



Chambre régionale des comptes  
de Lorraine

Réponse de M. Jean-Michel HUE, directeur du centre hospitalier de  
Saint-Dié-des-Vosges

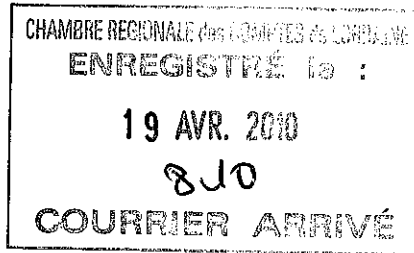
par lettre du 15 avril 2010

Article L. 243-5 du code des juridictions financières :

*« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs ».*



Saint-Dié-des-Vosges, le 15 avril 2010



Le Directeur

à

Monsieur le Président  
Chambre régionale des Comptes  
Place Jeanne d'Arc  
B.P. 599

Recommandé/A.R.

88021 Epinal cédex

N/Réf : JMH/KB/278/10



Monsieur le Président,

Par votre courrier du 30 mars 2010, vous m'avez communiqué les observations définitives de la Chambre concernant la gestion du centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges portant sur les exercices 2002 à mi-exercice 2009.

En application des articles L. 243-5 et R.241-17 du code des juridictions financières, j'ai l'honneur de vous adresser sous ce pli mes réponses au rapport d'observations définitives.

Restant à votre disposition pour tout complément d'information,

Je vous prie de croire, Monsieur le Président, en l'assurance de ma considération distinguée.

Jean-Michel Hue

P.J. 1

**Centre Hospitalier 88187 Saint-Dié-des-Vosges CEDEX**

26, rue du Nouvel Hôpital — Boîte Postale 77246 — Téléphone : 03 29 52 83 00 — Télécopie : 03 29 52 83 01

**Gestion du Centre hospitalier de Saint-Dié-des-Vosges**

**Rapport d'observations définitives  
de la Chambre Régionale des Comptes de Lorraine**

**Réponse du Directeur d'établissement**

### **3. LA STRATEGIE DE L'ETABLISSEMENT**

#### **3.1.1. Un corps médical numériquement fragile et se renouvelant au prix d'intérim coûteux**

Concernant les observations au sujet du service d'obstétrique (page 17 – 4<sup>ème</sup> paragraphe) :

Deux jeunes praticiens contractuels s'investissent dans la préparation du concours de Praticien Hospitalier.

Le 2<sup>ème</sup> praticien hospitalier titulaire met en œuvre une consultation avancée au CH de Gérardmer confortant ainsi la stratégie de développement de cette activité.

Enfin, 2 médecins libéraux vont prochainement partir à la retraite, laissant prévoir un report d'activité sur le centre hospitalier.

#### **3.1.2.2. Un bâtiment « hôpital 2007 » dont le coût a crû significativement**

Une conception déficiente (page 19):

L'augmentation à venir du patrimoine est certes plus volumineuse que celle de l'activité sur la période écoulée.

Cependant, cette évolution est justement rendue nécessaire par le potentiel de développement de l'activité du centre hospitalier.

En effet, la configuration et les limites architecturales actuelles empêchent un accroissement de cette activité avec des services médicaux au maximum de leurs taux d'occupation.

En outre, le nouveau bâtiment va accueillir des capacités supplémentaires en cardiologie et gériatrie ainsi que le service de SSR qui va y être relogé.

Les m<sup>2</sup> libérés dans le bâtiment Saint Charles ne sont que la conséquence de la construction d'un nouveau bâtiment.

Evolution du patrimoine :

#### **Sur les démolitions non réalisées :**

Concernant le renoncement à certaines démolitions, *« la chambre souligne que cette décision conduit aujourd'hui à conserver un patrimoine inutile »*.

Or, les bâtiments conservés sont aussi le fruit de l'optimisation du site et de l'évolution du projet : le bâtiment chaufferie est maintenu pour intégrer l'arrivée du réseau de chaleur mutualisé avec différents bâtiments communaux et privés.

Par ailleurs, la réalisation d'un schéma directeur immobilier a permis d'envisager différents scénarii de réutilisation des locaux libérés afin que, justement, il n'y ait pas conservation de locaux désaffectés.

**Le temps de latence de 7.5 ans** souligné par la Chambre Régionale des Comptes (CRC) est à mettre en parallèle avec les 3.5 ans de travaux nécessaires à la construction

Une exécution critiquable (page 20) :

L'augmentation des coûts de l'opération entre l'APS et l'attribution du marché repose sur des éléments conjoncturels sur lesquels le CH n'a pas vraiment pris :

-Le plan hôpital 2007 met sur le marché de nombreux projets simultanément. La conséquence est que les entreprises susceptibles de répondre à l'appel d'offre doivent choisir entre les différentes opérations car elles ne peuvent supporter les coûts d'études pour l'ensemble des réponses.

