

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Marseille le 12 octobre 2004

Référence à rappeler :

Gref/PG/sr n°2142

Lettre recommandée avec AR n°703437806fr

Monsieur le Directeur,

Par courrier du 24 août 2004, je vous ai adressé, ainsi qu'à votre prédécesseur pour la période le concernant, le rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier Spécialisé Edouard Toulouse à compter de l'exercice 1994, arrêté par la chambre lors de sa séance du 29 juillet 2004.

En application des dispositions de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, je vous invitais à me transmettre votre réponse écrite dans un délai d'un mois suivant sa réception.

Vous voudrez bien trouver sous ce pli le rapport d'observations définitives, auquel sont jointes les réponses adressées dans le délai précité. Celui-ci devra être communiqué par vos soins à l'assemblée délibérante 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.

Monsieur Michel MATTERA

Directeur du Centre Hospitalier

Spécialisé Edouard Toulouse

118, Chemin de Mimet

13917 MARSEILLE CEDEX 15

Le président,

Alain PICHON

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

4ème section

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION

DU CENTRE HOSPITALIER EDOUARD TOULOUSE de MARSEILLE

(Bouches-du-Rhône)

à compter de l'exercice 1994

1-PROCEDURE

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier spécialisé Edouard Toulouse de Marseille à partir de l'année 1994 qui a été confié à M. Alain Attanasio, conseiller. Par lettres en date des 24 avril et 7 juillet 2003, le président de la chambre en a informé M. Michel Henri Mattera, directeur de l'établissement, Mme Monique Tourniaire-Ben Betka, directeur de l'établissement en fonctions jusqu'au 5 juillet 2002, ainsi que M. Jean Bonat, vice-président du conseil général des Bouches-du-Rhône et président du conseil d'administration.

Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, le préfet des Bouches-du-Rhône ainsi que le trésorier payeur général ont également été avisés de ce contrôle.

Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 13 avril 2004 entre

Mme Tourniaire Ben Betka et le rapporteur, et le 15 avril 2004 entre M. Mattera et le rapporteur.

Lors de sa séance du 29 avril 2004, la chambre, 4ème section, a arrêté ses observations provisoires sur la gestion du centre hospitalier Edouard Toulouse à compter de l'exercice 1994. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Mattera et Mme Tourniaire Ben Betka et, pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en

cause, qui y ont répondu.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la chambre, 4ème section, a arrêté, le 29 juillet 2004 le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante : M. Giannini, président, M. Larue, conseiller, et M. Attanasio, conseiller-rapporteur.

Le rapport a été communiqué par lettre du 24 août 2004 à M. Mattera, Directeur en fonctions ainsi qu'au précédent ordonnateurs pour les parties le concernant. Les destinataires disposaient d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre leurs réponses aux observations définitives.

M. Mattera et Mme Tourniaire ont fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant leur seule responsabilité, est jointe au présent rapport d'observations définitives.

Ce rapport devra être communiqué par le directeur à l'assemblée délibérante, 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.

## 2. CHAMP DU CONTROLE

Les thèmes de contrôle qui ont été retenus dans le cadre de l'examen de la gestion du centre hospitalier spécialisé Edouard Toulouse de Marseille, sont les suivants :

la situation financière ;

la commande publique ;

le médicament ;

la gestion des fonds des personnes protégées ;

les associations.

Le contrôle de l'établissement a, en outre, été étendu à des vérifications complémentaires qui ont donné lieu à un rapport d'observations provisoires qui a été adressé, accompagné des réponses présentées au nom de l'hôpital, à la Cour des comptes dans le cadre de l'enquête nationale sur la fonction publique hospitalière.

## 3. PRESENTATION GENERALE

### 3.1. Les structures

Le centre hospitalier Edouard Toulouse exerce son activité sur une aire géographique comprenant sept arrondissements situés au nord de Marseille ainsi que deux communes limitrophes : Les Pennes Mirabeau et Septèmes les Vallons, soit une population totale de plus de 357 000 personnes (source INSEE 1999). Six secteurs de psychiatrie adultes, deux intersecteurs enfants, un intersecteur de pharmacodépendances, un centre d'aide médico-sociale précoce (CAMSP) de 240 places et une fédération des urgences Nord lui sont rattachés.

Ses capacités sont :

En hospitalisation à temps plein :

316 lits d'hospitalisation complète ;

17 places en appartements thérapeutiques ;

30 places en accueil familial thérapeutique ;

En hospitalisation à temps partiel :

235 places hôpital de jour ;

42 places hôpital de nuit ;

99 places en CATTP

18 places d'atelier thérapeutique ;

En ambulatoire :

16 + 2 antennes centre médico-psychologique

2 consultations adolescents.

La file active - qui est constituée de l'ensemble des patients qui ont eu au moins un contact avec leur secteur au cours d'une année donnée, quel que soit le mode de prise en charge (temps complet, temps partiel, ambulatoire) - a augmenté au cours des trois dernières années.

Pa401901

	2000	2001	2002
File active globale	10 875	11271	11346

La file active globale comprend la file active Adultes et la file active Enfants plus CAMSP.

### 3.2 Les moyens humains

Les effectifs budgétaires au 31 décembre 2002 :

Pa401902

Répartition des emplois non médicaux :

Groupe/catégorie	A	B	C/D	Total
Personnel administratif	12	36,20	52	100,20
Personnel soignant	102,25	469,50	127	698,75
Personnel technique	4	3	131	138
Personnel médico-technique	0	8	3	11
Personnel divers	0,75	0	1	1,75
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>119</b>	<b>516,70</b>	<b>314</b>	<b>949,70</b>

Pa401903

Répartition des emplois médicaux :

GRADES ET EMPLOIS	Effectifs budgétaires
Praticiens hospitaliers A temps plein	46
Praticiens hospitaliers A temps partiel	17
Internes de spécialité et médecine générale	5
Internes en pharmacie	1
<b>TOTAL</b>	<b>68</b>

Ce tableau ne prend pas en compte les médecins attachés (vacations hebdomadaires) : 62,50.

Les effectifs rémunérés

Pa401904

GROUPE/ANNEE(31.12)	2000	2001	2002
Administratif	93,40	98,80	95,25
Soignant et éducatif	646,10	647,60	646,50
Technique	129,20	138,30	130,40
Médico-technique	9,80	11,00	11,00
Méd., pharm., odont .	48,50	46,60	51,10
<b>TOTAL</b>	<b>927,00</b>	<b>942,30</b>	<b>934,25</b>

#### 4. LA SITUATION FINANCIERE

L'analyse de la situation financière de l'hôpital Edouard Toulouse est menée à partir des tableaux issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière) mis en œuvre dans le réseau du Trésor public, transmis par le comptable de l'établissement et joints en annexe.

Au cours des derniers exercices, de 2000 à 2002, les équilibres bilantiels ne mettent pas en évidence de difficultés particulières :

Le fonds de roulement est positif et stable que ce soit pour l'investissement

(355 K euros en 2002) ou l'exploitation (2 519 K euros en 2002).

Au 31 décembre 2002, la trésorerie est largement excédentaire avec plus de

2 millions d'euros, après que l'établissement eut procédé au remboursement d'une partie de sa dette en 2001. Cette situation doit permettre à l'hôpital de respecter ses engagements vis-à-vis de ses fournisseurs et régler ses paiements selon des délais conformes à la réglementation.

L'hôpital est faiblement endetté :

La durée apparente de la dette - nombre d'années d'autofinancement (amortissements et provisions) nécessaires au remboursement de la dette en capital - qui est de 2,20 en 2002 tout comme le ratio improprement dénommé " d'indépendance financière ", qui mesure en réalité le poids de l'encours de la dette dans les ressources stables, et qui au cours des trois exercices a diminué pour s'établir à 25,5 % en 2002, montrent que l'établissement a un endettement faible.

La part des amortissements absorbée par le remboursement en capital de la dette diminue (34,2 % en 2002) améliorant encore l'autofinancement net réel de l'établissement à consacrer au renouvellement de ses immobilisations.

Le taux d'intérêt moyen de la dette à long terme, égal au total des intérêts divisé par l'encours moyen de la dette, est de 4,18 % en 2002, ce qui dans le contexte du marché financier du moment est raisonnable (le taux moyen ne devrait pas dépasser 5,5 %). Le taux élevé de 2001 (7,38 %) est accidentel et résulte des pénalités encourues du fait du remboursement par anticipation d'un emprunt.

3) les investissements sont peu importants au cours de la période considérée :

Le montant des actifs immobilisés progresse lentement traduisant une politique d'investissements

peu active, se réduisant au mieux à un simple renouvellement des équipements.

Le taux de renouvellement des immobilisations diminue d'ailleurs démontrant ainsi une baisse du rythme des investissements de l'hôpital.

Le taux de vétusté des équipements est corrélativement élevé, même si la progression de près de 5 points en 2002 peut en partie s'expliquer par l'acquisition l'année précédente de matériels informatiques dont la durée d'amortissement très courte a conduit à accroître la part des équipements amortis par rapport à l'ensemble des immobilisations.

Le taux d'autofinancement, qui traduit le niveau de l'autofinancement (amortissements et provisions) par rapport aux produits d'exploitation a diminué en 2002 (3,16 contre 3,78 en 2001) même s'il reste proche de la valeur médiane observée dans les établissements hospitaliers comparables (3,24).

Le taux de marge brute, qui mesure ce que l'établissement dégage sur son exploitation " courante " (différence entre ses produits et ses charges de fonctionnement) pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, et donc pour financer ses investissements est, comme il se doit, supérieur au taux d'autofinancement.

La part des amortissements dans la marge brute augmente de 11 points en 2002 pour le motif ci-dessus évoqué, tandis que le poids des frais financiers, après avoir connu une hausse accidentelle en 2001 (pénalités bancaires), diminue de manière significative pour ne plus représenter que 7,4 % de la marge brute.

4) Les ratios d'exploitation témoignent d'une bonne maîtrise de la gestion :

L'évolution des produits bruts d'exploitation ainsi que des recettes des comptes 74 et 75 traduisent une activité générale de l'établissement qui progresse à un rythme satisfaisant.

Les consommations intermédiaires malgré une hausse en 2002, de même que les charges de personnel (qui représentent 82 % des dépenses de fonctionnement en 2002) connaissent une évolution contenue en dépit pour ces dernières de la mise en place des 35 heures, du vieillissement du personnel et de l'absentéisme.

Le résultat net comptable issu du compte de gestion progresse sensiblement en 2002 malgré les amortissements réalisés et permet d'envisager ainsi des investissements plus importants.

5) Les ratios relatifs aux recouvrements et règlements n'appellent pas d'observations particulières :

Le taux de restes à recouvrer générés par les produits bruts, qui indique le risque maximum

d'irrecouvrabilité, est en diminution en 2002.

Le délai de rotation des dettes fournisseurs exprimé en jours connaît une hausse importante au 31 décembre 2002 mais qui doit être interprétée avec prudence car ce ratio peut être très différent tout au long de l'année.

Le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires est proche de 9 %, taux généralement observé dans les établissements publics de santé et baisse également.

