

La Présidente

A Clermont-Ferrand, le 2 août 2005

à

Monsieur VIGOUROUX

Directeur du centre hospitalier

Emile Roux du PUY-EN-VELAY

12 boulevard Docteur A. Chantemesse

43000 LE PUY-EN-VELAY

Monsieur le Directeur,

Le rapport d'observations arrêté par la Chambre régionale des comptes sur la gestion du centre hospitalier du PUY-EN-VELAY a été porté à votre connaissance le 28 juin 2005.

Votre réponse écrite est parvenue au greffe de la juridiction le 1er août 2005. Elle est jointe au rapport d'observations ci-joint.

Conformément aux dispositions de l'article L 241-11 du code des juridictions financières, il vous appartient de communiquer l'ensemble de ces documents à l'assemblée délibérante dès sa plus proche réunion. Ils doivent être joints à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donner lieu à un débat.

Je vous invite en conséquence :

* à me faire connaître la date de la plus proche réunion du conseil d'administration au cours de laquelle il sera procédé à cette communication au moyen de l'imprimé joint, à me retourner dans les meilleurs délais ;

* à me transmettre l'extrait du registre des délibérations de la séance du conseil d'administration au cours de laquelle il aura été procédé à cette communication aussitôt après celle-ci ;

J'ajoute qu'en application des dispositions de l'article R.241-23 du code des juridictions financières, une copie de ces observations est transmise au Préfet et au Trésorier-Payeur général de la HAUTE-LOIRE.

Une copie est également adressée au Président du conseil d'administration du centre hospitalier et au Directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

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

Françoise LEPRETRE

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER EMILE ROUX

AU PUY-EN-VELAY

(HAUTE-LOIRE)

I - LA PROCEDURE

Par lettre du 9 octobre 2003, la présidente de la chambre a informé l'ordonnateur de l'ouverture de la procédure d'examen de la gestion du Centre hospitalier Emile Roux, à compter de l'année 1997.

L'entretien préalable prévu par les dispositions de l'article L 241-7 du code des juridictions financières est intervenu, avec M. VIGOUROUX, ordonnateur actuel, le 9 mars 2003, avec M. POITRASSON, ordonnateur intérimaire, le 15 mars 2003, et avec M. VALMARY, précédent ordonnateur le 9 mars 2003.

La chambre, en sa séance du 13 mai 2004, a délibéré sur le rapport d'observations provisoires relatif à la gestion du Centre hospitalier précitée.

Ledit rapport a été adressé à M. VIGOUROUX, directeur du Centre hospitalier Emile Roux, ainsi qu'à M. POITRASSON et M. VALMARY, par lettres de la présidente de la chambre du 3 juin 2004, notifié par lettres recommandées avec accusés de réception distribuées le 4 juin 2004.

Le directeur du Centre hospitalier, par courrier du 22 septembre 2004, reçu à la chambre le 24 septembre 2004, le directeur intérimaire par courrier du 30 juillet 2004, reçu à la chambre le 2 août 2004 et le précédent directeur, par courrier du 2 août 2004, reçu à la chambre le 5 août 2004, ont fait connaître leurs observations écrites dans le délai de deux mois prévu par les dispositions de l'article L 241-9 du code des juridictions financières.

II - LES OBSERVATIONS DEFINITIVES

1 - LA PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

L'établissement pavillonnaire actuel, situé à l'entrée du Puy sur la route de Clermont-Ferrand, a été construit entre 1921 et 1933 sur les conseils d'Emile ROUX, adjoint de Pasteur, dont le nom a été donné à l'hôpital. Depuis dix ans le Centre s'est lancé dans un plan de modernisation :

1993 ouverture du service de Radiothérapie,

1995 mise en service du Centre de Réadaptation Fonctionnelle et Motrice,

1996 humanisation du Centre de Gériatrie,

1997 ouverture de l'ensemble Cuisine-Self-Magasins Généraux,

1998 début des travaux du CMED (Chirurgie Mère-Enfant) qui viennent de se terminer.

L'établissement, avec 557 lits installés au 31 décembre 2003, est considéré comme le pôle sanitaire du département.

2 - LA TENUE DES COMPTES

Les restes à recouvrer

Au 31 décembre 2002, le total des titres figurant en restes à recouvrer sur exercices antérieurs s'élevait à 2 775 915,36 euros dont 21 146,18 euros antérieurs à 2001.

Si le directeur produit un tableau récapitulatif des admissions en non-valeur de créances irrécouvrables depuis 1991 à 2001 compris et une liste de bordereaux de non-valeurs en instance au 26 juillet 2004 pour un montant total de 264 300 euros, aucune décision n'a été prise depuis 2001.

L'ordonnateur tire argument " d'insuffisance de crédit " pour justifier l'absence de dotation au compte de provisions pour dépréciation de créances. La pertinence de cette analyse n'est pas démontrée par la situation objective de l'établissement.

3 - L'ACTIVITE

D'après la statistique d'activité des établissements (SAE), le nombre de lits est resté stable :

DISCIPLINE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	02/97%	2003
Médecine	242	242	242	239	249	245	1,24	233
Chirurgie	100	100	91	92	92	95	-5,00	109
Gynéco-Obstétrique	46	46	46	46	46	46	0,00	44
Sous-Total Court Séjour	388	388	379	377	387	386	-0,52	386
Soins de suite	57	57	57	57	57	57	0,00	57
Soins de Longue Durée	100	100	100	100	100	100	0,00	100
TOTAL	545	545	536	534	544	543	-0,37	543

Le directeur indique qu'au 31 décembre 2003, après l'ouverture du centre chirurgie mère-enfant, le nombre de lits a été porté à 557, sans que le détail en court séjour ne soit reprécisé.

Dans le même temps, le nombre d'entrées a baissé de 10,65 % en court séjour, dont 7,74 % en médecine, 15,32 % en chirurgie et 15,21 % en gynécologie obstétrique. Toutefois, ces chiffres sont sujets à contestation dès lors qu'en 2001, les entrées par mutations internes n'ont plus été décomptées. En revanche, le nombre d'accouchements reste supérieur à 1 100.

La hausse significative (+ 16,50 %) de la durée moyenne de séjour permet le maintien du nombre de journées réalisées sauf en gynécologie obstétrique (- 5,22 %). Malgré cela, si le taux d'occupation en médecine reste satisfaisant, en revanche ceux de chirurgie, toujours inférieur à 70 %, et surtout de gynécologie obstétrique, désormais à peine supérieur à 60 %, sont insuffisants. S'il est exact, comme le souligne l'ancien directeur, qu'à compter de 2000, l'ouverture de 4 places de jour en médecine a permis une activité de 2341 venues dans cette discipline, l'ouverture de 2 lits de gynécologie n'a permis que 298 venues. Les mêmes ordres de grandeurs se retrouvent en 2001 et 2002. Ainsi l'explication ne peut être validée qu'en médecine, seul service dont le taux d'occupation est satisfaisant.

