

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

Marseille le 01 septembre 2004

Référence à rappeler :

Gref/AP/sr n°1904

Lettre recommandée avec AR n°703437205fr

Monsieur le Directeur,

Par courrier du 8 juin 2004, je vous ai adressé, ainsi qu'à votre prédécesseur pour les périodes les concernant, le rapport d'observations définitives sur la gestion du Centre Hospitalier de Carpentras, arrêté par la chambre lors de sa séance du 25 mai 2004.

En application des dispositions de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, je vous invitais à me transmettre votre réponse écrite dans un délai d'un mois suivant sa réception.

Vous voudrez bien trouver sous ce pli le rapport d'observations définitives. Celui-ci devra être communiqué par vos soins à l'assemblée délibérante dès sa plus proche réunion ; il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de cette assemblée, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Je vous serais obligé de bien vouloir aviser le greffe de la chambre de la date de cette réunion, à partir de laquelle ce rapport deviendra communicable aux tiers.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à l'expression de ma considération distinguée.

Monsieur Paul Henri DUSSART

Directeur du Centre Hospitalier

de Carpentras

BP 263

84208 CARPENTRAS CEDEX

Le président,

Alain PICHON

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES

DE PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR

4ème section

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

SUR LA GESTION

DU CENTRE HOSPITALIER DE CARPENTRAS

(Vaucluse)

à compter de l'exercice 1991

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier de Carpentras à partir de l'année 1991 qui a été confié à M. Alain Attanasio, conseiller. Par lettres en date du 2 avril 2003, le président de la chambre en a informé

M. Paul-Henri Dussart, directeur de l'établissement, ainsi que M. Jean-Claude Andrieu, maire et président du conseil d'administration.

Le directeur de l'Agence régionale de l'hospitalisation, le préfet de Vaucluse ainsi que le trésorier payeur général ont également été avisés de ce contrôle.

Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu les 8 et 10 septembre 2003 entre

M. Dussart, d'une part, et M. Georges Degli Espoti, directeur en fonctions jusqu'au 4 mars 1999, et le rapporteur.

Lors de sa séance du 6 octobre 2003, la chambre, 4ème section, a arrêté ses observations provisoires qui ont été transmises dans leur intégralité à M. Dussart et

M. Degli Espoti, et pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause, qui y ont répondu.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du commissaire du gouvernement, la chambre, 4ème section, a arrêté, le 25 mai 2004, le présent rapport d'observations définitives dans la composition suivante :

M. Giannini, président, Mme Reynaud, conseiller, et M. Attanasio, conseiller-rapporteur.

La chambre n'a reçu aucune réponse dans le délai légal d'un mois.

Ce rapport devra être communiqué par le directeur à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera, ensuite, communicable à toute personne qui en ferait la demande en application des dispositions de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978.

1. PRESENTATION GENERALE

Confronté à la concurrence des autres établissements de soins, notamment privés, l'hôpital de Carpentras s'est trouvé, ainsi que le révèle l'étude menée en 1991 par la direction régionale des affaires sanitaires et sociales, dans l'obligation de se moderniser ainsi que de restructurer son activité en profondeur.

Au terme d'une longue démarche associant les responsables locaux, les services de tutelle et les partenaires privés concernés, un projet novateur a été définitivement arrêté au cours de l'année 1997. Il s'agit pour l'hôpital et deux établissements de soins privés de la ville - la polyclinique Saint-André et la clinique Saint-Gérard - de se regrouper sur un même site pour constituer, sur la base d'un projet médical commun, un pôle unique de santé public-privé.

Le projet, qui repose sur une complémentarité entre les partenaires et vise à rationaliser les moyens, conduit à une importante restructuration de l'activité en fonction des compétences et vocations de chacun d'eux : L'hôpital abandonne son activité chirurgicale pour permettre la constitution d'un pôle de chirurgie exclusivement privé. La polyclinique Saint-André abandonne son activité médicale en vue de conforter un département de médecine de statut public et une unité de surveillance médicale continue. L'accueil des urgences, la gynécologie-obstétrique, y compris la chirurgie gynécologique, demeurent dans le domaine de compétence de l'hôpital qui se voit, en outre, doté d'une unité de soins de longue durée renforcée à 50 lits.

L'ensemble des services de l'hôpital, à l'exception de la maison de retraite de la Légue, sera

regroupé dans un même bâtiment d'une superficie de plancher de 21 766 m² dont près de la moitié sera réservée au secteur privé.

Les travaux de construction ont débuté en 1999 et le nouveau centre hospitalier a ouvert ses portes, fin décembre 2001, soit dix ans après le rapport de la DRASS.

2. CHAMP DU CONTRÔLE

Compte tenu de son importance et des transformations profondes qu'elle a entraînées pour l'hôpital de Carpentras, le contrôle a porté exclusivement sur l'opération de construction du pôle de santé public-privé dont le bilan ne peut toutefois à ce jour être définitivement dressé.

Les observations débutent sur une brève analyse de la situation financière de l'établissement jusqu'en 2001.

3. PLAN DES OBSERVATIONS

LA SITUATION FINANCIERE DE L'HOPITAL

1 Au cours des derniers exercices, de 1999 à 2001, les équilibres bilantiels ne mettent pas en évidence de difficultés particulières.

2 Les ratios liés à la dette, qui ont fortement évolué en 2001, devraient retrouver des valeurs plus conformes aux normes admises lors des exercices suivants.

3 Les ratios relatifs à l'investissement reflètent les investissements importants réalisés au cours des derniers exercices, de 1999 à 2001, pour la construction du pôle de santé, et la progression des intérêts.

4 Au cours des exercices 1999 à 2001, l'activité a progressé, l'évolution des charges de personnel a été maîtrisée, les consommations intermédiaires l'ont été moins.

5 Les ratios relatifs aux recouvrements et règlements n'appellent pas d'observations particulières.

LA REALISATION DU POLE DE SANTE PUBLIC-PRIVE

I - Une opération mal coordonnée, lancée sur la base d'un projet insuffisamment défini et dont la conduite a manqué de rigueur

1.1) Une opération mal coordonnée dans ses différentes phases

1.1.1) La convention de mandat pour les études préliminaires a été signée entre le CH et

CITADIS le 16 décembre 1996 et visée par la DDASS le 21 janvier 1997, soit 4 mois après le choix du maître d'ouvrage par le CH.

1.1.2) La convention sur les études préliminaires a été signée et visée postérieurement à l'établissement des premières factures concernant ces études.

1.1.3) Le concours d'architecture a porté sur un programme à deux partenaires du fait de l'adhésion postérieure de la clinique Saint-Gérard au projet en décembre 1996.

1.1.4) Le marché de maîtrise d'ouvrage a été signé le 21 février 1997, soit 6 mois après le choix opéré par le jury et après le ralliement entre-temps intervenu de la clinique Saint-Gérard au projet.

1.2) Un projet initial insuffisamment défini, incomplet et évolutif qui a entraîné une succession de modifications.

1.2.1) Le marché de maîtrise d'ouvrage a fait l'objet de trois avenants pour prendre en compte des modifications significatives du projet.

1.2.2) Ces modifications successives ont entraîné une augmentation de plus de 62 % du montant initial du marché de maîtrise d'ouvrage.

1.3) Un manque de rigueur dans la conduite de l'opération

1.3.1) Des entorses aux règles des marchés publics :

1.3.1.1) Des anomalies dans l'attribution des marchés :

1.3.1.1.1) S'agissant du marché de maîtrise d'ouvrage :

a) La sélection par le jury des trois équipes admises à concourir manque de transparence.

b) Le choix par le jury du projet à proposer à l'autorité compétente est également entaché d'irrégularités.

c) Le bouleversement de l'économie du contrat a nui à l'obligation de mise en concurrence.

1.3.1.1.2) S'agissant des marchés de travaux : des appels d'offres déclarés infructueux et le recours à des marchés négociés avec un prix plus élevé.

1.3.1.2) Des irrégularités au regard du respect de l'article 250 du code des marchés publics.

1.3.2) Des retards importants d'exécution par rapport aux prévisions.

