

**CHAMBRE RÉGIONALE DES COMPTES
DE PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR**

Centre hospitalier d'Aubagne
(Var)

Saisine n° 2009-0050
(Contrôle n°2009-0001)

Article L. 6143-3-II
du code de la santé publique

Séance du 24 février 2009

A V I S

Par lettre en date du 30 décembre 2008, enregistrée au greffe de la chambre le 5 janvier 2009, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation (ARH) de Provence-Alpes-Côte-d'Azur, a saisi la chambre de la situation financière du centre hospitalier général d'Hyères en application des articles L. 6143-3-II et D. 6145-63 devenu D. 6143-40 du code de la santé publique. La saisine n'était assortie d'aucun document. Le compte financier a été transmis par le comptable, les EPRD et les situations quadrimestrielles réglementaires par l'établissement. En outre l'établissement a produit un CD Rom sous Xemelios retraçant la paie pour le mois de décembre 2008.

Par courriers datés du 6 janvier 2009, le président de la chambre a informé de cette saisine le directeur du centre hospitalier général d'Aubagne, le maire de la commune, le préfet des Bouches du Rhône ainsi que le trésorier-payeur général.

Après avoir entendu les rapporteurs et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre a délibéré et adopté le présent avis le 24 février 2009.

Le présent avis est notifié au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Provence-Alpes-Côte d'Azur, au directeur du centre hospitalier d'Aubagne, ainsi qu'au président du conseil d'administration, maire de la commune d'Aubagne, et transmis pour information au comptable du centre hospitalier sous-couvert du trésorier-payeur général des Bouches-du-Rhône et au préfet de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, Préfet des Bouches-du-Rhône.

1 RECEVABILITE DE LA SAISINE

L'article L. 6143-3-II du code de santé publique (CSP) prévoit que : «*Si la dégradation financière (d'un établissement public de santé) répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit la chambre régionale des comptes. Dans le délai de deux mois suivant sa saisine, celle-ci évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation met en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées*».

L'article D. 6143-40 du code de la santé publique prévoit quant à lui que : «*Les critères de dégradation financière sur lesquels se fonde le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation pour saisir la chambre régionale des comptes en application de l'article L. 6143-3 sont :*

- 1° Un résultat comptable déficitaire du compte de résultat principal ;*
- 2° Un niveau de résultat déficitaire supérieur à un seuil déterminé.*

Le résultat comptable mentionné au 1° du présent article est calculé par différence entre les produits et les charges du dernier exercice clos. Il est corrigé des charges et produits sur exercices antérieurs comptabilisés sur l'exercice en cours, après vérification de la sincérité des inscriptions de charges et de produits.

Pour tenir compte du niveau des charges des établissements, le seuil est fixé dans les conditions suivantes :

- 1) Pour les établissements publics de santé mentionnés l'article D.6141-15 et ceux dont les emplois de directeur sont des emplois fonctionnels de la fonction publique hospitalière en application du 4° de l'article 1^{er} du décret n° 2005-922 du 2 août 2005 le seuil est fixé à 2,5 % du total des produits de l'exercice ;*
- 2) Pour les autres établissements publics de santé, le seuil est fixé à 3,5 %».*

Le centre hospitalier d'Aubagne ne figurant pas sur la liste des établissements énoncés par l'article D. 6141-15 du code de la santé publique et n'étant pas doté d'emploi fonctionnel de directeur, le seuil de déficit s'apprécie au regard du b) de l'article D. 6143-40 du code de la santé publique ci-dessus mentionné, soit 3,5 %.

Le compte de résultat principal de l'exercice 2007 du centre hospitalier général d'Hyères présente à la clôture de l'exercice 2007 un déficit de 3 159 714,65 €. Le montant total des produits de l'exercice 2007 s'élevant à 51 763 878,81 €, le seuil fixé par l'article D. 6145-40 du code de la santé publique est atteint, à la lecture directe des comptes, puisqu'il s'élève à 6,1 %.

La saisine est donc recevable.

Par ailleurs, en application des dispositions de l'article D 6143-40 précité du CSP, il revient à la chambre de vérifier la sincérité des inscriptions de charges et de produits. A l'issue de cette vérification, il apparaît que doivent être rattachées ou inscrites à l'exercice 2007 les sommes suivantes :

- Une somme de 1 789 000 € figure au compte 415 au titre des créances irrécouvrables admises en non valeur, mais n'a jamais été provisionnée. Une charge du même montant doit être constatée ;

- Les comptes emplois épargne temps des personnels non médicaux pour 127 000 € et médicaux pour 641 000 € n'ont pas été provisionnés. Une charge de 768 000 € doit être constatée ;
- Le compte 408 «charges à rattacher» qui doit impérativement être ouvert en application du principe comptable du rattachement des charges à l'exercice concerné n'a pas été ouvert sur l'exercice 2007. Ce compte est ouvert à la balance de fin décembre 2008 pour une somme négligeable (5 000 €). Or le comptable évalue les charges 2007 non rattachées à 450 000 €.

En conclusion, le déficit de l'exercice 2007 doit être augmenté de 3 007 K€.

Ce déficit doit être atténué des produits à rattacher, toutefois, le compte 418 «produits à rattacher» n'est pas ouvert. Il n'a pas été possible de procéder à son évaluation.

En tout état de cause, le déficit est donc supérieur au seuil de saisine.

2 EVOLUTION DE LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

2.1 LA SITUATION AU REGARD DU BILAN 2007

Une dette fiscale de 3 592 892,02 € constituée par le non paiement de la taxe sur les salaires s'est accumulée au fil des exercices. Cette dette est assortie de pénalités s'élevant à 291 808 €. Un échelonnement de dix ans a été consenti par les services fiscaux portant sur un remboursement annuel de 359 289 €. Toutefois, l'encours de cette dette n'avait jamais été comptabilisé. Elle ne ressort pas des bilans produits. Il reste à payer 2 500 000 € qu'il convient de rajouter aux dettes fiscales et sociales du bilan. Cette somme non comptabilisée vient grever le résultat cumulé.

L'actif du bilan a dû être retraité suite à une erreur d'écriture comptable au compte financier. Le comptable a en effet méconnu les règles de comptabilisation du compte 411-22 qui retrace la créance dite «de l'article 58»¹. Ce compte doit être soldé au début d'exercice et la créance est reconstituée à la clôture conformément à la norme comptable M.21.

Le comptable a ignoré cette règle. L'actif du bilan a donc dû être retraité, en débitant virtuellement le compte 411-21 par crédit du compte 411-22. Cette erreur, sans pour autant affecter le résultat, fausse le calcul du fonds de roulement et du besoin en fonds de roulement.

Le bilan 2007 reclassé se présente donc ainsi :

¹ Le fondement de cette créance repose sur l'article R. 174-1-9 du Code de la Sécurité sociale (ancien article 58 du décret n° 83-774 du 11 août 1983) qui dispose que les règlements effectués par les organismes d'assurance maladie, en vertu du mode de tarification en vigueur antérieurement audit article (facturation individuelle selon un prix de journée), viennent en déduction des versements mensuels de dotation (source M. 21)

ACTIF	2007	Reclassé	PASSIF	2007	Reclassé
Immobilisations corporelles	48 692	48 692	Financements stables	49 447	49 447
Immobilisations financières	376	376	Réserve trésorerie	1 641	1 641
Biens stables	49 448	49 448	Réserve compensation.	44	44
FRI	- 1	- 1	Report à nouveau +	198	198
Créances article 58	0	1 477	Report à nouveau -	- 2 313	- 4 813
Biens stables d'exploitation	0	1 477	Résultat comptable	- 3 076	- 6 083
FRE	- 1 071	- 5 498	Provisions réglementées.	0	0
FRNG	- 1 073	- 5 499	PRC	2 435	4 992
Stocks	775	775	Autres dépréciations	0	0
Hôpital et C	1 461	1 461	Financements stables exploit.	- 1 071	- 4 021
SS	5 562	4 085	Dettes fournisseurs.	3 499	3 949
départ.	396	396	Dettes fiscales	1 541	4 041
Mutuelles	888	888	Avances reçues	4 074	4 074
CINV	1 789	1 789	Dettes sur immobilisations	232	232
Etat	0	0	Autres dettes div.	194	194
Autres créances	2 407	2 407	recettes à classer	432	432
dépenses à classer	0	0	dettes	9 973	12 922
Créances	13 278	11 801	BFR	3 306	- 1 121
Liquidités	586	586	Financements à court terme	4 964	4 964
			Trésorerie	- 4 378	- 4 378
TOTAL		63 312	TOTAL		63 312

Le fonds de roulement net global est négatif. Il s'élève à – 5 499 K€. Le centre hospitalier est en réalité en excédent de financement d'exploitation. Il est obligé à la clôture de recourir à sa ligne de trésorerie.

