 €. Ce chiffre doit cependant être relativisé par le calcul du coût moyen mensuel brut d'un médecin remplaçant.

A partir des bilans sociaux et des informations communiquées par les services, le tableau suivant évalue le coût moyen d'un médecin ou de son remplaçant pour les années 2005 et 2006.

---

<sup>11</sup> V. article L. 6152-1 du code de la santé publique (CSP).

<sup>12</sup> L'article L. 6152-6 précise que la matière relève de décrets en Conseil d'Etat : articles R. 6152-401 et R. 6152-402 du CSP.

<sup>13</sup> Article R. 6152-411 du CSP

<sup>14</sup> Article R. 6152-415, 7<sup>o</sup> du CSP

<sup>15</sup> Articles R. 6152-416 et R. 6152-417 du CSP

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

<i>Référentiel (en brut)</i>	<b>2005</b>	<b>2006</b>
Nombre de jours de remplacement	562	725
a) Soit en équivalent temps plein pour <b>208</b> jours dus par an	2,70	3,48
b) Coût moyen annuel d'un médecin ETP	111 311 €	112625 €
<b>1-Sous-total - Coût de référence d'un ETP (soit a x b)</b>	<b>300 540 €</b>	<b>391 935 €</b>
c) traitements et indemnités versées par le CH de Saintes	328 147 €	365 088 €
d) Coût des frais de déplacement ou de mission payés	5 339 €	7102 €
<b>2-Sous-total - Coût réel acquitté par le CH de Saintes (soit c+d)</b>	<b>333 486 €</b>	<b>372 190 €</b>
Coût maximum théorique du 4 <sup>ème</sup> échelon + 10% pour 1 jour	140,44 + 14,04 = <b>154,48 €</b>	141,14 + 14,11 = <b>155,25 €</b>
<b>Moyenne mensuelle</b> des charges salariales du CH (nombre de médecins au 31/12 de l'année précédente qui sont les chiffres d'entrée de l'année suivante)	300 729,82 € / 105 médecins = <b>2 864,09 €</b>	328 695,31 € / 111,05 médecins = <b>2 959,88 €</b>
<b>Moyenne journalière</b> des charges salariales du CH	2 864,09€ / 30 jours = <b>95,46 €</b>	2 959,88 € / 30 jours = <b>98,66 €</b>
<b>3-Sous-total - Coût maximum qui aurait dû être acquitté par le CH Soit (coût journalier du 4<sup>ème</sup> échelon + 10% + charges) x nombre de jours de remplacement de l'année</b>	249,94 X 562 = <b>140 466€</b>	253,91 X 725 = <b>184 085 €</b>
<b>4-Surcoût payé par le centre hospitalier de Saintes = 2-3</b>	<b>193 020€</b>	<b>188 105 €</b>

*(Sources : bilans sociaux et informations transmises par le CH de Saintes) -*

Il en résulte que l'impact financier global du recours à des médecins remplaçants est assez sensible si on le rapporte à la masse salariale que l'établissement aurait versé si les postes avaient été occupés par des praticiens hospitaliers temps plein.

L'ordonnateur fait valoir que l'hôpital de Saintes budgétait systématiquement les postes vacants, ceux-ci étant publiés au plan national. A ce titre, l'ordonnateur estime qu'il existe une moins-value au profit de l'établissement de 820 679 € en 2005 et 515 469 € en 2006. L'ordonnateur estime que le coût moyen d'un ETP médical calculé par la Chambre conduit à sous-évaluer le coût moyen réel du fait qu'elle prend en compte tous les statuts médicaux (médecins, internes, temps plein ou partiel, assistants, praticien attaché) ; il faudrait plutôt retenir le coût moyen d'un praticien hospitalier.

Une telle position, qui est plus proche du « prix du marché » des médecins remplaçants, néglige toutefois les contraintes résultant du cadre légal fixé par le code de la santé publique.

L'ordonnateur a reconnu avoir validé des pratiques contra legem tout en soulignant que celles-ci étaient limitées à des secteurs en sous-effectif et s'appuyaient sur une logique visant à ce que le coût global du remplacement ne soit pas supérieur au coût si les postes avaient été pourvus. Désormais, le recours à des médecins remplaçants s'effectue dans le cadre d'un marché de prestation d'intérim. Si la pratique hospitalière est aujourd'hui conforme aux prescriptions légales, il en résulte néanmoins un surcoût.

