

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Marseille, le 21 septembre 2001

REF.:Greffes/JLH/PPn°1872

Lettre recommandée avec A.R n° 9288 7297 4 FR

OBJET : Lettre d'observations définitives relative à la gestion du Centre hospitalier de Gap

Madame la Directrice,

La Chambre régionale des comptes a, dans sa séance du 13 septembre 2001, arrêté ses observations définitives au vu notamment des réponses adressées à ses observations provisoires.

Conformément à l'article L241-11 du Code des juridictions financières, ces observations devront être communiquées par vos soins à l'assemblée délibérante dès sa plus proche réunion ; elles feront l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée et seront jointes à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Vous voudrez bien trouver ci-joint le texte intégral des observations définitives de la Chambre.

Je vous prie de croire, Madame, la Directrice, en l'assurance de ma considération distinguée.

Pour le Président empêché,

le président de section-doyen

Christian BESOMBES

Madame Solange Zimmerman

Directrice du Centre Hospitalier de Gap

1 Place Auguste Muret

05000 GAP

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION DU

CENTRE HOSPITALIER DE GAP

(Hautes Alpes)

1990 à 2000

Rappel de procédure

La Chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Gap à partir de l'année 1990 qui a été attribué à M. Heuga, conseiller. Le président de la Chambre en a informé M. Pierre Bernard-Reymond, président, et Mme Solange Zimmermann, directrice, par lettres du 2 mars 2000.

L'entretien de fin d'instruction a eu lieu le 4 décembre 2000 avec Mme Zimmermann et le rapporteur.

La Chambre ( Première Section ) a délibéré et adopté le 13 février 2001 ses observations provisoires. En application des prescriptions de l'article 114 du décret n° 95-945 du 23 août 1995, ces observations ont été transmises dans leur intégralité à Mme Zimmermann et, pour partie, à un tiers qui était cité dans le texte. Les réponses ont été respectivement enregistrées le 5 juin et le 28 mai 2001 au greffe de la juridiction. Aucun des destinataires d'observations provisoires n'a demandé à être entendu par la Chambre.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la Chambre a délibéré et adopté le 13 septembre 2001 ses observations définitives dans la composition suivante: M. Besombes, président de section, M. Attanasio, conseiller, et M. Heuga, conseiller-rapporteur.

En application des dispositions de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, ces observations devront être communiquées par l'exécutif de l'établissement à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant leur réception. Elles feront l'objet d'une inscription à l'ordre du jour et seront jointes à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Elles seront, après cette date, communicables à toute personne qui en ferait la demande, en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

## PRESENTATION GENERALE DE L'ETABLISSEMENT.

11. Un hôpital référent au taux d'attractivité relativement élevé.

Eloigné des grosses structures hospitalières du Sud Est ( Aix-Marseille et Grenoble ), le centre hospitalier de Gap est un hôpital " référent ", qui offre une large couverture de soins, en dépit de la fragilité de certaines spécialités pour lesquelles le recrutement de médecins reste difficile. Le développement du travail en réseau ( avec les médecins de ville, avec le CHU ) conforte ce label, d'autant plus nécessaire que l'offre libérale des spécialités est limitée dans le département des Hautes Alpes.

L'attractivité de l'établissement augmente. Les taux d'autarcie ( hospitalisés des Hautes Alpes ) sont de 83 % en 1999 (80 % en médecine, 75 % en chirurgie, 89 % en obstétrique et gynéco.) (1)

12. Implanté en centre ville, le centre hospitalier est en cours de rénovation dans le cadre d'un projet d'établissement dont l'exécution a pris du retard.

Le centre hospitalier de Gap occupe deux sites éloignés de deux kilomètres environ. L'un, sur les hauteurs en périphérie de la ville, abrite le service de long séjour et celui des soins de suite et de réadaptation gériatrique. La portion centrale de l'hôpital se situe au centre ville, où elle occupe des locaux anciens, pour la plupart en état relativement dégradé. En outre, le centre dispose d'un service de radiothérapie à la sortie Nord de la ville.