L'ordonnateur actuel souligne que " de meilleures conditions d'hospitalisation et le renforcement des équipes médicales seront susceptibles de réduire les fuites de clientèles observées sur le bassin du Puy, coûteuses pour la sécurité sociale par les déplacements qu'elles entraînent. "

Le projet d'établissement devra tenir compte de ces éléments.

4 - LE PROJET D'ETABLISSEMENT

L'article L 6143-2 du code de la santé publique dispose :

" Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information. Ce projet, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, détermine les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit

disposer pour réaliser ses objectifs.

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

Le Projet d'établissement du Centre hospitalier qui couvre la période 2002-2006, a été adopté par le conseil d'administration le 25 janvier 2002 et approuvé par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (A.R.H.) le 16 juillet 2002.

Outre les objectifs assez généraux du projet médical, ce document prévoit " un schéma directeur des installations " qui se décompose ainsi :

- * mettre en conformité le site en matière de sécurité incendie (installations et équipe de sécurité),
- * poursuivre la restructuration du centre Hospitalier par l'engagement de la phase " médecine ",
- * installer les nouvelles activités autorisées,
- * réaménager certains locaux devenus inadaptés au niveau d'activité constatée,

et en matière d'hébergement des personnes âgées :

- * intégrer le projet de vie au volet-qualité de la convention tripartite prévue par la réforme de la tarification,
- * participer aux travaux prévus pour une meilleure coordination des professionnels et des institutions en matière gériatrique.

Le directeur actuel, qui a transmis à la chambre des fiches tirées d'un document de travail daté de décembre 2004 démontrant une véritable recherche d'optimisation des moyens, notamment en personnel, précise que " le projet d'établissement devrait être fortement orienté par le projet de Groupement de Coopération Sanitaire (G.C.S.) organisant le regroupement de l'offre de soins publique et privée sur le site du Centre Hospitalier Emile Roux pour améliorer et rationaliser l'offre de soins. "

5 - LES PROGRAMMES D'INVESTISSEMENTS ET LE PLAN PLURIANNUEL DE FINANCEMENT

LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Les programmes d'investissements : Conformément à l'article R.714-4-1 du code de la santé publique, toutes les opérations de travaux sont rattachées à un programme d'investissements sur

lequel le conseil d'administration délibère. Ces programmes sont établis en cohérence avec le projet d'établissement.

Le Plan global de financement est prévu par l'article R.714-4-2 du code de la santé publique (décret n° 92-1355 du 24 décembre 1992). Toutes les opérations appelées à figurer dans les programmes d'investissements 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 lors 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.

Des délibérations particulières portent sur les investissements importants conformément aux textes. Celles qui ont été demandées et produites entrent bien dans le cadre du projet d'établissement.

Le Plan pluriannuel d'investissement a été établi pour la période 2003-2008, approuvé par le conseil d'administration dans sa séance du 11 avril 2003 et reçu à la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales (DDASS) pour l'A.R.H., le 15 mai 2003.

En revanche, le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, rendu obligatoire par l'article L 6114-1 du code de la santé publique, n'est pas signé à ce jour.

Son importance doit être soulignée, d'ailleurs l'A.R.H. dans sa lettre d'approbation du projet d'établissement considère que : " L'élaboration du contrat d'objectifs et de moyens prendra particulièrement en considération les orientations du SROS n'ayant pas été complètement investies lors de la réalisation du précédent projet d'établissement (actions de santé publique, coordination des actions de santé, complémentarités) ".

L'adoption de ce document devrait désormais être le premier objectif de l'établissement.

Le rapprochement public privé, priorité de la nouvelle direction, qui mérite d'être souligné, aura une incidence en cascade sur les trois documents : projet d'établissement, programmes d'investissement et contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La plus grande attention devra être portée à la transparence du dispositif et les éventuels transferts de charges vers le secteur public.

6 - L'ANALYSE FINANCIERE

Celle-ci a été élaborée à partir des tableaux de bord des indicateurs financiers utilisés désormais par l'ensemble des partenaires.

AU500302

N° GRANDEURS BILANTIELLES AU 31.12	2000	2001	2002
10-FRI (ressources/emplois) (en %)	100,8	107,1	113,2
11-FRE (ressources/emplois) (en %)	220,9	240,6	245,8
12-FRNG (en K€)	6 850,2	12 603,0	18 563,8
13-FRNG (ressources/emplois) (en %)	110,0	116,0	121,1
14-BFR (en K€)	4 344,6	12 266,6	18 306,5
15-Trésorerie (en K€)	2 505,5	336,4	257,4

* Le Fonds de Roulement d'Investissement (FRI) est un peu supérieur à 100, ce qui signifie que les emplois stables ont été financés par des ressources stables à long terme (plus d'un an).

* Le Fonds de Roulement d'Exploitation (FRE), toujours supérieur à 100 n'appelle pas d'observation.

* Le Fonds de Roulement Net Global (FRNG) en nette progression, est cependant de plus en plus " absorbé " par le Besoin en Fonds de Roulement (BFR). Il en découle que la trésorerie décroît et ne correspond qu'à environ 1,5 jours de dépenses au 31 décembre 2002 alors que la médiane des établissements comparables est un peu supérieure à 10 jours.

Le directeur considère que " le Fonds de Roulement Net Global (FRNG) progresse sur les deux derniers exercices étudiés en montant et en pourcentage. Cette progression résulte principalement de l'augmentation du Fond de Roulement d'Investissement (FRI) et plus particulièrement de la progression de la valeur brute des immobilisations et des dettes financières. Le projet de restructuration engagé sur l'établissement s'est traduit par des dépenses de travaux importantes en 2001 (10,5 M euros) et en 2002 (6,5 M euros). Cette augmentation des biens stables n'est quasiment pas compensée par des recettes d'amortissement dans la mesure où la mise en amortissement des bâtiments intervient à compter du 1er janvier 2004. "

Il considère également que " le rapport FRNG/BFR inférieur à la médiane des établissements comparables répond au souci de ne pas constituer de trésorerie trop importante et permet de limiter les frais financiers en retardant la réalisation des emprunts. "

AU500303

RATIOS LIES A LA DETTE	2000	2001	2002
20-Durée de la dette (en années)	4,68	8,78	13,06
21-Indépendance financière (en %)	37,7	50,1	56,3
22-Remboursement annuité K/Amort (en %)	41,7	56,8	83,2
23-Taux d'intérêt de la dette	2,99	2,72	2,11

Ces ratios permettent d'apprécier le niveau d'endettement et le poids de la charge de la dette, le premier ratio rapporte le total de l'encours de la dette au montant net de l'autofinancement. Ainsi, la durée apparente de la dette est en très forte augmentation du fait des travaux qui viennent d'être en partie financés par emprunt.