1.3.3) Des évolutions de rémunération au profit de CITADIS.

1.3.4) L'absence à ce jour des bilans de clôture des opérations.

1.3.5) Le non-respect de l'enveloppe financière allouée.

II - Une opération plus coûteuse que prévu et dont le bilan au regard des objectifs visés ne peut à ce jour être dressé.

2.1) Une opération nettement plus coûteuse pour l'hôpital que prévu

2.1.1) La réalisation de l'opération excède de 46 % soit de 45,9 MF (7,00 millions d'euros) l'estimation prévisionnelle initiale selon un bilan encore provisoire.

2.1.2) Les subventions de l'Etat, le recours à l'emprunt et la vente d'immeubles ont été nécessaires à l'équilibre financier de l'opération.

2.1.3) Des avantages ont néanmoins été accordés aux partenaires privés

2.1.3.1) L'hôpital a pris seul à sa charge l'acquisition du terrain Bernard.

2.1.3.2) Les cliniques ont bénéficié de l'acquisition par le CH de deux parcelles appartenant au département pour le franc symbolique

2.1.3.3) L'hôpital assume seul la maîtrise d'ouvrage publique des " parties communes ".

2.2) Un bilan incertain au regard des objectifs visés

2.2.1) Des coûts de fonctionnement qui augmentent :

2.2.1.1) Le rapport de la MEEF aurait dû alerter les responsables.

2.2.1.2) Les crédits prévus pour financer le surcoût prévisionnel de fonctionnement ont été utilisés pour régler d'autres types de dépenses.

2.2.1.3) la nouvelle structure génère des dépenses ignorées dans les précédents locaux

2.2.2) Une gestion des parties communes et des besoins partagés complexe et délicate :

2.2.2.1) Les parties communes doivent être louées par l'hôpital à ses partenaires privés mais la convention n'est toujours pas établie.

2.2.2.2) La convention pour le fonctionnement des espaces et services communs du pôle de santé public-privé n'a été finalisée qu'en juin 2003.

2.2.3) Une évolution contrastée de l'activité, selon les disciplines ou services, qui ne répond actuellement que partiellement aux objectifs visés :

2.2.3.1) Les objectifs du pôle de santé

2.2.3.2) Les principales données de l'activité réalisée depuis l'ouverture du pôle.

a) une très forte progression de l'activité externe

b) un taux d'occupation élevé de l'unité de soins de longue durée

c) en revanche, les services de court séjour de l'hôpital ne connaissent pas le volume d'activité envisagé lors de l'élaboration du projet.

LA SITUATION FINANCIERE DE L'HOPITAL EN 2001

L'analyse de la situation financière de l'hôpital de Carpentras est menée à partir des tableaux issus du logiciel IDAHO (Instrument D'Analyse Hospitalière) mis en œuvre dans le réseau du Trésor public, transmis par le comptable de l'établissement et joints en annexe.

1) Au cours des derniers exercices, de 1999 à 2001, les équilibres bilantiels ne mettent pas en évidence de difficultés particulières

Le fonds de roulement est positif que ce soit pour l'investissement (FRI) l'exploitation (FRE) ou global.

Au 31 décembre 2001, la trésorerie est largement excédentaire : 2,3 millions d'euros. Selon le receveur de l'établissement, cette situation est "conjoncturelle" et résulte "du décalage entre l'encaissement des emprunts (9,15 millions d'euros en 2001) et le paiement des avances pour la construction du nouvel hôpital (près de 10 millions d'euros de dépenses aux comptes 20 à 23 en 2001)".

2) Les ratios liés à la dette (figurant dans le tableau de bord des indicateurs financiers de l'hôpital), qui ont fortement évolué en 2001, devraient retrouver des valeurs plus conformes aux normes admises lors des exercices suivants

La durée apparente de la dette - nombre d'années d'autofinancement (amortissements et provisions) nécessaires au remboursement de la dette en capital - qui ne devrait, en théorie, pas

être supérieure à 15 ans est très élevée en 2001 : 43,87 années.

En effet, l'hôpital a réalisé de forts emprunts en 2000 et 2001, respectivement 5,183 et 9,146 millions d'euros, pour financer la reconstruction de l'établissement, tandis que dans le même temps l'amortissement était à son niveau le plus bas. Ainsi, la dette (montant des emprunts et dettes assimilés) qui, au 31 décembre 1999, est de 0,81 millions d'euros passe à 5,746 millions d'euros fin 2000 et à 14,559 millions d'euros fin 2001. Or, les travaux en cours, enregistrés au compte 23 (20,226 millions d'euros fin 2001), ne peuvent donner lieu à des dotations aux amortissements, avant leur achèvement, constaté par un transfert au compte

21. Ce ratio devrait donc retrouver une valeur plus conforme à la suite de ce transfert en 2002.

Le ratio improprement dénommé "d'indépendance financière", qui mesure en réalité le poids de l'encours de la dette dans les ressources stables, atteint 51 % en 2001, taux qui, pour être élevé, n'est pas encore inquiétant, compte tenu de l'effort particulier d'investissement en cours.

Le rapport entre le remboursement de l'annuité de la dette en capital et l'amortissement atteint 116 % en 2001 contre 35,2 % en 2000 pour les raisons déjà évoquées : les travaux en cours financés par les emprunts importants mobilisés en 2000 et 2001, n'ont pu donner lieu à amortissement.

Le taux d'intérêt de la dette, égal au total des intérêts divisé par l'encours moyen de la dette, est très faible en 2001 : 2,68 %, ce qui s'explique car l'encours moyen en 2001 est élevé en raison des emprunts mobilisés lors de cet exercice, alors que les premiers intérêts ne seront payés qu'en 2002.

3) Les ratios relatifs à l'investissement reflètent les investissements importants réalisés au cours des derniers exercices, de 1999 à 2001, pour la construction du pôle de santé, et la progression des intérêts.

L'évolution du montant des actifs immobilisés traduit la forte progression des investissements ; le ratio relatif aux produits bruts par rapport aux immobilisations diminue corrélativement.

Le niveau élevé des amortissements en 2000 (755 900 euros contre 331 900 euros en 2001) résulte des travaux importants de mise aux normes de sécurité de l'ancien hôpital qui ont été réalisés durant cet exercice au compte 23, intégrés au compte 21 et amortis la même année pour être compris dans la vente du bâtiment.

Le taux d'autofinancement, qui traduit le niveau de l'autofinancement (amortissements et provisions) par rapport aux produits d'exploitation, après un sursaut en 2000 (4,75 %) pour les raisons déjà exposées, retrouve un niveau faible en 2001, inférieur à 2 % (1,94 %). Toutefois, l'amortissement étant normalement réalisé en N + 1, ce ratio devrait augmenter à court terme.

Le taux de marge brute, qui mesure ce que l'établissement dégage sur son exploitation "courante" (différence entre ses produits et ses charges de fonctionnement) pour financer ses investissements, constitués de ses charges financières, d'amortissements et de provisions, est, comme il se doit, supérieur au taux d'autofinancement et atteint un niveau satisfaisant (ratio supérieur à 5,5 % pour les CH), avec 7,18 % en 2000 et 7,67 % en 2001.

En ce qui concerne les deux ratios mesurant respectivement la part des amortissements et celle des frais financiers dans la marge brute, leur addition, qui permet de mesurer le poids des principales " charges calculées " du groupe 4, ne doit pas dépasser

100 %, taux limite qui signifie que la marge brute dégagée par l'exploitation ne permet pas de couvrir ces charges (amortissements et frais financiers) et a fortiori encore moins les provisions. Elle est de 46 % en 2001 pour l'hôpital.

On doit cependant noter la très forte progression des frais financiers dont le poids s'élève à 20,7 % en 2001 contre 14,1 % en 2000 et 3,6 % en 1999.

4) Au cours des exercices 1999 à 2001, l'activité a progressé, l'évolution des charges de personnel a été maîtrisée, les consommations intermédiaires l'ont été moins.

