

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES
SUR LA GESTION
DU CENTRE HOSPITALIER GENERAL D'HYERES
(Var)**

A compter de l'exercice 1995

Rappel de procédure

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier général d'Hyères pour les exercices 2002 et suivants.

Lors de sa séance du 25 mars 2008, la chambre, 4ème section, a arrêté ses observations provisoires. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Jean-Claude ROSE, ordonnateur en fonctions et à M Alain BERNARD son prédécesseur. Des extraits les concernant ont par ailleurs été adressés aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause, en particulier au GIE d'imagerie médicale du bassin hyérois.

Le contrôle a été affecté par l'indisponibilité prolongée du directeur en fonctions et les changements successifs d'ordonnateur.

Par ailleurs, le 30 septembre 2008, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation a saisi la juridiction pour déficit excessif en application des dispositions de l'article L.6143-3-II du code de la santé publique.

De nouveaux éléments concernant l'activité ont été transmis à la chambre à cette occasion lesquels ont permis à la chambre de formuler des observations plus étayées.

Afin de respecter la procédure contradictoire prévue par le code des juridictions financières et permettre à l'établissement d'apporter le cas échéant ses observations, la chambre arrêté le 26 février 2009, des observations complémentaires concernant l'activité.

L'ensemble de ces observations et les réponses qui y ont été apportées font l'objet des suites ci-après.

Après avoir entendu le rapporteur et pris connaissance des conclusions du procureur financier, la chambre, 4ème section, a arrêté, le 23 juin 2009 le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué par lettre du 27 août 2009 au directeur en fonctions ainsi qu'à ces prédécesseurs pour les parties les concernant. Les destinataires disposaient d'un délai d'un mois pour faire parvenir à la chambre leurs réponses aux observations définitives.

M. Alain Bernard, ex-directeur a fait parvenir à la chambre une réponse qui, engageant sa seule responsabilité, est jointe au présent rapport d'observations définitives.

Ce rapport devra être communiqué par le Président du conseil d'administration du centre hospitalier à l'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.

SOMMAIRE

| | |
|--|-----------|
| SYNTHESE..... | 4 |
| 1 L'ACTIVITE..... | 8 |
| 1.1 L'activité en hospitalisation complète | 8 |
| 1.2 L'hospitalisation incomplète | 10 |
| 1.3 Le secteur des personnes âgées | 10 |
| 2 LA FIABILITE DES COMPTES, L'ANALYSE FINANCIERE ET BUDGETAIRE..... | 11 |
| 2.1 La fiabilité des comptes | 11 |
| 2.1.1 RATTACHEMENT DES CHARGES A PAYER : RATTACHEMENT DE LA PRIME DE SERVICE I | 11 |
| 2.2 Provision pour créances irrécouvrables..... | 11 |
| 2.3 L'analyse financière..... | 12 |
| 2.3.1 LES SOLDES INTERMEDIAIRES DE GESTION | 12 |
| 2.3.1.1 La valeur ajoutée | 12 |
| 2.3.1.2 L'excédent brut d'exploitation : incidence des charges de personnel..... | 13 |
| 2.3.1.3 La marge brute..... | 14 |
| 2.3.1.4 Le résultat courant | 14 |
| 2.3.1.5 Le résultat exceptionnel..... | 15 |
| 2.3.1.6 Le résultat net | 15 |
| 2.3.1.7 La capacité d'autofinancement..... | 16 |
| 2.3.2 L'ANALYSE DE L'AUTOFINANCEMENT A PARTIR DES RATIOS DE MARGE BRUTE ET D'AUTOFINANCEMENT | 16 |
| 2.3.3 LE FINANCEMENT DES INVESTISSEMENTS A TRAVERS LE TABLEAU DE FINANCEMENT I | 18 |
| 2.3.3.1 Les emplois..... | 18 |
| 2.3.3.2 Les ressources..... | 18 |
| 2.3.4 LA STRUCTURE BILANCIELLE AU TRAVERS DE L'ETUDE DU BILAN FONCTIONNEL... | 19 |
| 2.3.4.1 Etude du Fonds de Roulement..... | 19 |
| 2.3.4.2 Le Besoin en Fonds de Roulement..... | 20 |
| 3 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION : LE COMPTE RENDU DES SEANCES | 22 |
| 3.1 Les documents produits ne correspondent pas à la définition du procès-verbal ou du compte rendu | 22 |
| 3.2 Un registre des délibérations dont la tenue n'est pas exempte de défaut | 22 |
| 3.3 L'approbation et la signature des procès-verbaux | 22 |
| 3.4 La mise en œuvre d'une nouvelle procédure de « gestion » du travail des instances. | 23 |
| 4 LA CESSION DU LEGS BARNEOUD..... | 23 |

| | | |
|------------|---|-----------|
| 4.1 | Bref historique..... | 23 |
| 4.1.1 | UN NOUVEL AVIS DES DOMAINES LE 27 JANVIER 1998 | 24 |
| 4.1.2 | UNE NOUVELLE CONFIGURATION : L'OBLIGATION DE CONSERVATION DU PAVILLON « CLOTIS » | 24 |
| 4.1.3 | L'ORGANISATION DE LA MISE EN CONCURRENCE..... | 24 |
| 4.1.3.1 | Le cahier des charges..... | 24 |
| 4.1.3.2 | Le règlement de consultation..... | 25 |
| 4.1.4 | LA DECISION DE CESSION : DEUX DELIBERATIONS DU CA | 25 |
| 4.1.5 | LA CESSION | 26 |
| 4.1.5.1 | La promesse de vente signée le 5 janvier 2001 | 26 |
| 4.1.5.2 | La signature de l'acte définitif..... | 26 |
| 5 | LES RELATIONS DU CENTRE HOSPITALIER AVEC LE GROUPEMENT D'INTERET ECONOMIQUE ET L'EXPLOITATION DE L'IRM | 27 |
| 5.1 | Les statuts et le règlement intérieur | 27 |
| 5.1.1 | L'OBJET DU GROUPEMENT | 28 |
| 5.1.2 | LE CAPITAL | 28 |
| 5.1.3 | LES ASSEMBLEES | 29 |
| 5.1.4 | LES PARTICIPATIONS SOUS FORME DE MISE A DISPOSITION GRATUITE | 29 |
| 5.2 | l'implication de l'hôpital dans les investissements immobiliers du groupement | 29 |
| 5.2.1 | LA DELIBERATION DU CONSEIL D'ADMINISTRATION DU 6 MAI 2004 | 30 |
| 5.2.2 | LA CESSION DU TERRAIN AU GIE : LA CONCLUSION D'UN BAIL EMPHYTEOTIQUE... 30 | |
| 5.2.2.1 | Les principales dispositions du bail..... | 30 |
| 5.2.2.2 | Le loyer pour l'occupation du domaine public : un montant symbolique..... | 31 |
| 5.2.3 | LA CONSTRUCTION DES LOCAUX | 31 |
| 5.2.3.1 | L'autorisation de construire..... | 31 |
| 5.2.3.2 | Le financement de la construction des locaux..... | 32 |
| 5.3 | La location consentie l'établissement par le GIE pour les locaux des urgences | 33 |
| 5.3.1 | LES DISPOSITIONS DU BAIL ET DE SON AVENANT | 33 |
| 5.3.2 | LES MODALITES DE DETERMINATION DU LOYER DU PAR LE CENTRE HOSPITALIER.. | 34 |
| 5.4 | L'exploitation de l'IRM : une inégalité des parties | 35 |
| 5.4.1 | L'EXPLOITATION DE L'IRM..... | 35 |
| 5.4.2 | LES ARRETS « MACHINE » | 35 |
| 5.5 | L'activité de l'IRM..... | 36 |
| 5.5.1 | LE CENTRE HOSPITALIER MET SES MOYENS A DISPOSITION DU GIE | 36 |
| 5.5.2 | L'HOPITAL EXECUTE DES PRESTATIONS POUR LE COMPTE DU GIE | 37 |
| 5.5.3 | LE SCHEMA FINANCIER PREVU PAR LES DOCUMENTS CONSTITUTIFS DU GIE | 40 |
| 5.5.3.1 | Des factures non conformes | 40 |
| 5.5.3.2 | Des rubriques aux contenus injustifiés | 41 |
| 5.5.3.3 | Les charges à répartir: le centre hospitalier assume des charges indues | 41 |
| 5.5.3.4 | Les recettes : le centre hospitalier n'est pas en capacité de vérifier les recettes qui lui sont allouées | 42 |
| 5.5.3.5 | Un litige avec la CPAM | 42 |
| 5.5.4 | UN RESULTAT NET NUL..... | 44 |

Synthèse

Durant la période 2002-2006, la capacité de l'établissement (208 lits en hospitalisation) a augmenté de 11 lits, ce qui a entraîné un accroissement du nombre de journées en médecine. On note une stagnation du nombre de journées en chirurgie avec une légère augmentation du nombre d'entrées.

L'accroissement de l'offre en hospitalisation incomplète ne s'est pas traduit par une augmentation du nombre de journées réalisées. Le centre hospitalier n'a pas su mettre en place un véritable service d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires. Le secteur des personnes âgées enregistre une baisse d'activité qui n'est pas sans conséquence sur la situation financière globale de l'établissement.

Diverses améliorations comptables seraient de nature à **rendre les comptes plus fiables**, comme le rattachement à l'exercice concerné de la prime de service, un meilleur provisionnement des créances irrécouvrables, une justification plus précise des provisions pour charges à répartir.

L'analyse financière montre que les achats et charges externes progressent plus rapidement que les produits bruts d'exploitation, même si l'établissement parvient à dégager une valeur ajoutée en progression. Toutefois ce résultat n'est obtenu qu'au prix du versement par l'ARH de crédits complémentaires en fin d'année. L'excédent est absorbé pour l'essentiel par les charges de personnel en augmentation de 20 % entre 2002 et 2006. La progression des dépenses de personnels médicaux est nettement supérieure à la moyenne.

La marge brute connaît une évolution irrégulière, insuffisante pour couvrir les charges inhérentes aux intérêts de la dette et aux amortissements.

Le résultat courant qui prend en compte notamment les dotations aux amortissements et provisions, les charges financières ainsi que les pertes sur créances irrécouvrables est constamment négatif. Aucune dotation aux provisions n'a été effectuée en 2006. En particulier, l'établissement ne provisionne pas les créances irrécouvrables alors que chaque année il en admet en non valeur pour un montant non négligeable. Il est vrai que si les créances dont les chances de recouvrement sont compromises étaient provisionnées, la situation financière de l'établissement s'en trouverait un peu plus dégradée.

Les charges exceptionnelles, principalement des reports, se sont accrues. Cependant le ratio mesurant le taux de charges sur exercices antérieurs reste à un niveau modeste (0,3 % en 2006 nul en 2005).

Le résultat net est déficitaire pendant tous les exercices sous revue. Jusqu'en 2005 le résultat des budgets annexes contribuait à l'amélioration du résultat global ou, du moins, ne l'affectait pas de façon sensible. Ce n'est plus le cas en 2006 car le résultat de la maison de retraite est en forte dégradation. La capacité d'autofinancement, comme la marge brute, sont sensiblement inférieures à la médiane des établissements de cette catégorie. L'hôpital dispose donc de peu de marge de manœuvre pour financer ses investissements éventuels. Ceux-ci sont en décroissance à compter de 2003, l'essentiel des investissements étant consacré à l'acquisition d'installations techniques, matériels et outillages.

L'emprunt est la composante essentielle des ressources, puisque sa part moyenne dans les investissements est de 40 % et peut aller jusqu'à assurer le financement de 60 % des investissements. Lorsqu'il ne peut plus faire appel à l'endettement, l'établissement est amené à entamer son fonds de roulement, faute de dégager une capacité d'autofinancement suffisante.

A partir de 2004 l'accumulation des résultats déficitaires conduit à un fonds de roulement négatif traduisant l'épuisement des marges de l'établissement. Le taux de renouvellement des immobilisations baisse régulièrement pour devenir très inférieur à la médiane, même si le taux de vétusté reste stable.

La part de l'emprunt dans les ressources stables est excessive (46 % pour une médiane des établissements de cette catégorie se situant à 35 %) alors même que l'établissement n'est pas dans une phase de reconstruction supposant un endettement supplémentaire.

Conséquence de retards de règlement aux fournisseurs, l'établissement dispose d'un excédent de financement d'exploitation, associée à un fonds de roulement négatif, situation atypique pour un hôpital. Le montant total des créances double sur la période analysée et concerne essentiellement des titres restant à recouvrer à l'encontre des caisses de sécurité sociale et des patients, en raison d'une facturation trop tardive et de la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Un indiscutable effort a cependant été accompli pour un meilleur recouvrement des créances. Les mandats pris en charge et non payés au 31 décembre croissent à compter de l'année 2003, notamment les dettes « fournisseurs », fiscales et sociales. Cette situation reflète les difficultés rencontrées par l'établissement depuis plusieurs années. La trésorerie insuffisante ne permet pas de procéder au règlement de l'ensemble des dettes exigibles.

Dès 1992, le centre hospitalier, a décidé de céder un élément de son patrimoine dit **legs Barnéoud**. Toutefois, la cession ne sera effective qu'en 2002 après une procédure fort longue et à des conditions peu favorables pour l'établissement.

Après deux tentatives de cession amiable (dont une en 1994 qui a fait l'objet d'une promesse de vente au prix de 10 MF) et l'échec d'un premier appel d'offres, le centre hospitalier n'est pas parvenu à céder son patrimoine. Il a donc poursuivi sa recherche d'un acquéreur par appel d'offres.

La vente se fera finalement au prix de 1 304 964,00 euros (soit 8,56 MF). Dix années se sont écoulées sans que les bases des estimations soient revues. Les critères pris en compte pour départager les offres ressortent non pas tant du prix offert que de considérations urbanistiques et architecturales, liées aux prescriptions de l'architecte des Bâtiments de France. En dépit des aléas du marché de l'immobilier il n'apparaît donc pas que l'établissement ait valorisé au maximum la cession de cet élément de son patrimoine.

Le centre hospitalier général d'Hyères est depuis 2002 membre à 50 % d'un **groupement d'intérêt économique (GIE)** qui exploite un appareil de remnographie IRM en partenariat avec des praticiens privés. L'hôpital a singulièrement manqué de vigilance dans ces relations avec ce GIE. Il a accepté des dispositions statutaires inutilement complexes. Il a consenti à des mises à disposition de moyens matériels et humains dans des conditions confuses, parfois irrégulières. Il ne disposait d'aucun élément sur la gestion de cette structure, acceptant de payer des factures sans justificatifs suffisants.

L'hôpital a en outre demandé au GIE, dans le cadre d'un bail emphytéotique, de construire un bâtiment destiné aux urgences, ensuite loué au centre hospitalier par le biais d'un bail professionnel, toutes opérations fortes éloignées de l'objet social du groupement. Le GIE a contracté un emprunt dont la durée excède celle de l'autorisation d'exploitation de l'IRM. En outre la construction des locaux d'urgences destinés exclusivement au service public hospitalier faisait du GIE le mandataire de l'hôpital, en conséquence de quoi la construction aurait dû être subordonnée à une procédure de publicité et de mise en concurrence, qui n'a pas été mise en œuvre.

Le centre hospitalier n'a pu produire de plan de financement retraçant le coût global de cet équipement.

Alors que les membres du GIE se partagent le capital à parité, l'exploitation se fait au détriment de la partie publique proprement dite, notamment parce que les arrêts nécessaires à la maintenance de l'IRM se produisent le plus souvent sur la plage d'utilisation réservée à l'hôpital.

S'agissant de l'utilisation de l'IRM par l'établissement, l'activité libérale des praticiens hospitaliers excède l'activité publique.

Le cadre contractuel et les modalités de facturation qui accompagnent l'exécution par l'hôpital des prestations pour le compte du GIE sont peu claires.

Le règlement intérieur du GIE fixe la clé de répartition des charges entre chacun des membres, en retenant, selon le cas, le critère de la consommation réelle ou celui du temps d'utilisation de la machine. La facturation mise en place dans ce cadre est peu satisfaisante, tant sur la forme que sur les modalités et les justifications de la liquidation. Le centre hospitalier assume des charges à répartir au-delà de ses obligations contractuelles.