D'importants investissements y sont réalisés depuis moins de dix ans. Le plateau technique a été inauguré en 1993, les locaux abritant les services de la direction ont ensuite été rénovés. Les travaux les plus importants sont toutefois en cours. Réalisés en opérations tiroirs, ils ont pour objet de livrer le bâtiment central de médecine obstétrique, le service de radiothérapie puis, ultérieurement, les services de chirurgie et de long séjour. Tous ces travaux sont pris en compte dans le plan directeur de l'établissement pour un montant total de 400 MF (61 Millions d'euro).

Au 1/1/2000, l'hôpital dispose de 282 lits en court séjour ( 268 pour l'hospitalisation complète dont 149 en médecine, 86 en chirurgie, 30 en obstétrique et gynécologie ; 11 pour l'hospitalisation à temps partiel ; 3 pour l'IVG ), de 8 places d'hémodialyse. Les nombres de lits en moyen séjour ( soins de suite ) et en long séjour ( soins de longue durée ) s'élèvent respectivement à 18 et 110 lits, soit un total général de 410 lits.

L'hôpital s'est doté d'un projet d'établissement très complet, approuvé en 1998 par l'Agence Régionale d'Hospitalisation ( ARH ), et d'un projet médical actualisé en 1999 ( le précédent datait de 1994 ). Il est engagé dans une démarche qualité préalable à la procédure d'accréditation.

Le projet d'établissement, adopté pour la période 1997-2001, rassemble plusieurs documents : le

projet médical, le projet en soins infirmiers, le projet social et de formation, le projet de gestion, le projet de vie en unité de soins de longue durée, le schéma directeur du système d'information hospitalier. Parmi les moyens pour sa mise en œuvre figurent en outre le programme d'établissement, le plan directeur ( programme d'investissements ) et les moyens de financements.

L'élaboration du projet d'établissement a donné lieu à un important travail de concertation au sein de l'établissement où de nombreux groupes furent constitués. Ce projet, dont la forme reste à améliorer pour lui donner une meilleure cohérence, donne des perspectives aux domaines d'activité du centre.

Il existe des retards d'exécution par rapport aux objectifs fixés dans le projet, notamment dans le projet infirmier, dans le projet social ( l'évaluation des personnels est lancée seulement en 1999 et on ne commence qu'à peine à travailler sur l'outil de gestion prévisionnelle des personnels ), dans le projet de gestion où la cellule d'analyse de gestion n'est pas constituée, dans le projet informatique où le réseau et les logiciels pour la gestion des dossiers patients ne sont pas en place.

L'échéance du projet actuel nécessite la préparation du futur projet, programmé pour 2002 sur la base d'une actualisation du projet médical approuvée en septembre 2000.

## L'ACTIVITE DE L'HOPITAL EST EN AUGMENTATION.

### 21. L'hospitalisation.

Depuis 1990, le nombre d'entrées a fortement évolué, passant de 11 500 à près de 15 000, notamment en chirurgie et en gynéco-obstétrique. La baisse importante de la durée moyenne de séjour ( de près de 7 jours à 5 jours ) a permis de stabiliser le nombre de journées autour de 120 000 pour l'ensemble de l'établissement ( 75 000 journées pour Médecine, Chirurgie, Obstétrique ).

Globalement, en termes d'activité ( points ISA ), 90 % de l'hospitalisation court séjour se fait en chirurgie et en médecine, chacune de ces deux disciplines représentant respectivement 41 et 46 % de l'activité générale de l'établissement.

En dépit de la baisse du nombre de journées, du fait de la diminution importante du nombre de lits installés sur la période, les taux d'occupation ont nettement augmenté en 10 ans, puisqu'ils sont passés de 64 % à 76 % en MCO. Ce dernier taux masque des disparités puisqu'il s'élève à près de 85 % en médecine ( l'hôpital a demandé une extension de 15 lits en médecine ) mais ne reste compris qu'entre 65 et 70 % en chirurgie et obstétrique.

Les 10 places d'hospitalisation à temps partiel installées connaissent un taux d'occupation de 99 % en semaine. Par ailleurs, le centre d'hémodialyse est à saturation compte tenu des moyens

affectés : 3 soirs ne sont pas utilisés faute de personnel, des malades devant être envoyés à Manosque ou même Marseille.

