

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 de Saint-Laurent-du-Pont au cours des exercices 1997 et suivants. Celui-ci a également été communiqué au président du conseil d'administration et, pour ce qui le concerne, à votre prédécesseur.

A l'issue du délai d'un mois fixé par l'article L.241-11 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau, ainsi qu'au président du conseil d'administration, ce rapport accompagné des réponses écrites qu'ont fait parvenir à la Chambre, dans ce délai, votre prédécesseur et ledit président.

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, auquel doivent être jointes les réponses écrites, 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.

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.

Monsieur Bernard CROZAT

Directeur du Centre hospitalier

Hôpital-Hospices

38380 SAINT-LAURENT-DU-PONT

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

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-LAURENT-DU-PONT

(ISÈRE)

Exercices 1997 et suivants

SOMMAIRE

1 - RAPPEL DE LA PROCEDURE ET CHAMP DU CONTROLE 3

1-1 - RAPPEL DE LA PROCEDURE 3

1-2 - CHAMP DU CONTROLE 3

2 - PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT 3

2-1 - CARACTERISTIQUES GENERALES DE L'ETABLISSEMENT 3

2-2 - L'EQUIPE DE DIRECTION 4

2-3 - L'ACTIVITE DE L'ETABLISSEMENT 4

2-3-1 - La décomposition de l'activité 4

2-3-2 - L'évolution de l'activité 4

2-3-2-1 - Le nombre de lits 5

2-3-2-2 - Les entrées 5

2-3-2-3 - Le nombre de journées 5

2-3-2-4 - Le coefficient d'occupation 6

2-4 - LES INTERROGATIONS SUR LE DEVENIR DE L'ETABLISSEMENT 6

3 - LE CADRE DANS LEQUEL L'ÉTABLISSEMENT EXERCE SES MISSIONS 8

3-1 - LE PROJET D'ETABLISSEMENT ET LE CONTRAT PLURIANNUEL D'OBJECTIFS ET DE MOYENS 8

3-2 - LES COOPERATIONS INTERHOSPITALIERES DANS LESQUELLES EST ENGAGE L'ETABLISSEMENT 8

4 - LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT 9

4-1 - LES PRATIQUES BUDGETAIRES ET COMPTABLES DE L'HOPITAL 9

4-1-1 - Les éléments affectant l'information sur les conditions d'exploitation 9

4-1-1-1 - Le décompte et l'imputation des remboursements de frais des budgets annexes 9

4-1-1-2 - La pratique des reports de charges 10

4-1-2 - Les éléments affectant l'information sur l'équilibre de trésorerie de l'établissement 10

4-1-2-1 - L'impact des reports de charges 11

4-1-2-2 - L'absence de comptabilisation des charges et produits constatés d'avance 11

4-1-2-3 - L'absence de comptabilisation des intérêts courus non échus 11

4-2 - LES CONDITIONS D'EXPLOITATION PENDANT LA PERIODE SOUS REVUE 11

4-2-1 - Les évolutions constatées 11

4-2-2 - Les facteurs explicatifs des déficits de fonctionnement 13

4-2-2-1 - Les écarts entre les prévisions budgétaires et les recettes réalisées 13

4-2-2-2 - Les recrutements d'agents sans autorisations budgétaires 13

4-2-2-3 - La correspondance entre le mode de tarification et l'activité 14

4-2-3 - L'évolution de la capacité d'autofinancement (CAF) 14

4-3 - LES DETERMINANTS DE LA SOLVABILITE DE L'HOPITAL 14

4-3-1 - Le fonds de roulement d'investissement 14

4-3-1-1 - Le niveau et l'évolution du fonds de roulement d'investissement 14

4-3-1-2 - La situation d'endettement de l'établissement 15

4-3-1-3 - Conclusion sur le FRI 16

4-3-2 - Le fonds de roulement d'exploitation 16

4-3-2-1 - L'indétermination du niveau du fonds de roulement d'exploitation 16

4-3-2-2 - L'évolution des emplois et des financements circulants 16

4-3-3 - L'évolution de la situation de trésorerie 17

5 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 17

5-1 - ASPECTS GENERAUX 17

5-2 - LE NIVEAU ET L'EVOLUTION DES EFFECTIFS DES PERSONNELS NON MEDICAUX
SELON LES

DONNEES SAE 18

5-3 - LE RESPECT PAR L'ETABLISSEMENT DE SES OBLIGATIONS EN TERMES DE BILANS
SOCIAUX 18

5-4 - LE RESPECT DE L'AUTORISATION BUDGETAIRE EN MATIERE DE RECRUTEMENT
DES AGENTS DE

L'ETABLISSEMENT 18

5-4-1 - Les règles en matière d'autorisation de recrutement des agents hospitaliers 18

5-4-2 - Les pratiques constatées 19

6 - LES CONDITIONS DE LOCATIONS DE CERTAINS LOCAUX DEDIES AUX ACTIVITES
EXTRAHOSPITALIERES 19

NOTES DE RENVOI 24

1 - RAPPEL DE LA PROCEDURE ET CHAMP DU CONTROLE

1-1 - Rappel de la procédure

La Chambre régionale des comptes de Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion du Centre hospitalier de Saint-Laurent-du-Pont (Isère), pour les exercices 1997 et suivants.

Les entretiens préalables prévus par l'article L. 241-7 du code des juridictions financières ont eu lieu entre M. Sébastien GALLÉE, conseiller-rapporteur, et M. Bernard CROZAT, directeur de l'établissement, le 28 juillet 2003 et Mme Catherine BARGHON, ancienne directrice, le 29 juillet 2003.

Lors de sa séance du 10 septembre 2003, la Chambre a formulé des observations provisoires adressées, conformément à l'article R. 241-12 du code des juridictions financières, à M. CROZAT et Mme BARGHON, ainsi qu'à M. Pierre RIBEAUD, président du conseil d'administration de l'établissement. Des extraits ont par ailleurs été communiqués à la même date au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation de Rhône-Alpes (ARHRA), au président du Conseil général de l'Isère, ainsi qu'à la société dauphinoise pour l'habitat.

Lors de sa séance du 25 février 2004, la Chambre a examiné les réponses écrites reçues des destinataires du rapport d'observations provisoires ou d'extraits de ce rapport et a décidé d'adresser un rapport d'observations définitives aux directeurs successifs, ainsi qu'au président du conseil d'administration de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont.

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

1-2 - Champ du contrôle

Au cours de cet examen de gestion, la Chambre a souhaité mettre l'accent sur les thèmes suivants : sincérité budgétaire et comptable, conditions de recrutement des agents de l'établissement.

2 - PRESENTATION DE L'ÉTABLISSEMENT

2-1 - Caractéristiques générales de l'établissement

L'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont est un établissement public de santé départemental, dont l'essentiel de son activité est consacré à l'hospitalisation de longue durée (300 lits) et à l'hébergement (150 lits), les capacités d'accueil en médecine étant nettement plus modestes (25 lits autorisés) Cet établissement compte également 20 lits de psychiatrie infanto-juvénile et 20 lits de moyen séjour.

L'établissement est classé dans le secteur 4 en tant que pôle sanitaire de proximité renforcé autour de Voiron (SROS Rhône-Alpes 1999-2004). Un réseau de gériatrie est constitué dans ce cadre, associant prioritairement le CHU de Grenoble, les hôpitaux de Voiron, de Rives et de Tullins, ainsi que la clinique des eaux claires. Ce réseau a pour vocation à " s'ouvrir aux structures médico-sociales, en conformité avec les orientations du schéma gériatrique et du SROS de

psychiatrie ".