La situation à la clôture de l'exercice 2007 apparaît en définitive beaucoup plus détériorée que ce que montrent les états produits.

L'examen des soldes intermédiaires de gestion doit être corrigé des erreurs constatées ci-dessus.

	2005	2006	2007	2007 retraité
Produits de la tarification à l'activité (A)	9201	128 942	18 270	18 270
Dotation annuelle complémentaire (B)	2 5917	21 652	16 473	16 473
Sous total MCO	3 5118	34 494	34 743	34 743
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance maladie C	3063	3 902	4 124	4 124
Sous total A + C	12 264	16 744	22 394	22 394
MIGAC ²	1 141	2 402	2 937	2 937
Forfaits annuels	2 119	2 151	2 322	2 322
DAF ³	1 881	1 961	1 975	1 975
Vente de marchandises	1 448	2 309	2 330	2 330
Autres produits	487	507	560	560
Produits bruts d'exploitation	45 257	47 726	48 992	48 992
Consommation en provenance de tiers	6 354	7 329	7 677	8 127
Charges externes	3 368	4 094	4 000	4 000
- Consommation intermédiaire	9 722	11 423	11 677	12 127
= VALEUR AJOUTEE	35 536	36 303	37 315	36 865
+ Subventions d'exploitation	95	218	377	377
- Impôts et taxes	10	15	10	10
- Charges de personnel	32 913	35 954	37 724	40 224
= Excédent brut d'exploitation (EBE)	2 708	551	- 41	- 2 992
+ Autres produits de gestion courante	1 580	652	747	747
- Autres charges de gestion courante	335	3	2	2
MARGE BRUTE	3 952	1 201	704	- 2 247
+ Reprises sur amortissements	0	0	0	0
- Dotations aux amortissements	2 164	1 864	1 847	1 847
- Dotations aux provisions	0	0	0	2 557
= RESULTAT D'EXPLOITATION	1 788	- 663	-1 143	- 6 651
+ Produits financiers	5	29	3	3
- Charges financières	290	434	549	549
= RESULTAT COURANT	1 503	- 1 068	-1 689	- 7 197
+ Produits exceptionnels	226	2 521	435	435
- Charges exceptionnelles	3 379	3 277	1 906	1 906
= Résultat exceptionnel	-3 153	- 755	-1 471	- 1 471
RESULTAT NET	-1 650	- 1 824	-3 160	- 8 668

² mission d'intérêt général et aide à la contractualisation

³ dotation annuelle de financement

En réintégrant les charges non comptabilisées, on constate la très forte dégradation de l'excédent brut de fonctionnement (EBE) et du résultat d'exploitation :

	2005	2006	2007	2006/2005 en %	2007/2006 en %
Produits bruts d'exploitation	45 257	47 726	48 992	5,5	2,7
MIGAC	1 141	2 402	2 937		
Dont aide budgétaire	30	1 000	0		

En 2008, l'établissement a reçu 4 293 K€ de MIGAC dont 1 300 K€ d'aide budgétaire non reconductible.

Les produits bruts d'exploitation ne progressent que grâce à la MIGAC. Si on retire la MIGAC, la progression liée à l'activité est marginale et due à une augmentation des forfaits annuels payés au titre de l'activité d'urgence.

En revanche les consommations intermédiaires progressent plus rapidement que les produits :

	2005	2006	2007
Consommation intermédiaire	9 722	11 423	12 127
Augmentation base en %		17,5	6,2

C'est également le cas des charges de personnel, créant ainsi un effet de ciseau insurmontable :

	2005	2006	2007	2006/2005	2007/2006	2007/2005
Personnel	32 913	35 954	40 224	+ 9,2 %	+ 11,9 %	+ 22,2 %

Les éléments d'analyse IDAHO⁴ sont modifiés par les retraitements effectués :

La capacité d'autofinancement (CAF) devient négative en 2007, l'établissement devant emprunter pour fonctionner :

Formation de la CAF	2005	2006	2007	2007 retraité
EBE	3 398	721	326	- 2 625
(+) Transfert de charges d'exploitation	0	0	0	0
(+) Autres produits d'exploitation	1 640	656	748	748
(-) Charges d'exploitation	335	3	2	2
(+) Produits financiers	24	50	17	17
(-) Charges financières	303	424	541	541
(+) Produits exceptionnels	282	2 928	357	357
(-) Charges exceptionnelles	3 629	3 620	1 945	1 975
CAF	1 076	307	- 1 040	- 4 021

⁴ Instrument d'Analyse Hospitalière du Trésor public
2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 6/27

2.2 LA DEGRADATION EN 2008

Le projet d'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) 2008 adopté par le conseil d'administration a été rejeté par l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'EPRD définitif pour 2008 se présentait ainsi :

EPRD synthétique Prévisions 2008

Compte de résultat prévisionnel principal	Dépenses	Recettes	
Titre 1 : Charges de personnel	38 936 570,00	44 346 983,00	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	8 311 580,00	4 339 300,00	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	4 397 230,00	5 583 100,00	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions, financières et exceptionnelles	4 381 140,00		
Total des charges	56 026 520,00	54 269 383,00	Total des produits
<i>Résultat prévisionnel (bénéfice)</i>	-	1 757 137,00	<i>Résultat prévisionnel (perte)</i>
Total équilibre du compte de résultat prévisionnel	56 026 520,00	56 026 520,00	Total équilibre du compte de résultat prévisionnel

Tableau de passage du résultat prévisionnel à la CAF prévisionnelle [1]

Résultat prévisionnel (bénéfice)	-	1 757 137,00	Résultat prévisionnel (perte)
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés		9 950,00	- Produits des cessions d'éléments d'actifs
+ Dotations aux amortissements et aux provisions	2 259 905,00		- Quote-part des subventions virées au résultat
			- Reprises sur amortissements et provisions
Sous-total 1	2 259 905,00	1 767 087,00	Sous-total 2
Capacité d'autofinancement	492 818,00	-	Insuffisance d'autofinancement
(si 1-2 > 0)			(si 1-2 < 0)

**Tableau de financement prévisionnel
- Exercice 2008 -**

Insuffisance d'autofinancement prévisionnelle	-	492 818,00	Capacité d'autofinancement prévisionnelle
Titre 1 : Remboursement de dettes financières	1 532 100,00	2 227 832,00	Titre 1 : Emprunts
Titre 2 : Immobilisations	1 298 500,00	100 000,00	Titre 2 : Dotations et subventions
Titre 3 : Autres dépenses	-	9 950,00	Titre 3 : Autres recettes
Total des emplois	2 830 600,00	2 830 600,00	Total des ressources
Apport au fonds de roulement	-	-	Prélèvement sur le fonds de roulement
Total équilibre du tableau de financement abrégé	2 830 600,00	2 830 600,00	Total équilibre du tableau de financement abrégé

Le déficit prévisionnel était évalué à 1 757 137 €.

