

Monsieur le Directeur,

Par lettre en date du 11 février 2000, j'ai porté à votre connaissance les observations provisoires de la Chambre régionale des comptes concernant la gestion de l'hôpital intercommunal Sud-Léman Valserine pour les exercices 1990 et suivants.

La Chambre a pris acte des informations contenues dans votre réponse parvenue le 10 avril 2000 ainsi que celles des 22 février et 20 avril 2000. Elle a arrêté les observations qui tiennent compte de votre réponse et revêtent désormais un caractère définitif. Ces observations portent sur les points suivants repris dans le document ci-joint :

- des taux d'occupation assez faibles en chirurgie et gynécologie-obstétrique,
- l'absence de projet d'établissement,
- la communauté d'établissement,
- le programme d'investissement et plan pluriannuel de financement,
- l'analyse de l'activité et des coûts au vu du PMSI,
- les charges de personnel
- l'application du statut des personnels médicaux,
- l'indemnité de garde et astreinte,
- l'activité libérale des praticiens et ses dérapages,
- les marchés publics.

En application des dispositions de l'article L.241-11 du code des juridictions financières, ces observations définitives devront être communiquées au conseil d'administration de l'établissement à l'initiative de son président, dès sa plus proche réunion. Elles devront notamment faire l'objet d'une inscription à son ordre du jour et être jointes à la convocation adressée à chacun de ses membres. Le texte de ces observations devenant communicable à toute personne qui en ferait la demande, la Chambre vous serait obligée de bien vouloir lui indiquer à quelle date et selon quelles modalités aura été effectuée cette communication.

Je précise, en outre, qu'en application des dispositions de l'article R.241-23 du code précité, une copie de ces observations est transmise au Préfet et au Trésorier-Payeur Général de la Haute-

Savoie ainsi qu'au directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation.

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

Christian DESCHEEMAEKER

Conseiller maître à la Cour des comptes

Monsieur le Directeur

de l'hôpital intercommunal

Sud-Léman Valserine

74160 SAINT-JULIEN en GENEVOIS

OBSERVATIONS DEFINITIVES RELATIVES

A L'HOPITAL INTERCOMMUNAL SUD-LEMAN VALSERINE

HOPITAL INTERCOMMUNAL SUD-LEMAN VALSERINE

(Haute-Savoie)

Cet établissement d'une capacité totale de 414 lits, dont 274 de court séjour, est installé dans le centre de Saint-Julien en Genevois. Il a été classé par le schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) "pôle de proximité". Sa zone d'influence s'entend jusqu'à Bellegarde en Valserine.

des taux d'occupation assez faibles en chirurgie et gynécologie-obstétrique

Nombre de lits : Evolution par discipline

Voir Tableau

	1997	1996	1995	Ecart 97/95
Médecine	118	118	118	-
Chirurgie	129	131	131	-2
Gynécologie-obstétrique	27	31	31	-4
Sous-total court séjour	274	280	280	-6
Soins de suite	10	10	10	-
Soins longue durée	90	90	90	-
Hébergement	80	80	80	-
TOTAL GENERAL	414	420	420	-6

- ACTIVITE

Pendant cette même période, le nombre d'entrées en court séjour a progressé de 1,75 % avec des différences notables entre la médecine qui augmente de 8,15 % et la chirurgie en baisse de 4,27 %.

L'établissement effectue un peu plus de 900 accouchements par an.

Les durées moyennes de séjour sont en valeur absolue inférieures aux moyennes de la région.

Toutefois, le ratio " performance globale de l'établissement " qui rapproche la durée moyenne de séjour des pathologies traitées situe ce centre en 4ème position sur 50 en partant du moins bien classé.

Pour 1998

DMS standardisée (moyenne des autres établissements)= 0,83 <1 DMS observée

Ce chiffre était 0,88 pour 1997.

- DMS observée

Cet item correspond à la durée moyenne de séjour calculée à partir de l'ensemble des séjours hors les séances et séjours d'un jour (CM 24).

- SMS standardisée

La durée moyenne de séjour standardisée correspond au rapport entre le nombre de journées théoriques de l'établissement et le nombre de séjours réalisés. Le nombre de journées théoriques correspond au nombre de journées qu'aurait produit l'hôpital si les durées moyennes de séjour par GHM avaient été égales aux durées moyennes de séjour nationales par GHM (l'ensemble des établissements de la base).

