

Monsieur le Directeur,

Par lettre citée en référence, j'ai porté à votre connaissance le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes concernant la gestion du Centre hospitalier " Pierre Oudot " de Bourgoin-Jallieu au cours des exercices 1999 et suivants. Celui-ci a également été communiqué au président du conseil d'administration.

En l'absence de réponse écrite de réponses écrites dans le délai d'un mois fixé par l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport, ainsi qu'au président du conseil d'administration.

En application des articles L. 241-11, R. 241-16 et 17 du code des juridictions financières, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la Chambre au conseil d'administration de l'établissement, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Monsieur Raymond GAZQUEZ

Directeur du Centre hospitalier

" Pierre Oudot "

35 avenue Maréchal Leclerc

38317 BOURGOIN-JALLIEU CEDEX

Ce rapport devenant communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément à l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous serais obligé de bien vouloir m'indiquer à quelle date ladite réunion aura eu lieu.

En application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au trésorier-payeur général de l'Isère.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Bernard LEVALLOIS

CHAMBRE RÉGIONALE DES COMPTES

DE RHÔNE-ALPES

-----

## RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER " Pierre OUDOT " DE BOURGOIN-JALLIEU

(ISÈRE)

Exercices 1999 et suivants

## SOMMAIRE

1 - RAPPEL DE LA PROCÉDURE ET CHAMP DU CONTRÔLE 1

1-1 - RAPPEL DE LA PROCÉDURE 1

1-2 - CHAMP DU CONTRÔLE 1

2 - PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 1

3 - LES OBJECTIFS ET LES MOYENS 1

3-1 - LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT 1999-2003 1

3-2 - LE CONTRAT D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 2002-2004 1

3-3 - LE PROGRAMME PLURIANNUEL D'INVESTISSEMENT ET LE PROJET DIT MEDIPÔLE 1

3-3-1 - Le programme pluriannuel d'investissement (PPI) 1

3-3-2 - Le projet de Médipôle 1

4 - L'ACTIVITÉ 1

4-1 - LE NOMBRE DE LITS 1

4-2 - LE NOMBRE D'ENTRÉES 1

4-3 - LE NOMBRE DE JOURNÉES 1

4-4 - LA DURÉE MOYENNE DE SÉJOUR (DMS) 1

4-5 - LES TAUX D'OCCUPATION 1

4-6 - LA DÉMARCHE D'ACCRÉDITATION 1

5 - LA SITUATION FINANCIÈRE 1999 - 2002 1

5-1 - LES CONDITIONS D'EXPLOITATION DE L'ÉTABLISSEMENT (TABLEAU EN ANNEXE 1) 1

5-2 - LES DÉTERMINANTS DE LA SOLVABILITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT 1

5-2-1 - Le fonds de roulement d'investissement (tableau en annexe 2) 1

5-2-2 - La situation d'endettement 1

5-2-3 - Le fonds de roulement d'exploitation (tableau en annexe 2) 1

5-2-4 - Le besoin en fonds de roulement (tableau en annexe 3) 1

5-3 - LA TVA DÉDUCTIBLE 1

6 - LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES 1

6-1 - L'ÉVOLUTION DES EFFECTIFS 1

6-2 - LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES (GPEC) 1

7 - LA GESTION DE L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS HOSPITALIERS 1

7-1 - LA POLITIQUE GÉNÉRALE DE L'ÉTABLISSEMENT 1

7-2 - L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS À RISQUE INFECTIEUX 1

7-3 - LE CIRCUIT D'ÉLIMINATION DES DÉCHETS À RISQUE INFECTIEUX 1

ANNEXES

N° 1 - SECTION DE FONNEMENT 14

N° 2 - FONDS DE ROULEMENT : D'INVESTISSEMENT, D'EXPLOITATION, NET GLOBAL 15

N° 3 - BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT 16

## N° 4 - PRÉSENTATION GÉNÉRALE SUR L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS HOSPITALIERS 1

### NOTES DE RENVOI 18

#### 1 - RAPPEL DE LA PROCÉDURE ET CHAMP DU CONTRÔLE

##### 1-1 - Rappel de la procédure

La Chambre régionale des comptes de Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail 2004, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier " Pierre Oudot " de Bourgoin-Jallieu (Isère), pour les exercices 1999 à 2002 en actualisant les observations jusqu'à l'année 2004.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 241-7 du code des juridictions financières a eu lieu entre M. Sébastien GALLÉE, conseiller-rapporteur, et M. Raymond GAZQUEZ, directeur de l'établissement, le 22 octobre 2004.

Lors de sa séance du 30 novembre 2004, la Chambre a formulé des observations provisoires adressées au directeur, dans le cadre de la procédure contradictoire prévue par le code des juridictions financières.

A la suite de cette notification intervenue le 31 janvier 2005, la Chambre a été destinataire d'une réponse du directeur en date du 11 mars 2005. Dans cette réponse, M. GAZQUEZ a indiqué ne pas avoir de remarque particulière à faire à propos de ces observations provisoires.

Compte tenu de cette réponse, la Chambre a décidé, lors de sa séance du 1er avril 2005 d'adresser un rapport d'observations définitives au directeur, ainsi qu'au président du conseil d'administration de l'établissement.

Pour les tableaux de chiffres figurant dans ce rapport, l'unité monétaire retenue est systématiquement l'euro.

##### 1-2 - Champ du contrôle

Les vérifications de la Chambre ont porté sur les thèmes suivants :

- les objectifs et la politique générale : le projet d'établissement, le contrat d'objectifs et de moyens (COM), et leur cohérence avec le plan global pluriannuel de financement et les programmes d'investissement ;
- l'organisation interne : le contrôle interne (délégations, accréditation), le contrôle de gestion,

commande publique et gestion du patrimoine ;

- l'analyse budgétaire et financière ;

- le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) ;

- les équipements matériels lourds (procédures d'achat, autorisations, gestion et maintenance) ;

- la gestion des déchets hospitaliers.