Par ailleurs, le centre hospitalier rembourse deux fois les intérêts des emprunts du GIE, d'abord par le biais du loyer acquitté pour les urgences, ensuite dans le cadre de la répartition des charges, dans la mesure où ils sont imputés en totalité dans les comptes. A l'inverse les recettes issues de la location du bâtiment des urgences édifié par le GIE pour le compte du centre hospitalier viennent en déduction des charges de l'ensemble des participants.

L'essentiel des recettes portées sur les états de répartition du GIE est constitué de forfaits techniques. La comparaison entre les forfaits techniques alloués par le GIE au centre hospitalier et ceux portés sur les relevés mensuels fournis par la direction de l'établissement révèle des discordances non expliquées, faute de moyens de contrôle interne.

Mais, au delà de la vérification strictement comptable des données, s'est posée la question de la perception même des forfaits techniques. En effet, selon la caisse primaire d'assurance maladie, les forfaits techniques liés aux examens réalisés par les praticiens hospitaliers, en ambulatoire ou sur des patients hospitalisés, doivent être intégrés dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement, y compris lorsque le praticien agit dans le cadre de son secteur privé.

Ces dispositions semblent avoir été méconnues. Après avoir effectué des recherches internes, l'assurance maladie a constaté que des remboursements avaient été opérés au profit du GIE pour des actes relevant du secteur libéral des praticiens hospitaliers. La CPAM a cependant suspendu son action en répétition de l'indu, l'hôpital lui ayant valoir que ces forfaits techniques n'avaient à aucun moment fait l'objet d'une valorisation dans leur dotation.

1 L'ACTIVITE

Durant la période 2002-2006, la capacité de l'établissement a peu varié. Les mouvements observés concernent le secteur de la médecine et celui de l'hospitalisation de jour et se traduisent par une augmentation globale de 11 lits ce qui fait passer le nombre total de lits de 397 à 408 dont 208 en MCO, 5 en hospitalisation incomplète et 195 en soins de longue durée et long séjour. Cependant, la notion de nombre de lits n'a plus qu'un intérêt marginal, les établissements ayant désormais des autorisations d'activité.

1.1 L'ACTIVITE EN HOSPITALISATION COMPLETE

Les sources sont issues de la statistique annuelle des établissements de santé (SAE)

L'évolution du nombre de journées

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Médecine | 42 070 | 41 557 | 43 796 |
| Chirurgie | 20 400 | 18 726 | 19 033 |
| Gynécologie-Obstétrique | 5 691 | 9 435 | 6 147 |
| total MCO | 68 161 | 69 718 | 75 920 |
| Hospitalisation incomplète | 2 818 | 2 704 | 2 532 |
| Total hospitalisation | 70 979 | 72 422 | 78 452 |
| Long séjour | 48 519 | 47 856 | 49 275 |
| Maison de retraite (MDR) | 18 833 | 20 111 | 20 224 |
| Total personnes âgées | 67 352 | 67 967 | 69 499 |

L'évolution des entrées

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Médecine | 7321 | 6 463 | 9 672 |
| Chirurgie | 3377 | 3 066 | 3 507 |
| Gynécologie-Obstétrique | 1 328 | 2 543 | 1 425 |
| total MCO | 10 336 | 12 072 | 14 604 |
| Hospitalisation incomplète | 4 312 | 5 073 | 3 568 |
| Total hospitalisation | 14 648 | 17 145 | 18 172 |
| Long séjour | 52 | 70 | 59 |
| MDR | 17 | 25 | 30 |
| Total personnes âgées | 69 | 95 | 89 |

SAE

L'activité du centre hospitalier d'Hyères en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) est caractéristique des établissements de sa catégorie :

- Augmentation légère du nombre de journées en médecine, liée à l'augmentation du nombre de lits. Au rapport d'activité les entrées totales en médecine sont de 5 715 en 2006.
- Stagnation du nombre de journées en chirurgie avec une légère augmentation du nombre d'entrées.
- S'agissant de l'obstétrique, la chambre s'étonne de l'augmentation très importante du nombre d'entrées et du nombre de journées en 2005 car le nombre d'accouchements varie peu :

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------|-------------|-------------|-------------|
| accouchements | 1141 | 1188 | 1215 |

Par ailleurs il y a, pour cette même année 2005, des incohérences entre le rapport d'activité et la SAE

| journées | 2005 | 2006 |
|--------------------|-------------|-------------|
| SAE | 9435 | 6147 |
| Rapport d'activité | 6666 | 6147 |

L'évolution de la durée moyenne de séjour

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Médecine | 5,48 | 7,03 | 6,82 |
| Chirurgie | 6,04 | 5,65 | 5,43 |
| Gynécologie-Obstétrique | 4,29 | 4,84 | 4,31 |
| total MCO | 5,27 | 5,84 | 5,52 |

Taux d'occupation (en %)

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Médecine | 93,00 | 90,42 | 80,20 | 84,07 | 80,64 |
| Chirurgie | 91,15 | 88,74 | 87,09 | 84,67 | 81,48 |
| Gynécologie-Obstétrique | 89,68 | 98,01 | 86,38 | 101,46 | 93,56 |
| MCO | | | | | |
| Long séjour | 97,89 | 97,08 | 98,20 | 97,12 | 98,06 |
| MDR | 96,01 | 91,70 | 86,00 | 91,83 | 92,35 |

Sur le fondement de la SAE, le calcul des durées moyennes de séjour (nombre de journées réalisées sur le nombre d'entrées totales) et des taux d'occupation (nombre de journées réalisées sur nombre de journées exploitables) font apparaître des résultats assez différents de ceux du rapport d'activité sans explications particulières :

| Taux d'occupation | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Médecine | 98,2 | 94,3 | 96,0 |
| Chirurgie | 87,1 | 80,2 | 81,5 |
| Gynécologie-Obstétrique | 55,5 | 136,0 | 88,6 |
| total MCO | 89,1 | 93,8 | 90,9 |

| Duré moyenne de séjour (DMS) | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Médecine | 5.7 | 6.4 | 4.5 |
| Chirurgie | 6 | 6.1 | 5.4 |
| Gynécologie-Obstétrique | 4.3 | 3.7 | 4.3 |
| total MCO | 5.7 | 5.8 | 4.7 |

1.2 L'HOSPITALISATION INCOMPLETE

Alors que ce secteur a vu en 2005 sa capacité portée de 3 à 5 lits, cet accroissement de l'offre ne s'est pas traduit par une augmentation du nombre de journées réalisées. En 2006, on constate pour la deuxième année consécutive un repli du nombre des journées réalisées (2532) qui s'inscrit nettement en deçà du pic atteint en 2004 (2818). Comme nombre d'établissements publics de santé, le centre hospitalier d'Hyères n'a pas su mettre en place un véritable service d'anesthésie et de chirurgie ambulatoires qui permettrait pourtant des actions de réorganisation, source d'utilisation plus efficiente des moyens.

1.3 LE SECTEUR DES PERSONNES AGEES

Durant les cinq dernières années, le secteur des personnes âgées, dont la capacité n'a pas été modifiée, évolue peu. La maison de retraite elle-même enregistre une baisse d'activité dont on verra plus loin qu'elle n'est pas sans conséquence sur la situation financière globale de l'établissement. Le déficit d'exploitation enregistré en 2006 sur ce secteur obère la situation globale de l'établissement.

1.4 UNE ACTIVITE STAGNANTE AU REGARD DU « CASE MIX »

Le « case mix » retrace la distribution des pathologies au sein d'un établissement de santé. Son analyse révèle que la chirurgie au centre hospitalier d'Hyères, et constituée essentiellement d'interventions d'orthopédie sur des personnes âgées, qui répondent, selon l'ordonnateur, au besoin de la population du bassin de vie hyérois ou encore d'interventions de chirurgie digestive de complexité moyenne ce qui correspond à l'objectif de l'établissement qui entend ne pas dépasser ses capacités tout en répondant à une demande de proximité. La plus large part est faite sur des séjours de moins de 24 heures ou de la chirurgie générale qui apparaît aujourd'hui en déclin dans les centres hospitaliers de taille moyenne.

Pour ce qui concerne l'obstétrique, en 2007, on compte 1203 accouchements dont 231 césariennes et 35 avec complications majeures. Les DMS sont plus courtes que celles de l'ENC¹ ou les moyennes nationales. L'ordonnateur estime que le maintien du service obstétrique au niveau actuel devrait permettre de satisfaire un besoin de proximité tout en dégageant un excédant qui pourrait, selon lui, accélérer le processus de retour à l'équilibre.

¹ échelle nationale des coûts

En revanche la maternité d'Hyères est une maternité de niveau 1 accueillant les accouchements sans complication et n'abritant pas de service de néonatalogie. Or le centre hospitalier d'Hyères dépasse manifestement ses possibilités :

Sans que la compétence des praticiens soit en cause et sans méconnaître les difficultés dont fait état le directeur pour orienter certaines parturientes en urgence vers des sites de catégorie plus élevée du fait du manque de place, le centre hospitalier d'Hyères n'a pas vocation à garder des enfants avec problèmes majeurs ou prématurés. Il ne dispose ni des moyens humains ni des moyens techniques, ni des locaux adéquats. En accueillant ce type d'enfants le centre hospitalier court un risque médico légal ».

2 LA FIABILITE DES COMPTES, L'ANALYSE FINANCIERE ET BUDGETAIRE

2.1 LA FIABILITE DES COMPTES

L'examen des comptes du centre hospitalier d'Hyères appelle les observations suivantes :

2.1.1 Rattachement des charges à payer : rattachement de la prime de service

Le respect de l'indépendance des exercices implique que soient conduites, à la fin de chaque exercice, des opérations de régularisation permettant notamment le rattachement des charges, afin que toutes les dépenses d'exploitation soient rattachées à l'exercice budgétaire au cours duquel elles ont été engagées dès lors qu'elles correspondent à un service fait avant le 31 décembre dudit exercice. Le non rattachement de cette charge à l'exercice par l'établissement constitue en effet une anomalie qui majore indûment le résultat comptable.

Or il a été constaté que le compte 4281 « *prime de service à répartir* » n'était pas utilisé.

Le comptable a indiqué à ce sujet que le centre hospitalier d'Hyères procède au versement d'un acompte sur prime de service en novembre et au paiement du solde en février. Le montant correspondant au solde à verser l'année suivante ne fait pas l'objet d'un rattachement à l'exercice.

2.2 PROVISION POUR CREANCES IRRECOUVRABLES

Des créances irrécouvrables sont régulièrement admises en non valeur par le conseil d'administration (CA). Toutefois ses difficultés financières ne lui ayant pas permis de les provisionner, l'établissement ajuste au fil de l'eau les dotations du compte au volume des créances admises en non valeur par le CA. Il s'expose ce faisant au risque d'être limité dans le traitement budgétaire et comptable des créances irrécouvrables.

Par ailleurs l'établissement n'a pas apporté les explications souhaitables sur l'objet de la provision constituée pour charges à répartir (compte 157 dont le solde était de 1 358 040 € fin 2005), ni la justification des reprises opérées.

2.3 L'ANALYSE FINANCIERE

L'analyse financière de la chambre se fonde sur les données IDAHO² produites par le Trésor public.

2.3.1 Les soldes intermédiaires de gestion

2.3.1.1 LA VALEUR AJOUTEE

| Soldes (K€) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Produits bruts d'exploitation | 44 116 | 46 148 | 51 022 | 52 666 | 54 698 |
| - Consommations intermédiaires | 11 064 | 11 612 | 12 706 | 13 505 | 13 586 |
| Valeur ajoutée | 33 052 | 34 535 | 38 316 | 39 161 | 41 112 |

Source IDAHO - SIG Toutes activités confondues

Le solde « valeur ajoutée » n'a d'autre objet que de mettre en parallèle les évolutions des produits bruts et des consommations intermédiaires (charges).

Durant les années 2002 à 2006 les achats et charges externes progressent plus rapidement que les produits bruts d'exploitation. (26 % pour les premiers ; 24 % pour les seconds). Cette distorsion permet néanmoins à l'établissement de dégager une valeur ajoutée, elle aussi en progression de 24 %.

Toutefois ce résultat n'est obtenu qu'au prix du versement par l'ARH en fin d'année de crédits complémentaires sous l'appellation « valorisation liées à la tension budgétaire » dont les montants sont récapitulés ci-dessous :

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------------------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| réduction tension budgétaire | 959 892 | 1 631 955 | 3 214 911 | 2 690 566 | 1 800 000 |

Source rapports d'activité et comptable

Sans cet apport il y aurait donc une distorsion entre le rythme de progression des charges et celui des produits.

L'excédent est absorbé pour l'essentiel par les charges de personnel qui progressent de 19 % durant la période analysée. Sauf en 2006, la valeur ajoutée produite par l'établissement ne suffit pas à couvrir les charges de personnel, ainsi que le montre le tableau ci-dessous.

| K€ | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Valeur ajoutée | 33 052 | 34 535 | 38 316 | 39 161 | 41 112 |
| Charges de personnel | 33 525 | 35 779 | 38 606 | 40 490 | 39 785 |
| Évolution personnel | | 7% | 8% | 5% | -2% |
| perso /VA | 101% | 104% | 101% | 103% | 97% |

Source IDAHO - SIG Toutes activités confondues

² Instrument D'Analyse HOspitalière

2.3.1.2 L'EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION : INCIDENCE DES CHARGES DE PERSONNEL

L'excédent brut d'exploitation (EBE) est égal à la production moins les consommations intermédiaires et les charges générées par l'activité (charges de personnel...).

| Soldes (K €) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------------------|-----------|--------------|-------------|----------------|--------------|
| Valeur ajoutée | 33 052 | 34 535 | 38 316 | 39 161 | 41 112 |
| + Subventions d'exploitation | 587 | 655 | 261 | 205 | 110 |
| - Impôts et taxes | 39 | 41 | 42 | 43 | 52 |
| - Charges de personnel | 33 525 | 35 779 | 38 606 | 40 490 | 39 785 |
| EBE | 75 | - 631 | - 70 | - 1 168 | 1 385 |

Source IDAHO - SIG Toutes activités confondues

L'EBE n'est positif en 2006 qu'en raison de l'apport de crédits exceptionnels de l'ARH déjà évoqué. Désormais, la réforme de la tarification exclut en principe l'octroi de ce type d'aide. Le tableau ci-dessous défalque les crédits exceptionnels accordés et permet de mesurer les difficultés réelles du centre hospitalier d'Hyères.

| Soldes (K €) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--------------|----------|-----------|-----------|-----------|----------|
| EBE | 75,00 | -631,00 | -70,00 | -1 168,00 | 1 385,00 |
| | 1 000,00 | 1 631,00 | 3 214,00 | 2 690,00 | 1 800,00 |
| EBE rectifié | -925,00 | -2 262,00 | -3 284,00 | -3 858,00 | -415,00 |

L'évolution particulière des charges de personnel du budget principal.

Le tableau ci-dessous récapitule l'évolution globale des dépenses de personnel du budget principal :

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Var 06/02 |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| 621 personnels extérieurs à l'établissement | 26 085 | 11 680 | 8 527 | 59 605 | 82 948 | 218 % |
| 641 rémunération personnel non médical | 15 891 816 | 16 830 591 | 17 749 591 | 18 696 451 | 17 668 229 | 11 % |
| 642 rémunération personnel médical | 4 581 679 | 4 937 678 | 5 540 457 | 5 887 558 | 6 077 039 | 33 % |
| total groupe 1 | 29 856 232 | 31 835 402 | 34 837 755 | 36 405 348 | 35 878 381 | 20 % |

Source comptes de gestion

L'évolution des charges inhérentes aux personnels non médicaux est quant à elle beaucoup plus modeste (+13 %), inférieure à celle constatée pour les dépenses du groupe I (+ 20 %).

La progression des dépenses de personnels médicaux largement au-delà de la moyenne mérite à ce titre une étude plus détaillée.

