

REPONSE DE

**Monsieur CADUC
ancien ordonnateur**

REPONSE DE

M. Marcel Christian CADUC

Directeur honoraire

Réponse de Marcel Christian CADUC, directeur du centre hospitalier de Draguignan de 1994 à 2006 au rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Provence-Alpes- Côte d'Azur du 7 décembre 2006

INTRODUCTION

En complément du rapport d'observations définitives de la Chambre Régionale des Comptes, je voudrais exprimer mon sentiment concernant certains points qui méritent d'être précisés, complétés, même clarifiés compte tenu de tous les éléments ou arguments qui ont concouru aux diverses prises de décisions.

Le résultat obtenu dans le cadre de l'exécution de la politique stratégique conçue dès mai 1998 suite au plan d'économie a tenu compte de la complexité de l'agrandissement et de la modernisation de l'institution dracénoise, de son évolution progressive et des contraintes inhérentes au fonctionnement continu du service public hospitalier. En somme, le rapport d'observations ne donne pas une vision exacte du bilan général et des efforts fournis par tous mes collaborateurs.

I. RACHAT DES LITS DE LA CLINIQUE MEDICIS.

Ce dossier a été instruit en étroite collaboration avec l'Agence Régionale de l'Hospitalisation Provence-Alpes- Côte d'Azur (ARH PACA) et le ministère de la santé.

En préambule, je soulignerais que le prix du lit ou de la place était connu de tous les intéressés, et notamment des professionnels de la santé, suite à un rapport très officiel de la directrice de la clinique remis au directeur de l'ARH.

Pour ma part, lors de la séance du 19 décembre 2003 du Conseil d'Administration, je ne pouvais pas répondre d'une manière formelle sur le prix de la transaction puisqu'il n'était pas encore arrêté. Celui-ci dépendait en effet en grande partie de l'enveloppe budgétaire octroyée par le ministère (enveloppe connue assez tardivement par simple fax adressé à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation)

Ce dossier, soumis au ministère, fut établi avec une proposition d'enveloppe globale basée sur l'activité constatée (transfert de l'enveloppe O.Q.N selon les principes de la nouvelle réforme tarifaire), tenait compte des propositions d'achat de lits et places et, surtout, de l'intégration d'une partie des personnels prévus dans le plan social souhaité par les autorités de tutelle : convention établie, approuvée et signée.

Ce qui m'apparaissait important dans ce dossier, c'était le montant définitif de l'enveloppe financière accordée par le ministère suite au rapport établi par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation en étroite concertation avec la direction de l'établissement. Cette enveloppe financière a été actualisée en fonction de l'évolution du dossier.

Cette opération aura permis la restructuration définitive de la zone sanitaire dracénoise telle que voulue par le SROS II, l'augmentation de la capacité d'accueil du centre hospitalier avec une intégration non négligeable des personnels et, enfin, le renforcement de l'activité de la chirurgie viscérale, notamment en ambulatoire.

Pour ma part, je pense avoir renseigné au sens « stricto sensu » du terme les membres du conseil d'administration sur l'avancement du dossier, avec information de faits réels et validés et non hypothétiques.

En somme, cette opération très stratégique et particulièrement favorable pour l'établissement, pivot central d'une politique de soins de qualité dans le territoire de santé Var-Est demandait d'être très réactif, prudent et visionnaire.

L'avenir et les résultats positifs permettront de mesurer la réalité de cette décision et de ses enjeux.

II. LA RESTRUCTURATION DE L'HOPITAL : LES MARCHES DE MAITRISE D'ŒUVRE

I.1. Embauche d'un architecte.

La mise en application du contrat d'objectif et, surtout, de la réalisation complexe du plan d'investissement avec l'imbrication de multiples opérations (installation de l'IRM, construction d'un reposoir, augmentation de capacité en lits due à de nouvelles autorisations, achat de lits et places de la Clinique Médicis, réorganisation complète des archives médicales, nouveaux locaux techniques, etc.) m'ont conforté dans le choix du recrutement d'un architecte à plein temps.