L'établissement dispose donc d'une marge particulièrement réduite pour financer le remboursement de sa dette, le renouvellement de ses immobilisations et surtout son important projet immobilier.

Son ratio en la matière est très inférieur à celui des établissements comparables en 2002 puisque les dettes à long et moyen termes représentent 56,3 % des capitaux permanents pour une médiane de 35,84. Ses amortissements sont pour 83,2 % consacrés au remboursement du capital emprunté.

L'établissement a souhaité un apport externe dans le cadre du plan Hôpital 2007 qu'il a obtenu sous forme d'une part d'une subvention d'Etat et d'autre part d'une aide en exploitation au Groupe 4 qui permettra de compenser la charge financière des emprunts.

AU500304

	2003	2004	2005	2006	2007	Total
Subvention de l'Etat.	2 043 132 €	2 000 000 €	2 000 000 €	1 932 868 €		7 976 000 €
Groupe 4	948 402 €	400 000 €	400 000 €	400 000 €	377 151 €	2 525 553 €

L'ensemble de ces éléments doit être pris en compte par les décideurs pour les projets à venir car, malgré les subventions liées au plan " HOPITAL 2007 ", l'endettement augmentera sans doute encore.

AU500305

INVESTISSEMENTS	2000	2001	2002
30-Actifs immobilisés bruts (en K€)	63 223,0	73 475,8	82 534,0
31-Amortissements de l'exercice (en K€)	2 703,2	2 662,5	2 715,7
32- Taux de renouvellement des immob.(en %)	15,99	18,12	11,00
33-Taux de vétusté des équipements (en %)	56,59	53,93	56,70
34-Taux d'autofinancement (en %)	5,82	5,39	4,44
35-Taux de marge brute (en %)	7,82	8,38	8,85
36-Poids des amortissements/Marge brute (en %)	53,1	47,2	41,7
37- Poids des frais financiers/Marge Brute (en %)	9,0	12,0	12,0

* Le taux de renouvellement des immobilisations est désormais proche de 10 ans.

* Le taux de vétusté des équipements est inférieur à la médiane (74,22 %).

* Le taux d'autofinancement, qui mesure la part des amortissements dans les produits courants de fonctionnement, est en baisse malgré les importants investissements réalisés. Il est au 31 décembre 2002 néanmoins proche de la médiane (4,64).

* Le taux de marge brute, qui intègre les frais financiers, se situe un peu au-dessus de la médiane (7,14).

AU500306

EXPLOITATION	2000	2001	2002
40-Evolution des produits bruts (indice base N-4)	103,45	107,25	115,68
41-Evolution des produits 74 75 (indice base N-4)	129,28	123,12	177,76
42-Evolution des consommations intermédiaires (indice base N-4)	100,95	108,39	114,79
43-Evolution des charges de personnel (indice base N-4)	102,52	104,14	113,61
44-Evolution des amortissements (indice base N-4)	104,30	102,73	104,78
45-Taux de charges sur exercices antérieurs (en %)	0,94	2,07	4,03
46-Taux d'évolution des charges rattachées (indice base N-4)	67,09	41,69	47,17
47-Résultat net comptable (en K€)	367,80	121,20	- 276,30
48-Résultat administratif de l'ordonnateur (en K€)	64,60	93,60	156,00

Le taux de charges sur exercices antérieurs (étudié infra) est très élevé (médiane = 0,36) et double chaque année. Le déficit cumulé apparaissant en 2002, bien que déjà très important, ne reflète cependant pas la situation financière réelle de l'établissement.

Sur ce point, le directeur considère qu' " il s'agit d'un problème crucial pour l'établissement confronté à une augmentation régulière d'activité qui s'est fortement accélérée en 2003 et se poursuit en 2004, et ceci bien que le taux de fuite important de clientèle montre que le C.H.E.R ne couvre pas encore les besoins en secteur.

Dans ces conditions, les ressources allouées dans le cadre du budget global n'ont pas permis à l'établissement de faire face à l'accroissement des différentes charges :

* financement partiel de la réforme des filières professionnelles,

* mise en oeuvre de la réduction du temps de travail du personnel médical. Le nombre de journées dues passent de 454 demi journées à 414 demi journées et surtout conséquence de la directive européenne sur le travail de nuit qui alourdit considérablement la charge des lignes de gardes en doublant la charge financière de ce temps de travail (passage du régime indemnité de garde à service effectif de nuit plus indemnités de sujétion),

* forte augmentation des dépenses médicales et pharmaceutiques liées notamment à l'augmentation d'activité en cancérologie et au coût des molécules onéreuses,

* conséquences de l'application de la réglementation sur les évolutions des normes

* mise en place de mesures nouvelles insuffisamment financées. "

Cette argumentation récurrente est contredite d'une manière générale pour la période par l'ensemble des ratios issus du PMSI.

AU500307

RECouvreMENTS ET REgleMENTS	2000	2001	2002
50-Restes à recouvrer générés par les produits bruts (en %)	0,80	0,66	0,65
51-Délai de rotation des dettes fournisseurs (en jours)	41,90	75,00	54,40
52-Régularité du mandatement de la taxe sur les salaires (en mois)	5,92	1,79	1,84

Ce dernier ratio, qui représente le débit de la taxe sur les salaires (compte 6311) sur celui de la rémunération du personnel non médical et médical (comptes 641 et 642) devrait normalement être proche de 9. Son niveau particulièrement bas signifie que la taxe n'est pas payée (cf. infra).

En définitive, la situation financière de l'établissement se caractérise par un fort endettement par rapport aux capitaux propres et par une maîtrise insuffisante des charges courantes, attestée par les reports de charges. Les futurs investissements ne pourront donc pas être autofinancés.

7 - LES REPORTS DE CHARGES RELATIFS A LA TAXE SUR LES SALAIRES

Depuis l'exercice 2000, l'établissement n'inscrit plus l'ensemble des crédits nécessaires au paiement de la taxe sur les salaires au compte 631-1 et n'inscrit plus aucun crédit depuis 2002.

L'établissement justifie son attitude par ce qu'il considère comme des insuffisances de crédits au groupe I. Cette explication ne saurait être retenue que si la sous-dotation de l'établissement était établie ce qui n'a jamais été démontrée mais simplement alléguée.

