

REPONSE DE

**Monsieur Luigi Del Nista
Directeur du Centre Hospitalier d'Arles**

CENTRE HOSPITALIER D'ARLES

OBSERVATIONS EN REPONSE AU RAPPORT DEFINITIF DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

SOMMAIRE

1 - Une activité en perte de vitesse (page 2)	1
2 - Fiabilité des comptes, analyse budgétaire et analyse financière	1
2.1 - Fiabilité des comptes (pages 3 à 5)	1
2.1.1 - Indépendance des exercices : rattachement des charges à payer	1
2.1.2 - Indépendance des exercices : produits constatés d'avance	1
2.1.3 - Rattachement insuffisant des produits de groupe 2 à l'exercice	2
2.1.4 - Un autre facteur de sous-évaluation des recettes : le compte 471	2
2.1.5 - Les reports de charges : compte 6728	2
2.2 - L'analyse budgétaire avec la réforme de la tarification perd un peu de sa pertinence (pages 5 à 7)	2
2.2.1 - L'exécution budgétaire	2
2.2.4 - La comptabilité analytique (page 7)	2
2.3 - Analyse financière (pages 8 et 9)	3
3 - Le projet d'établissement (pages 10 et 11)	3
4 - Urgences (pages 11 à 20)	4
5 - Les ressources humaines (pages 23 à 32)	4
5.1 - Les effectifs non médicaux (pages 23 à 25)	4
5.2 - Le personnel médical (pages 26 à 32)	5
6 - Les dépenses de groupe 2 (pages 32 à 34)	5
7 - Associations et recherche (pages 34 à 35)	5

Afin de faciliter le suivi de nos observations en réponse, le libellé et la numérotation des paragraphes ont été conservés tels qu'ils figurent dans le rapport définitif de la Chambre régionale des comptes.

OBSERVATIONS EN REPONSE AU RAPPORT DEFINITIF DE LA CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

1 - Une activité en perte de vitesse (page 2)

Les observations effectuées appellent les précisions suivantes :

❖ La disparité des statistiques produites s'explique ainsi : il convient de rappeler le mode de comptage strictement imposé pour la SAE se rapprochant de celui du PMSI : seules les entrées directes sont comptabilisées. L'activité d'urgences, y compris l'hospitalisation en UHCD, ainsi que l'activité d'IVG, sont décrites dans des tableaux spécifiques. Les taux d'activité SAE sont établis sans tenir compte de ces activités. Par contre, les statistiques internes d'activité, somme des statistiques d'activité par service, totalisent les entrées totales, directes et par mutation interne, et les activités d'hospitalisation quelles qu'elles soient, y compris en UHDT et pour IVG.

❖ La baisse de l'activité des services de médecine est principalement due à celle du service de médecine interne (64 lits sur 146). Depuis le changement de chef de service, la diminution des hospitalisations a été volontaire. De nouvelles orientations ont été déterminées par le nouveau chef de service.

❖ Le taux moyen d'occupation en obstétrique apparaît comme une moyenne dénuée d'intérêt puisque l'activité est fortement sujette à variations et liée au nombre de conceptions sur un secteur territorial où l'attraction est maximale. En outre, la maternité occupe un étage complet individualisé, et la diminution du nombre de lits ne produirait aucune économie.

❖ Certes, le maintien de la chirurgie risque de se poser à terme comme dans tous les centres hospitaliers de la même taille confrontés à la pénurie de personnels qualifiés (chirurgiens, anesthésistes, radiologues, IBODE, IADE,...) et à la multiplicité de plateaux techniques publics et privés concurrentiels sur le même territoire. De plus, compte tenu de la rigidité du statut des praticiens hospitaliers, que la Chambre s'est attachée à mentionner, l'adaptation s'avère très difficile. Par exemple, il a été impossible de régler le problème posé par la faible activité de certains chirurgiens quasiment inactifs (démarches effectuées depuis 1988 pour la chirurgie vasculaire).

2 - Fiabilité des comptes, analyse budgétaire et analyse financière

2.1 - Fiabilité des comptes (pages 3 à 5)

2.1.1 - Indépendance des exercices : rattachement des charges à payer

L'utilisation du seul compte 408 pour le rattachement des charges à payer correspond à une utilisation par défaut qui a été préconisée par le receveur précédent.

