

Monsieur le Directeur  
du Centre hospitalier  
de FOUGERES  
35300 FOUGERES

Par lettre du 21 janvier 1998, j'ai porté à votre connaissance les observations provisoires de la chambre régionale des comptes sur la gestion de votre établissement, conformément à la procédure contradictoire prévue par le code des juridictions financières.

Après avoir examiné les réponses écrites apportées à ces observations provisoires, la chambre a arrêté dans sa séance du 29 mai 1998 ses observations définitives.

Je vous rappelle que l'examen de la gestion a porté sur les points suivants :

- I. L'ACTIVITE DES SERVICES DE COURT SEJOUR
- II. LA PLACE DU CENTRE HOSPITALIER DANS L'ORGANISATION SANITAIRE
- III. LA SITUATION BUDGETAIRE ET FINANCIERE
- IV. LES TRAVAUX D'ECONOMIE D'ENERGIE

Les observations retenues à titre définitif sont détaillées en six pages jointes à cette lettre de transmission.

En application de l'article L. 241-11 du code des juridictions financières, ces observations devront être communiquées au conseil d'administration dès sa plus proche réunion. Elles feront l'objet d'une inscription à l'ordre du jour et seront jointes à la convocation adressée à chacun de ses membres.

Par ailleurs, en application de l'article 117 du décret n° 95-945 du 23 août 1995, la présente lettre étant communicable aux tiers dès qu'aura eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante suivant sa réception, je vous saurais gré de bien vouloir m'informer de la date à laquelle se sera tenue cette réunion.

Je précise, en outre, que conformément aux dispositions de l'article 127 du décret précité, une copie de ces observations est transmise au préfet ainsi qu'au trésorier-payeur général du département d'Ille-et-Vilaine.

Roger COMBEL

OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA  
CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES DE BRETAGNE  
(exercices 1992 et suivants)

SOMMAIRE

- I. L'ACTIVITE DES SERVICES DE COURT SEJOUR
- II. LA PLACE DU CENTRE HOSPITALIER DANS L'ORGANISATION SANITAIRE
- III. LA SITUATION BUDGETAIRE ET FINANCIERE
- IV. LES TRAVAUX D'ECONOMIE D'ENERGIE

-----

I - L'ACTIVITE DES SERVICES DE COURT SEJOUR

Entre 1992 et 1996, l'activité de court séjour (MCO) évolue favorablement. Le nombre des entrées progresse globalement de 9%, la durée moyenne de séjour s'établit à 6,85 jours en fin de période, l'établissement présente un taux d'occupation de 82,98%. Cependant, l'activité du service de chirurgie viscérale, créé à la suite du regroupement des unités de chirurgie A (orientation urologie) et B (orientation digestive et vasculaire) reste faible au regard des taux-cibles. En dépit de l'apport de compétences médicales nouvelles (nomination d'un chirurgien temps plein à titre provisoire), le taux d'occupation pour la seule hospitalisation complète (73,15%) reste en-deçà du taux-cible de 85%. Il demeure également quelques interrogations sur l'orientation de ce service ; le projet de création d'un temps médical de trois demi-journées dans le cadre d'un réseau urologie mis en oeuvre en coopération avec le CHR de Rennes

(délibération du 21 juin 1996) ayant été abandonné.

## II - LA PLACE DU CENTRE HOSPITALIER DANS L'ORGANISATION SANITAIRE

A - Le projet médical, pierre angulaire du projet d'établissement, a fait l'objet d'une réflexion approfondie, mais celle-ci apparaît cependant souvent en décalage par rapport aux décisions prises en matière de planification sanitaire.

a - Une mission concernant le plan directeur avait été confiée en 1991 à un cabinet spécialisé. En l'absence d'indications sur l'évolution de la carte sanitaire, cette démarche pouvait être considérée comme largement prématurée, d'autant que le projet d'établissement n'avait jamais été formalisé.

b - En 1994, à l'occasion de la mise en oeuvre du schéma régional d'organisation sanitaire (arrêté préfectoral du 17 octobre 1994), les établissements sanitaires de FOUGERES et VITRE ont été classés pôle d'équilibre à titre provisoire. L'annexe au schéma précise toutefois que ce classement ne deviendra définitif qu'après la mise en oeuvre d'actions de complémentarité entre les deux sites.