Les montants réellement versés sont retracés dans le tableau suivant :

Année	Compte D'imputation	Montant Comptabilisé	Justifications
1997	6311	2 833 248,73 € 18 584 893,39 F	Somme correspondant à la totalité de la charge annuelle
1998	6311	2 870 237,25 € 18 827 522,15 F	Somme correspondant à la totalité de la charge annuelle
1999	6311	2 453 733,11 € 16 095 434,09 F	Somme correspondant à 10 mois de Taxe/Salaires 1999 de janvier à octobre, le solde de 496 32,38 € (soit 3 255 654,85 F) ayant fait l'objet d'un report de charges – paiement en 2000 au compte 67281.
2000	6311	1 840 562,33 € 12 073 297,47 F	Somme correspondant à 7 mois de taxes 2000 janvier à juillet, le solde de 1 231 892,83 € (soit 8 080 687,23 F) Août à décembre 2000 ayant fait l'objet d'un report de charges avec paiement en 2001 au compte 67281.
	67281	496 321,38 € 3 255 654,85 F	Solde exercice 1999
2001	6311	499 230,02 €	Somme correspondant à 2 mois de taxes 2001 janvier et février, le solde 2 701 715,06 € mars à décembre 2001 ayant fait l'objet d'un report de charges avec paiement en 2002 au compte 67281.
	67281	1 231 892,83 €	Solde exercice 2000
2002	6311	538 499,27 €	Somme correspondant à 2 mois de taxes 2002 janvier et février. Taxes mars et avril 2002 soit 528 620,01€ payés le 16 juillet 2003 compte 67281 exercice 2003. Les 8 mois restants de 2002 soit 2 355 073,99 € non réglés au 23/10/2003.
	67281	2 701 715,06 €	Solde exercice 2001
2003	67281	528 620,01 €	2 mois de 2002 mars et avril 2002.

Devant cette situation, l'A.R.H. a, depuis 2002, accordé des aides, affectées au paiement des charges ainsi reportées, pour un montant de 5 314 647 euros.

Ces crédits accordés, à titre non reconductible, impliquaient l'engagement d'une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement, effort qui n'a manifestement pas été consenti puisque les reports croissent année après année, accentuant le caractère insincère du budget, alors qu'au vu du PMSI l'établissement dispose des moyens correspondant à son activité.

8 - LA POSITION DU CENTRE HOSPITALIER AU VU DU PROGRAMME DE MEDICALISATION DES SYSTEMES D'INFORMATION (PMSI)

Apprécié en fonction de son niveau d'activité évaluée en points ISA au plan régional, par rapport à son budget retraité (Médecine, Chirurgie, Gynécologie-Obstétrique ==> MCO), le budget réel de l'établissement était supérieur de 414 098,64 euros en 2001 et de 297 327 euros en 2002.

La valeur du point ISA se montait en 2001 à 1,93 euros et en 2002 à 1,927 euros pour une moyenne régionale de 1,912 euros.

Globalement, le Centre Emile ROUX est donc proche de la moyenne des établissements au regard de son ratio coût/activité et n'est pas fondé à invoquer une quelconque sous dotation de son budget.

9 - LES DEPENSES DE PERSONNEL NON MEDICAL

L'évolution des effectifs

Au vu de la statistique d'activité des établissements (SAE), seule source officielle en la matière élaborée contradictoirement par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) et l'établissement, l'évolution des effectifs globaux a été la suivante :

AU500309

FONCTION	E.T.P. Moyen Rémunéré						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Sages femmes	25,13	25,5	25,2	24,99	23,75	23,68	23,83
Personnel d'encadrement du personnel soignant	37,71	38,94	39,28	43,22	37,87	37,08	43,12
Infirmiers spécialisés	22,2	22,87	25,3	27,62	30,76	36,05	36,34
Infirmiers diplômés d'état et de secteur psychiatrique	260,51	260,89	260,27	268,08	278,95	289,79	308,75
Aides soignants	304,73	306,99	300,21	304,46	308,49	313,74	324,52
ASH	155,89	155,73	154,3	152,09	141,33	149,46	150,71
Psychologues	0,57	0,76	0,78	1,4	1,75	2,18	2,83
Autres pels serv soins (rééducation)	13,64	14,38	14,85	14,07	14,82	15,36	19,71
TOTAL SERVICE DE SOINS	820,38	826,06	820,19	835,93	837,72	867,34	909,81
Personnel de direction	5,58	6	6	6	7	6,3	6,11
Autres personnels administratif	110,28	109,9	108,91	109,15	110,05	115,51	117,1
Personnels éducatifs et sociaux	3,65	4,1	4,19	5,46	5,2	4,72	4,74
Personnels pharmacie	6,97	6,8	6,48	5,06	3,69	6,7	6,34
Personnels de laboratoire	33,78	33,39	32,57	31,24	33,06	33,81	33,66
Personnels radiologie	25,05	25,28	25,8	26,86	20,87	22,01	22,8
Autres Personnels médico-techniques				4,43	5,52	4,96	4,5
Personnels Techniques	89,25	83,66	77,57	86,3	90,2	93,22	99,38
Total Hors Services de soins	274,56	269,13	261,52	274,5	275,59	287,23	294,63
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL	1094,94	1095,19	1081,71	1110,43	1113,31	1154,57	1204,44

Le nombre d'agents équivalent temps plein rémunérés augmente d'environ 10 % (110 ETP dont 60 au titre de la réduction du temps de travail).

Structure du Personnel

Catégories de personnels	2000 en %	2001 en %	2002 en %	2003 en %	Moy. Rég. étab. + 10 000 entrées
Personnel service de soins	75,28	75,25	75,25	75,54	74,88
Personnel administratif	10,37	10,51	10,40	10,23	10,07
Personnel éducatif Soc.	0,49	0,47	0,41	0,39	inconnu
Personnel Médico-technique (pharmacie, laboratoire, radiologie)	6,09	5,67	5,85	5,59	4,29
Personnel technique	7,75	8,10	8,09	8,25	10,76

Le pourcentage de personnel de soins dans l'établissement est supérieur aux moyennes de référence.

Répartition du personnel selon le statut en ETP

Catégorie	1999	2000	2001	2002	Prév.2003
Titulaires sur emplois permanents	1 003,64	1 009,9	1 013,13	1 025,16	1 053,73
Non Titulaires sur emplois permanents	45,27	47,44	38,12	40,64	31,15
Personnel de remplacement + été 2003	41,46	52,87	73,06	97,5	134,94
CES	35	25	26	21	18

Chaque année le personnel de remplacement augmente fortement pour atteindre 12,91% en 2003, ce qui est d'autant plus important que l'absentéisme n'est pas supérieur à celui constaté dans les établissements comparables et diminue sensiblement dès 2001.