## 22. L'activité médico-technique.

Les indicateurs de l'activité médico-technique sont également en constante évolution, hormis le nombre d'accouchements, qui régresse depuis deux ans ( autour de 850 accouchements par an ).

Les évolutions les plus importantes sont à relever pour les urgences ( 21 000 passages, contre 15 000 5 ans plus tôt, dont un sur trois aboutit à une hospitalisation ), pour l'activité pharmacie ( la rétrocession de médicaments a doublé sur la même période ), pour l'anesthésiologie ( 150 000 K à plus de 200 000 ), pour l'activité opératoire des hospitalisés ( 300 000 à 400 000 KC), pour les actes en imagerie ( 730 000 à 840 000 Z ), pour les consultations publiques (17 000 à 32 000 C et CS), pour les actes externes ( 176 000 à 255 000 K et KC ).

## 3. L'ANALYSE FINANCIERE

31. Les comptes de résultat sont largement excédentaires du fait des préfinancements du schéma directeur reçus en fonctionnement...

Le budget d'exploitation de l'hôpital dépasse 300 MF. Comme le tableau suivant le montre, le résultat global du compte de résultats est chaque année largement excédentaire ( jusqu'à 30 MF en 1997 ). Cet important excédent, inhabituel dans les structures hospitalières, provient pour une grande part des financements par anticipation du pavillon médical versés avec la dotation globale. 85,1 MF ( 13 Millions d'euro ) ont été versés par la tutelle à partir de 1993 ( 1,8 MF en 93, 8,5 MF en 1994, 9,8 MF en 1995, 13,8 MF en 1996, 17 MF en 97,98 et 99).

A ces versements, enregistrés en section de fonctionnement et conservés pour être affectés en ressource de financement d'investissement, s'ajoutent les produits financiers générés par les placements effectués. Si l'on exclut ces deux éléments, le résultat global serait à réduire, et compris entre 5 et 10 MF chaque année.

311. Les dépenses de fonctionnement.

Le total des dépenses ( hors annulation de titres sur exercices antérieurs ) de fonctionnement du centre dépasse légèrement 300 MF ( 45,7 Millions d'euro ) et a évolué pour les cinq dernières années au rythme annuel de 3,24 %. Les postes en évolution sensible sont ceux que le centre ne maîtrise pas.

Les dépenses de personnel ( groupe 1 ) constituent l'essentiel des dépenses de fonctionnement ( 69 % en moyenne sur les 5 derniers exercices ). Evoluant plus rapidement que l'ensemble des charges d'exploitation, ( 4 % en moyenne annuelle contre 3 % ), elles représentent près des trois

quarts des charges en 1999, avec 218 MF ( 33,2 Millions d'euro ).

Les charges à caractère médical ( groupe 2 ), si elles constituent une masse plus modeste ( 13 % des dépenses en moyenne ), connaissent toutefois une progression plus soutenue ( plus de 5 % d'évolution annuelle ), notamment du fait de l'accroissement des dépenses de produits pharmaceutiques ( 10 % d'évolution annuelle, plus de 20 MF désormais ).

Les charges de groupe 3 ( dépenses à caractère hôtelier et général ) ne représentent que 9 % des dépenses et sont contenues, puisque leur évolution se limite à 1 % par an.

Les charges financières sont faibles et en régression. Ce poste sera appelé à évoluer dans le futur, lorsque l'hôpital remboursera les emprunts servant au financement des travaux du plan directeur. En 1999, les frais s'élevaient à 4 MF pour un encours de 67 MF en début d'année ( taux moyen compris entre 5,5 % et 6 %). Il évoluera également par l'accroissement des dotations aux amortissements consécutif aux travaux en cours de réalisation et d'équipements en cours d'installation ( IRM, radiothérapie ).

D'après les données PMSI ( programme de médicalisation des systèmes d'information ), le niveau des dépenses est un peu plus faible que la moyenne régionale : le point ISA ( chiffres 1998 ) s'élève à 12,42 F contre 12,78 F en moyenne régionale. On note toutefois que le niveau des dépenses de personnel non médical y est plus élevé qu'ailleurs.

