

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

Marseille le 04 octobre 2006

Référence à rappeler :

Greffe/SR n° 2051

Recommandé avec AR n°726987885fr

Monsieur le Président,

La chambre lors de sa séance du 19 juillet 2006 a arrêté ses observations définitives sur la gestion du centre hospitalier de Brignoles.

Vous voudrez bien trouver sous ce pli le rapport d'observations définitives, auquel est jointe la réponse du Directeur en fonctions.

En application des dispositions de l'article R. 241-17 cité ci-dessus, il vous appartient de transmettre ce rapport au conseil d'administration. Conformément à la loi, l'ensemble doit :

1. faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de la plus proche réunion du conseil d'administration ;
2. être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres ;
3. donner lieu à débat.

Vous voudrez bien informer le greffe de la chambre de la date à laquelle le rapport d'observations aura été porté à la connaissance du conseil d'administration.

Après cette date, en application des dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, le document final sera considéré comme un document administratif communicable à toute personne en faisant la demande, dans les conditions fixées par la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

Enfin, je vous précise qu'en application des dispositions de l'article R. 241-23 du même code, le rapport d'observations définitives est transmis au préfet, au directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et au trésorier-payeur général.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de ma considération distingu e.

Monsieur Jean-Pierre GUERCIN

Président du conseil d'administration

du centre hospitalier de Brignoles

Hôtel de Ville

9, place Caramy

83170 BRIGNOLES

Le Président

Bertrand SCHWERER

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE ALPES CÔTE D'AZUR

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION

DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL DE BRIGNOLES

(Var)

  partir de l'exercice 1995

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Brignoles à partir de l'année 1995 qui a été confié à Mme Girard, premier conseiller. Par lettre en date du 8 juillet 2005, le président de la chambre en a informé M. Ghizzoni, directeur du centre hospitalier.

Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 12 décembre 2005 entre M. Ghizzoni et le rapporteur.

Lors de sa séance du 3 février 2006, la chambre, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises le 11 avril 2006 dans leur intégralité à M. Ghizzoni et, pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause. M. Ghizzoni a répondu le 8 juin 2006, l'une des personnes mises en cause le 29 mai.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du Gouvernement, la chambre a arrêté, le 19 juillet 2006, le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante : M. Bertrand Schwerer, président, Mme Latgé, conseiller et Mme Elisabeth Girard, conseiller-rapporteur.

Le rapport a été communiqué par lettre du 17 août 2006 à M. Ghizzoni, directeur en fonctions. Il disposait d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre sa réponse aux observations définitives.

M. Ghizzoni a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe au présent rapport d'observations définitives.

Ce rapport devra être communiqué par le Président du conseil d'administration 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.

L'activité du centre hospitalier et le projet d'établissement :

L'activité,

L'établissement affiche une activité soutenue se traduisant par des taux d'occupation élevés, notamment en chirurgie, et des durées moyennes de séjour relativement courtes :

EVOLUTION DU TAUX D'OCCUPATION

Pa602101

SERVICES	2000	2001	2002	2003	2004
TOTAL M C O	79.20	87.25	82.63	86.20	88.89

EVOLUTION DU NOMBRE D'ENTREES

Pa602102

SERVICES	2000	2001	2002	2003	2004
TOTAL M C O	8 572	8 672	8 419	8447	8 750

EVOLUTION DE LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR

Pa602103

SERVICES	2000	2001	2002	2003	2004
TOTAL M C O	4.54	4.51	4.40	4.59	4.61

Le taux d'occupation en obstétrique de 65% reste en dessous du taux cible, toutefois le nombre d'accouchements est en hausse (563 en 2000 et 619 en 2005). Les durées moyennes de séjour dans cette discipline sont basses, l'établissement ne " gardant " pas les parturientes pour faire augmenter son taux d'occupation.

Le nombre d'actes médico-techniques est stable :

LETTRES CLES	2001		2002		2003		2004	
	Nombre actes	Acte moyen	Nombre actes	Acte moyen	Nombre actes	Acte moyen	Nombre actes	Acte moyen
B (laboratoire)	257 870	22.7	236 093	24	303 741	22.3	331 635	22.7
Z (radio conventionnelle)	22 202	18.1	21 888	18.6	20 865	18.7	20 670	18.4
ZS (scanner)	2153	¹ (1)	2772		3309		3770	
ZS libéraux	3875		4663		5092		5508	

¹ Non significatif l'acte est côté ZS 19

¹ Non significatif l'acte est côté ZS 19

Il en est de même du nombre de consultations externes.

Le projet d'établissement

Le centre hospitalier de Brignoles a réalisé un projet d'établissement pour la période 1997-2001 qui a été approuvé par l'agence régionale de l'hospitalisation le 6 janvier 2000.

Afin de réaliser ce contrat et de parachever la restructuration en cours, l'agence régionale de l'hospitalisation a accordé des moyens budgétaires supplémentaires :

Pa602105

2000	2001	2003
3 880 000 F (591 502 €)	2 667 000 F (406 582 €)	1 892 000 F (288 434 €)

Ces crédits nouveaux devaient abonder les dépenses de personnel, le financement du système d'information et l'allègement des charges financières.

Le projet d'établissement a été partiellement réalisé, le centre hospitalier de Brignoles est devenu un véritable hôpital de proximité, a développé ses urgences et fait fonctionner un SMUR. Mais, les graves difficultés budgétaires auxquelles l'établissement (qui s'est développé trop vite) a été confronté, vont conduire l'agence régionale de l'hospitalisation à conclure un avenant au contrat d'objectifs et de moyens.

LA FIABILITE DES COMPTES, L'ANALYSE FINANCIERE ET BUDGETAIRE ET LA QUALITE DU RECOUVREMENT

Comptabilité analytique :

Même s'il a procédé à un découpage fonctionnel, l'établissement ne dispose pas, pour l'instant, d'une véritable comptabilité analytique. Il tient des statistiques d'activité, parfois très complètes, par UF (unité fonctionnelle) : nombre d'actes, nature des actes, consommations.

Depuis 2006, l'établissement est en mesure de recueillir une partie de l'activité qui lui échappait jusqu'alors : consultations externes, consultations des sages femmes et actes effectués aux urgences. Il a par ailleurs procédé, en fin d'année 2005, à un redécoupage fonctionnel. Le centre hospitalier devrait donc être en mesure d'appréhender l'ensemble de ses coûts.

Comptabilité d'engagement :

Si la chambre ne méconnaît pas qu'un suivi des coûts et des dépenses étaient mis en oeuvre, la comptabilité d'engagement n'est opérationnelle que depuis 2004. Une balance des dépenses engagées, conforme au solde du compte 408, n'a pu être produite que pour cet exercice ainsi qu'il

est exposé ci-dessous.

Fiabilité des comptes :

Indépendance des exercices : rattachement des charges à payer

Dispositions de l'instruction M 21

Le respect de l'indépendance des exercices implique que soient conduites, à la fin de chaque exercice, les opérations de régularisation permettant le rattachement des charges et des produits, le tome 2 de l'instruction indiquent que " toutes les dépenses d'exploitation doivent être rattachées à l'exercice budgétaire au cours duquel elles ont été engagées dès lors qu'elles correspondent à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice ".

Pa602106

	2001	2002	2003	2004
<i>s/c 408 Fournisseurs - Factures non parvenues</i>	0	19 583.12	101 157.34	151 439.47
<i>s/c 4281 Prime de service à répartir</i>	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert
<i>s/c 4286 Autres charges à payer</i>	Non ouvert	144 812.26	25 141.43	0
<i>s/c 4386 Organismes sociaux, charges à payer »</i>	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert
<i>s/c 4486 Etat, charges à payer</i>	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert

Le centre hospitalier a communiqué la balance des dépenses engagées du compte 408 :

Pa602107

2001	2002	2003	2004
184 711	164 395, 38	126 298, 77	151 439, 47

Sauf pour l'exercice 2004, il n'y a pas concordance entre les dépenses engagées et le solde du compte 408 à la clôture. En conséquence, le centre hospitalier a majoré ses résultats de la différence entre la balance des dépenses engagées et les soldes figurant au compte de gestion.

Le centre hospitalier a indiqué que, pour des raisons tenant aux difficultés d'utilisation du logiciel de paye, la prime de service est dorénavant payée sur l'exercice. Il n'y a donc plus de restes à payer sur le compte 4281. L'explication avancée ne saurait prévaloir sur l'exactitude des comptes.

Indépendance des exercices : compte 487 produits constatés d'avance

Dispositions de l'instruction M 21

Au titre des opérations de régularisation, il convient de retraiter les produits qui ont donné lieu à l'émission d'un titre alors qu'ils ne se rapportent pas, ou seulement en partie, à l'exercice.

Aux termes de l'instruction, " le compte 487 est crédité en fin d'exercice du montant des produits enregistrés en section de fonctionnement alors qu'ils ne se rapportent pas ou qu'ils ne se rapportent qu'en partie à la gestion en cours par le débit des comptes de la classe 7 qui ont supporté la recette. Cette opération donne lieu à émission d'un titre de réduction ou d'annulation ".

Pa602108

	2002	2003	2004
s/c 487	Non ouvert	Non ouvert	Non ouvert

L'absence de toute écriture au compte 487 constitue un indice de majoration induite du résultat.

Indépendance des exercices : charges réparties sur plusieurs exercices

Dispositions de l'instruction M 21

Les établissements hospitaliers ont la possibilité de porter à l'actif les charges suivantes, en vue d'un étalement sur plusieurs exercices :

frais d'établissement ;

frais de recherche et de développement ;

charges à répartir.

Le compte 481 est débité en contrepartie d'un mouvement créditeur sur le compte 791 - " Transfert de charges ", puis, lors des exercices suivants, est crédité au fur et à mesure de l'amortissement de ces charges, matérialisé, par un mouvement débiteur sur un compte de charge budgétaire.