Sur le plan financier, le budget de fonctionnement de l'exercice 2001 s'est élevé à 29 Meuros. Hormis pour l'exercice 1998, le budget de l'établissement a été déficitaire sur toute la période sous revue. Le montant des dépenses d'investissement entre 1997 et 2001 est resté limité à 2,5 Meuros. L'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont dispose de quatre budgets annexes, retraçant les activités suivantes :

- gestion des éléments du patrimoine de l'établissement, regroupés sous l'appellation de dotation non affectée (DNA) ;
- activités de l'unité de soins de long séjour (USLD) ;
- maison de retraite ;
- hospice.

Selon les données SAE pour l'exercice 2000, l'effectif du personnel non médical était composé de 578 agents dont 409 agents pour les services de soins et l'effectif médical de 38 agents dont 15 psychiatres.

2-2 - L'équipe de direction

L'hôpital est dirigé, depuis le 1er mars 2003, par M. Bernard CROZAT. Son arrivée a fait suite à une période d'intérim assurée depuis le 1er septembre 2002 par M. FONTERS. Auparavant, la direction de l'hôpital avait été assurée par Mme Catherine BARGHON, actuellement en fonction à l'hôpital de Moutiers (Savoie).

Le conseil d'administration est présidé par M. Pierre RIBEAUD, membre du conseil général de l'Isère, le président de la commission médicale d'établissement est M. Jacques PICHON-MARTIN, également conseiller général.

M. LEVAYER assure la direction financière de l'hôpital, il est également chargé des services économiques ; M. HUDRY est directeur des ressources humaines.

2-3 - L'activité de l'établissement

2-3-1 - La décomposition de l'activité

L'activité de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont comporte deux grandes composantes. En premier lieu figure ce qui constitue l'activité intrahospitalière, regroupant sur le site même de l'établissement :

- des activités de médecine (25 lits) et de soins de suite et de réadaptation (SSR), regroupés au sein du pavillon VEREL, au sein duquel sont également localisés les services d'imagerie médicale et la pharmacie ;

- les services de soins de longue durée (300 lits), regroupant eux-mêmes plusieurs types d'activités, médicales ou psychiatriques : personnes âgées dépendantes (120 lits au sein du bâtiment dénommé la Matinière), des handicapés mentaux (60 lits au CERES) et patients psychiatriques chronicisés (120 lits au bâtiment A) ;

- des services d'hébergement sont répartis sur deux sites : BELLEVUE (80 lits) et l'unité de Miribel-les-Echelles (70 lits dont 40 lits de cure médicale).

L'établissement s'investit également dans des activités dont la localisation est située en dehors de son site, qualifiées par là-même d'extrahospitalières. Sont concernées des activités de psychiatrie, dans le cadre de centres médico-psychologiques (CMP) - dont certains sont éloignés de plus de 50 kilomètres du site de Saint-Laurent-du-Pont, ce qui est en soi de nature à rendre difficile le pilotage de ces structures - ainsi que trois hôpitaux de jour.

2-3-2 - L'évolution de l'activité

Sur ce point, les données prises en compte par la Chambre sont les statistiques officielles tirées des statistiques annuelles des établissements (SAE) établies par les services du ministère chargé de la santé.

2-3-2-1 - Le nombre de lits

Outre les capacités d'accueil exprimées en termes de lits, l'établissement dispose de 36 places en hôpitaux de jour.

Évolution du nombre de lits

	1997	1998	1999	2000	2001
Médecine	25	25	25	25	25
Psychiatrie infanto-juvénile	20	20	20	20	20
Soins de suite	25	25	25	25	20
Longue durée	301	300	300	300	300
Total secteur hospitalier	371	370	370	370	365
Total hébergement	170	170	150	150	150
Total	541	540	520	520	515

Source : données SAE

Le nombre de lits en hébergement a connu une diminution en 1999, que le directeur a expliqué pendant le contrôle par une opération de régularisation sur le site de Miribel, ce dernier ayant été antérieurement en surcapacité, par rapport aux autorisations d'ouverture.

2-3-2-2 - Les entrées

Le nombre d'entrées en médecine a été en augmentation sur la période 1997-1999, avant de connaître une tendance à la diminution.

Évolution du nombre d'entrées

	1997	1998	1999	2000	2001
Médecine	399	505	546	438	461

Source : données SAE

2-3-2-3 - Le nombre de journées

Le constat qui s'impose, au niveau global, est celui d'une diminution de l'activité entre 1997 et 2001. Cette situation a été la résultante des évolutions suivantes :

- s'agissant de la médecine, la période contrôlée a vu une phase de fluctuation de l'activité en médecine, à laquelle a succédé, en 2000 et 2001 une certaine stagnation ; en psychiatrie, la réduction du nombre de journées a été continue ;
- en ce qui concerne les soins de suite, le nombre de journées, après une phase de diminution, a connu une augmentation depuis 1999 ;
- enfin, l'activité en longue durée a été en augmentation jusqu'en 2000, avant de connaître une contraction en 2001.

Au-delà de ces constats, il est apparu que la qualité de l'information statistique sur l'activité de l'hôpital a pâti des difficultés éprouvées par l'établissement à bien distinguer l'activité médicale de ce qui relève du moyen séjour. Le fait que ces deux activités soient situées à proximité l'une de l'autre et que certains patients admis en médecine soient amenés à prolonger leur séjour tout en demeurant dans les mêmes locaux y a contribué.

Il n'en demeure pas moins que, tant au regard du pilotage interne que de la qualité des relations avec les autorités sanitaires, il y aurait lieu pour la direction de s'assurer que les données produites par l'établissement soient effectivement le reflet de l'activité respective du court et du moyen séjour.

Évolution du nombre de journées

	1997	1998	1999	2000	2001
Médecine	7 282	6 163	6 579	6 065	6 013
Psychiatrie infanto-juvénile	6 678	6 394	6 011	5 846	5 747
Soins de suite ou de réadaptation	7 871	7 795	7 264	7 704	7 976
Longue durée	103 681	104 190	104 065	105 641	100 431
Total secteur hospitalier	125 512	124 542	123 919	125 256	120 167
Total hébergement	55 070	54 541	49 623	46 808	47 662
Total	180 582	179 083	173 542	172 064	167 829

Source : données SAE

2-3-2-4 - Le coefficient d'occupation

Eu égard à la stabilité du nombre de lits sur la période, le coefficient d'occupation suit une évolution parallèle à celle de l'activité mesurée en nombre de journées. Le coefficient d'occupation en médecine est constamment inférieur au taux cible de 85 %, fixé nationalement par une circulaire du ministère chargé de la santé du 14 septembre 1992 relative à la recomposition et à la révision des capacités en lits des établissements de santé publics et privés.

L'existence d'un coefficient d'occupation supérieur à 100 %, aberrant en soi, en SSR reflète la faiblesse de l'information statistique relevée plus haut.

Coefficient d'occupation (en %)

	1997	1998	1999	2000	2001
Médecine	79,8	67,5	72,1	66,2	65,9
Psychiatrie infanto-juvénile	91,5	87,6	82,3	79,8	78,7
Soins de suite ou de réadaptation	86,3	85,4	79,6	84,1	109,3
Longue durée	94,4	95,2	95,0	96,2	91,7
Total secteur hospitalier	92,7	92,2	91,8	92,4	90,2
Total hébergement	88,8	87,9	90,6	?	?
Total	91,5	90,9	91,4	92,4	90,2

Source : données SAE

2-4 - Les interrogations sur le devenir de l'établissement

L'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont a connu une crise sociale en 2001-2002, qui s'est traduite dans le fonctionnement des instances de consultation internes (démission des membres de la commission médicale d'établissement et absence de réunion pendant un an de la commission de soins infirmiers). Cette crise a trouvé sa cause immédiate dans un plan d'économie annoncé par l'ancienne direction. L'appréciation du caractère réaliste de ce plan (prévoyant notamment un gel des postes des personnels médicaux, des mises à la retraite d'office de sept agents en congé maladie, ainsi qu'un non-remplacement de cadres administratifs de direction) a donné lieu à controverses entre l'ARH et la DDASS de l'Isère.