Au vu du P.M.S.I., l'établissement disposait globalement de 2,63 agents ETP pour 100 000 points ISA pour une moyenne régionale de 2,54 et de 2,44 pour les établissements appartenant au même échantillon. La part des charges de personnel (6,278 euros) dans la valeur totale du point ISA (12,64 euros) représente 49,67 %, pour une moyenne de 48,46 %.

L'ancien directeur explique ce constat par le fait que " le centre hospitalier dispose d'un plateau technique important dépassant le service aux seuls patients hospitalisés en l'absence d'offre privée comparable aux autres villes moyennes de la région ; cela pèse sur les indicateurs fondés sur les lits installés ou les entrées " et que " l'hôpital est organisé encore pour partie aujourd'hui et pour des contraintes architecturales liées au bâti ancien en unités d'hospitalisation de faible

capacité (18 à 25 lits) alors que le standard est de 30 lits. La reconstruction est destinée à intégrer cette donnée essentielle. "

L'actuel directeur insiste sur l'absentéisme. Toutefois, pour 2001 et 2002 ce phénomène avait baissé de deux jours en moyenne par rapport à 2000. Les chiffres pour 2003 ne peuvent pas être vérifiés et, en tout état de cause, ni expliquer le ratio daté de 2002 donné par la DRASS.

L'affectation des moyens en fonction de l'activité

Le département d'information médicale dispose du niveau d'activité par service exprimé en points d'Indice Synthétique d'Activité (ISA), ces éléments ont été croisés avec les moyens en personnel correspondant.

Cet outil pourrait être utilisé par l'établissement pour conduire une réflexion sur l'affectation des moyens entre services, et à leur évolution, d'un exercice à l'autre, lorsque l'éventail des cas traités (Casemix) est proche. Il en est ainsi par exemple entre les services de cardiologie et de pneumologie, voire entre les services de chimiothérapie de jour ou de semaine.

La chambre prend acte que l'établissement a souhaité effectivement mettre en œuvre ce dispositif pour affecter au mieux les ressources.

L'application du statut des personnels non médicaux

L'avancement de grade

Les avancements de grade au Centre Hospitalier se font selon les critères définis par la commission administrative paritaire :

- 1 - date de nomination en qualité de stagiaire dans le grade permettant l'avancement,
- 2 - ancienneté dans les établissements publics,
- 3 - âge.

La valeur professionnelle ou la manière de servir ne sont pas mesurées, et ne constituent donc pas des éléments de gestion du personnel.

L'avancement d'échelon

Des dispositions combinées de l'article 67 de la loi du 9 janvier 1986 qui dispose, alinéa 2 :

" l'avancement d'échelon à l'ancienneté maximum est accordé de plein droit, l'avancement

d'échelon à l'ancienneté réduite peut être accordé au fonctionnaire dont la valeur professionnelle le justifie ", de l'article L. 818 du code de la santé publique (non abrogé) qui prévoit : "
l'avancement d'échelon à l'ancienneté minimum peut être accordé par l'autorité investie du pouvoir de nomination, après avis de la commission paritaire, aux agents auxquels a été attribuée une note supérieure à la moyenne obtenue par les agents du même grade, sans que plus d'une promotion sur trois puisse être prononcée par application de ces dispositions " et des statuts particuliers qui fixent les durées moyennes d'avancement (Edition ENSP 31 mai 1996) il résulte que :

L'avancement s'effectue selon trois modalités :

- 1) durée moyenne (fixée par les statuts particuliers) ;
- 2) durée minimale (durée moyenne minorée du quart), le nombre des promotions est strictement limité à une sur trois ;
- 3) durée maximale (durée moyenne majorée du quart) qui est accordée de plein droit.

L'établissement permet aux agents qui ne peuvent avancer à la durée minimum (c'est-à-dire 2 fois sur 3) d'avancer avec l'ancienneté moyenne minorée, selon la note, de 1 mois à 10,5 mois.

La bonification maximale est obtenue à partir de la note de 19. L'examen exhaustif des moyennes par grade montre que cette note est attribuée pour un très grand nombre d'agents.

Selon une jurisprudence constante, (notamment CE 10 janvier 2003-Fortin) le statut général ne peut pas être modifié par des accords internes et ceux-ci ne peuvent pas non plus y déroger. Ainsi cette pratique est elle irrégulière. De plus elle est coûteuse pour la sécurité sociale, qui finance l'établissement, et pour les pensionnaires en ce qui concerne la partie hébergement des personnes âgées.

* Les astreintes du personnel non médical

Le décret n° 2003-507 du 11 juin 2003 fixe les règles relatives à la compensation et à l'indemnisation des astreintes. Ainsi, le principe est soit la compensation soit la rémunération du quart du temps d'astreinte à domicile. Ce texte n'est toujours pas appliqué dans l'établissement où il a été constaté notamment que :

* les infirmières de bloc opératoire, les Infirmières Anesthésistes Diplômées d'Etat et les Infirmières de Bloc Opératoire Diplômées d'Etat bénéficiaient d'une rémunération forfaitaire de 82,32 euros pour une astreinte de 22 h le soir à 6 h le matin, soit 9 h, et que cette indemnité était doublée le dimanche ou les jours fériés ;

* les infirmières Diplômées d'Etat de pneumologie récupéraient 50 % des heures du samedi matin et 100 % les jours fériés ;

* compte n'était pas tenu des plafonds indiciaires pour les rémunérations d'astreintes ;

* les ambulanciers étaient tous les jours d'astreinte de 12 h à 14 h, astreinte rémunérée 25 % du taux forfaitaire d'IDE au 2^{ème} échelon.

Une meilleure organisation des horaires dans le cadre de l'A.R.T.T. aurait pu générer une économie de moyens. La même remarque s'applique aux agents du service bio-médical pour les mêmes horaires.

La chambre prend acte de la volonté du directeur de l'établissement d'appliquer le texte précité.

10 - LES DEPENSES DE PERSONNEL MEDICAL

L'évolution des effectifs

La statistique annuelle des établissements reflète l'évolution de l'effectif médical :

AU500312

FONCTION	2000		2001		2002	
	Effectif Total	E.T.P.	Effectif Total	E.T.P.	Effectif Total	E.T.P.
Médecine Générale	1	1	14	10	24	19,4
Spécialités médicales	45	32,95	42	30,35	39	28,05
<i>dont anesthésistes réanimateurs</i>	7	7	5	5	4	3,7
Spécialités chirurgicales	22	17,95	24	20,15	27	21,55
<i>dont Gynécologues obstétriciens</i>	5	4,15	5	4,15	5	4,15
Psychiatres	2	0,6	2	0,6	2	0,6
Ondotologues	1	0,2	1	0,2	1	0,6
Pharmaciens	4	2,9	4	2,9	5	3,5
Autres	17	13,55	16	14,15	14	8,65
Internes	18	18	16	16	16	16
TOTAL (hors internes)	92	69,15	103	78,35	112	82,35

Il est vrai, comme le souligne l'établissement, que cette statistique n'est qu'une situation ponctuelle au 31 décembre de l'année considérée.