Les deux ratios relatifs aux produits bruts d'exploitation traduisent l'évolution soutenue de l'activité en général : de l'indice 103 en 1999 à 115 en 2001, et la croissance encore plus forte des recettes des comptes 74 (subventions) et surtout 75 puisque l'indice est passé de 117 en 1999 à 159 en 2001. Le comptable de l'établissement précise que " la forte progression du compte 75 (autres produits de gestion courante) s'explique par l'accroissement des remboursements des budgets annexes, les crédits supplémentaires des emplois jeunes, CES, CEC, et le fonds d'investissement pour la modernisation des hôpitaux (FIMHO)" Il souligne également que " les dotations du compte 75 ne sont pas renouvelables ".

L'évolution des consommations intermédiaires (comptes 60 à 62) dont l'indice passe de 102 en 1999 à 133 en 2001, s'explique notamment par la croissance des dépenses de médicaments et de services extérieurs.

L'évolution des charges de personnel, dont l'indice passe de 101 en 1999 à 113 en 2001, est contenue ; elle est inférieure à celle des produits bruts et des consommations intermédiaires ; elle s'explique par le redéploiement et la suppression d'activités en 2001.

Le résultat net comptable issu du compte de gestion ainsi que le résultat administratif de l'ordonnateur correspondant au " solde à affecter " tel que défini par l'article R. 714-3-49 du code de la santé publique, restent positifs.

5) Les ratios relatifs aux recouvrements et règlements n'appellent pas d'observations particulières.

Le taux de restes à recouvrer générés par les produits bruts, qui indique le risque maximum d'irrécouvrabilité, est en diminution.

Le délai de rotation des dettes fournisseurs exprimé en jours diminue également.

Le ratio de régularité du mandatement de la taxe sur les salaires est inférieur à 9 %, taux généralement observé dans les établissements publics de santé et baisse également.

En conclusion, la situation financière de l'hôpital, malgré une dette qui s'est accrue, demeure globalement satisfaisante en 2001. Elle ne pourra cependant se maintenir lors des exercices suivants.

LA REALISATION DU POLE DE SANTE PUBLIC-PRIVE

I - UNE OPERATION MAL COORDONNEE, LANCEE SUR LA BASE D'UN PROJET INSUFFISAMMENT DEFINI ET DONT LA CONDUITE A MANQUE DE RIGUEUR

1.1) Une opération mal coordonnée dans ses différentes phases

1.1.1) La convention de mandat pour les études préliminaires a été signée entre le CH et CITADIS le 16 décembre 1996 et visée par la DDASS le 21 janvier 1997 soit

4 mois après le choix du maître d'ouvrage par le CH.

Le centre hospitalier a confié par convention de mandat signée le 16 décembre 1996 les études préliminaires des bâtiments d'accueil du secteur public et les parties communes du pôle de santé à la Société anonyme d'économie mixte CITADIS (ex SEDV - Société d'équipement, de développement et de valorisation) dans le cadre des articles 3 à 5 de la loi

n° 85-704 du 12/07/1985 relative à la maîtrise d'ouvrage publique, dite loi M.O.P.

La convention prévoit, en outre, en son article 3, que "la société prépare le choix des maîtres d'ouvrage et signe les contrats de maîtrise d'ouvrage après approbation du choix par le maître d'ouvrage. Les missions et études comprendront notamment :

organisation du concours d'ingénierie et d'architecture,

frais de dossiers, panneaux, divers,

et, après le choix du concepteur par le maître d'ouvrage, réalisation des esquisses en coordination

avec les maîtres d'œuvre privés."

Or, le concours d'architecture a été lancé le 15 mai 1996. Le procès verbal du conseil d'administration de l'hôpital du 26 juin 1996 précise que les "25 et 26 juin 96, l'ouverture de 43 plis au concours de maîtrise d'œuvre a eu lieu pour retenir 3 équipes". Trois projets ont été rendus le 19 juillet 1996. L'examen des projets a fait l'objet d'un rapport technique présenté au jury le 8 août 1996 qui a auditionné les 3 équipes. Le compte rendu du conseil d'administration du 26 septembre 1996 indique que "le jury a retenu l'équipe CASSULO."

Ainsi, le concours d'architecture a été lancé avant la signature de la convention de mandat qui en confie à CITADIS l'organisation et le choix du maître d'œuvre a été opéré par le CH alors que la tutelle n'avait pas encore donné son approbation à ladite convention.

1.1.2) La convention sur les études préliminaires a été signée et visée postérieurement à l'établissement des premières factures concernant ces études.

C'est à tort que CITADIS excipe, pour justifier cette irrégularité, d'une précédente convention signée en juin, laquelle, faute d'avoir été approuvée, n'a pu entrer en vigueur et servir de base légale aux études réalisées.

1.1.3) Le concours d'architecture a porté sur un programme à deux partenaires du fait de l'adhésion postérieure de la clinique Saint Gérard au projet en décembre 1996.

Ainsi, les concepteurs ont été consultés sur la base d'un programme fonctionnel mal défini et encore aléatoire. Le dossier remis aux concepteurs repose sur le regroupement de deux entités et se réfère en outre pour les parties communes de la future construction à un GIE qui n'a jamais été institué.

1.1.4) Le marché de maîtrise d'œuvre a été signé le 21 février 1997 soit 6 mois après le choix opéré par le jury et après le ralliement entre-temps intervenu de la clinique Saint Gérard au projet.

L'article 5 de la convention pour les études préliminaires, signée le 16 décembre 1996, prévoit une répartition des honoraires pour la réalisation du dossier technique à soumettre au comité régional d'organisation sanitaire et sociale (CROSS) estimés à la somme de 490 000 F (74 700,02 euros) HT entre le secteur privé et l'hôpital, qui est différente selon que le projet se réalise à deux ou à trois partenaires.

Le marché de maîtrise d'œuvre du 21 février 1997 prévoit une répartition des frais d'honoraires (esquisse et dossier CROSS) uniquement entre le CH et la clinique Saint André, qui reprend les termes du protocole d'accord conclu le 26 juin 1996 entre ces deux partenaires.

Or, le dossier présenté au CROSS en avril 1997 a été actualisé à trois partenaires du fait du

ralliement entre-temps intervenu de la clinique Saint Gérard au projet.

Les factures réglées en 1996 font apparaître que l'hôpital a supporté les dépenses à hauteur de 83,21 %, conformément au prorata qui avait été fixé dans l'hypothèse de réalisation du projet à deux partenaires.

Les comptes CITADIS ne font pas apparaître un remboursement effectué par la clinique St Gérard au CH suite à une actualisation du projet.

Si l'avenant n° 1 du marché de maîtrise d'ouvrage signé et visé par la tutelle le

30 mai 1997, modifie le montant des honoraires en mettant "à la charge de la clinique Saint Gérard les études complémentaires nécessaires à l'élaboration du dossier CROSS à trois partenaires pour 25 000 F HT", cette contribution n'équivaut pas aux 11,98 % initialement envisagés représentant une somme de 58 702 F

(8 949,06 euros) HT.

Le concours de maîtrise d'ouvrage s'est révélé prématuré au regard de l'application de la convention, du ralliement tardif de la clinique Saint Gérard et de la signature du marché.

1.2) Un projet initial insuffisamment défini, incomplet et évolutif qui a entraîné une succession de modifications.

1.2.1) Le marché de maîtrise d'ouvrage a fait l'objet de trois avenants pour prendre en compte des modifications significatives du projet.

Ces modifications établissent que certaines caractéristiques de l'opération avaient été insuffisamment prises en compte lors de la préparation du marché, alors que leur caractère imprévisible n'est pas démontré.

Outre l'avenant n° 1 du 30 mai 1997 qui prend en compte l'adhésion du projet de la clinique Saint Gérard et procède notamment à une nouvelle estimation du montant des travaux de la partie publique, l'avenant n° 2 du 16 octobre 1998 réajuste la rémunération du maître d'oeuvre en conséquence des modifications importantes décidées telles l'intégration des parties communes du pôle santé sous maîtrise d'ouvrage publique du CH, les implantations nouvelles de l'ATIR (Association pour le traitement de l'insuffisance rénale) et de l'antenne psychiatrique du CH de Montfavet, l'installation de chauffage et climatisation en cogénération avec variante en production thermodynamique.