Le centre hospitalier a produit le dernier état quadrimestriel de l'EPRD 2008 dont le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) projette la situation au 31 décembre de cet exercice (Annexe 1).

2.2.1 Les charges :

Globalement les charges restent tenues. 56 491 212 € étaient prévus. L'exécution prévisionnelle est de 56 092 215 €. Les charges de personnel, notamment, restent stables, cependant pour le comptable, n'entraîne pas dans le calcul des charges prévisionnelles, le règlement de 350 K€ correspondant au moratoire fiscal précité, ainsi que les provisions pour les créances admises en non-valeur et les comptes épargne temps.

Toutefois, par rapport à l'exercice 2007, avec une activité en régression, les charges globales augmentent de 2,1 %, et les dépenses de personnel de 2,2 %.

Le décret 2007-1931 du 26 décembre 2007 a en son article 5 fixé le dispositif de compensation entre les créances dites de l'article 58 et les avances reçues de l'assurance maladie. La circulaire interministérielle d'application⁵ du 5 décembre 2008 prévoit la constatation d'une charge au compte 678 qui serait en l'espèce de 2 564 866.05 €, selon l'état transmis par l'établissement au cours de l'instruction.

2.2.2 Les produits :

L'écart entre la prévision (56 534 074 €) et la réalisation des produits (52 848 829 €) pour l'exercice 2008 est de près de 4 000 K€, soit une différence en moins de 6,5 %.

Les produits «tarification des séjours» baissent de 5,4 %. Il faut toutefois tenir compte de la baisse des tarifs intervenue en début d'exercice. Autre signe de l'érosion de l'activité : pour les médicaments facturés en sus du séjour, l'écart entre prévisions et réalisations est de 6,2 %. Ce poste est en baisse de 15,8 % par rapport à 2007.

⁵ n° DHOS/F4/DGFIP/CLIB/DSS/2008/355
2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 8/27

L'écart est encore plus net pour ce qui concerne les dispositifs médicaux implantables qui sont à Aubagne quasi exclusivement des dispositifs orthopédiques (prothèses de hanche). L'écart entre prévision et réalisation est de - 37,1 % et de - 20,8 % par rapport à 2007.

Les produits du titre 2 - autres produits de l'activité hospitalière (moins de 10 % des recettes) sont également en régression de 5,2 % par rapport aux prévisions.

En définitive, le déficit prévisionnel était de 3 243 385 €. Le comptable hospitalier estime qu'il convient de rajouter l'annuité de dette fiscale de 350 K€, des provisions pour créances irrécouvrables obligatoires et des provisions pour la prime de service à hauteur de 450 K€. En définitive le déficit prévisionnel de l'exercice 2008 est d'environ 6,6 M €.

A la fin de l'exercice 2008, la ligne de trésorerie était tirée au maximum, soit 6 000 K€. Elle doit être consolidée fin mars et éventuellement reconduite si l'établissement trouve un prêteur. En tout état de cause la ligne actuelle devrait être consolidée, c'est-à-dire intégrée en haut de bilan dans la dette dont le poids serait alourdi. La ligne de trésorerie a généré en 2008 223 157 € de charges d'intérêts. L'établissement a indiqué qu'il limite le recours à la ligne de trésorerie car il ne peut assurer la charge des intérêts.

A la clôture de l'exercice 2008 les restes à payer s'élevaient à 5 047 559 €. A la fin du mois de janvier il restait 4 290 972 € à payer. Toutefois, le rattachement des charges à payer n'étant pas effectué dans la comptabilité, l'exactitude des montants avancés par le centre hospitalier est incertaine.

2.2.3 L'endettement :

L'endettement hors ligne de trésorerie s'établit ainsi :

	2004	2005	2006	2007	2008
En K€	9 224	8 664	8 454	8 986	9 663
N / N - 1 en %		- 6,1	- 2,4	+ 6,3	+ 7,5

En 2007 et 2008, l'endettement est reparti fortement à la hausse alors que le centre hospitalier d'Aubagne n'est pas en situation d'investissement. Selon l'établissement, les nouveaux emprunts servent à financer les programmes d'investissement des équipements médicaux, en réalité ils permettent d'assurer le fonctionnement courant. Cette dette génère une annuité de 1 850 K€.

3 SUR L'ORIGINE DE L'AGGRAVATION DU DEFICIT

3.1 DES PLANS DE REDRESSEMENT NON SUIVIS D'EFFETS

Le centre hospitalier d'Aubagne a bénéficié dans un passé récent d'aides budgétaires diverses.

Un contrat de retour à l'équilibre a été conclu avec l'ARH le 10 janvier 2007 et faisait le point sur les engagements précédents du centre hospitalier. Un plan de maîtrise des dépenses avait déjà été adopté en 2005.

Ce plan prévoyait une réduction des dépenses de personnel de 570 830 €, passant notamment par la restructuration de la chirurgie, la réduction des postes contractuels et une réduction des dépenses générales (groupe 3) de 249 780 €.

A la suite de ce plan, une gestion active de la dette devait être poursuivie et conduire à une réduction annuelle des frais financiers de 400 000 €. Le taux moyen des emprunts devait atteindre 3,40 %.

Les charges reportées devaient être apurées et notamment était mis en place l'apurement de la dette fiscale relative à la taxe sur les salaires. L'agence régionale de l'hospitalisation accordait une aide spécifique de 750 000 € pour le paiement du solde de 2005 qui s'élevait à 1 600 000 €.

A partir de 2007, un plan de réduction supplémentaire des dépenses de personnel de 170 000 € était proposé passant par une réduction des dépenses de remplacement de 120 000 €.

Des mesures à moyen terme devaient être adoptées avec la réorganisation des services administratifs conduisant à une économie de 200 000 € sur les dépenses de personnel.

En contrepartie l'agence régionale de l'hospitalisation accordait 1 000 000 € de crédits reconductibles.

Ces plans divers n'ont pas été respectés et les dépenses de personnel, comme il a été vu ci-dessus, ont continué de croître.

Quant à l'objectif de maîtrise des frais financiers, il n'a pas été atteint :

	2006	2007	2008
Frais financiers en K€	311	358	388

Source IDAHO

Par ailleurs, suite au rejet par l'agence régionale de l'hospitalisation de l'EPRD adopté par le conseil d'administration du 24 avril 2008, un plan de redressement très partiel a été élaboré portant sur 640 000 € et a fait l'objet d'un avenant au plan précédent en date du 28 décembre 2008.

Ce plan prévoyait dès 2008 :

- une réduction de 10 lits de la capacité de la chirurgie, soit 29 lits de chirurgie orthopédique et 20 lits de chirurgie polyvalente, ce qui devait engendrer une économie de 113,5 K€,
- la transformation du service d'ophtalmologie en unité de consultation, la création d'une unité de court séjour gériatrique,
- l'actualisation des gardes et astreintes,
- quelques mesures de gestion de ressources humaines :
 - Suppression de l'avancement intermédiaire pour 105 K€,
 - Récupération auprès de l'ANFH⁶ des salaires des agents en formation pour 100 K€,

⁶ Association nationale pour la formation du personnel hospitalier
2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 10/27

- Suppression de l'autorisation de prolongation de l'activité au-delà de l'âge de la retraite, soit 30 K€,
- Non remplacement de trois agents en départ à la retraite dans les services logistiques pour 100 K€,
- Remplacement des bouteilles d'eau aux patients par des carafes pour 19 K€.

A part la suppression de l'avancement intermédiaire, ce plan a été rejeté par le conseil d'administration.

Ce plan apparaît très insuffisant par rapport aux enjeux. Il comprend en outre des mesures dont l'efficacité reste à démontrer. Ainsi, la suppression de 10 lits en chirurgie n'est pas de nature à diminuer les charges de personnel de façon significative (d'ailleurs l'hôpital lui-même avance un gain limité à 1.7 IDE et 1.8 AS).