Pa602109

	2001	2002	2003	2004
481	71 878, 23	71 878, 23	71 878, 23	57 502, 46

Lors de l'état de mise en examen du compte de gestion 2004, le trésorier payeur général a remarqué que le compte était créditeur depuis 1989. L'établissement s'est engagé à émettre un mandat sur le compte 6812 " Dotations aux amortissements - Charges d'exploitation à répartir " d'un montant de 14 375,64 euros à partir de l'exercice 2004. Après vérification, il a été constaté que le mandat a bien été émis.

Indépendance des exercices : intérêts courus non échus (ICNE)

Dispositions de l'instruction M 21

Les ICNE correspondent à un type de charges à payer sur l'exercice, bien qu'elles n'aient pas encore donné lieu à l'émission d'un mandat de paiement. Ils sont enregistrés au crédit du compte 1688, en contrepartie d'un mouvement débiteur sur le compte budgétaire de charges financières.

Le comptable a joint les tableaux d'ICNE pour les exercices 2001, 2002, 2003 et 2004.

Pa602110

	2001	2002	2003	2004
Budget principal	23 601,09	32 171,2	43 793,44	27 058,72
Budget annexe de la maison de retraite	5 073,30	8 027,16	6 700,88	5 315,04
Total	28 674,39	40 198,36	50 494,32	32 373,76

Le compte 1688 n'a pas été servi pour les exercices 2001, 2002, 2003 et 2004. L'ordonnateur s'en engagé à redresser cette erreur.

Le résultat a été majoré indûment des montants ci-dessus constatés.

Rattachement insuffisant des produits du groupe 2 à l'exercice

Dispositions de l'instruction M 21

Le compte 418 - " Hospitalisés et consultants - Produits à recevoir " recense les créances de l'établissement n'ayant pu donner lieu à émission de titres de recettes pendant l'exercice.

Le dispositif prévu consiste, à la clôture de l'exercice, à débiter le compte 418 en contrepartie de mouvements créditeurs sur les comptes de produits budgétaires concernés, chacun de ces titres devant être accompagné d'un état récapitulatif comportant un certain nombre d'informations par séjour (notamment le montant de la somme due à l'hôpital).

L'instruction rappelle néanmoins un certain nombre de conditions complémentaires, notamment, l'organisme débiteur présumé ne doit pas être un organisme de sécurité sociale.

D'autres comptes d'enregistrement des produits à recevoir existent, compte 4287 - " Personnel - Produits à recevoir " , compte 4387 - " Organismes sociaux - Produits à recevoir " , compte 4487 - " Etat - Produits à recevoir " , compte 4687 - " Divers - Produits à recevoir " .

Sur l'ensemble des quatre exercices examinés ces comptes ne sont pas ouverts. L'ordonnateur soutient que la facturation a pu être totalement effectuée sur chaque exercice et qu'aucun titre n'est resté en souffrance sur les quatre exercices plus particulièrement examinés.

Deuxième facteur de sous-évaluation des recettes : le compte 471

Dispositions des instructions comptables

Le compte 471 recense les recettes à classer ou à régulariser, il comporte cinq sous-comptes qui retracent les flux comptables liés à l'encaissement de recettes perçues préalablement à l'émission du titre de recettes.

L'instruction M 21 insiste sur le fait qu'il y a lieu d'imputer au compte définitif toute opération portée au compte 47 dans les délais les plus brefs et, en tout état de cause, avant la fin de la journée complémentaire de manière à éviter l'apparition du compte 47 au bilan " .

Il est possible d'identifier les cotes concernées à partir de l'état de développement des soldes justifiant le solde du compte 471 et, sur cette base, d'accéder aux titres de recettes concernés.

Pa602111

	2001	2002	2003	2004
s/c 471	608 730.82	307 701.09	302 085.14	436 840.78

La gestion de ce compte apparaît désordonnée. Figurent, en effet, à l'état de développement des soldes : des paiements sans titre venant des caisses primaires d'assurance maladie (notamment des règlements de forfaits techniques pour des actes d'imagerie), des versements au titre de l'aide personnalisée à l'autonomie ou des paiements non identifiés faisant suite à l'émission de titres. Ainsi, le 31 décembre 2004, un virement Banque de France d'un montant de 654 652,13 euros a été imputé sur ce compte. Au lieu d'être purgé pendant la journée complémentaire, il ne l'a été que sur l'exercice suivant.

Les versements sans émission préalable de titres ont pour conséquence de diminuer le résultat net. Toutefois, ni l'ordonnateur, ni le comptable ne peuvent, même de façon très approchée, évaluer la proportion entre les paiements sur titres non identifiés et les versements opérés sans

émission préalable de titres.

Les reports de charges

Le principe d'annualité

Les reports de charges se définissent comme une technique consistant à reporter des dépenses, essentiellement de personnel (prime de service, taxe sur les salaires), d'un exercice sur le suivant. Les reports de charges peuvent ainsi s'analyser comme une méconnaissance du principe d'annualité.

Le taux de charges sur exercices antérieurs est le suivant :

Pa602112

2002	2003	2004
0	0.04	0.11

Le niveau d'alerte de 0.2 % n'est pas atteint mais on constate un quasi triplement de ce taux entre 2003 et 2004.

Le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires est le suivant :

Pa602113

2002	2003	2004
9.14	9.89	9.87

Un ratio inférieur à 9 % indique un retard dans le mandatement de cet impôt.

Application du principe de prudence : les provisions pour risque

Dispositions de l'instruction M 21

Les provisions pour risque, retracées par le compte 151, doivent permettre à l'établissement de faire face à des risques bien individualisés.

L'IGF dans un rapport de septembre 2004 consacré à la " Fiabilité des comptes hospitaliers" préconise même la production au compte de gestion d'un tableau identifiant individuellement les provisions. Il est précisé page 6 du rapport " En fait les provisions constituées par les

établissements hospitaliers ne sont pas destinées le plus souvent à couvrir des risques et charges mais constituent une mise en réserve de crédits. Le fait que l'essentiel des provisions soit porté au comptes 158 " autres provisions pour risques et charges ou sur le compte 1518 " autres provisions pour risque témoigne d'un défaut d'individualisation des provisions ". Les provisions constituées par le centre hospitalier de Brignoles se répartissent ainsi :

Pa602114

	2001	2002	2003	2004
Compte 1518 Autres provisions pour risques	0	0	0	0
Compte 151				
Compte 157 Provisions pour charges à répartir	277 200	277 200	277 200	277 200
Compte 1581 Provisions pour charge de personnel	0	0	0	0
Compte 1584 Provisions pour charges amortissements et frais financiers	0	0	0	0
Compte 158	0	0	0	0
Compte 15	0	0	0	0
Compte 490	34 728	34 728	34728	34 728

Le centre hospitalier de Brignoles ne provisionne aucun risque. La provision pour charges à répartir est constante depuis plusieurs années, il en est de même pour la provision constituée au compte 490 " créances irrécouvrables ". Cette absence de provisionnement résulte de l'insuffisance de crédits budgétaires.

La chambre estime que la qualité des comptes présentés par le centre hospitalier de Brignoles est perfectible en raison d'indices de non rattachement des charges et des produits mais aussi de la non comptabilisation des ICNE, et de l'absence de provision.

Analyse financière

La chambre assoit son analyse financière sur l'analyse IDAHO et les tableaux de bord dit tableaux de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé " TBFEPS "

	2001	2002	2003	2004
FRI	1658	71	1719	2367
FRI (ressources/emplois en %)		100.3	107.4	110.8
FRE	-829	664	868	1908
FRE (ressources/emplois en %)		130.8	140.2	188.4
FRNG	829	736	2587	4275
FRNG (ressources/emplois en %)		103	110.2	117.8
BFR	1817	2030	962	1922
trésorerie	-989	-1295	1625	2353

On observe que le FRI (fonds de roulement d'investissement) se situe à un niveau élevé pour les exercices 2003 et 2004 en raison de l'impact de l'abondement des amortissements par le COM (contrat d'objectifs et de moyens).

Le FRE (fonds de roulement d'exploitation) doit être positif. Le cas contraire signifie que l'établissement cumule des résultats négatifs, ou que, dans le cas de provisions très modestes, les résultats négatifs ou le report à nouveau déficitaire consomment une partie des ressources qui doivent être consacrées au financement du BFR (besoin en fonds de roulement). Un BFE (besoin de financement d'exploitation) négatif peut également s'observer dans le cas où les créances de l'article 58 sont très supérieures à la réserve de trésorerie.

En 2001, l'établissement a connu de très graves difficultés budgétaires se traduisant par un FRE négatif. Or, si le FRE est désormais positif, l'absence de constatations de provisions tempère singulièrement ce constat favorable.

Le FRE est redevenu positif en raison de l'affectation des résultats au financement de mesures d'exploitation. Or, avec la réforme de la tarification, ces résultats risquent de ne pas être pérennes et le FRE pourrait redevenir négatif car les causes structurelles de son déséquilibre persistent.

Il convient de préciser que si toutes les créances sont considérées comme des emplois du BFR, il est possible de distinguer au sein des dettes à court terme, celles qui concernent directement l'exploitation et celles dites " hors exploitation ", à savoir les dettes envers les fournisseurs d'immobilisations (compte 404), les recettes à classer (solde créditeur du compte 47), les produits constatés d'avance et les autres comptes créditeurs. Cette distinction permet de calculer, par différence avec les emplois du BFR (identique aux emplois du BFRE), le BFRE (besoins en fonds de roulement d'exploitation) d'une part et le BFE d'autre part, ce dernier incluant toutes les dettes.