Les dépenses de personnel médical

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 | Var 06/02 |
|---|------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------|
| 6421 Praticiens temps plein | 2 491 019 | 2 665 409 | 2 914 508 | 3 201 352 | 3 340 315 | 34% |
| 6422 Praticiens temps partiel | 690 526 | 747 303 | 656 860 | 654 763 | 717 431 | 31% |
| 6423 Attachés | 160 295 | 176 203 | 219 487 | 221 378 | 210 370 | 31% |
| 6424 Internes et étudiants en médecine | 107 279 | 107 742 | 177 659 | 189 761 | 113 533 | 6% |
| Sous Total | 3 449 118 | 3 696 657 | 3 968 514 | 4 267 255 | 4 381 64 | 27% |
| 6425 Gardes & astreintes | 1 132 561 | 1 241 021 | 1 571 943 | 1 620 303 | 1 611 032 | 42% |
| 6428 Autres rémunérations | | | | | | |
| Total 642 | 4 581 679 | 4 937 678 | 5 540 457 | 5 887 558 | 6 077 039 | 33% |

Source : comptes de gestion

L'ensemble des rémunérations des personnels médicaux a augmenté. Cette variation est pour l'essentiel à l'origine de la progression des dépenses globales de personnel et de la dégradation de la marge dégagée par l'établissement. Les augmentations de traitements et des indemnisations pour gardes et astreintes qu'ont connues les hôpitaux expliquent cette hausse importante.

2.3.1.3 LA MARGE BRUTE

La marge brute représente l'excédent d'exploitation, qui doit couvrir les frais financiers et les amortissements.

| Soldes (K€) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| EBE | 75 | - 631 | - 70 | - 1 168 | 1 385 |
| + Autres produits de gestion courante | 2 003 | 1 737 | 2 309 | 2 635 | 872 |
| - Autres charges de gestion courante | 344 | 515 | 481 | 1 002 | 162 |
| Marge brute | 1 733 | 591 | 1 758 | 465 | 2 094 |

Source IDAHO - SIG Budget général -SIG Toutes activités confondues

La marge brute connaît une évolution irrégulière. Son niveau dépend certes de celui de l'excédent brut de fonctionnement, mais surtout du niveau des « autres produits de gestion » essentiellement constitués des remboursements de frais au profit du budget principal.

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Amortissements, provisions | 118,10 % | 448,60 % | 101,60 % |
| Frais financiers c/66 | 221,50 % | 142,50 % | 30,50 % |
| Poids charges/Marge brute | 339,60 % | 591,10 % | 132,10 % |

Sur les trois exercices, la marge brute est insuffisante pour couvrir les charges inhérentes aux intérêts de la dette et aux amortissements.

2.3.1.4 LE RESULTAT COURANT

Le résultat courant prend en compte notamment les dotations aux amortissements et provisions, les charges financières ainsi que les pertes sur créances irrécouvrables.

| (K €) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|----------------|----------------|---------------|---------------|--------------|
| + Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation | 269 | 235 | 292 | 315 | 0 |
| - Dotations aux amortissements | 1 989 | 1 728 | 2 077 | 2 657 | 2 127 |
| - Dotations aux provisions et dépréciations | 124 | 55 | 421 | 217 | 0 |
| résultat d'exploitation | - 111 | - 957 | - 448 | -2 094 | - 32 |
| + Produits financiers | 0 | 0 | 2 857 | 0 | 0 |
| - Charges financières | 1 060 | 1 126 | 3 895 | 663 | 1 211 |
| résultat courant | - 1 171 | - 2 084 | -1 485 | -2 757 | - 243 |

Source IDAHO - SIG Toutes activités confondues

Aucune dotation aux provisions n'a été effectuée en 2006. Il est vrai que si les créances dont les chances de recouvrement sont compromises étaient provisionnées comme elles devraient l'être, la situation financière affichée s'en trouverait un peu plus dégradée.

2.3.1.5 LE RESULTAT EXCEPTIONNEL

| Soldes (K€) | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------------------|--------------|-----------|-------------|------------|------------|
| + Produits exceptionnels | 1 700 | 657 | 565 | 1 071 | 1 108 |
| - Charges exceptionnelles | 248 | 626 | 612 | 146 | 431 |
| résultat exceptionnel | 1 452 | 31 | - 47 | 925 | 678 |

Source IDAHO - SIG Toutes activités confondues

Les produits exceptionnels concernent principalement les titres réémis et les produits sur exercices antérieurs. Ce type de produit est appelé à disparaître avec la réforme du financement hospitalier. Enfin le résultat 2005 a été sensiblement amélioré par un montant d'environ 500 K€ perçu au titre des différences sur charges à payer et par l'encaissement d'une somme de 563 350 euros provenant d'une donation.

Les charges exceptionnelles se sont accrues. Il s'agit principalement de reports de charges détaillés ci-dessous. Toutefois le ratio mesurant le taux de charges sur exercices antérieurs reste à un niveau modeste. (0,3 % en 2006 nul en 2005).

2.3.1.6 LE RESULTAT NET

Le résultat net est déficitaire pour tous les exercices.

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|---------|---------|---------|---------|-------|
| RESULTAT NET (budget principal) | - 1 029 | - 1 984 | - 1 535 | - 1 952 | - 463 |
| RESULTAT NET (Consolidé) | 281 | - 2 052 | - 1 532 | - 1 832 | - 565 |

Source IDAHO - SIG Toutes activités confondues

Résultats exploitation en euros

| | | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------|----------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| BP | | -1 028 609 | -1 984 263 | -1 534 991 | -1 951 581 | - 462 693,84 |
| DNA | A | 11 546 | 11 844 | 866 | 10 986 | 9 444,83 |
| SLD | B | -2 037 | -27 303 | 21 353 | 83 526 | 1 626,29 |
| MDR | J | 1 300 281 | -52 748 | -19 452 | 25 264 | - 113 874,90 |
| | | 281 182 | -2 052 470 | -1 532 224 | -1 831 804 | - 565 497,62 |

Source : comptes de gestion

Jusqu'en 2005 les résultats des budgets annexes contribuaient à l'amélioration du résultat global ou ne les dégradait pas de façon sensible. Ce n'est plus le cas en 2006 car le résultat de la maison de retraite reflète une forte dégradation. Cette situation résulterait selon le comptable de la non revalorisation des tarifs pratiqués par cet établissement dans l'attente d'une transformation des budgets annexes maison de retraite et long séjour en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

2.3.1.7 LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT

| Formation de la capacité d'autofinancement | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Excédent brut d'exploitation | 75 | -631 | -70 | -1 168 | 1 385 |
| + Transferts de charges d'exploitation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| + Autres produits d'exploitation | 2 003 | 1 737 | 2 309 | 2 635 | 872 |
| -Autres charges d'exploitation | 344 | 515 | 481 | 1 002 | 162 |
| + Produits financiers (sauf reprises) | 0 | 0 | 2 857 | 0 | 0 |
| - Charges financières (sauf dotations) | 1 060 | 1 126 | 3 895 | 663 | 639 |
| + Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital) | 393 | 657 | 559 | 1 071 | 1 096 |
| - Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital) | 248 | 414 | 611 | 146 | 431 |
| CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT | 818 | -293 | 668 | 727 | 2 121 |

Source IDAHO - Capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) est constituée du résultat de l'exercice majoré des dotations aux amortissements et aux provisions et diminué des reprises. Elle représente la capacité de l'organisme à financer sur ses fonds propres le renouvellement de ses immobilisations et le remboursement des emprunts.

Son niveau dépend donc directement de celui de l'excédent brut d'exploitation. Elle s'améliore sensiblement en 2006 en raison de l'amélioration de ce ratio mais surtout grâce à l'apport constitué par le résultat exceptionnel évoqué ci-avant.

2.3.2 L'analyse de l'autofinancement à partir des ratios de marge brute et d'autofinancement

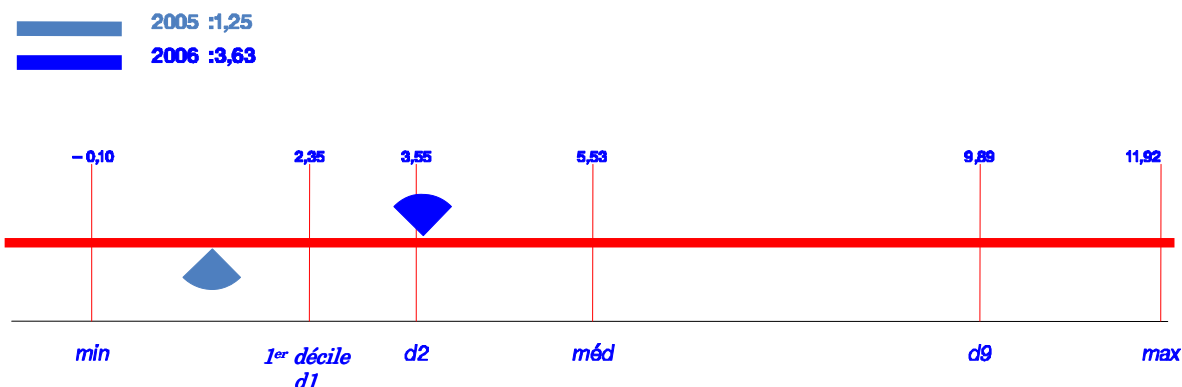
Les valeurs de ces ratios pour le centre hospitalier sont les suivantes :

| | 2004 | 2005 | 2006 |
|-------------------------|-------------|-------------|-------------|
| Taux de CAF (%) | 1,1 | 1,25 | 3,63 |
| Taux de marge brute (%) | 3,3 | 0,84 | 3,76 |

Le ratio de taux d'autofinancement mesure le poids de l'autofinancement (amortissements et provisions nets des reprises) dans les produits courants d'exploitation (comptes 70 à 75 hors 7584).

Si l'on reprend l'analyse IDAHO produite par le Trésor, on peut faire les constats suivants :

Taux de CAF
Capacité d'autofinancement rapportée aux produits réels d'exploitation

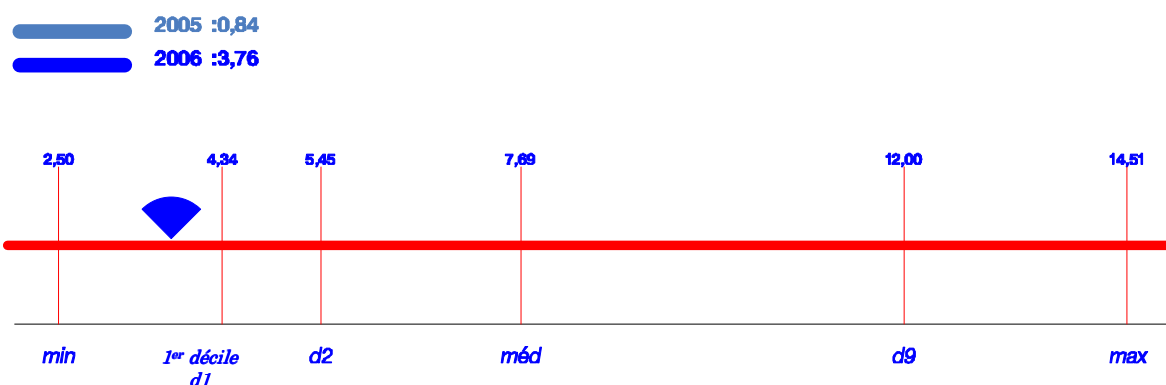


Source : Tableau de bord EPS

Même s'il s'améliore pour atteindre 3,63, le ratio demeure faible, comparé à celui des établissements de même nature qui est compris entre -0,10 et + 11,92 %, la médiane se situant à 5,53 %. L'autofinancement dégagé ne permet pas d'envisager de lourds investissements sans une réorientation (augmentation des provisions, action sur les produits).

Le ratio de marge brute permet quant à lui de mesurer la marge que dégage l'établissement sur son exploitation pour financer ses charges financières, ses amortissements et les provisions. Ce ratio connaît une évolution en dents de scie similaire à celle de la marge brute.

Taux de marge brute
Produits 70 à 75 - charges 60 à 65) rapportés aux produits des comptes 70 à 75 - 7087 des CRA H , B , E , J



Source : Tableau de bord EPS

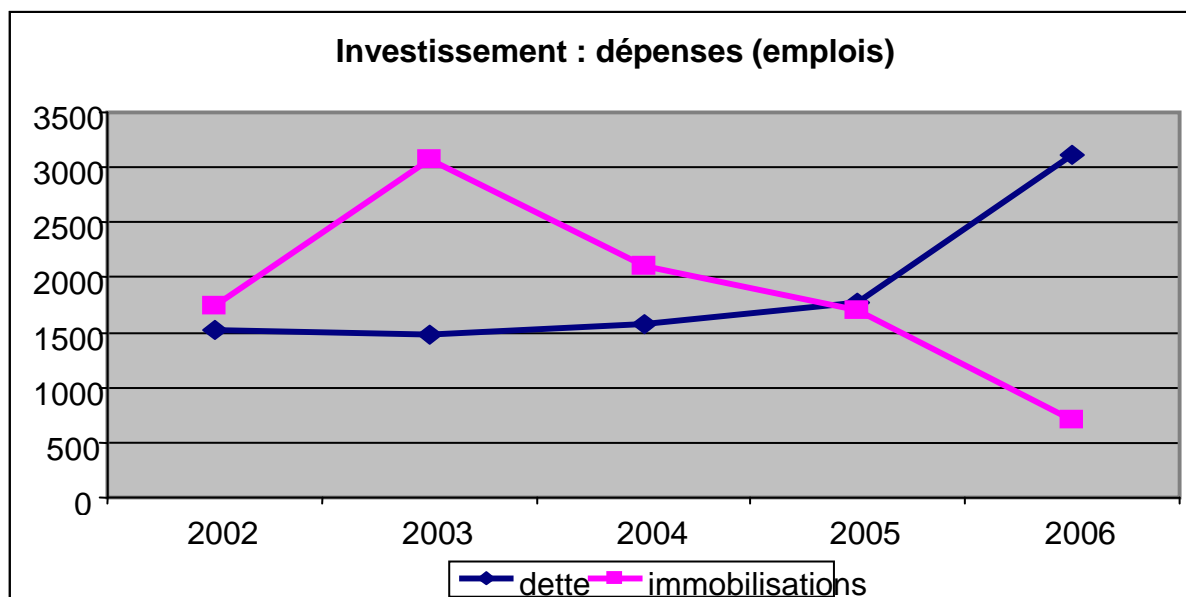
La valeur de ce ratio pour les établissements de même nature est comprise entre 2,50 et 14,51 %, la médiane étant de 7,69 %.

Le centre hospitalier d'Hyères se situe très en deçà de la médiane. Pour l'année 2006 il se situe même dans le premier décile, c'est à dire parmi les 10 % des établissements qui ont un ratio inférieur à 4,34 %.

L'hôpital dispose donc de peu de marge de manœuvre pour financer ses investissements éventuels.

2.3.3 Le financement des investissements à travers le tableau de financement

2.3.3.1 LES EMPLOIS



Le graphique ci-dessus met en perspective les deux catégories de dépenses d'investissement réalisées par le centre hospitalier d'Hyères : remboursement de dette et immobilisations.

On observe la très forte décroissance des acquisitions d'immobilisations à compter de 2003. L'essentiel des investissements de l'hôpital est consacré à l'acquisition d'installations techniques, matériels et outillages permettant ainsi le maintien en l'état de « l'outil de travail ».

En revanche à compter de 2005, l'on constate une forte augmentation des charges de remboursement de la dette qui augmentent cette année la de 75 % à la suite d'une opération de renégociation.

2.3.3.2 LES RESSOURCES

L'emprunt est la composante essentielle des ressources puisque sa part moyenne dans les investissements est de 40 % et peut assurer le financement de près de 60 % des investissements sans jamais représenter moins de 20 % des recettes.

A défaut de dégager une capacité d'autofinancement suffisante, l'établissement lorsqu'il ne peut plus faire appel à l'endettement, en a été réduit à entamer son fonds de roulement ainsi que le montre l'étude du bilan fonctionnel.

2.3.4 La structure bilancielle au travers de l'étude du bilan fonctionnel

2.3.4.1 ETUDE DU FONDS DE ROULEMENT

Le fonds de roulement mesure la marge de sécurité financière dont dispose l'établissement et permet de couvrir le décalage entre encaissement des recettes et paiement des dépenses. La situation du FDR du centre hospitalier de Hyères se présente comme suit :

| | 2 002 | 2 003 | 2 004 | 2 006 | 2 006 |
|--|-------|-------|--------|--------|--------|
| Fonds de roulement d'investissement (FRI) | 1 819 | 1 807 | 1 239 | 1 209 | 2 200 |
| Fonds de roulement d'exploitation (FRE) | 3 077 | -166 | -1 598 | -3 529 | -4 106 |
| Fonds de roulement net global (FRNG) | 4 896 | 1 641 | -359 | -2 320 | -1 905 |

Source IDAHO - bilan fonctionnel

Le tableau ci-dessus permet de constater une dégradation du FRNG devenu négatif à compter de l'année 2004, observation faite que la disparition de la section d'investissement dans les hôpitaux fait perdre de sa pertinence à la distinction traditionnelle entre fonds de roulement d'investissement et fonds de roulement d'exploitation.