- A cette époque le carnet de commande des entreprises est rempli et permet aux acteurs de chiffrer selon leur bon vouloir.

- Seules les entreprises de taille nationale peuvent répondre à des opérations de cette ampleur en termes de moyens techniques, financiers et d'assurances.

**Tous les moyens ont été mis en œuvre pour toucher un maximum de candidats lors de l'Appel d'Offres (AO).**

Du temps supplémentaire a été donné aux candidats en repoussant deux fois la date limite de remise des offres pour permettre de finaliser les propositions et assurer la multiplicité des réponses.

Le lancement de la procédure en macro-lot est le montage le plus adapté par rapport à la spécificité de l'opération qui touche une partie importante des existants dans des secteurs sensibles (blocs opératoires, entrées, consultations, endoscopies, radiologie,...). Il est à noter que dans un établissement occupé, sans possibilité de rupture de l'exploitation d'un service public, tous les paramètres devaient être appréhendés, y compris en termes de phasage des travaux.

Ce dernier était sinon irréalisable, du moins irréaliste, en lots séparés.

Lors du 2<sup>ème</sup> AO, la procédure est maintenue car pour relancer en lots séparés, il faut que la maîtrise d'œuvre adapte le PRO/DCE (projet/dossiers de consultation des entreprises) nécessaire à la consultation.

Cela implique des délais de reprise d'études, des délais de publication et de réponse. On peut raisonnablement estimer ce délai à 6 mois.

Cette solution aurait encore plus accentué le temps de latence relevé par la CRC page 19.

La négociation a permis d'obtenir un rabais important mais sans bouleverser le programme.

En effet les modifications majeures du projet sont les suivantes :

- Suppression de la structure antisismique du bâtiment, mise en place pour anticiper une norme toujours pas publiée au JO,

- Suppression du bâtiment énergies du fait du raccordement du CH sur le réseau de chauffage urbain.
- Suppression du désamiantage dans le bâtiment Saint Charles rendu inutile par l'option retenue de non-démolition.
- Maintien de certains bâtiments qui devaient être démolis.
- Suppression du 3<sup>ème</sup> étage sur le bâtiment de liaison, prévu pour la clinique CARDEO, qui ne vient pas sur le site.

L'ensemble de ces modifications est important mais ne remet pas en cause le programme car les modifications sont surtout techniques et liées à des adaptations nécessaires.

*En conséquence, une extension patrimoniale consommatrice de moyens financiers :*

Il est vrai que les locaux désaffectés du bâtiment Saint Charles sont générateurs de charges fixes incompressibles comme le maintien hors gel.

Cela peut être aussi une réserve foncière permettant de déplacer l'ensemble des services et de libérer des espaces pour d'autres projets, tel qu'envisagé actuellement (réalisation d'une étude de programmation dans le cadre du Schéma Directeur Immobilier intégré au projet d'établissement 2010/2015).

## **5. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT**

Il est exact que les indicateurs financiers se sont détériorés durant la période étudiée.

Cette période a vu les modes de financement des établissements de santé profondément modifiés avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité, rendant difficilement comparables les exercices les uns par rapport aux autres, les bases de comparaison variant chaque année : en 2002, prévalait encore le financement par dotation globale ; de 2005 à 2008, la T2A s'est mise en place par paliers, mélangeant une part dotation et une part tarification. Enfin, depuis 2008, les règles de financement ont été figées mais les modifications annuelles des grilles tarifaires ne permettent pas de comparer la structure des recettes d'un exercice à l'autre.

Le plan de retour à l'équilibre signé en 2007 a été respecté. Cependant, les modifications successives des règles de recueil de l'information contribuent à absorber les marges dégagées par les actions entreprises :

- Suppression des suppléments de réanimation en soins continus (2008) puis conditionnement des suppléments de soins continus à des critères de gravité du séjour (2009)
- Baisse des tarifs en 2008 puis en 2009 par le biais de la V11 (moyenne de - 65 € par RUM)
- Rehaussement des bornes basses délimitant le seuil en deçà duquel le séjour est rémunéré à moitié prix

### 5.1 : Sur la qualité des prévisions budgétaires

Il ressort des explications du paragraphe précédent la difficulté pour les établissements de santé de faire des prévisions budgétaires, les bases même de ces prévisions étant très mouvantes dans le temps tout en s'imposant aux gestionnaires.

Néanmoins, le compte financier anticipé pour 2009 ne fait apparaître un écart prévision/réalisation de recettes que de 0.3 % ce qui est peu et témoigne d'une prévision assez précise malgré les incertitudes qui étaient attachées à l'avènement de la Version 11 de la classification des GHM.