2.1.2 - Indépendance des exercices : produits constatés d'avance

Pour la non-utilisation du compte 487, la remarque sera retenue car ce compte pourrait effectivement servir à comptabiliser des recettes liées à plusieurs exercices budgétaires (droits de scolarité, produits de certaines conventions...).

2.1.3 - Rattachement insuffisant des produits de groupe 2 à l'exercice

L'établissement a fourni à la Chambre les preuves de sa pratique en matière de recouvrement, à savoir :

- une facturation régulière tout au long de l'année.
- l'émission en fin d'année d'un maximum de titres afin de s'assurer que toute la facturation des produits de groupe 2 est bien effective et de répondre aux obligations techniques du logiciel de facturation Pastel.
- une procédure de rattachement de titres à l'exercice également en fin d'année (procédure de titres dits en souffrance) pour ceux, peu nombreux, dont l'ensemble des éléments permettant la facturation auprès d'organismes sociaux ne sont pas totalement connus.

Il n'y a jamais eu volonté de minorer les recettes de G2 pour gonfler artificiellement en n+1 la dotation globale mais au contraire le souci de réaliser la facturation des recettes de G2 sur un exercice donné.

2.1.4 - Un autre facteur de sous-évaluation des recettes : le compte 471

L'analyse faite du compte 471 semble devoir être écartée car ce compte ne comptabilise que des recettes encaissées par le Trésor public sans que celui-ci ne dispose temporairement d'éléments justificatifs pour pouvoir les affecter (mutuelles, consultations externes...). Il s'agit là de règlements en instance d'affectation sur des titres émis qui échappent à l'ordonnateur.

2.1.5 - Les reports de charges : compte 6728

Le rapport confirme l'absence de report de charges.

Les difficultés d'interprétation constatées sont liées à la conception du logiciel.

Les seuls reports de charge correspondent à des factures non rattachées car arrivées en n+1 sans être connues de l'ordonnateur, ce qui représente des sommes minimales.

2.2 - L'analyse budgétaire avec la réforme de la tarification perd un peu de sa pertinence (pages 5 à 7)

2.2.1 - L'exécution budgétaire

Une importante remarque doit être formulée sur la présentation des résultats. En effet, le tableau qui présente les résultats des années 2000 à 2003 correspond aux résultats comptables bruts de ces exercices et non aux résultats nets qui ont tous été excédentaires, y compris le résultat de l'année 2001, compte tenu notamment du mécanisme des plus et moins values de recettes de G2, et celui de l'année 2003, même sans l'apport exceptionnel de l'indemnisation des assurances.

2.2.4 - La comptabilité analytique (page 7)

❖ Il n'est pas exact d'affirmer que l'établissement ne dispose pas d'une comptabilité analytique. En effet, la comptabilité analytique obligatoire impose que chaque UF soit affectée d'une section d'analyse, ce qui est fait.

Il convient de préciser que la comptabilité par séjour n'a jamais été obligatoire et ne sera pas pertinente à l'avenir. Avec la réforme du financement et de la gouvernance, les établissements travaillent surtout sur la comptabilité analytique par pôle.

Le Fichier Structure sur lequel est construit le découpage de l'établissement est jugé "artificiel et compliqué". Cette appréciation élude le fait qu'il s'agit d'un outil qui évolue en fonction de la réalité de l'organisation et fait l'objet de mises à jour régulières.

Il est vrai qu'apparaissent des unités fonctionnelles sur lesquelles ne sont enregistrées ni dépenses, ni recettes qui ne servent qu'à la gestion des stocks dans le logiciel de gestion MAGH 2. Elles seront supprimées du Fichier Structure du fait de cet intérêt purement fonctionnel.