3.2 UNE GESTION FINANCIERE PERFECTIBLE

L'établissement ne dispose pas de comptabilité analytique complète. Il produit seulement les coûts directs par pôle. Compte tenu de la mauvaise qualité comptable, ces états sont à prendre avec circonspection.

Le centre hospitalier ne confectionne pas le tableau coût case mix (TCCM) qui permet d'évaluer les produits attendus au regard du case mix réalisé, ce dernier constituant une méthode de classification des séjours des malades selon la gravité de leur pathologie.

Il n'a pas été produit à la chambre de tableaux de bord ou d'éléments de contrôle de gestion.

Alors que le centre hospitalier souffre de difficultés sévères de trésorerie, l'organisation de la chaîne de facturation est inadaptée. Le délai de facturation du centre hospitalier est de 35 à 40 jours, ce qui est excessif. La gestion des files d'attente au moment des consultations externes est insatisfaisante, ce qui entraîne des difficultés pour payer. Le bâtiment des urgences est situé à l'extérieur du bâtiment principal. Certes, au guichet d'accueil les conditions de la prise en charge des soins sont clairement affichées. Mais l'agent d'accueil n'est pas régisseur, et le patient qui a consulté, à qui éventuellement on a prodigué des actes techniques doit ressortir, contourner le bâtiment et se représenter au guichet ouvert dans le hall du bâtiment principal.

Un seul attaché d'administration hospitalière assure le bureau des entrées et la liaison avec le département d'information médicale (DIM). Le comptable doit gérer un stock important de titres de faible valeur, non recouvrables par voie contentieuse et doit demander de nombreuses annulations et réémissions de titres suite à des erreurs de saisie.

3.3 UNE ACTIVITE INSUFFISANTE

3.3.1 Au regard des critères classiques d'entrées et de journées (SAE)⁷ :

L'activité, au regard des critères classiques d'entrées et de journées, n'apparaît pas très dégradée. Toutefois, elle doit être examinée au regard du case mix qui montre l'activité médicale réelle d'un établissement hospitalier.

⁷ statistiques d'activité des établissements établi par la direction de la recherche, de l'évaluation et des statistiques

Il convient de souligner que le taux d'occupation est calculé sur le nombre de journées exploitables, donnée difficilement vérifiable. A Aubagne, il ressort que le nombre de jours d'ouverture des lits est de 350 jours voire moins.

En médecine le nombre d'entrées et de journées augmentent. En 2007, le taux d'occupation frôle les 90 % avec une durée moyenne de séjour (DMS) très courte. Le taux d'occupation augmente encore légèrement en 2008 avec un raccourcissement de la DMS.

En chirurgie le nombre d'entrées diminue entre 2006 et 2007 de 5,6 % et de 8,04 % entre 2007 et 2008. Le nombre de journées augmente légèrement entre 2006 et 2007 mais chute de près de 10 % entre 2007 et 2008. Les taux d'occupation sont faibles, en dessous de 75 % pour 2006 et 2007. Les DMS sont courtes, traduisant le poids important des hospitalisations relevant de la CMD 24 (hospitalisation de moins de 24 heures). Le nombre de lits a augmenté de 4 unités entre 2005 et 2007. Au regard de l'activité telle que décrite, cette augmentation n'était pas nécessaire. Il a diminué de 4 entre 2007 et 2008 sans que le taux d'occupation augmente.

S'agissant de l'obstétrique :

	2008	2007	2006	2005
Nombre d'accouchements	843	841	826	763

Le nombre d'accouchements augmente régulièrement sur la période et représente 2,3 naissances par jour. Il s'agit donc d'une maternité moyenne de niveau 1. Toutefois, en 2007 le nombre de lits augmente de deux unités et le taux d'occupation passe de 88,41 % à 79,87 %. Le taux d'occupation chute fortement en 2008 alors que le nombre d'accouchements se maintient. Cette baisse s'explique par la diminution des hospitalisations en gynécologie. La DMS est moyenne (elle tend actuellement dans les établissements actifs à se rapprocher de 4 jours voire de 3,80 jours).

L'activité de chirurgie et d'anesthésie ambulatoire (ACA) demeure marginale. Il y a environ deux venues par jour. Or, cette activité, en général en plein essor, s'étend à de nouvelles pathologies avec le développement des techniques. Elle est rémunératrice car moins coûteuse en personnel, un service de ce type fonctionnant de jour et sur jours ouvrés. Toutefois, la réelle mise en œuvre de l'ACA implique une réorganisation tout particulièrement au niveau du bloc opératoire et des temps médicaux.

3.3.2 Au regard du case mix :

Un établissement public de santé peut afficher des taux d'occupation satisfaisants alors qu'il ne traite que des pathologies de faible gravité, ou qu'il ne franchit pas les seuils critiques lui permettant d'assurer la qualité de la prise en charge.

Le centre hospitalier d'Aubagne a communiqué à la Chambre les case mix des exercices 2006⁸, 2007 et 2008⁹.

⁸ S'agissant du case mix 2006, au 31 mars 2006 une nouvelle nomenclature de classification des pathologies est intervenue. La chambre a retraité la distribution après le 31 mars par l'ajout en proportion des pathologies observées du 1^{er} janvier au 31 mars. Cette méthode a été validée par le DIM.

⁹ Pour le case mix 2008, le médecin DIM après avoir produit un premier case mix sur 11 mois a pu produire le case mix sur 12 mois non définitif. Toutefois, les éventuelles modifications ou ultimes ajustements ne sont pas susceptibles d'introduire des biais viciant le raisonnement.

Les CMD 24 ont été différenciés des autres CMD¹⁰ :

Nombre de GHS hors CMD 24		
2008	2007	2006
7 709	7 926	7 878
Actes en C		
1339	1375	1329
Dont Actes en C >30		
684	677	608

On observe en 2008 une très nette diminution de la production globale de soins, qui était quasi stagnante en 2006 et 2007. S'agissant des actes de chirurgie (actes en C), l'académie de médecine fixe à 2 000 le seuil minimum d'activité chirurgicale pour un bloc opératoire. Il faut ajouter aux 1 339 actes en C, les 669 interventions faites dans le cadre de la CMD 24, et 165 césariennes, ce qui aboutit à un total de 2 173. L'activité du bloc opératoire du centre hospitalier d'Aubagne n'apparaît pas au regard de ce constat comme particulièrement soutenue.

Globalement, comme dans beaucoup d'hôpitaux de ce type, la chirurgie générale est en voie de repli et la chirurgie ambulatoire s'est trop peu développée. L'essentiel du recrutement des patients de chirurgie se fait par les urgences, les praticiens n'ayant pas de recrutement local.