- DMS standardisées sur DMS observées

Il s'agit du rapport entre la DMS standardisée et la DMS observée. Un ratio supérieur à 1 indique que, compte tenu de l'éventail des cas traités, l'établissement est plus " performant " (en termes de durée de séjour) que la moyenne. Inversement un ratio inférieur à 1 signifie que l'établissement est moins " performant " (en terme de durée de séjour) que la moyenne.

En ce qui concerne les taux d'occupation ils étaient en médecine de 81,60 tant pour 1997 que pour 1999, en chirurgie de 63,32 en 1997 et 73,00 en 1999 et en gynécologie obstétrique de 71,90 en 1997 et 59,08 en 1999.

Malgré une progression en chirurgie les chiffres restent à part en médecine, très en deçà des objectifs ministériels qui demeurent 85 % en médecine et en chirurgie et 80 % en gynécologie obstétrique.

2. L'ABSENCE DE PROJET D'ETABLISSEMENT

Ce projet n'est toujours pas élaboré quoique rendu obligatoire par l'article L.714-7 du code de la santé publique. Les programmes d'investissement et le plan pluriannuel de financement des investissements en découlent en principe, ce qui bien entendu ici n'a pu être le cas (art. R.714-4 du code de la santé publique). Ce projet, au vu du SROS, décrit la politique générale de l'établissement sur cinq ans.

Ce retard résulte des incertitudes dans lequel était cet hôpital quant à la stratégie à adopter à savoir, participation à la fusion Annemasse Bonneville ou recherche de synergies fortes avec ce nouvel établissement ou autonomie plus grande encore. De toute façon cet établissement ne pourra se dispenser de travail en réseau avec ses partenaires conformément aux orientations du SROS.

La Chambre a pris acte qu'un projet était à l'étude.

3. LA COMMUNAUTE D'ETABLISSEMENTS

L'article L.712-3-3 du CSP, qui prévoit l'existence de communautés d'établissements dans chaque secteur sanitaire dans les trois ans à compter de la date de publication de l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 (article L.712-3-4), précise que ces communautés ont notamment pour but de

favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent.

La circulaire du 9 avril 1997 (§ 2-2-1) prévoit que la communauté d'établissement peut prendre la forme d'un syndicat inter-hospitalier mais la seule existence de ce syndicat ne remplace aucunement la communauté si cela n'est pas expressément prévu dans une charte constitutive (même circulaire § 2-2-2).

Cette circulaire précise également :

"l'agrément de la charte par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation est subordonné à des coopérations conduisant à des partages d'activités et à des modes d'organisation rénovés dans les domaines médicaux, médico-techniques, logistiques et administratifs. Ces coopérations doivent permettre de répondre aux orientations du SROS et de ses annexes (mise en place de gardes médicales communes, de consultations avancées, mises à disposition de personnels...)".

Le syndicat interhospitalier créé, par arrêté du 31 décembre 1996, entre l'hôpital et le centre hospitalier d'Annemasse-Bonneville organise des gardes communes pour certains services, un dispositif commun d'accueil des urgences, une coordination des deux services de pédiatrie et la mise en place de services ou d'activités communes dans les domaines suivants :

- hygiène hospitalière et Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)
- hémovigilance
- information médicale
- formation continue
- sécurité incendie
- électro-encéphalogramme (EEG)
- biologie

ainsi que toutes études d'intérêt commun à la demande des instances des deux établissements concernés.

Ce syndicat pourrait être la base d'une communauté d'établissements.

La véritable charte de communauté devrait donc prévoir en outre de véritables partages d'activité, les critères de mesures de réalisation des objectifs poursuivis et les éventuels redéploiement de

moyens.

4. ANALYSE de l'activité et des couts AU VU DU programme de medicalisation du systeme d'information (PMSI)

1996

- Le taux d'exhaustivité est de 100 %.

- Le nombre de résumés de sorties anonymisées (RSA) est de 12.027 pour 10.693.113 points d'indice synthétique d'activité (ISA) dont 823.338 externes (7,7 % pour une moyenne nationale de 8,5 %).

- Le nombre de groupes homogènes de malades (GHM) traité (419) est très près de la moyenne (416).

- 9,53 % des séjours concernent des personnes de plus de 80 ans (moyenne 14 %) ce qui est très faible. L'âge moyen des patients est assez bas 38,6 ans pour une moyenne de 42,9.