Le BFR est largement couvert par le FDRNG. Par contre, le BFRE n'est pas couvert par le FDRE :

Pa602116

	2001	2002	2003	2004
FDRE	-829	64	868	1908
BFRE	2570	4458	154	2408

Si on se rapporte à la présentation fonctionnelle du bilan, on constate que le FDRE a augmenté pour deux séries de motifs :

d'une part, s'agissant des emplois, le COM a permis d'apurer pratiquement les postes " créances irrécouvrables " depuis 2003, diminuant très fortement les biens d'exploitation,

d'autre part, s'agissant des ressources, on constate la très forte diminution des dettes d'exploitation et des dettes fournisseurs, liée elle aussi à l'apport en trésorerie engendré par les fonds du COM

Examen par les soldes intermédiaires de gestion

Pa602117

	2001	2002	2003	2004
EBE	5	937	3279	2265
Résultat d'exploitation	978	2189	889	1695
Résultat courant	451	1671	489	1333
Résultat exceptionnel	-171	141	21	-204
Résultat administratif	280	1153	12192	
Résultat net	280	1812	510	1129
CAF	366	1880	2601	3299

La capacité d'autofinancement (CAF) est constituée du résultat net majoré des dotations aux amortissements et aux provisions et diminué des reprises. Elle représente la capacité de l'organisme à financer sur ses fonds propres le renouvellement de ses immobilisations ou le remboursement des emprunts. Le taux d'autofinancement du centre hospitalier de Brignoles ressort de la façon suivante :

Pa602118

En %

2001	2002	2003	2004
0.32	0.25	6.51	6.11

A Brignoles, les taux de CAF pour les exercices 2001 et 2002 étaient très faibles en raison des difficultés budgétaires qui empêchaient l'établissement de pratiquer des amortissements et donc, de rembourser intégralement sa dette à l'échéance.

Pa602119

	2001	2002	2003	2004
EBE	5	937	3279	2265
+Produits du compte 75 (sauf 7584)	1069	1331	1333	1687
- charges compte 65	17	11	1625	189
MARGE BRUTE	1057	2257	2988	3763

Le compte 75 regroupe les " autres produits de gestion courante ".

Les charges du compte 65 comprennent notamment les pertes sur créances irrécouvrables.

Pa602120

En %	2001	2002	2003	2004
Taux de marge brute	4.29	8.24	9.27	11.2
Poids des amortissements/marge brute	7.50	3.02	70.24	54.96
Poids des frais financiers/marge brute	49.85	22.96	13.42	9.62

Le ratio de marge brute est un ratio qui permet de mesurer la " marge " que l'EPS dégage sur son exploitation courante pour couvrir ses charges financières, amortissements et provisions. Par définition le taux de marge brute doit être supérieur au taux d'autofinancement.

La situation financière semble s'être redressée, sous réserve des observations sur l'insuffisante qualité des comptes présentés.

Le plan pluri annuel d'investissement

Conformément à la réglementation en vigueur, le centre hospitalier de Brignoles a élaboré et adopté un PPI.

Ce plan apparaît détaillé et documenté et prévoit d'ici 2009 un programme ambitieux d'investissement. Il comprend des opérations lourdes, la construction d'une aile nouvelle, la rénovation du bâtiment hébergeant les personnes âgées, le remplacement du scanner actuel et achat d'une IRM. Il n'est pas incompatible avec l'activité soutenue de l'établissement.

Le plan de financement se présente ainsi :

Pa602121

	2005	2006	2007	2008	2009
Total général des dépenses d'investissement	4 506 411	6 544 043	6 335 184	8 932 898	28 532 891
Total général des recettes d'investissement	4 506 411	6 544 043	6 335 184	8 932 898	28 532 891
Dont emprunts	927 000	3 275 000	3 465 000	5 987 000	25 574 000

	2005	2006	2007	2008	2009
AMORTISSEMENTS EN COURS	989 376	1 165 844	1 280 441	1 452 143	1 807 970
AMORTISSEMENTS NOUVEAUX	0	219 880	369 750	440 500	354 600
TOTAL	989 376	1 385 724	1 650 191	1 892 643	2 162 570
REMBOURSEMENT DES EMPRUNTS en cours	754 500	833 190	881 751	1 223 636	1 461 489
REMBOURSEMENT DES EMPRUNTS nouveaux	76 692	265 860	355 178	225 941	978 119
TOTAL	831 192	1 099 050	1 236 929	1 449 577	2 439 608

Une large part du financement des investissements à venir sera financée par l'emprunt :

Pa602122

2005	2006	2007	2008	2009
20,57	5,00	54,69	67,02	89,63

Or dès 2009, les amortissements ne couvriront plus, dans une proportion importante, l'annuité de la dette en capital.

Il ne s'agit que de perspectives mais en l'état actuel des possibilités de financement du centre hospitalier de Brignoles, le PPI n'est pas réalisable.

Analyse budgétaire

Dans le cadre de la réforme de la tarification, l'" analyse budgétaire " perd un peu de son intérêt.

L'exécution budgétaire n'appelle pas de remarques particulières à l'exception de l'exercice 2002.

Les difficultés budgétaires de 2002 :

En 2001-2002, l'établissement a reçu des dotations exceptionnelles de l'agence régionale de l'hospitalisation en raison de grandes difficultés budgétaires qui compromettaient le paiement des salaires. A la demande de la l'agence régionale de l'hospitalisation, la MEEF a diligenté une enquête et, dans son rapport, a décrit les déséquilibres du centre hospitalier de Brignoles : établissement sous doté, financement des investissements par emprunts générant des frais financiers insupportables, croissance significative des frais de personnel :

Pa602123

2004 - 2003	2003 -2002	2002 - 2001	2004 - 2001
106,6	102,3	111,3	121,3

Les difficultés du centre hospitalier de Brignoles ne tiennent pas toutes à la sous dotation qui, sans être contestable, n'était pas flagrante : en effet, la valeur du point ISA en 2001 était de 12.26 pour une moyenne de 13.46. Par comparaison, le point ISA du centre hospitalier de Cavaillon était de 13.35 et celui de l'hôpital de La Ciotat de 14.02.

Le centre hospitalier de Brignoles a souffert de sa croissance rapide, accélérée par l'ouverture du plateau technique et la mise en ouvre de différentes mesures sécuritaires incomplètement voire pas du tout financées, l'établissement n'ayant plus les moyens de financer son besoin en fonds de roulement.

Cette situation s'est traduite par des reports de charges qui s'élèvent à 1 056 578.08 euros en 2001

L'analyse par groupe de dépenses fait apparaître, en 2001, les dépassements suivants :

Pa602124
(en francs)

	Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
BP	103 931 569	16 550 000	12 300 000	7 486 110
Réalisé	111 127 632	20 677 000	14 117 370	10 560 943
Ecart en %	6.93	24.94	14.78	48.50

L'hôpital les a expliqués par les facteurs suivants :

-surcoûts importants liés au paiement des médecins suppléants

-augmentation importante des rétrocessions qui sont balancées par des recettes

-non financement des surcoûts liés à la restructuration du plateau technique. En 2001, seuls les intérêts des emprunts ont pu être payés. En l'absence de fonds propres, l'établissement avait financé totalement par emprunt la restructuration du plateau technique.

Le 15 juillet 2002 un avenant au contrat d'objectifs et de moyens a donc été conclu entre le centre hospitalier et l'agence régionale de l'hospitalisation.

L'établissement s'engageait à ne plus recruter de médecins suppléants dans les services à effectifs complets, à fédérer en département ses activités de chirurgie, à élaborer sur un projet de gardes et astreintes, à établir un circuit de facturation efficace et à mettre en oeuvre une stratégie de trésorerie zéro.

En contrepartie, l'établissement recevait une dotation budgétaire complémentaire non reconductible de 8 MF (1 219 592 euros).

Il recevait également, pour contribuer à l'apurement des créances irrécouvrables et couvrir les admissions en non valeur, les dotations suivantes :

-au titre de 2003 : 2 120 000 euros

-au titre de 2004 : 1 400 000 euros

En réalité, l'établissement a admis en non valeur diverses créances d'un montant de 1 600 000 euros au titre de l'exercice 2003, et d'un montant de 148 000 euros au titre de 2004.

En couverture de la ligne de trésorerie et dans l'attente de l'épuisement du stock de créances irrécouvrables, le budget était abondé de 212 449.02 euros en 2002 et de 30 000 euros en 2003.

Les réfections budgétaires de 341 057.15 euros prévues au contrat d'objectifs et de moyens initial étaient abandonnées.

Deux versements complémentaires non reconductibles ont été attribués à hauteur de 2 240 000 euros en 2003 et de 2 182 515 euros en 2004, pour couvrir les dépenses de personnel, médicales et hôtelières et permettre la création de 2 postes supplémentaires d'IBODE (infirmière de bloc opératoire diplômée d'Etat) et d'un poste supplémentaire de PH (praticien hospitalier) à temps partiel en pédiatrie.

Si les engagements de stratégie trésorerie zéro et de mise en oeuvre de tableaux de bord ont été tenus ; il n'en est pas de même de ceux concernant " la mise en oeuvre d'une politique rigoureuse de recouvrement des créances ", la professionnalisation du bureau des entrées, la maîtrise des

frais de personnel et le non recrutement de médecins suppléants.

Si la chambre reconnaît les efforts accomplis par le centre hospitalier de Brignoles en vue de recouvrer l'ensemble de ses produits, il n'en demeure pas moins que des problèmes de facturation persistent, que les demandes de recours à l'aide sociale ne sont pas toujours diligentées et que la qualité de l'émission de certains titres pourrait être améliorée.

a. Les engagements de l'établissement en matière de recouvrement des créances :

Dans le contrat d'objectifs et de moyens 2000-2002, l'établissement s'est engagé à mettre en place une politique rigoureuse de recouvrement des créances en liaison étroite avec la trésorerie de Brignoles. L'élaboration d'un cahier des charges en partenariat avec le trésorier devait assurer un recouvrement normal de ses créances et la fiabilisation de son circuit de facturation, la mise en oeuvre du recouvrement par régies de recettes, la généralisation du conventionnement avec les mutuelles, l'organisation du contentieux de l'aide médicale et de l'aide sociale.

Cette politique devait se concrétiser par l'élaboration d'outils de pilotage avec des indicateurs de facturations et de recouvrement et la mise en place de procédures standardisées.