### 312. Les recettes de fonctionnement.

La dotation globale de financement ( groupe 1 ) représente 84 % des recettes de fonctionnement. Elle a évolué au rythme de 3,3 % par an. En réalité, si on supprime les abondements liés au financement des travaux, la dotation aura évolué de moins de 3 % par an. Un léger effet de ciseau est donc à constater puisque les charges évoluent un peu plus vite que la dotation.

Chacun des deux autres groupes de recettes représente un peu moins de 10 % des recettes totales. Les produits de l'activité hospitalière ( groupe 2 ) s'élèvent à 22 MF ( prestations non prises en charge par la DGF ) et les autres produits ( groupe 3 ) à 37 MF.

Si les produits de l'activité hospitalière ( groupe 2 ) connaissent une évolution faible, les " autres produits " ( groupe 3 ) ont augmenté au rythme de plus de 10 % par an, profitant notamment de l'évolution des postes " ventes de marchandises " ( ventes de médicaments pour l'essentiel, 6 MF ), et " produits financiers " ( 3 MF ). Ces évolutions ne correspondent pas à un réel accroissement des recettes puisqu'elles sont soit gagées par des dépenses correspondantes ( ventes de médicaments ), soit limitées dans le temps ( les produits financiers ne seront plus générés une fois les dotations versées utilisées ).

32. En conséquence, les bilans de l'hôpital portent d'importantes réserves.

Au cours des derniers exercices, le fonds de roulement ( FDR=différence entre les financements stables et les besoins stables ) est très largement positif. Il dépasse 100 MF en fin de période et s'explique par un niveau important de réserves puisque les excédents capitalisés approchent 200 MF.

Le FDR suffit très largement à couvrir le besoin en fonds de roulement ( BFDR=créances d'exploitation courante - dettes d'exploitation ) égal à 11 MF fin 96 et nul fin 1999 grâce à une réduction des créances. En effet, les restes à recouvrer sont en constante diminution sur la période examinée, alors que les admissions en non valeur sont restées à peu près constantes à un rythme annuel de 1 à 1,2 MF par an. Sur ce dernier point, jusqu'en 1995, les provisions constituées ne couvraient pas le solde des créances admises en non valeur qui n'étaient pas prévues au budget. Depuis, non seulement elles ont atteint le niveau souhaitable, mais, de plus, le centre a constitué des provisions supplémentaires de 2,4 MF, dans la perspective des exercices prochains qui s'annoncent tendus au plan financier.

Les liquidités ( la trésorerie résultant de la différence entre le FDR et le BFDR ) sont très importantes puisqu'elles atteignent 100 MF en fin de période, dont 60 MF sont placés.

Cette abondance en réserves et en trésorerie s'explique en particulier par le décalage dans le temps entre d'une part les versements financiers de la tutelle effectués par anticipation et, d'autre part, l'utilisation de ces financements pour payer des travaux qui ont pris quelque retard d'exécution.

### 33. La section d'investissement.

#### 331. Des dépenses en évolution, en raison des travaux en cours.

Les comptes administratifs des quatre derniers exercices montrent l'évolution des dépenses, du fait des travaux en cours pour la réalisation du pavillon médical. Par ailleurs, le remboursement de l'annuité en capital reste stable à 7 MF ( en dehors des remboursements des ouvertures de crédits à long terme ), montant largement couvert par les dotations.

#### Dépenses d'équipement en MF (source CA)

en MF	1996	1997	1998	1999	Moyenne
Matériel général	1	0	0	4	1
Matériel médical	3	4	5	3	4
Constructions	2	9	14	38	16
Autres	3	2	3	2	3
Total	9	15	22	47	23

Cette évolution va encore croître puisque 300 MF de dépenses d'investissement restent encore à effectuer de 2000 à 2003. En effet, le plan pluriannuel d'équipement mis à jour prévoit, pour la

période de 1997 à 2003 383 MF dont 35 MF de plan d'équipement annuel (5 MF par an), 10 MF d'équipement à renouveler, des nouvelles opérations pour 37,6 MF (dont 22 MF de radiothérapie), la réalisation des pavillons pour le restant.

Au cours des années précédentes, le centre n'a pas mobilisé d'emprunts. La totalité des dépenses a pu être autofinancée, l'ajustement en trésorerie s'effectuant par des ouvertures de crédits à long terme systématiquement remboursées en fin d'année.