- Le coût du point ISA n'est pas excessif 12,78 F pour une moyenne nationale de la strate de 14,05 F.

Les valeurs les plus significatives sont les suivantes :

Voir Tableau

	Personnel	Med tech	Blanchisserie Restaurant	Logement
Saint Julien en Genevois	6,80	2,70	0,75	2,52
Moyenne	6,64	3,85	0,62	3,03

Le poids moyen du cas traité n'est pas très élevé 1043 (pour une moyenne de 1117), ce qui signifie que les pathologies traitées sont un peu moins lourdes que la moyenne.

1997

Cet exercice confirme ces résultats corrects (les bases ne sont pas comparables).

Le coût du point ISA est à 11,03 F pour une moyenne de 12,08 F.

La chambre a, en outre, relevé que l'utilisation en interne du PMSI par l'établissement pouvait permettre la nécessaire redistribution des moyens entre services.

5. ANALYSE FINANCIERE

Au vu des bilans de 1995 à 1997 :

- Les capitaux propres représentent toujours (hors provisions) plus de 50 % du passif et n'appellent pas d'observations.
- Pour 1997, l'ensemble des dettes (financière, fournisseurs et autres) représentait 18,40 % des recettes consolidées d'exploitation.

Ces observations sont corroborées par les ratios suivants :

Pour 1997 :

Voir Tableau

	CH St Julien en Genevois	Moyenne de la strate
Délais de paiement des fournisseurss	58,40 journées	51,37
Restes à recouvrer de l'exercice	21,90 journées	15,68
Créances irrécouvrables	0,76 journées	0,91
Dépendance financières	0,28 %	0,64

Les délais de paiement des fournisseurs peuvent être améliorés.

La dépendance financière reste très faible.

Les restes à recouvrer de l'exercice demeurent relativement élevés. Dans son rapport annuel au conseil d'administration pour 1996, le comptable préconisait certaines améliorations : développement du pré-paiement, avances sur factures, engagements solidaires, paiements à la régie. Pour 1997, la Chambre a pris bonne note que le nombre de titres restant à recouvrer était en diminution de 22,23 % et leur valeur en baisse de 18,84 % par rapport à 1996.

L'acquisition de Tedeco, système de liaison direct entre l'hôpital et le centre informatique du Trésor, début 1999 devrait également, à terme, renforcer l'amélioration.

6. CHARGES DE PERSONNEL

6-1 - Les effectifs

Voir Tableau

	Nombre d'agents non médicaux ETP	Agents médicaux ETP + internes
1995	538,13	33,9 + 5
1996	543,98	33,9 + 4
1997	533,38	35,0 + 3

6-2 - Analyse par le PMSI

Voir Tableau

<u>Personnel médical =</u> 1000 journées	0 51	moyenne 0,71
<u>Personnel médical =</u> 100 000 points ISA	0 29	moyenne 0,36
ETP non médical = 1000 journées	4.62	moyenne 5,18
<u>ETP non médical =</u> 100 000 points ISA	2.61	moyenne 2,62

Constat est fait que l'effectif du personnel médical rapporté au nombre de journées est inférieur à la moyenne, il l'est un peu moins par rapport au nombre de points ISA. Celui du personnel non médical est en dessous de la moyenne rapportée aux journées, mais égal pour 100 000 points ISA.

6-3 - Structure du personnel par type d'emploi (source SAE)

Voir Tableau

	1995	1997
Personnel administratif.....	10,90 %	11,26 %
Personnel soignant	75,81 %	75,02 %
Personnel des services techniques	13,29 %	13,72 %

6-4 - Application du statut des personnels non-médicaux

6-4-1 L'avancement d'échelon

La carrière des personnels des établissements hospitaliers est régie par la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. En aucun cas, elle ne peut être régie par des protocoles particuliers aux établissements. La réglementation est identique pour tous les fonctionnaires qui se trouvent dans la même situation. Ce principe exclut la libre discussion, entre les parties, des conditions d'emploi et de rémunération.

Des dispositions combinées de l'article 67 alinéa 2 de la loi du 9 janvier 1986 : "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) : "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 E.N.S.P. 31 mai 1996) il résulte que :

- l'avancement s'effectue selon trois niveaux :

- 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.

Or, il ressort de l'examen des procès-verbaux des commissions paritaires que la grande majorité des agents, qui ne peuvent réglementairement avancer d'échelon au strict minimum, bénéficie d'un minimum majoré de 4 à 10 mois.

