

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Marseille le 26 mai 2003

Référence à rappeler :

Gref/PP n°1386

Lettre recommandée avec AR n°470392503fr

Monsieur le Directeur,

Par courrier du 27 mars 2003, je vous ai adressé le rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier de Cavaillon au cours des années 1992 à 2001, arrêté par la chambre lors de sa séance du 18 mars 2003.

En application des dispositions de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, dans sa rédaction issue de la loi n° 2001-1248 du 21 décembre 2001, je vous invitais, dans un délai d'un mois suivant cette réception, à me transmettre votre réponse écrite.

Vous voudrez bien trouver sous ce pli le rapport d'observations définitives. Celui-ci devra être communiqué par vos soins au conseil d'administration de l'établissement dès sa plus proche réunion ; il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Je vous serais obligé de bien vouloir aviser le greffe de la chambre de la date de cette réunion, à partir de laquelle ce rapport deviendra communicable aux tiers.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma considération distinguée.

Le président,

Alain PICHON

M. Jean-Paul LEMAIRE

Directeur du centre Hospitalier de Cavaillon

119 avenue Georges Clémenceau

BP 157

84304 CAVAILLON CEDEX

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION

DU CENTRE HOSPITALIER DE CAVAILLON

(Vaucluse)

Années 1992 à 2001

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Cavillon à partir de l'année 1992 qui a été confié à M. Alain Attanasio, conseiller. Par lettres en date du 11 janvier 2002, le président de la chambre en a informé M. Jean-Paul Lemaire, directeur de l'établissement, ainsi que M. Maurice Giro, maire et président du conseil d'administration. Le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation et le préfet de Vaucluse ont également été avisés de ce contrôle. Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le

16 septembre 2002 entre M. Lemaire et le rapporteur.

Lors de sa séance du 31 octobre 2002, la chambre, 4ème section, a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 1992 à 2001. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Lemaire et, pour les observations qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause, qui, pour la plupart, y ont répondu.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la chambre, 4ème section, a arrêté, le 18 mars 2003 le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante : M. Giannini, président de section, M. Matthey, conseiller, et M. Attanasio, conseiller-rapporteur.

Le rapport a été communiqué à M. Lemaire qui n'a pas présenté de réponse dans le délai légal d'un mois.

Ce rapport d'observations définitives devra être communiqué par le directeur au conseil d'administration de l'établissement lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

PRESENTATION GENERALE

Le centre hospitalier de Cavaillon se situe, en termes d'offre de soins et de moyens mis en oeuvre, au troisième rang des établissements du secteur sanitaire du Vaucluse

(511 916 habitants en 1999), après Avignon et Orange.

L'établissement dispose en effet actuellement de 252 lits dont 135 affectés au court séjour (médecine-chirurgie-obstétrique) et 117 aux services d'hébergement (57 lits de maison de retraite et 60 lits de soins de longue durée). Son effectif en personnel s'élève à plus de 350 "équivalents temps plein" (dont 227 soignants et 28 médicaux). Son budget global est supérieur à 23 millions d'euros (150 MF) selon le compte administratif de l'exercice 2001.

Doté d'un plateau technique complet, il comporte un service des urgences et assure en outre la gestion d'un service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) appelé à couvrir une zone qui englobe le secteur de l'Isle sur la Sorgue depuis 1995.

En 1999, il s'est doté d'une unité mobile hospitalière pour assurer les transports primaires 24 heures sur 24.

L'examen de la gestion du centre hospitalier a porté sur les points suivants :

l'analyse de l'activité ;

le projet d'établissement ;

la situation financière ;

la gestion du personnel médical ;

les gardes et astreintes médicales ;

le transport des malades ;

l'achat de matériel médical ;

le GIE " SCANNER DU LUBERON ".

1-ANALYSE DE L'ACTIVITE : une activité hospitalière en baisse et comparativement coûteuse

L'étude des différents indicateurs révèle que l'hôpital de Cavaillon, établissement de proximité, présente une activité hospitalière en baisse et comparativement coûteuse.

11- Une activité hospitalière en baisse

L'hôpital de Cavaillon, qui subit la concurrence de structures tant publiques que privées de son secteur, connaît un fléchissement sensible de son activité dans les disciplines classiques de court séjour - médecine, chirurgie, obstétrique (Les services d'hébergement - maison de retraite et unité de soins de longue durée - entièrement rénovés en 1996, sont quant à eux épargnés par ce mouvement) même si, parallèlement, l'"activité externe" de l'établissement se développe.

111- L'activité de court séjour connaît un fléchissement plus ou moins marqué selon les services

La baisse du nombre des entrées affecte l'ensemble des disciplines de court séjour : médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique.

1111- En médecine, l'hospitalisation complète cède le pas à des modes alternatifs de prise en charge des malades

On observe une diminution continue du nombre d'entrées en hospitalisation complète (2 208 en 1994 contre 1 795 en 1998). Le nombre de journées réalisées est maintenu (15 086 en 1994 contre 15 093 en 1998) grâce à une forte augmentation de la durée moyenne de séjour (6,83 en 1994 contre 8,41 en 1998). Or, les capacités n'ont pas été réajustées : en effet, les rapports d'activité qui sont établis chaque année par le directeur de l'établissement font, au contraire, état de 8 lits supplémentaires d'hospitalisation complète à partir de 1999.

Cependant, une part de l'activité médicale s'oriente vers des unités d'alternative à l'hospitalisation complète que constituent l'hôpital de jour (hospitalisation partielle) et l'hospitalisation à domicile (HAD).

Créée pour permettre la prise en charge de pathologies nouvelles (SIDA) et favoriser la mise en œuvre de thérapies lourdes mais dans des conditions plus efficaces et plus confortables pour les malades (chimiothérapie), l'unité d'hôpital de jour connaît une très forte progression de son activité (983 entrées en 1996 contre 1 341 en 2001, soit + 36,4 %) qui nécessiterait sans doute un accroissement de ses capacités.

L'hospitalisation à domicile, unité créée en 1998, enregistre quant à elle en 2001, 107 entrées et 1 866 journées réalisées avec un taux d'occupation

de 127,81 %.

1112- L'activité de chirurgie marque un fort recul entraînant un taux d'occupation très faible

La diminution régulière du nombre des entrées sur la période (2 158 en 1992 contre 1 233 en 2001) conjuguée il est vrai à une baisse de la durée moyenne de séjour jusqu'en 1997 (la DMS nationale est de 4,9 en chirurgie) entraîne un taux d'occupation très faible inférieur à 50 % en 1999 qui devrait conduire à une réduction conséquente du nombre actuel de 45 lits autorisés, le taux d'occupation cible étant en chirurgie de 85 %.

Ce taux demeurera faible avec 30 lits alors même qu'on note en 2001 et 2002 une reprise d'activité de près de 10 % liée à la réhabilitation du service et à l'arrivée en son sein d'un nouveau chirurgien.

L'évolution retracée tient essentiellement au fait que l'hôpital de Cavaillon n'a pas été en mesure, au cours de la période considérée, de proposer une offre de soins répondant aux attentes de la population dans un contexte de concurrence résultant notamment de l'existence à Cavaillon d'une clinique chirurgicale d'une centaine de lits, installée depuis longtemps dans la ville et qui a su développer la chirurgie " froide " et programmée ainsi que la chirurgie ambulatoire à un moment où l'établissement, ainsi que le souligne son directeur, rencontrait de sérieuses difficultés dans la composition de ses équipes d'anesthésistes et de chirurgiens.

1113-Le service de soins intensifs "résiste" grâce à une augmentation notable de la durée moyenne de séjour, traduisant ainsi une utilisation ne répondant plus à son objet

La durée moyenne de séjour est passé de 2,77 en 1992 à 5,14 en 2001.

Ainsi, le service a réalisé un même nombre de journées en 1997 et 2001 (1 286) alors que le nombre des entrées a diminué de 37,97 , en relation avec le service de chirurgie.

1114- Le service de gynécologie-obstétrique connaît un tassement de son activité

Le service de gynécologie-obstétrique, qui dispose de 26 lits depuis 1995, connaît également un certain tassement dans ses entrées (1 400 entrées en 1992 contre

1 249 en 2001) comme dans le nombre d'accouchements réalisés (623 en 1992 contre 634 en 2001), cette tendance s'accompagnant toutefois d'une augmentation régulière du nombre d'IVG (297 en 2001).

Cette évolution tient pour partie aux problèmes rencontrés touchant aux effectifs d'anesthésistes. Selon la direction, le fait de ne pas pouvoir garantir les péridurales a concouru grandement à ce phénomène qui est en voie de correction avec l'arrivée d'un troisième anesthésiste en septembre 1998 bien que les chiffres ne confortent pas cette assertion : si, en 2000, l'activité du service a légèrement progressé, cette amélioration ne s'est pas confirmée en 2001 avec une baisse sensible du taux d'occupation à 57,09 %.

Sans doute, faut-il également tenir compte du fait que le service est situé à

30 minutes du centre hospitalier général d'Avignon, qui est en mesure d'assurer la prise en charge des accouchements et des nouveau-nés à risques (maternité du type II b), et doit en outre faire face à la concurrence de la clinique Saint-Roch de la ville et ce d'autant que le gynécologue de l'hôpital, praticien à temps partiel, y poursuit, ainsi que le lui permet son statut, son activité.

112- Parallèlement, l'"activité externe" de l'hôpital se développe confirmant son rôle d'établissement de proximité

L'"activité externe" de l'établissement se développe nettement avec une forte progression des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation ainsi que des consultations et des examens médico-techniques effectués au bénéfice de patients non hospitalisés.

En 2001, le service des urgences a enregistré 19 664 passages initiaux (malades ou blessés venant pour la première fois à l'hôpital) soit une progression de plus de 57% par rapport à 1992.

Ces chiffres mettent en évidence le nouveau défi auquel doit répondre le service des urgences qui, s'il est plus fortement sollicité, ne l'est pas par des patients dont l'état de santé nécessite une hospitalisation complète.