En fait, sans attendre les décisions des autorités sanitaires, le centre hospitalier de FOUGERES a confié le 21 février 1994 à une société spécialisée une convention d'assistance technique pour l'élaboration du projet d'établissement et du programme capacitaire. L'exécution de cette commande publique a été perturbée par la liquidation judiciaire de ladite société et sa reprise par une autre société qui a produit le rapport final.

Nonobstant ces éléments de contexte, l'utilité opérationnelle de cette étude d'un coût de 139.757F reste à démontrer. Outre le fait que l'analyse de l'activité a été menée à partir d'informations que détenaient vraisemblablement les autorités compétentes (DDASS, Inspection de la santé, CRAM et contrôle médical) et qu'elle reformule, sans innovation notable, les points forts et les points faibles de l'établissement, cette étude n'évoque pas les voies possibles d'une coopération avec les établissements voisins.

c - En avril 1996, l'établissement a fait l'objet d'une mission d'enquête diligentée par le préfet d'Ille-et-Vilaine. A cette occasion les services de l'Inspection départementale de la santé et du contrôle

médical ont porté une attention particulière sur la gestion médicale et l'organisation des soins.

Cette même année, les établissements de FOUGERES et VITRE ont confié à un cabinet d'audit la mission de définir un projet médical commun. Cette mission, d'un coût de 238.305F pour le seul hôpital de FOUGERES a débouché sur quelques préconisations de portée générale (acquisition d'un scanner mobile, organisation d'une filière de rééducation commune, intégration du pôle VITRE-FOUGERES dans un réseau de soins orienté vers le secteur de RENNES).

Sans méconnaître les retombées positives de la démarche (renouer le dialogue entre les équipes médicales et soignantes des deux établissements), la chambre s'interroge également sur l'intérêt stratégique d'une telle étude alors que les orientations en matière de planification de l'offre de soins n'avaient pas encore été arrêtées par les autorités sanitaires. Or, la recherche de l'efficacité et la bonne utilisation des fonds publics supposent que le projet d'établissement, relevant de la compétence de l'établissement, soit en cohérence avec les objectifs définis par les autorités sanitaires.

B - En définitive, trois ans après la mise en oeuvre du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), la chambre ne peut que constater le retard avec lequel l'offre de soins se réorganise.

Alors que la complémentarité entre les établissements de FOUGERES et VITRE constituait une dimension essentielle de la planification sanitaire, les réalisations apparaissent très modestes et limitées à l'informatique médicale et à la cardiologie. Récemment, certains dossiers semblent avoir connu une évolution positive (partage d'un temps de pédiatre, complémentarités à l'étude en ce qui concerne le domaine biomédical, le laboratoire, la mise en oeuvre d'une astreinte commune de gastro-entérologie).

Comme vous l'a souligné le directeur au cours du contrôle, les ambitions initiales se sont heurtées à des contraintes externes difficilement maîtrisables (autonomie juridique des établissements, habitudes culturelles des populations, refus de coopérer de la clinique).

### III -LA SITUATION BUDGETAIRE ET FINANCIERE

L'examen des comptes administratifs les plus récents fait apparaître une situation budgétaire en voie d'assainissement (amélioration des résultats, réduction des déficits à incorporer). Ce constat doit être cependant nuancé en raison du caractère récurrent de reports de charges qui affectent la sincérité des comptes présentés et hypothèquent l'avenir.

A -En raison de difficultés budgétaires, l'établissement a été conduit à suspendre le mandatement de la taxe sur les salaires à compter de l'exercice 1994.

Depuis lors, la situation a évolué ; l'établissement est parvenu à mandater, sur les crédits de l'exercice 1996, la taxe de l'année 1996 et la dette résiduelle d'un montant de 12MF a fait l'objet d'un début d'apurement. En effet, l'établissement a bénéficié en 1996 et 1997 d'une dotation non reconductible afin de lui permettre de respecter l'échéancier de cinq ans fixé par la trésorerie générale. Il est toutefois surprenant que les versements effectués (2,5MF par an) ne correspondent pas aux dotations accordées (3MF en 1996, 3,5MF en 1997) pour faire face au remboursement de cette dette. Les crédits résiduels ont été affectés à un compte de provision pour risques et charges.

Cette situation n'est pas satisfaisante sur le plan comptable. Il appartient à l'établissement de constater intégralement la dépense concernant le solde de la taxe non versée à ce jour, soit 7,1MF, le déficit en résultant faisant l'objet ensuite d'une reprise selon la réglementation en vigueur. Il reviendra ensuite au centre hospitalier de dégager les moyens correspondants afin de respecter les délais de paiement octroyés.