Un programme de formation des agents du bureau des entrées sur 3 ans en 2002, 2003 et 2004 a été effectivement mis en place. Trois régies ont été créées afin d'assurer le recouvrement des hospitalisations, des consultations externes et des urgences avec l'instauration du système de paiement par carte bancaire.

b. L'établissement rencontre toujours des problèmes de facturation :

L'informatique du centre hospitalier de Brignoles n'est pas performante.

La norme B2 de liaison avec l'assurance maladie n'est toujours pas mise en place. Le système qui devait réduire de façon considérable les délais de facturation et de paiement ne fonctionne toujours pas car le prestataire de service de l'établissement s'est révélé défaillant. La version informatique implantée à Brignoles n'est pas opérationnelle et n'a pas permis la mise en place des normes NOEMIE.

La trésorerie ne connaît que les numéros des titres en sa possession ; elle est en relation avec un ordonnateur qui ne connaît que des numéros d'entrée et avec des organismes d'assurance maladie qui connaissent uniquement les numéros INSEE à 15 caractères.

L'identification des règlements de la CPAM doit s'effectuer par rapprochement entre les bordereaux de règlement de la CPAM, les avis de crédit de la Banque de France et les titres. En outre, les échanges entre les établissements hospitaliers et les caisses étant dématérialisés, ces bordereaux sont censés ne plus exister.

Le comptable n'a d'autre solution que d'imputer provisoirement les versements dans un compte de recettes provisoires et de demander à la caisse la référence des titres sur lesquels ils doivent être imputés.

Le compte d'imputation provisoire de recettes présente depuis 1999 un solde important. Il comporte de très nombreux virements globaux de la CPAM non régularisés au 31 décembre 2004. Plusieurs titres émis à l'encontre de la CPAM restent à recouvrer au 31 décembre 2004 et ce, depuis l'exercice 2001, alourdissant considérablement les états du comptable.

Des remarques analogues doivent être faites pour les mouvements financiers des mutuelles qui effectuent leurs remboursements avec ceux de la CPAM.

Toutefois la situation s'est redressée sur l'exercice 2005 avec l'affectation à la trésorerie d'un agent à temps plein.

c. Un délai trop important entre le fait générateur et l'émission du titre :

Indépendamment de ces difficultés de liaison avec la CPAM du Var qui ne sont pas imputables au centre hospitalier, on constate encore un délai souvent trop important entre le fait générateur et l'émission des titres, ce qui rend plus difficile le recouvrement.

Avant 2001, un délai de 11 mois s'écoulait entre certains séjours en médecine et l'émission du titre (le délai moyen d'émission des titres étant, à cette époque, de six mois). Dans un tel laps de temps, la situation économique d'un redevable peut changer.

Les frais d'hébergement des personnes en long séjour étaient cumulés et il arrivait que l'on demande à un hébergé un règlement de plus de 100 jours. En 2002, il était encore possible de facturer 225 jours ou 243 jours, soit 9 mois d'hébergement.

Aujourd'hui encore, il peut s'écouler quatre mois, parfois plus, entre le fait générateur et l'émission du titre. Le délai de 4 mois prévu par la réglementation pour déposer une demande d'admission à l'aide sociale à partir de l'entrée du pensionnaire, est un délai maximum, il ne saurait être considéré comme un délai moyen.

d. Des errements persistant dans la facturation avec l'instauration du débiteur par défaut :

Rappel de la législation :

Les établissements publics de santé comme celui de Brignoles dispose de deux secteurs : les soins et l'hébergement qui relèvent de régimes de facturations différents. Les soins sont pris en charge par un régime d'assurance maladie ou par le patient lui-même (pour la totalité ou une

fraction des soins laissés à sa charge). L'hébergement est pris en charge par l'hébergé, l'aide sociale pouvant se substituer à lui, en tout ou partie, en fonction de ses possibilités pécuniaires.

Dans les deux cas, aux termes de l'article L 6145-11 du code de la santé publique, " les établissements public de santé peuvent toujours exercer leurs recours s'il y a lieu, contre les hospitalisés, contre leur débiteurs et contre les personnes désignées aux articles 205, 206, 207 et 212 du code civil ".

Ces recours relève de la compétence du juge aux affaires familiales dans le cadre des dispositions de la loi n° 93-22 du 8 janvier 1993.

En principe, l'établissement public de santé doit, sur le fondement de l'article R719-9-1 du code de la santé publique, faire souscrire un engagement d'acquitter les frais de toute nature aux obligés alimentaires, ou, à l'une des personnes légalement débitrices visées à l'article L.6145-11 du code de la santé publique (ancien l'alinéa 1 de l'article L714-38). Cet article concerne l'hospitalisé, ses débiteurs ainsi que les personnes obligées alimentaires désignées aux articles 205, 206, 207 et 212 du code civil, dans l'hypothèse où le malade ou l'hébergé n'a pas accompli cette formalité.

Cet engagement s'effectue au moyen d'un acte unilatéral. Il a pour double objectif d'identifier le payeur et de sécuriser le paiement.

L'établissement hospitalier s'assure ainsi par voie amiable du consentement au paiement des frais d'hébergement.

La pratique de l'hôpital de Brignoles

L'hôpital de Brignoles, comme tous les établissements hospitaliers, avait instauré : " la procédure du débiteur par défaut " et émettait les titres à l'encontre de la DISS au titre de l'aide médicale jusqu'en 2003.

Pour les dossiers dont le fait générateur se situe avant la mise en place de la CMU et pour lesquels les demandes d'aide médicale n'ont pas abouti pour des raisons diverses, l'hôpital a présumé que la DISS était débitrice et a émis des titres portant référence à un débiteur " DISS AID ". Toutefois, ces titres ne peuvent pas être recouverts par le comptable public. Les titres primitivement émis par défaut à l'encontre de la DISS, sans aucun suivi des dossiers, n'ont pu être réémis à l'encontre des véritables redevables.

L'article 32 de la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) a modifié les compétences des collectivités territoriales en charge de l'aide médicale pour les soins dispensés à compter du 1er janvier 2000. L'aide médicale départementale a été supprimée et l'aide médicale de l'état renouvelée.

Malgré la mise en place de la CMU, des erreurs ont persisté et le conseil général du Var a dû préciser, dans une correspondance du 3 novembre 2003, que les titres 2002 et 2003 ne relevaient plus de sa compétence. Il a retourné à l'établissement l'intégralité des dossiers.

Depuis 2004, les entrants ou leurs obligés alimentaires doivent souscrire un engagement de payer. Quant à la procédure de " l'émission par défaut ", elle a été supprimée.

e. Les demandes d'aide sociale ne sont pas effectuées par l'établissement ou pas renouvelées :

Lors de son admission dans l'établissement, l'hébergé, s'il n'a pas les moyens de payer les frais d'hébergement, peut demander à bénéficier de l'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées. Encore faut-il que l'établissement conclut avec les entrants : un contrat de séjour permettant, si la personne n'est pas solvable, d'actionner les mécanismes de l'aide sociale.

Les demandes d'aide sociale ou de renouvellement ne sont pas toujours effectuées ou sont parfois effectuées par l'hébergé lui-même ce qui entraîne au mieux des retards dans le recouvrement, au pire l'irrécouvrabilité de la créance. Une procédure aurait dû être mise en place avec le département pour rechercher d'une meilleure efficacité.

L'examen de dossiers de long séjour transmis par le comptable au cours de l'instruction, a démontré que des hébergés n'avaient pas les ressources nécessaires pour s'acquitter des frais de séjour. Les dettes s'aggravent au fil du temps et, en cas de décès, le comptable ne récupère qu'une partie des frais de séjours, le reliquat devenant irrécouvrable. En attendant, comme le titre est émis au nom de l'hébergé, le comptable n'a d'autre solution que d'engager des poursuites à l'encontre du conjoint en sus de celles sur l'hébergé.

Il arrive parfois que la demande de renouvellement d'aide sociale n'est pas effectuée et l'hôpital conserve les titres en " restes à recouvrer ".

Ainsi un hébergé à l'aide sociale dont la demande de renouvellement a été effectuée avec retard, va faire l'objet de poursuites sur la période comprise entre la fin de la première période d'admission prononcée par la commission d'aide sociale et le début de la nouvelle décision.

Bien entendu les faits décrits ne concernent qu'une partie des dossiers mais peuvent représenter, à l'issue de procédures incertaines, des créances irrécouvrables potentielles.

f. L'émission des titres est de mauvaise qualité :

Des titres sont parfois émis pour l'intégralité du séjour en médecine ou en chirurgie à l'encontre du patient alors qu'il est assuré social, placé sous tutelle ou encore bénéficiaire du RMI. Ces assurés disposent pourtant, pour la plupart, d'une carte vitale et il serait aisé de s'assurer de leur qualité

d'assuré social. Tout patient bénéficiaire du RMI est, en effet, obligatoirement assuré social et bénéficiaire de la CMU.

Le comptable se trouve dans l'obligation d'effectuer une saisie qui se solde par un procès verbal de carence et permet de présenter la créance comme irrécouvrable.

Avec les renseignements en sa possession le comptable demande l'émission d'un nouveau titre à l'encontre de la caisse. Compte tenu du délai de prescription de deux ans de la prestation, et du délai de réémission des titres, le recouvrement est peu vraisemblable. Par ailleurs, la dotation globale incluant les consultations externes, (sauf éventuellement le ticket modérateur) il n'y a pas lieu, dans de nombreux cas, d'émettre un titre à l'encontre de l'assurance maladie. Si le titre est émis par erreur et acquitté, les montants versés seront déduits de la dotation globale.

Dans sa réponse, l'ordonnateur souligne que ce type de difficultés, comme la chambre l'avait d'ailleurs mentionné, se rencontrent chez les patients bénéficiaires de la CMU ou du RMI. La chambre est par contre surprise du délai de réponse de certaines mutuelles qui, semble-t-il, pourrait atteindre 6 mois.

g. Il n'y a toujours pas d'identification du payeur en 2004, malgré les engagements de l'établissement :

Malgré les engagements pris lors de la signature de l'avenant au contrat d'objectifs et de moyens 2002, cette procédure n'est toujours pas mise en place en 2004.