2.3 - Analyse financière (pages 8 et 9)

- ❖ La réserve de trésorerie de 3,108 M€ (et non pas de 3 108 M€) qui donnerait un caractère artificiel au FRNG provient de la période d'instauration de la dotation globale.
- ❖ L'analyse faite sur le besoin en fonds de roulement négatif (BFR) ne correspond pas à la réalité car les titres sont émis avec régularité. La réponse déjà proposée par le receveur est qu'au 31 décembre de l'année, le niveau global des créances reste inférieur à celui des dettes fournisseurs d'où un excédent de trésorerie et un BFR négatif.
- ❖ Affirmer que l'établissement "est particulièrement mal préparé à la T2A", conduit à s'interroger sur la réforme elle-même qui est loin d'être stabilisée. Au sujet de cette réforme, de multiples changements sont déjà intervenus depuis sa mise en place et d'autres sont probables (cf. notamment le rapport IGAS-IGF 2006, le rapport du sénateur Jean-Jacques JEGOU lors de l'étude du projet de loi de financement de la Sécurité Sociale 2006 et le récent rapport de la Cour des comptes).

Il est infondé d'affirmer que l'EPRD a été bâti à partir des charges et non pas des recettes d'activité. L'établissement a, sous contrôle de son autorité de tutelle, appliqué la logique imposée par la réforme du financement.

Pour la mise en œuvre de la T2A, le centre hospitalier d'Arles fait partie des très rares établissements qui ont basculé en CCAM tarifante au 1^{er} juillet 2005 (malgré les difficultés qui existent sur le plan informatique et technique avec les versions 1 et 2 de la CCAM notamment en radiologie).

L'établissement connaît depuis longtemps ses foyers de pertes qui sont aisés à identifier, mais qui correspondent à une mission impérative de service public (exemple la pédiatrie liée à l'obstétrique) ou à des situations insolubles du fait de la rigidité des statuts (chirurgie cardio-vasculaire).

Les instruments comptables et outils de gestion doivent être déployés en fonction des objectifs à atteindre et ne pas s'égarer dans des considérations théoriques afin de conserver l'efficacité et préserver le temps précieux des rares personnes qualifiées.

Pour 2005, alors que la T2A était à 25 %, l'établissement a équilibré son budget sans report de charges comme cela a toujours été le cas depuis 1988, ce qui illustre que l'établissement ne peut être considéré comme "particulièrement mal préparé à la T2A".

3 - Le projet d'établissement (pages 10 et 11)

L'appréciation sur le projet d'établissement faite par la Chambre appelle les commentaires ci-dessous :

- ❖ L'établissement et les services de tutelle qui ont étudié et approuvé ce projet d'établissement ne peuvent qu'être surpris par l'affirmation disant que le projet médical ne comporte "ni ligne directrice, ni choix clairs et affirmés".

- L'activité de cancérologie a effectivement fait l'objet d'observations. Depuis elles ont été levées en grande partie. Notamment la continuité médicale est assurée par le recrutement de médecins spécialistes détenteurs des diplômes requis.

- L'activité de cardiologie connaît un développement volontairement limité dans les techniques mises en œuvre complétées par les coopérations développées avec le CHU de Nîmes et la clinique des Franciscaïnes à Nîmes.

- L'activité de gériatrie a été fortement développée depuis l'élaboration de projet d'établissement : création de l' EHPAD, doublement de capacité du SSIAD, individualisation d'une unité de court séjour gériatrique, reconnaissance de deux lits de soins palliatifs, projet d'équipe mobile de soins palliatifs en attente de financement, centre d'accueil de jour pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.
- L'unité de chirurgie ambulatoire doit être localisée dans des locaux appropriés, près du bloc opératoire. Cette implantation ne sera possible qu'après avoir réalisé les travaux importants liés à la sécurité de l'IGH (Immeuble de Grande Hauteur) qui se termineront par les travaux du rez-de-chaussée, c'est à dire par la restructuration du bloc. Compte tenu de ces contraintes, il n'a pas été jugé opportun d'implanter provisoirement la chirurgie ambulatoire ailleurs afin de préserver la qualité du service rendu aux malades. En conséquence, il n'existe pas de retard dans la mise en œuvre de la chirurgie ambulatoire par rapport aux objectifs fixés par l'établissement.
- Les activités transversales visées au projet d'établissement ont été priorisées. Un document faisant le point sur leur avancée, a été transmis à la Chambre, ainsi qu'à l'HAS dans le cadre de la procédure d'accréditation.