## 2 - PRÉSENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

Le centre hospitalier est dans le secteur sanitaire n° 5 du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) 1999-2004 dont la population compte environ 385 000 habitants. Il doit être rattaché dans le prochain SROS au bassin hospitalier de Lyon Est.

En 2003, les dépenses de fonctionnement du budget principal dit budget H se sont élevées à près de 41,5 Meuros (dont près de 27 Meuros au titre des charges de personnels et 7,5 Meuros au titre des achats de médicaments et de petits matériels médicaux). Le montant de la dotation globale de financement a été de 32,6 Meuros. La valeur du point ISAi a été parmi les plus faibles de la région et selon une expertise médico-économique commanditée par l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes (ARHRA), l'établissement est en situation de sous dotation budgétaire.

Les effectifs en 2002 ont été de 58,7 ETP (équivalent temps plein) personnels médicaux et de 638,56 ETP personnels non médicaux, soit un total de 697,3 ETP.

Entre les recensements de 1990 et de 1999, le secteur sanitaire 5 a connu une croissance de sa population de plus de 10 % ; cette tendance devrait s'amplifier dans les prochaines années, une augmentation de la population du secteur de 36 % étant attendue d'ici à 2010 d'après les projections démographiques. Au sein de ce secteur, le pôle sanitaire dit nord-isérois, englobant la ville nouvelle de l'Isle-d'Abeau, et auquel appartient l'établissement, compte près de 210 000 habitants. Le dynamisme démographique, et donc le besoin de soins, anticipé pour le secteur n° 5 devrait être particulièrement vif pour ce bassin de santé.

Dans ce contexte, le secteur sanitaire a connu une forte augmentation de la demande de soins, alors que, selon l'expertise médico-économique, les capacités d'accueil de l'établissement sont saturées en raison de l'impossibilité matérielle d'accueillir de nouvelles activités (le site principal en centre-ville est trop petit et ne peut pas être agrandi). Aussi, l'installation effective de l'ensemble des lits autorisés en 2002 n'a pu être totalement réalisée (notamment, 122 lits d'hospitalisation en médecine ouverts sur 137 autorisés et 0 lit ouvert en soins de suite et de réadaptation (SSR) sur 30 autorisés) et il n'existe pas offre de soins pour la pédiatrie.

La pression a été forte en ce qui concerne les disciplines de court séjour, en particulier en médecine et en chirurgie, et aux urgences, les locaux de l'unité de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences (UPATOU) étant à refaire entièrement (mise aux normes).

Dans ces conditions, une partie des habitants a été se faire soigner dans des établissements de l'agglomération lyonnaise, ce qui s'est traduit selon l'expertise précitée, par des taux de fuite en 1999 de 47,6 % en médecine, 41,5 % en chirurgie et de 32,7 % en gynécologie-obstétrique, des pourcentages qui sont encore valables en 2004 d'après le directeur.

Pour remédier à cette situation, une construction sur un site voisin, mieux desservi par les grands axes de transport et plus proche de la ville nouvelle de l'Isle-d'Abeau, a été retenue au titre du programme Hôpital 2007 ; elle sera assortie d'un plan d'organisation médicale associant deux autres établissements de soins, l'ensemble formant le projet de Médipôle.

Dans le cadre du passage à la tarification à l'activité (T2A), d'après les simulations de l'ARHRA, sur la base de l'activité de 2002 la dotation de l'établissement pour 2004 devrait être de 35,6 Meuros, soit un gain de 0,32 Meuros (soit 0,91 %) par rapport à ce qu'elle aurait été sur la base uniquement du budget global.

M. Raymond GAZQUEZ a dirigé cet établissement pendant l'ensemble de la période contrôlée. M. COTALLORDA, maire de Bourgoin-Jallieu, préside le conseil d'administration, et M. Marc FABRE, la commission médicale d'établissement.

### 3 - LES OBJECTIFS ET LES MOYENS

La période examinée a fait l'objet d'un projet d'établissement couvrant la période 1999 à 2003, ainsi que d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (COM), signé le 3 décembre 2002.

#### 3-1 - Le projet d'établissement 1999-2003

Il a été approuvé le 21 juillet 1999. La question de la nouvelle organisation du pôle sanitaire du Nord de l'Isère n'y est pas abordée.

Les principales orientations médicales retenues sur la période ont été :

- l'augmentation de la capacité d'hospitalisation avec l'ouverture du service de médecine interne, la création d'une unité d'hospitalisation de courte durée de 12 lits et d'un hôpital de jour de 5 places. Les financements devaient être dégagés par l'établissement.

- La mise aux normes des locaux du service des urgences.

- Le renforcement des équipes médicales du plateau technique.

En matière sociale, il y est fait état de l'objectif de " développer les qualifications en lien avec une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences "iii.

L'établissement a, par ailleurs, élaboré un avant projet d'établissement portant sur les années 2005 à 2009, qui a été adopté par ses instances internes et doit encore être approuvé par l'ARHRA. Il contient, notamment, un projet de gestion dont l'objectif est de mettre en ouvre les orientations médicales dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) avec la mise en place d'une comptabilité analytique médicalisée, d'un contrôle de gestion et d'un système d'information performant.

### 3-2 - Le contrat d'objectifs et de moyens 2002-2004

Dans la perspective de la signature du COM, fin 2002, l'ARHRA a fait procéder à une expertise médico-économique déjà évoquée.