Le passif est constitué à hauteur de deux tiers par les emprunts et les amortissements. Après avoir emprunté plus de 2 millions d'euros en 2004, l'établissement a engagé une réduction progressive de sa dette à compter de 2005 puisque le capital restant dû à fin 2006 retrouve un niveau sensiblement équivalent à celui des années 2002 et 2003 soit 14 700 K€.

L'actif est composé de la créance de l'article 58 dont le montant est stabilisé depuis 2003 à hauteur de 2 278 K€.

A partir de 2004, l'accumulation des résultats déficitaires conduit à un fonds de roulement négatif. Son niveau se creusera encore en 2005 et, comme il a été observé supra, l'amélioration de 2006 est conjoncturelle. Ce fonds de roulement négatif traduit l'épuisement des marges de l'établissement.

Les ratios de haut de bilan traduisent cette situation :

- *Le taux de renouvellement des immobilisations.*

Le taux de renouvellement des immobilisations qui mesure l'évolution des actifs immobilisés bruts par rapport au haut de bilan se dégrade régulièrement.

Taux de renouvellement des immobilisations (%)

| 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------|------|------|------|------|
| 3,47 | 5,82 | 4,19 | 3,4 | 1,4 |

Source : tableau de bord des EPS

Alors qu'en 2002 le ratio signifiait que l'établissement que toutes choses égales par ailleurs renouvelait ses actifs en 29 ans, il lui faudrait 71 années en 2006. Ces chiffres n'ont toutefois de sens que si on les compare à la médiane qui en 2006 ressort à 5,85 %, soit 17 ans.

L'établissement n'a pas d'opération immobilière en cours. L'augmentation de la valeur des terrains et constructions qui figure au bilan a été de 660 K€ durant les cinq années analysées.

- *Le taux de vétusté des équipements*

Le ratio de taux de vétusté des équipements rapporte le total des amortissements des comptes d'actifs d'équipements aux comptes d'actifs concernés. Il mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet d'en déduire l'âge moyen des équipements.

Taux de vétusté des équipements (%)

| 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------|-------|-------|-------|-------|
| 77,5 | 73,13 | 69,59 | 69,84 | 75,52 |

Source : tableau de bord des EPS

La valeur de ce ratio est stable. Il se situe en 2006 exactement à la valeur médiane (75.34 %). A défaut d'engager de nouvelles opérations immobilières, l'établissement poursuit ses efforts pour maintenir ses équipements en état.

- *Le ratio d'indépendance financière*

Le ratio *d'indépendance financière* qui mesure la part de l'emprunt dans les ressources stables est de 46 %. Il paraît médiocre sachant que la médiane des établissements de cette catégorie se situe à 35 % et que l'établissement n'est pas dans une phase de reconstruction supposant un endettement supplémentaire.

Le niveau de l'excédent affecté à l'investissement est faible. Son abondement annuel à compter de 2004 est très réduit en raison de l'enchaînement de résultats comptables déficitaires depuis 2003.

| PASSIF | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Excédents affectés à l'investissement | 2 978 | 4 025 | 4 054 | 4 055 | 4 066 |
| Variation | | 1 047 | 29 | 1 | 11 |

Source IDAHO - bilan fonctionnel

2.3.4.2 LE BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT

Le besoin en fonds de roulement (BFR) est égal à la différence entre l'ensemble des créances (créances restant à recouvrer -hormis la créance de l'article 58- et les stocks) et les dettes à court terme (dettes restant à payer). Sur la durée étudiée il évolue comme suit :

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|------------------------------|-------|-------|-------|--------|--------|
| III - Créances | 7 485 | 7 346 | 7 318 | 12 664 | 14 070 |
| III - Dettes | 5 667 | 7 238 | 7 867 | 15 271 | 16 686 |
| BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT | 1 817 | 108 | -549 | -2 608 | -2 616 |

Source IDAHO - bilan fonctionnel

L'établissement dispose donc d'un excédent de financement d'exploitation, associé à un fonds de roulement négatif (V2.3.4.1). Cette situation est atypique pour un établissement de santé.

- *Les créances à court terme*

Le montant total des créances enregistre un quasi doublement sur la période analysée. Cette évolution est surtout marquée en 2004 puis 2005 et concerne essentiellement des titres restant à recouvrer à l'encontre des « Hospitalisés et consultants » et « caisse de sécurité sociale » ainsi résumé dans le tableau ci-après :

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Hospitalisés et consultants | 1 310 | 1 187 | 1 169 | 4 124 | 5 001 |
| Caisses de Sécurité Sociale | 1 713 | 1 550 | 1 784 | 3 056 | 4 619 |

Source IDAHO - bilan fonctionnel

Cette évolution du montant des restes à recouvrer provient, en ce qui concerne les créances des caisses de sécurité sociale, de la mise en œuvre progressive de la tarification à l'activité qui a induit un décalage des paiements sur l'exercice suivant. Toutefois un indiscutable effort a été accompli pour un meilleur recouvrement des créances.

- *Les dettes à court terme*

| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|
| Dettes fournisseurs et comptes rattachés | 2 404 | 2 436 | 2 864 | 5 195 | 6 851 |
| Dettes fiscales et sociales | 1 314 | 1 532 | 3 113 | 3 091 | 3 087 |
| Avances reçues | 15 | 6 | 9 | 4 703 | 5 850 |

Source IDAHO - bilan fonctionnel

Les dettes à court terme, c'est-à-dire les mandats pris en charge et non payés au 31 décembre, croissent à compter de l'année 2003 en particulier les dettes « fournisseurs », les « dettes fiscales et sociales » ainsi que les « avances reçues ».

Un plan d'apurement progressif de la taxe sur les salaires a été mis en place afin de parvenir en fin d'année 2007 à l'extinction complète de la dette accumulée par l'établissement.

En conclusion

La situation reflète les difficultés rencontrées par l'établissement depuis plusieurs années. La trésorerie insuffisante ne permet pas de procéder au règlement de l'ensemble des dettes exigibles. L'établissement n'ayant pas recours au cours de la période sous revue à une ligne de trésorerie pour ne pas alourdir ses frais financiers, le paiement des dépenses s'effectue à partir de listes de priorités fixées par l'ordonnateur.

L'établissement est conduit à allonger dangereusement le délai de règlement de ses fournisseurs s'exposant à des demandes de versement d'intérêts moratoires génératrices de charges supplémentaires.

Source IDAHO - bilan fonctionnel

L'excédent de financement d'exploitation est la conséquence de retards de règlement aux fournisseurs. Il ne s'agit pas d'une stratégie mais d'une situation subie. Cette situation peut certes s'expliquer en partie par des raisons historiques évoquées par l'ancien ordonnateur : poids des emprunts contractés pour la construction du nouvel hôpital en 1988, passage à la dotation globale. Il demeure que l'hôpital souffre avant tout d'un problème d'activité.

3 LE CONSEIL D'ADMINISTRATION : LE COMPTE RENDU DES SEANCES

3.1 LES DOCUMENTS PRODUITS NE CORRESPONDENT PAS A LA DEFINITION DU PROCES-VERBAL OU DU COMPTE RENDU

Le code de la santé publique fait obligation au directeur de rédiger et d'adresser un compte rendu des séances *dans les quinze jours suivant chaque réunion du conseil d'administration.*

Les documents transmis par le Centre hospitalier ne répondent pas à ce qu'on est en droit d'attendre d'un procès verbal ou d'un compte-rendu.

Ces « procès-verbaux » se présentent comme une compilation, au demeurant incomplète, de délibérations. Il ne s'agit même pas d'un recueil de rapports préalables.

Dès lors que les membres du conseil d'administration sont soumis à une obligation de discrétion, l'absence de compte rendu de séance et la seule tenue par l'établissement d'un registre des délibérations ne sauraient être justifiées par les nécessités de la confidentialité.

3.2 UN REGISTRE DES DELIBERATIONS DONT LA TENUE N'EST PAS EXEMPTÉ DE DEFAUT

L'absence d'ordre du jour et d'inscription d'une délibération faisant le « *point sur les décisions précédemment examinées par le conseil d'administration* » ne permet pas de déterminer avec certitude les affaires soumises au conseil d'administration. En effet, le lecteur trouve en début de chaque « procès-verbal » un point où sont rappelées par ordre chronologique de conseil d'administration et par numéro les « *délibérations des séances précédentes soumises à approbation ainsi que la position de l'autorité de tutelle* ».

Les pages ne sont pas numérotées et la numérotation des délibérations n'est pas continue (utilisation des numéros « bis » ou même « ter »).

3.3 L'APPROBATION ET LA SIGNATURE DES PROCES-VERBAUX

L'adoption des « procès-verbaux » se matérialise par l'apposition sur une feuille séparée du corps du PV de la formule: « *le procès-verbal de la réunion précédente n'ayant fait l'objet d'aucune observation, est déclaré approuvé par monsieur le président* ».

En outre, de nombreux procès-verbaux ne sont pas signés et lorsqu'ils le sont, la signature est portée sur une feuille isolée du corps du procès-verbal.

3.4 LA MISE EN ŒUVRE D'UNE NOUVELLE PROCEDURE DE « GESTION » DU TRAVAIL DES INSTANCES.

Compte tenu des questions posées par la chambre et des difficultés rencontrées pour y répondre, le directeur a annoncé la mise en place d'une nouvelle procédure de gestion du travail des instances au vu de la réglementation nouvelle et dans un souci de mieux suivre et connaître l'histoire décisionnelle de la vie hospitalière, et d'améliorer la gouvernance.

La chambre prend acte de ce nouveau dispositif et insiste sur le fait que la rédaction des procès-verbaux des conseils d'administration n'est pas un exercice de pure forme mais est un instrument indispensable pour décrire les choix des administrateurs et la gestion de l'établissement.

4 LA CESSION DU LEGS BARNEOUD

4.1 BREF HISTORIQUE

L'hôpital possédait, depuis les années 30 sous forme de bail emphytéotique de la ville, puis en pleine propriété à partir de 1969, un ensemble immobilier dit « Legs Barnéoud », parcelle de configuration irrégulière d'une superficie de 30 000 ha supportant plusieurs pavillons (Barnéoud, Clotis et Jaubert). Le centre hospitalier d'Hyères, a décidé en 1992 de céder cet élément de son patrimoine. Selon l'ancien ordonnateur, l'opération s'inscrivait dans une suite d'opérations immobilières commencées en 1975 par l'achat d'un terrain pour la construction du nouvel hôpital puis le déménagement de l'ancien hôpital sur le nouvel hôpital puis le déménagement de la maison de retraite sur l'ancien hôpital rénové, libérant ainsi la propriété Barnéoud. Le Centre hospitalier ne pouvait pas se permettre de conserver trois sites dont un site de 3 hectares inoccupés. Toutefois, cette cession, ne sera effective qu'en 2002 après une fort longue procédure et à des conditions finalement peu favorables pour l'établissement.

Plusieurs obstacles se sont en effet dressés, liés aux dispositions testamentaires du légataire et à la domanialité. Mais surtout, le centre hospitalier a constamment balancé entre une négociation de gré à gré avec des opérateurs potentiels et une mise en concurrence avec les mêmes opérateurs.

Après deux tentatives de cession amiable (dont une en 1994 qui a fait l'objet d'une promesse de vente au prix de 10 MF) et l'échec d'un premier appel d'offres, le centre hospitalier n'était toujours pas parvenu à céder son patrimoine. Il a donc poursuivi sa recherche d'un acquéreur.

En 1995, un avis des Domaines a fixé la valeur de cession à 12 790 000 F (avec une marge d'appréciation de 5 % soit 12 150 KF) pour une surface hors œuvre nette (SHON) théorique à créer estimée à 11 500 m². Cette évaluation tenait compte de l'obligation de conservation du pavillon « Jaubert » (valorisé comme dans l'avis de 1992 à hauteur de 1 713 600 F) imposée par l'architecte des bâtiments de France (ABF) et devant « *servir d'articulation architecturale au projet général* ». La valeur du terrain nu et libre restait elle aussi fixée à 1 000 F le m².

Il ne sera pas donné suite à trois propositions reçues hors de toute mise en concurrence.

Durant l'année 1997 la société la SAE (devenue Eiffage) a proposé à l'établissement hospitalier un prix d'acquisition de 7 000 000 F HT pour une SHON à créer de 7 000 m² (+ 750 F HT pour tout m² SHON supplémentaire).

Cette proposition est intervenue en marge de toute mise en concurrence mais elle a précédé l'organisation sur de nouvelles bases d'un appel d'offres pour tenter de parvenir à la cession.

4.1.1 Un nouvel avis des domaines le 27 janvier 1998

Sur demande du directeur, le service des domaines a établi un nouvel avis le 27 janvier 1998.

Cet avis aboutit à une valeur vénale fixée à 10 131 500 F. Il est établi pour une SHON « (...) *théorique (a été) ramenée à 10 000 m² maximum par l'ABF qui impose en particulier une hauteur maximale de R+3 au lieu de R+6 autorisé par le POS ainsi que la conservation du pavillon Clotis* » (en sus du pavillon Jaubert devant « *servir d'articulation architecturale au projet général* »). La valeur du pavillon Clotis est fixée à 1 012 500 F. La valeur minimale négociable est estimée à 9 500 000 F.

La SAE va en conséquence réévaluer son offre et proposer le 4 mai 1998, soit un an après sa première proposition, un montant de 10 000 000 F HT pour une SHON 10 000 m² et la conservation du bâtiment « Clotis ».

4.1.2 Une nouvelle configuration : l'obligation de conservation du pavillon « Clotis »

Le 16 décembre 1998 (délibération n° 98-79) le directeur rappelle au conseil d'administration la genèse du projet et l'absence de résultat des différentes tentatives de cession « *en raison de l'obligation faite par le service départemental des bâtiments de France de conserver outre le pavillon Jaubert, le pavillon Clotis.* » et pour faciliter la cession, il accepte « *de détacher le pavillon Clotis de la parcelle à vendre. Ce pavillon serait conservé par le centre hospitalier.* »

4.1.3 L'organisation de la mise en concurrence

4.1.3.1 LE CAHIER DES CHARGES

Le principe de l'établissement d'un cahier des charges est décidé par la délibération du 16 décembre 1998 précitée : « (...) 2) *établir un cahier des charges très précis afin de procéder à une consultation des cinq ou six groupes immobiliers les plus importants* ».

Ce cahier des charges, une fois établi ne sera ni adopté, ni même présenté au conseil d'administration. Si cette absence s'explique, selon l'ancien ordonnateur, par la volonté de ne pas retarder la procédure, cela paraît quelque peu contradictoire avec l'affirmation formulée par ailleurs que le conseil d'administration a été saisi 15 fois de la question, dans le souci de préserver les intérêts du centre hospitalier. La version définitive du cahier des charges datée du 8 mars 1999 comprend 10 points et s'accompagne de plans et relevé de matrice cadastrale. Au titre des conditions de la vente, il convient de relever l'obligation pour l'acquéreur de réaliser 25 places de stationnement destinées à l'école d'infirmières.

4.1.3.2 LE REGLEMENT DE CONSULTATION

Sa version définitive est établie le 8 mars 1999. Les critères de choix de l'offre sont les suivants : « *Le conseil d'Administration du centre Hospitalier d'Hyères a décidé de mettre cette propriété en vente au mieux offrant.* »

Les critères de choix étant :

- *la teneur de l'offre et les éléments fournis par le candidat qui permettront de juger de sa recevabilité ;*
- *les conditions suspensives et de délai proposés par le candidat ;*
- *le prix et conditions de paiement. »*

La CAO du 21 juillet 1999.

Trois offres ont été reçues respectivement de 8 MF HT, 8,5 MF HT et 9,5 MF HT :

Le 22 septembre 1999 soit deux mois après la réunion de la commission, une convention est signée avec un architecte dont l'objet est, « *d'établir une expertise de ces offres et d'en dresser les avantages et les inconvénients.* »

Le 1^{er} décembre 1999 l'architecte remet ses conclusions dont la teneur est renvoyée en annexe V.