❖ Il est indiqué que "*Les autres volets du projet d'établissement présentent un caractère peu approfondi*"; or ceux-ci n'ont pas fait l'objet d'observations particulières de l'ARH.

❖ Le projet d'établissement est "un projet lourd, long à élaborer, qui nécessite de la concertation, mais qui doit conduire à un certain nombre d'arbitrages, voire de compromis" comme le souligne la Chambre elle-même dans un rapport relatif à un établissement voisin.

Il est très difficile de faire accepter localement aux partenaires et aux instances un projet d'ajustement et non d'expansion, ce que la Chambre a admis dans son rapport définitif. De ce fait, certaines orientations ont été édulcorées dans la rédaction mais mises en œuvre énergiquement dans la réalité (exemple de la diminution très significative des lits de court séjour).

Les critiques formulées à propos du projet d'établissement semblent plus relever de l'appréciation de l'opportunité des objectifs de l'établissement que de l'examen de sa gestion.

4 - Urgences (pages 11 à 20)

❖ Page 18 : "*boxes UHCD*"

Il existe réellement une zone de surveillance de courte durée comme le confirment les données statistiques. Il n'est pas question d'utiliser des "lits" d'UHCD pour des durées supérieures à quelques heures. Ces "lits" fonctionnent correctement dès lors que les services cliniques disposent de lits nécessaires aux hospitalisations ou que les malades sortent. L'établissement a obtenu la création de 6 "lits" d'UHCD dans son projet d'extension qui repose sur une organisation différente. La configuration actuelle des locaux des urgences ne permet d'installer que 3 boxes.

❖ Page 19 : "*Evaluation des conditions de mise en œuvre de la convention avec le CHU de Nîmes*" :

- gynécologie - obstétrique : un bilan mensuel et annuel est réalisé par le Dr BALARA par télé-médecine (réseau maternité),
- pédiatrie - néonatalogie : le Dr VIGNE ne fait pas de bilan : il n'y a que 20 transferts par an , les 2/3 sur Nîmes, les autres sur Marseille,
- cardiologie : il n'existe pas de réel bilan, l'activité de télé-médecine se développe au sein du réseau cardionet.

5 - Les ressources humaines (pages 23 à 32)

5.1 - Les effectifs non médicaux (pages 23 à 25)

Le personnel non médical représente plus de 75% des dépenses de fonctionnement. Sur ce point, d'une importance capitale, les observations de la Chambre sont très favorables : "*périodes de contrat adaptées*", "*temps annuel de travail respecté*", "*absentéisme en baisse sensible*".

5.2 - Le personnel médical (pages 26 à 32)

❖ Rectificatif page 17 § urgences, personnel médical

Il convient de distinguer 3 services :

- les urgences/SMUR
- l'anesthésiologie
- la réanimation polyvalente

Chaque service dispose de son propre chef de service.

6 - Les dépenses de groupe 2 (pages 32 à 34)

Pour la gestion des produits pharmaceutiques, le rapport de la Chambre constate que la distribution des médicaments est plus avancée qu'ailleurs. L'ensemble du dispositif sera amélioré par la prochaine mise en œuvre du Contrat de Bon Usage du médicament.

7 - Les associations et la recherche (pages 34 à 35)

La Chambre estime qu'il est peu probable que les médecins investigateurs dans les actions de recherche clinique ne perçoivent jamais d'honoraires et note que le directeur de l'établissement leur a rappelé qu'ils doivent transmettre à la direction les conventions qui prévoient le versement d'honoraires, passées entre les laboratoires et eux-mêmes ou des associations médicales.

Pour les médecins qui n'auront pas répondu à la sollicitation de la direction de transmettre leurs conventions financières ou de déclarer ne pas en disposer, aucune convention de partenariat ne sera signée entre l'hôpital et un laboratoire. Cette mesure prise en considération des observations contenues dans le précédent rapport de la Chambre ont été immédiatement mises en œuvre.

Arles, le 7 juillet 2006

Le Directeur

L. DEL NISTA