L'établissement a également la charge d'un SMUR dont le nombre de sorties, bien qu'ayant diminué en 1997 du fait de la régulation depuis lors opérée par le centre 15 (SAMU), reste important (1 680 sorties en 2001).

12- Une activité comparativement coûteuse

L'analyse menée à partir des données issues du PMSI (programme de médicalisation du système d'information) révèle une productivité faible conduisant à une valeur du point ISA supérieure à la moyenne régionale.

121- Une productivité faible

Les données issues du PMSI confirment et traduisent l'évolution observée : une activité médicale

(techniquement) moyenne et peu "rentable" conjuguée à des dépenses élevées de personnel.

1211- Le nombre de points ISA (indice synthétique d'activité) rapporté au nombre de résumés de sorties établis pour chaque malade révèle une activité médicale (techniquement) moyenne et donc peu "rentable"

Ainsi, pour 5 857 RSA (résumés de sortie anonymes) établis en 1999, l'établissement a produit un nombre de points ISA de 6 075 690 pour l'ensemble des catégories majeures de diagnostic classées 1 à 27, qui recouvrent la totalité des affections relatives à un système fonctionnel. Cependant, les nombres de points ISA relevant de la catégorie majeure de diagnostic 24, c'est-à-dire les séjours ou séances inférieures à 24 heures (dans cette catégorie, entrent notamment les chimiothérapies que l'établissement assure dans le cadre de son activité d'hôpital de jour), de l'activité externe (consultations, examens médico-techniques effectués au bénéfice de patients non hospitalisés et passages aux urgences non suivis d'hospitalisation) ainsi que des molécules onéreuses (consommation liée à la prise en charge de pathologies à VIH) sont relativement importants (respectivement : 465 103 ; 724 062 ; 51 842).

1212- Des dépenses de personnel élevées tant au regard du total des charges MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) que de l'activité médicale effectivement déployée

12121- La part des dépenses de personnel dans le budget de l'établissement demeure supérieure tant à la moyenne nationale qu'à la moyenne observée en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour des établissements comparables

Les dépenses de personnel représentent 49,58 % du total des charges MCO. Ce taux est supérieur à celui correspondant à la moyenne nationale des établissements de la catégorie CH2, c'est à dire, dont le nombre de séjours est compris entre 5 500 et 10 000, qui est de 48,26 %, ainsi qu'au taux correspondant à la moyenne observée en Provence-Alpes-Côte d'Azur pour ces mêmes établissements qui est de 47,46 %.

La part des dépenses de personnel dans le budget de l'établissement "moyen" régional (toutes catégories) est en Provence-Alpes-Côte d'Azur de 47,22 %.

12122- Au regard de l'activité médicale déployée, l'hôpital de Cavaillon apparaît parmi les établissements les mieux dotés tant en personnel médical qu'en personnel non médical

L'hôpital de Cavaillon, en comparaison d'hôpitaux qui totalisent un nombre très proche de séjours (RSA compris entre 5 500 à 6 500) apparaît parmi les établissements les mieux dotés en personnel médical au regard du nombre de journées réalisées (0,84 ETP (équivalent temps plein) du personnel médical/1 000 journées MCO) et plus encore au regard de l'activité médicale proprement dite, c'est à dire évaluée en nombre de points ISA produits (0,43 ETP du personnel médical/100 000 points ISA).

Il compte également parmi les établissements les mieux dotés en personnel non médical tant au regard du nombre de journées réalisées (6,32 ETP du personnel non médical/1 000 journées MCO) qu'au regard de l'activité médicale déployée (3,21 ETP du personnel non médical/100 000 points ISA).

Ainsi, l'hôpital de Cavaillon apparaît dans une situation privilégiée même s'il est vrai que les données statistiques qui fondent ce constat, reposent sur la notion budgétaire de "équivalent temps plein" qui ne rend compte ni de l'absentéisme, ni de l'absence de praticiens dans des spécialités comme l'anesthésie, la radiologie et la chirurgie susceptibles l'une comme l'autre d'affecter profondément le fonctionnement d'un hôpital de cette taille.

122- Une valeur du point ISA élevée

La valeur élevée du point ISA de l'établissement a conduit l'agence régionale de l'hospitalisation à réduire les moyens budgétaires de celui-ci.

1221- La valeur du point ISA de l'hôpital de Cavaillon est supérieure à la moyenne régionale de Provence-Alpes-Côte d'Azur

La valeur du point ISA du centre hospitalier de Cavaillon, qui résulte du rapport entre le total des charges MCO issu des retraitements comptables et le total des points ISA produits par l'établissement, s'élève à 13,84 : elle est supérieure à la moyenne du secteur sanitaire du Vaucluse qui est de 12,60 et même à la moyenne régionale de Provence-Alpes-Côte d'Azur qui est de 13,02 pour l'exercice 1999.

Ceci confirme la corrélation entre la valeur du point ISA et la part prépondérante que constituent les charges d'exploitation relatives au personnel de l'établissement.

1222- L'agence régionale de l'hospitalisation a réduit les moyens budgétaires de l'établissement, compte tenu de sa productivité

A partir de 1997, date de la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) créées par l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, le centre hospitalier de Cavaillon a vu ses moyens budgétaires réduits, dans la mesure où la valeur de son point ISA révélait une productivité inférieure à la moyenne des établissements comparables.

En cinq ans, les réfections liées au PMSI ont entraîné pour l'établissement une perte de moyens de 332 757,03 euros (2 182 743 F) :

Budget 1997 : -19 011,15 euros (124 705 F)

Budget 1998 : reconduction de 1,1 %

Budget 1999 : pas de reconduction, soit une perte de moyens

de 166 561,22 euros (1 092 570 F)

Budget 2000 : -130 058,22 euros (853 126 F)

Budget 2001 : -17 126,43 euros (112 342 F)

2- PROJET D'ETABLISSEMENT : une élaboration lente et inachevée peu favorable à un développement maîtrisé de l'hôpital

La loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière impose aux établissements publics de santé de se doter d'un "projet d'établissement" qui, aux termes de l'article L. 714-11, devenu L. 6143-2, du code de la santé publique, "définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs.

Le projet d'établissement est établi pour une durée maximale de cinq ans. Il peut être révisé avant ce terme".

Le centre hospitalier de Cavaillon a pris du retard dans l'élaboration de cet instrument essentiel de planification et de stratégie qui doit contribuer à l'optimisation et à l'adaptation de l'offre de soins. Ce retard n'est pas sans conséquence quant à la maîtrise de son développement.

21- Une élaboration lente et inachevée

211- Le centre hospitalier de Cavaillon a pris du retard dans l'élaboration de son projet d'établissement qui n'est toujours pas, à ce jour, adopté par le conseil d'administration

Selon le directeur, ce retard tient en grande partie à la crise qu'a connue l'établissement du fait de l'absence de praticiens hospitaliers titulaires dans plusieurs spécialités (anesthésie, radiologie et chirurgie).

Un premier projet médical, adopté par le conseil d'administration le 26 juin 1997, n'a pas reçu l'agrément de l'agence régionale de l'hospitalisation.

A cette occasion, le directeur de l'ARH a rappelé la nécessité de procéder à une analyse approfondie des besoins tenant compte de l'environnement sanitaire actuel en vue de définir des objectifs aussi bien en termes de remodelage des structures existantes qu'en termes de développement d'innovations hospitalières et qu'à ce titre, des projets de complémentarité devaient être privilégiés : avec le centre hospitalier d'Apt pour l'activité de gynécologie-obstétrique avec le centre hospitalier d'Avignon, hôpital de référence du secteur sanitaire, avec la clinique "Saint-Roch" pour une coordination plus étroite de la chirurgie, avec le centre de rééducation pneumologique de Lauris pour les activités de soins de suite et de rééducation respiratoire.

Ce n'est qu'à la fin de l'année 1999, avec le renouvellement de la commission médicale, que la réflexion sur l'organisation et l'évolution de l'offre de soins dans la région de Cavaillon a pu se poursuivre pour aboutir à l'élaboration fin 2000 d'un projet médical plus complet et prenant en compte les observations de l'agence régionale de l'hospitalisation.

Les démarches de concertation engagées avec les acteurs de l'hôpital ont permis également de définir les orientations stratégiques de l'établissement, d'établir un projet de soins infirmiers, un projet social et un schéma informatique, autres composantes du projet d'établissement.

212- Le projet médical établi fin 2000, élément fondamental du futur projet d'établissement, devra d'ores et déjà être amendé et complété pour tenir compte des évolutions entre-temps intervenues : création d'une chefferie de service des urgences en temps partagé avec l'hôpital d'Apt et fusion avec le centre de pneumologie et de rééducation de Lauris

La création d'une chefferie de service des urgences en temps partagé répond à la volonté de complémentarité entre les deux hôpitaux et permet de coordonner les activités des unités d'urgences des deux sites et du SMUR intervenant sur le territoire. Elle implique une homogénéisation des procédures et techniques de traitement de l'urgence avec en particulier l'élaboration et la mise en œuvre de protocoles identiques des prises en charge des malades ou blessés.

En 2001, la fusion entre l'hôpital de Cavaillon et le centre de pneumologie et de rééducation polyvalente de Lauris-Roquefraîche était réalisée avec l'appui des autorités de tutelle. La collaboration des deux établissements ayant des spécificités médicales différentes permet en effet une complémentarité opportune dans l'accueil et le transfert de malades d'un site à l'autre et les échanges de temps médicaux entre les spécialités médicales (cardiologie-pneumologie) des deux structures. Il convient donc désormais d'intégrer les compétences spécifiques de cet établissement dans le projet médical.

22- Un retard peu favorable à un développement maîtrisé de l'établissement

Le retard pris par l'hôpital dans l'élaboration de son projet d'établissement emporte des conséquences négatives quant à la maîtrise de son développement : des incertitudes subsistent

en matière d'investissements tandis que la programmation des moyens est différée.