Des hébergés en long séjour, certes en petit nombre, doivent des sommes importantes figurant en restes à recouvrer dans les écritures du comptable.

Il semble que certains d'entre eux aient organisé leur insolvabilité. L'aide sociale demandée leur a été refusée car leurs revenus étaient suffisants pour assurer le règlement des frais d'hébergement. Ainsi, par exemple, un dossier a été admis en non valeur et soldé le 3 août 2005, pour une somme de 30 434 euros, alors que l'hébergé avait les ressources nécessaires au règlement de ses frais de séjour. Le comptable avait exercé sans succès les diligences nécessaires aux fins de les appréhender.

Le centre hospitalier a indiqué que désormais cette problématique est prise en compte et ne concernerait plus que trois dossiers.

Quelques éléments de gestion des ressources humaines :

Les effectifs médicaux :

Pa602125

GRADES	2001		2002		2003		2004		2005	
	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel
Praticiens temps plein	13	14	14	14	18	17	18	17	20	21
Assistants généralistes	6	5	4	3	3	1	1	1	3	1
Assistant spécialiste	1	0	0	0			1	1	1	1
PAC	1	1	3	3	4	3	4	4	3	2
Praticiens temps partiel	8	7	10	10	9	11	15	14	15	12
TOTAL	29	27	31	30	34	32	39	37	42	37
Vacations hebdo attachés	65	52	65	53	66	46	66	37	66	41

La croissance importante des effectifs médicaux de 2003 à 2004 est due à une augmentation du nombre de praticiens à temps partiel en chirurgie orthopédique, biologie, pharmacie et médecine d'urgences.

Le centre hospitalier de Brignoles ne semble pas rencontrer plus de difficultés que d'autres centres hospitaliers pour recruter des médecins sur les postes créés à temps plein ; mais, comme le souligne l'ordonnateur, ces postes ont été pourvus dans leur majorité par d'anciens praticiens contractuels admis au concours de praticien hospitalier.

Les effectifs non médicaux :

Pa602126

GRADES	2001		2002		2003		2004		2005	
	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel	Effectif approuvé	Effectif réel
Personnels de direction et personnel des services administratifs	38.75	47.65	50.45	51.43	57.45	55.52	61.5	55.35	62.5	58.12
Personnel des services médicaux et rééducation	228.1	251.8	240.08	252.74	253.38	267.92	261	267.81	261	274.68
Personnels des services médico techniques	21	21.8	23.8	24.8	25.3	25.3	25.3	25.3	25.3	25.3
Personnel des services techniques et ouvriers	49	41.53	47	46.3	47	44.23	47	41	47	43.04
	336.85	362.06	361.33	375.27	383.13	392.27	394.8	389.46	395.8	401.14

En ETP (source : bilan social)

GRADES	2002	2003	2004
Personnels de direction et personnel des services administratifs	42.05	49.25	53.95
Personnel des services médicaux et rééducation	280.64	295	298.87
Personnels des services médico techniques	24.3	25.3	25.97
Personnel des services techniques et ouvriers	38.52	36	36
TOTAL	385.51	405.55	414.79

Le centre hospitalier de Brignoles est constamment en dépassement d'effectif. L'effectif équivalent temps plein dépasse de 20 agents environ celui du tableau permanent des emplois. Ces dépassements concernent des personnels soignants alors que l'établissement a normalement bénéficié de la création de postes au titre de la réduction du temps de travail. Dans sa réponse, l'ordonnateur précise, qu'en 2005, le dépassement n'est plus que de 5.34 agents et justifie cet écart par l'absence de dotation supplémentaire d'agents pour la création d'un pool de remplacement. La chambre rappelle que l'organisation des remplacements s'effectue dans le cadre de l'effectif autorisé.

La mise en oeuvre de la réduction du temps de travail :

Le personnel médical :

La RTT du personnel médical a été appliquée à compter du 1er janvier 2002. Le personnel médical bénéficie de 20 jours de RTT par an avec un système de compte épargne temps (CET) pour les praticiens qui ne peuvent prendre la totalité de leurs congés.

L'agence régionale de l'hospitalisation a accordé : en 2003, trois postes de PH temps plein, deux pour les urgences et un pour l'anesthésie réanimation ; en 2004, deux postes de temps partiel, un en chirurgie orthopédique et en biologie ; et, en 2005, la transformation d'un poste à temps partiel en chirurgie orthopédique en poste à temps plein qui a été pourvu et un poste temps plein en radiologie.

Le personnel non médical :

L'organisation mise en oeuvre :

La mise en oeuvre de la RTT devait être l'occasion de procéder à des réorganisations. La mise en oeuvre de la règle de base, à savoir la journée de 37h30 n'a pas été possible dans l'ensemble des services : la journée de travail de 8 heures a été maintenue en chirurgie, aux soins intensifs, au bloc opératoire pour le personnel infirmier. Le temps de travail journalier des sages femmes est

passé de 24 heures à 12 heures 15.

Le temps de chevauchement entre les équipes a été ramené à 15 minutes ce qui est remarquable. Le temps de repas n'est inclus dans le temps de travail que pour les agents travaillant en continu.

Sur 3 ans l'agence régionale de l'hospitalisation a autorisé 23,28 postes supplémentaires ETP, plus 1.26 ETP d'heures supplémentaires et 1.25 ETP sur le long séjour.

La répartition des postes :

Pa602128

Année 2002 :	Année 2003 :	Année 2004 :
3.25 AS	2.8 AS+1 ASH	3 IDE
2.88 IDE	2.70 IDE	3 AS
1 agent administratif	0.90 standard	0.25 sage femme
0.50 technicien laboratoire	0.50 masseur kinésithérapeute	
	1,50 agent administratif	

Le centre hospitalier a recruté sans chercher à combler son dépassement d'effectif.

Le recours coûteux à des médecins remplaçants :

Le Centre hospitalier de Brignoles recrute des médecins dans des conditions irrégulières et coûteuses pour l'établissement pour pallier les difficultés de recrutement de médecins titulaires. La Chambre s'interroge sur les compétences, dans l'exercice de la sélection de tel ou tel médecin répondant à un profil de poste précis, d'une société de type SARL dont l'activité relève du " conseil pour les affaires de la gestion ". Au surplus, cette société n'est pas une société d'intérim et n'est donc pas employeur des médecins recrutés. Le tarif de la prestation due à cette société est fixé à 10% de la rémunération nette du praticien sélectionné.

Ces médecins sont recrutés en tant que praticiens contractuels sur décision du directeur de l'établissement qui fait expressément référence au décret n° 93-701 du 27 mars 1993 modifié.

L'article 6 de ce texte dispose que :

I. - " Les praticiens contractuels sont recrutés par le directeur de l'établissement public de santé après avis du chef de service ou de département intéressé, de la commission médicale d'établissement et, dans le délai de trente jours, du directeur régional des affaires sanitaires et sociales. Celui-ci vérifie notamment que le recrutement est compatible avec le projet médical de l'établissement et qu'il respecte les dispositions du présent décret.

En cas de recrutement pour une durée égale ou inférieure à trois mois, seuls sont requis les avis du chef de service ou de département et du président de la commission médicale d'établissement.

II. - Le contrat de recrutement est un contrat administratif. Il est passé par écrit.

Un double de ce contrat est adressé sans délai au directeur régional des affaires sanitaires et sociales ainsi qu'au praticien contractuel concerné. Ce dernier en transmet aussitôt un exemplaire au conseil de l'ordre dont il relève.

Le recrutement doit faire l'objet d'un contrat signé entre le directeur de l'établissement et le médecin remplaçant lequel mentionne les titres et diplômes, les conditions du recrutement, la nature des fonctions exercées, la durée du préavis en cas de résiliation anticipée, l'indication du régime de protection sociale et la rémunération fixée qui correspond au 4ème échelon de PH temps plein majoré de 10 %, la participation aux gardes et astreintes étant indemnisée conformément au décret du 24 février 1984 relatif au PH temps plein.

Ils sont recrutés par le directeur, après avis du chef de service intéressé, de la commission médicale d'établissement (CME) et dans le délai de 30 jours du DRASS lorsque le contrat est pour une durée égale ou supérieure à 3 mois.

Un double de ce contrat administratif et écrit est adressé sans délai au DRASS ainsi qu'au praticien concerné qui en transmet un exemplaire au conseil de l'ordre dont il relève.

La pratique au centre hospitalier de Brignoles :

En l'espèce, plusieurs médecins sont recrutés tous les mois, en moyenne une vingtaine par mois, pour une ou plusieurs périodes dans les services d'urgence, le service d'anesthésie-réanimation, les services de médecine B et C et le service de pédiatrie.

Ces médecins sont recrutés pour occuper de manière discontinue, quelquefois pendant plusieurs années, des postes de praticien hospitalier, ou, le temps laissé libre par les praticiens hospitaliers de l'établissement du fait des congés, de la RTT ou des congés maladie. Certains médecins sont recrutés jusqu'à seize fois dans l'année, pour des périodes plus ou moins longues, et ce, sur plusieurs années.

D'autres sont recrutés sur des périodes plus longues, un praticien a été recruté sur 2004 pour les journées et les gardes :

21 jours en janvier,

16 jours en février,

13 jours en mars

14 jours en avril

16 jours en mai

16 jours en juin

12 jours en juillet

et 14 jours en août

A raison de 500 euros par jour, ce praticien a reçu pour le mois de juillet 14/30ème, majorés de ces frais de déplacements domicile-travail et retour soit 8 019,70 euros

Seule une décision de recrutement a été produite avec les jours pour lesquels le médecin est recruté en précisant qu'il peut s'agir de gardes ou de journées. Aucun contrat signé des parties n'a été produit.

La CME ni la DRASS ou la DDASS n'ont pas été avisés du recrutement de ces médecins. Le conseil de l'ordre ne semble pas l'avoir été davantage.