Cependant, si ce plan directeur en a été l'élément déclencheur, la crise de 2001-2002 a trouvé sa source dans un malaise plus profond, suscité par la situation même de l'établissement : la vétusté des bâtiments nécessitait un effort conséquent d'investissement alors même qu'en raison de ses

difficultés financières, l'hôpital voyait sa capacité d'autofinancement se réduire.

A la suite de cette crise, les services du ministère de la santé se sont préoccupés des conditions de gestion, ainsi que des perspectives d'avenir de cet établissement. Ainsi, à la demande de l'ARH, une mission d'appui, mise sur pied par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) du ministère chargé de la santé, est intervenue en mars 2002 pour dresser un état des lieux et dégager des orientations quant son devenir.

Sur plan général, la mission a estimé que l'hôpital de Saint-Laurent du Pont était " un assemblage hétéroclite d'activités sanitaires et médico-sociales constitué à partir du socle d'un hospice qui n'a pas suffisamment évolué ". Il " a servi de structure commode de " dégagement " pour les centres hospitaliers spécialisés notamment de Saint-Egrève et de Bassens " et a ainsi vu son activité s'orienter vers une prise en charge accrue des patients psychiatriques et des personnes handicapées mentales, sans que la qualification des personnels ou les locaux aient été adaptés. Dans une période récente, " les choix de la direction et d'une partie du corps médical ont porté sur les activités les plus sanitaires, considérées comme plus valorisantes : la pédopsychiatrie [...], les consultations externes, la radiologie équipée d'une salle numérisée, d'un mammographe, un service d'urgences, non autorisé, fonctionnant 24 h sur 24 ".

Sur le plan financier, la mission a constaté que l'hôpital était confronté à des difficultés budgétaires récurrentes, provoquées par " un dépassement des crédits de personnels ", ainsi que par " un déficit de recettes ". Ce dépassement de crédits de personnels a été identifié comme provenant d'une " multiplication de recrutements effectués sans autorisation budgétaire ". Une dizaine de postes ont été concernés entre 1996 et 2000 et le mouvement s'est accéléré en 2001 " dont la majorité sur des fonctions n'apportant pas un soutien immédiat à des personnels en difficulté : infirmière générale en formation, informaticien, adjoint technique, ouvriers professionnels des services techniques, personnel administratif...".

Le déficit de recettes a résulté d'un écart entre les prévisions budgétaires et l'exécution, retracé dans le compte administratif. En se basant sur la gestion 2001, la mission a évalué cet écart à " 4 MF environ, signifiant que 33 places restent en moyenne vacantes sur l'année, essentiellement dans le service dit pavillon A, qui accueille un grand nombre de patients psychiatriques au long cours ". A cet égard, la mission a pointé un défaut de sincérité budgétaire, les prévisions de recettes de 2001 ayant été reconduites dans le budget 2002, et a souligné le caractère structurel de ces pertes de recettes, dans la mesure où elles étaient " l'effet certain de l'inadéquation des structures sur le plan des locaux, du personnel et des projets ". Ces difficultés budgétaires ont résulté des reports de charges, que la mission a évalués à 3,1 MF (charges 1999 reportées sur 2000), puis 5,0 MF (charges 2000 reportées sur 2001).

Le regard de la mission a également porté sur d'autres aspects de la gestion interne : un mode de management inadapté, des conditions de travail qualifiées de déplorables, la manière inopportune avec laquelle la direction d'alors a présenté le plan d'économies, dont le principe était pourtant

jugé nécessaire par l'autorité de tutelle.

En ce qui concerne les perspectives d'avenir, la mission a proposé une scission en deux établissements :

- un centre hospitalier général serait constitué, pour assurer les activités de médecine, gériatrie et pédopsychiatrie ;
- les autres activités (notamment la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes) seraient dévolues à un établissement médico-social, sous statut d'établissement public ;
- la gestion des services communs (cuisine, blanchisserie,...) serait assurée par un syndicat interhospitalier.

Selon le rapport de la mission d'appui un effort d'investissement significatif devrait être consenti pour reconstruire totalement les bâtiments destinés à l'accueil des patients psychiatriques et des personnes handicapées, les locaux actuels (les bâtiments A et Miribel, ainsi que ceux hébergeant le CERES et le CPIJ) étant marqués par leur " inadaptation définitive " et leur " la dangerosité ". Ces activités devant revenir au futur établissement médico-social dont le coût de construction a été estimé à 13,1 Meuros.

Depuis l'intervention de la mission, un projet médical a pu être présenté, les autres volets du projet d'établissement (notamment le projet social et le plan directeur) restant à définir. Le directeur a en outre prévu d'entamer les négociations sur la convention tripartite dans le courant du premier semestre de l'année 2004 et de déposer une demande de financement en vue de la rénovation du bâtiment Pierre VEREL.

Le devenir de la pédopsychiatrie ne pourra être fixé que dans le cadre du prochain SROS, après l'aboutissement d'un projet de médipôle situé dans le nord de l'Isère.

Plus largement, l'avenir de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont dépend d'un accord, encore à trouver, entre l'ARH et le conseil général de l'Isère, les points en négociations portant simultanément sur la définition des orientations stratégiques de cet établissement et sur le partage de l'effort financier devenu nécessaire pour lui permettre d'exercer ses missions dans des bâtiments pouvant effectivement accueillir des patients, ne serait-ce qu'au regard du respect des normes de sécurité incendie.

3 - LE CADRE DANS LEQUEL L'ÉTABLISSEMENT EXERCE SES MISSIONS

3-1 - Le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

L'article L.6143-2 du code de la santé publique fait obligation aux hôpitaux publics de se doter

d'un projet d'établissement qui formalise pour plusieurs années les orientations stratégiques qui sont approuvées par l'ARH.

L'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont n'a pas respecté cette obligation à l'heure actuelle et semble difficilement pouvoir y satisfaire dans un avenir proche. En effet, si des travaux de réflexion ont bien été engagés pour élaborer le projet médical - le cour du projet d'établissement - la définition des orientations stratégiques, à la suite de l'intervention de la mission d'appui, doit encore être arrêtée par l'ARH et le conseil général de l'Isère. En outre, lorsque le projet médical aura pu être achevé, il conviendra encore d'élaborer les autres volets du projet d'établissement prévus par la législation.