Un protocole d'accord signé avec les représentants du personnel est à l'origine de ce fonctionnement. Ce protocole qui n'a aucune valeur légale et n'est d'ailleurs pas visé dans les décisions individuelles d'avancement, avait fait simplement l'objet d'une discussion lors du comité technique paritaire du 23 octobre 1985, de surcroît antérieur au statut de la fonction publique hospitalière fixée par la loi du 6 janvier 1986.

L'établissement effectue également une comparaison avec la situation d'un agent territorial traité par le Conseil d'Etat. Dans l'arrêt cité, l'agent concerné devait avancer à l'ancienneté minimale conformément à l'arrêté du maire, mais ce dernier avait mentionné que l'arrêté ne prendrait effet que six mois après que l'agent remplisse les conditions d'avancement à la durée minimale ; ce Conseil d'Etat a estimé que rien ne s'y opposait. Il n'existe en effet dans le cadre du statut de la fonction publique que deux modes d'avancement, l'ancienneté minimale et l'ancienneté maximale.

Les textes n'offraient donc au maire aucune autre possibilité de tenir compte de la valeur de l'agent puisqu'il n'y a pas en ce qui concerne la fonction publique territoriale d'avancement moyen ni de quotas pour l'avancement minimum.

La situation est ici différente.

Dans la loi du 6 janvier 1986 (art. 2) la notion d'ancienneté réduite comprend à la fois l'ancienneté moyenne et minimale et intègre des quotas pour tenir compte de la valeur professionnelle des agents. Ce texte a rendu obsolète la circulaire du 3 décembre 1959.

6-4-2 - Horaire du personnel

Au vu des plannings, les horaires pratiqués dans les services de soins sont différents ainsi que selon le grade et la fonction.

Toutefois deux points statistiquement importants se dégagent très nettement: et sont liés.

1) l'amplitude des nuits est très longue : 10 h 30 à 10 h 50 en général.

2) les chevauchements horaires de 13 h à 15 h sont très nombreux à des moments où l'activité n'est pas particulièrement forte à l'hôpital.

Ces deux constats sont bien entendus liés. Les agents de service de nuit qui n'effectuent réglementairement que 35 h peuvent ainsi mieux regrouper leurs heures.

Une rationalisation des horaires paraît d'autant plus s'imposer que l'article 8 de la directive européenne 93-104-CE du 23 novembre 1993 impose aux états membres que la durée du travail de nuit ne dépasse pas 8 h, notamment lorsqu'il comporte des tensions physiques ou mentales importantes, même si ce principe n'est pas intégré en droit interne. Il s'agit pour le moins d'une forte recommandation. De surcroît l'amplitude d'une nuit de travail ne peut pas dépasser 10 h dans la législation française.

7. Application du statut des personnels médicaux

Un praticien a perçu depuis 1975, en qualité de chef de service à temps partiel, une indemnité compensatrice de 1 048,75 F correspondant au complément de rémunération prévu par l'arrêté du 25 février 1975. Ce montant correspond à l'indemnité prévue pour les praticiens des hôpitaux classés en 2ème catégorie, 1er groupe. Or, la décision de reclassement, concernant l'intéressé, en date du 27 novembre 1975, précise que l'établissement est classé en 2ème catégorie, 2ème groupe. En fait, dès cette époque, l'indemnité aurait dû être de 9 143 F par an soit 761,92 F par mois. En revanche, comme suite à un arrêt du Conseil d'Etat en date du 30 octobre 1996, cette somme aurait dû être indexée sur les traitements de la fonction publique.

Par décret n° 85-384 du 29 mars 1985, le statut des praticiens hospitaliers a été modifié, l'article 21 titre V énumère les éléments de rémunération perçus et ne mentionne plus cette indemnité compensatrice.

La décision de reclassement en date du 13 novembre 1985 ne mentionne pas non plus cette indemnité.

L'intéressé a donc perçu indûment cette indemnité jusqu'au contrôle de la chambre.

8. INDemnités de garde et astreinte

Avant 1996, le système reposait sur des bases légales. Un praticien était d'astreinte à son domicile et percevait pour cela une rémunération forfaitaire. Cette rémunération était majorée d'un forfait pour chaque déplacement à l'hôpital. Le comptage de ces appels générant un déplacement était laissé à l'entière responsabilité du médecin.