En conclusion, la situation financière de l'hôpital doit lui permettre d'engager les investissements indispensables dans le cadre du programme prévu à son projet d'établissement. La chambre note qu'un ensemble de travaux est actuellement engagé dans ce cadre et devrait se poursuivre au cours des prochaines années.

## 5. LA GESTION DE LA COMMANDE PUBLIQUE

### 5.1. Une organisation perfectible :

La gestion de la commande publique, au sein du centre hospitalier Edouard Toulouse, relève de deux directions : la direction des services économiques et la direction des services techniques.

Chacune, dans leurs domaines de compétence respectifs, intervient dans la définition des besoins de l'établissement, comme dans la passation et le suivi des commandes et marchés publics.

Le directeur de l'hôpital qui juridiquement est la seule autorité compétente pour la passation des marchés publics en application de l'article L.6143-1 du code de la santé publique qui définit limitativement les attributions du conseil d'administration (CE 10 octobre 1984 compagnie générale de constructions téléphoniques, rec.322) conserve un rôle d'arbitrage et signe les marchés les plus importants.

Cette organisation n'est pas en soi critiquable mais pourrait sans doute être améliorée en vue d'une maîtrise accrue de la commande publique au niveau de l'établissement par une meilleure centralisation des principales données relatives aux commandes passées par chacune des deux directions. Ainsi, il n'a pu être produit un bilan global chiffré récapitulant le nombre, la nature et le montant des commandes passées par l'établissement au cours de l'année 2002. La direction des services économiques a présenté, au titre des achats réalisés sur simple facture au cours de l'année 2002, des comptes de bilan dont certains ont d'ailleurs un solde qui excède le seuil de 90 000 euros :

compte 2154 matériel et outillage : 96 078,94 euros: " bon pour " remis par le service demandeur ;  
" bon de commande " fait par les services économiques ; réception par le service (signature) ;  
paiement facture par les services économiques ; compte 218 41 mobilier établissement : 219

081,97 - 31 244,30 (opération rue de Crimée), soit 187 837,67 euros : " programme d'investissement " remis par le service demandeur ; " bon de commande " fait par les services économiques ; réception par le service (signature) ; paiement facture par les services économiques ; compte 615 682 contrat entretien général : 136 684,96 euros : contrat passé par le service économique : paiement au vu du service fait confirmé par bon d'intervention signé par le service concerné ;

compte 628 3 nettoyage : 151 328,09 euros : sur simple facture ; paiement service économique ;

La direction des services techniques a, pour sa part, recensé, au titre des achats sur factures réalisés au cours de l'année 2002, 815 commandes - tous comptes confondus - pour un montant de 1 984 643,01 euros TTC. Elle a déclaré, par ailleurs, avoir réalisé des marchés négociés après mise en concurrence simplifiée : réaménagement Henri Collomb : lot électricité : 17 313,91 euros TTC ; réalisation d'une maquette : 14 050,60 euros TTC ; ainsi que des marchés sur appels d'offres ouverts : produits lessiviels : 12 commandes pour un montant de 109 755,53 euros TTC.

L'article 138 du code des marchés publics rénové de 2004 prévoit désormais que les acheteurs sont tenus de publier chaque année la liste des marchés conclus l'année précédente ainsi que le nom des attributaires. Cette disposition, qui est un gage de transparence quant à l'emploi des deniers publics, suppose une organisation permettant un recensement de l'ensemble des marchés passés au sein de l'établissement.

L'hôpital pourrait ainsi se doter utilement d'un service centralisateur ou coordonnateur de l'ensemble de la politique d'achat.

## 5.2. Des difficultés dans la mise en oeuvre des règles de la commande publique :

Le contrôle a révélé certaines difficultés rencontrées par l'établissement dans la mise en oeuvre des règles nouvelles de la commande publique.

### 5.2.1. Les modifications récentes du droit des marchés publics :

Le droit des marchés publics a considérablement évolué avec la publication, le

8 septembre 2001, d'un nouveau code des marchés publics qui, moins de trois ans plus tard, a lui-même été abrogé et remplacé par un code rénové, publié le

7 janvier 2004.

L'ancien code des marchés publics, resté en vigueur jusqu'au 9 septembre 2001, prévoyait deux modalités principales de passation des commandes publiques. En dessous d'un seuil de 300 000 F TTC, les achats pouvaient être réalisés sur simples factures, au-delà de ce seuil, la passation

de marchés était obligatoire. Les seuils s'appréciaient, soit en termes de commandes annuelles adressées à un seul et même fournisseur, soit en termes d'opérations. Toute opération, même allotie, dépassant le seuil, devait faire l'objet d'une mise en concurrence selon les formes déterminées par le code (CE 8/2/99 syndicat intercommunal des eaux de la Gatine. Conclusions C. Bergeal).

Sous l'empire de ces dispositions, une collectivité qui voulait optimiser ses procédures d'achat, tant d'un point de vue juridique que d'un point de vue économique, devait déjà procéder à une analyse préalable de ses besoins. Cette logique a présidé à la rédaction du code des marchés de 2001.

En vertu de ce dernier, tous les actes d'achat constituent des marchés publics, toutefois il n'est fait obligation de respecter les formalités préalables décrites par le code que pour les commandes dépassant le seuil de 90 000 euros HT fixé à l'article 28.

Les seuils ne s'apprécient plus par fournisseur mais conformément à l'article 27, par opération au sens large ou par catégories de fournitures ou de prestations de service.

L'une des principales innovations du code de 2001 réside dans l'élaboration d'une nomenclature regroupant par rubriques les achats de fournitures et de services à agréger pour les comparer aux seuils déclenchant l'application des procédures (arrêté du 13 décembre 2001).

Le code rénové de 2004 prévoit désormais, s'agissant des fournitures et des services, que pour évaluer " le montant des besoins à comparer aux seuils, il est procédé à une estimation de la valeur totale des fournitures et services qui peuvent être considérés comme homogènes soit en raison de leurs caractéristiques propres, soit parce qu'ils constituent une unité fonctionnelle ".

Ainsi, les acheteurs publics sont-ils, en tout état de cause, tenus, notamment en vue du respect des règles de passation des marchés, de procéder à un recensement intégral de leurs besoins.

5.2.2. L'établissement n'a pas procédé en 2003 à un recensement de ses besoins lui permettant de déterminer avec sûreté les procédures à mettre en place en application de la nomenclature de l'article 27 du CMP de 2001.

L'établissement aurait dû recenser l'ensemble de ses besoins par directions et services utilisateurs afin de trier les prestations en fonction de la nomenclature (récurrent-unique), et proposer le mode d'organisation de l'achat qui lui semble le plus judicieux (procédure, nature du marché, allotissements, droit de tirage par services utilisateurs, critères de jugements...).

Cette démarche n'a pas été engagée ou, à tout le moins, menée à son terme.

En ce qui concerne les dépenses récurrentes de fournitures au cours de l'exercice 2003, dont la

valeur s'apprécie, selon l'article 27 précité, en tenant compte de l'ensemble des besoins de l'année, le tableau suivant révèle, sur plusieurs articles de la nomenclature concernant des fournitures homogènes, qu'une partie des dépenses récurrentes de l'année a été passée " hors marché " alors que le seuil de 90 000 euros hors taxe a été dépassé.

Pa401905

Nomenclature	Hors marché Dépensé	Hors marché Mandaté	Sur marché Dépensé	Sur marché Mandaté	Cumulé Dépensé	Cumulé mandaté
1007 viandes et charcuteries	29 152,17	29 152,17	75 753,43	75 753,43	104 905,60	104 905,60
1014 épicerie	91 279,84	89 603,31	125 729,31	125 474,40	217 009,15	215 077,71
3701 produits d'entretien à usage domestique	91 565,64	89 358,97	13 137,93	13 371,14	104 703,57	102 730,11

En ce qui concerne les services, l'article 27 précise, pour la computation des seuils : " est prise en compte, quel que soit le nombre de prestataires auxquels la personne responsable du marché fait appel :... b) si les besoins de la personne publique donne lieu à des réalisations récurrentes de prestations homogènes et concourant à une même opération, la valeur de l'ensemble des prestations correspondant aux besoins d'une année ".

Le tableau suivant, qui porte sur les dépenses sur opérations de l'exercice 2003, révèle que des prestations récurrentes concourant à une même opération n'ont pas donné lieu à une procédure de marché formalisé, alors que leur montant annuel a excédé le seuil de 90 000 euros hors taxe :

Pa401906

Nomenclature	Subdivision de la famille homogène concernée	Dépensé	Mandaté
7901 services des agences immobilières : - opération 030202 services des agences immobilières	Prestations récurrentes	198 722,79	198 722,79

L'hôpital précise toutefois qu'il s'agit d'une erreur de sa part quant à l'interprétation de la nomenclature plutôt que d'une volonté délibérée de contourner les règles de l'achat public.

Si avec l'entrée en vigueur du code rénové de 2004, la nomenclature a perdu son caractère obligatoire, la chambre estime qu'elle offre cependant, après les tâtonnements dont ce cas fournit l'exemple, des indicateurs pour identifier les prestations de service et fournitures qui peuvent être considérées comme homogènes pour l'application des termes nouveaux de l'article 27.

L'établissement devra donc faire un effort pour définir et évaluer au mieux ses besoins. Les dépassements relevés mettent en relief les insuffisances dans la programmation en amont des achats. La phase de recensement des besoins, par postes de la nomenclature ou par opération,

est en réalité indissociable du recensement des besoins en termes de crédits budgétaires. La programmation des achats devrait en toute logique être réalisée au stade de la préparation budgétaire.

La chambre note que la direction de l'établissement entend corriger très rapidement cet état de fait par un élargissement, actuellement à l'étude, du rôle de la cellule des marchés nouvellement créée.

5.2.3. L'établissement doit veiller au respect des principes de la commande publique :

Les modifications successives des règles formelles du code des marchés publics ne doivent pas occulter la permanence des principes fondamentaux dont le respect s'impose en tout état de cause à l'acheteur public : liberté d'accès à la commande publique, égalité de traitement des candidats et transparence des procédures. Ces principes trouvent leur application dans les obligations de publicité et de mise en concurrence.

La publicité se justifie à la fois en ce qu'elle permet le libre accès à la commande publique de l'ensemble des prestataires et en ce qu'elle est la garantie d'une véritable mise en concurrence. Dans le cadre du code rénové de 2004, la publicité est obligatoire même en dessous du seuil de 90 000 euros HT mais il appartient à l'acheteur de déterminer les modalités de publicité les plus pertinentes au regard de l'objet et du montant du marché (presse, affichage, internet).

La mise en concurrence répond en outre à un objectif d'efficacité économique en ce qu'elle permet d'accroître les chances d'obtenir l'offre économiquement la plus avantageuse et de garantir un bon usage des deniers publics. Dans le cadre du code rénové de 2004, pour les marchés passés selon une procédure adaptée, les personnes publiques doivent définir elles-mêmes des règles de mise en concurrence proportionnées à l'objet et au montant du marché.