La direction s'est fixée comme objectif d'avoir entamé la mise en œuvre du projet d'établissement d'ici au deuxième semestre 2006, permettant ainsi à l'hôpital de lancer la procédure d'accréditation

3-2 - Les coopérations interhospitalières dans lesquelles est engagé l'établissement

La direction de l'hôpital a conclu des conventions de coopération avec les établissements suivants :

- l'hôpital de Saint-Geoire-en-Valdaine (mise à disposition par l'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont d'un informaticien, ainsi que d'un médecin du travail), 30 avril 2002 ;
- le centre hospitalier de Voiron pour la création d'une consultation chirurgicale sur le site de Saint-Laurent-du-Pont, 1er janvier 2002 ;
- le centre hospitalier de Saint-Egrève pour la mise à disposition par cet établissement d'un temps de médecin spécialisé en psychiatrie (6 demi-journées par semaine), 2 janvier 2001;
- le centre hospitalier de Saint-Egrève pour la mise à disposition par cet établissement d'un directeur d'informatique médicale, 6 juin 2000 ;
- le CHU de Grenoble, les hôpitaux de Saint-Egrève, Vienne, et le centre psychothérapeutique du Vion pour la prise en charge de l'urgence médico-psychologique en cas de catastrophe dans le département de l'Isère, 10 avril 2001 ;
- le groupe voironnais de la douleur et les centres hospitaliers de Pont-de-Voisin, Rives, Tullins, Voiron, Saint-Marcellin pour la mise en œuvre d'une convention cadre constitutive du réseau voironnais de la douleur chronique, 15 octobre 1999.

4 - LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

4-1 - Les pratiques budgétaires et comptables de l'hôpital

A plusieurs égards, les pratiques budgétaires et comptables en vigueur au sein de l'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont ont affecté la fiabilité de ses comptes.

4-1-1 - Les éléments affectant l'information sur les conditions d'exploitation

4-1-1-1 - Le décompte et l'imputation des remboursements de frais des budgets annexes

La réglementation budgétaire est comptable applicable aux hôpitaux publics prévoit pour un certain nombre d'activités, parmi lesquelles l'hébergement des personnes âgées, que les recettes et dépenses auxquelles elles donnent lieu soient retracées dans des budgets annexes, distincts du budget principal de l'hôpital, chacun de ces budgets devant être adopté en équilibre.

En particulier, l'article R.714-3-9 du code de la santé publique interdit qu'il soit fait recours à des subventions d'équilibre de la part du budget principal (dit budget H) au profit de ces budgets annexes. Un niveau de financement doit être garanti de la part des différents financeurs institutionnels, l'assurance maladie et le département au titre de l'aide sociale, correspondant effectivement aux dépenses devant être prises en charge par chacun d'entre eux. En outre, dans la mesure où les services dont les activités doivent être retracées par ces budgets annexes assurent également des soins, dont le financement incombe à l'assurance maladie, un décret¹ prévoit des sections d'imputation, afin d'identifier les charges incombant à chacun des financeurs institutionnels.

Le respect de ces obligations, dont une circulaire récente² du ministère chargé de la santé a rappelé l'importance, implique de procéder à des dépenses et recettes d'ordre entre les différents budgets, ces opérations devant être étayées par une comptabilité analytique permettant une identification précise des coûts relevant de chacune des activités. Les recettes d'ordre dont doit ainsi bénéficier le budget H doivent être imputées au compte 7584 - " Remboursement de frais des budgets annexes ".

Sur plusieurs points, il s'avère que la pratique en vigueur au sein de l'hôpital n'a pas été conforme à ces principes.

En premier lieu, et comme l'a souligné le rapport de la mission d'appui, spécialement en ce qui concerne l'USLD, les dépenses d'hébergement ont été en partie couvertes par les financements dédiés aux soins.

En outre, entre 1997 et 2002, l'évolution de l'activité, telle que mesurée par le nombre de journées, ne s'est reflétée que partiellement dans la structure des coûts telle qu'elle transparaît dans la comptabilité générale de l'hôpital. Ainsi, alors que la longue durée a représenté 57 % de l'ensemble des journées pour l'établissement en 1997, cette proportion est passée à 60 % en

2001. Cette part accrue de l'activité liée à la longue durée ne s'est pas traduite dans les charges puisque le budget annexe USLD a continué à représenter 35 % de l'ensemble des charges de fonctionnement de l'établissement d'après les comptes de gestion. Sur ce point, la direction a reconnu que théoriquement ces prestations ont été calculées d'après les données issues de la comptabilité analytique, mais qu'en pratique la détermination de ces remboursements a été effectuée selon les crédits disponibles par budget, ainsi que par financeur.

Par ailleurs, il est apparu que l'essentiel du coût de l'absentéisme des personnels soignants était imputé sur le budget H, alors que ce phénomène concernait surtout les agents dont les missions avaient trait aux activités retracées par le budget annexe USLD. Il en a donc résulté un transfert de coût de ce budget annexe vers le budget général de l'hôpital.

Dans sa réponse, le directeur a expliqué que " si l'on avait maintenu le personnel absent sur l'unité fonctionnelle dont il relevait, ce mode de traitement aurait majoré la charge du budget H qui, pour 2002, comptabilisait un absentéisme plus important ". " Les coûts de l'absentéisme imputés à l'unité fonctionnelle " gestion du personnel ", sont répartis en comptabilité analytique entre les différentes unités tarifaires, sur la base des charges directes constituées pour 80 % de charges de personnel ".

Il apparaît ainsi que l'absentéisme a été traité comme une charge indirecte, à savoir comme une charge ne pouvant être imputée directement entre les différents services. Cependant, dans la mesure où l'absentéisme est un phénomène concernant principalement des personnels de soins en fonction dans chacune des unités que constituent les services de médecine, de long séjour ou de psychiatrie infanto-juvénile, son coût s'apparente bien à une charge directe et pour l'essentiel, l'établissement devrait pouvoir procéder à son imputation exacte entre le budget H et les budgets annexes.

A ce défaut d'étanchéité entre le financement des activités de soins et celles d'hébergement s'est ajoutée une erreur d'imputation concernant les recettes d'ordre dont doit bénéficier le budget H : jusqu'en 2000 inclus, les remboursements de frais du budget annexe n'ont pas été enregistrés dans le compte prévu à cette fin. Il en est résulté un défaut de lisibilité affectant notamment le calcul l'excédent brut d'exploitation.

4-1-1-2 - La pratique des reports de charges

La pratique des reports de charges, consistant à reporter le paiement de dépenses concernant un exercice donné sur l'exercice suivant, a été signalée par la mission d'appui de la DHOS, en ce qui concerne la taxe sur les salaires et la prime de service, ainsi que par le trésorier, dans son rapport de gestion pour 2001 (reports de charges de 2001 de 782 411 euros pour ces deux postes de dépenses).

Deux ratios³ du tableau de bord des établissements publics de santé donnent des résultats : le

taux de charges sur exercices antérieurs a été pour 2001 de 3 % alors que, selon la DGCP et la DHOS, au-delà d'un niveau de 0,2 %, les reports de charges qui sont ainsi révélés ne peuvent plus être qualifiés de techniques ; le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires exprimé en mois de retard a été évalué en 2001 à 6 mois, en revanche, l'exercice 2002 a connu une amélioration, le délai de règlement de la taxe sur les salaires étant ramené à 4 mois.

Ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taxe sur les salaires	1 115	1 098	1 121	1 098	609	839
Rémunération personnel non médical	11 055	10 818	11 008	11 272	11 722	12 028
Rémunération personnel médical	1 088	1 135	1 189	1 264	1 350	1 325
Taxe sur salaires/Rémunérations	9,18 %	9,19 %	9,19 %	8,76 %	4,66 %	6,28 %

Source : comptes de gestion, données retraitées

Le directeur de l'hôpital a indiqué dans sa réponse que le règlement normal de la taxe sur salaires a été repris en janvier 2003, l'excédent de clôture 2002 du budget général de 127 930,25 euros a été affecté à l'apurement de l'arriéré de 1,1 Meuros et l'établissement a demandé une aide exceptionnelle à l'ARH et au département pour apurer complètement l'arriéré.