4.1.4 La décision de cession : deux délibérations du CA

Le 16 décembre 1999, le Directeur communique au conseil d'administration la teneur des différentes propositions issues de la commission d'appel d'offres et indique que leur étude a été confiée à un architecte qui «*doit faire ressortir le respect des règles urbanisme, la compatibilité avec les contraintes techniques, l'adaptabilité au terrain, l'intégration au site, la qualité architecturale.* » Le conseil d'administration « *prend acte des informations fournies par l'Administration hospitalière.* ». La chambre observe qu'à cette date le directeur avait en main le rapport d'expertise remis le 1^{er} décembre. Le 2 mai 2000, soit 10 mois après la commission d'appel d'offres et 5 mois après la remise de l'expertise de l'architecte, le conseil d'administration est appelé à désigner l'acquéreur de la propriété Barnéoud.

Le directeur propose alors qu'un compromis de vente soit signé avec le groupe SAE pour un prix de vente 8 500 000 Francs HT qui recueillera l'accord du conseil d'administration.. Il ne s'agit donc pas de la meilleure offre financière.

Les conditions de la désignation de l'attributaire ne manquent pas de surprendre car les critères de choix de l'offre ne sont pas ceux qui figuraient au règlement de consultation du 8 mars 1999 à savoir :

- *la teneur de l'offre et les éléments fournis par le candidat qui permettront de juger de sa recevabilité ;*

- les conditions suspensives et de délais proposés par le candidat ;
- le prix et conditions de paiement.

La délibération du conseil d'administration du 16 décembre 1999 qui énumère les critères retenus pour effectuer l'étude des offres occulte totalement le critère du prix.

D'ailleurs, le chapitre « *analyse des offres* » de la convention de mission d'expertise est ainsi rédigé :

« Dans une première étape l'analyse portera sur le réalisme des offres à partir des points suivants : consistance du programme, rapport entre SHON et surface habitable, nombre de parkings, rapport surface construite/prix d'acquisition. »

La seconde partie s'attachera à répertorier les informations issues des différents projets présentés et de les évaluer en fonction des aptitudes et contraintes retenues suivants les aspects ci-après : respect des règles d'urbanisme, compatibilité avec les contraintes techniques, adaptabilité à l'occupation végétale du terrain, intégration au site, qualité architecturale. »

Alors que le règlement de consultation faisait du prix l'un des trois critères d'appréciation des offres, celui-ci ne figure plus en tant que tel parmi ceux que l'architecte doit prendre en compte pour réaliser l'analyse des offres.

Le critère du prix est remplacé par celui du « *rapport surface construite /prix d'acquisition.* ». L'ancien ordonnateur admet qu'au fil du temps le critère du prix a cédé le pas face à la volonté de voir la cession enfin aboutir au regard des exigences de l'ABF, tout en affirmant que la valorisation maximale de son patrimoine a toujours été le souci du conseil d'administration.

4.1.5 La cession

4.1.5.1 LA PROMESSE DE VENTE SIGNEE LE 5 JANVIER 2001

Plusieurs courriers matérialisent les échanges entre les parties en vue de parvenir aux termes définitifs de la promesse qui sera signée le 5 janvier 2001, soit 8 mois après la décision du conseil d'administration du 2 mai 2000. Les termes généraux de la vente (8,5 millions de francs pour 28 408 m² de terrain) sont arrêtés.

La chambre relève que l'avis des Domaines en date du 27 janvier 1998 n'était valable que pour une durée d'un an et était donc devenu caduc, l'établissement a ainsi vendu un bien immobilier sans l'avis pourtant obligatoire du service des domaines.

4.1.5.2 LA SIGNATURE DE L'ACTE DEFINITIF

Par délibération du 11 octobre 2002 (n° 2002-75) le conseil d'administration a autorisé la signature de la vente de 7 parcelles pour un montant total de 1 304 964,00 euros (soit 8,56 MF). Il ressort de cette affaire :

- Qu'en valeur absolue le prix consenti est finalement peu éloigné de celui figurant dans l'étude de faisabilité commandée en 1992 (8,5 MF au lieu de 8M) ;
- Que 10 années se sont écoulées sans que les bases des estimations ne soient revues c'est ainsi que le prix du m²/SHON estimé par les domaines n'a pas varié durant ces années (1 000 francs/m² soit 152,45€) ;
- Que les critères pris en compte pour départager les offres ressortent essentiellement de considérations urbanistiques et architecturales répondant aux prescriptions de l'ABF.

L'examen des actes de cession intervenus sur cet ensemble immobilier montre que la moyenne arithmétique de ces cessions conduit à un prix de 3 106 €/m².

Si on rapporte ce prix de vente au prix d'acquisition du terrain (152 €/m²), on aboutit à un ratio inférieur à 5 %. Or, dans cette zone géographique la charge du foncier est en général comprise entre 15 et 20 %.

Certes le milieu des années quatre vingt dix a été marqué par une forte crise du secteur immobilier. Néanmoins, depuis le marché s'était redressé et il n'apparaît pas dans cette opération que l'établissement ait défendu au mieux ses intérêts.

5 LES RELATIONS DU CENTRE HOSPITALIER AVEC LE GROUPEMENT D'INTERET ECONOMIQUE ET L'EXPLOITATION DE L'IRM

Le centre hospitalier général d'Hyères est membre d'un groupement d'intérêt économique, (GIE) qui exploite un appareil de remnographie IRM. Il convient de souligner que la co-utilisation sous des formes juridiques variées d'appareils d'imagerie médicale est répandue et encouragée par les autorités de tutelle. Pour les hôpitaux de cette taille, les autorisations ne sont d'ailleurs accordées que dans le cadre de ces coopérations.

La chambre n'ignore pas non plus les difficultés rencontrées par les établissements hospitaliers pour s'attacher des médecins radiologues. Toutefois, au cas d'espèce, le centre hospitalier de d'Hyères membre à 50 % du GIE a singulièrement manqué de vigilance. Il ne disposait d'aucun élément sur la gestion de cette structure, se contentant de payer des factures sans explication et demandant, en outre, au GIE de construire un bâtiment destiné aux urgences fort éloigné de l'objet social du groupement.

5.1 LES STATUTS ET LE REGLEMENT INTERIEUR

La convention constitutive du Groupement d'Imagerie Médicale du bassin hyérois a été signée le 13 mai 2002 entre le centre hospitalier d'Hyères et la société civile des praticiens libéraux de l'IRM du bassin d'Hyères. Elle a été conclue pour une durée de 15 ans à compter de la date d'autorisation d'installation de l'IRM. Son siège est fixé à celui de l'hôpital. Le capital du GIE est fixé à 3 000 euros, apporté à parité par les signataires de la convention.

Les remarques qui suivent ont principalement trait à l'objet du groupement et à la répartition du capital.

5.1.1 L'objet du groupement

Il est décrit à l'article IV des statuts ci-dessous reproduit :

« Acquisition et gestion d'un équipement IRM et de ses accessoires ;

Prise à bail ou l'acquisition de toute surface foncière permettant la réalisation des opérations mentionnées ci-dessus ;

La mise à disposition et la gestion des moyens matériels ainsi constitués, à ses membres ou à des tiers professionnels de santé exclusivement qualifiés en radiodiagnostic et imagerie médicale, ainsi que la mise en œuvre et la gestion des moyens humains nécessaires à leur bon fonctionnement.

L'objet du groupement pourra être étendu, en second lieu, à :

La gestion de tout autre programme d'équipements et d'activités est supportée par les seuls membres du groupement concernés par lesdites programmes à hauteur de leurs participations telles que précisées à l'article XIII. »

5.1.2 Le capital

Le titre III des statuts est intitulé « Capital. Apports et participations des membres. » Il comprend les articles X à XVI ; certains d'entre eux relatifs à la répartition du capital et au régime des mises à disposition appellent des remarques :

La répartition des parts du capital est fixée par les dispositions de l'article 12 des statuts ci-dessous reproduit :

« Des parts de catégorie A afférentes à l'utilisation de l'IRM, réparties en fonction du temps d'utilisation de l'IRM, au prorata de leurs apports en capital tels que précisés à l'article XI ;

Des parts de catégories « B », « C », « D », ...pour la gestion des programmes d'équipements et d'activités ne concernant que les membres participant aux dits programmes.

Le capital est intégralement constitué de parts de catégorie A se trouve réparti de la manière suivante : Centre hospitalier de Hyères 1500 parts de 1 euro, Société civile des praticiens libéraux de l'IRM du bassin de HYERES 1500 parts de 1 euro ».

Une plus grande attention apportée par l'hôpital à la rédaction des statuts du groupement dont il est membre aurait pu permettre d'éviter l'insertion des dispositions incompréhensibles ou inutiles concernant les parties B, C et D.

5.1.3 Les assemblées

Deux types d'assemblées aux pouvoirs distincts sont prévues, ce qui ne peut qu'introduire des lourdeurs dans le fonctionnement du GIE : une « *Assemblée générale des membres* » à laquelle participent uniquement les porteurs des parts de type « A » ayant des compétences propres et des « *assemblées spéciales* » composées « *de l'ensemble des membres du groupement porteurs de parts des catégories « B », « C », « D »* » qui ont des compétences différentes et spécifiques.

5.1.4 Les participations sous forme de mise à disposition gratuite

Les articles XIV, XV et XVI évoquent successivement, « *les participations sous forme de mise à disposition gratuite de « Locaux, de matériels et de personnels (article XIV) ; De surface foncière et de locaux (article XV) ; De matériels (article XVI) »*.

Une première observation tient à la redondance des sujets traités dans ces articles. Ainsi les mises à disposition de locaux sont traitées aux articles XIV et XV, celles de matériels aux articles XIV et XVI. Trois articles traitant chacun spécifiquement de locaux, des matériels et du personnel auraient sans doute été préférables.

Interrogé au cours de l'instruction sur le caractère « *gratuit* » de ces mises à disposition « *dès lors que ces mises à disposition permettent de régler en nature les participations dues, il ne s'agit pas, de mises à dispositions « gratuites »* le centre hospitalier a répondu :

« *La mise à disposition de matériel par l'un ou l'autre des partenaires a été prévue. Il n'en est rien (...) Tout appartient au GIE. Rien n'est mis à titre gratuit.*

En ce qui concerne le personnel : « *Le personnel est celui du GIE (...) Pas de mise à disposition gratuite »*

En ce qui concerne le matériel : « *Tout le matériel appartient au G.I.E. »*

Il serait utile de clarifier les dispositions concernant les différents types de mises à disposition et d'en prévoir les modalités d'évaluation.

5.2 L'IMPLICATION DE L'HOPITAL DANS LES INVESTISSEMENTS IMMOBILIERS DU GROUPEMENT

Les locaux de l'IRM sont situés dans l'enceinte même du centre hospitalier et sont accolés à la façade d'un bâtiment existant. Pour ce faire, le terrain d'assiette des locaux a été fourni par l'hôpital, l'établissement ayant consenti un bail emphytéotique au profit du GIE sur un terrain appartenant à son domaine public.

La construction du bâtiment a été réalisée et financée par le GIE. Il abrite non seulement l'IRM proprement au rez-de-chaussée mais également au premier étage des locaux à usage hospitalier où sont installées les urgences.

Les locaux à vocation hospitalière, propriété du GIE qui les a édifiés, ont été ensuite loués au centre hospitalier par le biais d'un bail professionnel.

Selon l'ancien ordonnateur le choix de cette solution s'est imposé du fait de l'impossibilité de contracter un nouvel emprunt (endettement trop important) et de l'opportunité d'étendre le service des urgences arrivé à saturation en rajoutant un étage.

5.2.1 La délibération du conseil d'administration du 6 mai 2004

Le conseil d'administration de l'hôpital a été appelé à se prononcer sur la « *signature de baux* » au titre du GIE IRM le 6 mai 2004.

La délibération n'est assortie d'aucun élément financier accompagnant cette prise de décision (présentation des principales clauses des baux, modalités de financement de la construction, coût pour l'établissement, autres formules envisagées).

5.2.2 La cession du terrain au GIE : la conclusion d'un bail emphytéotique

Les dispositions de la délibération décidant la cession d'une parcelle de terrain au GIE ont été traduites dans les faits par la conclusion le 11 mars 2005 d'un bail emphytéotique.

5.2.2.1 LES PRINCIPALES DISPOSITIONS DU BAIL

Le centre hospitalier cède au GIE une parcelle de terrain attenante aux locaux du centre hospitalier... « *pour une durée de DIX-HUIT (18) années entières et consécutives qui commenceront à courir rétroactivement le 15 décembre 2004 pour s'achever le 15 décembre 2022* » entre le centre hospitalier (bailleur) et le GIE (preneur) par lequel le centre hospitalier d'Hyères « *donne à bail emphytéotique administratif au GIE une parcelle de terre lui appartenant (...)* ».

En contrepartie le GIE doit édifier un bâtiment abritant l'IRM (au rez-de-chaussée) et le service des urgences du centre hospitalier d'Hyères (au 1^{er} étage)

Le sort des biens en fin de bail est réglé par l'article 13 du bail.

Ce bail porte sur une parcelle appartenant à l'établissement située dans l'enceinte même de l'établissement hospitalier puisque destinée à supporter une construction accolée à la façade Sud d'un bâtiment existant. Il s'agit donc d'un bien situé sur le domaine public hospitalier.

Aux termes de l'article L. 6148-5 du code de la santé publique la conclusion d'un bail emphytéotique est subordonnée à une mise en concurrence des candidats potentiels alors applicable précise : « *La procédure de passation des baux est soumise à une procédure de publicité permettant la présentation de plusieurs offres concurrentes. L'avis d'appel à candidatures précise la nature de l'opération envisagée, les objectifs et performances attendues, le délai de présentation des candidatures, ainsi que les critères d'attribution du contrat. Parmi ces critères figurent nécessairement la qualité du service rendu et la répartition des risques entre les parties. (...)* ».

Cette obligation n'a pas été observée. Pour le directeur de l'établissement au moment des faits « *Le respect des procédures classiques ne nous aurait pas permis d'obtenir le permis de construire et réaliser bâtiment dans ces deux années* ».

5.2.2.2 LE LOYER POUR L'OCCUPATION DU DOMAINE PUBLIC : UN MONTANT SYMBOLIQUE

L'article 12 du bail emphytéotique consenti le 11 mars 2005 par le centre hospitalier au GIE intitulé « *REDEVANCE* » est ainsi rédigé : « *De convention expresse entre les parties, le présent bail est consenti et accepté pour une redevance annuelle de UN EURO symbolique Hors Taxes (1,00 E HT) que le BAILLEUR dispense d'ores et déjà le PRENEUR de payer. En effet, les parties considèrent que la contrepartie de ce bail emphytéotique réside dans la modicité du loyer du bail ci-dessus énoncé des locaux du premier étage* ».

Dans son édition du 1^{er} février 2005, du guide du bail emphytéotique hospitalier (BEH), la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH) indique : « *L'intervention des services fiscaux est nécessaire pour la passation d'un BEH, d'une part afin que les services fiscaux se positionnent sur la valeur du terrain donné à bail par l'établissement public de santé, et d'autre part pour recueillir leur avis sur la valeur locative des bâtiments construits (obligation provenant de l'article 23 de la loi MURCEF)* ».

Le centre hospitalier ne semble pas avoir pris l'attache des services fiscaux, dont la consultation aurait permis d'obtenir un avis sur le montage retenu et de fixer la valeur du terrain donné à bail.

Au cas présent, la valeur symbolique du loyer perçu par l'établissement est, selon la rédaction du bail, la contrepartie de la modicité du loyer consenti par le GIE pour les locaux à usage exclusif du centre hospitalier. Or le loyer acquitté par l'hôpital est loin d'être symbolique dès lors qu'il a été déterminé de façon à procéder à l'amortissement de l'emprunt contracté par le GIE pour financer la construction.

Si, selon l'ancien ordonnateur l'opération a permis d'installer dans les deux ans suivant l'autorisation une IRM sur le site du centre hospitalier, et de manière indirecte régler le problème d'extension des urgences, l'établissement a méconnu la législation applicable et a consenti au GIE, dont il est certes membre, un avantage financier, que celui-ci n'aurait pas trouvé s'il avait dû acquérir une parcelle de terrain sur la commune d'Hyères pour y implanter l'IRM.