Le diagnostic a constaté que le projet médical avait connu un début de mise en application (ouverture du service de médecine interne ; renforcement des équipes médicales du plateau technique), que la création effective de l'hôpital de jour n'avait pu être menée à bien (manque d'espace et difficulté de recrutement pour exercer dans ce type de structure selon le directeur), que les capacités d'hospitalisation étaient insuffisantes et les locaux dédiés aux urgences et à l'unité de surveillance continue chirurgicale saturés (travaux au stade des études pour assurer la mise aux normes), qu'il restait à réaliser un " renforcement des urgences et de la maternité ", " un nouveau renforcement des lits de médecine ", ainsi que le " renforcement des actions de coopération ".

Aux objectifs a été associé un plan directeur de transition, dans l'attente de la construction du nouvel hôpital : l'ouverture de dix lits de médecine, la création de postes hors activités nouvelles, l'installation d'une IRM, la création de cinq places d'hôpital de jour, un nouveau schéma directeur du système d'information, ainsi que la mise sur pied d'une équipe hospitalière d'addictologie de liaison et un volet social.

L'ARHRA s'est engagée à apporter des moyens financiers et humains pour améliorer le service des urgences. Sa participation aux travaux et équipements envisagés ainsi qu'à l'élaboration du projet de construction du médipôle a été retenue de même que le transfert de la création de lits en moyen séjour vers l'hôpital de Pont-de-Beauvoisin, qui n'était pas prévu dans le projet de Médipôle,.

### 3-3 - Le programme pluriannuel d'investissement et le projet dit Medipôle

#### 3-3-1 - Le programme pluriannuel d'investissement (PPI)

Selon l'article R. 714-4-2 du code de la santé publique, " toutes les opérations appelées à figurer dans les programmes d'investissement ainsi que les autres opérations d'équipement susceptibles d'être inscrites à la section d'investissement du budget d'un établissement donnent lieu à l'élaboration d'un plan global de financement pluriannuel d'une durée minimale de cinq ans. Le plan détermine les charges prévisionnelles résultant de la réalisation de l'ensemble de ces opérations et leurs modalités de financement, tant en investissement qu'en exploitation. Il est révisé en tant que de besoin, et notamment au moment de l'approbation d'un nouveau programme d'investissement. Il est communiqué au conseil d'administration et à l'autorité administrative dès son élaboration et après toute modification ".

Le PPI, couvrant la période 1999-2010 intégré au projet d'établissement, a prévu d'investir sur ces douze années un montant total de 17,3 Meuros, dont 40 % au titre du renouvellement du matériel et 25 % au titre de l'humanisation de l'unité de soins de longue durée (USLD), dans le cadre des mesures prévues par le contrat de plan Etat-région. Son contenu a été modifié par la suite, en raison du plan directeur de transition.

### 3-3-2 - Le projet de Médipôle

Parmi les projets retenus en Rhône-Alpes au titre de la mise en oeuvre du plan Hôpital 2007 figure une opération de regroupement sur un site unique de trois établissements de santé dans une optique de rationalisation de l'offre de soins dans le nord de l'Isère pour permettre une " mise en proximité " et l'utilisation partagée du plateau technique (le regroupement comprend, outre l'hôpital, la clinique privée Saint-Vincent de Paul située à Bourgoin-Jallieu et le centre psychothérapeutique du Vion situé à Saint-Clair-de-la-Tour).

La construction d'un hôpital neuf de 374 lits et places doit débuter en 2006 : pour ce faire, après l'élaboration du programme en 2004, il est prévu qu'intervienne en 2005 un dialogue compétitif avec différents consortiums, en vue du choix d'un opérateur pour cette nouvelle structure. La réception du bâtiment est programmée pour la fin de l'année 2009 et l'acquisition du matériel et l'ouverture en 2010.

La solution envisagée, dans le cadre des nouvelles modalités d'investissement hospitalier prévues par l'ordonnance du 4 septembre 2003, consiste en un bail emphytéotique administratif qui prévoirait la mise à disposition des nouveaux bâtiments, construits sous l'égide de l'opérateur sélectionné, en contrepartie d'un loyer réparti entre les trois établissements de santé. Ce montage reste à finaliser.

Il est prévisible que la part du loyer incombant à l'établissement ne sera qu'en partie couverte par les crédits spécifiques prévus par le plan Hôpital 2007. Il devra alors dégager des moyens financiers suffisants pour éviter que cette importante charge supplémentaire d'exploitation ne remette en cause les conditions actuelles de son équilibre budgétaire.

A cet égard, si la mise en place progressive de la tarification à l'activité (T2A) est bien de nature à accroître les niveaux de financement alloués par l'assurance maladie, il appartiendra à la direction et à l'encadrement médical de veiller au maintien de l'activité chirurgicale et de s'assurer que les coûts de l'établissement par type de séjour restent bien inférieurs aux tarifs fixés par la réglementation pour chacun des groupes homogènes de séjour (GHS).

#### 4 - L'ACTIVITÉ

Les données de référence sont extraites des fiches SAE (statistique annuelle des établissements hospitaliers) du ministère des solidarités, de la santé, de la famille.

##### 4-1 - Le nombre de lits

En 2002, les 380 lits étaient répartis comme suit : 212 lits en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ; 168 lits dédiés au long séjour ; aucun lit affecté aux soins de suite et réadaptation (SSR). La maison de retraite a été fermée le 4 février 2000.

Le nombre de lits de médecine a augmenté en 2000, à la suite de l'ouverture d'un nouveau service de médecine. Selon l'expertise précitée, l'absence de lits en SSR a été à l'origine de plus de 50 % des journées d'hospitalisation considérées comme non justifiées médicalement. Le besoin d'accroître les capacités d'accueil a également été souligné pour le service des urgences et l'hôpital de jour.

##### 4-2 - Le nombre d'entrées

Il a progressé jusqu'en 2000 (2001 pour la chirurgie) puis diminué en médecine et obstétrique.