Ces responsabilités nouvelles impliquent que le centre hospitalier prenne désormais des mesures concrètes en matière d'organisation et d'encadrement de sa politique d'achat. En particulier, la formalisation de cette politique devrait conduire à l'adoption d'un véritable règlement intérieur contenant des directives précises dans toutes les hypothèses où le code des marchés publics laisse à l'acheteur public un pouvoir d'appréciation pour déterminer les modalités de publicité et de mise en concurrence. Ce règlement devrait, en outre, être rendu public et communicable à toute personne intéressée, conformément au principe de transparence rappelé à l'article 1er du code des marchés publics.

Le contrôle a révélé qu'il n'existait pas même de procédure de mise en concurrence organisée par note de service interne pour les achats de l'hôpital dits " sans formalités préalables " dans le cadre du précédent code de 2001 mais seulement, selon les responsables, des consignes orales.

L'établissement ne s'est ainsi pas mis en mesure de justifier que la passation des marchés sans

formalités préalables (ex-achats sur facture) donnait lieu à une réelle mise en concurrence.

De telles pratiques sous les appellations " achats sur factures " ou " commandes hors marchés " sont, plus encore sous l'empire du code rénové de 2004, rigoureusement à proscrire. Ces modalités d'achat sont contraires aux principes fondamentaux de la commande publique rappelés à l'article 1er du code et issus des directives européennes.

Le principe de mise en concurrence impose également que des consultations soient relancées par l'hôpital pour de nombreux contrats en cours reconduits tacitement.

En effet, selon la jurisprudence, la reconduction d'un marché ne peut en aucun cas intervenir tacitement, notamment en ce qu'elle revient à remettre en cause les règles de concurrence qui ont prévalu lors de la passation du marché initial (CE 29 novembre 2000 Commune de PAITA req. n° 205143). La reconduction est par définition expresse selon le code rénové de 2004 et s'exerce dans le cadre de l'article 35-III-2° : le premier marché doit avoir été passé sur appel d'offres, avoir prévu la possibilité d'une reconduction et avoir fait l'objet d'une concurrence prenant en compte le montant cumulé des prestations (reconductions comprises). La durée des reconductions ne peut dépasser trois ans à compter de la notification du marché initial. La durée maximum des marchés à bons de commande est désormais de quatre ans (sauf exceptions).

Le contrôle a permis de recenser 27 contrats en cours renouvelables par tacite reconduction (7 contrats au titre de la direction des services techniques et 20 contrats au titre de la direction des services économiques). Il s'agit principalement de contrats d'entretien ou de maintenance de faible montant. La direction de l'hôpital s'est toutefois engagée à mettre fin à cette situation en indiquant que " les contrats en cause vont être résiliés et faire l'objet d'une mise en concurrence selon la procédure adéquate ".

La chambre doit donner acte à l'établissement des mesures qu'il a tout récemment prises en matière d'organisation et d'encadrement de sa politique d'achat avec l'adoption par une note de service du 26 avril 2004 de règles internes destinées à garantir les principes de publicité, de transparence et de mise en concurrence posés par le nouveau code des marchés publics.

### 5.3. L'insuffisance du contrôle interne et du suivi des marchés.

L'instruction a révélé qu'il n'existait pas à l'hôpital de procédures ni d'organe ou de service de contrôle interne ; chaque service utilisateur procède lui-même à son propre contrôle aux différents stades de la procédure des marchés.

La direction de l'hôpital ayant pris conscience du problème a indiqué que " le manque de spécialisation du personnel concerné a conduit à la définition et à l'installation, début 2004, d'une cellule des marchés avec formation des agents ".

En ce qui concerne le suivi des marchés du point de vue de la politique d'achat, aucune procédure n'a été mise en place permettant une analyse et un bilan des marchés en cours d'exécution.

Enfin, il n'existe pas encore de contrôle de la performance globale de chaque marché prenant en compte à la fois la qualité de l'exécution de la prestation et les coûts de gestion, de maintenance ou encore les économies réalisées, ainsi que cela est préconisé dans le manuel d'application du code rénové du 7 janvier 2004. Cependant, la direction de l'hôpital a indiqué que : " la procédure d'évaluation est en cours de mise en place en collaboration avec la cellule des marchés, les services financiers et les différents services acheteurs. Elle s'inscrit dans le cadre de la définition des différents seuils de marché à procédure adaptée (code des marchés publics 2004) ".

#### 5.4. L'hôpital devra veiller aux délais de paiement :

Le code rénové du 7 janvier 2004, dans son article 96, maintient l'institution d'un délai global de paiement maximum, qui se substitue à la notion de délai de mandatement, résultant du code précédent : " Le délai global de paiement d'un marché public ne peut excéder 45 jours. Toutefois, pour les établissements publics de santé et les établissements du service de santé des armées, cette limite est de 50 jours. Le dépassement du délai de paiement ouvre de plein droit et sans autre formalité, pour le titulaire du marché ou le sous-traitant, le bénéfice d'intérêts moratoires, à compter du jour suivant l'expiration du délai ".

Les modalités de mise en oeuvre du délai maximum de paiement dans les marchés publics et de calcul des intérêts moratoires sont prévues par le décret n° 2002-232 du 21 février 2002 et explicitées par la circulaire générale d'application du 13 mars 2002 (JO du 6 avril 2002).

##### 5.4.1. La convention de partenariat avec le comptable n'a pas encore été conclue :

Une telle convention constitue évidemment un outil privilégié pour organiser efficacement les rapports entre l'ordonnateur et le comptable, dont la mission de contrôle doit s'exercer normalement, à l'intérieur du délai maximum de paiement, et arrêter un mode opératoire. Elle permet, notamment, de déterminer contractuellement le délai imparti à chacun pour opérer sa mission en précisant les modalités pratiques d'organisation des échanges entre eux.

La direction de l'hôpital a fait part d' " une volonté commune de rédiger une convention ayant pour but de formaliser les engagements pris en vue d'améliorer la gestion et les résultats de l'établissement aussi bien dans le domaine des recettes que dans celui des dépenses. Cette convention pourrait être finalisée au cours de l'exercice 2004 ".

##### 5.4.2. Le centre hospitalier n'a pas adopté d'outil, en particulier informatique, pour suivre les délais de paiement et le calcul éventuel des intérêts moratoires :

En septembre 2002, le centre hospitalier Edouard Toulouse a été un des établissements choisis

pour participer à une enquête sur le délai global. Cette enquête fait ressortir que le délai de paiement moyen était de 53 jours. Quelques dépassements ont été constatés : 25 mandats sur 235 payés au cours de la période retenue. Selon la direction : " en général, il s'agissait pour l'ordonnateur de fixer la date du paiement en respectant la date limite fixée par les fournisseurs, délai qui dépassait parfois le délai global fixé par les textes ".

A cet égard, l'attention de l'hôpital doit être appelée sur le fait que si la personne publique contractante peut valablement s'engager, si elle l'estime nécessaire, sur un délai global maximum inférieur au délai global maximum réglementaire, tout engagement supérieur à de dernier est en tout état de cause illégal.

La direction de l'hôpital se prévaut par ailleurs de ce qu' " à ce jour aucun intérêt moratoire n'a été liquidé par l'établissement ", mais il y a lieu d'observer que le délai global maximum de paiement qui était, pour les établissements publics de santé, fixé à titre transitoire par le décret n° 2002-231 du 21 février 2002, à 60 jours jusqu'au 31 décembre 2003, est aujourd'hui réduit à 50 jours.

Aussi bien, il importe que l'hôpital adopte au plus tôt des mesures appropriées afin de respecter le délai maximum de paiement prévu par la réglementation. Conscient des enjeux, son directeur a indiqué que : " la nouvelle filière informatique, qui sera installée en 2004, permettra de mettre en place cet outil ".

## 6. LE MEDICAMENT

6.1. L'évolution des dépenses de médicament appelle un meilleur suivi de la politique menée en ce domaine :

Selon les comptes de gestion produits, la dépense de médicament au sein de l'hôpital Edouard Toulouse se présente comme suit :

**Pa01907**

Sources - comptes de gestion	1998	1999	2000	2001
<b>Compte 6021 - Produits pharmaceutiques et produits à usage médical</b>	3 179 616 F	3 358 032 F	3 679 544 F	3 887 481 F
<b>Compte 6022 - Produits finis et petit matériel médical et médico-technique</b>	634 188 F	608 069 F	727 315 F	729 680 F
<b>Total 6021+6022</b>	<b>3 813 804 F</b>	<b>3 966 101 F</b>	<b>4 406 859 F</b>	<b>4 617 161 F</b>
Evolution en % n/n-1		+ 3,99 %	+ 11,11 %	+ 4,77 %
Evolution 1998/2001				+ 21,06 % (+ 803 357 F)
<b>Groupe 2 - charges d'exploitation à caractère médical</b>	<b>6 332 244 F</b>	<b>5 834 255 F</b>	<b>6 588 837 F</b>	<b>6 355 706 F</b>
% total 6021 + 6022 / groupe 2	60,22 %	67,97 %	66,88 %	72,65 %

De 1998 à 2001, les dépenses relatives aux achats de produits pharmaceutiques, de produits à usage médical, de produits finis, de petit matériel médical et médico-technique sont passées de 3 813 804 F à 4 617 161 F soit une progression moyenne annuelle de 7 % alors que les charges d'exploitation à caractère médical de l'hôpital (groupe 2) ne connaissent qu'une progression en quatre ans de 0,36 % passant de 6 332 244 F à 6 355 706 F. Ainsi les dépenses de cette catégorie sont-elles passées de 60 % à 72 % du budget du groupe 2 de l'hôpital.

Pour expliquer cette évolution, l'hôpital met en avant l'accroissement des dépenses liées aux médicaments coûteux innovants.

La chambre rappelle que devraient être observées, dans ce contexte, les dispositions réglementaires du code de la santé publique qui préconisent l'élaboration par le comité du médicament d'un rapport annuel d'activité et sa transmission à la commission médicale d'établissement, au directeur de l'établissement ainsi qu'au conseil d'administration, à l'effet de permettre notamment un suivi de la politique menée dans le domaine du médicament.

## 6.2. Le système informatique de la pharmacie présente des faiblesses :

L'informatique dédiée à la pharmacie repose sur deux systèmes : le logiciel Ophélie et le logiciel Génois.

### 6.2.1. Le logiciel Ophélie ne paraît pas adapté à la gestion des stocks :

En effet, ce système, installé dans les locaux du secrétariat, n'est pas connecté à la prescription.

Les sorties de stocks, produit par produit, sont donc le résultat de retranscriptions cumulées des ordonnances exécutées journalièrement par chaque unité de soins.

Or les ordonnances nominatives (génératrices des sorties de produits) étaient jusqu'à une période récente, pour partie manuscrites ; elles le restent encore aujourd'hui partiellement en ce qui concerne le personnel et certaines structures extra muros. La saisie dans ce cas des sorties de stocks des médicaments oblige donc les agents administratifs à traiter les ordonnances de chaque structure de soins une à une, ligne à ligne, ceci assorti à chaque fois d'une recherche de code produit.