B - La situation budgétaire est également affectée par l'insuffisance du rattachement de la prime de service à l'exercice concerné.

Au fil du temps, cette anomalie tend cependant à s'estomper. Ainsi en 1996, la part de prime non rattachée n'est plus que de 23% contre 96% en 1993. Selon les propres estimations de l'établissement recueillies pendant le contrôle, le report constaté (prime 1996 réglée au compte 6728 de 1997) était de 997.120F (188.160F pour le budget principal, 353.652F pour le budget long séjour, 455.308F pour le budget maison de retraite).

#### IV - LES TRAVAUX D'ECONOMIE D'ENERGIE

A -La proposition de la société BERRY est assise sur un diagnostic contestable.

En 1990, l'établissement a procédé à la construction d'une nouvelle maison de retraite et il est apparu que les groupes électrogènes existants manquaient de puissance, en cas de panne du secteur, pour alimenter en électricité les constructions nouvelles. Dès lors, une réflexion d'ensemble sur la gestion de l'énergie s'est imposée, préparée par un audit énergétique réalisé par la société BERRY INGENIERIE. Cet audit a conclu à l'exigence d'acquérir de nouveaux groupes électrogènes et de réaliser des travaux d'économies d'énergie avec la mise en oeuvre d'une gestion technique centralisée (GTC). Les travaux ainsi définis, d'un montant de 5,2MF, devaient se traduire par une économie d'énergie annuelle de 630KF soit une période d'amortissement de 8,4 ans. Ils ont été financés par un crédit bail pour un coût cumulé de 9,7MF sur 15 ans.

Afin d'obtenir un avis sur un projet engageant l'hôpital de manière importante, une mission a été confiée à une société spécialisée en avril 1993. Force est de constater que les conclusions formulées par cette société divergent significativement de celles avancées par l'audit BERRY (...absence d'indication sur la réelle utilité de la GTC, absence des paramètres qui permettront de générer des économies, calcul des économies réalisables sur le poste électricité pour une version tarifaire qui n'est plus d'actualité...). Cette mission est cependant intervenue alors que l'hôpital se trouvait déjà engagé à l'égard de la société BERRY (convention de réalisation du 13 février 1991) et du crédit-bailleur (contrat du 26 juin 1991).

B - Le dispositif juridique retenu appelle des remarques sur les points suivants :

a -Le conseil d'administration n'a été saisi du dossier que le 19 avril 1991 c'est à dire postérieurement à la signature de la convention de réalisation signée avec la société BERRY. De plus, la délibération se limite à une présentation générale du projet sans indications précises ni sur les conséquences budgétaires, ni sur les modalités de choix de l'opérateur.

b - La mission confiée à la société BERRY n'est pas clairement

définie dans les documents contractuels.

En effet, le montage financier mis en place est à l'origine de l'incertitude juridique qui pèse sur cette opération : l'organisme de crédit a en effet versé la totalité des sommes contractuelles à la société BERRY, désigné dans le contrat de crédit-bail comme l'unique fournisseur de l'opération. Cette société apparaît donc comme un "ensemblier", ce qui explique que les versements aient été effectués à son compte. Mais dans cette hypothèse, le contrat aurait dû être attribué après appel d'offres public ce qui n'a pas été le cas.

Si, au contraire, la société BERRY n'a été que le maître d'oeuvre de l'opération, et a donc agi comme simple mandataire de l'établissement, les travaux auraient dû être dévolus après appel d'offres, ce qui n'a pas été non plus le cas. Les travaux (fourniture et installation des groupes électrogènes, installations électriques, GTC et chauffage) ont en effet été réalisés par cinq entreprises choisies sans mise en compétition.

L'absence de liens contractuels entre l'hôpital et ces entreprises a favorisé certaines incompréhensions. Ainsi, le fournisseur des groupes électrogènes a prétendu qu'il pouvait disposer des anciens groupes. L'établissement est parvenu, non sans difficultés, à récupérer auprès de ladite société une somme de 355KF correspondant au prix de reprise de ces matériels.

c - Les dispositions juridiques du contrat de crédit-bail ont conduit l'organisme public à assumer indûment un risque financier.