Cet avenant n° 2 était basé sur les éléments financiers connus à la phase - Avant projet sommaire (APS).

Enfin, l'avenant n° 3 signé le 19/06/2002 prend en compte encore de nouvelles évolutions du projet telles l'incidence des règles parasismiques dont le surcoût avait été prévu dans son principe mais non évalué dans la phase APS, l'installation du système de cogénération, les travaux supplémentaires ou modificatifs commandés par le maître d'ouvrage en cours de chantier et justifiant des honoraires complémentaires.

1.2.2) Ces modifications successives ont entraîné une augmentation de plus de

62 % du montant initial du marché de maîtrise d'œuvre :

Le bilan financier du marché de maîtrise d'œuvre s'établit comme suit :

Pa401801

	Montant HT	
Etudes d'esquisse	232 988 F	
Dossier CROSS	99 852 F	
Total 1	332 840 F	
+ Complément mission de base Partie publique	5 793 332 F	
= Montant du marché de maîtrise d'œuvre	6 126 172 F	Soit 7 388 163 F (1 126 318,19 €) TTC
Avenant n° 1	Sans incidence	
Avenant n° 2	2 361 873 F	+ 38 % du marché initial
Avenant n° 3	1 488 075 F	+ 24 % du marché initial
Montant réalisé	9 976 120 F (1 520 849,69 €)	+ 62 % (+ 3 849 948 F) (586 920,79 €)

La société CITADIS n'est pas fondée à contester le taux de 62 % en soutenant que les pourcentages d'évolution devraient être "calculés par rapport au montant de l'avenant n° 2 qui, de par son objet, recale (sic) le projet sur de nouvelles bases financières". En effet, l'évolution doit prendre en compte l'ensemble des avenants qui ont été conclus postérieurement au marché initial, alors même qu'ils en ont, il est vrai, bouleversé l'économie.

1.3) Un manque de rigueur dans la conduite de l'opération

1.3.1) Des entorses aux règles des marchés publics

1.3.1.1) Des anomalies dans l'attribution des marchés

1.3.1.1.1) S'agissant du marché de maîtrise d'œuvre

a) La sélection par le jury des trois équipes admises à concourir manque de transparence :

Le procès verbal de la réunion du jury du 26 juin 1996 chargé de se prononcer sur l'admission des candidats à concourir, précise simplement qu'après examen des qualités et références de chacune des équipes, le jury après en avoir délibéré a retenu à l'unanimité les 3 équipes suivantes :

Touret et Valentin,

Cassulo, Ricciotti et Mme Rouvière,

Groupe 6 Becker/Le Goff.

Ce procès-verbal, contrairement aux prescriptions de l'article 314 ter du code des marchés publics, est insuffisamment motivé et, en tout état de cause, ne permet pas de déterminer avec précision les critères, non mentionnés dans l'avis d'appel public à concurrence, qui ont été retenus par le jury à l'effet de sélectionner les candidats.

b) Le choix par le jury du projet à proposer à l'autorité compétente est également entaché d'irrégularités :

Le procès-verbal de la réunion du jury du 8 août 1996 appelé à émettre son avis quant au choix du lauréat mentionne : "Selon ce vote l'équipe CASSULO a reçu

4 suffrages, le groupe 6, 3 suffrages et TOURRET 2 suffrages.

Le président propose au Centre hospitalier de Carpentras, maître d'ouvrage de la partie publique, ainsi qu'au président de la Polyclinique Saint André de retenir l'équipe suivante : Equipe CASSULO, sous réserve de régler le problème de long séjour et de revoir le montant des honoraires des maîtres d'œuvre".

Il ressort d'une jurisprudence bien établie que le procès-verbal du jury ne doit pas seulement rendre compte des résultats d'un vote. Il doit également reprendre les principaux points d'analyse des projets afin de constituer un outil d'aide à la décision de l'autorité compétente. L'avis doit ainsi être suffisamment motivé, sous peine d'irrégularité de la procédure. Ne satisfait pas à cette condition, le jury qui ne formule aucune considération de nature technique ou financière à l'appui de son choix et ne met donc pas l'autorité compétente à même de se déterminer en toute connaissance de cause.

Force est de constater que l'avis émis par le jury lors de sa réunion du 8 août 1996 qui ne mentionne aucune considération technique ou financière, ne répond pas à cette condition.

En outre, le jury, en violation du règlement du concours, a désigné l'équipe CASSULO dont l'offre

ne répondait pas au programme tel que précisé au cahier des charges.

En effet, le programme technique détaillé joint au dossier de consultation des concepteurs était très précis quant à la situation des locaux destinés au long séjour. C'est donc à tort que CITADIS soutient que "dans le programme demandé aux candidats, la répartition des services n'était pas figée". De même, le groupement CASSULO n'est pas fondé à soutenir que " le service de long séjour ...volontairement placé au niveau 2... traduisait notre interprétation du programme ", s'agissant d'une prescription du programme aussi précise.

Enfin, les projets doivent, en toute hypothèse, être examinés au regard de chacun des critères de choix prévus par le règlement du concours au nombre desquels figurait le prix de la mission. En demandant à l'équipe CASSULO de revoir le montant des honoraires de ses membres, le jury rompt l'égalité des candidats et le droit de chacun d'entre eux à un examen de leur projet conformément au règlement du concours.

c) Le bouleversement de l'économie du marché de maîtrise d'œuvre a nui à l'obligation de mise en concurrence.

L'hôpital a manqué à l'obligation de mise en concurrence qui est faite aux établissements publics de santé pour la dévolution de leurs marchés en vue d'assurer l'égalité des candidats et d'éviter tout favoritisme.

Les avenants n° 2 et 3 du marché de maîtrise d'œuvre ont bouleversé son économie. Les montants des avenants n° 2 et n° 3 représentent respectivement 38 % et 24 % du montant du marché initial dont une grande partie est la conséquence des évolutions du projet. Le marché modifié par les avenants n'a que de lointains rapports avec l'objet du concours de 1996.

Selon CITADIS : " les articles 29 et 30 du décret d'application de la loi MOP du

29 novembre 1993 prévoient clairement le mode de rémunération des maîtres d'œuvre : lorsque le montant des travaux à réaliser ne peut faire l'objet que d'une estimation prévisionnelle, la rémunération du maître d'œuvre ne peut être fixée définitivement lors de la conclusion du marché. Elle peut donc faire l'objet d'une réévaluation par voie d'avenant lorsque le coût définitif est connu ".

CITADIS invoque également un jugement du TA d'Orléans du 6 février 2003 qui précise que dans ce cas " les dispositions de l'article 255 bis du code des marchés publics (relatif aux avenants) ne trouvent pas à s'appliquer dès lors qu'une procédure spécifique est prévue par le décret du 29 novembre 1993 pour les marchés de maîtrise d'œuvre".

Cette argumentation doit être écartée.

En effet, l'acte d'engagement fixe en son article 9 le montant des honoraires dus au maître d'ouvrage (6 126 172 F HT) et décompose le prix forfaitaire en fonction des éléments de mission. Or, ainsi que le relève lui-même le groupement CASSULO, l'avenant n° 2 a eu pour objet : l'intégration des parties communes, l'implantation nouvelle de l'ATIR et l'étude de faisabilité de la cogénération. Il s'agit d'une extension de mission sans rapport avec l'estimation prévisionnelle du coût initial des travaux. Or aux termes de l'article 30. III du décret n° 93-1268 du 29 novembre 1993 relatif aux missions de maîtrise d'ouvrage confiées par des maîtres d'ouvrage publics à des prestataires de droit privé : "En cas de modification de programme ou de prestations décidées par le maître d'ouvrage, le contrat de maîtrise d'ouvrage fait l'objet d'un avenant qui arrête le programme modifié et le coût prévisionnel des travaux concernés par cette modification, et adapte en conséquence la rémunération du maître d'ouvrage et les modalités de son engagement sur le coût prévisionnel".