### 332. Le financement des opérations d'équipement.

Le plan pluriannuel de financement des investissements.

Chaque année, l'hôpital actualise son plan pluriannuel de financement des investissements qui expose d'une part les opérations programmées avec une fiche individuelle qui décrit les coûts, les moyens de financement ( autofinancement ou emprunt ) et les surcoûts attendus du fait des amortissements et des frais financiers et, d'autre part, les perspectives globales de financement.

Ce document, au demeurant très complet, ne présente pas suffisamment clairement les capacités d'épargne de l'établissement pour les années à venir et pourrait être amélioré sur ce point.

Une inscription budgétaire globale qui déforme la réalité budgétaire.

La pratique budgétaire hospitalière, qui méconnaît les autorisations de programme, conduit à inscrire la totalité des dépenses et des recettes des opérations envisagées au budget primitif, même si l'exécution de ces opérations s'étale sur plusieurs exercices. Le budget est ainsi artificiellement gonflé et son taux de réalisation est très faible lorsque l'hôpital s'engage dans de grosses opérations, comme c'est le cas à Gap actuellement. Ce taux a été compris en dépenses entre 3 % et 25 % des inscriptions budgétaires lors des trois derniers exercices. En recettes, dans le but d'équilibrer le budget, des emprunts sont inscrits en prévision mais ne sont pas réalisés, les préfinancements accordés par le ministère suffisant à financer les opérations en cours. Il en est ainsi en 1999 où 128 MF d'emprunts prévus au budget ne furent mobilisés cette année là.

Ainsi, sans que la sincérité des budgets présentés puisse être mise en cause et sans bien entendu critiquer la mobilisation la plus tardive possible des emprunts afin de ne pas supporter d'inutiles frais financiers, les montants en dépenses et recettes prévus au budget de la section d'investissement sont sans commune mesure avec l'exécution attendue dans l'année.

Le financement des opérations laisse une large place à l'autofinancement.

Comme le montre le tableau suivant, la moitié environ des opérations programmées de 1997 à 2003 est prévue être autofinancée.

Source : plan de financement modifié 1999

<i>en MF</i>	<i>Coût</i>	<i>Financements</i>		
		<i>Autof.</i>	<i>Banques</i>	<i>CRAM</i>
P.E.A. de 1997 à 2003	35	35	0	
Renouvellements	10	0	10	
Nouvelles opérations	38	0	38	
Pavillon administratif	11	6	5	
Pavillon médecine	178	98	80	
Pavillon chirurgie	49	15	34	
Pavillon Bruyère	14	3	11	
Pavillon SLD	48	28	5	14
<i>Total</i>	383	185	183	14

Il faut entendre par autofinancement l'épargne dégagée de l'exploitation affectée à l'investissement. L'hôpital a pris le parti de ne pas emprunter pour financer le programme d'équipement annuel ( 5 MF par an ) et par contre d'emprunter la totalité des financements nécessaires à la réalisation de nouvelles opérations ( IRM et radiothérapie ).

L'autofinancement prévu pour la principale opération ( réalisation du pavillon médecine ) provient en grande partie des apports de la DRASS et de l'assurance maladie intégrés dans la dotation globale. Ainsi, sur les 98 MF d'autofinancement prévus, 85 MF proviennent de ces organismes, l'hôpital ne finançant que le restant sur ses propres économies ( 13 MF ).

Un important préfinancement, accru par les retards pris dans les travaux.

Les financements apportés par la tutelle ont très largement précédé les décaissements d'autant que les travaux ont connu du retard dans leur exécution. Ainsi, pour l'ensemble pavillon administratif et médical, 42 MF de réserves sont disponibles au 31/12/95 pour 600 KF de travaux réalisés, 58 MF fin 96 pour 2 MF de travaux, 103 MF fin 98 pour 25 MF de travaux réalisés. Ces montants expliquent l'importance du fonds de roulement et celle de la trésorerie. On pourrait y voir, au niveau national, une immobilisation trop précoce de ressources qui restent inemployées et dont les produits financiers restent limités en dépit du travail de gestion de trésorerie effectué par le centre ( 2 MF en 1999 bénéficient à l'hôpital pour une trésorerie de 100 MF ).