4-1-2 - Les éléments affectant l'information sur l'équilibre de trésorerie de l'établissement

L'évaluation de la situation financière d'un hôpital public se fait habituellement par une analyse financière du bilan, s'appuyant sur les concepts de fonds de roulement (FR) et de besoin en fonds de roulement (BFR), la comparaison entre ces deux agrégats permettant d'apprécier les conditions dans lesquelles l'établissement réalise son équilibre de trésorerie et se met ainsi en situation pour faire face à ses échéances.

Le contrôle a conduit à constater que les pratiques budgétaires et comptables de l'établissement - outre qu'elles méconnaissaient le principe d'indépendance des exercices - privait l'observateur extérieur, voire la direction elle-même, de la possibilité de procéder à cette analyse.

4-1-2-1 - L'impact des reports de charges

Les reports de charges signalés plus haut ont leur pendant dans les comptes de bilan en minorant le montant des dettes d'exploitation, ce qui conduit à une surévaluation du BFR.

4-1-2-2 - L'absence de comptabilisation des charges et produits constatés d'avance

L'instruction M 21 (tome I, page 71) rappelle que " les comptes de régularisation servent à répartir dans le temps, de manière à rattacher à un exercice déterminé les charges et les produits le concernant effectivement et ceux-là seulement. Ainsi les comptes de régularisation permettent d'enregistrer [...] les charges et les produits constatés d'avance ". La comptabilisation des charges et produits constatés d'avance aux comptes 486 et 487 est indispensable pour le respect du

principe d'indépendance des exercices.

L'examen du compte de gestion a montré que mis à part l'exercice 2001, l'établissement n'a pas procédé à ces écritures comptables.

4-1-2-3 - L'absence de comptabilisation des intérêts courus non échus

Du fait d'un manque de crédits au titre des dépenses du groupe 4 de la section de fonctionnement, l'établissement n'a pas pratiqué la comptabilisation des intérêts courus non échus (ICNE). Le directeur a précisé qu'il a remédié à cette situation au budget primitif 2004.

4-2 - Les conditions d'exploitation pendant la période sous revue

4-2-1 - Les évolutions constatées

Section de fonctionnement, tous budgets confondus (milliers d'€)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ventes marchandises	0	0	28	17	17	21
Production vendue ⁱ	21 092	21 602	21 939	22 249	22 867	24 148
Production immobilisée						
Achats	2 546	2 611	2 559	2 667	2 743	2 755
Sous-traitance	5 086	5 219	5 273	5 325	5 401	5 571
Remboursements de frais budgets annexes	595	587	549	4 560	4 581	4 654
Valeur ajoutée	14 055	14 359	14 684	18 835	19 322	20 497
Subventions	0	0	0	188	176	179
Impôts et taxes	1 338	1 279	1 303	1 252	825	989
Charges de personnel	16 466	16 327	16 756	17 003	17 933	18 627
Excédent brut d'exploitation	-3 748	-3 246	-3 375	767	740	1 060
Reprises aux amortissements et provisions	20	15	0	0	0	0
Autres produits de gestion	4 260	4 249	4 356	354	370	397
Dotations aux amortissements et provisions	513	549	608	641	616	875
Autres charges de gestion	78	72	56	89	52	45
Résultat d'exploitation	-60	397	317	392	443	537
Produits financiers	1	0	0	0	0	141
Charges financières	141	95	106	100	90	233
Résultat courant	-200	301	211	292	353	446
Produits exceptionnels	87	120	46	42	18	27
Charges exceptionnelles	33	99	454	499	779	495
Résultat exceptionnel	54	22	-408	-457	-760	-468
Résultat net	-146	323	-197	-165	-408	-22

Source : comptes de gestion, données retraitées

ⁱ Regroupe essentiellement la dotation globale et le produit des tarifications.

La période sous revue a été marquée par des déficits répétés de fonctionnement, bien que les comptes de l'établissement fassent ressortir des résultats courants positifs. Cet état de fait s'explique par la composante " éléments exceptionnels ", dont il s'avère qu'ils correspondent aux reports de charges. Les excédents courants ont donc un caractère en partie artificiel, la réalité étant bien celle d'un établissement en déficit structurel.

Au-delà de ce constat général, les points suivants ont été relevés, étant rappelé que l'évolution des produits du groupe 3 est à interpréter avec précaution, du fait des distorsions mentionnées plus haut ayant affecté les comptes de remboursements de frais :

- parmi les produits de la section de fonctionnement, seule la dotation globale a connu une augmentation significative (+ 18 %) sur la période ;
- du fait de la faible part des disciplines de court séjour dans l'activité de l'hôpital, les produits de l'activité hospitalière n'ont représenté qu'une part résiduelle des produits de fonctionnement, comptant pour moins de 1,5 % ; les produits du forfait journalier ont diminué de 15 % sur la période ; si les produits des " forfaits globaux de soins " des budgets annexes ont augmenté de 10 % sur la période pour le budget annexe, " maison de retraite ", ils ont stagné pour le budget annexe USLD, voire régressé de 29 %, en ce qui concerne le budget annexe " hospices " ;
- les produits du groupe 3 ont connu une quasi-stagnation, avec une progression limitée à 1,68 %, malgré l'obtention par l'hôpital de subventions de fonctionnement supérieures à 100 000 euros en 2000, ainsi qu'en 2001 ; derrière cette stagnation au niveau global des évolutions contrastées se sont révélées entre les différents budgets de l'hôpital : alors que les produits du groupe 3 ont augmenté de près de 12,5 % pour la maison de retraite et de 5,4 % pour le budget principal, ils ont été étals au budget annexe USLD et ont accusé une baisse de 18,3 % au budget annexe " hospices ".

Du côté des charges, il a été constaté une augmentation de 71 % des dotations aux amortissements et aux provisions. Sur la période, les charges de personnels ont augmenté de 13 %. Eu égard aux pratiques en matière de reports de charges, ces données sont cependant à relativiser.

Les charges financières ont été en diminution de 64 % entre 1997 et 2002, traduisant la réduction de l'endettement de l'hôpital sur la période. Il est cependant noté que le montant des charges financières a été quelque peu minoré, l'établissement ne comptabilisant pas les intérêts courus non échus (ICNE), pratique que la direction a expliqué par l'absence de moyens budgétaires.

Ainsi qu'il est noté plus haut, les éléments exceptionnels de la section de fonctionnement correspondent aux reports de charges. Cette situation a été particulièrement manifeste pour les charges enregistrées sur le compte 67281 - " Autres charges sur exercice antérieur - charges de personnels ", destiné à la comptabilisation des écarts entre les montants ayant donné lieu à rattachement à l'exercice précédent au titre des charges à payer et les montants concernant ces charges ayant été effectivement mandatés pendant l'exercice en cours. L'exercice 2002 a cependant marqué une inflexion, la conjonction de l'augmentation du résultat courant et de la réduction de 38,5 % du déficit lié aux éléments exceptionnels a permis de résorber en partie le solde négatif de la section de fonctionnement.

Solde débiteur du compte 67281 (en €)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Budget général	131	682	417 180	466 680	773 359	447 819
USLD	0	0	0	0	0	14 476
Total	131	682	417 180	466 680	773 359	462 295

Source : comptes de gestion, données retraitées

La direction a admis que du fait de manque de crédits ces charges traduisaient des reports de charges, elle a aussi indiqué qu' il reste néanmoins, comme report de charges non encore mandaté à ce jour, un retard de versement forfaitaire du budget H pour un montant de 1 100 756 euros (malgré deux acomptes versés en 2001 pour 119 402 euros et en 2002 pour 347 000 euros) et une projection de pénalités et intérêts de retard de 177 220 euros ".