Il est à préciser également, comme le fait le directeur, que " le ratio effectif médical de 0,32 pour 100 000 points ISA est inférieur à la moyenne régionale (0,43) qui intègre le Centre Hospitalier Universitaire (0,60). Toutefois par rapport à la moyenne de la strate à laquelle il appartient (0,33) l'établissement est proche de ce qui est constaté dans les établissements comparables même s'il est là encore effectivement en dessous. "

Les gardes et astreintes

* L'organisation générale

L'organisation et l'indemnisation des gardes et astreintes dans les hôpitaux publics étaient jusqu'alors prévues par le décret du 15 février 1973 et par l'arrêté du même jour. L'arrêté du 14 septembre 2001 en reprenait les principales dispositions, les complétait et les précisait. L'arrêté du 30 janvier 2002 relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail des médecins complétait le dispositif. C'est désormais l'arrêté du 30 avril 2003 qui s'applique. Ce dernier texte reprend les mêmes exigences que le précédent en ce qui concerne :

- * l'organisation générale du service de gardes et astreintes, sur proposition de la commission médicale d'établissement ;

- * le tableau mensuel de service ;

- * le contrôle du service fait par les carnets à double feuillet.

L'article 1er de l'arrêté du 14 septembre 2001 prévoyait que l'organisation générale du service normal de jour et du service de garde est mis en place pour une durée d'un an renouvelable après évaluation des activités concernées.

L'organisation générale du dispositif de garde au Centre hospitalier repose sur deux délibérations des 19 juin et 22 octobre 1973 de la commission médicale consultative.

Ce règlement prévoit que le service normal de jour comprend le matin et l'après-midi des six jours ouvrables sauf le samedi après-midi pour tous les services alors que le texte n'ouvrait cette possibilité qu'exceptionnellement, lorsque l'effectif médical était insuffisant. Cette insuffisance d'effectif n'est jamais démontrée ni même alléguée dans les délibérations qui pourtant font un rappel précis et exact des textes. Aucune actualisation n'a été produite. Toutefois, depuis l'arrêté du 30 avril 2003, le samedi après-midi n'est plus considéré comme jour ouvrable.

* Les tableaux de service

L'article 12 de l'arrêté du 15 février 1973, repris par l'arrêté du 14 septembre 2001 et l'arrêté du 30 avril 2003, prévoit que le directeur de l'établissement établit chaque mois, sur proposition du chef de service, le tableau général nominatif de service.

Ce tableau indique en regard du nom de chaque praticien :

- * son emploi du temps et son service normal, détaillé par demi-journée ou vacation ou par plages de travail pour les activités organisées en service continu, avec totalisation hebdomadaire ;

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

* la durée des absences, quel qu'en soit le motif, y compris les récupérations des gardes et astreintes si le praticien a fait ce choix.

Le service fait ne peut être certifié qu'au vu de ces tableaux. Au Centre hospitalier aucun document exhaustif n'a été produit. Seuls quelques services fournissent ces tableaux depuis 2004.

Le contrôle des appels et déplacements par le carnet à double feuillet

Parmi les dispositions d'ordre comptable, l'article 17 de l'arrêté du 15 février 1973 prévoit que :

" Chaque praticien effectuant une garde à domicile note sur un carnet à double feuillet :

le nombre et l'heure des appels reçus au cours de la nuit ;

la durée de sa présence à l'hôpital ;

le nom des malades soignés et, par référence à la nomenclature des actes médicaux, l'indication des soins dispensés.

Il en remet le lendemain matin un feuillet au directeur de l'établissement qui, soit les centralise, soit les transmet visés au directeur responsable du secteur de garde ".

L'examen par sondage des carnets des praticiens révèle de nombreux dysfonctionnements. Certains praticiens :

1) ne remettent ces feuillets à l'administration qu'une fois par mois, ce qui est contraire à la réglementation et fait obstacle à un contrôle régulier ;

2) inscrivent quasi systématiquement un appel suivi d'un déplacement à 18 h 30 ou 19 h suivi d'autres appels ou déplacements tout aussi systématiques toutes les demi-heures ou toutes les heures alors que l'octroi de l'indemnité est lié à chaque déplacement effectif avec aller et retour. Ils ont manifestement des habitudes " d'intervention en continu ", souvent jusqu'à ce que soit atteint le montant maximum d'indemnisation pour une astreinte ;

3) inscrivent systématiquement, notamment les samedi et dimanche, des visites et contre-visites qui ne correspondent donc pas à des appels d'urgence pouvant être rémunérés ;

4) inscrivait alors que, sauf les dérogations précitées, le samedi était un jour de service normal jusqu'à l'arrêté du 30 avril 2003, des appels et des déplacements ce jour (ce point est lié au fait que le règlement interne n'a jamais été mis en conformité avec les textes) ;

Les tableaux de service et les carnets à double feuillet, rendus obligatoires par l'arrêté du 14 septembre 2001, repris par l'arrêté du 30 avril 2003, ont pour objet le contrôle de la réalité du service fait. Ces documents n'étant pas en usage au Centre hospitalier aucune indemnité n'aurait dû être payée. Cependant, pour l'année 2002, des indemnités pour gardes et astreintes ont été payées pour un montant de 1,3 Meuros, soit 2,42 % des charges de personnel, ce qui représente un enjeu financier significatif.

Le directeur indique à la chambre que depuis ses constatations, il a pris des mesures destinées à régulariser l'organisation générale des gardes et astreintes :

- * le carnet à souches unique sera mis en place en octobre,
- * les tableaux mensuels de service sont désormais produits exhaustivement,
- * la distinction entre service continu et services comptabilisés en demi journée sera faite en fonction des projets médicaux au cours de ce dernier trimestre,
- * sont envisagés en service continu : les Urgences-SAMU et le service d'Anesthésie ".

Ces mesures, sous réserve de leur mise en œuvre effective, sont de nature à sécuriser la certification du service fait en matière de gardes et astreintes.

L'activité libérale des praticiens hospitaliers

Les articles L 6154-1 à L 6154-6 et R 714-28-10 à R 714-28-30 prévoient et organisent l'activité libérale des praticiens hospitaliers.

Au vu de ces textes, deux points ont été plus particulièrement examinés :

la mesure de l'activité libérale ;

l'information du patient.