#### 4) LES OPERATIONS D'INVESTISSEMENT.

##### 41) Le Plan directeur

##### 411. Evolution des projets de rénovation et reconstruction.

En 1989, le projet de rénovation de l'hôpital de Gap consistait à réaliser un nouveau plateau technique et à construire un bâtiment dit pôle mère-enfant. A la livraison du plateau technique, en 1993, il est décidé d'accroître la consistance du projet en ajoutant notamment la médecine et la

restructuration de la chirurgie. Deux ans plus tard, le projet est encore étendu puisqu'il revient en fait à reconstruire par tranches successives l'ensemble des services de l'hôpital, y compris les services communs, et à faire réaliser des parkings.

Ce dernier projet est intégré dans le plan directeur de 1995. Le coût double entre 1993 et 1995, le montant total de l'opération étant alors estimé à 304,5 MF TTC ( 46,4 Millions d'euro ) en valeur 1993 ( conseil d'administration du 22 mai 1995 ) (2). En octobre 1995, une convention de financement est signée avec les organismes de tutelle qui s'engagent à préfinancer une partie de l'opération ( 15,3 F par an de 1993 à 1997 ) correspondant au surcoût financier prévisionnel.

La construction du pôle médical, financée moitié par autofinancement, moitié par emprunt, est la plus importante réalisation prévue au plan directeur. D'après le rapport de la direction de la prospective délibéré le 8/11/96, le plan ( version 1995 ) prévoit un coût de construction de 140,8 MF TTC pour ce bâtiment, révisions de prix comprises ( le marché de maîtrise d'oeuvre a été conclu à mi année 1996 sur la base d'un coût de travaux de 90,5 MF HT pour un coût total de l'opération de 131,2 TTC, valeur janvier 1996 ). Equipements compris, le coût s'élève alors à 156,7 MF, portés à 165,7 MF par l'adjonction de 9 MF du fait de la réalisation de parkings initialement prévus avec le pavillon chirurgical.

Ces évolutions, consécutives à l'absence de visibilité à long terme en 1987 au moment de la décision de construire un nouveau plateau technique ont eu deux conséquences :

il n'a jamais pu être envisagé de reconstruire l'hôpital en dehors de son site actuel, cette solution n'ayant pu être comparée en coût et en fonctionnalité avec celle qui s'est imposée,

le maître d'oeuvre ne fut pas expressément choisi pour ce bâtiment puisque, en application de l'article 314bis, dernier alinéa, du Code des marchés publics, la nécessaire continuité architecturale du pavillon avec le plateau technique a conduit l'hôpital à conserver le maître d'oeuvre qui avait préalablement conçu le plateau technique. Ainsi, le marché de 13,1 MF TTC porté ensuite à 14,2 MF TTC a été dévolu sans mise en compétition. Même si le niveau de rémunération du maître d'oeuvre n'appelle pas d'observation particulière, l'application de l'article 314bis, certes approuvée, mais de manière très générale, par la Commission Centrale des Marchés, alors questionnée par l'hôpital, paraît excessive dans le cas présent dans la mesure où l'extension est substantiellement plus importante que l'ouvrage initial.

Le coût global de l'opération, depuis la passation des marchés, a été contenu. Les avenants n'ont augmenté le prix total que de 3 %.

412. Les délais de l'opération.

L'opération a connu des retards relativement importants par rapport aux prévisions. Au moment de la passation du marché de maîtrise d'oeuvre à mi année 1996 les délais de travaux du pavillon

devaient durer 18 mois. Ces délais furent portés à 30 mois par la suite, avant passation des marchés de travaux, y compris démolition et transferts de services.

Alors que le protocole d'accord de financement est signé au mois d'octobre 1995, le marché de maîtrise d'ouvrage, pourtant non assorti d'une compétition préalable, n'est dévolu qu'au mois de juillet suivant, trois mois ayant été passés à négocier la mission Direction et Animation de la Cellule de Synthèse qui sera en définitive confiée à un tiers.