A partir du case mix 2008, un certain nombre de tris ont été faits :

Actes en C dont l'effectif par GHS est égal ou supérieur à 30

GHM	Effectif RSA Hôpital	DMS Hôpital	DMS Base
06C04W Interventions majeures sur l'intestin grêle	35	21	22
06C08V Appendicectomies compliquées	56	5,1	5,7
06C09V Appendicectomies non compliquées	31	3,5	3,8
06C11V Interventions réparatrices pour hernies	31	4,4	5
06C12V Interventions réparatrices pour hernies	39	3,7	3,2
08C05V Interventions sur la hanche et le fémur	55	11,6	11,7
08C05W Interventions sur la hanche et le fémur	53	13,2	14,9
08C09V Interventions sur l'humérus	82	7,5	6,3
08C11V Interventions sur le membre supérieur	52	3,7	3,2
08C14Z Résections osseuses localisées	72	4,2	3,2
08C15V Interventions sur le pied sans CMA	56	4,5	4
08C23V Prothèses de hanche sans CMA	54	12,5	11,2
08C24Z Prothèses de genou	33	11,5	10,7
13C07V Interventions sur le système utéroannexiel	35	4,6	3,7
	684		

¹⁰ CMD : catégorie majeure de diagnostic, chaque CMD regroupe des groupes homogènes de séjours (GHS) déterminées par la production des Résumés d'unités médicales (RUM)
2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 13/27

On observe, s'agissant des GHS dont l'effectif est supérieur à 50, une prépondérance des interventions orthopédiques. La DMS observée au centre hospitalier est très bonne, il n'y a donc pas de gains de productivité à espérer à travers une réduction de la DMS :

Tri en W¹¹ sur actes en C dont l'effectif est égal ou supérieur à 30

GHM	Effectif RSA Hôpital	DMS Hôpital	DMS Base
06C04W Interventions majeures sur l'intestin grêle	35	21	22
08C05W Interventions sur la hanche et le fémur	53	13,2	14,9

Il s'agit de prothèses de hanche posées sur des personnes âgées et d'interventions majeures sur l'intestin grêle.

Pour les actes en C dont l'effectif est égal ou inférieur à 10 actes, on observe une très grande dispersion du case mix, avec un nombre significatif de cas lourds (en W).

Un tri a également été effectué sur les pathologies caractéristiques de l'ambulatorio relevant de la CMD 08 :

CMD 08 Traumatismes appareil musculosquelettique	24C15Z	24C15Z - Résections osseuses localisées et ablations	43
	24C17Z	24C17Z - Arthroscopies : séjours de moins de deux jours	57
	24C18Z	24C18Z - Affections de la CMD 08 : séjours de moins	63
			163

Seules 163 interventions sont réalisées, soit sur une ouverture de bloc de 220 jours, moins d'une par jour.

Il en est de même de deux autre types de pathologies marqueuses où l'établissement est absent :

24C54Z	24C54Z - Libérations du canal carpien et d'autres ne	22
24C55Z	24C55Z - Autres interventions sur la main : séjours	45
		67

De ces analyses, on peut tirer quelques conclusions :

- Les dispositions combinées des décrets n° 2007-388 du 21 mars 2007, et 2007-389 du 21 mars 2007 et de l'arrêté du 29 mars 2007 fixent à 30 le seuil minima des cancers digestifs. Le centre hospitalier d'Aubagne n'atteint pas ce seuil pour les cancers du côlon qu'il traite. L'activité carcinologique digestive ne pourra vraisemblablement pas être poursuivie. Il en est de même des cas d'autres chirurgies carcinologiques comme le sein ou l'urologie ;

¹¹ W est un indice de gravité
2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 14/27

- A part l'activité d'orthopédie, le centre hospitalier d'Aubagne pratique une chirurgie générale dont l'évolution n'est pas, d'une manière globale, favorable. Elle l'est d'autant moins à Aubagne que l'hôpital est proche de grands centres publics et privés plus réputés et plus attractifs ;
- Le centre hospitalier a une bonne activité de médecine, tout particulièrement en cardiologie ;
- On observe en médecine, un case mix diversifié, avec des effectifs par pathologie significatifs, tout particulièrement en cardiologie. Toutefois, le centre hospitalier d'Aubagne ne dispose pas d'autorisations pour faire de la cardiologie interventionnelle, sur le territoire sanitaire. Néanmoins, les patients traités au centre hospitalier sont des personnes âgées, en insuffisance cardiaque qui ne sont pas en indication d'explorations. On observe également que la DMS est performante ;
- La bonne performance en matière de durées moyennes de séjour s'explique par le fait que le centre hospitalier d'Aubagne dispose de 18 lits d'aval de SSR (soins de suite et de réadaptation) ;
- Il a été observé dans l'examen des critères classiques que l'ACA est très peu active. Le centre hospitalier a traité, en 2008, 5 166 cas relevant de la CMD 24 (séjours de moins de 24 heures). Parmi ces séjours, seuls 669 étaient chirurgicaux.

En bref, il ne semble pas que l'établissement ait su procéder aux réorganisations consécutives à l'évolution des techniques chirurgicales et de leur tarification.

3.4 UNE GESTION DU PERSONNEL DEFICIENTE

Malgré la situation financière, le centre hospitalier d'Aubagne ne pratique pas une gestion rigoureuse du personnel.

3.4.1 Une augmentation importante des charges de personnel :

Les charges de personnel ont augmenté de 32 % sur la période 2003/2007, passant de 32 101 K€ à 42 380 K€ :

MONTANTS	2003	2004	2005	2006	2007
Rémunérations du personnel non médical	18 812	19 278	19 283	21 231	21 864
Rémunérations du personnel médical	4 634	5 107	5 471	5 957	6 238
Autres charges de personnel	65	51	77	89	154
TOTAL REMUNERATIONS	23 512	24 437	24 831	27 277	28 256
Charges sociales du personnel non médical	6 012	6 192	6 561	7 405	7 798
Charges sociales du personnel médical	1 455	1 581	1 706	1 981	2 103
Autres charges sociales	282	278	279	327	314
TOTAL CHARGES SOCIALES	7 748	8 051	8 546	9 713	10 215
Impôts et taxes	643	1 473	2 986	3 241	3 608
TOTAL CHARGES SOCIALES ET FISCALES	8 392	9 524	11 532	12 954	13 823
Personnel extérieur à l'établissement	198	162	172	385	301
TOTAL CHARGES DE PERSONNEL	32 101	34 122	36 535	40 616	42 380
Charges de personnel / Produits bruts d'exploitation (en %)	66.4	69.1	74.3	78.5	79.7
Rémunérations & charges sociales / Produits bruts d'exploitation (en %)	64.6	65.8	67.8	71.5	72.4

3.4.2 Le personnel non médical :

3.4.2.1 Des recrutements mal maîtrisés

Entre le 1^{er} janvier 2008 et le 31 décembre 2008 ont été recrutés, toutes catégories confondues, 157 agents (33 titulaires, 33 stagiaires et 91 contractuels).

En valeur absolue, le nombre d'agents n'augmente pas, l'état des effectifs étant toujours quasiment complet. Mais l'activité a diminué et la masse salariale a augmenté par le jeu des reports de charges, des transformations de postes de CDD en CDI et CDI en titulaire.

L'établissement a placé en stage un certain nombre d'agents contractuels (33 en 2008) qui ont vocation à être titularisés.

Il n'en a pas moins maintenu les effectifs d'agents contractuels en recrutant 38 agents en CDD en 2008 et 53 agents en CDI dont 14 administratifs. Les 53 agents recrutés en CDI étaient tous issus de contrats à durée déterminée.

En outre, l'établissement a eu recours en 2008 à des agences d'intérim pour un montant de 77 985 €. Il faut cependant reconnaître que les dépenses d'intérim ont sensiblement baissé depuis 2006 comme en témoigne le tableau suivant :

	Budget H	Budget E	Total dépenses intérim
2006	151 073 €	91 587 €	242 660 €
2007	127 806 €	63 371 €	191 177 €
2008	74 951 €	3 034 €	77 985 €

Le plan de redressement de 2007 prévoyait l'arrêt du recours à l'intérim.

On peut s'interroger sur l'opportunité de continuer à recruter des personnels à statut précaire dans un contexte de déficit budgétaire récurrent et avant toute réflexion sur des solutions de réorganisation.