Des mesures financières d'urgences ont été adoptées, dont une demande d'aide non reconductible pour apurement du report de charges exceptionnelles des années 2001 et 2002 et une demande du 15 octobre 2002 aux services fiscaux de remise de pénalités afférentes à la taxe sur les salaires non acquittée. L'établissement a repris, depuis le mois de janvier 2004, le paiement régulier de la taxe sur les salaires.

4-2-2 - Les facteurs explicatifs des déficits de fonctionnement

4-2-2-1 - Les écarts entre les prévisions budgétaires et les recettes réalisées

L'exécution budgétaire a conduit à des déficits répétés de la section de fonctionnement de l'hôpital, ininterrompus depuis l'exercice 1999. Ces déficits ont été liés à des moins values sur recettes affectant le forfait journalier, en ce qui concerne le budget H, mais également et surtout, le prix de journée hébergement s'agissant des budgets annexes USLD, maison de retraite et hospices. Sur le fond, les moins values sur recettes concernant le produit des tarifications sont apparues comme la traduction financière de la baisse d'activité, en nombre de journées, relevée plus haut.

Par ailleurs, et particulièrement pour l'exercice 2001, s'est posée la question de la sincérité budgétaire. Ainsi le budget annexe USLD a retenu pour cette année des prévisions pour les recettes tirées du prix de journée hébergement - enregistrées sur le compte 70613 - d'un montant de 37,0 MF. Ce montant prévisionnel a été supérieur aux réalisations de l'exercice 2000 (35,5 MF), qui avait été marqué par une moins value sur recettes. Il en a été de même pour la maison de retraite, pour laquelle les prévisions pour 2001 (6,3 MF) ont excédé les réalisations de 2000 (5,8 MF) et pour les hospices avec des prévisions 2001 de 9,1 MF, contre 6,7 MF de recettes réalisées en 2000.

Au total l'exécution budgétaire a conduit à un déficit de fonctionnement de 407 731 euros (2,67 MF), dont il s'avère que les déterminants ont été les trois budgets annexes retraçant des activités d'hébergement. L'USLD a ainsi connu un déficit de 1,52 MF, du fait principalement d'une moins

value sur recettes de 2,3 MF au titre du prix de journée hébergement. Le budget annexe " Maison de retraite " a également été déficitaire, en raison, là encore, d'une moins value sur recettes sur le prix de journée hébergement.

Les conclusions de la Chambre rejoignent celles de la mission d'appui de la DHOS sur le budget 2001, faisant état d'hypothèses d'activité excessivement optimistes.

Selon la direction, il y aurait été remédié en 2002 et 2003, par le biais de l'instauration d'une double tarification hébergement en soins de longue durée, selon qu'il s'agisse de patients handicapés pris en charge par l'aide sociale à plus de 90 % ou de personnes âgées.

4-2-2-2 - Les recrutements d'agents sans autorisations budgétaires

La direction a souligné que " l'étude sur l'évolution des emplois fait apparaître une détérioration progressive du tableau des emplois liée à deux périodes de recrutements non financés : 1997 et 2001-2002 [...] la première vague de recrutements s'est traduite par des difficultés financières qui se sont amplifiées les années suivantes avec des reports de charges portant sur la prime de service et la taxe sur les salaires [...] les seuls emplois financés correspondent à l'ouverture du centre médico-psychologique de l'Isle d'Abeau (4,5 ETP) pour lesquels les crédits ont été alloués, mais les recrutements non effectués ".

4-2-2-3 - La correspondance entre le mode de tarification et l'activité

La direction a mis en avant l'inadéquation entre l'activité de plusieurs services de l'établissement, assurant la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques, et le système de tarification prévu en matière de soins de longue durée et estimé que le système de tarification prévu pour les foyers d'accueil médicalisés (FAM) serait plus adapté.

Le changement de système tarifaire étant subordonné à l'avis favorable du comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS), l'établissement aurait dû déposer un dossier en ce sens. Le directeur a estimé nécessaire, au préalable, de faire aboutir le projet d'établissement et l'opération " sincérité des comptes ".

4-2-3 - L'évolution de la capacité d'autofinancement (CAF)

La CAF a connu une forte contraction au cours de la période examinée avec une baisse de 33 % entre 1999 et 2000, puis de 56 % entre 2000 et 2001. Entre 1998, qui a constitué un point haut, et l'année 2001, elle a décliné de 76 %.

En 2002, elle a retrouvé le niveau de l'exercice 1998, du fait d'un surcroît de dotation globale de financement, liée à une attribution de crédits non pérennes en vue de travaux de sécurité incendie et de produits financiers ponctuels liés à une opération de remboursement anticipé d'emprunts. Le

caractère pérenne de cette évolution favorable est donc loin d'être assuré.

Dans ces conditions, avec un montant en capital des annuités d'emprunt stable, la CAF nette a diminué à compter de 1998, pour devenir négative en 2001 et se rétablir en 2002.

Capacité d'autofinancement						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Excédent brut d'exploitation	-3 748	-3 246	-3 375	767	740	1 060
Autres produits	4 260	4 249	4 356	354	370	397
Autres charges de gestion	78	72	56	89	52	45
Produits financiers	1	0,05	0,05	0,05	0,05	141
Charges financières	141	95	106	100	90	233
Produits exceptionnels	87	120	46	42	18	27
Charges exceptionnelles	33	99	454	499	779	495
Capacité d'autofinancement	348	857	411	476	208	853
Remboursement d'emprunts	186	210	202	199	209	208
Capacité d'autofinancement nette	162	647	210	277	-0,4	644

Source : comptes de gestion, données retraitées

4-3 - Les déterminants de la solvabilité de l'hôpital

4-3-1 - Le fonds de roulement d'investissement

4-3-1-1 - Le niveau et l'évolution du fonds de roulement d'investissement

Le fonds de roulement d'investissement (FRI) a été négatif pendant l'ensemble de la période, ce qui indique que les dépenses d'équipement ont été financées en partie par des ressources non prévues à cet effet. La diminution de ce FRI négatif à partir de l'exercice 1999 peut difficilement être perçue comme une amélioration de la situation de l'établissement, dans la mesure où elle correspond, comme le retrace la section d'investissement, à un effort d'équipement presque toujours inférieur aux amortissements réalisés.

Fonds de roulement d'investissement au 31 décembre						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Immobilisations incorporelles	95	108	126	200	164	216
Immobilisations corporelles	14 284	14 911	15 249	15 582	15 628	15 661
- dont C/21	14 076	14 703	15 041	15 374	15 354	15 339
- dont C/23	208	208	208	208	274	322
Immobilisations financières	7	7	0	0	0	0
Charges à répartir	0	0	0	0	0	4
Total actifs immobilisés	14 385	15 025	15 376	15 782	15 792	15 882
Apports	2 261	2 265	2 298	2 302	2 312	2 317
Excédent affecté à inv.	2 142	2 176	2 244	2 262	2 286	2 318
Subvention d'investissement	33	33	0	0	0	0
Provisions réglementées	0	8	9	9	9	9
Amortissements	7 332	7 761	8 273	8 891	9 097	9 428
Dettes financières	2 104	2 047	1 845	1 874	1 665	1 600
Provisions	0	0	0	0	0	0
Total financements stables	13 872	14 288	14 668	15 337	15 369	15 672
FRI	-513	-737	-708	-445	-423	-210

Source : comptes de gestion, données retraitées

La diminution du FRI négatif n'a donc été rendue possible que par la dégradation de l'état des bâtiments, rappelée par la mission d'appui de la DHOS et constatée lors de la visite sur place de l'équipe de contrôle et que confirme l'évolution du taux de vétusté.