Les délais d'études de conception prévus durer 12 mois, ont en réalité duré 18 mois du fait de la complexité du projet. L'appel d'offres ne sera en définitive lancé qu'en fin d'année 1997. A ce moment là, le planning prévoyait que le transfert des services de médecine et de maternité seraient achevés en tout début d'année 2000.

La volonté de ne pas allonger davantage les délais a conduit l'hôpital à imposer, en toute régularité, des délais minimums de réponse à l'appel d'offres.

Les actes d'engagement des marchés de travaux prévoyaient une durée totale de 28 mois à compter du premier ordre de service ce qui projette une fin totale des travaux en fin d'année 2000. La réception de travaux de deuxième tranche n'est prévue qu'en octobre 2001. Le déménagement devrait être mené à compter de mars 2001.

Il est vrai que des difficultés indépendantes du service ont été rencontrées entre temps. 5 des 23 lots attribués ont été déclarés infructueux, le titulaire du lot démolition s'est dédit, des travaux supplémentaires ont allongé les délais de gros œuvre de 50 jours, le travail a été arrêté par un sous-traitant non rémunéré, les exigences du bureau de contrôle a conduit à des modifications.

## 5) LE PERSONNEL.

### 51. Généralités.

511. L'hôpital dispose de près de 1000 agents. Son effectif s'est nettement développé depuis 1995, suivant l'accroissement de l'activité du centre

Au cours des cinq dernières années, l'hôpital a connu une forte évolution de son effectif en personnel puisqu'il est passé de 830 à 930 équivalents temps plein. Les catégories bénéficiaires de cette progression sont les praticiens hospitaliers et les personnels soignants, ces derniers constituant les deux tiers de l'effectif global.

512. Toutefois, rapporté à l'activité, l'effectif du centre reste plus faible qu'ailleurs.

Les données du PMSI (soignants, médecins et administratifs) montrent que le centre hospitalier de Gap dispose d'effectifs moins importants que les hôpitaux de taille et d'activité comparables,

notamment chez les médecins et personnels administratifs. Par rapport à la moyenne régionale, Assistance Publique de Marseille incluse, le déficit global en personnels atteint 65 agents : 40 en personnels soignants, 15 en personnels médicaux et une dizaine en personnels administratifs.

513. L'hôpital présente donc le paradoxe d'un effectif relativement faible mais d'une masse salariale importante.

Eu égard à son activité, le centre hospitalier présente donc des frais de personnel importants pour un effectif plutôt faible. Cette contradiction ne peut s'expliquer que par un niveau indiciaire plus élevé à Gap qu'ailleurs, lui même consécutif d'une ancienneté importante des personnels. Ce point est à surveiller, ce dont a conscience l'hôpital, qui s'attache à améliorer la gestion prévisionnelle de ses personnels.

52) L'activité libérale.

Le chiffre d'affaires de l'activité libérale est d'environ 4 MF par an. Une quinzaine de médecins a une activité libérale, dont 6 disposent de lits " privés ". Le formalisme est respecté : les contrats sont rédigés et conclus en respect des règlements, la commission d'activité libérale se réunit et fait un bilan annuel, les déclarations de chiffre d'affaires sont croisées avec les états de l'assurance maladie.

La Chambre a noté que les rapports de la directrice, rédigés pour être présentés à la commission de l'activité libérale, signalent des dépassements. Ces dépassements, qui ne concernent qu'une petite minorité de médecins sont constatés sur l'activité même du praticien, lorsque le nombre de consultations ou d'actes réalisés en libéral dépasse le nombre de consultations et d'actes équivalents effectués dans le cadre du service public. Elle a pu également constater qu'en dépit des rappels de l'administration, celle ci ne parvient que rarement à obtenir les choix écrits des patients qui souhaitent être traités dans le secteur libéral.

Le Président de la Première Section

Christian BESOMBES

Le Président de la Chambre

Alain PICHON

(1) Enquête schéma régional d'organisation sanitaire de juillet 1998 portant sur l'hospitalisation complète.

(2) Le programme d'équipement de l'hôpital, incluant le renouvellement et l'acquisition d'équipements s'élève à près de 400 MF de 1997 à 2003 (plan global pluriannuel de financement

révisé de 1999).