Le centre hospitalier s'est engagé, lors de la signature de l'avenant n° 1 du 15 juillet 2002 au contrat d'objectifs et de moyens 2000-2002 du 23 mai 2000, à ne plus avoir recours à des médecins suppléants dans les services où l'effectif médical est au complet, et cela compte tenu des créations et transformations de postes médicaux..

Or, les services dont l'effectif médical est complet et permet un fonctionnement normal de jour et des gardes ou astreintes sont les suivants :

Les services de médecine B et C

Le service d'Anesthésie-Réanimation

Le service de Gynécologie-Obstétrique hors pédiatrie

Le service d'Imagerie Médicale

Et l'unité fonctionnelle de Chirurgie viscérale.

Une pratique avantageuse pour les médecins et onéreuse pour l'établissement :

Ces médecins remplaçants sont payés sur la base d'une rémunération nette par période, dans une fourchette de 500 euros par jour pour un médecin généraliste à 750 euros pour un anesthésiste avec la prise en charge par l'établissement des frais de déplacements domicile-travail et retour, de la nourriture et de l'hébergement pendant toute la durée du remplacement.

Ces médecins sont le plus souvent nourris et hébergés par l'établissement à l'internat. Quelques hébergements ont été effectués à l'extérieur, soit à l'hôtel, soit dans un appartement meublé loué par l'hôpital à cet effet.

Cette pratique de prise en charge des frais de déplacements par l'établissement permet de recruter des médecins venant des départements limitrophes mais aussi de l'Isère, du Gard, voir même de Paris. Un médecin anesthésiste domicilié dans les DOM-TOM effectue quelques remplacements au mois d'août au tarif de 550 euros la période. Les trajets lieu de villégiature-travail et retour lui sont remboursés pendant toute la durée du remplacement.

La rémunération servie excède le plafond légal autorisé par le décret précité.

Les modalités de calcul sont les suivantes :

Dans le cas relevé du médecin recruté 12 jours en juillet : ce praticien a bénéficié de 14/30ème d'une rémunération mensuelle, soit $14 \times 500 = 7\,000$ euros affectés par 18 % de charges sociales, de 1 018,08 euros de frais d'indemnités kilométriques et de frais d'autoroute, soit au total 9 278,08 euros.

Ce praticien aurait dû percevoir une rémunération correspondant au 4ème échelon de PH temps plein majoré de 10 %. Le plafond légal hors garde aurait dû être de $4\,117,92 \text{ euros} \times 10\% = 4\,529,71$ euros pour 22 jours travaillés (obligations de service hebdomadaire, fixées à dix demi-journées), soit 205,90 euros/jour.

Dépenses du personnel médical suppléant :

Pa602129

Budget H	Année 2002	Année 2003	Année 2004	Année 2005 au 31/08/2005
Urgences	207 291,62	524 977,64	566 478,26	495 379,45
Anesthésie	44 723,70	160 094,23	184 547,56	9 423,34
Pédiatrie	29 285,54	55 317,97	56 670,49	0,00
Chirurgie orthopédique	48 378,74	57 075,24	0,00	0,00
Médecine	0,00	5 073,97	33 300,52	25 230,26
Biologie	22 829,26	51 711,81	60 279,54	36 195,20
Pharmacie	10 991,14	7 173,88	16 730,42	5 001,81
Gynécologie	0,00	0,00	0,00	10 997,82
TOTAL budget H	363 500,00	861 424,74	918 006,79	582 227,88

Budget ULSD	3 576,85	6 105,71	7 100,90	3 891,86
--------------------	----------	----------	----------	----------

(Source hôpital de Brignoles)

Coût de la société prestataire de service chargée de trouver pour le compte de l'hôpital les médecins remplaçants :

La rémunération de cette société est égale à 10 % de la rémunération nette du praticien.

Pa602130

Années	Montant des prestations
2002	11 690,86
2003	19 100,71
2004	24 790,68

Bien que conscient du coût de telles prestations, l'ordonnateur affirme que le recours à de telles pratiques est rendu nécessaire pour l'insuffisance des effectifs médicaux. Il n'en demeure pas moins que la chambre estime que des mesures d'organisation interne, par exemple le développement de consultations libérales au sein des urgences, pourraient être mises en oeuvre afin de limiter strictement les recrutements des médecins intérimaires.

Le secteur libéral

Quatre praticiens ont exercé une activité libérale sur la période 2001- 2005 :

Les contrats d'activité libérale :

Tous les contrats ont été produits, les dates de renouvellement sont conformes à la

réglementation et ils ont tous été visés par le représentant de l'Etat.

Suite à l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui a réintroduit la rémunération directe, les médecins ont, par avenant, choisi de percevoir directement leurs honoraires.

Aucun praticien ne dispose de lits pour hospitaliser ses malades personnels.

La mesure de l'activité libérale :

Rappel du droit :

L'article L6154-2 du code de la santé publique dispose : " L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale ".

Pour l'un des praticiens, il apparaît que l'équilibre entre activité publique et activité privée n'est pas respecté. Les consultations effectuées en 2004 et les actes en K et KE de l'ensemble de la période de trois ans semblent être davantage pratiqués en privé qu'en public.

Tableau comparatif entre l'activité libérale et l'activité publique du praticien concerné

en nombre d'actes : (Source hôpital de Brignoles)

	2002		2003		2004	
	Act. publique	Act. privée	Act. publique	Act. privée	Act. publique	Act. privée
Nbre de CS	1082	749	979	906	906	942
Nbre de KE	329	418	311	565	305	691
Nbre de K	34	71	41	77	126	213
TOTAL	1445	1238	1331	1548	1337	1846

La chambre rappelle a cet égard que dans un avis du 6 février 1996, le Conseil d'Etat a apporté la précision suivante : " les visites au lits du malade ne doivent pas être prises en compte au titre des consultations mais au titre des soins en hospitalisations ". La commission nationale, qui statue en appel sur les recours des praticiens qui ont fait l'objet de suspension d'activité libérale par les agences régionales de l'hospitalisation, a constamment suivi cet avis.

Une commission d'activité libérale qui exerce ses compétences :

Rappel du droit :

La commission de l'activité libérale lorsqu'elle se réunit pour examiner l'activité libérale de chaque médecin avec précision, n'hésite pas à faire des remarques lorsque les deux activités, libérale et publique, ne s'équilibrent pas ou que les actes ne sont pas de même nature. La commission exige que les différents actes réalisés lui soient communiqués : les dopplers, échodopplers et les ECG, afin de pouvoir s'assurer qu'ils sont également effectués en public quand ils le sont en privé.

Ainsi, un médecin pour lequel la commission avait constaté un dépassement des consultations réalisées dans le cadre de son activité libérale sur les exercices 2000-2001, s'est vu dans l'obligation de suspendre son activité privée pendant plusieurs mois afin d'arriver à l'équilibre et éviter un signalement au préfet. La commission ne l'a autorisé à reprendre son activité privée qu'une fois cet équilibre largement réalisé.

Toutefois la tenue des réunions est irrégulière : le 4 juillet 2002 pour examiner l'activité libérale de deux praticiens sur les années 2000 et 2001, puis, à nouveau le 5 septembre 2002 afin de conclure sur l'activité libérale des deux praticiens examinés et prendre les mesures adéquates. Elle ne s'est pas réunie en 2003, une seule réunion s'est tenue en 2004, le 26 novembre.

La commission ne s'est plus réunie depuis ; elle n'a pas été en mesure d'apporter une appréciation sur les activités libérales examinées par la Chambre.

Contrôle des relevés SNIR :

L'administration de l'hôpital de Brignoles a contrôlé les états SNIR pour les exercices 1998 à 2001 mais n'a pas effectué de rappel de redevance. La déclaration d'un praticien fait apparaître quelques disparités portant sur une centaine d'actes en CS par an qui ne sont pas déclarés à l'administration de l'hôpital. Cet écart a tendance à s'accroître en 2004.

Quelques aspects du fonctionnement

La clinique ouverte :

Le centre hospitalier de Brignoles fait fonctionner une clinique ouverte.

Les cliniques ouvertes sont régies par les dispositions des articles R 714-29 à R 714-41 du code de la santé publique codifiant les décrets 93-371 du 18 avril 1997 et 2001-367 du 25 avril 2001.

La capacité de la structure ne peut excéder le tiers de la capacité dont dispose l'établissement dans la discipline. Le centre hospitalier de Brignoles a obtenu une première création d'une clinique ouverte le 9 octobre 1998. Cette autorisation a été renouvelée le 28 juillet 2004 pour la capacité suivante :

3 places d'alternatives à l'hospitalisation soit 1 place d'hospitalisation de jour et 2 places d'ACA

2 lits de médecine

4 lits de chirurgie

Sept médecins disposent d'un contrat d'exercice en clinique ouverte. Les spécialités sont les suivantes : urologie, cardiologie, gastro entérologie, stomatologie, chirurgie vasculaire, pneumologie. Tous ces praticiens sont également " attachés ", c'est à dire qu'ils ont une ou deux consultations publiques au sein du centre hospitalier.

En réalité, le centre hospitalier ne fait fonctionner que 3 places d'ACA ou d'hôpital de jour et seuls 5 médecins exercent exclusivement, en hôpital de jour.

Les redevances au titre de 2003 sont les suivantes:

Pa602132

Spécialités	Montant de la redevance
Urologie	377,20
Cardiologie	Néant
Gastro entérologie	8 279, 79
Gastro entérologie	6 374, 07
Stomatologie	2 142, 71
Vasculaire	58, 94
Pneumologie	2 590, 27

L'activité sur 5 jours par semaine est la suivante:

Pa602133

En %	2002	2003	2004
Chirurgie	65	75	78
Médecine	35	37	42

En réalité, le taux d'occupation est plus important car la clinique ouverte ne fonctionne que 4 jours par semaine.

L'ensemble des praticiens visés ayant également une activité publique en tant qu'attaché, il est intéressant de comparer leur activité publique et leur activité au titre de la clinique ouverte.