Prévisions de recettes 2009	58 493 250 €	
Réalisations de recettes 2009	58 314 793 €	
ECART	178 457 €	soit 0.3 %

### 5.3 : Sur la dégradation de la capacité d'autofinancement

Le rapport mentionne une part plus importante de remboursement d'emprunt que de dotations aux amortissements depuis 2007.

L'établissement conteste ces chiffres, les amortissements restant supérieurs aux annuités d'emprunt.

La confusion provient du fait qu'en 2007 puis en 2008, le centre hospitalier a dû faire un emprunt de trésorerie de 1 000 000 € à chaque fois, emprunt remboursé le mois suivant celui de sa mobilisation.

Ces sommes de 1M€ ne peuvent pas être assimilées à des annuités d'emprunt puisqu'elles s'annulent en recettes/dépenses sur le même exercice.

	2007	2008	2009
Dotations amortissements	2 681 304 €	2 572 500 €	2 309 594 €
Annuités d'emprunts (nettes des emprunts de trésorerie)	1 930 493 €	1 955 329 €	1 796 200 €
SOLDE POSITIF	750 811 €	617 171 €	513 394 €

L'essentiel de l'effort étant aujourd'hui porté sur la réalisation des travaux de construction, (en cours donc non encore amortissables), il est cohérent d'assister à une baisse des amortissements provenant des autres investissements.

### 5.6 : Sur le bilan fonctionnel

Compte tenu du contexte de l'établissement à ce jour, il est logique que le fonds de roulement d'investissement se dégrade. En effet, les coûts relatifs à la construction pèsent sur l'investissement mais ne génèrent pas d'amortissements tant que les travaux ne sont pas finis.

Cette situation est celle de tout établissement lancé dans un programme pluriannuel d'investissement et n'est que provisoire. Dès 2012, le solde du FRI remontera à mesure des dotations aux amortissements.

## **SUR LES RECOMMANDATIONS :**

Le centre hospitalier n'a pas de remarques particulières à apporter sur le fond des recommandations émises. Il souhaite cependant apporter quelques précisions sur ce qui a déjà été mis en œuvre :

### **Sur l'adaptation de l'offre de soins :**

1. Le projet médical, intégré dans le projet d'établissement et couvrant la période 2010-2015 est en cours de validation par les différentes instances de l'établissement. Il a été élaboré en concertation avec l'ARH et tient compte de l'environnement médical et médico-social du territoire.
2. Le bâtiment Saint Charles n'est pas encore disponible. Il le sera fin 2011, après l'opération de déménagement des services dans le nouveau bâtiment. Une étude architecturale a été menée avec l'aide d'un cabinet conseil afin d'élaborer des scénarios d'utilisation des surfaces libérées dans l'objectif d'optimiser l'exploitation du patrimoine de l'établissement.
3. Le centre hospitalier est conscient de la nécessité de concentrer les moyens humains médicaux mais également paramédicaux. A cet égard, plusieurs travaux sont menés dont notamment, une étude de rationalisation des secrétariats médicaux et un travail visant à regrouper et optimiser l'activité de chirurgie.

### **Sur l'adaptation du dispositif immobilier et des équipements médicaux :**

4. Le document immobilier programmatique a été réalisé (cf. point 1.)
5. Les blocs opératoires ont fait l'objet d'une attention soutenue durant l'année 2009. L'audit de la Meah a été analysé et un cabinet conseil diligenté pour mettre en œuvre les réorganisations jugées nécessaires à une optimisation de l'activité des salles.

### **Sur l'amélioration de la situation financière :**

8. La comptabilisation des CET a été entreprise à la clôture de l'exercice 2009 (cf. supra).
9. Le codage est quantitativement exhaustif. Sur le plan qualitatif, un contrôle récent de la CPAM a fait ressortir un bon niveau de qualité même si certains séjours ont dû être redressés concernant notamment les actes frontières entre hospitalisation et soins externes.

### Sur l'amélioration du système d'information :

10. La modernisation du système d'information est un des projets phare de l'établissement : un schéma directeur informatique pour l'ensemble des 5 établissements de la communauté a été voté par toutes les instances fin décembre 2007.

Le dossier a été déclaré accepté sur l'enveloppe Hôpital 2012 et la notification des crédits dans le cadre de la première tranche (T1) vient de parvenir aux établissements pour un montant de 1 741 000 €, sur un projet global de 3 483 000 €.

Ainsi, le lancement effectif des opérations du schéma directeur informatique à l'échelle de la communauté (Saint-Dié-des-Vosges, Gérardmer, Senones, Fraize et Raon l'Etape) va avoir un début de mise en œuvre à compter du deuxième trimestre 2010.

Saint-Dié-des-Vosges, le 15 avril 2010

Jean-Michel Hue,  
Directeur