La convention de réalisation signée avec la société BERRY est adossée à un contrat de crédit-bail conclu au terme d'un appel d'offre publié le 31 mai 1991. Cette consultation peut être critiquée sur deux points. D'une part, la procédure d'urgence a été utilisée de manière abusive, la convention de réalisation ayant été acceptée par l'ordonnateur le 18 mars 1991. D'autre part, les propositions des trois organismes de crédit ne mentionnent pas le prix effectif consenti (rapport du coût effectif de l'emprunt avec le capital emprunté) qui aurait permis à l'hôpital notamment de comparer le coût réel du crédit-bail avec celui d'un emprunt classique pour le même volume à financer.

Dans cette opération, le centre hospitalier a supporté tous les

risques d'une éventuelle défaillance du fournisseur principal. Le contrat de crédit-bail précise que, dans le cas où la réception n'aura pas été prononcée, la personne publique s'engage à rembourser les acomptes déjà versés par l'organisme financier au fournisseur. Or, la société BERRY (article XII de la convention de réalisation) a été payée par le crédit-bailleur selon un échéancier sans aucun lien avec la réalisation des travaux (90% du montant devaient être réglées avant la réception de l'installation). Fort heureusement, s'agissant de cette opération menée en 1991, l'établissement n'a pas eu à connaître la défaillance de la société BERRY qui est intervenue plus tardivement (réglement judiciaire du 13 juin 1995). Pour autant, les conditions étaient réunies à l'époque pour que le centre hospitalier de FOUGERES connaisse un sinistre financier analogue à celui d'autres hôpitaux français.

C - L'obligation de résultat à laquelle était soumise la société BERRY en matière d'économie d'énergie apparaît largement formelle.

a - Si la société BERRY s'engage sur les résultats en matière d'économie d'énergie (pendant le temps de retour sur investissement) par contrat d'assurance, les conditions de la mise en oeuvre de cette garantie sont telles qu'elles rendent impossible tout recours contre le fournisseur. Ainsi, chaque modification postérieure des installations hospitalières doit être notifiée au fournisseur, ce qui entraîne un nouveau calcul d'économies d'énergie. Dans un environnement nécessairement évolutif, cette disposition rend complexe tout suivi de consommations. Il n'est pas non plus acquis que l'établissement ait informé complètement la société BERRY de toutes les opérations liées à la restructuration (notamment, l'installation du laboratoire). Il s'est ainsi privé en 1993, alors qu'il était destinataire d'un rapport mettant en doute la pertinence du dispositif retenu, de la possibilité de mettre en oeuvre la clause de garantie.

b - La procédure de garantie à laquelle était soumise la société BERRY INGENIERIE impliquait l'obligation pour l'établissement de signer une convention d'assistance avec la société BERRY ASSISTANCE chargée de restituer les résultats. D'une part, cette convention relative à un marché signée le 17 janvier 1992 aurait dû être transmise à l'autorité de tutelle en application de l'article L. 714-10 du code de la santé publique. L'absence de transmission de cet acte lui fait perdre son caractère exécutoire et entraîne l'irrégularité des paiements d'un montant total de 130.001,44F. D'autre part, est critiquable le procédé

qui consiste à confier à une société du groupe BERRY l'évaluation des économies alors que cet opérateur est tenu à une garantie de résultat. Cette confusion des rôles est contraire au principe du contrôle interne, elle interdisait à l'hôpital de mettre en concurrence ces prestations d'assistance dont au surplus, l'utilité reste à démontrer.

c - En définitive, alors que le centre hospitalier est engagé financièrement par le contrat de crédit-bail jusqu'en 2006 (loyer annuel de 645.102F), il est très difficile de dresser un bilan afin notamment de valider les économies d'énergie qui devaient compenser le coût des travaux. Entre 1990 et 1996, selon les informations recueillies pendant le contrôle, il peut seulement être constaté une économie annuelle de 144.858F des dépenses de gaz et d'électricité. Il est vrai cependant que, pendant cette période, l'environnement hospitalier a beaucoup changé et ne permet pas des comparaisons homogènes de consommation. Si l'établissement a vraisemblablement dégagé des économies d'énergie, cela tient à la combinaison de différents éléments (installation de nouveaux groupes électrogènes, GTC et surtout négociation d'un contrat EJP plus avantageux avec EDF). Dès lors, la chambre est conduite à s'interroger sur le bien-fondé du recours au dispositif proposé par la société BERRY, inapplicable en raison de la complexité des procédures et potentiellement risqué pour les finances de l'établissement.