Depuis l'informatisation de la prescription, le logiciel Génois édite des plans de sorties médicaments cumulées et la gestion de la base de donnée médicament autorise l'enregistrement du code de gestion du produit. Ainsi la saisie par les agents administratifs de ces listes est facilitée et les résultats sont moins entachés d'erreurs humaines.

Cependant, vu les opérations multiples de saisies exécutées, les résultats sont encore, malgré les améliorations notables depuis l'informatisation de la prescription, très insatisfaisants en terme de fiabilité. Comme le reconnaît le directeur " Le manque de fiabilité du système limite fortement son utilisation ".

6.2.2. Si le logiciel Génois a permis l'informatisation du circuit du médicament, l'extraction de ses données ne permet pas de connaître les conditions dans lesquelles les médicaments sont prescrits afin d'établir des recommandations de bon usage du médicament.

Le président du comité du médicament regrette que l'information délivrée étant de nature globale par unité de dispensation, n'apporte, en tant que telle, aucun élément concernant la façon dont les produits pharmaceutiques sont prescrits (nombre de patients traités pour un produit, co-prescriptions, etc....).

6.2.3. L'absence d'un système informatique unique contraint à une " ressaisie ".

L'absence de liaison informatique entre les deux logiciels de gestion des stocks et de système de dispensation des médicaments conduit à une re-saisie manuelle des données, source inévitable d'erreurs.

La chambre observe que l'interface entre les deux logiciels qu'une gestion rationnelle impose, n'est toujours pas réalisée plus de quatre ans après l'installation du logiciel Génois.

L'hôpital a toutefois précisé que cette dimension a été intégrée dans le cahier des charges de la nouvelle filière informatique, dont la mise en place devrait être achevée, pour la pharmacie, en 2005.

## 7. LA GESTION DES FONDOS DES PERSONNES PROTEGEES

7.1- Le nombre de dossiers gérés par le service des tutelles a fortement diminué depuis 2001 :

L'article 1er du décret n°69-195 du 15 février 1969 pris pour l'application de l'article 499 du code civil précise que : " Les établissements d'hospitalisation, de soins ou de cure publics ou privés choisissent parmi leurs préposés la personne la plus qualifiée pour être désignée, le cas échéant, comme gérant de tutelle. ".

L'article 2 du même décret prévoit : " Peuvent être désignés par le juge des tutelles pour exercer les fonctions de gérant de tutelle en qualité d'administrateurs spéciaux :

(....)

4° Les personnes exerçant les fonctions de gérant de la tutelle en application de l'article 1er. "

Le directeur du CHS a précisé : " Le préposé aux tutelles du CH Edouard Toulouse intervient en qualité de curateur, de gérant de tutelle ou de mandataire spécial pour des majeurs protégés hospitalisés ou suivis dans le cadre du secteur. S'agissant d'une nomination " ès qualité " de préposé de l'établissement sur le fondement de l'article 2-4° du décret précité et non d'une nomination personnelle, il n'y a pas de distinction entre préposé administratif et administrateur spécial. "

L'évolution du nombre de dossiers gérés par le service est reprise dans le tableau suivant :

Pa401908

Année	Mandat spécial	Gérant de tutelle	Curatelle art 512 du code civil	Curatelle simple	Total
1999	8	174	71	1	254
2000	17	165	77	1	260
2001	9	102	69	1	181
2002	14	96	71	1	182

Ces données font apparaître une évolution à la baisse du nombre de dossiers gérés par le service.

Le directeur a expliqué que le nombre croissant de dossiers ne permettant pas de maintenir une qualité dans le travail et le service rendu aux majeurs protégés, la gérante de tutelle a donc demandé à être déchargée des dossiers concernant les majeurs protégés qui n'étaient plus du tout suivis dans le cadre du secteur (par exemple, au terme d'un délai de 6 mois les personnes âgées placées en maison de retraite). De plus, les magistrats ont favorisé pendant un temps les associations tutélaires.

Le service comprend un adjoint des cadres hospitaliers, un adjoint administratif, un emploi jeune et un contrat emploi consolidé.

7.2- L'informatisation du service apparaît défailante au regard de la mise à jour en temps réel des informations relatives au patient :

Le service des tutelles est informatisé depuis 1999. Le logiciel utilisé est Médiane tutelle pour la gestion administrative et comptable des dossiers des majeurs protégés.

Toutefois, il n'existe pas de connexion avec le bureau des entrées ce qui induit des difficultés de mise à jour des informations relatives aux patients pour la gérante de tutelle.

Il est apparu ainsi que le forfait hospitalier était réglé à l'hôpital alors même que le patient bénéficiait d'une permission de sortie, depuis son entrée jusqu'à sa sortie définitive, celle-ci étant prononcée à compter de deux nuits passées à l'extérieur.

La chambre note que cette situation devrait, selon la direction de l'établissement, être corrigée dans le cadre de la mise en place de la nouvelle filière informatique.

7.3- Le service ne dispose pas d'un guide des procédures :

Le directeur a expliqué :

" Le gérant de tutelle adhère à l'Association Nationale des Gérants de Tutelle et participe au sein de cette association aux travaux de la commission de travail sur la procédure d'accréditation. Cette commission est chargée d'établir des référentiels.

Ces référentiels seront des aides pour établir le guide de procédures du Service des Tutelles. Ce travail est inscrit dans le Projet de Service, paragraphe III, Alinéa Aa démarche qualité. "

Effectivement, le projet de service prévoit de "- formaliser les procédures car le personnel communique et transmet les informations oralement :

créer des fiches de procédure interne au service,

créer un cahier référentiel (cf : référentiel ANGT),

créer un cahier de ressources qui sera un ensemble d'aide (adresse, lettre type, requête). "

7.4- La gérante de tutelle détient des valeurs alors que seul le comptable est habilité à recevoir en dépôt les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement et les objets de valeur :

La circulaire interministérielle du 27 mai 1994 relative à la gestion des dépôts effectués par des personnes admises dans les établissements de santé et les établissements sociaux ou médico-sociaux hébergeant des personnes âgées ou des adultes handicapés, en application de la loi du 6 juillet 1992 et du décret du 27 mars 1993 précise en son paragraphe 112 :

" Aux termes de l'article 2 du décret du 27 mars 1993, seul le comptable est habilité à recevoir en dépôt les sommes d'argent, les titres et valeurs mobilières, les moyens de règlement et les objets de valeur.

Sont donc suivis dans la comptabilité des comptables :

les sommes d'argent,

les titres et valeurs : il peut s'agir de valeurs non dématérialisées émises par des organismes, obligations, actions, bons du Trésor, etc.

Dans la mesure où une grande partie des valeurs mobilières est désormais dématérialisée, le nombre de dépôts effectués directement chez les comptables des établissements doit rester réduit.

Sont également concernés les livrets d'épargne, ...et de manière générale, les actes sous seing privé valant titre de créance pour le déposant.

- les moyens de règlement : sont concernés tous les moyens de règlement en possession des malades ou hébergés c'est-à-dire chéquiers, cartes de crédit, cartes bancaires. "

Une note de service du directeur de la comptabilité publique n° 96-042-M2-T-V9 du 28 février 1996 confirme que les bulletins de souscription des contrats (assurance-vie, assurance décès) qui représentent un titre de créances pour le déposant ou ses proches sont à comptabiliser en valeurs inactives.

1) Or, lors de l'examen sur place de différents dossiers, il a été constaté que la gérante de tutelle détenait tous les contrats de souscription des comptes épargne et les contrats d'assurance vie, au demeurant pour des montants non négligeables.

2) La gérante de tutelle détient également tous les livrets d'épargne de La poste des incapables majeurs relevant de sa tutelle.

A cet égard, la gérante de tutelle a évoqué les problèmes rencontrés avec les services financiers de La poste, s'agissant de la mise à jour des livrets imposée au guichet du bureau : "Il convient de signaler la perte de temps et le caractère dérisoire de la situation dès lors qu'un guichet se

trouve mobilisé à la mise à jour d'un grand nombre de livrets physiques. En outre, la gérante de tutelle est obligée de quitter son service, munie de l'ensemble des livrets avec la possibilité de se les faire voler."

Conformément à la réglementation en vigueur, la gérante de tutelle doit se rapprocher très rapidement du comptable afin de mettre à jour la liste des valeurs inactives des majeurs protégés par une comptabilisation appropriée des placements financiers.

En outre, tous les livrets d'épargne et les bulletins de souscription des contrats d'épargne représentant un titre de créance pour le majeur protégé doivent être remis au comptable de l'hôpital.

7.5- Le régisseur et le comptable ne connaissent pas le montant des sommes placées chez un dépositaire agréé :

L'article 500 du code civil précise : "Le gérant de tutelle perçoit les revenus de la personne protégée et les applique à l'entretien et au traitement de celle-ci...S'il y a un excédent, il le verse à un compte qu'il doit faire ouvrir chez un dépositaire agréé."

L'article 2 du décret n° 69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens des incapables majeurs en traitement dans les établissements publics énonce : "Le comptable est seul qualifié pour recevoir des sommes ou payer des dépenses pour le compte des incapables majeurs."

L'instruction n° 87-74-M2 de la direction de la comptabilité publique du 18 juin 1987 prise en application des textes relatifs à la gestion des dépôts des hospitalisés prévoit (section 2) :

" Il est ouvert un compte individuel pour les dépôts de fonds et de valeurs appartenant à chaque personne hospitalisée placée sous le régime de protection des majeurs.

Les comptes individuels sont tenus sur des fiches qui reçoivent toutes les opérations de recettes et de dépenses imputées au compte 4631....

Les opérations passées au compte 4631 "Fonds gérés pour le compte des majeurs protégés" sont justifiées dans les conditions suivantes :

(....)

Solde entre le débit et le crédit : - par un état de développement des soldes P681 visé soit par le gérant de tutelle, soit par le directeur de l'établissement donnant la situation de chaque compte individuel à la clôture des opérations et rappelant, pour mémoire, le montant des sommes placées chez un dépositaire agréé" et non pas seulement, comme semble le penser l'hôpital, les

opérations de placement des excédents disponibles à la caisse des dépôts et consignations constatées au compte 566 "caisse des dépôts et consignations".

Les fiches comptables produites pour chaque malade par le régisseur retracent uniquement le solde inscrit au compte 4631. Il s'ensuit que ni le régisseur ni le comptable ne connaissent le montant des sommes placées pour chaque malade chez un dépositaire agréé. C'est ainsi que des fonds relativement importants sont placés dans différentes banques à l'insu du comptable.

7.6- Les comptes ouverts chez un dépositaire agréé comportent indûment le nom du gérant de tutelle-préposé :

Les relevés de comptes présentés comportent la mention : "Titulaire du compte :

M. N... sous tutelle de Mme N...".

Ce libellé est irrégulier puisqu'il comporte le nom de la gérante de tutelle et permet donc à celle-ci de mouvementer les comptes comme si elle détenait une procuration générale, même si, comme le relève l'hôpital, elle peut être amenée à remettre une copie de la décision qui la désigne ou produire une autorisation du juge pour les opérations portant sur un compte rémunérateur.