221- Des incertitudes en matière d'investissements

Le projet d'établissement invite les acteurs de l'hôpital à se projeter dans l'avenir, à définir une stratégie et des objectifs clairs, tenant compte de l'environnement sanitaire et des besoins à satisfaire.

Cette démarche permet ainsi d'impliquer et de motiver les différentes équipes de l'hôpital et, à partir des choix effectués, de bâtir de façon cohérente des plans d'action dans les différents domaines énumérés par la loi et de concilier ces options avec les contrats d'objectifs et de moyens négociés avec la tutelle.

Faute de pouvoir programmer son développement, des incertitudes pèsent notamment sur les choix à opérer en matière d'investissements.

Les modifications que l'établissement envisage d'apporter à son projet médical pour tenir compte des nouvelles évolutions vont entraîner une nouvelle hiérarchie des priorités, qui devrait à cet égard favoriser la mise en ordre des investissements.

222- Une programmation des moyens différée

En raison de l'absence de projet d'établissement adopté par le conseil d'administration, l'hôpital n'a pu conclure de contrat d'objectifs et de moyens (COM) avec l'agence régionale de l'hospitalisation, ni définir un réel programme des investissements à moyen terme, ni établir un plan global de financement pluriannuel comme le prévoit l'article R. 714-4-2 du code de la santé publique.

3- SITUATION FINANCIERE : un équilibre fragile et en partie artificiel

L'analyse de la situation financière de l'hôpital de Cavaillon, menée à partir des tableaux issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière) qui vient d'être mis en place dans le réseau du Trésor public, révèle un équilibre fragile et en partie artificiel.

31- Un équilibre fragile

La situation financière de l'établissement paraît satisfaisante et empreinte d'une gestion prudente mais demeure en réalité fragile.

311- Les équilibres bilantiels ne mettent pas en évidence de difficultés particulières

Selon le bilan fonctionnel des exercices 1997 à 2001, l'établissement dispose d'un fonds de

roulement global assez largement positif qui, en 2000, atteint

5,22 millions d'euros.

Cette situation résulte de la progression constante du fonds de roulement d'investissement à savoir l'excédent des financements stables sur les biens stables (immobilisations) alors que le fonds de roulement d'exploitation a diminué à partir de 1998 à raison notamment du déficit comptable de cet exercice et, pour les exercices ultérieurs, de la baisse liée à des résultats comptables moins favorables, des excédents affectés au financement des mesures d'exploitation et ce de manière plus marquée encore en 2001.

Il faut noter que le fort accroissement du fonds de roulement d'investissement provient non pas de l'endettement de l'établissement puisque les dettes financières ont nettement diminué passant de 5,28 millions d'euros en 1997 à

3,92 millions d'euros mais de l'augmentation, d'une part, des excédents affectés à l'investissement passant de 2,59 millions d'euros en 1997 à 4,33 millions d'euros en 2001, et d'autre part, des amortissements passant de 8,59 millions d'euros en 1997 à plus de 12 millions d'euros en 2001.

Le tableau des ratios confirme que le fonds de roulement d'exploitation, qui représente la marge de sécurité dont doit disposer l'établissement, ne permet pas de couvrir à lui seul le besoin en fonds de roulement, le taux de couverture passant de 0,95 en 1999 à 0,62 en 2001.

La situation de la trésorerie, proche des références nationales (trésorerie nette en jours d'exploitation : 25,6) est satisfaisante mais pourrait ainsi se tendre en cas d'investissements nouveaux.

312- L'endettement est contenu à la mesure des investissements en cours

En ce qui concerne l'endettement à moyen et long terme et la capacité de remboursement de l'établissement, on peut observer que la part de l'autofinancement qui est absorbée par le service de la dette demeure dans des limites acceptables jusqu'en 2000, année où le remboursement de l'annuité en capital excède le montant des amortissements signifiant que l'établissement emprunte pour rembourser une part de sa dette. La situation qui s'améliore en 2001 n'est pas pleinement satisfaisante avec un ratio encore élevé de 75,7 % (un ratio de 60 % étant considéré comme la limite acceptable en cas d'investissements lourds).

La durée apparente de la dette (qui mesure le nombre d'années d'amortissement nécessaires pour rembourser l'encours au 31/12/N) est égale ou inférieure à 5 ans (sauf en 2000), ce qui est fort acceptable.

Le ratio d'indépendance financière qui mesure le poids de l'encours de la dette dans les

ressources stables apparaît lui aussi satisfaisant mais il est vrai que l'effort d'investissement en cours n'est pas élevé.

Le taux de marge brute, supérieur à 5,5 % qui est le taux de référence pour les établissements de cette taille, est satisfaisant.

En l'absence d'investissements nouveaux, le taux de vétusté des constructions, qui s'élève à mesure des amortissements réalisés, passe de 28,6 % en 1997 à 38,5 % en 2001, soit un accroissement de près de 10 % en cinq ans, ce qui signale un risque de vieillissement des installations ; en revanche, le taux de vétusté des équipements, plus élevé en raison des durées d'amortissement plus courtes, reste stable, ce qui équivaut à un simple renouvellement du matériel.

Le ratio global de vétusté (constructions et équipements) atteint 0,56 en 2001 alors que le taux de référence pour les centres hospitaliers de moins de 300 lits est de 0,44.

32- Un équilibre en partie artificiel

La pratique de l'hôpital envers les créances irrécouvrables, liée sans doute aux limites budgétaires qui lui sont assignées et à la relative fragilité de son équilibre financier, manque de prudence et affecte en partie la sincérité des comptes du fait de l'absence de provisions.

321- Le conseil d'administration de l'établissement n'examine pas de manière régulière et pour chaque exercice les créances que le comptable estime irrécouvrables et dont il propose pour cette raison l'admission en non-valeur

Au cours de la période 1996-2001, le conseil d'administration ne s'est pas prononcé durant les exercices 1997, 1999 et 2001 sur l'admission en non-valeur des créances présentées par le comptable comme irrécouvrables.

Les rapports établis par le comptable révèlent que le montant total des créances irrécouvrables non examinées par le conseil d'administration s'élevait,

au 31 mai 1997, à 1 056 752,41 euros (6 931 841,39 F) ; au 31 mai 1998 à 796 814,84 euros (5 226 762,75 F) ; au 31 mai 1999 à 253 392,42 euros

(1 662 145,29 F) ; au 31 mai 2000 à 483 767,33 euros (3 173 305,66 F)

au 31 mai 2001 à 667 314,68 euros (4 377 297,38 F) ; au 31 mai 2002 à

620 802,91 euros (4 072 200,14 F).

L'absence d'examen régulier dans le temps des créances irrécouvrables a pour effet de laisser les sommes correspondantes subsister dans les restes à recouvrer de l'établissement. Elle conduit également le conseil d'administration à se prononcer par une seule délibération sur des montants parfois importants.

Ainsi, ont été admises en non-valeur des créances pour un montant de

382 957,82 euros (2 512 038,60 F) en 1996 et de 722 960,42 euros

(4 742 309,46 F) en 1998.

Si en 2000, le montant des créances admises en non-valeur s'est élevé à

105 903,53 euros (694 681,63 F), le comptable demandait à nouveau en novembre

2001 l'examen de créances irrécouvrables pour un montant de 685 869,49 euros

(4 499 008,93 F).

322- L'apurement de ces créances qui constitue une charge budgétaire n'intervient pas davantage régulièrement

La reconnaissance de l'irrécouvrabilité des créances donne lieu à une imputation au débit du compte 416.2 "créances irrécouvrables admises en non-valeur par le conseil d'administration".

L'apurement du compte intervient par une dépense budgétaire au compte 654 "pertes sur créances irrécouvrables".

En 1998, les créances admises en non-valeur pour un montant de 722 960,42 euros

(4 742 309,46 F) n'ont été apurées la même année qu'à hauteur de 396 755,23 euros (2 602 543,71 F) par l'inscription au compte 654.

Le solde d'un montant de 326 205,19 euros (2 139 765,75 F) n'a pas été apuré en 1999 et a été entièrement reporté en 2000 s'ajoutant aux créances admises en non-valeur cette dernière année pour un montant de 105 903,53 euros (694 681,63 F). L'inscription au compte 654 d'une somme de 237 050,26 euros (1 554 947,77 F) en 2000 laissait donc un montant de 195 058,46 euros (1 279 499,61 F) à apurer. Si en 2001, l'inscription au même compte d'une somme de 118 923,08 euros

(780 084,26 F) ne laissait plus qu'un montant de 76 135,38 euros (499 415,350 F) à apurer, il faut rappeler que se trouvait en instance d'examen par le conseil d'administration un montant de créances irrécouvrables de 685 869,49 euros

(4 499 008,93 F).

Ainsi, la charge budgétaire réelle que représentent les créances irrécouvrables n'est pas prise en compte exercice par exercice même si, comme le soutient le directeur de l'hôpital, la plus grande partie des créances admises en non-valeur de 1985 à 2001 a été apurée.

323- Le financement de cette dépense devrait être assuré par une dotation annuelle au compte de provisions pour dépréciation des comptes de redevables

Selon l'instruction M21 sur la comptabilité des établissements d'hospitalisation publics, les provisions pour créances irrécouvrables sont inscrites au compte 491 "provisions pour dépréciation des comptes de redevables".

Ce compte est crédité en fin d'exercice par le débit du compte 68174 "dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants-créances".

L'article 9 du décret n° 83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier prévoyait que la provision pour dépréciation de créances pouvait être abondée à concurrence de la moyenne arithmétique des créances admises en non-valeur au cours des trois derniers exercices connus.

Cette limite n'est plus opposable depuis la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière qui en introduisant le vote de l'approbation du budget par groupes fonctionnels de dépenses, interdit de fait toute limitation par voie réglementaire des dotations budgétaires de quelque compte que ce soit.

3231- L'établissement n'a effectué aucune dotation aux provisions pour créances irrécouvrables depuis quatre ans

De 1996 à 2001, une seule dotation aux provisions a été inscrite en 1997 d'un montant de 93 914,07 euros (616 035,94 F).