- * La mesure de l'activité libérale

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 que :

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

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

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.

La comparaison entre l'activité publique et privée de chaque praticien a permis de dresser les tableaux suivants pour les exercices 2000, 2001 et 2002 :

Pour un rhumatologue

AU500313

	Année 2000		Année 2001		Année 2002	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Consultations Externes	372 CS	1463 CS	301 CS	1 521 CS	268 CS	1 606 CS

L'intéressé, qui a demandé à être entendu par la chambre, a avancé que les patients ne viendraient pas aux rendez-vous en secteur public alors qu'ils viendraient en secteur privé, ce qui se conçoit difficilement dès l'instant où par définition les conditions doivent être les mêmes. Il a reconnu faire plus d'actes en privé qu'en public tout en mettant en avant son activité de consultations intra-service qui toutefois ne peut pas être prise en compte dans cette comparaison, le médecin étant pour ce faire rémunéré par son salaire de praticien à temps plein pour 8 demi-journées. Il explique également qu'il aurait été seul pour assumer la responsabilité de son service de 2001 à 2003 pour 24 lits.

Pour deux gynécologues

Le premier :

	Année 2000		Année 2001		Année 2002	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Consultations Externes	720 CS	1 370 CS	622 CS	1 246 CS	584 CS	1 012 CS

Ce praticien après avoir reconnu que le texte n'était pas respecté, précise toutefois trois points particuliers, à savoir :

" 1 - Lors de la commission médicale consultative du 21 Juin 2004 il a été reconnu beaucoup d'omissions dans la mécanique d'enregistrement des actes publics par l'administration hospitalière.

2 - Je reconnais avoir personnellement négligé de coter beaucoup de consultations externes publiques que j'ai effectuées surtout en urgence pendant mes gardes ou en salles d'accouchement lorsque les patients n'étaient pas préalablement passés au bureau d'admission se munir de document de cotation. Je réalise l'importance de cette cotation pour moi suite à ce premier contrôle de la chambre des comptes en 23 ans d'activité.

3 - J'avais dans l'esprit, jusqu'à présent, que la comparaison se faisait globalement sans tenir compte du fait que le patient était ou non hospitalisé et pensais donc que les consultations publiques dans le service et inter services des patients hospitalisés étaient comptabilisés contrairement aux précisions détaillées dans la circulaire du 26 novembre 2001. "

Le second :

	Année 2000		Année 2001		Année 2002	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Consultations Externes	1 149 CS	1 752 CS	1 132 CS	1 176 CS	1 090 CS	1 731 CS

La chambre prend acte de la volonté de l'un de respecter les textes en vigueur et pour l'autre de sa décision d'arrêter cette activité.

Pour un cardiologue

AU500316

	Année 2000		Année 2001		Année 2002	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Consultations Externes	429 CS et CSC	480 CS + CSC	485 CS et CSC	467 CS	366 CS et CSC	427 CS et CSC

Ce médecin a tenu à faire remarquer dans sa réponse aux observations provisoires que " les plages horaires des rendez-vous pour les consultations techniques sont identiques, les patients choisissent le public ou le privé ; le hasard des urgences ou des patients qui se désistent peut créer une différence, je note qu'elle est minime puisque sur les trois ans référencés cumulées, il y a 34 CSC de moins en public qu'en privé et qu'en contrepartie il y a 4767 K ou Ke de plus en public qu'en privé. "

Pour deux hépato-gastro-entérologues

AU500317

	Année 2000		Année 2001		Année 2002	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Consultations Externes	150 CS	1 173 CS	960 CS	991 CS	1 117 CS	936 CS

	Année 2000		Année 2001		Année 2002	
	Public	Privé	Public	Privé	Public	Privé
Consultations Externes	126 CS	290 CS	140 CS	264 CS	115 CS	267 CS

La chambre prend acte que le premier de ces praticiens a désormais renoncé à son activité libérale.

Le second, pour sa justification, met en avant son respect des plages horaires réservées à l'activité privée, dont le bilan a toujours a toujours été entièrement réalisé par les services financiers. Il argumente également sur des horaires importants qu'il effectuerait au profit de l'hôpital et sur certaines incertitudes concernant les chiffres d'activité publique des praticiens tels que donnés par l'établissement.

* L'information du patient

Une information du patient insuffisante s'ajoute à ces irrégularités.

Les informations comme les jours et heures de consultations, tant privées que publiques, doivent obligatoirement, selon l'article R 714-28-17, être mentionnées dans le tableau général de service qui n'est pas élaboré dans l'établissement.

L'information est uniquement orale au moment de la prise de rendez-vous. Aucune indication ne figure dans les salles d'attente sur les horaires de consultations individualisées, notamment celles du secteur public et celles du secteur privé. Seuls trois praticiens affichent leurs honoraires à la vue du public.

Le livret d'accueil du Centre Hospitalier mentionne l'existence d'activité libérale et donne quelques indications complémentaires, mais il précise que dans ce cas, le praticien percevra personnellement les honoraires alors que cette pratique était formellement interdite antérieurement à l'ordonnance du 4 septembre 2003. Depuis le contrôle, les informations relatives aux horaires et aux honoraires des praticiens figurent dans les salles d'attente conformément à la réglementation.

Les conséquences

Ces irrégularités génèrent un surcoût important pour les finances de l'assurance maladie puisqu'alors que les consultations publiques sont intégrées à la dotation globale de financement de l'établissement, les consultations et autres actes effectués en pratique libérale ne le sont pas.

La commission d'activité libérale qui ne se serait réunie que les 15 décembre 1997, 8 octobre 1999 et 14 avril 2003 ne s'est jamais vraiment émue de ces pratiques. La chambre relève en outre que seule la dernière réunion a fait l'objet d'un procès-verbal. Toutefois, le directeur a, le 29 janvier 2004, rappelé leurs obligations aux praticiens.

L'article L 6154-6 du code de la santé publique dispose :

" l'autorisation peut être suspendue ou retirée par le représentant de l'Etat dans le département lorsque le praticien méconnaît les obligations qui lui incombent en vertu des lois et règlements et les dispositions du contrat : Cette décision est prise après avis ou sur proposition de la commission mentionnée au premier alinéa de l'article L.6154-5 dans des conditions définies par décret. Le ministre chargé de la santé, saisi dans le cadre d'un recours hiérarchique des contestations relatives aux décisions prises en application de l'alinéa précédent, doit statuer après avis de la commission nationale mentionnée à l'article L. 6154-53 ".

A ce jour, et à la connaissance de la chambre, aucun signalement n'a été transmis au préfet antérieurement compétent, ni au directeur de l'A.R.H. désormais habilité à suspendre les contrats dont les termes ne sont pas respectés par les médecins.