En vertu des dispositions du décret n° 69-196 du 15 février 1969 fixant les modalités de la gestion des biens de certains incapables majeurs en traitement dans les établissements de soins, d'hospitalisation ou de cure publics (article 2) et du principe de séparation des ordonnateurs et des comptables, le comptable public, receveur du CHS Edouard Toulouse est seul qualifié pour ouvrir des comptes, recevoir des sommes ou payer des dépenses pour le compte des incapables majeurs. Aussi, dans le cas de l'ouverture d'un compte chez un dépositaire agréé, ce compte ne peut comporter le nom du gérant de tutelle-préposé pas plus d'ailleurs que celui du receveur de l'établissement, mais seulement à la suite du nom du majeur protégé, une mention telle que "sous tutelle du CHS Edouard Toulouse".

7.7. La tenue des comptes de gestion des majeurs protégés par le gérant de tutelle appelle certaines remarques :

7.7.1 Aucune pièce justificative n'est fournie par la gérante de tutelle à l'appui de ses ordres de dépenses.

Ainsi que le directeur l'a indiqué " Seule une attestation de présence est insérée dans l'ordre de paiement ". Chaque ordre de paiement, dont le montant présente un caractère forfaitaire ne correspondant pas à une dépense réelle précise, mentionne succinctement son objet : "téléphone" ou "argent de poche" ou " vestiaire ".

Il n'est d'ailleurs pas exigé du patient une facture en retour par exemple pour ses dépenses

vestimentaires.

7.7.2. Certains comptes sont déficitaires, les dépenses de l'année étant supérieures aux ressources de la personne protégée.

Il appartient à la gérante de tutelle de veiller à produire des gestions équilibrées et non structurellement déficitaires.

7.7.3. Certaines recettes échappent à sa gestion, il s'agit du pécule distribué aux patients au titre du travail thérapeutique dont la gérante de tutelle ne connaît pas le montant.

7.8. La gestion par la régie appelle également des observations :

7.8.1. Le cumul d'ordres de paiement conduit au versement aux malades de sommes importantes :

La gérante de tutelle établit pour chaque patient un budget prévisionnel. A partir de ce budget, elle prépare d'avance les ordres de paiement et les transmet au régisseur. Si le patient ne s'est pas présenté à sa caisse dans un délai de 8 jours, le régisseur annule l'ordre de paiement et le retourne au gérant de tutelle.

A l'inverse, la procédure utilisée permet à un patient qui ne s'est pas présenté durant plusieurs jours de se voir distribuer une somme conséquente correspondant à plusieurs ordres de paiement cumulés.

7.8.2. La pratique autorisant des dépôts de numéraire à l'accueil est irrégulière :

Il existe un coffre blindé à l'accueil qui permet aux patients de déposer du numéraire aux heures de fermeture de la régie. Cet argent est remis par la suite au régisseur. Un bordereau jaune est établi pour désigner et justifier les valeurs déposées.

En l'absence d'un régisseur nommément désigné à l'accueil, la procédure utilisée est irrégulière et apparaît source de fraude d'autant que les bordereaux jaunes établis ne sont pas tirés d'un quittancier dont les numéros se suivent.

La chambre note que l'établissement va réexaminer cette procédure.

7.9. Des sommes sont versées aux patients par l'intermédiaire de tiers non habilités :

7.9.1. Cas des patients qui ne sont plus hospitalisés :

Les patients qui ne sont plus hospitalisés mais qui restent sous la tutelle de l'établissement,

continuent à bénéficier de la régie dénommée " banque des malades " pour les versements en numéraire. Il n'existe donc pas de régie particulière ouverte à leur égard.

Pour ceux d'entre eux qui sont placés dans des institutions ou maisons de retraite, il a été relevé que des virements étaient directement effectués auprès de la direction de ces établissements, publics ou privés, mais le plus souvent dépourvus de régie.

Or, le comptable est seul compétent pour remettre l'argent de poche aux patients. Le gérant de tutelle n'est pas habilité à cette fin, et encore moins la direction d'un établissement qui est dépourvue de tout titre légal.

#### 7.9.2. Agents hospitaliers percevant du numéraire pour le compte des majeurs protégés :

Le comptable a précisé : " Le patient signe une procuration qui désigne un agent (infirmier le plus souvent) chargé de prendre l'argent. Ce dernier se présente au régisseur avec sa carte d'identité et celle du patient. Document justifiant le versement des fonds = ordre de paiement dûment acquitté. "

Le comptable a précisé : " Les règles particulières de la régie ont été fixées par la délibération portant création de la régie et ses amendements. "

La délibération portant création de la banque des malades précise : " En ce qui concerne les retraits, chaque malade intéressé aura à sa disposition un carnet de chèques dont chaque feuillet devra être visé préalablement à son encaissement par le médecin chef ou sa délégation pour les retraits sur pécule....Si le malade ne peut se déplacer ou ne sait pas signer, les infirmiers signeront en ses lieu et place ainsi que le régisseur qui attestera que le règlement a été effectué en présence desdits témoins qu'il désignera. "

La circulaire interministérielle du ministère de l'emploi et de la solidarité et du ministère de l'économie des finances et de l'industrie n° 2002-364 du 24 juin 2002 relative à la gestion des ressources des personnes protégées relevant d'un gérant de tutelle préposé dans les établissements publics de santé, sociaux et médico-sociaux.précise :

" Lorsqu'un préposé de l'établissement public est désigné comme gérant de la tutelle, le principe de séparation ordonnateur-comptable, énoncé dans le décret n° 62-1587 du 29 décembre 1962, impose que le maniement des fonds et la réalisation des opérations de trésorerie soient assurées par le comptable de l'établissement.....

Le non respect de ces dispositions expose le gérant de tutelle à être déclaré gestionnaire de fait par le juge des comptes...

L'ensemble de ces dispositions s'applique aux agents des établissements d'hébergement amenés

à gérer, sur quelque fondement que ce soit, les fonds de l'hébergé dont il incombe au seul comptable de manier les ressources en application des instructions n° 72-118-M2 du 29 septembre 1972 et n° 87-74-M2 du 18 juin 1987. "

S'agissant de la gestion des dépôts des hospitalisés, l'instruction du 18 juin 1987 prise pour application de l'article 59 de la loi n° 86-17 du 6 janvier 1986, prévoit que " les malades peuvent donner également procuration sous seing privé pour retirer les fonds à une personne de leur choix à l'exception des personnels administratif, médical et de soins. En tout état de cause, le personnel de l'établissement ne doit pas s'immiscer dans le maniement des fonds des malades. "

La chambre ne peut que rappeler le caractère irrégulier de cette pratique qui contrevient au principe de la séparation de l'ordonnateur et du comptable. Seul le comptable de l'établissement peut manier les fonds appartenant aux majeurs protégés.

Cette pratique a pour effet que de petites sommes en numéraire sont remises à des agents hospitaliers sans que la preuve puisse être apportée que le malade est bien le bénéficiaire final.

7.9.3. La procédure de paiement par mandats postaux est également source de fraude :

Jusqu'en juillet 2003, la gérante de tutelle utilisait, au profit de patients vivant à l'extérieur de l'établissement, la procédure du " mandat cash " qui impliquait que l'argent, retiré en numéraire, était remis par le régisseur à un vaguemestre.

La chambre note qu'il a été mis fin à cette pratique à la suite d'un incident où une partie des sommes avait disparue.

## 8. LES ASSOCIATIONS

8.1. L'hôpital subventionne des associations dont l'action s'intègre dans une démarche thérapeutique :

Cinq associations ont reçu des subventions de l'établissement durant les exercices 1997 à 2002 : l'association d'aide à la santé mentale (AASM), l'association " Recherche et Rencontres " de lutte contre l'isolement, l'association de réinsertion " Mosaïque ", l'association culturelle " 118 bis Astronef ", et l'amicale des hospitaliers.

Il est à noter toutefois que nombre de subventions versées par l'hôpital émanent en réalité d'autres organismes et le plus souvent de l'Etat.

Associations	1997	1998	1999	2000	2001	2002
AASM	1 396 000 F	1 403 000 F	1 163 000 F	1 093 000 F	1 375 000 F	/
Recherche et Rencontre	558 300 F	490 800 F	490 800 F	490 800 F	490 800 F	74 822 € (490 832 F)
Mosaïque	/	/	240 000 F	/	/	/
118 bis Astronef	/	/	/	50 000 F	30 000 F	7 622 € (50 000 F)
Amicale des hospitaliers	7 000 F	7 000 F	7 000 F	7 000 F	7 000 F	1 067 € (7 000 F)

Hormis l'amicale des hospitaliers qui concerne le personnel de l'établissement et bénéficie d'ailleurs d'une subvention annuelle modeste, les associations en cause ont toutes un objet social qui s'intègre dans une démarche thérapeutique visant à prévenir, prolonger ou accompagner l'action de l'hôpital.

8.2. Les conventions passées entre le CHS et les associations subventionnées présentent toutefois certaines irrégularités :

8.2.1. Les formalités permettant d'établir le caractère réel d'un accord ne sont pas toujours respectées :

Les conventions produites ne sont pas toutes dûment datées et signées.

S'agissant de l'AASM, une première convention a été signée entre le directeur du CHS et le président de l'association le 28 mars 1991. Une seconde convention paraît avoir été conclue le 26 mars 1999. Mais l'exemplaire adressé à la chambre est revêtu d'un cachet intitulé " document de travail " et ne comprend aucune signature des parties.

S'agissant de l'association " Recherche et Rencontres ", le document produit intitulé convention est uniquement signé par le président de l'association mais ne comporte ni la signature du directeur du CHS ni de date précise , seulement la mention " 1986 ".

Or, l'article 10 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations est formulé ainsi : " L'autorité administrative qui attribue une subvention, doit lorsque cette subvention dépasse un seuil défini par décret, conclure une convention avec l'organisme de droit privé qui en bénéficie, définissant l'objet, le montant et les conditions d'utilisation de la subvention attribuée. "

L'article 1er du décret 2001-495 du 6/06/2001 précise ce seuil de la façon suivante : " L'obligation de conclure une convention, s'applique aux subventions dont le montant annuel dépasse la somme de 23 000 euros (150 870 F). "

Cette obligation de conclure une convention s'applique aux décisions attributives de subventions,

intervenues à compter de la date de publication du décret du 6 juin 2001 susvisé, soit le 10 juin 2001.

Le CHS doit se conformer à la réglementation en vigueur pour l'avenir.

8.2.2. Certaines conventions présentent un contenu insuffisant au regard de leur objet :

Tel est le cas de la convention signée entre le CHS, l'AASM et l'association Mosaïque le 17 décembre 1998. Cette convention qui tient en quelques lignes précise : " Il est passé convention en vue de favoriser les projets de l'association Mosaïque en prélevant sur la subvention annuelle versée à l'AASM une somme de 240 000 F qui sera versée par le CHS à l'association Mosaïque. Ce versement est non reconductible et effectué en une seule fois. L'association Mosaïque s'engage à produire à l'AASM tous les justificatifs usuellement exigés par celle-ci".