Si l'on considère que de 1986 à 2000, soit en 14 ans, l'établissement a prononcé l'admission en non-valeur de créances irrécouvrables pour un montant de près de 2,39 millions d'euros (15,7 MF), il aurait dû chaque année inscrire au crédit du compte 491 une dotation de l'ordre de 0,17 millions d'euros, soit plus d'un million de francs, qui aurait eu pour effet de réduire d'autant le résultat net des exercices.

Ainsi, les tableaux relatifs aux exercices 1997 à 2001 devraient être corrigés en ce qui concerne le résultat net comptable (exprimé en milliers d'euros)

pa302001

Exercice	1997	1998	1999	2000	2001
Résultat net	808	-43	339	433	269

En 1998, le déficit aurait été, si l'établissement avait normalement doté son compte de provisions, de l'ordre de 193 000 euros (1,26 MF) au lieu de

43 000 euros (282 000 F).

3232- En l'absence de dotations régulièrement effectuées, l'établissement ne dispose plus actuellement d'aucune provision pour apurer les créances irrécouvrables qu'il a admises en non-valeur

Le solde créditeur du compte 491, égal au montant de la seule dotation effectuée en 1997, n'a, en l'absence de toute opération de dotation ou de reprise, pas évolué pendant les exercices 1998 et 1999.

En 2000, le compte a été débité par le crédit du compte 78174 "reprises sur provisions pour dépréciation des actifs circulants- créances" du montant de la dotation de 1997.

La provision ayant été ainsi reprise en totalité, le solde du compte 491 est égal à zéro à la fin de l'exercice 2000.

En 2001, l'établissement n'a effectué aucune dotation aux provisions.

Ainsi, l'établissement ne se met pas en mesure de procéder dans les meilleures conditions à l'apurement des créances irrécouvrables admises en non-valeur.

4- LA GESTION DU PERSONNEL MEDICAL : un recrutement difficile et parfois irrégulier

L'établissement a connu des difficultés dans la constitution de ses équipes médicales à un moment où le nombre de praticiens dans certaines spécialités, telle l'anesthésie, est notoirement insuffisant au plan national. Le recrutement difficile de ces spécialistes, souvent à titre de suppléants, a donné lieu à des irrégularités.

41- Un recrutement difficile

L'établissement a connu des difficultés d'autant plus grandes dans la constitution de ses équipes médicales que la procédure légale de recrutement paraît inadaptée.

411-La procédure légale de recrutement peu souple paraît inadaptée aux besoins des hôpitaux de taille moyenne

Selon les textes qui régissent la matière, le recrutement des praticiens hospitaliers ne peut intervenir que sur les postes dont la vacance a été déclarée par le ministre chargé de la santé et publiée au journal officiel. Or, cette procédure manque de souplesse dans la mesure où cette publication est annuelle et unique et ne permet pas de recruter en dehors de cette période.

Les difficultés structurelles que rencontrent les hôpitaux de taille moyenne comme celui de Cavaillon résident dans le fait qu'il peut ainsi parfois s'écouler jusqu'à 12 mois avant qu'un poste soit seulement susceptible d'être régulièrement pourvu.

412- Des avatars ont affecté les effectifs de praticiens en anesthésie et en chirurgie

L'établissement a dû faire face à un concours de circonstances touchant son personnel médical peu favorable au développement de son activité.

En anesthésie-réanimation, l'hôpital de Cavaillon, qui dispose de trois postes de praticiens hospitaliers dans cette spécialité, a dû fonctionner, à la suite d'une mutation en septembre 1995, avec deux anesthésistes sur trois pendant huit mois puis, à partir d'avril 1996, l'un d'eux étant atteint d'une grave affection et placé d'ailleurs en congé de longue durée de trois ans avec maintien de sa rémunération, avec un seul anesthésiste titulaire en fonctions pendant plusieurs mois.

L'hôpital, qui s'est ainsi retrouvé avec 2/3 de son effectif absent dans cette spécialité, n'a pu, ainsi que le préconisait l'autorité de tutelle, trouver des accords avec les autres hôpitaux du secteur, ces derniers ne disposant pas d'équipe d'anesthésistes suffisamment étoffée.

L'établissement a donc dû chercher sur l'ensemble du territoire, des spécialistes susceptibles d'assurer des remplacements ponctuels. Cependant ces recrutements ont été opérés en méconnaissance des dispositions réglementaires et notamment à celles relatives à la rémunération (voir infra).

En 1997, à l'issue de la phase de publication, aucun praticien n'a fait acte de candidature. Ce n'est que lors de la seconde publication un an plus tard en février 1998 que deux candidats ont postulé. Il ont été recrutés en septembre 1998.

Au total, l'établissement a dû attendre 29 mois avant de retrouver son effectif d'anesthésistes hospitaliers titulaires. A la suite de la démission de l'un d'eux en février 2000, l'établissement devra à nouveau attendre 19 mois pour que ce poste soit pourvu en septembre 2001.

En chirurgie proprement dite, l'hôpital dispose de deux postes de praticiens à temps plein et d'un autre à temps partiel. Cependant, le service n'a pu fonctionner harmonieusement, au cours de la période concernée, du fait des nombreux arrêts de travail de l'un de ses praticiens à temps plein. Le problème s'est aggravé en 1998 avec le départ du médecin occupant à titre provisoire le poste à temps partiel.

Il en est résulté, de l'aveu de la direction, une perte sensible de confiance notamment de la part des médecins de ville.

En novembre 1999, un début de solution a cependant été trouvé par l'établissement qui a passé une convention avec le centre hospitalier de Carpentras lequel disposait d'un chirurgien à mi-temps dont il n'avait plus l'utilité du fait du transfert de l'activité chirurgicale aux cliniques privées dans le cadre de la constitution du pôle de santé public-privé.

Ce nouveau chirurgien occupera finalement son poste à temps plein à la suite du départ de son confrère en 2000.

42- Un recrutement parfois irrégulier

Des anomalies ont été constatées dans le recrutement et la rémunération des praticiens intérimaires et suppléants.

421- Le directeur qui n'est pas compétent au regard des textes a procédé directement à des recrutements

Les conditions de désignation et de rémunération des suppléants des praticiens hospitaliers à temps plein sont fixées par l'article 32 du décret n° 84-131 du

24 février 1984.

Selon ce texte, c'est au préfet du département qu'il appartient de désigner, sur proposition du médecin inspecteur régional de la santé et après avis de la commission médicale d'établissement et du directeur, chaque médecin remplaçant un praticien hospitalier à temps plein.

De 1996 à 2000, l'hôpital de Cavillon a eu recours à 41 médecins extérieurs à l'établissement pour assurer des remplacements de praticiens hospitaliers à temps plein dans les trois disciplines : anesthésie-réanimation, radiologie et chirurgie.

Ces médecins ont été recrutés directement par le directeur qui signait une lettre de mission précisant la période considérée et les éléments de rémunération pour les journées travaillées avec ou sans garde.

Seuls quatre arrêtés préfectoraux ont pu être produits par l'établissement pour justifier de la régularité de ces recrutements, tous pris d'ailleurs a posteriori à titre de régularisation.

422- Les recrutements ont été opérés à des conditions tarifaires largement supérieures à celles correspondant aux grilles de rémunération des praticiens hospitaliers

Selon le décret du 24 février 1984 précité, la rémunération est fixée sur la base du 4ème échelon de la carrière des praticiens hospitaliers lorsque ce remplacement est inférieur à deux mois.

Or, les recrutements opérés l'ont été à des conditions très éloignées des grilles de rémunération des praticiens hospitaliers.

Du fait de la relative pénurie d'anesthésistes, la rémunération de chaque remplaçant même après négociation conduit à un coût des 24 heures -avec garde sur place- de l'ordre de

5 à 600 euros soit 3 500 à 4 000 F hors charges.

Cette situation est d'ailleurs connue des autorités de tutelle.

L'établissement a su cependant maîtriser les surcoûts résultant de ces recrutements et le coût budgétaire global (salaire brut + charges patronales) des remplacements assurés à l'hôpital dans les trois disciplines anesthésie, radiologie et chirurgie, est passé de

369 113,68 euros (2 421 227 F) en 1997 à 116 722,89 euros (765 652 F) en 2000.

5- LES GARDES ET ASTREINTES MEDICALES : une organisation empirique et peu transparente

Les dépenses de gardes et astreintes représentent en 2000 encore 26 % des dépenses de rémunération du personnel médical (contre 16 % au centre hospitalier général d'Avignon, hôpital référent du secteur, très important il est vrai) après avoir atteint 35 % en 1997 du fait d'un recours important à du personnel extérieur, appelé à assurer des remplacements, et rémunéré au-delà des plafonds réglementaires.

Dépenses	1996	1997	1998	1999	2000
Gardes et astreintes (compte 6425)	594 554,83 € (3 900 024 F)	638 117,44 € (4 185 776 F)	545 958,81 € (3 581 255 F)	484 854,65 € (3 180 438 F)	488 505,50 € (3 204 386 F)
Rémunérations du personnel médical (compte 642)	1 760 398,78 € (11 547 459 F)	1 850 578,77 € (12 139 001 F)	1 793 575,65 € (11 765 085 F)	1 851 124,85 € (12 142 583 F)	1 944 095,42 € (12 752 430 F)
Représentation des gardes et astreintes en pourcentage	34 %	35 %	31 %	27 %	26 %

Or, l'organisation du service des gardes et astreintes est empreinte d'empirisme et s'avère peu transparente.

51- Une organisation empirique

511- L'hôpital ne dispose pas d'un règlement intérieur des gardes et astreintes médicales ainsi que l'impose la réglementation

L'article 1er de l'arrêté du 15 février 1973 modifié dispose que les règlements intérieurs des hôpitaux doivent organiser l'activité et l'horaire des services médicaux en distinguant un service normal de jour et un service de garde.