Cette évolution a été quelque peu compensée par l'effort de l'établissement en matière d'entretien et de réparation.

Taux de vétusté et dépenses d'entretien

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dépenses d'entretien (compte 615)	213	270	294	322	353	356
Provisions pour charges à répartir (compte 157)	893	893	893	893	893	1 117
Total	1 106	1 164	1 187	1 215	1 246	1 473
En jours d'exploitation	15,80	16,63	16,26	19,29	19,17	21,66
Taux de vétusté	50,99	51,68	53,81	56,33	57,61	59,38

Source : comptes de gestion, données retraitées

4-3-1-2 - La situation d'endettement de l'établissement

Le niveau négatif du FRI peut également s'expliquer en partie par un facteur plus favorable, à savoir la diminution de l'endettement, qui se traduit par l'amélioration du ratio d'indépendance financière, ainsi que par une part plus réduite des charges financières dans les charges de fonctionnement.

L'affaiblissement de la CAF jusqu'en 2001 n'a toutefois pas permis de garantir que la diminution de l'endettement améliore la capacité de remboursement. L'exercice 2002 a vu une amélioration, liée à l'augmentation de la CAF, mais il a été souligné plus haut que sa pérennité était loin d'être assurée.

Situation de l'endettement au 31 décembre

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dettes financières (1)	2 104	2 047	1 845	1 874	1 665	1 600
Dettes financières/ressources stables	15,17%	14,32%	12,58%	12,22%	10,83%	10,21%
Charges financières	141	95	106	100	90	233
Dépenses de fonctionnement	26 217	26 259	27 146	27 597	28 447	29 600
Charges financières/dépenses de fonctionnement	0,54%	0,36%	0,39%	0,36%	0,32%	0,79%
CAF(2)	348	857	411	476	208	853
Capacité de remboursement (1)/(2)	6,05	2,39	4,49	3,94	8,00	1,88
Annuités en capital	186	210	202	199	209	208
CAF nette	162	647	210	277	-0,4	644

Source : comptes de gestion, données retraitées

4-3-1-3 - Conclusion sur le FRI

Avec un FRI négatif et une capacité d'autofinancement en diminution tendancielle, l'établissement paraît à ce jour peu en mesure de consentir d'importants efforts d'investissement sans déstabiliser

d'avantage sa situation financière, alors même que l'état de ses bâtiments justifierait d'importants travaux.

4-3-2 - Le fonds de roulement d'exploitation

4-3-2-1 - L'indétermination du niveau du fonds de roulement d'exploitation

Les hôpitaux publics enregistrent dans leurs comptes de bilan une créance à l'égard de l'assurance maladie, constituée en application de l'article R. 174-1-9 du code de la sécurité sociale. Cette créance, dite " de article 58 " est née lors de la mise en place en 1983 du budget global et n'a pas vocation à être recouvrée. D'un montant parfois conséquent, elle est un déterminant important de l'équilibre de trésorerie des établissements et est à l'origine de l'identification du concept de fonds de roulement d'exploitation (FRE).

Pour cette raison, elle doit être bien identifiée dans les comptes des hôpitaux, ce que prévoit l'instruction budgétaire et comptable applicable aux établissements publics de santé. Tel n'a cependant pas été le cas en ce qui concerne l'hôpital de Saint-Laurent-du-Pont. En effet, c'est dans le cadre de sa réponse aux observations provisoires de la Chambre que la direction a pu indiquer que le montant de cette créance était de 3 777 836 F (575 927 euros).

Compte tenu de cette indication, il apparaît que le FRE dégagé par l'établissement est structurellement positif, le montant de la créance " article 58 " étant de loin inférieur à celui de la réserve de trésorerie ; toutefois cet excédent tend à régresser en raison des déficits de fonctionnement constatés plus haut.

4-3-2-2 - L'évolution des emplois et des financements circulants

S'agissant des emplois circulants - mis à part les dépenses à classer et le compte de la caisse pivot - les différents postes d'actif sont stables sur la période, le seul mouvement notable résidant dans le doublement des créances à recouvrer au titre des hospitalisés et consultants en 2002, mouvement que la direction a attribué aux difficultés techniques générées par l'entrée en vigueur de la triple tarification en matière de dépendance.

En ce qui concerne les financements circulants, d'après les comptes de gestion, les délais de règlement des dettes fournisseurs étaient passées à 34 jours en 1999 et 39 jours en 2000, avant de revenir à 3 jours en 2001. Les délais de règlement des dettes à l'égard du département ont suivi l'évolution suivante :

Délai de règlement des dettes au département – hors JC

1997	1998	1999	2000	2001
76	127	61	17	167

Source : comptes de gestion, données retraitées

4-3-3 - L'évolution de la situation de trésorerie

Il n'a pas été fait usage de la ligne de trésorerie au cours de la période examinée. Cependant, une répétition des déficits budgétaires, en pesant sur le FRE, ne pourra que détériorer la situation de trésorerie de l'établissement.

Situation de trésorerie au 31 décembre

	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	0	0
Disponibilités	1 976	1 908	1 521	2 574	2 014	1 375
Dotation globale attendue	820	168	0	0	0	0
Trésorerie active	2 796	2 075	1 521	2 574	2 014	1 375
Fonds déposés	2 781	1 768	1 680	1 695	1 674	1 892
Intérêts courus non échus	0	0	0	0	0	0
Concours bancaire courant	0	0	0	0	0	0
Trésorerie passive	2 781	1 768	1 680	1 695	1 674	1 892
Trésorerie nette	15	307	-159	879	341	-517

Source : comptes de gestion, données retraitées

5 - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

5-1 - Aspects généraux

Il est apparu qu'alors même que l'activité de l'hôpital (en termes de nombre de journées SAE) était en diminution entre 1997 et 2002, dont les conséquences sur les conditions d'exploitation ont été retracées plus haut, les effectifs ont été en augmentation sur la période, alimentant d'autant la progression des charges de personnels. Il y a lieu de voir dans cet effet de ciseau une des causes majeures des situations de déficit budgétaire récurrentes ayant affecté l'établissement.

La mission d'appui de la DHOS avait dressé un certain nombre de constats touchant à la gestion des ressources humaines de l'établissement.

Aux services à vocation médico-sociale (le centre de psychiatrie infanto-juvénile (CPIJ), ainsi que trois centres se consacrant à l'hébergement des patients psychiatriques : la maison de retraite de Miribel, le CERES et le pavillon A) sont affectés 220 agents, pour assurer la prise en charge de 120 patients. En ce qui concerne ce secteur d'activité, les principales constatations de la mission d'appui sont les suivants :

- des disparités en termes de taux d'encadrement entre les différentes composantes de l'activité intrahospitalière ;
- l'insuffisance des crédits de remplacement ;
- en ce qui concerne plus particulièrement le CERES et le pavillon A, une sous-qualification des

personnels, d'autant plus vive que 50 % des agents sont des ASH, n'ayant pu bénéficier de formation leur permettant d'appréhender les pathologies à traiter ;

- des effectifs de personnels médicaux et para médicaux très réduits, de même que les personnels d'encadrement des personnels soignants.

Dans ces conditions, la mission s'est interrogée sur la capacité de l'établissement à mener à bien ses missions de prise en charge des patients psychiatriques.