En ne précisant pas dans la convention quels sont " les projets de l'association Mosaïque ", le CHS n'a pas donné une définition précise des obligations réciproques des parties. En outre, le CHS n'a exigé aucun compte rendu d'activité alors qu'il s'agissait d'un emploi de fonds publics.

8.3. Le contrôle de l'utilisation des fonds versés par l'hôpital se révèle défaillant :

8.3.1. Les comptes d'emploi des subventions ne paraissent pas toujours exigés par le CHS.

L'association " Recherche et Rencontres " est censée communiquer chaque année, avant le 31 mai, un compte des recettes et des dépenses de l'année écoulée. Or, il apparaît selon un courrier du 22 décembre 2003 que c'est seulement en cours d'instruction donc après le questionnaire du rapporteur que les statuts de l'association, la convention avec le CHS et les bilans financiers des exercices 1997 à 2002 ont été produits par la directrice de l'association au directeur du CHS, à la demande de ce dernier.

Les rapports d'activité des exercices 2001 et 2002 n'ont pas été produits.

8.3.2. Les comptes rendus financiers des subventions adressés par les associations ont un contenu insuffisant pour apprécier le contrôle de l'utilisation des fonds versés.

Les comptes rendus financiers se résument au bilan et au compte de résultat de l'exercice écoulé, qui donnent des informations très générales.

8.3.3. Le CHS ne veille pas toujours à faire respecter les modalités financières fixées à l'association par la convention.

Selon l'article 8 de la convention signée en 1986 : " Le personnel médical, para-médical et administratif sera rémunéré selon les échelles indiciaires applicables pour chaque catégorie

d'emploi, aux agents des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

Si aucun tarif ne fixe le taux des vacances, le montant horaire de la rémunération sera égal à la partie du traitement annuel s'appliquant à la catégorie correspondante dans la fonction publique.

L'effectif est fixé ainsi :

- un responsable rémunéré sur la base du salaire d'un infirmier,
- un médecin vacataire,
- une assistante sociale à plein temps ou deux assistantes sociales à mi-temps,
- une secrétaire à trois quarts de temps. "

Or, à l'examen des états de frais joints aux mandats, il apparaît que ces données ne sont pas respectées aussi bien au niveau du plafonnement des salaires (salaire de la directrice supérieur de 2 400 F/ mois minimum) que de l'effectif fixé (une seule assistante sociale à mi-temps, la psychologue est également à mi-temps, absence de secrétaire jusqu'en octobre) :

8.3.4. Le CHS ne connaît pas le coût exact des associations subventionnées au regard de sa participation hors subvention, notamment des moyens financiers, matériels et humains laissés à la charge de l'hôpital.

Le CHS n'a pas procédé à une valorisation des concours qu'il apporte en nature tels la mise à disposition gratuite de locaux, d'une part du personnel et la prise en charge directe de certaines dépenses.

Un tableau a été établi par l'hôpital en réponse au questionnaire du rapporteur, qui procède à la valorisation des moyens mis à disposition de l'AASM pour les exercices 1998 à 2002.

8.3.5. Les comptes et budgets des associations sollicitant une subvention quand ils sont produits ne font pas l'objet d'un examen suffisamment attentif de la part des services du CHS.

Le CHS n'a pas exigé les justificatifs des dépenses engagées ni cherché à établir une grille d'analyse des coûts alors que les documents comptables fournis par les associations révélaient des résultats déficitaires d'un montant relativement important au regard de la subvention attribuée.

Pa401910

AASM	1998	1999	2000	2001
<b>Subvention</b>	<b>1 413 417 F</b>	<b>1 163 000 F</b> (car 240 000 F alloué à Mosaïque)	<b>1 102 998 F</b>	<b>1 385 000 F</b>
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>162 623 F</b>	<b>- 329 740 F</b> (28 % de la subv.)	<b>- 511 135 F</b> (46 % de la subv.)	<b>107 511 F</b>

ASTRONEF	2000	2001	2002
<b>Subvention selon CH</b>	<b>50 000 F</b>		
<b>Subventions DRAC et ARH à l'hôpital</b>	<b>20 000 F</b>	<b>70 000 F</b>	<b>100 000 F</b>
<b>Total des subventions allouées</b>	<b>240 000 F</b>	<b>890 000 F</b>	<b>1 076 318 F</b>
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>23 480 F</b>	<b>- 89 537 F</b>	<b>- 11 204 F</b>

Recherche et Rencontres	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Subvention selon CH</b>	<b>558 300 F</b>	<b>490 800 F</b>	<b>490 800 F</b>	<b>490 800 F</b>	<b>490 800 F</b>	<b>490 800 F</b>
<b>Subvention selon comptes de l'association</b>					<b>529 941 F</b>	<b>490 800 F</b>
<b>Total des subventions allouées</b>	<b>645 800 F</b>	<b>923 127 F</b>	<b>593 912 F</b>	<b>563 745 F</b>	<b>579 452 F</b>	<b>579 452 F</b>
<b>Résultat de l'exercice</b>	<b>- 6 718 F</b>	<b>18 612 F</b>	<b>- 12 600 F</b>	<b>- 45 802 F</b>	<b>- 33 409 F</b> (6 % de la sub du CH)	<b>- 191 525 F</b> (39 % de la sub du CH)

8.3.6. L'examen des subventions attribuées montre que le versement d'une subvention nouvelle l'année suivante n'est pas subordonné à l'examen du compte d'emploi de la subvention précédente.

D'une part, les subventions peuvent être allouées pour un montant identique chaque année (exemple : 490 800 F pour l'association Recherche et Rencontres sur la période 1998 à 2002).

D'autre part, les subventions peuvent être réduites en fonction du montant de la trésorerie apparaissant aux comptes de l'association. L'exemple de l'AASM paraît significatif à ce titre pour la subvention qui lui a été attribuée en 2000. S'agissant de l'exercice 2001, le montant de la subvention a de nouveau été augmenté de 25 % au motif qu'un programme d'équipement avait été sollicité par l'association à hauteur de 28 000 F. En outre, le compte rendu du conseil d'administration du 21 mars 2001 précise : " En ce qui concerne les comptes de l'association, les excédents ont été réduits en 2 ans de 959 000 F (disponibilités au bilan au 31/12/1998) à 118 000 F. "

8.4. La gestion du fonds de solidarité et du compte pécule servi au titre du travail thérapeutique par l'AASM contrevient aux règles de la comptabilité publique.

8.4.1. L'association se substitue au comptable public dans l'encaissement des recettes et le paiement des dépenses :

L'AASM a été chargée par convention signée le 28 mars 1991 entre le directeur du CHS et le président de ladite association :

- d'alimenter le compte fonds de solidarité des malades mentaux et le compte pécule servi au titre du travail thérapeutique, le paiement en étant effectué par la régie de l'établissement dénommée banque des malades. Dans le cadre de cette délégation, la convention précise que l'AASM devra veiller à l'application des principes fondamentaux du service public qui prévoit l'égalité des malades mentaux devant le service public hospitalier notamment en ce qui concerne le pécule complémentaire et le fonds de solidarité.

A cette fin, l'AASM procèdera à la répartition des fonds.

La convention du 26 mars 1999, intitulée document de travail, prévoit que l'association s'engage à gérer le fonds de solidarité des malades mentaux.

D'autre part, une délibération du conseil d'administration en date du 28 novembre 1990 " accepte que le montant de la subvention allouée annuellement à l'association soit augmentée des crédits à supprimer sur les comptes annoncés ci-après c/6586 H - fonds de solidarité (montant base 1990 : 23 700 F). Etant bien entendu que la destination des crédits reste inchangée ".

Enfin, le rapport d'orientation 2002 précise que par délibération du 22 février 1989, l'intégralité du pécule versé aux malades est transformée en subvention.

L'arrêté du 5 février 1938 portant règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques modifié, prévoit, aux termes de son article 177, en ce qui concerne l'attribution du pécule, un état " visé par le médecin chef constate les droits à rémunération de chaque malade. Les sommes revenant aux intéressés sont liquidées chaque mois et font l'objet d'un mandat émis sur les crédits ouverts au budget. Ce mandat est transmis au receveur qui en impute le montant au compte ouvert parmi les comptes de tiers pour suivre les opérations se rapportant au pécule de base ou au pécule complémentaire. "

Selon l'article 181 du même arrêté : " " Il est constitué un fonds de solidarité alimenté d'une part à l'aide d'une dotation inscrite au budget et d'autre part par une partie des excédents des ateliers médicaux sur lequel sont prélevés les prêts ou dons jugés nécessaires pour permettre à certains malades de faire face à leurs premiers besoins lors d'une sortie définitive ou d'essai ou de permission ".

S'agissant de la procédure comptable, l'instruction M21 précise que :

- le compte 46331 " Pécule " est crédité du montant des charges portées au débit du compte 6582 " Pécule ". Il est débité par le crédit du compte 515 - compte au Trésor ou par le crédit du compte 7718 - Autres produits exceptionnels sur opérations de gestion. "

- le compte 46332 " Autres fonds en dépôt- Fond de solidarité " est crédité du montant des charges portées au débit du compte 6586 " Fonds de solidarité ". Il est débité du montant des dépenses de faible montant effectuées dans l'intérêt des malades indigents.

S'agissant du fonds de solidarité, à la demande d'expliquer l'absence d'ouverture du compte 6586 à la balance générale des comptes et donc l'absence d'émission de mandat, le comptable a répondu :

" Ce fonds est géré par une association qui fournit à l'ordonnateur un relevé détaillé des aides versées. Ces versements sont justifiés par l'établissement d'un reçu établi en 3 exemplaires acquitté par le patient. Un exemplaire est destiné au patient lui-même, un au service qui a accordé l'aide et un à la comptabilité. "

Le terme de " gestion " employé par la convention du 28 mars 1991 ne pouvait avoir pour conséquence de permettre à l'AASM de se substituer au comptable public du CHS dans l'encaissement des recettes et le paiement des dépenses et tout particulièrement celles prévues par l'arrêté du 4 février 1958 relatif à l'organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques (cet arrêté modifie l'arrêté du 5 février 1938 portant règlement intérieur des hôpitaux psychiatriques).

a) En ce qui concerne la gestion du fonds de solidarité :

Selon les termes de la convention, l'association a été chargée de la gestion du fonds de solidarité qui devait être alimenté annuellement par une subvention versée par le CHS et par une partie des excédents de recettes découlant du produit du travail thérapeutique effectué par les malades.

Pour assurer cette gestion, l'association aurait pu être nommée régisseur et comme tel agir pour le compte du comptable public mais il est établi qu'elle ne l'a jamais été.

L'arrêté du 4 février 1958 a institué un " fonds de solidarité " dont l'objet est d'assurer aux malades qui en ont besoin soit sous forme de prêt soit sous forme de secours non remboursable une aide matérielle au moment de leur sortie. Les opérations du fonds de solidarité devront être décrites à un compte de tiers ouvert dans les écritures du receveur, compte 6586.