Après une étude de la DRASS, démontrant que cet établissement avait des coûts d'astreinte très supérieurs aux autres (2 appels par astreinte au lieu de 0,47), des négociations ont été engagées entre la direction et les praticiens pour définir un mode de fonctionnement moins onéreux. Le système retenu, après avoir été accepté par tous les praticiens sauf un, a été une forfaitisation des astreintes à domicile qui devient de fait un quasi-complément de salaire.

Pour définir le forfait attribué à chaque astreinte, un indice synthétique a été bâti qui intègre trois critères :

- le nombre d'appels par astreinte de spécialité tel qu'enregistré au standard (ce qui démontre que c'est possible),
- la fréquence des astreintes, en distinguant la semaine et le week-end (en raison des gardes communes avec Annemasse, le nombre de praticiens appelés à prendre les gardes varie entre la semaine et le week-end),
- le degré d'urgence des appels.

Ainsi a été établi un barème échelonné de 262 F pour le laboratoire à 1 260 F en réanimation, par astreinte.

L'hôpital a communiqué à la chambre un tableau comparant le coût des astreintes avec le système forfaitaire : 2 437 996 F pour 1998 avec l'estimation du coût calculé comme précédemment : 2 815 504 F, sans toutefois préciser le mode de contrôle des appels.

La chambre considère que le retour à la légalité, s'impose ainsi que le contrôle du service fait par les praticiens, ce qui est toujours possible même sans texte explicite dès l'instant où la certification du service fait est du seul rôle de l'ordonnateur, c'est-à-dire du directeur.

9. Activité libérale des praticiens ET SES DERAPAGES

En 1997 comme en 1998, sept praticiens bénéficiaient d'un contrat d'activité libérale de deux demi-journées par semaine sauf un qui ne dispose que d'une demi-journée mais bénéficie également de l'usage de deux lits où il peut faire hospitaliser les malades qu'il traite au titre de son activité libérale.

Comparaison activité publique et privée :

- en consultations spécialisées -

Voir Tableau

	Consultations externes publiques (venues) 1998	Consultations externes privées (venues) 1998
Dr Benderbous.....	805	1085
Dr Gojon.....	45	558
Dr Marchal.....	149	1562
Dr Mollin.....	23	682
Dr Toccanier.....	493	1610

- en lettre clef K -

Voir Tableau

	K publics 1998	K privés 1998
Dr Benderbous	28313	36308
Dr Gojon	250	10720

Or, l'article 3 du décret 87-944 du 25 novembre 1987 prévoit : "les praticiens doivent effectuer personnellement et à titre principal, dans le secteur public hospitalier, les consultations et les actes qu'ils effectuent à titre libéral".

Ce n'est pas le cas des Docteurs Benderbous, Gojon, Marchal, Mollin et Toccanier. Même si aucun plafond n'est fixé, la Chambre a relevé que l'un des praticiens percevait en honoraire 120,62 % du montant de ses émoluments annuels hors gardes (pour 1998).

L'article 3 du décret du 25 novembre 1987 est assez clair même si la circulaire d'application n'explicite par le terme " principal ". L'article 54 de la loi du 19 juillet 1999 renforce ce texte et lui donne une valeur législative. Dans un article de doctrine paru dans la revue hospitalière (n° 2 mars-avril 1993), la limite de l'article 3 du décret précité est ainsi commentée :

" Cette limite explicitée par l'article 3 (alinéa 1er) du décret du 25 novembre 1987, cité ci-dessus doit s'interpréter comme imposant une identité dans la nature des activités publiques et privées, au niveau de la discipline, de la spécialité mais aussi de la typologie des actes et de leur cotation dans la nomenclature ".

De plus, malgré la publication de la loi du 19 juillet 1999, aucune mesure n'a été prise par la direction de l'établissement pour éviter ces dérapages qui se sont poursuivis depuis avec les mêmes ordres de grandeur.

L'article 54 de ce texte est pourtant suffisamment clair pour être d'application immédiate :

La troisième condition d'exercice de l'activité libérale est :

" que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au

nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ".

Par ailleurs, la chambre s'est interrogée sur l'activité privée de deux autres chefs de service. Pour le premier il n'a pas été possible d'individualiser l'activité publique à l'intérieur du service et pour le second, l'activité privée est proche de l'activité publique.