Selon les statistiques de l'établissement, le nombre de premiers passages aux urgences a cru de 9,12 % (28 200 en 1999 ; 30 771 en 2002). Le nombre d'interventions chirurgicales a diminué de 194 sur la période.

La baisse des entrées en 2002, dont les causes exactes ne sont pas connues, aurait été générale selon le directeur.

##### 4-3 - Le nombre de journées

Le secteur MCO a constamment représenté plus de 85 % de l'activité de l'établissement et la création du service de médecine interne a contribué à l'augmentation du nombre de journées à partir de 2000.

Comme le notait l'expertise médico-économique, " l'activité de l'établissement est nettement

orientée de fait vers la prise en charge de la traumatologie et des pathologies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire et du tube digestif ".

Nombres	1999			2000			2001			2002		
	lits	entrées	journées	lits	entrées	journées	lits	entrées	journées	lits	entrées	journées
Médecine	105	6 104	36 955	122	7 170	41 418	122	7 068	41 913	122	6 590	42 369
Chirurgie	67	4 480	19 327	65	4 509	20 357	65	4 525	19 588	65	4 286	19 540
Obstétrique	25	1 455	6 071	25	1 598	6 540	25	1 545	6 244	25	1 557	6 250
<b>Total MCO</b>	<b>197</b>	<b>12 039</b>	<b>62 353</b>	<b>212</b>	<b>13 277</b>	<b>68 315</b>	<b>212</b>	<b>13 138</b>	<b>67 745</b>	<b>212</b>	<b>12 433</b>	<b>68 159</b>
<b>Total soins de suite</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Soins longue durée</b>	<b>168</b>	<b>198</b>	<b>60 802</b>	<b>168</b>	<b>121</b>	<b>61 276</b>	<b>168</b>	<b>140</b>	<b>61 015</b>	<b>168</b>	<b>323</b>	<b>61 044</b>
<b>Total hospitalisation</b>	<b>365</b>	<b>12 237</b>	<b>123 155</b>	<b>380</b>	<b>13 398</b>	<b>129 591</b>	<b>380</b>	<b>13 278</b>	<b>128 760</b>	<b>380</b>	<b>12 756</b>	<b>129 203</b>
Total hébergement	38	27	11 057	38	-	284	-	-	-	-	-	-
<b>Total hôpital</b>	<b>403</b>	<b>12 264</b>	<b>134 212</b>	<b>418</b>	<b>13 398</b>	<b>129 875</b>	<b>380</b>	<b>13 278</b>	<b>128 760</b>	<b>380</b>	<b>12 756</b>	<b>129 203</b>

Mis en forme : Retrait :  
Première ligne : 0 cm

Source : fiches SAE, données retraitées.

#### 4-4 - La durée moyenne de séjour (DMS)

La DMS (calcul de la Chambre : nombre de journées/nombre d'entrées) s'est allongée en 2002 en raison de la conjonction d'un surcroît de journées SAE et d'une baisse des entrées relevée plus haut.

#### DMS

	1999	2000	2001	2002
Médecine	6,05	5,78	5,93	6,43
Chirurgie	4,31	4,51	4,33	4,56
Obstétrique	4,17	4,09	4,04	4,01
<b>MCO</b>	<b>5,18</b>	<b>5,15</b>	<b>5,16</b>	<b>5,48</b>

Source : évaluation CRC Rhône-Alpes.

#### 4-5 - Les taux d'occupation

Les taux d'occupation en médecine (avec l'ouverture du nouveau service de médecine interne en 2000) et en chirurgie ont été supérieurs aux taux cibles fixés au niveau nationaliv, à la différence de ce qui est constaté pour l'obstétrique (expertise médico-économique).

Le taux d'occupation en chirurgie a été le plus élevé des établissements publics de santé de la région.

#### Taux d'occupation

	1999	2000	2001	2002
Médecine	96,4	93,9	95,6	95,1
Chirurgie	79,0	85,5	82,6	82,4
Obstétrique	66,5	71,4	68,4	68,5
<b>MCO</b>	<b>86,7</b>	<b>88,6</b>	<b>88,3</b>	<b>88,1</b>

Source : fiches SAE, données retraitées.

#### 4-6 - La démarche d'accréditation

La démarche a débuté en 2003, le rapport d'autoévaluation est prévu d'ici à l'automne 2005 et la visite des experts de l'ANAES est programmée en juin 2006.

#### 5 - LA SITUATION FINANCIÈRE 1999 - 2002

##### 5-1 - Les conditions d'exploitation de l'établissement (tableau en annexe 1)

Pendant la période, l'établissement n'a pas connu des tensions budgétaires majeures. Il a ainsi pu éviter la pratique des reports de charges, dégager une marge brute toujours suffisante pour faire face aux charges du groupe 4 (dotations aux amortissements et provisions et les charges financières) et un résultat net excédentaire pour chacun des exercices concernés.

Cette tendance s'est néanmoins inversée en 2003 du fait de la réduction de la marge brute et ce sont alors les produits exceptionnels qui ont permis de maintenir un excédent budgétaire. Si cette nouvelle situation devait se reproduire à l'avenir, elle serait l'indice de l'apparition d'un déficit structurel.

Il est recommandé au directeur de veiller à la maîtrise des dépenses.

##### 5-2 - Les déterminants de la solvabilité de l'établissement

L'analyse financière ci-après a été réalisée selon le modèle des " tableaux de bord des indicateurs financiers des établissements publics de santé " établi par le réseau du Trésor public sur la base des comptes de gestion tenus par le Trésorier.