Il n'est pas contestable que l'association qui intervient comme entrepreneur de travaux à façon

dégage des excédents dont une partie est destinée à alimenter le fonds de solidarité ; (Art 7-5 de la convention signée le 28 mars 1991 : Affectation des résultats du travail thérapeutique. Les excédents de recettes découlant du produit du travail sont utilisés dans les conditions prévues par les textes, à savoir : arrêté du 4/02/1958 175 bis ; b) l'alimentation du fonds de solidarité du service) ; il est non moins certain que les opérations du fonds de solidarité ne sont pas décrites dans les écritures du comptable patent.

En conséquence, force est de constater qu'aux termes de l'article 60-XI de la loi

n° 63-156 du 23 février 1963, l'AASM a "procédé à des opérations portant sur des fonds ou valeurs n'appartenant pas aux organismes publics, mais que les comptables publics sont exclusivement chargés d'exécuter en vertu de la réglementation en vigueur".

b) En ce qui concerne le pécule de base et le pécule complémentaires des malades :

L'arrêté du 4 février 1958 portant organisation du travail thérapeutique dans les hôpitaux psychiatriques, prévoit aux termes de son article 175 : " Pour chaque journée de travail, le malade perçoit une allocation journalière dite pécule de base. "

Selon l'article 175 bis du même arrêté : " Les excédents de recettes découlant du produit du travail sont utilisées comme suit :

Alimenter le fonds de solidarité ;

Financer des dépenses faites dans l'intérêt collectif d'un groupe de malades ;

Accorder aux malades une allocation complémentaire au pécule de base. Le montant de cette allocation complémentaire est fixé pour chaque malade par le médecin chef de service. "

Selon les termes de l'article 2 de la convention, l'association est chargée d'alimenter le compte pécule servi au titre du travail thérapeutique, le paiement en étant effectué par la régie de l'établissement dénommée Banque des malades.... L'AASM procédera à la répartition des fonds. "

Par délibération du 22 février 1989, l'intégralité du pécule versé aux malades a été transformée en subvention.

Selon l'article 7-5 de ladite convention : Le pécule complémentaire des malades travaillant dans les ateliers thérapeutiques est à la charge de l'AASM et prélevé sur les excédents de recettes découlant du produit du travail.

Aux termes de l'article 177 de l'arrêté du 4 février 1958 précité : un état " visé par le médecin chef constate les droits à rémunération de chaque malade. Les sommes revenant aux intéressés sont

liquidées chaque mois et font l'objet d'un mandat émis sur les crédits ouverts au budget. Ce mandat est transmis au receveur qui en impute le montant au compte ouvert parmi les comptes de tiers pour suivre les opérations se rapportant au pécule de base ou au pécule complémentaire. "

Les deux pécules doivent donc toujours être imputés en dépenses au budget de l'établissement au compte 6582.

Or, les écritures du receveur ne retracent pas la prise en charge du pécule de base ni du pécule complémentaire. En conséquence, on doit en déduire que l'AASM a également été amenée à ce titre à " procéder à des opérations portant sur des fonds ou valeurs n'appartenant pas aux organismes publics, mais que les comptables publics sont exclusivement chargés d'exécuter en vertu de la réglementation en vigueur ".

En conclusion, il apparaît que les représentants de l'association ont manié eux-mêmes le pécule complémentaire et le fonds de solidarité ; Ils se sont ainsi ingérés sans titre légal pour le faire dans le recouvrement des recettes et le paiement de dépenses qui par nature et conformément à la loi sont de la compétence exclusive du comptable public du CHS.

8.5. Les associations subventionnées par le CHS ne disposent pas toutes d'une réelle autonomie de gestion par rapport à cet établissement.

8.5.1. S'agissant de l'AASM :

Le bureau et le conseil d'administration de l'association sont composés essentiellement de fonctionnaires et de membres du personnel de cet établissement.

Le président de l'association est un médecin du CHS. Le conseil d'administration comprend 2 représentants désignés par chaque collectif de sociothérapie, deux représentants par activité intersectorielle, un représentant désigné par le CH, le directeur du CH, l'agent affecté par le CH pour assurer la fonction de trésorière de l'association, un représentant de la Fédération des Croix-Marine, 2 représentants du personnel non soignant, 6 représentants des patients, 6 représentants des soignants.

L'association est gérée par des fonctionnaires du CHS.

Un agent a été affecté par le CH pour assurer la fonction de trésorière de l'association (statuts AASM du 6/01/1999).

La convention signée le 28 mars 1991 précise que " sont mis à la disposition de l'AASM par le CHS :

- pour les besoins de la gestion associative : un poste d'ergothérapeute, un temps partiel de

secrétaire, un temps partiel de comptable.

- pour les besoins de la thérapie : un certain nombre de postes de travail.

Dans la mesure de ses possibilités, le CHS met à la disposition de l'association le personnel infirmier et d'ergothérapie nécessaire à l'encadrement du travail des malades. "

Au demeurant, les comptes financiers de l'association ne font apparaître aucun salaire ou traitement réglés par l'association.

Les locaux de l'association appartiennent au CHS qui les met à titre gratuit à sa disposition.

La convention précitée indique en son article 5-1 : " Afin de faciliter le bon fonctionnement administratif de l'association, le CHS met à titre gratuit à sa disposition des locaux. Pour les ateliers, le CHS fournit les locaux nécessaires spécialement aménagés à cette fin. "

d) Le budget de l'association est alimenté à titre principal par le CHS.

L'association ne perçoit qu'une subvention, la subvention de fonctionnement versée par le CHS (1 103 000 F en 2000 et 1 385 000 F en 2001). Cette subvention représentait en 2000, 62 % du chiffre d'affaires net de l'association et 69 % en 2001. Le CHS verse également à l'association des transferts de charges- 180 835 F en 2000 et 167 499 F en 2001 (remboursement kilométriques, dépannage, assurance sinistre, opérations internes). Les adhésions à l'association représentent une quantité négligeable (135 F en 2000 et 92 F en 2001).

En conséquence, il apparaît que l'AASM est dépourvue de toute autonomie à l'égard du CHS et n'a pas d'existence réelle distincte de celui-ci. Il en résulte que les fonds versés par le CHS pourraient être regardés comme n'ayant pas perdu leur caractère de deniers publics et leur maniement en dehors de la caisse du comptable public et d'une régie régulièrement instituée comme constitutif de gestion de fait.

8.5.2. S'agissant de l'association Recherche et Rencontres :

Le budget de l'association est alimenté à titre principal par le CHS suite à la présentation par l'association de mémoires mensuels.

Le CHS participe aux dépenses de personnel et aux frais généraux de l'association sur la base d'un montant forfaitaire limitatif, même s'il est vrai, comme le souligne le directeur de l'hôpital, que ce faisant l'établissement se borne à reverser la subvention qui lui est attribuée à cette fin par la direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS).

La convention prévoit que le budget prévisionnel de fonctionnement sera présenté avant le 1er

novembre en vue de son approbation par le CHS et la DDASS. Il comporte les dépenses de personnel et les frais généraux (loyer + charges locatives + électricité + téléphone + chauffage + entretien des locaux). Le remboursement des dépenses de fonctionnement est assuré sur présentation de mémoires mensuels réglés au moyen de mandats par le comptable public.

L'association a perçu ainsi 490 800 F en 2002. Cette subvention représentait en 2002, 79 % des subventions allouées (84 % en 2001), la différence étant représentée par une subvention du département (125 550 F en 2002). Les cotisations des membres (394 F en 2002) et la participation des usagers (7 294 F en 2002) représentent une quantité négligeable.

On observe que le montant des dépenses de personnel (rémunérations + charges sociales) s'élevait en 2002 à 684 996 F (521 033 F en 2001). La subvention versée par le CHS (490 800 F) ne suffit pas à couvrir le montant de ces dépenses.

La gestion de l'association est, selon la convention conclue, placée sous le contrôle du personnel médical du CHS

Aux termes de l'article 3 de la convention : " l'association est intégrée dans le dixième secteur de psychiatrie générale rattachée au CHS. Elle est à ce titre placée sous le contrôle technique du praticien responsable du secteur. " alors même que, selon la direction de l'hôpital, dans les faits, aucun psychiatre de l'établissement n'en valide l'activité.

D'autre part, le contrôle des salaires est exercé par un médecin du CHS.

Selon l'article 6 : " Le nombre d'heures nécessaires pour permettre au personnel médical et paramédical d'accomplir ses fonctions est évalué d'après l'activité réelle de la consultation. L'appréciation de cette activité est faite sur la base des relevés statistiques établis par le psychiatre de l'association sous le contrôle du médecin chef de secteur responsable...Les états de salaires seront visés par le médecin responsable ".

La convention de 1986 signée avec le CHS a fixé l'effectif et les seuils de rémunération à respecter au sein de l'association.

Selon l'article 8 de la convention signée en 1986 : " Le personnel médical, para-médical et administratif sera rémunéré selon les échelles indiciaires applicables pour chaque catégorie d'emploi, aux agents des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure publics.

Si aucun tarif ne fixe le taux des vacances, le montant horaire de la rémunération sera égal à la partie du traitement annuel s'appliquant à la catégorie correspondante dans la fonction publique.

L'effectif est fixé ainsi :

- un responsable rémunéré sur la base du salaire d'un infirmier,
- un médecin vacataire,
- une assistante sociale à plein temps ou deux assistantes sociales à mi-temps,
- une secrétaire à trois quarts de temps. "

L'association ne dispose pas d'une véritable subvention de fonctionnement. Ses états de dépenses relatifs aux salaires, charges sociales et à son fonctionnement sont produits au directeur du CHS tous les mois pour paiement. Force est donc de constater que cette association, dont la direction de l'hôpital a souligné la situation financière fragile, ne dispose pas d'une véritable autonomie de gestion.

#### 8.5.3. S'agissant de l'association Astronef :

a) 90 % du budget de l'association est alimenté par des subventions publiques (compte de résultat 2002), et le CHS prend en outre à sa charge d'importantes dépenses.

Les subventions proviennent tant de l'Etat que des collectivités territoriales voire des fonds européens. Elles représentent en 2001, 141 778 euros, en 2002, 173 187 euros et en 2003 encore 150 102 euros.

Le CHS prend également à sa charge diverses dépenses en vertu de la convention de co-gestion signée (dépenses de travaux, d'équipement, frais de gestion générale, mise à disposition d'agents du CHS). Les seules dépenses d'exploitation de l'année 2002 pour l'activité théâtre se sont élevées à 248 056 euros. Les dépenses d'investissement de 2000 à 2002 ont représenté 763 112 euros dont le financement a été exclusivement assuré par l'hôpital à hauteur de 259 735 euros.

b) L'association est domiciliée au CHS. Les locaux appartiennent au CHS. Aucun loyer n'est réglé par l'association.

c) Le bureau de l'association est composé pour l'essentiel de personnel et fonctionnaires du CHS.

Selon les statuts établis le 29/05/2000 :

Sont membres de droit de l'association :

le directeur du CHS,

le président de la commission médicale d'établissement,

le président de l'association AASM qui n'est autre qu'un médecin du CHS.

le président de l'amicale du personnel du CHS qui n'est autre que le directeur adjoint du CHS chargé des services économiques.