D'une manière générale, la chambre prend acte des mesures prises par le directeur pour que l'activité libérale des praticiens soit plus conforme à la réglementation, tant en volume d'activité qu'en information des patients. Elle engage vivement l'établissement à se doter d'un système de contrôle rigoureux de l'activité libérale et d'appliquer l'article L.6154-6 du code de la santé publique.

Les compléments de rémunération

L'étude des bulletins de paye révèle divers compléments de salaire alloués aux praticiens sans aucune base légale.

Ainsi :

1) un médecin, faisant fonction d'interne, a bénéficié du 31 octobre 2002 au 31 octobre 2003 d'un forfait mensuel de 10 gardes de résident en médecine de 3^{ème} année sans obligation de service fait,

2) un praticien, adjoint contractuel en chirurgie, bénéficie du plafond mensuel de garde sans obligation de service fait depuis le 1^{er} septembre 2000,

S'agissant de ces deux irrégularités, la chambre prend acte du fait que, selon le directeur, la réglementation est désormais strictement appliquée ;

3) un chirurgien bénéficiait depuis le 28 février 2002, sans base légale, d'un complément de salaire de 664,92 euros qui lui permet de maintenir sa rémunération au niveau de celle qu'il percevait en qualité de contractuel (4^{ème} échelon + 10 %).

Cette situation était justifiée d'après le directeur par l'expérience de l'intéressé. La chambre prend acte de la cessation de cette situation irrégulière ;

4) un anesthésiste bénéficiait d'un complément de rémunération de 4 185,27 euros par mois majoré du plafond de garde sans obligation de service fait depuis le 10 octobre 2002 soit 2 500 euros mensuel. Ainsi l'intéressé disposait de plus de 6 500 euros brut par mois de complément de rémunération sans aucune base légale.

L'intéressé, qui s'appuie sur un contrat de travail signé le 25 octobre 2002 avec l'établissement, considère que cette situation est beaucoup plus économique pour l'hôpital qu'un recours à des médecins intérimaires compte tenu de la démographie des médecins anesthésistes-réanimateurs.

La chambre prend toutefois acte que la direction de l'établissement lui a fait savoir que le statut des praticiens hospitaliers était désormais strictement appliqué à l'intéressé au cas particulier mais également de manière générale.

5) Un médecin a bénéficié, au moins pendant l'exercice 2001, d'un complément de salaire de 1 755 euros par trimestre pour exercer au Centre hospitalier de Saint-Agrève. A la question de savoir si cette activité intervenait dans la quotité de travail due par ce médecin à l'hôpital Emile Roux, ou en plus de cette quotité, le directeur a donné deux réponses contradictoires. Aucun document n'atteste de l'une ou l'autre réponse, ou du fait qu'il s'agit d'activité d'intérêt général au sens de l'article 11 du décret n° 82-1149 du 29 décembre 1982 modifié. Quoiqu'il en soit, cette rémunération complémentaire, non prévue par la convention passée entre les établissements, ni par aucun autre document, n'avait pas à être payée à l'intéressé qui ne fait plus partie du personnel de l'établissement.

La même remarque peut être faite à propos de trois médecins qui exécutent des prestations dans le cadre d'une convention liant l'association du rein artificiel (A.U.R.A.) au centre hospitalier Emile Roux.

Le directeur convient qu'il n'y a pas de base légale aux indemnités différentielles de rémunération, lesquelles ont été décidées en opportunité, par nécessité absolue de recrutement. Aucun document produit ne permet de justifier un complément de rémunération.

6) Un autre médecin remplace régulièrement le médecin attitré de l'établissement français du sang. Il perçoit à ce titre une indemnité égale à 30 % des émoluments de praticien hospitalier temps plein au 13ième échelon, sans base légale. Le centre hospitalier indique s'appuyer sur une circulaire du 19 juillet 1963 selon laquelle le ministre ne s'opposerait pas à ce que les praticiens exerçant à l'hôpital, sous certaines conditions de disponibilités perçoivent une indemnité qui, cumulée avec l'activité libérale ne dépasse pas 30 % du salaire de l'intéressé. La référence à cette circulaire est d'autant plus contestable que depuis lors, l'article 11 du décret n° 82-1149 du 29 décembre 1987 prévoit que :

" Les praticiens à temps plein hospitaliers et hospitalo-universitaires peuvent, après accord du directeur ou du directeur général de l'établissement hospitalier et en tant que besoin, du directeur de l'unité de formation et de recherche, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés participant au service public hospitalier ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel des émoluments versés par l'hôpital. "

Aucun document ne précise que le praticien exerce ici au titre d'une activité d'intérêt général. Si la

convention du 6 avril 1993 et son avenant du 12 octobre 2000 prévoient bien les conditions de remboursement du personnel en général par le CRTS au CHER, aucune des conditions nécessaires à la rémunération du praticien n'est remplie. Le praticien doit passer une convention avec l'hôpital et l'organisme d'accueil après les formalités suivantes :

avis motivé du chef de service ou de département vis-à-vis d' l'organisation du service ;

avis motivé du chef de service ou de département vis-à-vis de l'organisation du service ;

avis de la commission médicale d'établissement et du conseil d'administration ;

accord du directeur d'établissement (concrétisé par la signature de la convention).

La convention doit impérativement comporter :

- * la désignation des partenaires (établissement d'affectation, praticien concerné, organismes d'accueil pour les activités extérieures, services associés pour les activités intérieures) ;

- * la description détaillée de l'activité et la détermination de ses objectifs ;

- * la durée de la convention et les conditions de son renouvellement ;

- * les conditions d'exercice de l'activité (calendrier, horaires, assurance) ;

- * les modalités d'évaluation de cette activité, le cas échéant ;

- * la durée du temps médical compensé pour les activités intérieures et les modalités de cette compensation.

En outre, pour les activités extérieures, la convention doit mentionner la rémunération perçue par le praticien et, le cas échéant, le montant du remboursement dû à l'employeur principal.

Une copie de la convention signée et de ses avenants est adressée sans délai à la DDASS concernée et à l'ARH.

Les absences des praticiens dues aux activités d'intérêt général, intérieures ou extérieures, doivent être portées sur le tableau de service.

Ainsi, aucune des formalités prescrites pour l'exercice de cette activité n'a été remplie.

De ces errements, la chambre tire le constat que les dérives en matière de charges de personnel contribuent à grever lourdement le budget de l'établissement. La défaillance de la direction à

maîtriser les dépenses et à mettre fin aux reports de charges qui vont en s'amplifiant met en cause la sincérité du budget et surtout son équilibre financier donc son fonctionnement et son développement.

Réponse de l'ordonnateur :

[AUO27070501.pdf](#)