Il en résulte que si un avenant au contrat de maîtrise d'ouvrage peut être conclu en cas de modification de programme, celui-ci ne doit pas conduire à bouleverser l'économie du marché initial, règle d'application générale qui vaut quelque soit le marché dont il s'agit.

1.3.1.1.2) S'agissant des marchés de travaux : des appels d'offres déclarés infructueux et le recours à des marchés négociés avec un prix plus élevé

Il a été constaté en ce qui concerne la passation des marchés, un nombre important de marchés déclarés infructueux et le recours à des marchés négociés, plus commodes.

Le tableau suivant reprend les informations annotées sur des avis d'appel public à concurrence publiés par le CH.

PA401802

Date de parution de l'avis d'appel public à concurrence	Procédure de passation	Objet du marché	Caractéristiques du marché	
21/04/99	Appel d'offres ouvert	Lots n° 8, 9, 10 et CVC	Fait suite à appel offre infructueux	Délai travaux 18 mois- démarrage mi-juin 99
23/04/99	Marchés négociés	Lots 3, 4, 5, 12, 18, 20, 30- étanchéité, cloisons, etc...	Fait suite à appel offre infructueux	Délai travaux 18 mois- démarrage mi-juin 99
01/06/99	Marchés négociés	Lots 8 et 9- menuiserie et peinture	Fait suite à appel offre infructueux	Délai travaux 18 mois- démarrage mi-juin 99
13/07/99	Marchés négociés	Lot 2 gros oeuvre	Fait suite à appel offre infructueux	Délai travaux 18 mois- démarrage 08 ou 09/99

La commission d'appel d'offres, dans sa réunion du 2 juillet 1999, a décidé de déclarer l'appel

d'offres infructueux pour le lot n° 2 gros ouvre. Cette décision se fonde sur le fait que "le groupement CAMPENON - DUVERGER - ANICET MARTIN, après s'être engagé sans réserve sur les conditions définies dans le dossier de consultation des entreprises, a refusé de signer l'acte d'engagement unique prévu par l'article 2.31 du CCAG, et nécessaire à la constitution du groupement d'entreprises conjointes prévu dès l'avis d'appel public à la concurrence".

La procédure de marché négocié qui a été engagée, à la suite de cette déclaration d'infructuosité, ne pouvait légalement être mise en œuvre en application du 2° de l'article 104-I du code des marchés publics, lequel ne vise que le cas où "les travaux, fournitures ou services qui, après adjudication ou appel d'offres, n'ont pas fait l'objet d'aucune soumission ou offre ou pour lesquels il n'a été proposé que des soumissions ou des offres inacceptables".

En outre, le résultat de cette nouvelle consultation est, ainsi que l'avait relevé le représentant de la DDCCRF au cours de la procédure, très " financièrement pénalisante pour le maître d'ouvrage dans la mesure où le nouveau prix du marché est pour la partie publique de 27 150 000 F TTC au lieu des 25 568 200 F initiaux, d'autant plus que le nouvel attributaire avait lui-même fait une offre initiale d'un niveau inférieur (26 422 278 F TTC pour la partie publique)".

1.3.1.2) Des irrégularités au regard du respect des dispositions de l'article 250 du code des marchés publics qui prévoient que "les marchés doivent être notifiés avant tout commencement d'exécution."

En ce qui concerne l'exécution des marchés, la chambre note que des avenants sont passés qui souvent sont de pure régularisation faisant suite à des travaux faits sur simple ordre de service.

Ainsi, l'avenant n° 3 du marché de maîtrise d'œuvre a été signé six mois après l'ouverture du pôle de santé, en violation des dispositions de l'article 250 - 3ème alinéa du code des marchés publics qui prévoient que "les marchés doivent être notifiés avant tout commencement d'exécution".

1.3.2) Des retards importants d'exécution par rapport aux prévisions

Le déroulement de l'opération a connu des retards relativement importants par rapport aux prévisions.

On peut constater que la livraison de l'opération a sans cesse été retardée :

PA401803

Programme remis aux concepteurs lors concours maîtrise d'œuvre en juin 1996	Ouverture du pôle de santé prévue en avril 1999.
Dossier CROSS 29/04/1997	Délai de réalisation estimé à 2 ans et demi à partir de la date d'autorisation de regroupement des établissements (9 à 12 mois d'études et 18 mois de travaux).
	Autorisation donnée par l'ARH le 10/07/1997. Estimation était donc prévue en janvier 2000 ce qui correspond à un retard de 9 mois sur le délai indiqué aux concepteurs lors du concours.
Avant projet sommaire le 5/05/1998	Livraison prévue le 3ème trimestre 2000.
Conseil d'administration du 29/04/1999	Livraison toujours prévue fin 2000
Bilan au 15/10/1999	Livraison 1 ^{er} trimestre 2001
Bilan en janvier 2001	Livraison juillet 2001
Bilan au 18/10/2001	Livraison novembre 2001
	Retard constaté par rapport au délai prévu lors du concours de maîtrise d'œuvre = 31 mois soit environ 2 ans et demi.
	Retard constaté par rapport au délai du dossier CROSS = 22 mois, soit près de 2 ans

Si les travaux sans doute plus complexes que prévu, ont pris du retard, la gestion administrative du dossier a joué un rôle non négligeable, alors même que la convention particulière de mandat pour les études opérationnelles et la réalisation des bâtiments d'accueil du secteur public signée le 10 juillet 1997 ne prévoit aucun délai à compter de sa notification pour la remise de l'ouvrage, ni pour la remise des dossiers complets et du bilan de clôture de l'opération.

1.3.3) Des évolutions de rémunération au profit de CITADIS

La rémunération de la société CITADIS a connu des évolutions sensibles.

Le taux de rémunération de CITADIS a évolué comme suit :

PA401804

Libellé convention	Date signature	Taux rémunération CITADIS
<u>Protocole d'accord entre le CH et la polyclinique Saint André pour l'intervention d'un opérateur commun tout au long de l'opération (CITADIS) :</u> Titre II – phase de réalisation Mission de coordonnateur de sécurité et de protection de la santé- phase conception et réalisation	26/06/1996	= 2,9 % du montant TTC du coût de l'ouvrage + TVA (représente 400 000 F (60 979,61 €) TTC pour la partie privée) = 0,5 % du montant TTC de l'ensemble des dépenses engagées pour réalisation ouvrage dont 0,1 % pour phase conception 0,4 % pour phase réalisation
Convention particulière de mandat pour les études opérationnelles et la réalisation des bâtiments d'accueil du secteur public	10/07/1997	3,5 % du montant TTC du coût de l'ouvrage + TVA
Commande de mission de coordonnateur de sécurité et de protection de la santé des bâtiments d'accueil du secteur public	18/09/1997	Forfait de 245 000 FHT soit 295 470 F (45 044,11€)TTC (30 mois)

La convention du 10 juillet 1997 fixe un taux de rémunération à 3,5 %, TVA en sus du montant TTC du coût de l'ouvrage, tel qu'il ressortira des alinéas 1 à 4 de l'article 10 (hors rémunération du mandataire).

Selon l'article 10, "Le coût des ouvrages est la somme des dépenses engagées pour les études et pour leur réalisation. Son montant définitif sera déterminé en tenant compte de toutes les dépenses constatées par la société pour leur réalisation :

1-Les études générales réalisées dans le cadre de l'opération,

2-Le coût définitif des travaux de construction ainsi que les équipements (mobiliers) le cas échéant.

3-Les taxes et droits divers susceptibles d'être dus à raison de la réalisation des travaux,

4-Les dépenses de toute nature se rattachant à l'exécution des études, des travaux, aux opérations annexes nécessaires à leur réalisation, notamment sondages, plans topographiques, arpentage, bornage, expertises, publicité, inauguration et mise en service, surveillance et sécurité des ouvrages, les éventuels frais d'instance et indemnités ou charges de toute nature que la société aurait eu à régler".

On observe que la rémunération de CITADIS est passée de 2,9 % du montant TTC du coût de l'ouvrage + TVA à un taux de 3,5 %, soit + 0,6 % dans le cadre de la nouvelle convention.