5-2 - Le niveau et l'évolution des effectifs des personnels non médicaux selon les données SAE

	Effectif total					
	1997	1998	1999	2000	2001	01/97
Encadrement du personnel soignant	16	11	12	12	13	-3
Infirmiers spécialisés	71	72	70	74	76	5
Aides soignants	110	117	118	119	121	11
ASH	131	140	132	131	133	2
Psychologues	24	26	27	26	34	10
Personnels de rééducation	28	30	28	28	32	4
Total Services de Soins	380	396	387	390	409	29
Personnels de direction	4	3	4	4	4	0
Autres personnels administratifs	43	48	41	42	51	8
Personnels éducatifs et sociaux	15	14	14	17	14	-1
- dont assistants de service social				5	4	
Personnels pharmacie	3	3	3	2	4	1
Personnels radiologie	2	2	2	2	2	0
Autres personnels médico-techniques				1		
Personnels techniques et ouvriers	71	77	78	73	86	15
Total Hors Services de Soins	138	147	142	141	161	23
TOTAL personnel non médical	518	543	529	531	570	52

Source : fiches SAE

Le nombre d'agents selon les données SAE, qui prend en compte non seulement les personnels titulaires, mais également les contractuels, fait ressortir deux exercices pendant lesquels l'établissement a connu une forte progression de ses effectifs :

- l'année 1998, avec des augmentations d'effectifs concernant les aides soignants et les agents de services hospitaliers (ASH) ;

- l'année 2001, du fait principalement de recrutements de psychologues et de personnels techniques et ouvriers.

5-3 - Le respect par l'établissement de ses obligations en termes de bilans sociaux

Aux termes de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, le conseil d'administration délibère sur " le bilan social et les modalités d'une politique d'intéressement ".

Néanmoins, le registre des délibérations du conseil d'administration ne fait pas apparaître de débat de l'assemblée délibérante sur ce document pour les exercices 2000 et 2001. La Chambre

a pris acte de l'engagement de la direction de veiller à l'application des dispositions précitées.

5-4 - Le respect de l'autorisation budgétaire en matière de recrutement des agents de l'établissement

5-4-1 - Les règles en matière d'autorisation de recrutement des agents hospitaliers

Les recrutements d'agents hospitaliers ne sont possibles que dans la mesure où subsistent des emplois vacants, signalés par des avis de vacances de postes, disposant d'un support budgétaire au sein du tableau des emplois permanents.

Ces derniers, en application de l'article L 6143-1 mentionné plus haut, font l'objet chaque année d'une délibération du conseil d'administration, devant être jointe au projet de budget adressé aux autorités de tutelle pour validation. Ce tableau fait apparaître pour le budget général et pour chacun des budgets annexes le nombre des emplois par grade ou la qualification des emplois dont le budget prévoit la rémunération. En vertu de l'article L 6143-4, les tableaux d'emplois médicaux doivent, pour être exécutoires, être approuvés par le directeur de l'ARH (le texte prévoyant un régime d'approbation implicite dans les six mois suivant la transmission). Pour les tableaux d'emplois non médicaux, leur transmission au directeur de l'ARH suffit à les rendre exécutoires.

5-4-2 - Les pratiques constatées

En 2000, le tableau d'emplois a pris la forme d'une annexe au rapport de présentation du budget primitif. Cet état a mentionné l'existence de 20,75 ETP pour le personnel médical et 506,25 ETP pour le personnel non médical alors que les données SAE ont fait état de 24,70 ETP s'agissant du personnel médical et de 513,75 ETP pour les personnels non médicaux. Pour l'exercice suivant et en se référant aux mêmes sources, il est apparu que les données budgétaires ont repris les mêmes chiffres qu'en 2000, alors que, selon les données SAE, l'établissement était passé à 21,77 ETP au titre des personnels médicaux et à 527,5 ETP pour les personnels non médicaux.

Ainsi, la signification même de ces tableaux d'emplois en a été affectée. La direction a pris un certain nombre d'engagements en vue de l'adoption de mesures correctrices :

- en premier lieu, " un travail permettant de déterminer, par service et par grade, les postes pouvant être pourvus dans le respect des crédits alloués ", cette étape ayant été présentée comme étant en voie d'achèvement ;

- par la suite, il est prévu " un chiffrage des moyens nouveaux nécessaires à la mise en œuvre des prescriptions de la mission d'appui (transformation des différents services en FAM, requalification des postes) ", lequel sera à valider par le conseil général et l'ARH.

La Chambre a pris acte de ces engagements, toutefois elle estime nécessaire que cette opération de clarification porte non seulement sur les effectifs médicaux, mais aussi sur les personnels non médicaux.

6 - LES CONDITIONS DE LOCATIONS DE CERTAINS LOCAUX DEDIÉS AUX ACTIVITÉS EXTRAHOSPITALIÈRES

Les activités dites extrahospitalières relevant de l'établissement se composent essentiellement de deux hôpitaux de jour, ainsi que des centres médico-psychologiques (CMP).

Un bail a été signé en 1995 avec la Société Dauphinoise pour l'Habitat (SDH) pour des locaux à MOIRANS accueillant un de ces CMP. Conformément aux termes du bail, la location comprend :

- le montant des annuités dues par le propriétaire (intérêts + capital) au titre des emprunts souscrits par lui pour cette réalisation ;
- le remboursement annuel des frais généraux du propriétaire à concurrence de 0,3 % du prix de revient de l'opération ;

Les remboursements sont progressifs, passant de 152 994,45 F (23 323,85 euros) en 1995 à 181 185,11 F (27 621,49 euros) en 2019 (valeurs annuelles) Pour 2003, le remboursement (et partant la charge du preneur) est de 160 276,08 F (24 433,93 euros) soit 13 356,34 F (2 036,16 euros) mensuel.

Sans être irrégulier, ce contrat s'avère cependant particulièrement désavantageux pour l'établissement : le coût est conséquent et de surcroît, il participe directement à la constitution du patrimoine immobilier de la SDH sans avoir la garantie de pouvoir rester dans les lieux à l'issue de l'opération.

Dans sa réponse à la Chambre, la société s'est déclarée disposée à discuter d'une éventuelle modification de certaines clauses.

Cette opération s'est inscrite dans le cadre d'une série de contrats tendant à la mise à disposition de locaux en vue de l'exercice des activités extrahospitalières, dont le coût a été jugé excessif, tant par la direction actuelle que par l'ARH.

1 Décret n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes.

2 Circulaire DHOS/F2/2003/n° 332 du 7 juillet 2003 relative à la signature des conventions tripartites pour les unités de soins de longue durée et les maisons de retraites hospitalières gérées par les établissements de santé sous forme de budget annexe.

3 Le guide de présentation annexé à une circulaire DHOS/F4/DGCP/6B/2003/n° 93 du 26 février 2003 relatif à l'instauration d'un tableau de bord financier des établissements publics de santé contient deux ratios devant permettre de cerner l'importance des reports de charges. Le premier d'entre eux est le taux de charges sur exercices antérieurs (indicateur R 45), rapportant les masses débitrices du compte 6728 - " Autres charges sur exercices antérieurs " au total des débits des comptes de classe 6, retraités des remboursements des budgets annexes.

Le second ratio est le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires, exprimé en nombre de mois de retard (indicateur R 51). Rapportant les mandatements effectués au titre de la taxe sur les salaires (inscrits au compte 6311) à l'ensemble des crédits de rémunération (inscrits sur les comptes 641 et 642).

Première réponse de l'ordonnateur :

[rao25050401.pdf](#)

Deuxième réponse de l'ordonnateur :

[rao25050402.pdf](#)