En effet, cette embauche n'a pas été dictée uniquement par le seul projet d'extension du centre hospitalier, mais aussi par la volonté de disposer d'une compétence interne d'ingénierie pour tous les projets. La présence d'un architecte correspondait, me semble-t-il, plus au profil de poste souhaité, que ne l'aurait fait le recrutement d'un ingénieur en génie civil.

La Chambre indique dans son rapport (p. 25) que cette embauche n'a pas généré les économies prétendues au vu des missions complémentaires et successives qui se sont déroulées.

Comme toute opération de travaux de cette ampleur, des missions de bureaux d'études sont nécessaires et obligatoires, que l'architecte soit salarié de l'établissement ou à son compte. Un projet de construction, qu'il soit complexe ou non, nécessite en effet la constitution d'une équipe de maîtrise d'œuvre composée des compétences suivantes :

- Architecte
- Bureau d'études technique (conception fluides, économie du projet, conception structure)
- Ordonnancement – Pilotage – Coordination (OPC)
- Coordination Sécurité et Protection de la Santé (CSPS)
- Coordination Système de Sécurité Incendie (CSSI)
- Contrôle Technique (CT)

En l'espèce, le Centre Hospitalier n'a pu faire d'économies sur le poste de dépenses de la maîtrise d'œuvre externe, qui est incompressible par nature. Par contre, en disposant de la ressource architecturale en interne, l'établissement a dégagé des économies substantielles sur ce poste de dépenses, estimées à 1.000.000 € sur la période considérée.

Sa permanence a ainsi permis de mieux cerner les besoins des utilisateurs, de modifier en direct les plans établis en fonction des suggestions émises lors des nombreuses séances des commissions de concertation entre la direction et les utilisateurs, de réduire considérablement les coûts externes des études, d'organiser un suivi constant des chantiers en cours, d'éviter les retards et de mieux maîtriser les estimations budgétaires prévues dans le plan d'investissement.

Les résultats obtenus le démontrent aisément.

I.2. Les travaux connexes.

La Chambre indique que « la restructuration des cuisines lui apparaît mal engagée, les besoins incomplètement définis ».

Il s'avère que cette appréciation ne prend pas en compte le déroulement général du projet d'agrandissement dans lequel le projet de restructuration de la cuisine centrale était inclus.

En effet, du fait de changement d'orientations stratégiques et en accord avec les autorités de tutelle, l'établissement a modifié la planification des tranches de travaux, d'où l'impression d'un dysfonctionnement et d'une certaine incohérence.

La tranche 2 initiale (cuisine, laboratoire, pédiatrie) a été suspendue au profit de la construction d'un bâtiment d'hospitalisation (ancienne tranche 3) jugée prioritaire par l'établissement pour répondre à ses obligations (obtention d'autorisations d'activités : oncologie, chirurgie, gériatrie et rachat de lits et places) et destinée à répondre aux besoins capacitaires de la zone sanitaire de la Dracénie.

De ce fait, les modifications substantielles proposées lors de la restructuration et de l'agrandissement de l'établissement, ne sont pas le reflet d'une imprévision, tel qu'on pourrait le supposer à la lecture du rapport de la Chambre, ou d'une imprécision des besoins récoltés dans le programme élaboré en 2000, mais le fruit des évolutions rendues nécessaires par les changements d'organisation, les opportunités (attribution d'autorisations d'activité) et des demandes formelles des autorités de tutelle (évolution des normes de réanimation).

De manière concomitante, ces évolutions, conjuguées avec une modification de la planification des travaux, ont engendré des modifications dans la rémunération de l'A.M.O. et des bureaux d'études.

Il est vrai que l'on peut s'interroger sur l'absence d'un formalisme rigoureux, mais, me semble-t-il, celui-ci aurait entraîné des retards dans l'exécution des opérations et, surtout, des surcoûts dans leur application.