D'autres pratiques mal fondées concernant les rémunérations et les frais de déplacement ont été relevées à la suite de l'examen exhaustif des contrats signés entre 2004 et 2006.

Des suppléments de rémunérations ont été attribués à des médecins, alors qu'ils ne correspondent pas à des indemnités prévues par l'article R. 6152-23 du code de la santé publique.

Le remboursement des frais de déplacement<sup>16</sup> – ou de mission – est attribué aux agents de la fonction publique hospitalière, titulaires ou non, qui effectuent des déplacements entre le lieu de travail et un

<sup>16</sup> Décret n° 90-437 du 28 mai 1990 fixant les conditions et modalités de règlement des frais de déplacement des personnels civils, décret n° 92-566 du 25 juin 1992 fixant les conditions et modalités de règlement des frais occasionnés par les

lieu précisé à l'ordre de mission. Mais il n'est pas destiné à indemniser le médecin remplaçant quittant – ou rejoignant – son domicile personnel. Or, des ordres de mission ont été établis au profit des médecins remplaçants afin de valider le remboursement de frais entre le domicile familial – ou considéré comme tel – et le centre hospitalier de Saintes.

Enfin, le directeur de l'établissement, qui est compétent pour recruter, sous conditions, des médecins remplaçants, a demandé au conseil d'administration du centre hospitalier de délibérer sur cette question. Une délibération du 29 avril 2005, reçue à la direction départementale de l'action sanitaire et sociale de la Charente-Maritime le 16 mai suivant, indique que les médecins proposés par les sociétés d'intérim spécialisées se font rémunérer sur la base d'un forfait journalier imposé résultant de l'offre et de la demande, en dehors de toute référence à une grille indiciaire applicable à un praticien hospitalier ; le conseil d'administration « *a autorisé le directeur (...) à négocier au cas par cas le tarif journalier correspondant qui, par définition, (ne pouvait correspondre) à une grille indiciaire applicable à un médecin hospitalier.* ».

La chambre observe qu'en dépit de délibérations du conseil d'administration sur la régularité desquelles il n'est pas nécessaire de se prononcer, les pratiques suivies par l'ordonnateur en matière de rémunération et d'avantages accessoires, qui relèvent de sa responsabilité, témoignent d'un respect peu scrupuleux des règles en vigueur et qu'elles sont génératrices de surcoûts pour l'hôpital.

## **6. Les examens cliniques médicaux et les prises de sang réalisés dans le cadre de réquisitions**

L'examen des facturations hospitalières a mis en évidence des conditions affectant la régularité et la sincérité de paiement d'honoraires aux médecins urgentistes et aux biologistes dans le cas d'un « patient contraint ».

Un « patient contraint » est un individu amené au service des urgences par les services répressifs pour subir un examen clinique suivi ou non d'un acte de prélèvement qui donnera lieu alors à examen du matériel biologique. La pratique du centre hospitalier de Saintes recouvre des hypothèses variées (accident de la voie publique, présomption de conduite sous l'empire d'un taux d'alcool et/ou de produits stupéfiants, agressions, etc.).

A l'examen, il apparaît que le dossier médical « urgence » ne comporte pas toutes les indications de nature à faciliter la prise en charge de ces créances par le comptable public. En particulier, il n'est pas mentionné au dossier créé lors de l'arrivée du patient contraint, que les actes vont s'effectuer sur la base de réquisitions de l'officier de police judiciaire.

Au centre hospitalier de Saintes, les actes cliniques et biologiques réalisés dans le cadre des urgences sont effectués par les praticiens requis sur le temps de travail qu'ils doivent au centre hospitalier et pour lequel ils sont rémunérés. La réquisition est donc à rédiger au nom du centre hospitalier de Saintes. Or, il s'avère que ces actes sont directement réglés aux praticiens. Il en résulte un préjudice pour le centre hospitalier puisque des recettes lui revenant normalement ne sont pas identifiées dans la chaîne de facturation ni à plus forte raison perçues par l'établissement. A partir des renseignements recueillis auprès de l'établissement, le tableau figurant en annexe n°4 récapitule les sommes versées pour les années 2003 à 2005, soit plus de 58.000 €

La chambre observe qu'aucune procédure interne ne permettait, jusqu'à présent, d'assurer la collecte d'information nécessaire pour la facturation et le recouvrement des frais de justice, en particulier la référence de l'acte de réquisition, l'objet de l'examen, le décompte détaillé des prestations fournies par les services de l'établissement.