Ainsi en 2004 :

Un praticien a vu 64 patients, effectué 51 actes en clinique ouverte, et aucune en activité publique d'hôpital de jour.

Un praticien a vu 101 patients et effectué 96 actes en clinique ouverte dont 2 en activité publique d'hôpital de jour.

Deux praticiens ont vu 343 patients, effectué 313 actes en clinique ouverte (respectivement 142 et 171), et 30 en activité publique d'hôpital de jour.

Sur 2335 patients vus en hôpital de jour ou en chirurgie ambulatoire en 2004, 503 étaient des patients de la clinique ouverte. Sur les 635 actes en K effectués en hôpital de jour, 460 ont été effectués dans le cadre de la clinique ouverte. Par ailleurs 790 actes en KC sont effectués en secteur public.

Les patients qui doivent subir une endoscopie n'ont pas réellement le choix et doivent passer par la clinique ouverte.

L'article R 714-30 II 2 du code de la santé publique dispose : " que le centre hospitalier soit en mesure d'accueillir par priorité dans les conditions normales d'hospitalisation, pour les mêmes disciplines ou spécialités, les patients dont l'état requiert une hospitalisation ".

Toutefois, dans le dossier déposé à l'agence régionale de l'hospitalisation en vue du renouvellement de l'autorisation de fonctionnement de la clinique ouverte, le directeur du centre hospitalier de Brignoles s'est engagé au titre du libre choix du patient entre le secteur public et la clinique ouverte. L'établissement a affirmé à la chambre sa volonté de faire fonctionner cette structure, au demeurant nécessaire, d'une manière plus conforme à la réglementation et aux engagements pris.

La co-utilisation du scanner :

Le 31 janvier 2000, le centre hospitalier de Brignoles a conclu une convention de co-utilisation du scanner avec 12 médecins libéraux du secteur dont trois sont praticiens hospitaliers à temps partiel. Ces conventions sont classiques et recommandées par les tutelles dans le cadre de l'optimisation des plateaux techniques.

Le centre hospitalier fournit les consommables et assure la maintenance du matériel. En contrepartie, il perçoit directement de la caisse d'assurance maladie le forfait technique du praticien.

Le directeur du centre hospitalier de Brignoles a transmis à la chambre le règlement intérieur de la co-utilisation qu'il n'a signé qu'à la date du 11 mai 2000.

Les trois praticiens à temps partiel ont réalisé en 2004 : 2571 actes de scanner public dont 279 en activité externe et 2 479 actes de scanner au titre de leur activité libérale soit 45 %.

L'importance de l'activité du secteur libéral s'explique par de plus larges plages horaires.

Le bilan financier semble positif. Ainsi, en 2004, il aurait dégagé :

Pa602134

Dépenses	Recettes
299 261,28	694 296, 46
395 035, 18	Excédent : 395 035,18

Toutefois, le centre hospitalier souligne que le montant des recettes est anormalement élevé et comprend des forfaits techniques de 2002 et 2003. Aux dires de l'hôpital " ce montant n'est pas précisément quantifiable mais il l'est suffisamment pour l'évaluer à 140 000 euros "

Le centre hospitalier devra, à l'avenir, tenir avec précision la comptabilité des recettes de la co-utilisation du scanner.

Les Urgences :

Cette partie a été volontairement détaillée en vue de nourrir une synthèse nationale.

L'activité des urgences :

Pa602135

	2000	2001	2002	2003	2004
Passages totaux	19 385	21 272	21 810	22 581	23 157
Dont					
Sans hospitalisation	14 949	17 030	16 868	17 932	18 270
Avec hospitalisation	4 436	4 242	4 942	4 649	4 887
Nombre moyen de passages	53	58	60	62	63

Le centre hospitalier de Brignoles connaît une augmentation régulière et continue de la fréquentation de son service d'urgences. En 10 ans, de 1994 à 2004, le nombre de passages a été multiplié par 2. Entre 2000 et 2004, l'augmentation du nombre de passages a été voisine de 20 %.

Pa602136

	2001-2000	2002-2001	2003-2002	2004-2003
Augmentation en valeur absolue	1887	538	771	576

L'augmentation la plus importante a été constatée sur la période 2001-2000, début du mouvement de contestation de la garde en ville, et 2003-2002 avec la suppression de l'obligation déontologique de garde en 2002.

Le coût des urgences :

Pa602137

	2001	2002	2003	2004
Dépenses médicales	118 100	129 270	144 606	179 124
Frais de personnel	1 048 799	1 131 983	1 505 336	1 436 644
Charges diverses	1 371	24 577	12 053	27 371
TOTAL	1 168 271	1 285 830	1 661 996	1 643 141
Coût du passage	55	59	74	71

Coût du SMUR

Pa602138

	2001	2002	2003	2004
Dépenses médicales	48 448	9 499	11 942	8 084
Frais de personnel	242 896	395 119	546 458	521 523
Charges diverses	13 244	2725	10456	34596
TOTAL	304 588	407 343	568 856	564 203
Nombre de sorties	801	817	819	823
Coût de la sortie	380	499	695	686
Augmentation en pourcentage		31,1	39,3	-1,3

Ce tableau appelle différents commentaires, on constate :

-une augmentation très importante du coût de la sortie SMUR entre 2002 et 2001 et entre 2003 et 2002

-une stabilité du nombre de sorties

-une croissance vigoureuse des charges de personnel

Le montant des dépenses médicales de 2001 est probablement inexact ; en effet, un service d'urgences est peu consommateur de médicaments.

Sur le fond, il est impossible de savoir, en l'absence de comptabilité analytique probante et de recueil exhaustif des actes effectués, si le financement des urgences est assuré dans le cadre de la réforme de la tarification.

Organisation des urgences :

Aux termes de l'article D 6154-5 du code de la santé publique : le service doit disposer de locaux distribués en 3 zones :

Le centre hospitalier de Brignoles ne dispose que d'une zone d'accueil et d'une zone d'examen et de surveillance avec 5 box et un bureau aménagé en box.

L'unité UHCD pourtant obligatoire n'est pour l'instant qu'à l'état de projet.

Comme tous les établissements, le centre est appelé à hospitaliser des patients pour des séjours de courte durée. Or, les personnes concernées sont hospitalisées dans les services et les coûts des urgences s'en trouvent faussés. Si le patient passe la nuit aux urgences, l'hôpital n'encaisse que le prix de la consultation et le coût du patient est affecté aux urgences. Cette pratique entraîne un manque à gagner pour le centre hospitalier qui ne peut facturer un GHS de moins de 24 heures puisqu'il ne possède pas de lits UHCD.

Par contre, si le patient est hospitalisé pour surveillance ou dans l'attente d'une orientation, le GHS correspondant à sa pathologie est facturé. Dans ce cas de figure, c'est l'assurance maladie qui est perdante puisque le coût d'un GHS complet est supérieur à celui d'un GHS moins de 24 heures.

Les statistiques des actes médico techniques sont tenues mais il convient de préciser que :

-les actes faits aux urgences pour les patients qui sont hospitalisés sont imputés aux " urgences hospitalisés "

-les actes faits aux urgences pour des patients non hospitalisés sont affectés aux urgences

pa602139

	Nombre d'Actes en B			Coefficient			Acte moyen
	Urgences « hospitalisés »	Urgences « externes »	Total	Urgences « hospitalisés »	Urgences « externes »	Total	
2003	68392	32931	101323	1524133	69079	1593212	16
2004	76108	36576	112684	1690577	854844	2545421	23

	Nombre d'Actes en B			Coefficient			Acte moyen
	Urgences « hospitalisés »	Urgences « externes »	Total	Urgences « hospitalisés »	Urgences « externes »	Total	
2003	3835	9906	13741	69041	196874	265915	19
2004	3815	9584	15403	68995	193493	262488	17

Nombre d'actes en ZS (2)

2003 1192

2004 1498

Les actes de scanner concernent exclusivement des patients hospitalisés.

Si on rapproche ces données du nombre de patients hospitalisés après un passage aux urgences, on constate que : plus d'un patient sur quatre, hospitalisé après un passage aux urgences, subit un scanner.

Pa602140

Années	Nombre de scanners	Nombre de patients hospitalisés	% de scanners par patient hospitalisé
2003	1192	4649	25,64
2004	1498	4887	30,65

En résumé, le centre hospitalier de Brignoles produit des statistiques détaillées mais incomplètes des actes effectuées dans les services d'urgence.

Système d'information :

L'établissement n'a pas informatisé les urgences que ce soit au moyen d'un système de type URQUAL ou tout autre.

Les effectifs du service d'urgence :

En décembre 2004 l'effectif médical était le suivant :

Effectif médical :

Pa602141

	2001		2002		2003		2004	
	REEL	ETP	REEL	ETP	REEL	ETP	REEL	ETP
PH temps plein	2	2	2	2	4	4	4	4
PH temps partiel			1	0.60	1	0.60	3	1.80
Assistant généraliste	1	0.60	1	0.80				
Assistant généraliste associé	1	0.50						
Attaché	2	0.20						
TOTAL	6	3.30	4	3.40	5	4.60	7	5.80

L'effectif théorique est le suivant :

Pa602142

	2003	2004
Temps plein	4	4
Temps partiel	0	3
Attachés (vacations)	6	6

A cela s'ajoute pour les gardes :

-1 assistant spécialiste en rhumatologie pour 2 périodes

-1 assistant généraliste associé C pour 1 période

-1 praticien adjoint contractuel du service de médecine B pour 3 périodes

-2 médecins libéraux ayant un statut d'attaché pour garde pour 4 périodes

-11 médecins contractuels de remplacement pour 48 périodes.

L'établissement n'a pas évalué en ETP ces vacations d'attaché.