Par ailleurs, la Chambre indique dans son rapport (p. 27) que la commission d'appel d'offres n'a pas exercé pleinement sa compétence dans la procédure de consultation pour la réalisation de l'Avant Projet Sommaire (APS).

L'analyse des offres a été effectuée conformément aux dispositions énoncées dans la publicité et dans le dossier de consultation et en prenant en compte le coût des prestations proposées.

En l'espèce, les trois candidats retenus qui ont reçu le dossier de consultation répondaient aux exigences des critères énoncés dans la publicité par le Centre Hospitalier : *"la sélection des candidats se fera après appréciation des moyens, des compétences et des références de nature et d'importance similaires"*.

A ce stade de la consultation, trois candidats, dont O..., ont été retenus et ont reçu ensuite le dossier de consultation pour établir une offre de prix pour la prestation proposée. L'attribution s'est donc effectivement faite sur la seule appréciation du prix.

La Commission d'Appel d'Offres, en sa séance du 27 octobre 2000, a suivi l'analyse technique effectuée par l'architecte et a retenu l'offre qui lui paraissait la mieux-disante (appréciation de la qualité, des capacités et du prix). En l'occurrence, le mieux-disant était également le moins-disant et, de par sa notoriété nationale, présentait toutes les garanties pour assumer cette mission.

En effet, cette offre ne pouvait être qualifiée d'aberrante, quand bien même l'estimation financière de la mission n'avait pas été faite au préalable. La commission d'appel d'offres n'était donc pas en mesure juridiquement de la rejeter et, à tout le moins, il aurait été paradoxal que la commission choisisse d'écarter l'offre de la société soumissionnaire au motif qu'elle permettait une économie de 20 %.

L'avis de la Commission a ainsi été porté dans le procès-verbal, sous la forme de la décision d'attribuer le marché au bureau d'études O.... Il n'a pas été retranscrit dans ce document l'ensemble des échanges entre le technicien, qui a fait l'analyse des offres, et les membres de la Commission. Mais cela n'est pas rendu obligatoire par le Code des Marchés Publics. Un procès-verbal peut contenir des observations émises par un membre lorsque celui-ci le souhaite expressément. En l'espèce, cela n'était pas le cas. Cela ne veut pas dire pour autant que la Commission n'exerce pas pleinement ses compétences, comme l'insinue la Chambre.

A ma connaissance, tous les avis des membres de la commission d'appel d'offres ont été des avis éclairés et réfléchis, ainsi que ceux qui sont émis par le contrôle de légalité conformément aux règles du code des marchés publics.

III. CONCERNANT L'APPRECIATION GENERALE SUR L'OPERATION

Le rapport souligne que, dans cette affaire, les besoins de l'établissement avaient été très mal évalués. Cette appréciation méconnaît le processus global d'une opération hospitalière de cette envergure. Je note toutefois avec satisfaction la reconnaissance de l'élaboration d'un APS complexe, atténuant l'appréciation portée p. 26 quant au choix peu judicieux de la procédure de consultation de bureaux d'études.

Il convient ici de reprendre la chronologie de l'opération de restructuration de l'établissement pour rétablir la vérité :