---

déplacements des fonctionnaires et agents relevant de la FPH, arrêté du 24 avril 2006, décret n° 2006-781 du 3 juillet 2006 et arrêté du 3 juillet de la même année.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

Elle note l'engagement de l'ordonnateur de procéder à la signature d'une convention entre l'hôpital et l'autorité judiciaire afin de réintroduire le règlement des réquisitions du procureur de la République dans un cadre réglementaire et comptable approprié, conformément à la circulaire du 13 septembre 1988 du ministère de la Justice portant application du décret n°88-600 du 6 mai 1988 relatif aux frais de justice.

## **VII. Annexes**

### **1.1. Annexe n°1 : Rappels des éléments de procédure**

L'ouverture du contrôle a été notifiée à l'actuel ordonnateur par lettre de février 2007 et portait sur les exercices 1993 à 2006.

L'entretien préalable prévu par les articles L. 243-1 et R. 241-8 du code des juridictions financières a eu lieu le 10 juillet 2007 avec l'actuel ordonnateur, M. GUIRANDE et le 12 juillet suivant avec l'ancien ordonnateur.

Lors de sa séance du 22 décembre 2008, la Chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées à l'ordonnateur. Un extrait a également été adressé à un tiers.

L'ordonnateur a répondu le 29 juillet 2009. Le tiers mis en cause a également répondu par lettre du 27 juillet 2009.

Lors de sa séance du 17 septembre 2009, la Chambre a arrêté les observations définitives qui figurent dans le présent rapport.

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

**1.2. Annexe n°2 : la situation financière**

Soldes	2001	2002	2003	2004	2005
Dotation annuelle de financement (DAF)	55.588	60.777	64.938	69.181	10.417
Produits T2A + DAC					53.421
Dotations et forfaits annuels hospitaliers	70	94	62	54	9.732
Produits de l'activité hospitalière - soins	4.355	4.266	3.917	3.958	4.649
Produits de la tarification des BA - soins	1.930	2.761	2.934	3.501	3.395
Produits de l'hébergement - BA	7.542	6.861	7.106	7.358	7.557
Produits afférents à la dépendance - BA	126	1.054	1.132	1.143	1.219
Produits des Ecoles Paramédicales	121	173	174		170
Ventes de marchandises	1.836	2.323	2.656	2.901	2.320
Autres produits	1.001	1.270	1.442	2.055	2.364
<b>PRODUITS BRUTS D'EXPLOITATION</b>	<b>72.569</b>	<b>79.579</b>	<b>84.360</b>	<b>90.152</b>	<b>95.243</b>
Consommations en provenance de tiers	10.884	11.975	13.270	14.761	15.323
Charges externes	5.533	5.693	6.684	6.452	7.073
Remboursement de frais des BA	0	0		2	0
<b>CONSOMMATIONS INTERMEDIAIRES</b>	<b>16.417</b>	<b>17.667</b>	<b>19.954</b>	<b>21.211</b>	<b>22.396</b>
<b>Valeur ajoutée</b>	<b>56.152</b>	<b>61.911</b>	<b>64.406</b>	<b>68.941</b>	<b>72.847</b>
Subventions d'exploitation	432	1.249	1.241	984	1.708
Impôts et taxes	49	57	60	62	63
Charges de personnel	50.935	56.659	60.633	64.019	67.348
<b>EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION</b>	<b>5.599</b>	<b>6.444</b>	<b>4.953</b>	<b>5.844</b>	<b>7.144</b>