Or, il n'existe pas au centre hospitalier de Cavaillon de règlement intérieur des gardes médicales qui organise de façon claire et précise la pratique mise en place par l'hôpital pour le fonctionnement des différents services de gardes et les modalités d'indemnisation et de récupération.

Ainsi, la réglementation pose en premier lieu, le principe de la récupération et la rémunération n'intervient qu'en second lieu lorsque l'obligation d'assurer la continuité du service ne permet pas la récupération.

Le seul système de récupération mis en place n'est apparu qu'en 2001 pour les demi-journées travaillées par les praticiens à temps plein le samedi matin. Encore n'est-il pas généralisé à tout le corps médical, certains praticiens n'ayant pas souhaité cette récupération, celle-ci s'effectue par lettre de demande personnelle.

512- La commission des gardes et astreintes réglementairement prévue n'a été constituée qu'en 2000 et ne se réunit que de façon exceptionnelle

Aucun procès-verbal de réunion de cette commission n'a pu être produit. Or la consultation de cet organisme, qui associe en son sein le personnel médical, est obligatoire avant que ne soit prise quelque disposition que ce soit relative à l'organisation du service de garde au sein de l'établissement.

52- Une organisation peu transparente

521- Il n'est pas établi de tableau général de service permettant d'exercer un contrôle effectif des indemnités mandatées au titre des gardes et astreintes

Les articles 12, 18 et 19 de l'arrêté du 15 février 1973 modifié fixent avec précision les modalités d'indemnisation des gardes et astreintes et les pièces justificatives qui doivent être exigées par le comptable en vue du paiement des mandats.

Dans le cadre des dispositions sur l'organisation générale du service normal de jour et du service de garde, l'arrêté du 15 février 1973 modifié prévoit en son article 12 que "le directeur de l'établissement dresse pour chaque mois, le tableau général de service qui indique en regard du nom de chaque praticien :

son emploi du temps en service normal détaillé par demie journée, avec totalisation hebdomadaire,

sa participation au service de garde, détaillée par nuit, dimanche ou jour férié, éventuellement par demi-journée en précisant s'il s'agit d'une permanence à l'hôpital ou de garde par astreinte à domicile,

il fait apparaître également la durée des absences pour congés de détente ou de maladie, mission, voyage d'études ou pour tout autre motif."

L'article 18 précise qu' "au plus tard, le 10 de chaque mois, le directeur de l'établissement arrête l'état récapitulatif des participations au service de garde effectuées au cours du mois précédent."

Par ailleurs l'article 19 dispose que " les mandatements sont présentés au comptable sous forme d'état collectif pour chaque mois et sont accompagnés du tableau mensuel de service visé à l'article 12 ci-dessus préalablement annoté des modifications qui lui auraient été apportées et arrêté par le directeur de l'établissement comme état des services faits."

Si, comme le soutient le directeur, des tableaux par service sont établis, rien n'indique que ces documents d'ordre intérieur répondent aux exigences de l'article 12 de l'arrêté du 15 février 1973

modifié, et en tout état de cause, faute d'être transmis au comptable, ils ne répondent pas à l'objet en vue duquel ils sont imposés par la réglementation : assurer la transparence et permettre un contrôle des indemnités versées à ce titre.

522- Les pièces justificatives des mandatements présentées au comptable sont insuffisantes pour vérifier la justification du service fait et l'exactitude des calculs de liquidation

L'examen par sondage du paiement des gardes et astreintes sur la paye des mois de mars et juin 1999 a montré que le total en francs des tableaux des gardes et astreintes ne correspondait pas au montant des mandats :

Paye du mois de mars :

Le total mandaté s'élève à $219\,758,50 + 39\,465 = 259\,223,500$ F (39 518,37 euros).

Le total des tableaux des gardes et astreintes fournis à l'appui des mandats fait apparaître un montant de 133 106,50 F (20 291,96 euros).

Le directeur de l'hôpital a expliqué que la différence (49 % du montant mandaté) correspondait aux autres rubriques des gardes médicales et a joint différents états :

pa302003

		Pièces justificatives
Gardes assistants- tableaux gardes SMUR+URG	73 206 F	Les deux états listent le nombre de gardes à régler par médecin
Gardes médecins de ville sur tableau de gardes des URG	13 446 F	L'état liste le nombre de gardes à régler par médecin
Gardes médecins suppléants – rémunération docteur H	39 465 F	Un état liste les journées réglées et les régularisations intervenues sur le mois précédent
	126 117 F (19226 €)	

Paye du mois de juin :

Le total mandaté s'élève à $253\,504 + 41\,500 = 295\,004$ F (44 973,07 euros).

Le total des tableaux des gardes et astreintes fournis à l'appui des mandats fait apparaître un montant de 123 355 F (18 805,35 euros).

Le directeur de l'hôpital a expliqué que la différence (59 % du total mandaté) correspondait aux autres rubriques des gardes médicales et a joint différents états :

		Pièces justificatives
Astreintes + gardes PH	123 355 F	Tableaux des gardes joint en pièce justificative aux mandats réglés
Astreintes docteur H	1 222 F	Fiche de rémunération 1999 jointe
Gardes médecins de ville	13 509 F	Tableau de garde des urgences = état récapitulatif du nombre de gardes à régler par médecin
Gardes assistants	90 060 F	Tableau gardes du SMUR+URG = état récapitulatif du nombre de gardes à régler par médecin
Gardes internes 3 ^{ème} et 4 ^{ème} année	18 408 F	Tableau nominatif des gardes des internes et aides opératoires médicaux
Gardes internes 1 ^{ère} et 2 ^{ème} année	6 950 F	
Gardes médecins suppléants	41 500 F	Un état liste les journées réglées et les régularisations intervenues sur le mois précédent
Total	295 004 F (44 973,07 €)	

L'examen des documents fait donc apparaître que lors du mandatement, l'hôpital a transmis au trésorier uniquement un état détaillant pour chaque praticien hospitalier les dates auxquelles les gardes ou astreintes ont été effectuées. En outre, s'agissant des autres gardes (urgences, médecins de ville, internes, etc...) représentant 50 % de la dépense des gardes et astreintes, les pièces justificatives ont été transmises en cours d'instruction au rapporteur.

Or, en l'absence de la production du tableau mensuel de service visé à l'article 12 ci-dessus préalablement annoté des modifications qui lui auraient été apportées et arrêté par le directeur de l'établissement comme état des services faits, les pièces transmises visées à la date du mandatement sont insuffisantes pour vérifier la justification du service fait et l'exactitude des calculs de liquidation.

6- LE TRANSPORT DES MALADES : des dépenses nouvelles réalisées dans des conditions irrégulières et entraînant un surcoût

Les dépenses de transports de malades ont connu une augmentation significative à compter de l'exercice 1996, suite à l'obligation pour l'hôpital d'assurer la prise en charge du transport des malades médicalisés dans le cadre de l'urgence. Ces nouvelles dépenses ont donné lieu à de nombreuses irrégularités dont la responsabilité n'incombe, il est vrai, qu'en partie à l'hôpital mais qui ont entraîné un surcoût à sa charge.

61- Des charges supplémentaires imposées à l'hôpital

Alors que jusqu'à la fin de l'exercice 1995, l'hôpital finance uniquement les transports sanitaires correspondant à l'acheminement des malades hospitalisés vers d'autres lieux de soins ou d'examen, un second type d'intervention lié à l'urgence est mis à sa charge dans le cadre du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) : en effet, lors d'une réunion de concertation entre la DDASS de Vaucluse (direction départementale des affaires sanitaires et sociales), le SAMU (service d'aide médicale urgente) et le SDIS (service départemental d'incendie et de secours), il est décidé que le corps des sapeurs-pompiers n'assurera plus à compter de l'exercice 1996 le transport des malades depuis leur domicile jusqu'à un établissement de soins, après que leur prise en charge ait été assurée par les médecins du SMUR de l'hôpital. La médicalisation et le transport relèveront désormais de la compétence du SMUR régulé par le SAMU.

Ces interventions supplémentaires se retrouvent ainsi subitement à la charge de l'établissement ainsi qu'en témoigne l'évolution du compte de dépenses 62421 "transports des malades" reprise dans le tableau suivant :

pa302005

Compte 62421 «transports des malades»					
1995	1996	1997	1998	1999	2000
836 698 F (127 553,79 €)	1 045 371 F (159 365,78 €)	1 273 579 F (194 155,87 €)	1 710 268 F (260 728,68 €)	398 133 F (60 694,98 €)	814 691 F (124 198,84 €)

Ce n'est qu'en 1999, après que l'hôpital se soit doté d'un service d'ambulanciers appelé unité mobile hospitalière (UMH) pour lequel il obtient l'agrément, qu'une baisse significative des dépenses de transport de malades apparaît.

62-Les dépenses nouvelles de transports SMUR ont donné lieu, de 1996 à 1998, à de nombreuses irrégularités dont la responsabilité n'incombe que partiellement à l'hôpital

621-De nombreuses irrégularités ont été relevées : absence de marché public, ordres de réquisition du comptable et marché de "régularisation"

6211- Les transports SMUR réalisés en 1996 n'ont pas fait l'objet d'un marché : l'hôpital a conclu un avenant au marché initial des transports sanitaires, qui se révèle irrégulier

Le 15 janvier 1996, l'hôpital a signé un marché négocié pour les transports sanitaires d'usagers et de biens avec la SA Ambulances Cavallonnaises d'un montant de 450 000 F (68 602,06 euros). Le 9 décembre 1996, l'hôpital a signé un avenant à ce marché pour les transports SMUR d'un montant de 230 000 F

(35 063,27 euros) ce qui a porté le marché à une somme de 680 000 F

(103 665,33 euros).

Cette procédure est irrégulière à plusieurs titres :

L'avenant a été signé presque un an après le commencement de l'exécution des prestations, le 1er janvier 1996.