##### 5-2-1 - Le fonds de roulement d'investissement (tableau en annexe 2)

Tout en investissant de l'ordre de 5 Meuros entre 1999 et 2002 et en réduisant le poste de dettes à long terme, le fonds de roulement d'investissement a été globalement en augmentation de près de 0,40 Meuros.

Cette évolution positive a été permise à la fois par les ressources de long terme issues des amortissements, et, en 2002, la progression des apports, du fait de financements apportés par le fonds modernisation des établissements de santé (FMES).

##### 5-2-2 - La situation d'endettement

En 2003, le centre hospitalier figurait parmi les 10 % d'établissements de la région les plus

endettés, son taux de dépendance financière atteignait 56,5 % et sa dette représentait 9,3 années d'autofinancement.

**Situation de l'endettement au 31 décembre**

	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
Dépendance financière	63,3 %	56,4 %	56,5 %
Durée apparente de la dette (années)	8,69	7,80	9,31

*Source : TBFEPS, données retraitées.*

L'établissement doit rester vigilant sur l'évolution de son endettement.

#### 5-2-3 - Le fonds de roulement d'exploitation (tableau en annexe 2)

Le niveau du fonds de roulement d'exploitation s'est amélioré pendant la période. Deux facteurs ont permis cette évolution, d'une part, une dotation en réserve de trésorerie en 2002 permise par une attribution de crédits prévue par le COM 2002-2004, d'autre part, les excédents budgétaires réalisés par l'établissement.

La relance de l'effort d'investissement et des conditions d'exploitation devenues moins favorables en 2003 ont conduit l'établissement à opérer un prélèvement sur son fonds de roulement.

#### 5-2-4 - Le besoin en fonds de roulement (tableau en annexe 3)

Il a été soit négatif, soit inférieur au fonds de roulement net global.

#### 5-3 - La TVA déductible

Depuis l'entrée en vigueur de l'instruction fiscale du 5 mars 1999v concernant les règles de TVA applicables aux établissements de santé, les redevances dont s'acquittent les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale au sein de l'hôpital sont soumises à la TVA. Ainsi, depuis l'exercice 2000 le compte 4457 - " TVA collectée " est mouvementé et les flux (masses débitrices et créditrices de l'année) ont représenté 3 733,24 euros en 2000, 8 798,38 euros en 2001, 7 407,92 euros en 2002 et 8 635,89 euros en 2003.

Conformément au droit commun en matière de TVA, le montant de la dette fiscale de l'établissement correspond au solde entre la TVA collectée et la TVA dont l'établissement s'est acquitté sur les biens et services relatifs à cette opération (comptes 44562 - " TVA sur immobilisations " et 44566 - " TVA déductible sur autres biens et services ").

Or, l'établissement n'a pas fait état auprès des services fiscaux de cette TVA collectée, qui lui aurait permis de réduire sa dette fiscale. En effet, a été retenue une définition par trop restrictive du droit à déduction de TVA, le directeur ayant estimé qu'il ne s'appliquait qu'aux fluides, alors

qu'il y avait lieu de prendre en compte la TVA sur les immobilisations.

L'enjeu financier qui s'y attache n'est probablement pas négligeable puisque le centre hospitalier a, postérieurement à cette instruction fiscale, fait l'acquisition d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique (IRM), mis à disposition des praticiens hospitaliers en vue de leur activité libérale.

Il est donc recommandé à la direction de recenser ses investissements donnant droit à déduction de TVA et à déclarer la TVA déductible, dès que possible, compte tenu de la forclusion, prévue par l'article 224 de l'annexe II au code général des impôts.

## 6 - LA GESTION PRÉVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPÉTENCES

### 6-1 - L'évolution des effectifs

Selon les bilans sociaux entre 1999 et 2002, le nombre des personnels médicaux en ETP s'est accru de près de 13,6 % et celui des personnels non médicaux de 4,3 %.

**Evolution des effectifs totaux de l'hôpital en ETP**

	1999	2000	2001	2002
Personnels médicaux	51,69	53,18	56,09	58,70
Personnels non médicaux	560,75	562,23	556,73	579,86
- dont administratifs	60,50	59,50	59,50	60,25
- dont soignants	412	419,23	414,23	435,61
- dont techniques	63,25	57,50	57,00	58,00
- dont médico-techniques	25,00	26,00	26,00	26,00
<b>Total</b>	<b>612,44</b>	<b>615,41</b>	<b>612,82</b>	<b>638,56</b>

Source : hôpital de Bourgoin-Jallieu.

### 6-2 - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

La mise en œuvre de la GPEC implique, de la part des organismes qui veulent l'appliquer, plusieurs actions s'enchaînant les unes aux autres :

- dresser un état des lieux des missions de l'organisme et des compétences mobilisées pour les accomplir ;

- définir les grandes évolutions devant l'affecter à moyen terme et leurs répercussions sur l'évolution des compétences qu'elles requièrent, et en tirer les conclusions en termes d'actions à conduire pour la gestion des ressources humaines.

A cet égard, le guide de la GPEC de mai 1997 prévoit quatre démarches types, dans lesquelles peuvent s'inscrire les établissements.

Dans le cas de figure qui concerne le centre hospitalier de Bourgoin-Jallieu, à savoir une progression de l'activité associée à celle des moyens, les étapes sont les suivantes :

- 1 - s'assurer de la connaissance de ses effectifs avec la mise en place d'une nomenclature des emplois et de tableaux de bord de suivi des effectifs ;
- 2 - identifier les répercussions de l'évolution de l'activité sur l'organisation de l'établissement ;
- 3 - identifier les répercussions de l'évolution de l'activité ses effectifs et les compétences dont doivent disposer ses agents ;
- 4 - identifier les postes à créer ou à supprimer, en se basant sur des indicateurs de productivité, sur l'étude de la charge de travail,... ;
- 5 - déterminer les mouvements des effectifs et de compétences à organiser, en se basant sur le référentiel des emplois, sur l'identification des besoins, sur les études faites pour évaluer la " projection de la ressource ", sur le référentiel des compétences, ainsi que sur des indicateurs de veille ;
- 6 - élaborer un plan d'action en termes de gestion des ressources humaines, prenant la forme notamment de plans de gestion de carrière et de plans de formation.