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES  
DE POITOU-CHARENTES**

Soldes	2001	2002	2003	2004	2005
Dotations aux amortissements	4.730	5.712	6.620	5.338	4.544
Dotations aux provisions	1.436	1.654	1.212	3.099	3.163
Reprises sur amortissements et provisions		22	333	334	882
Autres produits d'exploitation	2.857	3.053	3.213	4.466	3.760
Autres charges d'exploitation	207	898	937	921	1.454
<b>RESULTAT D'EXPLOITATION</b>	<b>2.083</b>	<b>1.256</b>	<b>-270</b>	<b>1.284</b>	<b>2.625</b>
Produits financiers	5			5	
Charges financières	971	773	575	772	1.572
<b>RESULTAT COURANT</b>	<b>1.117</b>	<b>483</b>	<b>-845</b>	<b>518</b>	<b>1.054</b>
Produits exceptionnels	363	308	353	339	347
Charges exceptionnelles	418	377	292	311	480
<b>RESULTAT EXCEPTIONNEL</b>	<b>-55</b>	<b>-69</b>	<b>61</b>	<b>28</b>	<b>-133</b>
<b>RESULTAT ADMINISTRATIF</b>	<b>1.293</b>	<b>750</b>	<b>480</b>	<b>667</b>	<b>1.073</b>
<b>RESULTAT NET</b>	<b>1.062</b>	<b>415</b>	<b>-784</b>	<b>546</b>	<b>920</b>
<b>Structure des charges dans Excédent Brut d'Exploitation</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>
Produits bruts	72.569	79.579	84.360	90.152	95.243
Excédent brut d'exploitation	5.599	6.444	4.953	5.844	7.144
% EBE/Produits bruts	7,72%	8,10%	5,87%	6,48%	7,50%
EBE	5.599	6.444	4.953	5.844	7.144
+ Produits c/75 (sauf 7584)	2.857	3.053	3.213	4.466	3.760
- Charges c/65	207	898	937	921	1.454
<b>MARGE BRUTE</b>	<b>8.248</b>	<b>8.600</b>	<b>7.229</b>	<b>9.388</b>	<b>9.450</b>

1.3. Annexe n°3 : Temps additionnel

Montants de l'indemnité de sujétion spéciale  
non déduite de l'indemnisation du temps additionnel (2003 – 2005)

en €

Service \ Année	2003	2004	2005	Total
Urgences	néant	24 522.00	61 873.42	86 395.42
Réanimation	23 500.00	36 431.30	51 670.28	111 601.58
Pédiatrie	4 500.00	50 626.89	51 161.73	106 288.62
<b>Total</b>	<b>28 000.00</b>	<b>111 580.19</b>	<b>163 427.50</b>	<b>304 285.62</b>

Source : Extrait des informations communiquées par le CH de Saintes

1.4. Annexe n° 4 : répartition des actes de radiologie (activité libérale/activité publique)

Les actes nomenclaturés (Z1, Z4, ZN en coefficient)

Années	Nombre d'actes (a)	Ratio par jour (b)=a/166 jours	Nombre d'actes (c)	Ratio par jour d=c/42 jours
	Secteur public	Secteur public	Secteur libéral	Secteur libéral
2002	0	0	0	0
2003	325	2	2	0
2004	300	2	11	0
2005	298	2	28	0

les actes nomenclaturés (K radio , KC, KCC KE, KE radio et ZI radio )

Années	Nombre d'actes (a)	Ratio par jour (b)=a/166 jours	Nombre d'actes (c)	Ratio par jour d=c/42 jours
	Secteur public	Secteur public	Secteur libéral	Secteur libéral
2003	ND	ND	1276	30
2004	10 072	60	661	16
2005	10 628	64	985	23
TOTAL 2004 et 2005	20 700	124	1646	39

les actes nomenclaturés (K scanner et Z scanner)

Années	Nombre d'actes (a)	Ratio par jour (b)=a/166 jours	Nombre d'actes (c)	Ratio par jour d=c/42 jours
	Secteur public	Secteur public	Secteur libéral	Secteur libéral
2003	ND	ND	2 294	55
2004	319	2	2 717	64
2005	431	3	2 887	69
TOTAL 2004 et 2005	750	2	5 604	67

**Réponse du Directeur du centre hospitalier de Saintonge (\*)**

(\*) Cette réponse jointe au rapport engage la seule responsabilité de son auteur, conformément aux dispositions de l'article L.243-5 du Code des juridictions financières.