5.2.3 La construction des locaux

5.2.3.1 L'AUTORISATION DE CONSTRUIRE

Le permis de construire a été délivré par la ville d'Hyères au GIE le 6 octobre 2004 soit antérieurement la signature du bail emphytéotique intervenue en mars 2005.

5.2.3.2 LE FINANCEMENT DE LA CONSTRUCTION DES LOCAUX

Le centre hospitalier n'a pu produire un plan de financement sous forme d'un document unique retraçant les emplois et ressources. La reconstitution en a donc été faite à partir du tableau des travaux réalisés fourni par l'hôpital et des éléments financiers, notamment contrats d'emprunts, transmis par l'expert comptable du GIE.

Le tableau produit par les services techniques du centre hospitalier retracent le seul montant total des travaux de construction réalisés par le GIE les équipements mobiliers n'y figurent pas.

Le tableau ci-après, réalisé à partir de ces données synthétise les principaux éléments.

| | IRM | Hôpital | Total |
|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| Travaux | 642 383,00 | 1 958 502,00 | 2 600 885,00 |
| Honoraires | 77 734,83 | 206 110,53 | 283 845,36 |
| Total HT | 720 117,83 | 2 164 612,53 | 2 884 730,36 |
| TVA | 141 143,09 | 424 264,06 | 565 407,15 |
| Total TTC | 861 260,92 | 2 588 876,59 | 3 450 137,51 |
| Cage Faraday | 145 000,00 | | 145 000,00 |
| Total général | 1 006 260,92 | 2 588 876,59 | 3 595 137,51 |

Ces travaux ont été intégralement financés au moyen de deux emprunts contractés par le GIE.

Trois remarques peuvent être faites à propos de cette opération :

- *L'hôpital ne connaît pas le coût de cette opération*

Le centre hospitalier qui n'a pu produire de plan de financement ignore le coût global de cet équipement qu'il finance pourtant à double titre, d'une part au travers du loyer acquitté pour les locaux réservés à son usage exclusif et d'autre part en sa qualité de membre du GIE pour les locaux à usage d'IRM.

- *La durée de l'emprunt excède la durée de validité de l'autorisation d'exploitation de l'IRM consentie par agence régionale de l'hospitalisation à 7 ans soit jusqu'en 2012 alors que l'emprunt contracté ne sera complètement amorti qu'en 2020.*
- *La construction du bâtiment des urgences est une opération étrangère à l'objet du GIE*

Alors que l'objet du GIE est l' «Acquisition et la gestion d'un équipement IRM et de ses accessoires ; Prise à bail ou l'acquisition de toute surface foncière permettant la réalisation des opérations mentionnées ci-dessus (...) » l'établissement hospitalier au groupement le soin de financer et construire des locaux à usage exclusivement hospitalier, à savoir les urgences.

La chambre s'interroge sur la capacité juridique du GIE, au regard des ses statuts, de construire des locaux a fortiori des locaux hospitaliers.

La prise à bail d'une surface foncière n'entraîne pas automatiquement la capacité à construire. Fonder la capacité du GIE à porter cet investissement *sur la seule acceptation de l'assemblée générale* et sur sa faculté statutaire d'assurer « *La gestion de tout autre programme d'équipements et d'activité* » revient à donner au mot « équipement » un sens qu'il n'a pas en matière hospitalière où il est d'usage de distinguer la construction, de l'équipement.

Le GIE a été constitué pour gérer un équipement d'imagerie et non pas pour construire des bâtiments à usage exclusivement hospitalier. Le GIE ayant une compétence limitée à son objet et ne pouvant exercer d'autres activités que celles y figurant, aucune disposition des statuts ne justifie les opérations immobilières engagées qu'il s'agisse des locaux spécifiquement IRM ou de ceux destinés à l'usage hospitalier.

La construction des locaux d'urgences destinés exclusivement au service public hospitalier par le GIE faisait de ce dernier le mandataire de l'hôpital soumis dès lors à une procédure de publicité et de mise en concurrence, laquelle n'a pas été mise en œuvre.

5.3 LA LOCATION CONSENTIE L'ETABLISSEMENT PAR LE GIE POUR LES LOCAUX DES URGENCES

5.3.1 Les dispositions du bail et de son avenant

Le bail emphytéotique stipulait : « Les locaux édifiés à l'usage hospitalier feront l'objet d'une promesse de bail professionnel décrite à l'article 11 du bail emphytéotique. » Il s'agit d'« un bail professionnel d'une durée de 18 ans moyennant un loyer annuel de DEUX CENT DIX SEPT MILLE SIX CENT QUATRE VINGT EUROS (217 680,00 €) pour les quinze premières années (les trois années restantes étant consenties à titre gracieux) au profit du BAILLEUR (le GIE), sur les locaux du premier étage ainsi que 5 chambres de garde au rez-de-chaussée et l'ensemble des passerelles destinées à l'extension du service des urgences de l'hôpital ,des que le bâtiment ci-dessus visé sera achevé, suivant acte à recevoir ce jour en suite des présentes par le notaire soussigné.

Etant ici précisé que le montant du loyer est lié au coût définitif de la construction, qui ne peut être exactement déterminé à ce jour. En conséquence de quoi, le montant de ce loyer pourra être revu quand le coût définitif de la construction aura définitivement été arrêté et vérifié entre les deux parties. »

Le 11 mars 2005 cette clause du bail emphytéotique a été traduite dans les faits par la signature d'un premier bail. Ce bail « est consenti et accepté moyennant un loyer annuel de deux cent dix sept mille six cent quatre-vingts euros (217 680 euros) qui sera payable mensuellement et d'avance le 1^{er} de chaque mois, par termes de dix huit mille cent quarante euros (18 140 euros par mois) ».

Il précise par ailleurs que le montant du loyer dépend du coût définitif de la construction, qui ne peut être exactement déterminé à ce jour. Le loyer annuel ci-dessus stipulé par les parties a été calculé sur la base du montant des travaux évalués à 3 400 000 euros TTC.

D'un commun accord entre les parties, le montant de ce loyer pourra donc être revu, quand le coût définitif de la construction aura été définitivement arrêté et vérifié par les deux parties .

Le 20 juillet 2006 ce bail a fait l'objet d'un avenant. Le montant annuel du loyer est désormais fixé à 225 204 euros, soit un loyer mensuel de 18 767 euros. Cette augmentation du loyer est justifiée par les « *surcoûts liés aux opérations suivantes : désenfumage et coordination SSI des zones bureaux, châssis de portes, porte coupe feu.* »

Alors que le bail initial précisait que le montant des travaux ayant servi à la fixation du loyer s'élevait à 3 400 000 euros, l'avenant ne précise pas le nouveau coût définitif des travaux.

L'accord du centre hospitalier sur le nouveau montant du loyer est matérialisé par une lettre en daté du 24 mars 2006 du directeur de l'établissement adressée à l'administrateur du GIE.

Si l'établissement a considéré que le recours à un bail professionnel était la procédé le plus adapté à cette opération, la capacité juridique du GIE à consentir un tel contrat pose question au regard de son objet, dans la mesure où la convention constitutive évoque la seule prise à bail.

5.3.2 Les modalités de détermination du loyer dû par le centre hospitalier

Selon un tableau de répartition du montant des travaux établi par le centre hospitalier à la date du 28 novembre 2005, le coût total des travaux, honoraires et services relatifs au bâtiment IRM et extension des urgences se monte à 3 595 137,51 € TTC ainsi répartis :

- IRM 1 066 260,92 € TTC
- Urgences 2 588 876,59 € TTC

Une note rédigée par les services de l'établissement accompagne ce tableau et précise que « *La détermination du loyer de l'IRM a été faite sur la base d'une ventilation du coût des travaux au prorata des surfaces (étant précisé que ces surfaces sont celles mentionnées dans un document adressé aux services d'urbanisme de la ville de Hyères).*

L'étage (urgences) est entièrement dédié au centre hospitalier (529m²).

Le rez-de-chaussée, avec des zones d'accès a une surface moindre de 464 m².

Une zone chambre de garde à vocation hospitalière et non utilisée par le GIE (128m²).

Une zone de bureaux utilisée par le service social du centre hospitalier (« Espace Social ») pour ses besoins hospitaliers exclusifs de 69 m².

La zone dédiée à l'IRM est de 267m².

Il en découle une répartition du coût des travaux de 3 595 137 € TTC répartis à concurrence de 72 % pour le CH d'Hyères ,28 % pour le GIE. »

Enfin le tableau de recensement des immobilisations du GIE indique un montant de 3 322 091,28 euros au titre des « constructions sur sol d'autrui ».

Le 12 octobre 2005, le GIE a souscrit un emprunt à taux fixe (3,65 %) d'un montant de 3 600 000 euros et d'une durée de 15 ans afin de financer à la fois la construction des locaux de l'IRM mais également celle de ceux réservés à l'usage du seul hôpital.

S'agissant d'un emprunt global, il a paru souhaitable de connaître la part de l'emprunt affectée au financement des locaux hospitaliers proprement dits.

Le directeur de l'hôpital et l'expert comptable du GIE, ont répondu de manière concordante, à savoir que l'évaluation du loyer correspond à la somme :

- du montant des intérêts de la fraction de prêt mise à la charge de l'établissement,
- du montant de l'annuité d'amortissement pratiquée (amortissement constant sur 15 années).

En définitive la rédaction du bail initial ne correspond pas à la réalité, le montant du loyer acquitté est assis non sur la valeur totale de la construction mais bien sur la seule valeur des biens mis à disposition de l'hôpital.

Les services des domaines n'ont pas non plus été consultés pour la fixation définitive du loyer.

5.4 L'EXPLOITATION DE L'IRM : UNE INEGALITE DES PARTIES

5.4.1 L'exploitation de l'IRM

Alors que les membres du GIE se partagent le capital à parité, l'exploitation apparaît se faire au détriment de la partie publique proprement dite.

Une annexe au règlement intérieur fixe le partage public/privé du temps d'utilisation de l'équipement. Le directeur du CH a indiqué : « *Le calcul du partage est de 50/50, il correspond à 2 jours et demi pour le privé et 2 jours et demi pour le public, et le samedi est distribué 1 fois sur deux en alternance au public et au privé. »*

Si en apparence une utilisation à parité a donc été instituée, en réalité le partage se fait au détriment de l'hôpital du fait de la répartition actuelle des arrêts machine.

5.4.2 Les arrêts « machine »

L'examen du relevé des arrêts machine pour maintenance a permis d'établir le tableau suivant établissant la durée de fermeture de l'IRM (en ½ journées) en fonction des plages utilisateurs.

| Année | Public | Privé |
|-----------------|-----------|-----------|
| 2005 | 3 | 1 |
| 2006 | 3 | 5 |
| 2007 (au 30/11) | 7 | 5 |
| Total | 13 | 11 |

Source : CH Hyères

Si au cours des années 2005 et 2006, l'équilibre global des arrêts (6 demi-journées pour chaque secteur) est respecté, il n'en va pas de même en 2007 où l'essentiel des arrêts constatés au 30 novembre se concentre sur le temps réservé à l'utilisation publique de l'équipement. L'hôpital est invité à faire le point de cette répartition.

En outre, les après-midi du lundi, mercredi, jeudi et vendredi réservées à un usage privé laissent ouvertes de plus larges possibilités d'examens après intervention de la maintenance. Ainsi en 2007, sur les 5 plages d'indisponibilité sur le temps d'utilisation privé, 4 se situent l'après midi permettant la reprise des examens sur la période comprise entre 16h 30 et 20 heures. Cette possibilité n'est que d'une plage pour l'utilisation publique.

5.5 L'ACTIVITE DE L'IRM

L'activité hospitalière est exercée par quatre praticiens hospitaliers. Une activité libérale est exercée par deux d'entre eux.

Le nombre d'examens pratiqués par les différents acteurs du GIE est récapitulé dans le tableau suivant :

| | Activité hospitalière | Activité libérale des PH | Activité privée | Total |
|------------------------------------|-----------------------|--------------------------|-----------------|-------|
| année 2005 (de juillet à décembre) | 836 | 878 | 2 003 | 3 717 |
| (%) | 22% | 24% | 54% | |
| année 2006 | 1 817 | 2 446 | 4 511 | 8 774 |
| (%) | 21% | 28% | 51% | |

Source : CHG Hyères

En ce qui concerne l'activité du GIE relevant de la sphère publique (activité hospitalière et activité libérale des praticiens hospitaliers), ce tableau montre que dès la première année de complète exploitation, l'activité libérale (qui n'est exercée que par deux praticiens) prend le pas sur l'activité hospitalière.

Compte tenu de la période de référence 2005 (6 mois d'activité), la progression de l'activité hospitalière constatée en 2006 soit 8 % peut être qualifiée de normale. Dans le même temps l'activité libérale des praticiens hospitaliers progressait, elle, de 40 %.

5.5.1 Le centre hospitalier met ses moyens à disposition du GIE

Une convention de mise à disposition de personnel paramédical en date du 3 mai 2005 est conclue entre le centre hospitalier et le GIE.

Dans un premier temps, deux agents hospitaliers ont été mis à disposition du GIE pour exercer les fonctions de manipulateur d'électroradiologie. L'un d'entre eux a été intégré dans les effectifs du GIE à compter du 23 septembre 2006 après sa démission et sa radiation des cadres hospitaliers.

La situation de l'agent hospitalier restant mis à disposition suscite les remarques suivantes :

L'article 6 de la convention de mise à disposition prévoit que « *Le GIE remboursera au Centre Hospitalier de Hyères, les traitements, primes, compléments de rémunération, les charges sociales sur la présentation d'un titre de recette trimestriel.* »

L'article 48 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière définit la mise à disposition comme « *la situation du fonctionnaire qui demeure dans son corps d'origine, est réputé occuper son emploi, continue à percevoir la rémunération correspondante, mais qui exerce ses fonctions hors du service où il a vocation à servir.* »

L'article 49 de ce même texte indique que la mise à disposition est possible auprès de :

- a. *l'État et de ses établissements publics, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics ;*
- b. *des organismes contribuant à la mise en œuvre d'une politique de l'État ;*
- c. *des collectivités territoriales ou de leurs établissements publics administratifs, pour l'exercice des seules missions de service public confiées à ces organismes ;*
- d. *des organisations internationales intergouvernementales ;*
- e. *d'États étrangers, à la condition que le fonctionnaire conserve, par ses missions, un lien fonctionnel avec son administration d'origine.* »

Le GIE ne pouvant de par sa composition et ses statuts être regardé comme rentrant dans ces catégories, la mise à disposition d'un agent public au profit du groupement ainsi constitué pose problème dans la mesure où un agent public est ainsi appelé à faciliter l'exercice de l'activité de médecins libéraux.

5.5.2 L'hôpital exécute des prestations pour le compte du GIE

Une convention ayant pour objet de « *déterminer le contenu des prestations effectuées par le centre hospitalier de Hyères pour le compte du GIE ainsi que les modalités de remboursement par le GIE.* » a été signée le 2 janvier 2006.

L'article 5 ainsi rédigé prévoit les modalités financières de cette convention : « *En contrepartie des prestations fournies, le Centre Hospitalier d'Hyères percevra :*

- *-d'une part, une somme globale et forfaitaire payable trimestriellement et correspondant aux prestations détaillées en annexe I*
- *d'autre part, une somme correspondant au récapitulatif trimestriel des diverses interventions sollicitées par le GIE, payable trimestriellement*

Les montants forfaitaires et les coûts horaires fixés en annexe de la présente convention sont révisables annuellement selon les modalités définies en annexe. Le règlement s'effectuera par trimestre sur présentation d'un titre de recettes établi par le centre hospitalier d'Hyères. »

L'annexe I prévoit la réalisation par le centre hospitalier des prestations informatiques des prestations de diverses natures telles que : « *sécurité incendie, collecte et traitement des déchets, reprographie, lutte contre les infections nosocomiales, accès et stationnement, frais postaux* ».

Chacune de ces rubriques est affectée d'un « *critère de facturation* » et éventuellement d'une « *clé d'indexation* ».