Aucun processus formalisé, au sens où l'a défini la direction des hôpitaux et de l'organisation sanitaire, n'a encore été mis en place dans l'établissement. Le directeur a indiqué avoir privilégié des actions ponctuelles en fonction des besoins d'évolution des qualifications des personnels de soins, rendues nécessaires par les évolutions réglementaires, mais que le démarrage en 2010 du Médipôle, qui devrait coïncider avec le besoin en recrutements de 200 personnes, justifiera davantage le recours à une démarche de GPEC.

## 7 - LA GESTION DE L'ÉLIMINATION DES DÉCHETS HOSPITALIERS

L'annexe 4 comporte une présentation générale sur l'élimination des déchets hospitaliers.

### 7-1 - La politique générale de l'établissement

L'établissement a adopté une stratégie dont l'objectif prioritaire est la sécurité. Un protocole de tri a été élaboré (dernière version de 1997).

Le principal indicateur de suivi est le tonnage mensuel des déchets à risque infectieux (DASRI) produits.

A l'heure actuelle, l'élimination des déchets ne figure pas parmi les activités couvertes par les conventions de coopération interhospitalières. Cette fonction est assurée par les services logistiques de l'hôpital en lien avec l'infirmière hygiéniste.

Une coopération devrait s'établir dans le cadre de la restructuration de l'offre de soins du nord de l'Isère résultant de la réalisation du projet Médipôle.

### 7-2 - L'élimination des déchets à risque infectieux

La production en tonnes de DASRI a franchi un palier en 2002, ce qui a conduit à une élévation du coût, plus que proportionnelle.

	<b>Elimination des DASRI</b>			
	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>
DASRI en tonnes (1)	52,05	52,35	56,40	58,41
Coût TTC en euros (2)	41 274	40 629	47 862	53 644
Coût TTC à la tonne (2)/(1)	792,97	776,10	848,62	918,40
	euros	euros	euros	euros

Source : hôpital de Bourgoin-Jallieu, données retraitées.

Cette hausse résulte de l'augmentation de l'utilisation des matériels à usage unique et de la progression des tarifs à la tonne pratiqués par le prestataire à l'occasion de la passation du nouveau marché.

L'établissement n'a pas isolé la production de DASRI par services, en effet, c'est le responsable du centre de coordination de la lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) qui répartit ces charges entre les différents services.

Il n'a pas été retenu la formule de la désinfection pour le traitement de ces déchets.

### 7-3 - Le circuit d'élimination des déchets à risque infectieux

La collecte, depuis les services cliniques et médico-techniques jusqu'au lieu de stockage, est assurée par les agents de l'entreprise chargée du nettoyage des locaux, avant de donner lieu, trois fois par semaine, à leur enlèvement puis à leur traitement dans l'usine d'incinération d'ordures ménagères de La Tronche, dans le cadre d'un marché passé avec le concessionnaire.

La surveillance du bon déroulement du circuit, incluant le respect des délais maxima entre le moment de la production des déchets jusqu'à leur incinération, est effectuée par les services logistiques de l'hôpital et par l'infirmière hygiéniste.

ANNEXE N° 1 - ANNEXE N° 2 - ANNEXE N° 3 :

**Section de fonctionnement au 31/12**

en euros	1999	2000	2001	2002	2003
Dotation globale	28 002 780	29 940 466	31 502 739	31 307 934	32 667 012
Autres produits de l'hospitalisation	1 419 752	1 626 657	1 579 438	1 878 838	1 922 103
Produits hébergement	3 223 546	2 818 407	2 860 688	2 531 611	2 659 940
Prestation spécifique dépendance (PSD)	77 543	163 426	159 184	0	0
Tarification spécifique	645 929	667 776	669 064	700 737	782 486
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)				508 780	447 878
Autres prestations de service	38 563	45 912	81 157	3 090 281	3 252 663
Ventes de produits	800	804	560	875	40
Rétrocessions et autres marchandises	400 139	618 421	1 044 416	1 423 470	1 952 920
Activités annexes	352 831	481 876	624 231	647 460	699 014
Production stockée	0	0	0	0	0
Production immobilisée	0	0	0	0	0
Subventions de fonctionnement	50 778	289 538	277 388	238 254	35 999
Autres produits de gestion courante	758 163	677 809	851 815	962 120	1 204 145
Remboursements budgets annexes	619 708	573 094	602 087	620 514	673 607
<b>Produits d'exploitation</b>	<b>35 590 533</b>	<b>37 904 187</b>	<b>40 252 767</b>	<b>43 910 874</b>	<b>46 297 806</b>
Achats	1 673 760	1 919 895	1 674 346	2 094 233	4 217 509
Dépenses médicales et pharmaceutiques	3 718 223	3 951 512	4 919 168	5 115 040	3 855 644
Services extérieurs	2 942 039	3 013 183	3 258 420	3 549 078	3 576 993
Impôts et taxes	1 933 379	2 047 351	2 123 319	2 333 509	2 660 956
Charges de personnels	21 946 138	23 626 262	24 800 543	26 146 852	28 525 522
Autres charges de gestion	403 233	359 695	446 992	449 256	479 112
<b>Charges d'exploitation</b>	<b>32 616 773</b>	<b>34 917 899</b>	<b>37 222 788</b>	<b>39 687 968</b>	<b>43 315 737</b>
<b>Marge brute</b>	<b>2 973 760</b>	<b>2 986 288</b>	<b>3 029 978</b>	<b>4 222 906</b>	<b>2 982 070</b>
Dotations aux amortissements et provisions	1 950 819	2 032 713	1 894 746	2 259 198	2 219 850
Reprises sur amortissements et provisions	47 713	0	123 118	104 143	173 174
<b>Résultat d'exploitation</b>	<b>1 070 654</b>	<b>953 575</b>	<b>1 258 350</b>	<b>2 067 851</b>	<b>935 393</b>
Charges financières	1 220 733	1 196 728	1 131 040	1 065 021	1 051 529
Produits financiers	1 326	1 326	17	0	0
<b>Résultat financier</b>	<b>- 1 219 406</b>	<b>- 1 195 401</b>	<b>- 1 131 023</b>	<b>- 1 065 021</b>	<b>- 1 051 529</b>
<b>Résultat courant</b>	<b>- 148 752</b>	<b>- 241 827</b>	<b>127 327</b>	<b>1 002 830</b>	<b>- 116 136</b>
Charges exceptionnelles	129 200	94 239	367 224	841 501	85 278
Produits exceptionnels	382 097	353 228	474 046	623 891	527 773
<b>Résultat exceptionnel</b>	<b>252 898</b>	<b>258 989</b>	<b>106 822</b>	<b>- 217 611</b>	<b>442 495</b>
<b>Résultat net</b>	<b>104 145</b>	<b>17 162</b>	<b>234 148</b>	<b>785 219</b>	<b>326 360</b>