En outre, les rémunérations basées sur le coût de l'ouvrage ont induit pour CITADIS des surplus d'honoraires conséquents, compte tenu du rajout des travaux au cours des différentes phases de l'opération.

Pour justifier l'évolution de sa rémunération, CITADIS fait valoir qu'au nombre de ses missions a été ajouté, dans la nouvelle convention, le "paiement des situations, factures, frais divers...". Or, cette mission était déjà prévue dans la convention du 26 juin 1996.

1.3.4) L'absence à ce jour des bilans de clôture des opérations

La SEM CITADIS qui assurait la maîtrise d'ouvrage publique de cette construction n'a toujours pas présenté à ce jour les bilans de clôture des opérations.

Les mandats signés avec CITADIS ne sont aujourd'hui pas encore soldés ce qui témoigne des difficultés de reddition de comptes. Bien que la phase active des opérations soit terminée depuis l'inauguration du pôle en décembre 2001, les bilans de clôture n'ont pas encore été établis.

A ce jour, l'opération n'est pas soldée. Il n'a pu être produit de bilan financier de clôture de l'opération.

1.3.5) Le non-respect de l'enveloppe financière allouée

Il y a lieu de rappeler les termes de la convention de mandat du 10 juillet 1997 : l'article 1er énonce que "les ouvrages objet de la présente convention devront répondre au programme et respecter l'enveloppe financière prévisionnelle" ; l'article 2 relatif à la mission de la société précise que "conformément aux dispositions des articles 3 et suivants de la loi du 12 juillet 1985, le maître de l'ouvrage donne mandat à la société pour exercer en son nom et pour son compte les attributions suivantes : prendre à chaque étape, toute mesure pour assurer le respect du programme et l'enveloppe financière prévisionnelle" ; l'article 16 prévoit que "au cas de méconnaissance par la société des obligations définies par la présente convention ou d'inobservation des délais prescrits, le maître d'ouvrage pourra faire application des pénalités définies à l'article 13.2".

Par conséquent, la réalisation de la construction ayant conduit à un dépassement de l'enveloppe prévisionnelle, CITADIS, chargée de la surveillance et du contrôle de l'opération, pourrait être pénalisée conformément à la convention de mandat qui définit ses obligations.

II - UNE OPERATION PLUS COUTEUSE QUE PREVU ET DONT LE BILAN AU REGARD DES OBJECTIFS VISES NE PEUT A CE JOUR ETRE DRESSE

2.1) Une opération nettement plus coûteuse pour l'hôpital que prévu

2.1.1) La réalisation de l'opération excède de 46 % soit de 45,9 MF (7,00 millions d'euros) l'estimation prévisionnelle selon un bilan encore provisoire

Les plans successifs de financement, le plus souvent incomplets, retracent grossièrement l'évolution à la hausse des dépenses.

2.1.1.1) Selon un bilan établi en janvier 2001, le coût prévisionnel initial a été largement dépassé.

Le coût global de l'opération réalisée s'établit à 146 600 000 F (22 349 025,93 euros).

L'évolution du bilan financier se présente ainsi :

PA401805

Bilan prévisionnel au 9/06/1997	Bilan en janvier 2001	Evolution
100 700 000 F (15 351 616,04 €)	146 600 000 F (22 349 025,93 €)	+ 45 900 000 F (6 997 409,89 €) (+ 46%)

2.1.1.2) Le bilan établi en janvier 2001 est encore provisoire, les comptes n'étant pas encore soldés avec CITADIS.

Ce bilan est en outre incomplet, certaines dépenses n'ont pas été prises en compte et devront s'ajouter au montant total arrêté. Ainsi, s'agissant des acquisitions de terrains - le coût du terrain Bernard pour 534 247 F (81 445,43 euros) plus les honoraires n'y figure pas.

a) Des avances ont encore été perçues par CITADIS en janvier et février 2003

b) L'absence de décompte général et définitif

En l'absence de décompte général et définitif, le bilan de clôture de l'opération de construction du PSPP détaillé par postes de dépenses tels qu'ils figurent dans les bilans prévisionnels et mentionnant la rémunération totale versée à CITADIS n'est pas réalisé à ce jour.

2.1.3) Les subventions de l'Etat, le recours à l'emprunt et la vente d'immeubles ont été nécessaires à l'équilibre financier de l'opération.

L'évolution des postes de bilan s'agissant des ressources est reprise dans le tableau suivant :

En francs	Plan de financement prévisionnel au 9/06/1997	Plan de financement en janvier 2001	
Fonds propres par vente de différents immeubles			Tableau des cessions d'actifs transmis par le CH
Hôtel Dieu	10 000 000	14 280 000	9 280 000
MJC		800 000	800 000
Terrain route de Mazan		1 763 000	1 763 485
Autres		1 000 000	1 034 350
Total	10 000 000	17 843 000	12 877 835
Subventions			
Etat (FIMHO)		30 900 000	Couvre 66 % des dépenses supplémentaires
Région (long séjour)		1 728 000	
Région (cogénération)		570 000	
Gaz de France (cogénération)		100 000	
Ville de Carpentras	3 000 000		
Total	3 000 000	33 298 000	
Autofinancement			
Réalisé au 31/12/98		8 067 000	
Excédents prévisibles		8 900 000	
Total	12 000 000	16 967 000	
Emprunts			
Prêt CRAM sans intérêts	17 000 000	11 000 000	
Emprunts complémentaires	58 700 000	67 492 000	
Total	75 700 000	78 492 000	
Total général	100 700 000 F (15 351 616,04 €)	146 600 000 F (22 349 025,93 €)	

On doit relever que les subventions de l'Etat, par l'intermédiaire du FIMHO, couvrent à elles seules 66 % des dépenses supplémentaires.

2.1.4) Des avantages ont néanmoins été accordés aux partenaires privés

2.1.4.1) L'hôpital a pris seul à sa charge l'acquisition du terrain Bernard pour

534 247 F (81 445,43 euros) plus les honoraires en dépit des engagements de participation des cliniques.

L'acquisition de ce terrain a porté la participation du CH à la constitution du terrain d'assiette du

pôle santé à 62 % contre 38 % à la charge des cliniques privées.

Même si, comme le relève le directeur, l'hôpital demeure seul propriétaire des parcelles acquises par lui, le coût ainsi supporté s'avère supérieur de 50 % à celui estimé au bilan prévisionnel présenté au CROSS, soit 4 045 333 F (616 707,04 euros) au lieu de 2 700 000 F (411 612,35 euros).

2.1.4.2) Les cliniques privées ont bénéficié de l'acquisition par le CH de 2 parcelles appartenant au conseil général pour le franc symbolique.

Au terme d'un acte de vente en date du 26 avril 2000, le CH a vendu à la SCI Medicimo représentant les cliniques privées une partie des immeubles précédemment acquis :

- par un acte de vente notarié le 28 décembre 1994 de la SCI Les Croisieres et de la SA Carpendis,

- par un procès verbal d'adjudication en date du 7/05/1998 pour l'immeuble Arliaud,

- du département du Vaucluse les 4 mars et 9 avril 1999 pour le franc symbolique.

Il en résulte que les cliniques privées ont bénéficié de l'acquisition par l'hôpital des terrains du département pour le franc symbolique puisque le calcul du prix de vente réglé par elles à hauteur de 2 474 541 F (377 241,34 euros) ne comporte pas une évaluation desdits terrains.

Même si les parcelles en cause sont d'une faible superficie, il s'agit d'un avantage consenti au profit des partenaires privés du pôle de santé.

2.1.4.3) L'hôpital assume seul la maîtrise d'ouvrage publique des "parties communes."

Le projet de création d'un groupement de coopération sanitaire pour assurer la maîtrise d'ouvrage des parties communes a été abandonné. Il a été décidé que l'hôpital assurerait la maîtrise d'ouvrage, outre de la partie publique du pôle de santé, des "parties communes" de celui-ci.