On observe que le président de l'association Astronef, médecin au CHS est également président de l'association AASM. Le trésorier est un infirmier surveillant chef du CHS.

Or, cette association gère un budget relativement important - 183 841 euros (1 205 918 F) en 2002 dont l'achat de spectacles représente la charge la plus importante - 104 248 euros (683 822 F) en 2002.

Son autonomie devrait être mieux organisée par une convention définissant avec précision ses attributions. Elle devrait être également dotée d'organes de direction indépendants du CHS et ses fonds et matériels devraient être gérés par des agents de l'association et non plus par des fonctionnaires de l'administration avec laquelle elle a signé une convention.

En conclusion :

Le CHS doit se conformer pour l'avenir aux dispositions de l'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé :

Art 6 II- " L'article L3221-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

Afin de mettre en oeuvre une démarche thérapeutique préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association de soins, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association, peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales.

Le médecin responsable de la démarche thérapeutique est le garant de la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier peut contribuer au fonctionnement et aux activités de l'association.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation

des moyens mis à sa disposition. "

La chambre note avec satisfaction que l'établissement, depuis quelques semaines, a mis en place une structure administrative de coordination (" Maison des Associations ") qui devrait permettre de régulariser les relations entre le centre hospitalier Edouard Toulouse et les différentes associations, conformément aux dispositions précitées de l'article L. 3221-2 du code de la santé publique.

Le Président,

A. PICHON

Réponse de l'ordonnateur 1 :

[PAO12100401.pdf](#)

Réponse de l'ordonnateur 2 :

[PAO12100402.pdf](#)

ANNEXES :

## TABLEAU DE BORD DES INDICATEURS FINANCIERS DE L'HOPITAL

<b>Etablissement</b>	<b>CHS E.TOULOUSE</b>
<b>Département</b>	<b>013</b>
<b>Numéro FINESS</b>	<b>130780554</b>
<b>Dernier exercice clos</b>	<b>2002</b>
<i>Charges de fonctionnement :</i>	52.821 K€
<i>Actif brut :</i>	39.178 K€
<i>Poids des BA dans les charges totales de fonctionnement:</i>	4,21 %
<i>Catégorie:</i>	C. H. Spécialisés

VOLET 1 : FICHE FINANCIERE	2000	2001	2002
<b>N° GRANDEURS BILANTIELLES AU 31.12.</b>			
10 - FRI (ressources / emplois) (en %)	107,0	100,5	101,3
11 - FRE (ressources / emplois) (en %)	161,1	162,1	164,3
12 - FRNG (en K€)	4.031,5	2.550,3	2.874,3
13 - FRNG (ressources/emplois) (en %)	114,7	108,8	109,3
14 - BFR (définition du contenu) (en K€)	2.086,2	1.907,8	838,2
15 - Trésorerie (définition du contenu) (en K€)	1.945,3	642,6	2.036,1
<b>RATIOS LIÉS A LA DETTE</b>			
20 - Durée apparente de la dette (en années)	4,16	2,05	2,20
21 - Indépendance financière (en %)	39,8	28,1	25,5
22 - Remboursement annuité K/Amort (en %)	46,8	47,1	34,2
23 - Taux d'intérêt de la dette (nombre)	5,55	7,38	4,18
<b>INVESTISSEMENTS</b>			
30 - Actifs immobilisés bruts (en K€)	23.447,0	25.016,6	26.833,9
31 - Amortissements de l'exercice (en K€)	1.431,9	1.461,9	1.671,7
32 - Taux de renouvellement des immob. (en %)	6,17	7,82	6,77
33 - Taux de vétusté des équipements (en %)	63,14	63,42	68,34
34 - Taux d'Autofinancement (en %)	2,89	3,78	3,16
35 - Taux de marge brute (en %)	4,27	4,29	4,05
36 - Poids des amortissements/MargeBrute (en %)	67,6	67,1	78,1
37 - Poids des frais financiers/MargeBrute (en %)	14,8	16,8	7,4
<b>EXPLOITATION</b>			
40 - Evolution des produits bruts (indice base N-4)	101,75	104,31	108,54
41 - Evolution des produits bruts 74 75 (indice base N-4)	129,28	131,54	137,96
42 - Evolution des consommations intermédiaires (indice base N-4)	108,46	104,48	112,23
43 - Evolution des Charges de personnel (indice base N-4)	102,36	106,15	110,58
44 - Evolution des amortissements (indice base N-4)	111,02	113,34	129,61
45 - Taux de charges sur exercices antérieurs (en %)	0,18	0,07	0,24
46 - Taux d'évolution des charges rattachées (indice base N-4)	28,04	75,95	75,18
47 - Résultat net comptable (en K€)	427,5	343,6	546,4
48 - Résultat administratif de l'ordonnateur (en K€)	915,6	464,9	587,3
<b>RECOUVREMENTS ET REGLEMENTS</b>			
50 - Restes à Recouvrer générés par les produits bruts (en %)	2,79	3,28	2,78
51 - Délai de rotation des dettes fournisseurs (en jours)	10,3	7,2	25,8
52 - Régularité du mandatement de la Taxe sur les salaires (en %)	9,39	9,40	9,27

## Bilan fonctionnel - PASSIF

### CHS E.TOULOUSE

FINISS: 130780554

PASSIF	1998	1999	2000	2001	2002
Apports	4.220	4.357	4.627	4.869	5.030
Excédents affectés à l'investissement	1.568	1.668	1.912	2.672	3.134
Subventions d'investissement	138	0			
Provisions réglementées					
Emprunts et dettes assimilés	4.889	5.328	5.959	3.928	3.685
Amortissements	10.254	11.233	12.657	13.734	15.406
Provisions					
<b>I - Financements stables</b>	<b>21.069</b>	<b>22.586</b>	<b>25.154</b>	<b>25.203</b>	<b>27.256</b>
FDR D'INVESTISSEMENT	1.575	966	1.640	118	355
Réserve de trésorerie	5.221	5.221	5.221	5.221	5.221
Réserve de compensation					
Excédents affectés à :					
* la réduction des charges d'exploitation					
* au financement des mesures d'exploitation	1	0	229	155	3
Report à nouveau déficitaire	-694	-332	-266	-526	-492
Résultat comptable	463	538	427	344	548
Provisions pour risques et charges	526	526	526	983	983
Autres provisions	2	172	172	172	172
<b>II - Financements stables d'exploitation</b>	<b>5.518</b>	<b>6.125</b>	<b>6.309</b>	<b>6.349</b>	<b>6.436</b>
FDR D'EXPLOITATION	1.601	2.208	2.392	2.432	2.519
FDR NET GLOBAL (positif)	3.177	3.174	4.032	2.550	2.874
<b>Dettes d'exploitation</b>	<b>4.196</b>	<b>3.432</b>	<b>3.150</b>	<b>2.911</b>	<b>4.325</b>
Dettes fournisseurs	2.939	2.832	979	828	1.131
Dettes fiscales et sociales	1.001	600	2.170	2.082	3.193
Avances des collectivités locales	256	0	1	1	1
<b>Dettes hors exploitation</b>	<b>268</b>	<b>137</b>	<b>121</b>	<b>872</b>	<b>204</b>
Dettes sur immobilisations	185	38	67	41	141
Recettes à classer	50	76	5	805	52
Produits constatés d'avance					
Autres comptes créditeurs	33	23	48	26	11
<b>III - Financements d'exploitation</b>	<b>4.464</b>	<b>3.569</b>	<b>3.271</b>	<b>3.783</b>	<b>4.529</b>
EFE					
Fonds déposés par les malades	726	807	1.022	834	947
Intérêts courus non échus	62	85	74	47	11
Crédits de trésorerie				0	0
Autres soldes créditeurs classe 5	0	0	0	0	0
<b>IV - Financements à court terme</b>	<b>788</b>	<b>892</b>	<b>1.097</b>	<b>881</b>	<b>958</b>
TRESORERIE NEGATIVE					
<b>TOTAL PASSIF</b>	<b>31.839</b>	<b>33.172</b>	<b>35.830</b>	<b>36.217</b>	<b>39.178</b>

Les montants sont exprimés en milliers d'euro

# Bilan fonctionnel - ACTIF

## CHS E.TOULOUSE

FINESS: 130780554

ACTIF	1998	1999	2000	2001	2002
<b>IMMOBILISATIONS INCORPORELLES</b>	312	312	312	312	312
Immobilisations incorporelles	312	312	312	312	312
Charges à répartir (immobilisations)					
Charges à répartir (exploitation)					
<b>IMMOBILISATIONS CORPORELLES</b>	19.104	21.234	23.133	24.704	26.522
Terrains	81	81	81	80	80
Immobilisations en cours / terrains					
Constructions	9.768	11.669	12.802	13.200	13.673
Constructions en cours	459	122	91	586	1.031
Installations, matériel et outillage	8.796	9.363	10.159	10.839	11.514
Immobilisations en cours (IGAAC, divers)	0	0		0	
Avances acomptes sur commandes immo. corporelles					224
Immobilisations incorporelles en cours					
Immo. en concession et droits des concédants					
<b>IMMOBILISATIONS FINANCIERES</b>	78	74	69	69	66
Participations et créances					
Autres immobilisations financières	78	74	69	69	66
<b>I - Biens stables</b>	19.493	21.620	23.515	25.085	26.900
<b>FDR D'INVESTISSEMENT</b>					
Créance de l'article 58	3.917	3.917	3.917	3.917	3.917
Créance de la sectorisation psychiatrique	0	0	0	0	0
<b>II - Biens stables d'exploitation</b>	3.917	3.917	3.917	3.917	3.917
<b>FDR D'EXPLOITATION</b>					
<b>FDR NET GLOBAL (négatif)</b>					
Stocks	176	212	209	212	233
Hospitalisés et consultants	2.206	2.129	1.734	1.682	1.578
Caisse Pivot (solde cf créance art 58)	1.705	1.519	1.536	-3.917	1.727
Autres tiers payants	648	610	663	6.057	724
Créances admises en non valeur	91	0	0	96	0
Sécurité Sociale	0	0	0	0	0
Etat et collectivités locales	0	0	0	0	11
Charges constatées d'avance					
Autres créances	1.104	1.097	1.099	1.558	1.084
Dépenses à classer	5	111	116	4	12
<b>III - Biens d'exploitation</b>	5.938	5.679	6.357	5.691	5.367
BFRE	1.740	2.247	2.207	2.780	1.042
BFR	1.472	2.110	2.086	1.908	838
Valeurs mobilières de placement	0				
Disponibilités	2.493	1.956	3.042	1.423	2.994
Dotations Globales de Financement attendue	0	0	0	100	0
<b>IV - Liquidités</b>	2.493	1.956	3.042	1.523	2.994
<b>TRESORERIE POSITIVE</b>	1.705	1.064	1.945	643	2.036
<b>TOTAL ACTIF</b>	31.839	33.172	35.830	36.217	39.178

Les montants sont exprimés en milliers d'euro