Cet acte, qui a changé l'objet du marché et bouleversé son économie, a été fondé sur des "sujétions techniques imprévues" au sens de l'article 255 bis du code des marchés publics alors en vigueur, qui ne sont pas justifiées : en effet, la réalisation de ces nouvelles prestations non prévues au marché des transports sanitaires, en cours de négociation fin décembre 1995, aurait dû s'analyser comme un nouveau marché. En augmentant le prix du marché de 52 %, l'avenant a eu pour effet d'en bouleverser l'économie alors que les nouvelles prestations ne présentaient pas un caractère imprévisible lors de sa signature en décembre 1996.

L'absence d'un nouveau marché conduit, en tout état de cause, au regard du montant de l'opération envisagée, à un recours injustifié à la procédure du marché négocié lors du marché initial : en effet, au vu des dates de transmission des factures, l'hôpital ne pouvait ignorer à la date de conclusion de l'avenant que le montant des prestations à régler jusqu'au mois d'octobre 1996 inclus s'élevait déjà à

244 000 F (37 197,56 euros). Le seuil de 230 000 F (35 063,27 euros) fixé dans l'avenant était donc déjà dépassé. Toutefois un montant plus près de la réalité aurait conduit à excéder le seuil maximum des marchés négociés à 700 000 F

(106 714,31 euros).

6212- L'hôpital a eu recours pour le paiement des prestations réalisées en 1997 et 1998 à des ordres de réquisition et à la conclusion d'un marché de régularisation

Le directeur de l'hôpital a signé sept ordres de réquisitions pour permettre le paiement de 10 mois de transports SMUR effectués en 1997 pour un montant total de 544 307,50 F (82 979,14 euros) à la suite de la suspension de paiement des mandats par le comptable pour absence de marché public.

Un marché de régularisation a été signé le 28 août 1998 couvrant les sept premiers mois de l'année 1998 pour un montant total de 642 500 F (97 948,49 euros), ainsi qu'un ordre de réquisition pour permettre le paiement des prestations effectuées entre le 1er août et le

15 septembre 1998 pour un montant de 190 500 F (29 041,54 euros).

Si ce marché de "régularisation" a permis au comptable de payer l'entreprise qui a effectué les prestations, il n'a pas remédié à l'illégalité commise par l'hôpital qui n'a pas procédé en temps voulu à la passation d'un marché public en suivant les règles de publicité et de mise en concurrence préalables.

Quant au paiement des prestations d'août et septembre 1998 hors marché sur ordre de réquisition, il a conduit à un règlement total au bénéfice de la société sur l'exercice 1998 d'une somme de 833 000 F (126 990,03 euros) soit un montant nettement supérieur au seuil dit "de marché négocié" fixé à 700 000 F

(106 714,31 euros) TTC et au delà duquel l'appel d'offres est obligatoire. En l'espèce, l'infraction au code des marchés publics est donc encore plus avérée.

622- La responsabilité de l'hôpital doit être atténuée

Le directeur de l'hôpital est fondé à invoquer certaines circonstances de nature à atténuer sa responsabilité dans les irrégularités relevées.

6221- La recherche par l'autorité de tutelle d'un accord entre les acteurs concernés a retardé l'engagement d'une procédure d'appel d'offres

Après la position adoptée par les pompiers, l'autorité de tutelle va s'attacher à rechercher un accord avec les ambulanciers privés devant participer aux actions des SMUR, afin d'harmoniser les tarifs au niveau départemental dans la mesure où "les tarifs des transports sanitaires terrestres fixés chaque année par arrêté interministériel n'ont pu être appliqués, les ambulanciers privés qui ont dû mettre en place 24h/24 une permanence ayant opposé un refus global".

Tout au long de l'année 1996, ont eu lieu des réunions afin de parvenir à un accord et ce n'est qu'à l'issue d'une réunion du 11 septembre 1997 qu'il est décidé que "Les transports effectués pour le compte d'un SMUR seront facturés par l'ambulancier privé à l'établissement siège du SMUR sur la base de 302 F la demi-heure".

Ces conditions ne seront d'ailleurs que temporairement respectées.

Aussi bien, tout en reconnaissant le caractère irrégulier de l'avenant signé en décembre 1996, le directeur de l'hôpital ne manque pas de souligner que " la réunion de juin 1996 (organisée par la DDASS) n'ayant pas abouti, il n'était pas possible à cette date d'envisager un appel d'offre pour les transports SMUR de Cavillon dans la mesure où le cahier des charges établi par l'autorité de tutelle et applicable à tous les hôpitaux, n'a pas été accepté par les ambulanciers " et relève, en outre, que "les efforts effectués par l'hôpital pour lancer deux appels d'offres en 1997 ont été

stoppés par la DDASS".

6222- Les interventions de l'entreprise ne dépendent pas directement de l'hôpital

En effet, les interventions sont décidées par le SAMU et non par l'hôpital.

Comme le relève le directeur de l'établissement de Cavaillon : "l'établissement n'a pu faire appel à une autre société d'ambulances, celle des Ambulances Cavaillonnaises SA étant la seule agréée pour le transport SMUR par la DDASS et la seule appelée à intervenir sur le secteur par décision du SAMU 84 et non de l'établissement".

6223 Le non-respect par l'entreprise désignée de ses engagements et la volonté de l'autorité de tutelle de trouver une solution au conflit en résultant ont conduit à des arrangements irréguliers

Ainsi, le rapport du directeur établi le 14 décembre 1998 pour justifier le recours à un ordre de réquisition adressé au comptable, expose que : "Lors de l'exercice 1997, la fonction de transport était assurée par l'entreprise SA Ambulances Cavaillonnaises sur la base d'un tarif à la demi-heure.

Le 10 avril 1998, l'hôpital découvre que l'entreprise a unilatéralement décidé de modifier cette règle en présentant une facture mensuelle forfaitaire de 89 000 F (13 567,96 euros) constituant un surcoût de près de 30 000 F (4 573,47 euros).

Après de nombreux mois de négociations et d'opposition avec la dite entreprise, l'autorité de tutelle propose un marché de transports sanitaires qui sera signé par l'entreprise SA Ambulances Cavaillonnaises, le CH de Cavaillon et la DDASS le 28 août 1998. Ce marché couvre les périodes de janvier à juillet inclus.

Un appel d'offres ayant été lancé pour les mois suivants, la DDASS du Vaucluse organise une réunion le 20 août 1998 au cours de laquelle elle demande à la dite entreprise de poursuivre son activité jusqu'au début du mois de septembre 1998 et au centre hospitalier de Cavaillon de prendre en charge les sommes dues au delà du marché prévu soit celles qui correspondront au mois d'août et de mi-septembre 1998".

63- Les dysfonctionnements relevés ont entraîné un surcoût de dépenses à la charge de l'hôpital

631- Les dépenses SMUR ont littéralement explosé chaque année

1996	1997	1998
354 000 F (53 966,95 €)	650 807,50 F (99 214,96 €)	844 745,34 F (128 780,60 €)
	+ 84 %	+ 30 %

642- La SA Ambulances Cavaillonnaises a facturé et obtenu le règlement de ses prestations de transports SMUR à un prix forfaitaire sans fondement juridique

Le code la santé publique dans son livre III consacré à l'aide médicale urgente et les transports sanitaires précise en son article L. 6312-3 (ancien article L.51-4) que les tarifs de transports sanitaires sont établis par arrêté des ministres chargés du budget, de la consommation, de l'économie et des finances et de la sécurité sociale.

Le marché négocié pour les transports sanitaires d'usagers et biens pour l'année 1996 a retenu la SA Ambulances Cavaillonnaises pour un rabais de 30 % sur les tarifs officiels.

Pour l'année 1997, la même entreprise a été retenue pour un rabais de 35 %

(sa concurrente proposait un rabais de 32,5 %).

Or l'examen des mandats de paiement révèle que l'entreprise a facturé ses prestations de transports dans le cadre du SMUR à un prix forfaitaire dépourvu de base légale :

Tarif appliqué aux déplacements effectués en 1996 et en 1997, jusqu'au 15 octobre inclus :

On observe que chaque déplacement, quel que soit la date, l'heure, la durée ont été facturés par l'entreprise à l'hôpital, 1 500 F (228,67 euros).

Les conditions tarifaires sur la base de 302 francs la demi-heure décidées à l'issue de la réunion du 11 septembre 1997 organisée par la DDASS ont été respectées par l'entreprise uniquement du 15 octobre au 31 décembre 1997.

Comme l'indique le directeur de l'hôpital : "L'établissement a reçu le 10 avril 1998 les factures des Ambulances Cavaillonnaises pour le 1er trimestre 1998 et a pu constater que cette société n'appliquait plus le tarif de 302,00 F la demie heure le jour avec diverses majorations possibles la nuit, dimanche et jours fériés sur la base définie par la DDASS depuis octobre 1997 et tel qu'elle l'appliquait depuis octobre 1997 et facturait tous les transports à un prix forfaitaire mensuel sans fondement juridique."

L'entreprise a ainsi unilatéralement décidé de modifier le tarif arrêté en présentant une facture mensuelle forfaitaire de 89 000 F (13 567,96 euros) constituant un surcoût de près de 30 000 F (4 573,47 euros).

Après plusieurs mois de négociations avec ladite entreprise, l'autorité de tutelle propose un marché destiné à couvrir les mois de janvier à juillet 1998 inclus qui sera signé le 28 août 1998 par l'entreprise SA Ambulances Cavallonnaises, le CH de Cavallon et la DDASS.

Tarif appliqué aux déplacements effectués en 1998 :

Le comptable a réglé les factures des mois de janvier à juillet 1998 inclus au vu du marché de "régularisation" conclu le 28/08/1998 dont l'article 6 prévoyait : "Tarif à la sortie pour transport primaire médicalisé = 4 000 F TTC ; Tarif de carence (patient laissé sur place) = 500 F TTC. Le montant maximum pour la durée du marché ne pourra excéder 700 000 F TTC."

Les déplacements du 1er août au 15 septembre 1998 (mandat de 190 500 F

(29 041,54 euros) payé sur ordre de réquisition) ont été réglés sur une base décidée forfaitairement sans qu'il soit demandé à l'entreprise de joindre une facture correspondant au détail des déplacements effectués.