D'une manière générale, les honoraires privés, perçus directement par les médecins, sont en augmentation de 7,22 % entre 1997 et 1998, dans le cadre d'une quasi-stagnation de l'activité de l'hôpital.

Commission d'activité libérale

Les derniers procès-verbaux de cette commission sont datés des 16 novembre 1994 et 30 juin 1997 et du 4 juin 1999.

En méconnaissance des obligations prévues par l'article 13 du décret 87-944 du 25 novembre 1987, le rapport annuel d'activité libérale qui doit être élaboré par la commission et transmis au directeur, au conseil d'administration et à l'autorité de tutelle n'a jamais été établi avant la séance du 4 juin 1999 qui a fait suite à la première visite de la Chambre et à la présentation des points qui seraient traités pendant le contrôle.

La Chambre a toutefois noté l'action du président de ladite commission qui a attiré l'attention de l'établissement sur l'activité libérale d'au moins un praticien par courrier du 17 juin 1999.

Les pratiques décrites correspondent à un surcoût net pour la sécurité sociale puisque les consultations publiques sont, elles, comprises, en grande partie, dans la dotation globale de l'établissement.

La Chambre rappelle tout particulièrement l'article L.714-35 du code de la santé publique qui dispose :

"(L. n° 87-39 du 27 janvier 1987, article 23 : n° 91/748 du 31 juillet 1991, article 9-11 et 15-18°)
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.714-34 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.714-34".

- la lettre du 4 août 1994, publiée au BO Santé, du ministre de la santé sous le couvert des préfets

et des DDASS qui précise :

"Mon attention a été appelée sur des cas de dysfonctionnements et d'abus dans l'exercice de cette activité à l'hôpital. Je vous rappelle qu'en votre qualité de responsables d'établissements il vous appartient :

- de vous assurer que les malades sont clairement informés des possibilités qui leurs sont offertes d'être accueillis en secteur public et des conséquences de leur choix d'être suivis au titre de l'activité libérale des praticiens et particulièrement sur les tarifs des consultations et actes médicaux qui pourront leur être demandés ;
- de veiller à ce que la commission d'activité libérale joue pleinement son rôle et qu'elle s'assure du bon fonctionnement de l'activité libérale dans l'établissement ;
- d'informer les praticiens concernés des obligations qui sont les leurs en ce domaine ;
- de prendre les mesures qui s'imposent lorsque vous avez connaissance de dérives ou de non-respect des clauses du contrat d'activité libérale et de la possibilité qui vous est donnée de saisir la commission d'activité libérale.

L'activité libérale étant encore l'objet de critiques, il est essentiel que transparence et clarté soient garanties dans son exercice afin de préserver l'intérêt des malades et l'image de l'hôpital public et du corps médical hospitalier".

Les textes et les instructions concernant l'activité libérale sont complètement perdues de vue par le Centre hospitalier de Saint-Julien en Genevois. De plus, la chambre n'a pas été mise à même de constater que les patients reçoivent une information objective.

De plus, le tableau de service retraçant l'intégralité de l'activité des praticiens n'a pas pu être produit.

En relation avec la commission d'activité libérale, il appartient au directeur de l'établissement de rétablir une situation conforme du droit en la matière.

10. LES MARCHES PUBLICS

Création d'une centrale de secours électrique et de cogénération

L'examen des documents contractuels du marché négocié de maîtrise d'œuvre n° 95-005 du 19 décembre 1995 appelle les remarques suivantes :

Retenue de garantie

Conformément à l'article 125 du code des marchés publics (CMP), l'article 11-2 du cahier des clauses administratives particulières (CCAP) prévoyait une retenue de garantie de 5 %. Cette retenue pouvait être remplacée par un cautionnement. La chambre a observé qu'aucune retenue n'avait été effectuée sur les acomptes versés et qu'aucune caution n'était jointe en pièce justificative.

Notification de ce marché

Aucune mention relative à la notification du marché aux titulaires n'est portée sur l'acte d'engagement. L'article 250 du CMP précise cependant que "les marchés doivent être notifiés avant tout commencement d'exécution". L'article 254 du CMP précise que "cette notification consiste en une remise au destinataire contre récépissé ou un envoi par lettre recommandée avec demande d'avis de réception postal ou par tout moyen permettant de donner date certaine à cet envoi. La date de notification est la date du récépissé ou celle de réception de l'avis. Le marché prend effet à cette date". Aucun récépissé ou avis postal n'est joint en pièce justificative.