Il est à noter que jusqu'à l'arrivée du nouveau directeur financier en 2007, il n'existait aucun contrôle de l'engagement de dépenses de recrutement de personnel. La direction des ressources humaines recrutait sans que le directeur général et encore moins le directeur financier aient à donner leur accord. L'actuel directeur financier a mis fin à cette pratique en exigeant que tous les contrats de recrutement soient désormais soumis à son visa :

Grades	Recrutements		Total	Départs		Total	Solde Recrut/Départs
	Janvier	Février		Janvier	Février		
Cadre de Santé	1,0	-	1,0	1,0	-	1,0	0,0
IDE	7,0	2,8	9,8	7,5	3,0	10,5	- 0,7
Aide-soignante	2,3	-	2,3	-	1,3	1,3	1,0
Préparateur Pharmacie	-	1,0	1,0	0,8	-	0,8	0,2
Assistante Sociale	1,0	-	1,0	-	-	0,0	1,0
ASH	2,5	-	2,5	-	-	0,0	2,5
AEQ	-	-	0,0	-	1,0	1,0	- 1,0
Secrétaire Médicale	-	-	0,0	-	0,5	0,5	- 0,5
Adjoint Administratif	-	0,5	0,5	1,4	1,9	3,3	- 2,8
Maître Ouvrier	-	-	0,0	1,0	-	1,0	- 1,0
TOTAL	13,8	4,3	18,1	11,7	7,7	19,4	- 1,3

Ces recrutements ne sont pas toujours justifiés et ne répondent pas tous aux besoins exprimés par les services. En résumé, l'établissement qui ne gère ses personnels qu'en termes d'effectifs ne profite pas des départs pour alléger ses charges de personnel.

Au demeurant, cette gestion n'est pas organisée. En l'absence de DRH depuis six mois, le suivi des personnels non médicaux et médicaux est assuré par deux adjoints des cadres. De plus, l'établissement ne possède aucun tableau de bord lui permettant de connaître la situation des effectifs de l'établissement (entrées et sorties des personnels sur une année).

3.4.2.2 Un temps annuel de travail dérogatoire du droit commun

Le décompte du temps de travail annuel ne respecte pas les dispositions du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail :

- Postes à repos fixes : 1 568 heures au lieu de 1 607 heures, soit une différence de 39 heures.
- Postes à repos variables :
 - moins de 20 dimanches : 1 554 heures au lieu de 1 582 heures, soit une différence de 28 heures ;
 - plus de 20 dimanches : 1 540 heures au lieu de 1 568 heures, soit une différence de 28 heures.
- Postes de nuit : 1 430 heures au lieu de 1 476 heures, soit une différence de 46 heures.

Il est à noter également que l'accord local de réduction du temps de travail accorde 15 jours de RTT aux agents qui effectuent 37 h 30 par semaine. L'attribution de ces jours RTT nécessite la création de postes de remplaçants. Le passage de l'ensemble des agents de 37 h 30 à 37 heures hebdomadaires permettrait la suppression des postes de remplaçants des jours de RTT.

3.4.2.3 Attributions de primes non conformes à la réglementation

Un certain nombre d'agents contractuels perçoivent des primes réservées aux agents titulaires et stagiaires dont les IFTS et la prime de service.

En 2008, le centre hospitalier d'Aubagne a versé la prime de service à 45 agents contractuels (CDI) pour un montant total de 48 178,63 €. Or, on considère en général que seuls les fonctionnaires hospitaliers ont droit à la prime de service.

Certains tribunaux administratifs ont jugé en sens contraire et reconnu le droit aux agents contractuels de percevoir la prime de service. Le Ministère de la santé s'est pourvu en Conseil d'Etat contre un jugement de ce type et par voie de circulaire, il a été précisé aux établissements qu'ils ne devaient pas payer la prime en cause aux contractuels.

3.4.2.4 Des pratiques d'avancement irrégulières

L'établissement ne respectait pas les modalités d'avancement d'échelon qui doivent procéder de la combinaison de règles énoncées à l'article 67¹² du titre IV du statut de la fonction publique hospitalière et dans les statuts particuliers : l'avancement d'échelon doit être fonction à la fois de l'ancienneté et de la valeur professionnelle des fonctionnaires. Les statuts fixent la durée de l'ancienneté moyenne donnant accès à l'échelon supérieur. L'avancement d'échelon constitue une progression dans l'échelonnement indiciaire du grade. Il se traduit par une augmentation de traitement. Sont promouvables, dans l'année qui s'ouvre, les agents qui atteignent au cours de cette année la fin de la période moyenne d'ancienneté appliquée à la date de leur ancienne promotion.

¹² L'avancement d'échelon se traduit par une augmentation de traitement et a lieu de façon continue d'un échelon à l'échelon immédiatement supérieur. Il est fonction à la fois de l'ancienneté et de la valeur professionnelle des fonctionnaires, telle qu'elle est définie à l'article 17 du titre 1^{er} du statut général. Toutefois, l'accès à certains échelons peut être subordonné à des conditions spécifiques précisées dans les statuts particuliers.

L'avancement d'échelon à l'ancienneté maximale est accordé de plein droit. L'avancement d'échelon à l'ancienneté réduite peut être accordé au fonctionnaire dont la valeur professionnelle le justifie.

De fait, en matière d'avancement, l'établissement appliquait le régime de la durée intermédiaire (entre la durée moyenne et la durée minimum). Celui-ci n'est fixé par aucun texte de nature réglementaire. Ce système permet par exemple à une infirmière de classe normale de gagner quatre ans pour l'accession à la classe exceptionnelle.

Jusqu'en 2007, l'établissement a donc appliqué le régime de la durée intermédiaire (entre la durée moyenne et la durée minimum), celui-ci n'étant fixé par aucun texte de nature réglementaire. Plus de 85 % des avancements d'échelon se faisaient dans des délais plus courts que ceux prévus par la règle de l'ancienneté moyenne :

Année 2006

- 33,92 % des agents ont bénéficié de la bonification maximale,
- 53,22 % des agents ont bénéficié de la bonification intermédiaire,
- 12,87 % des agents ont avancé à l'ancienneté moyenne.

Année 2007

- 34,21 % des agents ont bénéficié de la bonification maximale,
- 51,98 % des agents ont bénéficié de la bonification intermédiaire,
- 13,82 % des agents ont avancé à l'ancienneté moyenne.

Le plan de redressement mis en place en 2008 par le directeur a mis fin à la pratique de l'avancement intermédiaire. L'application stricte de la réglementation sur les avancements d'échelon a permis de réaliser une économie de 90 000 € en raison du ralentissement du glissement-vieillessement-technicité (GVT).

De plus, au centre hospitalier d'Aubagne, le système d'avancement d'échelon ne tient plus compte de la note de l'agent mais de sa présence au travail. En effet, la suppression de la notation des agents (attribution d'une note unique à l'ensemble des agents) et la mise en place d'un barème d'avancement basé sur l'absentéisme a été décidée lors du comité technique paritaire (CTP) du 02 octobre 1987. Le CTP a adopté un barème d'avancement basé sur l'absentéisme qui «*respecte*» la règle des tiers promouvables en fonction d'un absentéisme moyen calculé sur les deux ans, trois ans ou quatre ans qui précèdent la prise d'échelon, selon l'échelon dans lequel se trouve l'agent.

La notation des agents n'a pas été rétablie par le plan de redressement. Il est rappelé que la notation des fonctionnaires hospitaliers est obligatoire au regard de l'article 17¹³ de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires et de l'article 65¹⁴ de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

3.4.2.5 L'absentéisme

Peu d'éléments relatifs à l'absentéisme figurent au bilan social pour 2007. La répartition entre catégories d'agents n'y est pas précisée.

¹³ Article 17 : les notes et appréciations générales attribuées aux fonctionnaires et exprimant leur valeur professionnelle leur sont communiquées. Les statuts particuliers peuvent ne pas prévoir de système de notation.

¹⁴ Article 65 : le pouvoir de fixer les notes et appréciations générales exprimant la valeur professionnelle des fonctionnaires dans les conditions définies à l'article 17 du titre Ier du statut général est exercé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis du ou des supérieurs hiérarchiques directs.