Dans un courrier du 27 août 1998, le directeur de l'hôpital précisait à l'entreprise :

"J'ai l'honneur de vous confirmer notre volonté de procéder au règlement des sommes qui vous sont dues sur la base de 89 000 F de forfait mensuel (janvier à juillet 1998), 127 000 F pour le mois d'août, en contrepartie de l'arrêt de la procédure de référé auprès du tribunal administratif, ainsi que de la prolongation de votre prestation jusqu'au 15 septembre 1998 (inclus), date où le nouvel adjudicataire du marché (Ambulance Salomon) doit débiter. J'ai pris note que cette prestation se montera à 63 500 F. "

Deux déplacements SMUR effectués en octobre 1998 et réglés sur l'exercice 1999 ont même été facturés chacun 5 000 F (762,25 euros).

En conclusion, le coût par déplacement, passé de 1 500 F (228,67 euros) à 4 000 F

(609,80 euros), a subi une augmentation de 267 % en 1998 soit plus de 2 fois et demie le prix initial.

7- L'ACHAT DE MATERIEL MEDICAL : des pratiques en marge de la réglementation contraires aux principes d'égalité et de transparence

L'examen des mandats de paiement et des pièces justificatives révèle des pratiques d'achat en

marge de la réglementation et contraires aux règles du code des marchés publics.

71- Des pratiques en marge de la réglementation

La pratique suivie par l'hôpital en matière d'achat de matériel médical met en évidence un certain nombre d'anomalies.

711- L'hôpital a acquis du matériel médical (achat d'échographes et de chariots repas) en 1997, 1998 et 1999 sur simples factures

Le tableau suivant récapitule les mandats concernés :

Achats d'échographes :

pa302007

Numéro et date d'émission du mandat	Date de paiement	Objet	Montant remise exceptionnelle accordée	Montant Facture
N° 2034/181 Du 16/05/1997	26/06/1997	Achat échographe Hitachi Eub 420 + 3 sondes	130 013,47 F	275 000 F (41 923,48 €)
N° 2822/220 Du 25/06/98	15/07/1998	Achat échographe Apogée 800 Facture n° 2501571 du 18/06/98	Néant	299 000 F (45 582,26 €)
N° 2888/224 Du 01/07/98	16/07/1998	Facture n° 980600 du 23/06/98- Sonde multiplan	Néant	247 000 F (37 654,91 €)
N° 4228/253 du 23/08/1999	11/08/1999	Achat échographe Hitachi Odyssee + sonde convexe	268 589,72 F	295 000 F (44 972,46 €)

Achats de chariots repas :

4540/271 du 22/09/99	15/10/99	F47256 du 29/0799 Réf 26356 du 15/7/99-AR 23703 du 19/07/99 Chariots ERGELEC N° 310 et 311	50 145 F	141 108,03 F (21 511,78 €)
5487/328 du 27/10/99	19/11/99	F47483 du 27/09/99 Réf 26356 du 15/7/99-AR 23704 du 19/7/99 Chariots ERGELEC N° 312 et 313	50 145 F	141 108,03 F (21 511,78 €)

712- Les pièces justificatives des mandats montrent que les commandes ont été fractionnées et des "remises exceptionnelles" obtenues des fournisseurs

L'hôpital a procédé à l'acquisition d'un échographe et de sa sonde adaptable en décembre 1997 pour un montant total de 546 000 F (83 237,16 euros) en passant successivement deux commandes l'une directement auprès du fabricant, l'autre auprès de son distributeur.

L'hôpital a commandé à trois sociétés un échographe à chacune, à 6 mois d'intervalle (juin, novembre et décembre 1997) pour un montant total de 821 000 F (125 160,64 euros) : l'ordonnateur a ici contrevenu à ses obligations de prévision satisfaisante de ses achats ce qui a conduit à un fractionnement des commandes entre plusieurs fournisseurs.

De même, l'hôpital a procédé à l'achat de 4 chariots repas pour services de soins en procédant à un découpage artificiel en deux factures : selon le directeur :

" Plusieurs fournisseurs ont été contactés et les chariots mis en essai. Les 4 chariots ont été livrés à la médecine, 2 en A et 2 en B. La remise de 30 % n'est qu'un geste commercial qui aurait été moindre si le prix public avait été moins élevé au départ."

Les remises exceptionnelles accordées par les sociétés au moment de la vente ont permis à l'hôpital pour chaque achat de ne pas franchir le seuil fixé à l'article 321 du code des marchés publics (300 000 TTC) au delà duquel la passation d'un marché est obligatoire.

En effet, en l'absence de remise accordée, les montants des factures se seraient élevées respectivement à :

Numéro et date d'émission du mandat	Date de paiement	Montant Facture	Montant théorique en l'absence de remise	Montant remise exceptionnelle accordée
N° 2034/181 Du 16/05/1997	26/06/1997	275 000 F	431 796,24 F TTC	130 013,47 F (36 % du HT)
N° 4228/253 du 23/08/1999	11/08/1999	295 000 F	618 919,20 F TTC	268 589,72 F (52 % du HT)
4540/271 du 22/09/99	15/10/99	141 108,03 F	201 582,90 F TTC	50 145 F (30 % du HT)
5487/328 du 27/10/99	19/11/99	141 108,03 F	201 582,90 F TTC	50 145 F (30 % du HT)

72- Des pratiques contraires aux règles d'égalité et de transparence

Les critiques qu'encourt la pratique de l'hôpital notamment au regard des règles du code des marchés publics sont multiples :

L'hôpital n'a pas respecté les règles d'égalité et de transparence prévues pour les entreprises dans le code des marchés publics.

La réglementation des marchés publics repose sur le respect de deux principes fondamentaux que sont l'égalité des entreprises face à la commande publique et la mise en concurrence des entreprises.

En l'espèce, l'hôpital a contrevenu aux règles de publicité et de mise en concurrence alors que les achats susvisés entraient dans le champ du code des marchés publics au regard des prix publics initiaux affichés.

La mise à disposition de matériel pour des essais avant l'achat, non prévue par le code des marchés publics, fausse l'égalité des entreprises face à la commande publique.

Le code des marchés publics ne prévoit pas de procédé de mise à disposition mais uniquement la rédaction d'un cahier des charges appelé cahier des clauses techniques particulières qui fixe les dispositions techniques nécessaires à l'exécution des prestations prévues au marché.

C'est à tort que le directeur de l'hôpital persiste à soutenir que "la technique des essais permet aux médecins de disposer de démonstrations claires et d'affiner leur classement ; elle favorise la concurrence et l'obtention des meilleurs prix", une telle pratique, non prévue par le code des marchés publics, étant de nature à fausser l'égalité des entreprises face à la commande publique.

L'achat sur facture qui permet en application de l'article 321 du code des marchés publics de s'affranchir des procédures de mise en concurrence lorsque le seuil des commandes passées à

une entreprise n'excède pas 300 000 F par an, a été utilisé abusivement par le biais du fractionnement du marché.

Les factures ont fait ressortir que le seuil de 300 000 F (45 734,71 euros) n'était pas atteint alors qu'en réalité les achats réalisés sur l'année étaient d'un montant supérieur et deux sociétés avaient même des liens entre elles.

Pour justifier l'achat sur simple facture de quatre chariots repas, par deux et à un mois d'intervalle, le directeur fait valoir qu'"il ne s'agissait pas de découper artificiellement l'achat mais bien d'étaler la livraison pour le service de médecine en travaux de rénovation complète". Il poursuit : "Obtenir 30 % de remise après essais de différents chariots a permis d'obtenir un équipement conforme à nos besoins et non pas de découper artificiellement la facture car celle-ci représente un coût total de 282 216 F".

Cette argumentation ne saurait prospérer : d'une part, le prix des quatre chariots avant remises excédait le seuil des 300 000 F, et d'autre part, la volonté de découper la facture résulte du délai très court, tout juste un mois, séparant les deux achats.

L'ampleur des rabais appliqués aux prix affichés (jusqu'à 52 %) traduit le caractère artificiel des prix initiaux ainsi que la volonté manifeste de se trouver en dessous du seuil des marchés publics pour éviter la passation d'un marché.

La comparaison des montants initiaux et des montants des factures en est l'illustration.

Pour justifier les remises exceptionnelles, le directeur de l'hôpital affirme que "les prix obtenus après négociations soulignent l'intérêt de la mise en concurrence pour ces équipements de performance moyenne. L'objectif n'était pas d'éviter le recours à l'appel d'offres, dont l'efficacité économique n'est pas démontrée pour de faible montant, mais bien d'obtenir le meilleur rapport qualité-prix". Il ajoute que "la remise de près de 50 % est illusoire et correspond à la pratique commerciale de ces sociétés d'imagerie médicale".

Or, force est de constater que le prix " catalogue " de chacun des échographes excédait bien le seuil des 300 000 F et qu'ainsi les remises exceptionnelles accordées ont permis à l'hôpital pour chaque achat de ne pas franchir ce seuil au delà duquel la passation d'un marché est obligatoire.

La pratique utilisée en l'espèce, s'apparente à un système d'entente systématique avec les entreprises du secteur, de nature à mettre en cause l'indépendance de l'hôpital vis à vis de ces sociétés.

En outre, il n'est pas établi que l'hôpital ait obtenu en l'espèce les meilleures conditions de prestations et de prix qu'aurait pu lui garantir une réelle mise en concurrence des sociétés du secteur.

8- SUR LE GROUPEMENT D'INTERET ECONOMIQUE (GIE) "SCANNER DU LUBERON" un plan de financement non respecté et des charges en augmentation et réparties au préjudice de l'hôpital

L'hôpital de Cavaillon a obtenu, par arrêté préfectoral du 28 mars 1994, l'autorisation d'installer un scanner sous réserve de constituer, en vue de son exploitation, un groupement d'intérêt économique (GIE) avec ses partenaires privés réunis dans le cadre d'une société civile de moyens, la SCM Val de Durance.

Cette autorisation a été délivrée sur la base d'un plan de financement qui n'a pas été respecté.