- Le projet médical du centre hospitalier est approuvé par le conseil d'administration en juin 1998 ;
- Le projet d'établissement est soumis à l'approbation de la Tutelle en juillet 1999. Il comprend, conformément aux dispositions du code de la santé publique, le projet médical, le projet de soins, le projet social, le schéma directeur du système d'information et le plan directeur. Ce dernier, composé d'esquisses, se veut être la traduction architecturale de l'évolution du centre hospitalier envisagée au travers de l'ensemble des documents précité ;
- Un contrat d'objectifs et de moyens est signé entre l'ARH PACA et le centre hospitalier de Draguignan le 3 septembre 1999 pour la réalisation du projet d'établissement et notamment son projet d'extension et de restructuration ;
- Un programme est élaboré en juin 2000, avec l'aide d'un prestataire externe, afin de déterminer le plus finement possible ce que sera le futur hôpital ;
- Une mission est confiée en octobre 2000 à O... pour l'élaboration d'un APS conforme aux règles de l'art (description des équipements techniques nécessaires et évaluation des contraintes, plans par niveau, coupes et façades à l'échelle 1/100, estimation financière du projet global) ;
- Dans le cadre de la procédure réglementaire d'approbation de l'APS par la Tutelle, l'ARH PACA demande formellement en mai 2001 au directeur du centre hospitalier de s'adjoindre les services d'un conducteur d'opération ou d'une assistance à maîtrise d'ouvrage : "l'intervention dans la conduite de ce projet d'un intervenant extérieur qui devra apporter la garantie technique de la cohérence tant architecturale que fonctionnelle du futur ensemble hospitalier [...]".
- Un marché d'assistance à maîtrise d'ouvrage est conclu en janvier 2002 entre le centre hospitalier et S... pour répondre à cette injonction ;
- Parallèlement, un marché d'assistance technique à maîtrise d'ouvrage est conclu en février 2002 avec B... pour finaliser les volets technique et économique du projet
- L'APS est approuvé par la Tutelle en mai 2002 ;
- Des marchés de bureaux d'études et de contrôle sont passés au cours du second semestre 2002 pour aboutir au dossier de consultation des entreprises.
- Des marchés de travaux sont passés au cours du premier semestre 2003. La tranche 1 démarre en septembre 2003 et est livrée fin avril 2006 (en avance de 2 mois par rapport au délai prévu). La tranche 2 démarre en octobre 2005 et sera livrée en octobre 2007.

Des évolutions telles que l'attribution d'autorisations structurantes (court séjour gériatrique en 2001, IRM en 2002) ont quelque peu bouleversé le programme initial, mais pas de façon aussi fondamentale que le rapport veut le faire paraître (p. 30). De même, le rachat de lits en 2004 n'a pas bouleversé le contenu du projet mais a modifié la vision stratégique de l'établissement, l'obligeant à revoir la planification des tranches de travaux.

Contrairement à ce qu'avance le rapport, il n'a jamais été suspendu de tranche de travaux au sens propre du terme (en début ou en cours de réalisation). Les courriers émanant du centre hospitalier à l'adresse des bureaux d'études et de l'AMO indiquaient en effet le report de certaines études.

Aucun marché de travaux n'a été lancé pour la tranche concernant la cuisine, le laboratoire et la pédiatrie. Les études au-delà du stade APS n'ont d'ailleurs jamais été menées pour ces projets. Compte tenu de la capacité financière du Centre Hospitalier, il n'est d'ailleurs plus envisagé de relancer cette tranche telle qu'elle était prévue, ni de conclure d'avenants avec les prestataires intellectuels et l'assistance à maîtrise d'ouvrage pour d'éventuelles études complémentaires comme le laisse entendre la juridiction financière (p. 32). Des travaux de rénovation de l'existant sont actuellement au stade de la réflexion avec les services concernés, afin d'adapter des locaux vieux de 22 ans à la modernité et aux contraintes réglementaires et normatives.

Par ailleurs, il convient de relativiser l'appréciation portée sur le nombre d'avenants et de marchés complémentaires passés sans mise en concurrence. En effet, les 11 avenants et 6 marchés complémentaires ne concernent pas les seuls marchés d'assistance (AMO et ATMO) mais les 6 prestataires intellectuels (bureaux d'études et de contrôle, CSPS, CSSI, OPC) concernés par l'opération globale.

Au final, il se sera écoulé 8 ans entre la signature du COM et la réalisation concrète des bâtiments, soit près de 9.000 m² en neuf et 3.000 m² en rénové pour une surface initiale de 17.500 m².

Aucun retard de livraison n'est à déplorer, au contraire de nombre d'opérations similaires qui connaissent 1 à 2 ans de retard.

Il importe enfin de relever la maîtrise des coûts de ces travaux, avec un surcoût final de 5% seulement (revalorisations comprises).

Marcel Christian CADUC