Source : comptes de gestion, données retraitées

**ANNEXE N° 2**

**CH « Pierre OUDOT » de BOURGOIN-JALLIEU (ISERE)**

-----

**Fonds de roulement d'investissement au 31/12**

en euros	1999	2000	2001	2002	2003
Immobilisations incorporelles			263 936	527 871	
Immobilisations corporelles	41 737 307	42 677 103	43 134 432	46 174 266	51 093 954
Immobilisations financières	35 048	16 756	10 423	3 811	27 566
Charges à répartir	47 137	21 913		44 975	87 193
<b>Actifs immobilisés</b>	<b>41 772 355</b>	<b>42 693 860</b>	<b>43 408 790</b>	<b>46 705 948</b>	<b>51 121 519</b>
Apports	5 733 158	5 753 466	5 839 555	7 133 329	8 097 784
Excédent affecté à l'investissement	2 110 725	2 231 501	2 299 801	2 760 030	3 170 255
Subventions d'investissement	18 740	17 126	16 463	15 840	15 202
Provisions réglementées					
Amortissements	16 091 003	17 845 887	19 523 002	21 384 644	21 894 696
Dettes financières	19 192 626	18 679 579	17 490 123	17 169 840	19 052 408
Provisions					
<b>Total financements stables</b>	<b>43 146 251</b>	<b>44 527 559</b>	<b>45 168 944</b>	<b>48 463 682</b>	<b>52 230 345</b>
<b>Fonds de roulement d'investissement</b>	<b>1 373 896</b>	<b>1 833 699</b>	<b>1 760 154</b>	<b>1 757 734</b>	<b>1 108 826</b>

Source : comptes de gestion, données retraitées.

**Fonds de roulement d'exploitation et Fonds de roulement net global au 31/12**

en euros	1999	2000	2001	2002	2003
Créance article 58	1 934 730	1 934 730	1 934 730	1 934 730	1 934 730
Créance de la sectorisation psychiatrique					
<b>Total actifs stables exploitation</b>	<b>1 934 730</b>	<b>1 934 730</b>	<b>1 934 730</b>	<b>1 934 730</b>	<b>1 934 730</b>
Réserve de trésorerie	1 602 404	1 602 404	1 602 404	2 244 404	2 244 404
Réserve de compensation	53 484	19 778	19 778	19 778	19 778
Réduction charges exploitation					
Financement mesures exploitation	124 330	230 380	174 864	55 917	37 417
Report à nouveau déficitaire	-221 587	-344 972	-306 183	-411 793	-19 822
Résultat comptable	104 145	17 162	234 148	785 219	326 360
Provisions risques et charges	173 225	208 073	239 970	695 019	754 419
Autres provisions	40 578	105 101	40 657	58 671	12 852
<b>Total ressources stables exploitation</b>	<b>1 876 578</b>	<b>1 837 926</b>	<b>2 005 637</b>	<b>3 447 216</b>	<b>3 375 408</b>
<b>Fonds de roulement d'exploitation</b>	<b>-58 152</b>	<b>-96 805</b>	<b>70 907</b>	<b>1 512 485</b>	<b>1 440 677</b>
<b>Fonds de roulement net global</b>	<b>1 315 744</b>	<b>1 736 895</b>	<b>1 831 060</b>	<b>3 270 219</b>	<b>2 549 503</b>

Source : comptes de gestion, données retraitées.