L'évolution de l'activité de l'équipement autorisé, sous-évaluée initialement, entraîne une hausse des charges dont la répartition s'opère au préjudice de l'hôpital.

81- Un plan de financement non respecté

Le dossier présenté à la DRASS prévoyait que le financement de l'opération à savoir les charges liées à l'investissement tant immobilier que d'équipement seraient soldées en

5 ans, afin de ne pas engager les participants au GIE au-delà de l'autorisation réglementaire quinquennale ; que l'hôpital réaliserait ainsi un emprunt remboursable en 5 ans et dont les annuités de remboursement seraient compensées par le loyer versé par le GIE. "Les annuités s'élèveront à 490 000 F sur 5 ans pour un taux d'intérêt de 7,20 %."

811- Le financement de l'opération prévu pour 5 ans s'est soldé par un emprunt sur 10 ans

Pour financer les travaux de construction et d'aménagement du bâtiment destiné à abriter le scanner, l'hôpital a signé un emprunt le 10 octobre 1995 sur 10 ans pour un montant de 2 MF (0,30 millions d'euros) à un taux de 7,40 % ce qui correspond à une annuité de 290 042,83 F (44 216,74 euros).

812- La durée de cet emprunt dépasse la durée de validité de l'autorisation administrative d'installation du scanner.

L'hôpital a mis à la disposition du GIE les locaux pour une durée de 10 ans. La redevance annuelle a été fixée à 290 000 F (44 210,21 euros) correspondant ainsi au montant de l'annuité d'emprunt.

Or, la durée de validité de l'autorisation a été fixée par l'arrêté préfectoral du 28 mars 1994 précité à 7 ans en application de l'article R 712-48 II du code de la santé publique.

Ni la circonstance invoquée par le directeur que l'hôpital restait, même en cas de non-renouvellement de l'autorisation, propriétaire du bâtiment pour la réalisation duquel l'emprunt sur dix ans a été souscrit, ni le fait que ladite autorisation d'exploitation du scanner ait été finalement reconduite pour sept ans ne sont de nature à justifier tant le non-respect des engagements figurant dans le dossier de demande que le risque inhérent à un refus de renouvellement possible de la part de l'autorité de tutelle.

82- Une hausse des charges

L'évolution de l'activité, initialement sous-évaluée, entraîne une hausse des coûts notamment liée à la maintenance de l'équipement.

821- Une activité sous-évaluée

L'activité du scanner pour les patients de l'hôpital a évolué de façon significative au regard du bilan prévisionnel établi.

Lors de la constitution du GIE, le besoin de l'établissement avait été évalué à près de 500 examens par an au profit des malades hospitalisés.

Or, sur la période 1997 à 2000, le nombre de scanners effectués au GIE pour l'hôpital a évolué comme suit :

pa302010

	1997	1998	1999	2000	2000
Nombre total de scanners effectués pour l'hôpital	795	1206	2265	2533	100 %
Evolution en %				+ 11 % en 1 an + 110 % en 2 ans + 218 % en 3 ans	
Dont au bénéfice des malades hospitalisés	795	724	1068	1511	59 %
Evolution en %				+ 41 % en 1 an + 108 % en 2 ans	
Dont au bénéfice de patients en consultation externe	0	482	1197	1022	41 %
Evolution en %				+ 109 % en 2 ans	

Ainsi, les prévisions ont-elles été très largement dépassées : le nombre de scanners a doublé durant la période 1998/2000 et triplé depuis l'exercice 1997.

822- Une hausse du coût de la maintenance

L'augmentation de l'activité du scanner a induit une hausse du coût de la maintenance d'autant plus importante que le contrat qui a été conclu repose sur un nombre forfaitaire de coupes au-delà duquel une majoration de prix est applicable.

Alors que le dossier présenté à la DRASS prévoyait que, pour un investissement de

4 MF (0,61 millions d'euros), le loyer annuel au titre du crédit-bail sur cinq ans s'élèverait à 925 080 F (141 027,54 euros) TTC, le plan de financement pour le loyer (crédit-bail) et la maintenance de l'appareil loué à son fabricant, a été établi sur sept ans comme suit :

pa302011

	Loyers financiers TTC de l'appareil	Total	Maintenance TTC	Total
1 ^{ère} année	6 x 52 714 F (8 036,20 €)	316 284 F (48 217,18 €)	0 F (0,00 €)	0 F (0,00 €)
2 ^{ème} année	12 x 52 714 F (8 036,20 €)	632 568 F (96 434,37 €)	6 x 45 833 F (6 987,20 €)	274 998 F (41 923,17 €)
3 ^{ème} à 7 ^{ème} année	12 x 52 714 F (8 036,20 €) chaque année	632 568 F (96 434,37 €) x 5 années	12 x 45 833 F (6 987,20 €) chaque année	549 996 F (83 846,35 €) x 5 années
Total		4 111 692 F (626 823,40 €)		3 299 976 F (503 078,10 €)
Total général = 7 411 668 F (1 129 901,50 €)/7 ans = 1 058 809 F (161 414,39 €)/an.				

Le contrat de maintenance fait apparaître un coût annuel ferme, non révisable de 550 000 F (83 846,96 euros) TTC pour 300 000 coupes (ce qui correspond à 1,83 F (0,28 euros) la coupe), soit 45 833 F (6 987,20 euros) par mois. "Ce prix est majoré de 1,80 F (0,27 euros)TTC par coupe supplémentaire pour tenir compte de l'activité réelle constatée."

Le contrat de base prévoyant 18 mois de maintenance gratuite, soit du 1er juin 1996 au 30 novembre 1997, le paiement des mensualités en année pleine a démarré en 1998.

L'augmentation significative du poste "entretien-réparations", à partir de l'exercice 1998, correspond à l'accroissement du nombre d'examens sur la période et donc à une majoration du coût de la maintenance suite aux coupes supplémentaires effectuées.

pa302012

31/12/1998	31/12/1999	31/12/2000
576 047 F (87 817,80 €)	851 498 F (129 810,03 €)	871 345 F (132 835,69 €)
	+ 47 %	+ 2 %

Or, force est de constater que la facturation hors forfait des coupes supplémentaires grève fortement les charges d'exploitation puisque ces dépenses représentent environ 35 % du coût global de la maintenance en 1999 et 2000.

83- Une répartition des charges défavorable à l'hôpital

La contribution aux charges d'exploitation du GIE est opérée dans des conditions défavorables à l'hôpital.

831- Le contrat constitutif du GIE et son règlement intérieur prévoient une répartition des charges à raison de l'utilisation effective de l'équipement

L'article 20 du contrat constitutif du GIE signé le 22 novembre 1994 entre l'hôpital et la SCM - Société civile de moyens - Val de Durance (chacun étant actionnaire à 50 %), relatif à la "contribution aux charges" précise : "Chaque membre du groupement doit contribuer aux charges de fonctionnement au prorata des plages horaires d'utilisation du scanographe et de ses accessoires directs... la part contributive de chacune des parties correspondra à hauteur de l'utilisation effective de l'équipement ...".

Le principe de cette répartition est confirmé dans le règlement intérieur du GIE qui, aux termes de son article 14 "répartition des frais et charges", prévoit : "le financement du fonctionnement du GIE est assuré par la mise en recouvrement auprès de ses membres d'une redevance couvrant les différentes charges supportées par le groupement, à savoir : charges fixes (annuités d'amortissement des équipements ; frais financiers ; personnel non médical ; frais de gestion ; loyer ; impôts et taxes ; etc) et charges variables (électricité ; eau ; films ; stockage magnétique ; etc). Les charges fixes sont réparties entre les deux membres au prorata des vacations effectuées. Les charges variables sont réparties au prorata du nombre de coupes."

En outre, ce même règlement intérieur précise en son article 2 : "Un tableau de bord sera tenu régulièrement pour enregistrer la consommation de chaque utilisateur (films, coupes, calibrage de l'appareil, etc...)."

832- La contribution aux charges d'exploitation du GIE entre les membres du groupement n'est pas établie à hauteur de l'utilisation effective de l'équipement mais de manière forfaitaire et au préjudice de l'hôpital

L'examen des charges d'exploitation réglées au GIE par l'hôpital laisse apparaître que celles-ci sont chaque année systématiquement partagées par moitié entre les membres du groupement, ainsi que l'attestent les montants récapitulés dans le tableau ci-dessous :

	1996	1997	1998	1999
Charges du GIE au 31/12	128 672,23 € (844 034,51 F)	372 875,97 € (2 445 906,00 F)	501 202,82 € (3 287 675,00 F)	551 108,97 € (3 615 037,86 F)
Total réglé par l'hôpital au vu des mandats- Correspond à 50 % du résultat	64 336,12 € (422 017,25 F)	186 437,98 € (1 222 953,00 F)	250 601,41 € (1 643 837,50 F)	275 554,48 € (1 807 518,93 F)

Si l'on considère, en se bornant à reprendre les données chiffrées fournies par l'ordonnateur pour l'exercice 1997, que sur les 5686 scanners réalisés par le GIE, 795 seulement l'ont été pour l'hôpital, ce dernier en réglant la somme de

1 222 953 F (186 437,98 euros) a effectué un trop versé pour ce seul exercice de 880 974 F (134 303,62 euros), sa contribution devant être de 341 979 F

(52 134,36 euros).

Même si, ainsi que le fait valoir le directeur de l'hôpital, le bilan de l'activité du scanner demeure positif pour l'établissement, c'est à dire que les recettes perçues par lui sont supérieures au total des charges que constituent les forfaits techniques payés pour ses patients au GIE et la part des charges d'exploitation qu'il verse chaque année, cela n'établit pas pour autant que la répartition de ces charges s'effectue convenablement.

La chambre observe ainsi que cette répartition, outre qu'elle est contraire au contrat constitutif du GIE, s'opère au préjudice de l'hôpital qui est appelé à supporter des charges qui ne lui incombent pas.

Le président de section,

Pierre GIANNINI

Le président,

Alain PICHON