2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 19/27

L'absentéisme pour «*maladie ordinaire*» calculé à partir des éléments figurant au bilan social est le suivant :

	2006	2007
Nombre de jours maladie	7 112	8 646
Nombre d'agents moyen	784	788
Nombre de jours «maladie» par agent	9,06	10,97

Les éléments de comparaison dans la région suite à d'autres examens de la gestion rendus publics sont les suivants :

Centre hospitalier régional et universitaire de Nice :

	2004	2005	2006
Administratif	5,68	5,87	5,73
Soignant	7,87	8,50	8,79
Médico technique	5,22	5,53	6,95
Technique	6,73	7,03	5,79

Le CHIT (centre hospitalier intercommunal de Toulon la Seyne)

	Total		
	2003	2004	2005
Administratif	7,89	4,37	5,08
Soignant	8,68	8,48	8,72
Technique et ouvrier	5,67	6,36	7,95
Médico technique	4,24	5,42	5,20

L'absentéisme pour «*maladie ordinaire*» au centre hospitalier d'Aubagne apparaît donc élevé.

Sachant que le nombre annuel de journées travaillées est de 207, le nombre total de journées travaillées par 788 agents est de 163 116. La masse salariale du personnel non médical étant de 26 210 000 (charges sociales comprises), le coût d'une journée de travail agents est de 160,68 €. Ainsi, le coût de l'absentéisme pour maladie ordinaire au centre hospitalier d'Aubagne était de 1 389 239 € en 2007. Un retour à un taux d'absentéisme pour maladie entre cinq et six jours permettrait de réaliser une économie d'environ 600 000 €.

3.4.3 Une gestion du personnel médical mal maîtrisée :

Comme celle de personnels non médicaux, la gestion des personnels médicaux par le centre hospitalier d'Aubagne devrait être plus rigoureuse, dans le double souci de l'économie et de l'efficacité.

Le centre hospitalier d'Aubagne compte, en 2008, 80 médecins en ETP, 43 temps plein, 18 temps partiel, 16 assistants, 4 praticiens attachés associés et 2 contractuels.

Effectif des personnels médicaux (ETP)	2006	2007	2008	Ecart 2007/2008
H-U permanents		0,00	0,50	0,50
PH temps plein	35,10	37,97	40,67	2,70
PH temps partiel	9,80	10,04	9,52	- 0,52
Praticiens attachés renouvelables de droit	7,87	6,98	5,58	- 1,40
TOTAL 1	52,77	54,99	56,27	1,28
H-U temporaires		0,00	0,00	0,00
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit ...	16,20	21,27	23,77	2,50
Internes et étudiants en médecine	21,00	17,00	17,00	0,00
TOTAL 2	37,20	38,27	40,77	2,50
TOTAL PERSONNEL MEDICAL (1 + 2) = 3	89,87	93,26	97,04	3,78
3 moins les internes	68,87	76,26	80	3,78

Entre 2006 et 2008, le nombre de praticiens hors internes augmente de 11,13 ETP sachant que le nombre d'internes a baissé de 4 et qu'il fallait sans doute compenser.

Entre 2007 et 2008, le nombre de médecins augmente de 3,78 %, avec 2,70 temps plein et 2,50 contractuels. Les créations de temps plein sont intervenues en anesthésie et aux urgences.

Un même médecin voit ses vacances augmenter ou diminuer, un autre recruté en remplacement n'a pas les mêmes vacances que son prédécesseur en plus ou en moins. Il ressort des tableaux de synthèse que le nombre de médecins continue d'augmenter malgré une activité en recul, ce qui se traduit sur la masse salariale :

	2007	2008	en %
642 Rémunération du personnel médical (hors 6421, 6422 et 6425)	1 228 746	1 223 234	- 0,40
6421 Rémunérations PH temps plein et temps partiel	3 485 543	3 662 301	+ 5,10
6422 praticiens attachés renouvelables	291 987	236 707	- 18,90
6425 Permanence des soins	1 123 002	1 168 511	+ 4,10
	6 129 278	6 290 753	2,63

Les sondages effectués sur la permanence des soins montrent une organisation éloignée du cadre réglementaire applicable.

3.4.3.1 Absence de règlement général des gardes

L'article 5 de l'arrêté modifié du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics prévoit les dispositions suivantes sur l'organisation annuelle :

«Le directeur, avec la commission de l'organisation de la permanence des soins, prépare l'organisation des activités et du temps de présence médicale, pharmaceutique et odontologique, après consultation des chefs de service et de département ou des responsables de structure.

Cette organisation est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement. Elle tient compte de la nature, de l'intensité des activités et du budget alloué à l'établissement».

Or il n'y a pas au centre hospitalier d'Aubagne de tableau annuel relatif à l'organisation des soins.

L'alinéa 15 du règlement intérieur de l'hôpital précise en son alinéa 3 que *«l'organisation générale de la permanence est arrêtée annuellement par le directeur après avis de la commission médicale d'établissement qui aura pris connaissance des avis de la commission relative à l'organisation de la permanence des soins»*.

A la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) d'octobre 2008 a été soumise une charte de gestion du temps médical. Cette charte aurait fait l'objet d'une approbation lors d'une très récente commission médicale d'établissement.

Cette charte prévoit que sont organisés en temps continus (H24) les services d'urgences/SMUR, la pédiatrie et le service d'anesthésie réanimation. Les autres services sont considérés en temps discontinus.

Les services en H24 exigent une permanence sur place.

Sont en astreinte de sécurité les services : ORL, Endoscopies digestives, Radiologie, Laboratoires, Chirurgies, Médecines Pharmacie.

Sont en astreintes opérationnelle les services de : Gynécologie obstétrique, Cardiologie.

Cette charte est une proposition qui n'a pas encore été soumise au conseil d'administration.

La nécessité au regard de la permanence des soins de maintenir deux lignes de garde en anesthésie réanimation n'est pas démontrée eu égard à l'activité du centre hospitalier d'Aubagne, même si elle n'est pas contraire aux dispositions réglementaires. Une ligne de garde et une astreinte opérationnelle seraient sans doute suffisantes.

Il en est de même pour la pédiatrie. Dans un centre hospitalier de dimension moyenne comme celui d'Aubagne, l'activité pédiatrique est limitée, les cas lourds étant adressés dans des établissements voisins plus importants. En outre, le centre hospitalier a une maternité de niveau 1 sans unité de néo natologie. L'obligation d'un fonctionnement en H24 de la pédiatrie, dont le fonctionnement est coûteux, n'est pas démontrée.

3.4.3.2 Caractère lacunaire de tableaux de service

L'article 11 prévoit l'établissement d'un tableau nominatif mensuel. Ce tableau est imparfaitement établi, tous les services ne le produisant pas.

Les tableaux de service, souvent incomplets, ne sont produits que par les urgences, l'anesthésie réanimation, la gynécologie obstétrique, les laboratoires, la chirurgie polyvalente, le CAMPS¹⁵, la radiologie et l'ophtalmologie.

Ainsi le tableau de service d'anesthésie-réanimation, en principe en H24, ne fait pas apparaître les horaires des praticiens. Dans les services censés fonctionner en H24, le décompte du temps de travail se fait en heures, ce décompte est impossible dans les tableaux présentés. Le paiement de temps additionnel s'effectue donc sur des bases incertaines. Il n'y a pas de présence les samedis et dimanches.

¹⁵ centre d'approvisionnement en matériel pharmaceutique stérile

3.4.3.3 Des contrats de praticiens attachés entachés d'irrégularité

Des praticiens¹⁶ sont recrutés au moyen de contrat de «*praticien attaché au titre de la permanence des soins*».