A cette convention a été adjoint un avenant n° 1 (non daté) qui rajoute aux prestations contenues dans l'annexe n° 1 celle relative à la fourniture d'eau, facturée au prorata du nombre de m³ consommés.

Cette convention appelle les remarques suivantes :

- *Une entrée en vigueur rétroactive*

Cette convention a été signée le 2 janvier 2006 soit plus de six mois après le début d'activité de l'IRM à savoir le 29 juin 2005. L'article 6 de la convention relatif à sa « *durée* » fixe expressément sa date d'entrée en vigueur au 29 juin 2005 date de l'ouverture effective des locaux.

- *Une exécution différée dans le temps*

A l'appui des titres transmis, l'établissement a indiqué que l'avenant relatif à la fourniture d'eau a été signé en octobre 2006 pour une date d'effet au 1^{er} janvier 2007. Il précise également qu'« *un compteur spécifique étant en place depuis l'ouverture, la première facturation rattrapera les années antérieures.* »

Un compteur étant en place dès l'origine, l'absence de facturation plus de deux ans après la mise en service de l'équipement s'explique difficilement, d'autant que l'établissement avance pour justifier ce retard des explications peu convaincantes : panne du compteur, accord oral entre les parties de facturer sur la base de la consommation moyenne.

Même si les sommes en jeu sont peu importantes, cet épisode illustre le manque de rigueur dans les relations entre le centre hospitalier et le GIE.

- *Une facturation différée*

En 2006 et 2007, seule une partie des prestations relatives à la surveillance et à la sécurité incendie, à la collecte et au traitement des déchets ainsi qu'aux frais postaux a fait l'objet d'une facturation trimestrielle.

En ce qui concerne la surveillance incendie, la convention précise que la maintenance des extincteurs serait facturée au prorata du nombre d'extincteurs. Pour l'année 2005, le décompte accompagnant le titre indique « *pas de maintenance en 2005* » (les locaux ont ouvert le 29 juin 2005).

En ce qui concerne 2006, la facturation des opérations de maintenance des extincteurs ne figure pas.

- *Des facturations dépourvues de base conventionnelle*

Des prestations non comprises dans la convention sont néanmoins facturées par le centre hospitalier qui s'expose ainsi à un éventuel refus de paiement de la part du GIE.

Il en est partiellement ainsi pour les titres émis sous les numéros 650607 et 71654 et intitulés « *dépenses relatives à l'IRM selon la convention* » et « *consommations annuelles suite à convention* ».

Les pièces justificatives accompagnant ces titres font apparaître que le centre hospitalier fournit au GIE des spécialités pharmaceutiques, des produits de désinfection ainsi que du matériel médico-chirurgical. Cette facturation ainsi que les modalités de celle-ci (facturation sur la base d'un tarif, à prix coûtant, application d'une marge) ne sont pas prévues dans la convention.

- *Des critères de facturation non pertinents*

La convention prévoit la facturation de prestations de nature informatique. Alors que la facturation doit être trimestrielle, seuls ont été retrouvés deux titres émis le même jour, le 29 janvier 2007 et concernant l'un les prestations de 2005 et l'autre celles de 2006. Interrogé, l'établissement a ainsi répondu : « *Les indicateurs retenus se sont révélés non adéquats et non valorisables, De là une facturation a été faite selon le mode de calcul figurant sur le document « Répartition des coûts d'infrastructure sur les postes utilisant le SIH et/ou le réseau.* »

La non pertinence des clés de répartition retenues par la convention n'a donc pas permis d'établir la facturation immédiate de certaines prestations informatique.

- *Des prestations à la demande, facturées sur des bases erronées, à un tarif particulièrement avantageux*

L'annexe 2 à la convention traite le cas des « prestations à la demande » destinées à répondre à des besoins d'interventions ponctuelles. Trois niveaux d'assistance sont prévus en fonction de la technicité de l'intervention. Ces niveaux correspondent chacun à un coût horaire indexé sur la valeur du point fonction publique.

- *Assistance de base - dépannage courant (coût horaire 20 € TTC) ;*
- *Intervention nécessitant une qualification reconnue par un diplôme ou un grade ou une compétence spécifique (coût horaire 28 € TTC) ;*
- *Niveau ingénieur ou Directeur - Etude de faisabilité ou stratégique - Recherche et élaboration de projets techniques ou informatiques (coût horaire 42 € TTC) ;*

Plusieurs titres de recettes ont été émis.

Le titre n° 70587 émis le 29 janvier 2007 comprend, entre autre, le décompte des prestations de niveau 1, 2 et 3 effectuées en 2006 pour un montant global de 347 euros.

Le titre n° 71653 du 31 janvier 2007 ayant pour objet « *recettes diverses interventions et maintenance des services techniques suite à convention année 2006* » d'un montant de 630,36 euros et dépourvu de pièce justificative et liquidé sur la base d'un tarif horaire HT de 18,54 euros.

Le décompte des interventions des services techniques de l'année 2006 devant accompagner ce titre a été transmis à la chambre et vise différents corps de métiers (maçon, plombier, téléphonie...) tout au long de l'année.

L'hôpital consent un réel avantage au GIE assorti d'un risque contentieux réel du chef de concurrence déloyale.

En conclusion, la vérification des conditions d'exécution de la convention a révélé une déficience de maîtrise et de suivi de la part du centre hospitalier.

5.5.3 Le schéma financier prévu par les documents constitutifs du GIE

L'annexe I au règlement intérieur fixe la clé de répartition des charges entre les membres du GIE en utilisant selon le cas le critère de la consommation réelle ou celui du temps d'occupation. Les frais de téléphone sont réparties au *nombre de communications*, l'entretien et la maintenance du bâtiment le sont *au nombre d'heures* d'utilisation de la machine.

5.5.3.1 DES FACTURES NON CONFORMES

Sur la forme il convient d'observer que ce document non daté ne porte pas d'identification de son émetteur. Il s'agit pourtant d'une « facture » qui donnera lieu à mandatement et qui comme toute facture doit comporter les énonciations permettant de l'identifier en tant que telle. Le centre hospitalier devrait donc exiger du GIE, qui a qualité de société, la production de documents où figurent le nom ou raison sociale du créancier, la référence d'inscription au

répertoire du commerce, le numéro de SIREN, la date d'exécution des services ou de livraison des fournitures et désignation de la collectivité débitrice, le décompte des sommes dues : nature des fournitures ou services, prix, le cas échéant, quantité.

5.5.3.2 DES RUBRIQUES AUX CONTENUS INJUSTIFIES

La rubrique « répartition horaire » n'est appuyée d'aucun élément permettant de s'assurer de son exactitude alors qu'il convient notamment de tenir compte des arrêts de la machine pour maintenance.

L'état « *trésorerie au...* » n'est à aucun moment accompagné des justificatifs correspondants (relevé bancaire, état de débits - crédits attendus).

Enfin les « (...) *soldes associés* » sont constitués par la totalisation des colonnes « *forfaits techniques* » et « *charges à répartir* ».

Dans la deuxième partie de l'état, sont recensées selon des comptes par nature les dépenses puis les recettes d'exploitation. La différence entre recettes et dépenses constitue un solde de charges (ou de produits) à répartir entre les membres du GIE au prorata du temps d'utilisation de l'équipement.

5.5.3.3 LES CHARGES A REPARTIR: LE CENTRE HOSPITALIER ASSUME DES CHARGES INDUES

Pour certaines catégories de dépenses la répartition opérée méconnaît les termes de l'annexe I au règlement intérieur précitée. Il en va ainsi de la fourniture de vêtements professionnels et des frais postaux et de téléphone.

S'agissant de la rubrique « *fournitures achat blouses* », l'annexe précitée prévoit que « *le linge et les vêtements professionnels* » sont à la charge de l'utilisateur. Or des vêtements de travail pour un montant de 2 230,47 € ont été achetés par l'hôpital.

Alors qu'ils doivent être « *facturés à chaque membre en fonction de la consommation réelle des communications* », les frais postaux et de téléphone ont, en réalité, été facturés au regard du temps d'utilisation puisque les montants en cause (3 033,67 euros en 2005 et 4 906,03 euros en 2006) sont compris dans le solde des charges à répartir.

Par ailleurs, s'agissant des intérêts de la dette, il y a parfaite adéquation entre le montant figurant sur les tableaux d'amortissement des emprunts transmis par l'expert comptable et celui porté sur les états de répartition du dernier trimestre. Cela signifierait que la totalité des intérêts des emprunts est imputée dans les charges de l'IRM.

Le loyer acquitté par le centre hospitalier a été évalué pour permettre de rembourser la part de l'emprunt finançant les locaux à usage exclusivement hospitalier. Le centre hospitalier rembourse deux fois les intérêts de ces emprunts. D'abord par le biais du loyer acquitté, ensuite dans le cadre de la répartition des charges puisque ils sont imputés en totalité dans les comptes de l'IRM. Seule la fraction des intérêts de la dette relative aux locaux abritant l'IRM proprement dit devrait apparaître sur cette ligne.

En effet, le coût du bâtiment à usage exclusivement hospitalier ainsi que son financement ayant été clairement identifiés pour permettre l'évaluation des loyers dus par le centre hospitalier, les données comptables relatives à l'activité de location immobilière exercée par le GIE (sous réserve de la compatibilité de cette activité avec ses statuts) ne devraient pas apparaître dans les comptes relatifs à l'exploitation de l'équipement médical IRM mais faire l'objet d'une comptabilisation séparée.

Les recettes issues de la location des urgences édifiées par le GIE pour le compte du centre hospitalier sont elles aussi comprises dans les recettes et viennent donc en déduction des charges de l'ensemble des participants. Ces recettes de location ne relèvent pas de l'exploitation (au sens d'exploitation d'un équipement à caractère médical) proprement dite de l'IRM. Elles ne devraient pas figurer dans l'état de répartition aux côtés de celles inhérentes au fonctionnement de l'IRM proprement dit. Cette pratique revient à imputer au prorata de leurs temps respectifs d'utilisation la recette perçue du centre hospitalier et qui devrait être affectée à la seule dette de l'hôpital envers le GIE.

5.5.3.4 LES RECETTES : LE CENTRE HOSPITALIER N'EST PAS EN CAPACITE DE VERIFIER LES RECETTES QUI LUI SONT ALLOUEES

L'essentiel des recettes portées sur les états de répartition du GIE est constitué de forfaits techniques.

La chambre a vérifié l'exactitude de la facturation en comparant le nombre des forfaits techniques alloué par le GIE au centre hospitalier à ceux portés sur les relevés mensuels fournis par la direction de l'établissement. Ces derniers retracent le nombre d'examen et le montant des forfaits techniques perçus au titre des malades hospitalisés sur vacation libérales et ceux perçus au titre des praticiens hospitaliers ayant une activité libérale.

Des discordances sont apparues et n'ont pas pu être expliquées, le centre hospitalier n'ayant mis en œuvre aucun moyen de contrôle interne pour vérifier les ressources qui lui sont allouées par le GIE.

5.5.3.5 UN LITIGE AVEC LA CPAM

Mais, au delà de la vérification strictement comptable des données, s'est posée la question de la perception des forfaits techniques.

Pour le secteur libéral d'exercice exclusif, l'imagerie est rémunéré d'une part pour l'acte intellectuel sous forme d'honoraires perçus par le médecin radiologue selon une cotation spécifique et, d'autre part, sous forme de forfait technique perçu par l'exploitant de l'équipement dont le montant est fonction de la nature de l'équipement utilisé et du nombre d'examen pratiqués (passage à un forfait réduit au-delà de 4 500 examens).

En ce qui concerne l'IRM de Hyères, un paragraphe de l'article XVIII du règlement intérieur intitulé « *recettes du groupement* » traite de la perception des forfaits techniques et encore sous le seul angle des médecins d'exercice libéral associés au sein du GIE. Il est ainsi rédigé : « (...) *S'agissant de l'exploitation de l'IRM par les médecins membres de LA SOCIETE CIVILE DES PRATICIENS LIBERAUX DE L'IRM DE HYERES, il est convenu de donner mandat au groupement exploitant de percevoir les forfaits techniques à charge pour ce dernier de conserver sur ce forfait technique, la part des redevances imputables à leur activité et d'en reverser le solde à la SOCIETE CIVILE DES PRATICIENS LIBERAUX DE L'IRM DE HYERES, à charge pour cette dernière de répartir ce solde entre les médecins concernés ,en considération du nombre d'examens réalisés.(...) ».*

Ce point ne semble toutefois ne concerner que les membres du GIE appartenant à la « *SOCIETE CIVILE DES PRATICIENS LIBERAUX DE L'IRM DE HYERES* ».

Par lettre du 15 novembre 2004 accompagnée d'une annexe détaillant les modalités de paiement des forfaits techniques, l'agence régionale de l'hospitalisation précisait qu'en ce qui concerne les malades hospitalisés dans l'établissement « *les forfaits techniques seront facturés par le GIE à l'hôpital de Hyères tandis que les actes et les produits de contraste restent à la charge directe du budget hospitalier* ». Cette lettre est accompagnée d'une annexe récapitulant les divers modes de perception des forfaits techniques.

Le 27 juin 2007, la CPAM du Var a précisé dans un courrier adressé à la chambre: « *Conformément à votre demande du 15/06/2007, nous vous prions de trouver ci-joint le recensement des forfaits techniques remboursés au GIE IRM du bassin hyérois. Nous vous précisons qu'il s'agit des seuls remboursements de la CPAM du Var correspondant son activité non hospitalière. En effet, les forfaits relatifs aux examens réalisés par les praticiens hospitaliers, y compris dans le cadre de leur secteur privé éventuel, sont intégrés dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement.* »

L'organisme de sécurité sociale, a d'ailleurs fait parvenir à la chambre la convention relative à « *la prise en charge des examens d'imagerie par résonance magnétique* » signée le 23 juillet 2005 entre le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et le GIE du bassin hyérois.

Les articles 4 et 5 b de cette convention indiquent :

- Article 4

« (...) *Le forfait technique est pris en charge à 100 % par les organismes d'assurance maladie .Il est réglé directement au GIE :*

- *par l'organisme payeur lorsque l'examen est réalisé sur un malade non hospitalisé,*
- *par l'établissement demandeur lorsque le malade est hospitalisé dans un établissement, (...)*»

- Article 5b relatif aux « *examens pratiqués par des praticiens hospitaliers sur des malades ambulatoires hospitalisés au Centre Hospitalier d'Hyères.*

Ces examens doivent être considérés comme la continuité de l'activité hospitalière du centre hospitalier d'Hyères, effectuée dans le cadre de la co-utilisation de l'équipement appartenant au GIE et à ce titre, suivent les règles de financement fixées pour les établissements de santé publics.

En conséquences les frais occasionnés par ces examens : forfait technique et honoraires, sont intégrés dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement, à l'exception : des honoraires, lorsque les examens sont réalisés par un praticien hospitalier dans le cadre de son activité libérale, (...) ».

Il ressort des dispositions rappelées ci-dessus que les forfaits techniques liés aux examens réalisés par les praticiens hospitaliers, en ambulatoire ou sur des patients hospitalisés doivent être intégrés dans les dépenses de fonctionnement de l'établissement, y compris lorsque le praticien agit dans le cadre de son secteur privé.

Ces dispositions semblent avoir été méconnues. Après avoir effectué des recherches dans sa base des remboursements, la CPAM a constaté que des remboursements avaient bien été opérés au profit du GIE pour des actes relevant du secteur libéral des praticiens hospitaliers.

Début 2008 elle a donc intenté à l'encontre du GIE une action en répétition d'indu, pour la somme de 456 126 euros.

Toutefois, la CPAM a indiqué à la chambre en juillet 2008 « *que l'établissement ayant fait valoir que ces forfaits techniques n'avaient à aucun moment fait l'objet d'une valorisation dans leur dotation, il n'y avait pas eu de double prise en charge par l'Assurance maladie.*

En conséquence, sur recommandation de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, il a été décidé de suspendre la procédure d'indu dans l'attente d'un contrôle de ces déclarations par cette dernière et de leur confirmation écrite par l'hôpital ».

Il reste que ce litige fait peser un risque non négligeable de remboursement sur le GIE et, par conséquent, sur l'Hôpital.