Cette évolution n'est pas financièrement neutre : la maîtrise d'ouvrage, qui implique la propriété, des parties communes attribuée à l'hôpital (avenant n° 2 du marché de maîtrise d'ouvrage du 16 octobre 1998) entraîne pour celui-ci un surcoût de 11 777 000 F : alors que sa quote-part dans le groupement de coopération sanitaire avait été prévue pour 12 680 000 F, le coût de réalisation des parties communes à la charge du CH s'est élevé à 24 457 000 F (3 728 445,61 euros) selon le bilan prévisionnel d'opération établi en janvier 2001, soit au demeurant 10 % de plus que le montant prévu dans le dossier présenté au CROSS

(22 244 000 F).

Si, pour justifier cette évolution, ont été invoquées les incertitudes juridiques pesant sur l'institution d'un groupement de coopération sanitaire, il n'a pas été fait mystère qu'il s'est agi au premier chef de permettre au secteur privé de bénéficier de subventions indirectes au travers d'un loyer calculé sur le coût réel des parties communes après abattement de la subvention FIMHO perçue par l'hôpital.

2.2) Un bilan incertain au regard des objectifs visés

Le plan directeur élaboré en juin 1996 définit les intérêts et motivations du pôle santé comme suit :

1) Sur le plan de la complémentarité :

- Eviter les redondances et les pratiques concurrentielles entre secteurs,
- Instaurer une nécessaire complémentarité,
- Substituer une stratégie de synergies et de complémentarités à la stratégie actuelle de concurrence.

2) Sur le plan de la santé publique :

- Répondre à l'évolution des besoins médicaux de la population au niveau de la Ville de Carpentras et du département du Vaucluse,
- Adapter les moyens d'hospitalisation et le plateau technique à l'évolution de la pratique médicale,
- Participer à l'effort de réduction de la surcapacité des moyens hospitaliers,
- Optimiser et rationaliser les soins.

3) Sur le plan économique :

- Réduire les dépenses de santé :
 - . En limitant les investissements par la mise en commun des moyens,
 - . En diminuant les coûts d'exploitation par la rationalisation des soins et de la gestion.

2.2.1) Des coûts de fonctionnement qui augmentent

2.2.1.1) Le rapport de la Mission d'expertise économique et financière (MEEF) du Trésor du 12

novembre 1996 commandé par la DRASS, qui fait part de ses interrogations sur le coût du projet chiffré par CITADIS aurait dû alerter les responsables.

La conclusion du rapport reprend les remarques suivantes : "Le financement de l'investissement global évalué par les porteurs de projets paraît insuffisamment argumenté. Au surplus, le chiffrage en coût d'exploitation pour l'hôpital est étrangement absent....

Deux aléas (intervention d'un fonds et part de l'assurance maladie) ne sont pas exclusifs à vrai dire des difficultés prévisibles de la gestion financière au quotidien, sur l'exploitation à partir de la mise en service et sur de nombreuses gestions.

Force est de constater que sur ce terrain, l'étude CITADIS est anormalement muette : cet aspect non négligeable devrait être apprécié par la tutelle au regard de la mission d'étude qui a pu lui être confié et dont la MEEF du trésor public ignore la portée. "

2.2.1.2) Les crédits prévus pour financer le surcoût prévisionnel de fonctionnement estimé lors de la présentation du dossier au CROSS le 9 juin 1997 ont été utilisés dès 1998 pour régler d'autres types de dépenses.

L'estimation lors du projet était la suivante :

Le surcoût brut (personnel, dépenses médicales, dépenses hôtelières, amortissement et frais financiers) moins les économies sur les mêmes postes (à compter de 2000) conduisent à un surcoût net sur la période 1998 à 2001.

PA401807

En KF	1998	1999	2000	2001
Groupe 1- personnel				
Groupe 2- dépenses médicales			323	
Groupe 3- dépenses hôtelières			1348	
Groupe 4- amortissement, frais financiers	100	250	4609	1189
Total surcoût brut	100	250	6 280	1 189

Groupe 1- personnel			1865	
Groupe 2- dépenses médicales			306	
Groupe 3- dépenses hôtelières			1740	425
Groupe 4- amortissement, frais financiers			0	
Total économie			3911	
Surcoût net	100	250	2369	764
Total cumulé				3 483

"Sachant que 2 MF ont déjà été prévus en surcoût d'exploitation, il demeure un surcoût net de 1 483 000 F à financer.

Le surcoût s'élève à 1,5 MF pour le public.

Pour ce dernier, la fermeture de la chirurgie et la restructuration de l'ensemble de l'activité doivent permettre le financement de l'essentiel de son surcoût d'une part ainsi que l'augmentation des forfaits de soins de longue durée d'autre part."

L'analyse budgétaire 1995/2000 dressée dans le plan pluriannuel d'investissement et de financement 2001 fait état :

- d'une utilisation des crédits libérés lors de la fermeture du service de chirurgie dont 2 MF devaient être affectés à la compensation des surcoûts d'investissement,
- d'une évolution des dépenses médicales du groupe 2 (pharmacie, laboratoires, examens extérieurs...).

"Le 28 février s'est tenue au CH une réunion financière en présence des représentants de la DDASS et de l'ARH.

Cette réunion a permis de valider des dérives intervenues depuis l'établissement du premier programme de financement ; notamment en ce qui concerne l'usage des crédits libérés lors de la fermeture du service de chirurgie dont 2 MF devaient être affectés à la compensation des surcoûts d'investissement.

Il s'avère que depuis 1998, ces crédits ont été utilisés pour la création de postes médicaux et non médicaux ainsi que pour la transformation de 30 lits de maison de retraite en 30 lits de long séjour pour un total en dépassement de + 1,8 MF. En parallèle, il est possible de constater l'évolution des dépenses médicales du groupe 2 (pharmacie, laboratoires, examens extérieurs...).

Pour clôturer l'exercice 2000, il a été nécessaire d'effectuer un virement de crédits de 2 MF en utilisant des crédits du groupe 4, indispensables à l'équilibre budgétaire."

Le directeur a confirmé que les 7 MF (1,07 millions d'euros) de crédits de chirurgie n'ont pas été conservés. La DDASS a autorisé l'hôpital à prendre sur ces crédits pour différentes dépenses telles que les transformations de postes, etc...

Selon les données chiffrées fournies par l'établissement, le surcoût de fonctionnement par rapport à l'ancienne structure peut être évalué à près de 1 300 000 euros par an, sans compter le montant du "rebasage" qui était déjà jugé nécessaire au fonctionnement de l'hôpital par le directeur en fin d'année 2001, à hauteur de 1 700 000 euros.

2.2.1.3) Par ailleurs la nouvelle structure génère des dépenses ignorées dans les précédents locaux

La nouvelle structure génère des dépenses supplémentaires qui n'avaient pas été appréhendées lors de l'étude du projet.

Ainsi, alors que l'hôpital n'a jamais payé de facture au titre de sa consommation en eau lorsqu'il était implanté à l'Hôtel-Dieu, il doit à présent faire face à ce type de dépense, et ce d'autant que sa consommation est en augmentation du fait de l'arrosage des espaces verts présents autour du nouveau bâtiment.

De même, le nouvel hôpital compte désormais six ascenseurs au lieu de deux précédemment, occasionnant un coût supplémentaire en électricité et maintenance.

Le procès-verbal du conseil d'administration du 28 fait état d'un "dérapage" sur les dépenses de médicaments et de laboratoire dû à la nouvelle organisation et au pôle de santé en soulignant qu' "il est la conséquence immédiate de la restructuration."

PA401808

	Dépenses nettes 2001	Dépenses nettes 2002	% augmentation
Médicaments	295 552 €	380 000 €	28,57 %
Laboratoires	777 448 €	987 500 €	27,02 %

Ces hausses sont la conséquence non seulement de l'augmentation d'activité de certains services notamment celui des urgences dont le nombre de passages a progressé de

30 % mais encore d'une technicité plus développée des praticiens du service de médecine, internistes à temps plein, qui ont à soigner des pathologies plus lourdes.

Selon les responsables de l'hôpital, elles sont aussi certainement, mais dans une mesure difficile à évaluer, le reflet d'un phénomène général lié à la mise en cause possible plus fréquente de la responsabilité des médecins qui cherchent à affiner leur diagnostic et à le corroborer avec des examens techniques qui s'ajoutent au seul diagnostic clinique.