Le statut des praticiens attachés et praticiens attachés associés fixé par le décret 2003-769 du 1^{er} août 2003 dispose en son article 6 :

«Les praticiens attachés et praticiens attachés associés doivent consacrer au service hospitalier auquel ils sont affectés le nombre de demi-journées hebdomadaires fixées par leur contrat telles qu'elles figurent au tableau de service. Ces obligations de service sont comprises entre une et dix demi-journées hebdomadaires».

Des irrégularités ont été relevées dans plusieurs contrats, telles que l'absence de fixation de la quotité de travail, de rémunérations et le versement abusif de rémunérations en temps additionnel.

Pour le premier quadrimestre 2008, le coût complet du temps additionnel s'est élevé à 27 955 €.

3.4.3.4 Des recrutements sous statut hybride

Le centre hospitalier d'Aubagne emploie des praticiens étrangers sous contrat d'attaché associé dans des conditions d'exercice qui devront être éclaircies.

Ces praticiens bénéficiant d'un contrat d'attaché associé, relèvent donc du statut des praticiens attachés cité ci-dessus. Or, à côté de leur rémunération de praticien attaché, ils perçoivent des rémunérations de garde au titre de gardes d'internes.

Ces praticiens sont rémunérés pour des gardes en garde d'interne alors qu'ils devraient être rémunérés pour ces gardes éventuellement en indemnité de sujétion, en astreinte opérationnelle pouvant le cas échéant donner lieu à temps additionnel.

3.4.3.5 Des amplitudes de travail anormales

Le nombre de gardes de nuit d'internes effectuées par ces praticiens attachés associés visés ci-dessus, rémunérées à ce titre sont incompatibles avec une activité professionnelle normale et en méconnaissance des règles liées au repos de sécurité :

Il a été relevé d'une manière générale un nombre de nuits de garde, parfois jusqu'à 25 sur un mois, incompatibles avec les règles ci-dessus rappelées. Ces paiements excessifs, constituent en réalité des compléments de rémunération.

¹⁶ Les contrats cités sont nominatifs et ne constituent que des exemples, l'avis public devra être anonymisé.
2009-0050.Centre hospitalier d'Aubagne.L. 6143-3-II.doc 23/27

3.4.3.6 Une organisation médicale perfectible

Le centre hospitalier emploie des praticiens à temps partiel, trois chirurgiens, un ORL, un pneumologue, deux dermatologues ou des attachés, sept chirurgiens, quatre ophtalmogistes, quatre ORL, deux pneumologues, sans que cela se traduise significativement pour l'hôpital en termes d'activité. Certes les vacations des attachés sont réduites et ne permettent pas un apport d'activité très important. Par ailleurs certains attachés dans l'impossibilité d'avoir une plage opératoire fixe peuvent renvoyer leurs patients vers d'autres établissements. Il serait néanmoins nécessaire pour l'établissement que ces praticiens s'investissent davantage dans le développement de l'activité.

En tout état de cause le centre hospitalier ne suit pas avec précision l'activité des médecins à temps partiel ou attachés.

4 LES VOIES POSSIBLES DE REDRESSEMENT

4.1 PRESENTER DES COMPTES SINCERES

Le centre hospitalier d'Aubagne devra respecter les règles comptables. Quelles que soient les difficultés de l'établissement, la présentation de comptes insincères ne saurait durer. Il devra en outre mettre en place une comptabilité analytique complète afin de déterminer exactement ses foyers de perte et de gains.

4.2 REDRESSER LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le centre hospitalier devra respecter l'ensemble des dispositions légales applicables tant pour le personnel non médical que pour le personnel médical.

Il devra maîtriser la masse salariale et promouvoir des mesures complètes de réorganisation des services de soins, où le remplacement systématique des absents ou des départs ne devrait plus être la règle. Le bureau des entrées devra être davantage professionnalisé, le nombre de régies devra être étendu avec des horaires élargis de manière à améliorer le recouvrement et le service aux patients.

Une négociation devra être conduite avec les personnels infirmiers et aide soignants pour un roulement en douze heures comme c'est déjà le cas aux urgences.

Compte tenu de l'importance de la masse salariale ainsi que de la structure des charges et des produits, il ne peut y avoir de réduction du déficit sans diminution importante des charges de personnel. L'établissement devra notamment rechercher à se rapprocher des valeurs moyennes retracées dans l'étude nationale des coûts.

Toutefois, ces mesures ne permettront pas à elles seules de redresser le centre hospitalier d'Aubagne.

4.3 LES VOIES A EXPLORER

En raison de l'ampleur de la dégradation de la situation financière et de l'environnement particulier du centre hospitalier, la chambre n'a pu élaborer des mesures complètes de redressement. Tout au plus peut-elle recommander l'exploration de quelques pistes.

Le pôle «urgences» rend un réel service et avec 36 000 passages atteint le seuil critique. Une amélioration de la régulation du SAMU pourrait contribuer à renforcer son attractivité.

L'activité de chirurgie viscérale est faible et disparate et une réflexion sur son maintien doit être tenue dans un environnement a priori défavorable. L'activité d'orthopédie, même si elle est réelle, n'est néanmoins pas suffisante pour justifier le maintien d'un bloc dédié à cette discipline, sauf à trouver des partenaires. Le développement de la chirurgie ambulatoire ne peut se réaliser que si cette discipline est adossée à un bloc fonctionnel et actif. En outre, la mise en œuvre de la 11^{ème} classification des GHM dite V11 ne favorise pas les établissements ayant une part importante de séjours légers.

Une orientation vers l'ouverture de lits de soins palliatifs devrait être explorée.

Le pôle «médecine» a une activité diversifiée et soutenue tout particulièrement en cardiologie traitant des patients âgés atteints d'insuffisance cardiaque. Le centre hospitalier n'est donc pas en concurrence sur ce créneau avec la clinique de la Casamance qui pratique de la cardiologie interventionnelle. Un partenariat spécifique pourrait être recherché.

Une complémentarité pourrait être également trouvée pour l'obstétrique avec l'AP-HM où la discipline est saturée et le centre hospitalier d'Aubagne pourrait accueillir des parturientes de maternité de niveau 1. Le projet commun de pôle «*mère enfant*» avec la Casamance serait éventuellement à réactualiser.

D'une manière générale, la recherche de complémentarité, de partenariat ou de mises en réseau avec l'environnement immédiat (centre hospitalier de la Ciotat, AP-HM, cliniques privées) devra être conduite dans les meilleurs délais.

4.4 SOUTIEN DE LA TUTELLE

Enfin, au regard d'une situation financière qui pourrait conduire à la cessation de paiement, les autorités de tutelle devront rechercher à très court terme les moyens d'apports de trésorerie. Cette nouvelle aide devrait être soumise à l'engagement de l'établissement de mettre en œuvre les mesures de redressement adoptées.

Les réformes qui devront être menées au centre hospitalier d'Aubagne devront être conduites par une équipe à la compétence technique renforcée.

Par ces motifs, la chambre :

Article 1 : DÉCLARE la saisine recevable ;

Article 2 : PROPOSE les mesures de redressement développées dans le présent avis.

Le conseiller-rapporteur, Le conseiller-rapporteur, Le président de chambre,

Clément CONTAN

Elisabeth GIRARD

Bertrand SCHWERER

A N N E X E 1

- EPRD 2008 -

Compte de résultat prévisionnel principal (dernier état quadriennal)

	DEPENSES		RECETTES		
	EPRD exécutoire	Réalisation	EPRD exécutoire	Réalisation	
Titre1 Charges de personnel	39 040 900	39 015 037	46 216 615	43 712 827	Titre 1 Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 Charges à caractère médical	8 364 540	8 105 013	4 339 300	4 113 366	Titre 2 Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général	4 502 280	4 431 968	5 978 158	5 022 635	Titre 3 : Autres Produits
Titre 4 Charges d'amortissements, financières et de provisions	4 583 490	4 540 195			
Total des charges	56 491 210	56 092 215	56 534 074	52 848 829	Total des produits