5.5.4 Un résultat net nul

| | 2005 | 2006 |
|--------------------------------|-------------|-------------|
| Résultat d'exploitation | 73 005 | 142 390 |
| Résultat financier | -73 018 | - 142 390 |
| Résultat exceptionnel | 13 | 0 |
| Résultat net | 0 | 0 |

Par la suite de la symétrie entre le résultat d'exploitation et le résultat financier durant les deux exercices clôturés, le GIE ne dégage aucun résultat net et donc n'est soumis à aucune imposition.

Le Président,

Bertrand SCHWERER

Annexe I

SOLDES INTERMEDIAIRES DE GESTION (Toutes activités confondues)

| Soldes | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Produits des tarifications à l'activité pris en charge par l'assurance-maladie (A) | 0 | 0 | 0 | 10 721 | 14 308 |
| . Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B) | 0 | 0 | 0 | 24 557 | 20 769 |
| .Sous-total MCO & HAD (A + B) | 0 | 0 | 0 | 35 277 | 35 078 |
| Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (C) | 3 692 | 3 497 | 3 716 | 4 497 | 5 256 |
| Sous-total variable selon l'activité (A + C) | 3 692 | 3 497 | 3 716 | 15 217 | 19 564 |
| MIGAC | 0 | 0 | 0 | 1 465 | 3 214 |
| Forfaits annuels | 48 | 61 | 58 | 2 119 | 1 808 |
| Dotation annuelle de financement(DAF) | 31 807 | 34 156 | 38 638 | 0 | 0 |
| Produits afférents aux soins (CRA) | 2 497 | 2 585 | 2 697 | 2 765 | 2 882 |
| Produits afférents à la dépendance | 846 | 895 | 910 | 934 | 974 |
| Produits de l'hébergement | 2 597 | 2 613 | 2 620 | 2 688 | 2 761 |
| Autres produits de tarification des CRA | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Ventes de marchandises | 2 406 | 2 046 | 2 142 | 2 657 | 1 899 |
| Autres produits | 224 | 294 | 243 | 263 | 826 |
| Produits bruts d'exploitation | 44 116 | 46 148 | 51 022 | 52 666 | 54 698 |
| Consommations en provenance de tiers | 8 032 | 8 240 | 9 536 | 9 860 | 9 559 |
| Charges externes | 2 911 | 3 247 | 3 003 | 3 455 | 4 254 |
| Remboursements de frais des CRA | -121 | -126 | -166 | -191 | 227 |
| - Consommations intermédiaires | 11 064 | 11 612 | 12 706 | 13 505 | 13 586 |
| = VALEUR AJOUTEE | 33 052 | 34 535 | 38 316 | 39 161 | 41 112 |
| + Subventions d'exploitation | 587 | 655 | 261 | 205 | 110 |
| - Impôts et taxes | 39 | 41 | 42 | 43 | 52 |
| - Charges de personnel | 33 525 | 35 779 | 38 606 | 40 490 | 39 785 |
| = EXCEDENT BRUT D EXPLOITATION | 75 | -631 | -70 | -1 168 | 1 385 |
| + Autres produits de gestion courante | 2 003 | 1 737 | 2 309 | 2 635 | 872 |
| - Autres charges de gestion courante | 344 | 515 | 481 | 1 002 | 162 |
| = MARGE BRUTE | 1 733 | 591 | 1 758 | 465 | 2 094 |
| + Reprises sur amortissements et provisions et transferts de charges d'exploitation | 269 | 235 | 292 | 315 | 0 |
| - Dotations aux amortissements | 1 989 | 1 728 | 2 077 | 2 657 | 2 127 |
| - Dotations aux provisions et dépréciations | 124 | 55 | 421 | 217 | 0 |
| = RESULTAT D EXPLOITATION | -111 | -957 | -448 | -2 094 | -32 |
| + Produits financiers | 0 | 0 | 2 857 | 0 | 0 |
| - Charges financières | 1 060 | 1 126 | 3 895 | 663 | 1 211 |
| = RESULTAT COURANT | -1 171 | -2 084 | -1 485 | -2 757 | -1 243 |
| + Produits exceptionnels | 1 700 | 657 | 565 | 1 071 | 1 108 |
| - Charges exceptionnelles | 248 | 626 | 612 | 146 | 431 |
| = RESULTAT EXCEPTIONNEL | 1 452 | 31 | -47 | 925 | 678 |
| RESULTAT NET | 281 | -2 052 | -1 532 | -1 832 | -565 |

Annexe II

CAPACITE D'AUTOFINNACEMENT

| Formation de la capacité d'autofinancement | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Excédent brut d'exploitation | 75 | -631 | -70 | -1 168 | 1 385 |
| + Transferts de charges d'exploitation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| + Autres produits d'exploitation | 2 003 | 1 737 | 2 309 | 2 635 | 872 |
| -Autres charges d'exploitation | 344 | 515 | 481 | 1 002 | 162 |
| + Produits financiers (sauf reprises) | 0 | 0 | 2 857 | 0 | 0 |
| - Charges financières (sauf dotations) | 1 060 | 1 126 | 3 895 | 663 | 639 |
| + Produits exceptionnels (sauf reprises et opérations en capital) | 393 | 657 | 559 | 1 071 | 1 096 |
| - Charges exceptionnelles (sauf dotations et opérations en capital) | 248 | 414 | 611 | 146 | 431 |
| CAPACITE D'AUTOFINNACEMENT | 818 | -293 | 668 | 727 | 2 121 |

| Affectation de la capacité d'autofinancement | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Résultat de l'exercice | 281 | -2 052 | -1 532 | -1 832 | -565 |
| + Valeur comptable des éléments d'actif cédés | 0 | 212 | 1 | 0 | 0 |
| + Dotations aux amortissements et aux provisions | 2 113 | 1 783 | 2 498 | 2 874 | 2 698 |
| - Produits des cessions d'éléments d'actif | 1 307 | 0 | 6 | 0 | 1 |
| - Quote-part des subventions virées au compte de résultat | 0 | 0 | 0 | 0 | 11 |
| - Reprises sur amortissements et provisions | 269 | 235 | 292 | 315 | 0 |
| CAPACITE D'AUTOFINNACEMENT | 818 | -293 | 668 | 727 | 2 121 |

Annexe III a

BILAN FONCTIONNEL - ACTIF

| ACTIF | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| IMMOBILISATIONS INCORPORELLES | 476 | 553 | 3 439 | 2 503 | 1 932 |
| Immobilisations incorporelles | 476 | 553 | 582 | 218 | 218 |
| Charges à répartir | 0 | 0 | 2 857 | 2 286 | 1 714 |
| Primes de remboursement des obligations | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IMMOBILISATIONS CORPORELLES | 49 583 | 52 214 | 49 566 | 49 931 | 50 667 |
| Terrains | 661 | 507 | 487 | 487 | 487 |
| Immobilisations en cours / terrains | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Constructions | 32 520 | 32 830 | 32 316 | 32 616 | 32 776 |
| Constructions en cours | 0 | 45 | 477 | 561 | 579 |
| Installations, matériel, outillage, et autres immobilisations | 16 402 | 18 832 | 16 286 | 16 220 | 16 749 |
| Installations, matériel et autres immobilisations en cours | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Avances et acomptes sur commandes d'immo. corporelles | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Immobilisations reçues en affectation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Immobilisations affectées ou mises à disposition | 0 | 0 | 0 | 48 | 75 |
| IMMOBILISATIONS FINANCIERES | 172 | 172 | 172 | 172 | 172 |
| Participations et créances rattachées | 163 | 163 | 163 | 163 | 163 |
| Autres immobilisations financières | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 |
| I - Biens stables | 50 231 | 52 939 | 53 176 | 52 606 | 52 770 |
| FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI) | 1 819 | 1 807 | 1 239 | 1 209 | 2 200 |
| Créances de l'article 58 | 2 313 | 2 278 | 2 278 | 2 278 | 2 278 |
| Créances de la sectorisation psychiatrique | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| II - Biens stables d'exploitation | 2 313 | 2 278 | 2 278 | 2 278 | 2 278 |
| FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE) | 3 077 | -166 | -1 598 | -3 529 | -4 106 |
| FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (FRNG) | 4 896 | 1 641 | -359 | -2 320 | -1 905 |
| Stocks | 594 | 727 | 663 | 1 014 | 804 |
| Hospitalisés et consultants | 1 310 | 1 187 | 1 169 | 4 124 | 5 001 |
| Caisses de Sécurité Sociale | 1 713 | 1 550 | 1 784 | 3 056 | 4 619 |
| Départements | 865 | 607 | 612 | 762 | 530 |
| Mutuelles et autres tiers-payants | 1 406 | 1 023 | 1 159 | 1 486 | 1 230 |
| Créances irrécouvrables admises en non-valeur | 0 | 48 | 0 | 0 | 96 |
| Etat et collectivités locales | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Autres créances | 1 595 | 2 133 | 1 798 | 2 078 | 1 484 |
| Dépenses à classer | 3 | 71 | 133 | 144 | 305 |
| III - Créances | 7 485 | 7 346 | 7 318 | 12 664 | 14 070 |
| Valeurs mobilières de placement | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Disponibilités | 3 363 | 1 825 | 434 | 464 | 875 |
| Dotations attendues | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IV - Liquidités | 3 363 | 1 825 | 434 | 464 | 875 |
| TOTAL ACTIF | 63 392 | 64 387 | 63 206 | 68 011 | 69 993 |

Annexe III b

BILAN FONCTIONNEL - PASSIF

| PASSIF | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|---|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| Apports | 14 838 | 14 838 | 14 852 | 14 852 | 14 852 |
| Excédents affectés à l'investissement | 2 978 | 4 025 | 4 054 | 4 055 | 4 066 |
| Subventions d'investissement | 12 | 12 | 108 | 108 | 98 |
| Emprunts et dettes assimilées | 14 449 | 14 523 | 16 700 | 15 715 | 14 717 |
| Amortissements | 19 772 | 21 347 | 18 701 | 19 085 | 21 238 |
| Dépréciations | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| I - Financements stables | 52 050 | 54 745 | 54 415 | 53 815 | 54 971 |
| Réserve de trésorerie | 3 174 | 3 174 | 3 174 | 3 174 | 2 479 |
| Réserve de compensation | 130 | 15 | 29 | 18 | 66 |
| Report à nouveau excédentaire | 33 | 361 | 2 | 20 | 74 |
| Report à nouveau déficitaire | -70 | -987 | -2 666 | -4 207 | -5 457 |
| Résultat comptable | 281 | -2 052 | -1 532 | -1 832 | -565 |
| Provisions règlementées | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Provisions pour risques et charges | 1 724 | 1 544 | 1 673 | 1 575 | 1 575 |
| Autres dépréciations | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| II - Financements stables d'exploitation | 5 391 | 2 112 | 680 | -1 251 | -1 828 |
| Dettes fournisseurs et comptes rattachés | 2 404 | 2 436 | 2 864 | 5 195 | 6 851 |
| Dettes fiscales et sociales | 1 314 | 1 532 | 3 113 | 3 091 | 3 087 |
| Avances reçues | 15 | 6 | 9 | 4 703 | 5 850 |
| Dettes sur immobilisations et comptes rattachés | 146 | 1 453 | 309 | 476 | 105 |
| Autres dettes diverses | 444 | 301 | 326 | 435 | 470 |
| Recettes à classer ou à régulariser | 1 344 | 1 509 | 1 245 | 1 371 | 323 |
| III - Dettes | 5 667 | 7 238 | 7 867 | 15 271 | 16 686 |
| BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT | 1 817 | 108 | -549 | -2 608 | -2 616 |
| Fonds en dépôt | 65 | 73 | 136 | 71 | 57 |
| Intérêts courus non échus | 219 | 219 | 109 | 105 | 107 |
| Crédits de trésorerie | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| IV - Financements à court terme | 284 | 293 | 245 | 176 | 164 |
| TRESORERIE | 3 079 | 1 533 | 189 | 288 | 711 |
| TOTAL PASSIF | 63 392 | 64 387 | 63 206 | 68 011 | 69 993 |

Annexe IV

TABEAU DE FINANCEMENT

| EMPLOIS | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Insuffisance d'autofinancement | 0 | 293 | 0 | 0 | 0 |
| Titre I - Remboursement des dettes financières | 1 524 | 1 486 | 1 581 | 1 764 | 3 115 |
| - Remboursement d'emprunts hors CLTR | 1 524 | 1 486 | 1 581 | 1 764 | 3 115 |
| - CLTR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Titre II - Immobilisations | 1 738 | 3 073 | 2 103 | 1 703 | 709 |
| - Immobilisations incorporelles | 62 | 77 | 29 | 42 | 0 |
| - Terrains | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Agencements et aménagements de terrains | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Constructions sur sol propre | 285 | 521 | 431 | 300 | 160 |
| - Constructions sur sol d'autrui | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Installations techniques, matériel et outillage industriel | 535 | 1 629 | 652 | 599 | 222 |
| - Autres immobilisations corporelles | 856 | 801 | 561 | 726 | 308 |
| - Immobilisations en cours | 0 | 45 | 431 | 84 | 18 |
| Titre III : Autres emplois | 0 | 0 | 2 869 | 0 | 0 |
| - Participations et créances rattachées à des participations | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Autres immobilisations financières | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Charges à répartir sur plusieurs exercices | 0 | 0 | 2 857 | 0 | 0 |
| - Annulations sur exercices clos | 0 | 0 | 12 | 0 | 0 |
| TOTAL DES EMPLOIS | 3 262 | 4 851 | 6 553 | 3 468 | 3 824 |
| TOTAL DES EMPLOIS hors CLTR | 3 262 | 4 851 | 6 553 | 3 468 | 3 824 |
| APPORT AU FONDS DE ROULEMENT | 0 | 0 | 0 | 0 | 415 |

| RESSOURCES | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
|--|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Capacité d'autofinancement | 818 | 0 | 668 | 727 | 2 121 |
| Titre I - Emprunts | 1 028 | 1 560 | 3 757 | 780 | 2 116 |
| - Emprunts hors CLTR | 1 028 | 1 560 | 3 757 | 780 | 2 116 |
| - CLTR | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Titre II - Dotations et subventions | 12 | 0 | 123 | 0 | 0 |
| - Apports | 0 | 0 | 14 | 0 | 0 |
| - Subventions d'équipement reçues | 12 | 0 | 108 | 0 | 0 |
| Titre III - Autres ressources | 1 307 | 0 | 6 | 48 | 1 |
| - Créances rattachées à des participations | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Autres immobilisations financières | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| - Cessions d'immobilisations | 1 307 | 0 | 6 | 48 | 1 |
| - Annulations sur exercices clos | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| TOTAL DES RESSOURCES | 3 165 | 1 560 | 4 553 | 1 555 | 4 238 |
| TOTAL DES RESSOURCES hors CLTR | 3 165 | 1 560 | 4 553 | 1 555 | 4 238 |
| PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT | 97 | 3 291 | 2 000 | 1 913 | 0 |

Annexe V

« Il semble a priori que le projet 3 Bouygues doive être écarté puisque ne répondant pas aux obligations du Cahier des Charges sur la limite du périmètre d'intervention.

Par contre le choix semble plus difficile entre les projets 1 et 2 qui ne sont pas totalement satisfaisants et doivent être retravaillés à partir d'un plan de géomètre précis et en intégrant une réflexion sur les problèmes de trafic routier induits sur l'avenue Riondet.

Si le projet 1 Peyraud/Archisud ne répond pas à toutes les obligations du cahier des charges qui imposent le maintien du pavillon Jaubert et du POS pour la desserte de l'IFSI, c'est sans aucun doute celui qui du seul point de vue de l'urbanisation, est le moins dommageable au site, et le plus facile à retravailler pour aboutir à une intégration totale.

Le programme annoncé de 5 000 m² HO, peut correspondre à environ 55/60 logements de résidence principale, et devrait poser le moins de problème de trafic.

Par ailleurs le prix annoncé 8 000 000 F HTVA (1 600 F HTVA/m² SHON) est au mètre carré de SHONB réalisé, largement supérieur aux deux autres.

Le projet 2 SAE Immobilier respecte les plateformes et maintient le pavillon Jaubert, mais comme le précédent il doit être retravaillé pour affiner les principes d'implantation et revoir le synoptique des logements pour éviter les orientations Nord. Le programme annoncé de 8 000 m² correspond à une centaine de logements de résidence principale. Le prix annoncé de 8 500 000 F HTVA (984 F HTVA/m HO) est en valeur absolue légèrement supérieur au précédent. »