En ce qui concerne le personnel, des besoins nouveaux sont apparus du fait du fonctionnement du pôle de santé public-privé notamment dans les domaines du nettoyage des locaux, de la cuisine, de la sécurité et de la maintenance. En ce qui concerne plus particulièrement le personnel médical et paramédical, l'augmentation prévisible de l'activité ainsi que sa plus grande médicalisation et l'adaptation à des nouvelles normes en termes de sécurité militent également en faveur d'un renforcement des effectifs.

Les objectifs identifiés dans le plan directeur ne paraissent pas avoir été atteints notamment sur le plan économique au regard d'une diminution escomptée "des coûts d'exploitation par la rationalisation des soins et de la gestion."

2.2.2) Une gestion des parties communes et des besoins partagés complexe et délicate

2.2.2.1) Les parties communes doivent être louées par l'hôpital à ses partenaires privés selon une clef de répartition préalablement fixée mais la convention spécifique concernant cette location n'est toujours pas établie.

Force est de constater que, bien que le pôle de santé a ouvert ses portes en décembre 2001, cette convention n'est toujours pas établie à ce jour.

2.2.2.2) La convention pour le fonctionnement des espaces et services communs du pôle de santé public-privé n'a été finalisée qu'en juin 2003

Cette convention a pour objet : "d'organiser le cadre de fonctionnement du Pôle Santé pour ce qui concerne les éléments structurels à usage commun dont le centre hospitalier a qualité de propriétaire et de gestionnaire ; de définir les services fournis par le centre hospitalier à la polyclinique Synergia et de fixer la répartition des charges annuelles qui en découlent".

2.2.3) Une évolution contrastée de l'activité, selon les disciplines ou services, qui ne répond actuellement que partiellement aux objectifs visés.

2.2.3.1) Les objectifs du pôle de santé

La constitution, sur la base d'un projet médical commun, d'un pôle de santé public-privé implique une restructuration de l'activité de chacun des partenaires qui le compose : l'hôpital abandonne la chirurgie qui relève exclusivement du secteur privé issu de l'union de la clinique Saint-Gérard et de la polyclinique Saint-André ; cette dernière renonce à son activité médicale en vue de conforter un département de médecine de statut public et une unité de surveillance médicale continue. L'accueil des urgences, la gynécologie-obstétrique, y compris la chirurgie gynécologique, demeurent dans le domaine de compétence de l'hôpital qui se voit, en outre, doté d'une unité de soins de longue durée renforcée à 50 lits.

Nouvelle répartition des capacités :

PA401809

	PUBLIC	PRIVE
Médecine :		
Hospitalisation complète	49 lits	
Surveillance continue	6 lits	
Hôpital de jour	4 places	
Sous-total	59 lits et places	
Chirurgie :		
Hospitalisation complète		95 lits
Anesthésie et chirurgie ambulatoire	2 places	12 places
Gynécologie-obstétrique :	26 lits	
Total MCO	87 lits et places	107 lits et places
Soins de suite	10 lits	
Soins de longue durée	50 lits	
TOTAL	147	107

Cette nouvelle répartition répond aux objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) qui prévoyait pour la zone de Carpentras : la suppression de la chirurgie publique (16 lits), la réduction de 66 à 59 lits pour la médecine et de 30 à 26 lits pour la gynécologie-obstétrique.

Dans le dossier remis au CROSS, le volume d'activité envisagé pour le centre hospitalier de Carpentras est chiffré comme suit :

Médecine : 3 780 entrées

Surveillance médicale continue : 600 entrées

Gynécologie-obstétrique : 2 020 entrées

Total : 6 400 entrées

Pour la médecine, ces chiffres reposent sur l'hypothèse que l'hôpital récupérerait l'intégralité des patients de la clinique Saint-André.

En ce qui concerne le long séjour, le taux d'occupation visé est de 98 %.

2.2.3.2) Les principales données de l'activité réalisée depuis l'ouverture du pôle

Les données chiffrées fournies par l'hôpital révèlent :

a) Une très forte progression de l' " activité externe " de l'établissement

L' "activité externe" de l'établissement se développe nettement avec une forte progression des passages aux urgences non suivis d'hospitalisation ainsi que des consultations et des examens médico-techniques au bénéfice de patients non hospitalisés.

En 2002, le service des urgences a enregistré 16 848 passages initiaux (malades ou blessés venant pour la première fois à l'hôpital) soit une progression de plus de 30 % par rapport à 2001 (12 878 passages initiaux) et de plus de 92 % par rapport à 1996

(8 740 passages initiaux).

L'activité des lits de porte est également en très nette augmentation avec

2 198 journées réalisés et un taux d'occupation de 100,37 % pour les 6 lits installés.

Le nombre de consultations externes s'établit à 27 340 en 2002 contre 23 500 en 2001.

b) Un taux d'occupation très élevé, supérieur à 99 %, de l'unité de soins de longue durée

c) En revanche, les services de court séjour de l'hôpital ne connaissent pas le volume d'activité envisagé lors de l'élaboration du projet

En médecine, alors qu'avait été prévu le nombre de 3 780 entrées, le service n'a enregistré, en 2002, que 1928 entrées, soit d'ailleurs un résultat inférieur aux années précédentes : 2 100 entrées en 2001, 2309 entrées en 2000, 2495 entrées en 1999.

S'il est vrai que, ainsi que le souligne le directeur, le type d'hospitalisation s'est transformé et modernisé avec la création d'un hôpital de jour qui a réalisé 748 entrées en 2002, l'objectif n'est pas atteint même en cumulant les entrées des deux types d'hospitalisation.

Le nombre de 15 618 journées réalisées en 2002, en légère progression, résulte d'une augmentation sensible de la durée moyenne de séjour qui s'établit à 8,10 contre 6,30 en 2001 ; 6,70 en 2000 et 5,30 en 1999, évolution qu'on pourrait imputer en partie, comme le soutient le directeur, aux pathologies à traiter plus lourdes et à l'absence de capacités en lits de moyen séjour.

L'unité de surveillance médicale continue n'a enregistré quant à elle que 300 entrées en 2002, soit la moitié du nombre d'entrées prévu. Le directeur explique ce résultat par la fermeture de l'unité pour des raisons de sécurité liées au manque de personnel.

En gynécologie-obstétrique, alors que l'on escomptait 2 020 entrées, le service a connu 1279

entrées en 2002, soit un nombre inférieur aux années antérieures : 1505 entrées en 2001, 1510 en 2000 et 1511 en 1999.

Le nombre de journées réalisées en 2002 est lui aussi en diminution : 5 668 contre 6140 en 2001 ; 6 246 en 2000 ; 6 066 en 1999.

Certes, le nombre d'accouchements, 905 en 2002, a connu une progression de 9 % mais l'activité d'un service de gynécologie obstétrique ne se réduit pas aux seuls accouchements.

Le taux d'occupation des lits de la maternité est faible : 54,68 % pour les 19 lits publics et 73,42 pour les 7 lits de clinique ouverte. En admettant même, comme le souligne le directeur, que ce service fonctionne par à coups, cet indicateur calculé sur l'année entière montre nettement que l'activité ne répond que partiellement aux objectifs initiaux.

En conclusion, s'il n'appartient pas à la chambre d'apprécier l'opportunité du projet non plus que les objectifs qui lui ont été assignés, il lui incombe en revanche de procéder à une " évaluation des résultats atteints par rapport aux objectifs " ainsi fixés, conformément aux dispositions de l'article L. 211. 8 du code des juridictions financières dans leur rédaction issue de l'article 36 de la loi n° 2001-1248 du 21 décembre 2001 relative aux chambres régionales des comptes et à la Cour des comptes.

Dans ce cadre, la chambre qui n'entend pas condamner l'opération dans son principe, constate que les objectifs de celle-ci, tels que fixés par les autorités compétentes, ne sont à ce jour atteints qu'en partie alors que la réalisation de ladite opération s'est avérée nettement plus coûteuse que prévu.

Le président de section,

Pierre GIANNINI

Le président de la chambre,

Alain PICHON