**ANNEXE N° 3**

**CH « Pierre OUDOT » de BOURGOIN-JALLIEU (ISERE)**

-----

### Besoin en fonds de roulement au 31/12

en euros	1999	2000	2001	2002	2003
Stocks et en-cours	736 456	666 588	853 142	909 104	966 715
Hospitalisés et consultants	719 494	754 499	900 234	1 925 825	1 448 851
Caisse pivot	968 496	1 147 533	1 085 163	1 167 259	772 822
Autres tiers payants	497 809	631 624	502 958	983 145	949 289
Créances admises en non valeur	64 444	64 444	46 751	163	
Charges constatées d'avance	0	0	0	0	
Autres créances	480 660	397 819	3 591 446	775 507	610 249
Dépenses à classer SD472, 473, 478	68 306	65 317	30 845	585	2 326
<b>Total emplois exploitation</b>	<b>3 535 666</b>	<b>3 727 824</b>	<b>7 010 539</b>	<b>5 761 589</b>	<b>4 750 251</b>
Dettes fournisseurs	1 807 602	1 310 995	4 255 423	2 445 110	2 414 030
Dettes fiscales et sociales	1 259 042	1 309 712	1 235 188	1 383 445	1 336 529
Avances reçues	3 469	1 867	3 290	1 083	514
Dettes sur immobilisations	58 572	12 913	7 667	88 121	22 113
Recettes à classer	14 289	91 559	118 527	573 633	771 474
Produits constatés d'avance	0	0	0	0	
Autres comptes créditeurs	501 295	190 582	190 582	282 806	252 867
<b>Ressources d'exploitation</b>	<b>3 644 269</b>	<b>2 917 628</b>	<b>5 810 677</b>	<b>4 774 197</b>	<b>4 797 527</b>
<b>Besoin de fonds de roulement</b>	<b>- 108 603</b>	<b>810 196</b>	<b>1 199 863</b>	<b>987 391</b>	<b>- 47 275</b>

Source : comptes de gestion, données retraitées.

## ANNEXE N° 4

### CH " Pierre OUDOT " de BOURGOIN-JALLIEU (ISERE)

-----

#### Présentation générale sur l'élimination des déchets hospitaliers

Le code de l'environnement définit en son article L. 541-1 les déchets comme tout résidu d'un processus de production, de transformation ou d'utilisation, toute substance, matériau produit ou plus généralement tout bien meuble abandonné ou que son détenteur destine à l'abandon.

A l'occasion de son activité, un centre hospitalier produit différentes sortes de déchets. Peuvent ainsi être distingués :

- des déchets liés à l'activité de soins : certains de ces déchets sont à risque infectieux (les DASRI) du fait de leur contamination par un agent biologique susceptible de se propager dans la collectivité (tel est le cas, notamment, des pansements, seringues, poches de sang, prélèvements biologiques, et, par assimilation, les pièces anatomiques) ; d'autres ne présentent pas de risques infectieux (exemples : emballages divers, coiffes à usage unique) ;

- d'autres types de déchets à risque : déchets radioactifs, déchets à risque chimique ou toxique, effluents liquides ;

- d'autres types de déchets ne présentant pas de risque spécifique et pouvant être collectés selon les modalités prévues pour les déchets ménagers (notamment, déchets hospitaliers et d'hébergement non issus des lits des malades : déchets de cuisine ne provenant pas directement des activités de soins médicaux) ; à la différence des deux catégories précédentes, ces déchets assimilables aux déchets ménagers ne se voient pas appliquer le principe pollueur-payeur.

Alors que la législation environnementale fixe les règles de droit commun régissant l'élimination des déchets, des régimes spécifiques ont été prévus concernant plusieurs catégories de déchets hospitaliers, en particulier en ce qui concerne les DASRI, les processus selon lesquels ils doivent être triés, conditionnés, collectés puis traités faisant l'objet de règles ad hoc fixées par le code de la santé publique.

En vue de la gestion des filières d'élimination des déchets produits par les hôpitaux, le code de l'environnement prévoit la définition par les pouvoirs publics de plans régionaux. Concernant la région Rhône-Alpes, un plan régional d'élimination des déchets des activités de soins a été approuvé par arrêté du préfet de région du 2 janvier 1995, ce plan étant applicable jusqu'en 2005.

D'après ce plan, en 1995, la production régionale de déchets des activités de soins à risque était de 11 500 tonnes, dont 10 500 tonnes au titre des établissements de santé, alors que la production d'ordures ménagères était de 1,7 million de tonnes.

Pour traiter ces déchets, les différentes filières recensées sont les suivantes :

- les usines d'incinération d'ordures ménagères (UIOM), avec traitement des DASRI à Grenoble et Chambéry ;
- des installations de désinfection à Lyon (3), Villefranche-sur-Saône, Saint-Etienne et Saint-Marcellin ;
- un centre de traitement privé des DASRI à Salaise (Isère).

Dans le cadre du plan, il a été demandé aux établissements, dans un délai maximum de deux ans, de mettre en place un tri à la production, pour séparer les DASRI des autres déchets et d'assurer un contrôle qualité de ce tri.

i Point ISA : indice statistique d'activité ; indicateur de productivité rapportant le budget dont dispose l'établissement à son activité.

ii M. GASQUEZ exerce ces fonctions dans l'établissement depuis 1981.

iii Il y est précisé que la GPEC " consiste, après avoir déterminé les évolutions de l'institution à

moyen ou long terme, à établir un plan d'action cohérent, visant à réduire le différentiel entre le potentiel à un moment donné et les besoins futurs " .

iv Circulaire n° 37 du 14 septembre 1992 relative à la recomposition et à la révision des capacités en lits des établissements de santé publics et privés. Cette circulaire mentionnait les taux d'occupation cible (pour mémoire 85 % pour les unités de médecine, 85 % pour celles de chirurgie et 80 % pour celles de gynécologie obstétrique). Elle rappelait aux préfets d'examiner systématiquement la situation de toute unité hospitalière publique ou privée dans laquelle les écarts entre ces " taux cibles " et les taux d'occupation réels sont égaux ou supérieurs à 10 %.

v La circulaire du ministère de l'emploi et de la solidarité DH/AF3/2000 n° 280 du 25 mai 2000 relative à l'assujettissement à la TVA de certaines prestations offertes par les établissements de santé, a précisé les modalités d'application de cette instruction fiscale.

vi Article 224 annexe II du CGI 1, 2ème alinéa " ...la taxe dont la déduction a été omise sur une déclaration peut figurer sur les déclarations ultérieures déposées avant le 31 décembre de la deuxième année qui suit celle de l'omission " .

Pas de réponse.