Effectif non médical :

Pa602143

	2001		2002		2003		2004	
	REEL	ETP	REEL	ETP	REEL	ETP	REEL	ETP
Agent Administratif					1	0.50	1	0.50
IDE cadre de santé	2	0.75	1	0.50	1	0.50	1	0.50
Infirmier	13	11.30	14	13.30	16	14.05	16	14.40
Aide soignant	9	9	10	9.30	10	9.50	?	8.50
ASH	4	3	5	3	4	2.50	?	1
ces								2
Chauffeur SMUR	3	2.40	3	2.40	4	2.63	3	2.03
Total	31	26.45	33	28.50	36	29.68	?	28.93

Les plannings sont établis de la façon suivante :

Personnel médical :

Les jours de semaine :

-1 PH en travail effectif 24 heures

-1 PH en travail effectif 10 heures de 8H 30 à 18H30

Les samedis, dimanches et jours fériés :

-2 PH en travail effectif 24 heures

Personnel non médical :

Equipe du matin : 6 h à 14 h

-2 IDE

-1 AS

-1 ASH affectée également au service des consultations externes

Equipe de l'après midi : 13H30 21H30

-2 IDE

-2 AS

-1 ASH affectée également au service des consultations externes

Equipe de nuit

-2 IDE

-1 AS

-1 standardiste (la nuit le standard est déporté aux urgences)

Effectif complémentaire :

Les jours de la semaine, un agent administratif, assurant la fonction de secrétaire médicale, est présent.

Accueil des urgences spécifiques :

Accueil des suicidants et des adolescents en crise :

Une infirmière psychiatrique du centre hospitalier spécialisé de Pierrefeu du Var est disponible au CAP de Brignoles de 8H à 23H en semaine et de 11H à 19H le week end et les jours fériés.

Un psychiatre est présent dans l'établissement quatre matinées par semaine et accessible tous les jours à partir de 17 H 30 au CAP de Hyères. Les patients relevant de la psychiatrie sont reçus par le médecin d'urgences, puis sont confiés à l'infirmière psychiatrique pour une évaluation.

Suivant le cas, l'adolescent en crise est soit autorisé à rentrer à son domicile avec mise en place d'un suivi au centre médico-psychologique de l'intersecteur de psychiatrie infanto-juvénile, soit hospitalisé pour surveillance dans un service de médecine du centre hospitalier de Brignoles ou dans un service spécialisé à Toulon.

Le patient suicidant, suivant son état, peut, de la même façon, être autorisé à rentrer chez lui avec un suivi ou être hospitalisé en médecine dans l'établissement ou dans un établissement spécialisé sous contrainte.

Le centre hospitalier souligne l'importance, dans l'activité de l'établissement, de l'intoxication poly médicamenteuse volontaire. En cas d'intoxication modérée, c'est-à-dire dans la majorité des cas, le patient est gardé plusieurs heures aux urgences ce qui encombre le service.

Prise en charge de l'infarctus du myocarde :

Pour les urgentistes du centre hospitalier de Brignoles, le patient victime d'un infarctus du myocarde ne doit pas arriver aux urgences mais être pris en charge à son domicile par le SMUR. Le patient subit ou non une thrombolyse et est évacué vers une centre de cardiologie interventionnelle. L'évacuation du patient pris en charge directement au service des urgences, est subordonnée aux disponibilités du SAMU 83 et l'attente peut être préjudiciable.

Prise en charge des urgences pédiatriques :

Il s'agit des urgences vraies et ou des pathologies bénignes de l'enfant ou du nourrisson.

Les médecins des urgences gèrent la pédiatrie médicale et chirurgicale à l'exception de la néonatalogie pour laquelle un pédiatre est d'astreinte.

Il n'y a pas d'accueil différencié enfant-adulte. Les consultations se font dans un box réservé à la pédiatrie. Les pathologies médico chirurgicales relevant d'une hospitalisation ou d'une intervention sont adressées dans les hôpitaux environnants en fonction du choix des parents et de la gravité de la pathologie observée.

Les urgences vitales sont " bilantées ", stabilisées sur place et transférées par le SAMU 13 ou le SAMU 83 sur leur plateau technique respectif

Toutefois, en fonction des circonstances, certaines interventions chirurgicales du grand enfant ou de l'adolescent sont parfois réalisées à Brignoles.

Cas traités par les médecins non affectés au service des urgences :

En 2004

Pa602144

Discipline	Nombre de cas
Gastro entérologie	62
ORL	65
Chirurgie orthopédique	825
Chirurgie générale et digestive	324
Gynécologie Obstétrique	175
Radiologie	1026

Soit 2477 cas représentant environ 10 % des passages.

Plan " Urgences "

En février 2004, le centre hospitalier de Brignoles a bénéficié au titre du plan " Urgences " de septembre 2003, de 42 000 euros correspondant au financement en année pleine d'un ETP d'IDE affecté au SMUR.

Toujours dans le cadre de ce plan, le centre hospitalier a bénéficié de 86 940 euros correspondant au financement de deux postes d'assistants pour le service des urgences et du SMUR (financement en MIGAC). Une fois appliqué le taux de conversion en dépenses d'assurance maladie, le montant réellement notifié a été de 81 228 euros.

Analyse du registre chronologique :

Le registre est précis et bien tenu, l'ensemble des rubriques est renseigné.

En juillet 2004, sur 2178 entrées aux urgences, 1599 personnes sont retournées à leur domicile, soit 73,42 %. Le nombre de personnes âgées reçues aux urgences a été de 241 dont 102 retourneront à leur domicile, soit 42,33 %. Les personnes âgées qui ne représentent que 11 % des personnes accueillies aux urgences représentent 24 % des hospitalisations.

323 enfants de 1 à 15 ans sont accueillis aux urgences et 124 nourrissons de moins de 12 mois.

Les temps d'attente apparaissent acceptables :

Pa602145

Inférieurs ou égal à 2 heures	1 437
Compris entre 2 et 4 heures	443
Supérieurs à 4 heures	292

On observe également que le centre hospitalier de Brignoles tient des statistiques très précises des temps de passage aux urgences.

Le SMUR :

Activité du SMUR

Le SMUR du centre hospitalier de Brignoles est géré par le SAMU du centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne.

Le SMUR fonctionne avec les moyens en personnel médical des urgences, les médecins sont inscrits aux deux tableaux, seuls trois attachés ne travaillent que dans le cadre du SMUR.

		2004	2003	2002
1	Sorties totales	823	819	817
2	dont			
3	Domicile	593	591	584
4	Extérieur	85	68	90
5	Voie publique	145	160	143
6	Non venus à l'hôpital	151	169	169
7	dont			
8	DCD	85	104	95
9	Soins donnés sur place	34	36	59
10	Sorties blanches	32	29	15
11	Sorties SMUR venues à l'hôpital	672	650	648

nombre de sorties jour		
2004	2003	2002
2,3	2,2	2,2

	2004	2003	2002
6/1 en %	18,35	20,63	20,69
9+10/1 en %	8,02	7,94	9,06

Le SMUR du centre hospitalier de Brignoles effectue, en moyenne, un peu plus de deux sorties jour ce qui est relativement peu, mais se situe dans la moyenne des établissements de sa catégorie.

Environ 20 % des patients ne sont pas amenés à l'hôpital. Environ 8 % des sorties peuvent apparaître discutables (sorties blanches ou soins donnés sur place laissant à penser que les malades n'étaient pas en urgence vitale).

La chambre souligne le très petit nombre de sorties secondaires : 4 en 2004.

Le SMUR de Brignoles est organisé et un " Guide des procédures d'intervention SMUR " très détaillé a été élaboré. Le rôle de chacun, ainsi que les différentes situations dans lesquelles les intervenants peuvent se trouver, sont minutieusement décrits. Les moyens matériels sont inventoriés, les règles du code de la route applicables aux véhicules d'urgence rappelées de façon détaillée.

Les conventions :

Le centre hospitalier de Brignoles n'a plus de convention directe avec le SDIS mais par l'intermédiaire du SAMU.

Le code de la santé publique dispose : L'article D 712-73 du code de la santé publique codifiant le décret 97-620 du 30 mai 1997 dispose :

" Pour être autorisé à faire fonctionner un SMUR un établissement de santé doit disposer des véhicules nécessaires au transport des patients, de l'équipe médicale et de son matériel...

Les véhicules ... peuvent être mis à disposition de l'établissement considéré, dans le cadre de conventions conclues avec des organismes publics ou privés. "

Lorsque les SDIS ou les entreprises de transport sanitaire privées ont passé une convention avec un centre hospitalier afin que ce dernier dispose des véhicules et personnels nécessaires, celle-ci précise que les personnels et véhicules mis à disposition, n'interviennent pas au nom du service d'incendie et secours ou de l'entreprise, mais en tant que prestataire du service hospitalier. Ils sont, dans ce cadre et pour la réalisation de cette mission, placés sous l'autorité fonctionnelle du chef de service du SMUR.

Ces conventions fixent le cadre tarifaire.

Or, le centre hospitalier de Brignoles ne dispose pas de ses propres moyens ambulanciers et n'a pas de convention avec le SDIS qui, néanmoins, met à sa disposition des VSAB gratuitement.

La convention conclue avec le SAMU 83 est classique, elle comprend outre des dispositions générales rappelant les rôles respectifs des SAMU et des SMUR, les descriptions des moyens mis en oeuvre par le centre hospitalier de Brignoles et la procédure opérationnelle.

Une autre convention a été conclue en 1995 avec le centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne visant, dans le cadre d'une coopération interhospitalière, à mettre à disposition un praticien assistant. Cette coopération n'a pas été mise en oeuvre, les médecins de Toulon n'ayant pas souhaité travailler à Brignoles.

La mutualisation des moyens :

Une circulaire du 16 avril 2003 recommande la mutualisation des moyens SAMU/SMUR notamment, à certaines heures creuse du jour et de la nuit. L'objectif recherché était une économie d'échelle. Compte tenu de la faiblesse " prétendue " de ses moyens, le centre hospitalier de Brignoles ne participe pas à cette mutualisation sauf cas exceptionnel.

Pour le président empêché,

La présidente de section,

Marie-Aimée LATGE

(2) Actes de scanner

Réponse de l'ordonnateur :

[PAO04100601.pdf](#)