

**Rapport d'observations définitives de la Chambre régionale
des Comptes de Bretagne relatives à l'examen de la gestion
du CHU de Rennes pour les exercices 2011 et suivants**

**Remarques formulées en qualité d'ordonnateur du 1^{er} janvier
2011 au 30 novembre 2014**

ACTIVITE DU CHU DANS SON ENVIRONNEMENT

-Obstétrique : les conditions hôtelières à l'hôpital Sud peuvent en effet être un facteur limitatif d'attractivité. Jusqu'en 2009 le CHU comptait deux Maternités (Hôtel-Dieu et hôpital Sud) et la réanimation néo-natale se situait à Pontchaillou. Les conditions techniques d'activité et les normes sécuritaires étaient loin d'être remplies, a fortiori pour une autorisation de niveau 3. Le regroupement sur l'hôpital Sud a dès lors privilégié les investissements sur les plateaux techniques auxquels se sont ajoutées les améliorations pour l'accueil des urgences et des consultations.

Par ailleurs le secteur privé (mutualiste et commercial) est loin d'être absent en terme d'offre de soins. La somme de l'activité des cliniques est au moins égale à celle du CHU (cf annexe 2 du rapport de la Chambre). La Sagesse notamment se positionne clairement dans une dynamique concurrentielle.

-Organisation des blocs opératoires : l'optimisation de l'activité chirurgicale était l'un des trois axes majeurs, à côté de la recherche et de la cancérologie, du projet d'établissement 2012-2016. Un travail sur le sujet a été entrepris dès 2012 avec l'appui d'un consultant, suite à une étude comparative régionale initiée par l'ARS en 2011. Les équipes des blocs ont intégré, avec des résultats certes inégaux, les outils de pilotage comme le TROS. Les objectifs d'amélioration portaient plus sur la mise en œuvre des ressources humaines que sur l'occupation physique des salles.

Le regroupement de l'activité traumatologique sur le seul site de Pontchaillou (fermeture des sites de l'Hôtel-Dieu puis de l'hôpital Sud) en 2013-2014, relevait de la même démarche, avec une mission de l'ANAP en accompagnement de l'ouverture du nouveau service.

-Gestion des moyens : en 2011 le CHU a entrepris, après un audit extérieur, un travail d'amélioration de l'organisation et de la gestion de ses activités, à iso-configuration architecturale. Cette intervention se situait après le plan de retour à l'équilibre portant sur la maîtrise de l'évolution de la masse salariale, ayant fortement affecté le climat social. L'objectif était de démontrer que le personnel n'était pas la

seule « variable d'ajustement », mais aussi de ne pas remettre à un projet lointain des mesures opérationnelles réalisables à court terme. Ainsi dès 2012 était entamée une politique de mutualisation des lits au niveau de plusieurs pôles, et d'incitation à la sortie des patients le matin. Parmi les décisions prises figurait également l'intégration des lits de chirurgie vasculaire dans le bâtiment CCP, sur fond de réduction capacitaire.

PILOTAGE

-Contrôle de gestion : les pôles sont avant tout des structures d'organisation médicale et soignante autour de la prise en charge des patients. « *La dimension financière et économique et la logique de coût* » pour nécessaires qu'elles soient, ne peuvent être le seul moteur des « *actions de management* ». *

-Comptabilité analytique : la mise en place de la T2A comme fondement principal du financement de l'activité des hôpitaux a conduit à un niveau d'exigence en matière de comptabilité analytique sur lequel il faut aujourd'hui s'interroger, au moment où les pouvoirs publics reconnaissent les limites du système.

La juste répartition des charges indirectes permettant une connaissance très fine des coûts complets n'a qu'une pertinence relative pour « *éclairer l'analyse de l'activité des pôles* ». Le choix avait donc été fait de concentrer les efforts sur la connaissance et l'exhaustivité des charges directes notamment des structures de soins et médico-techniques (RH, consommation des produits de santé). Il s'agit des charges sur lesquelles les responsables des structures ont la possibilité de peser pour améliorer le rapport coût/efficacité tout en respectant la qualité des soins.

La définition de la « *rentabilité d'un pôle ou d'un service* » qui viserait « *un meilleur pilotage de l'établissement* » et un « *meilleur positionnement sectoriel et territorial* », pourrait conduire à des choix d'activités contraires aux obligations du service public. La réponse à « *la raréfaction de la ressource* » est avant tout fondée sur les bonnes pratiques et sur l'efficacité des organisations. Au-delà de l'éclairage apporté par la comptabilité analytique, l'obligation de maîtrise des dépenses gardera un caractère global au niveau de l'établissement. Les perspectives d'évolution du financement des hôpitaux conduiront à aborder cette question

LA SITUATION FINANCIERE

-Charges de personnel à l'EHPAD : dans l'histoire de la Tauvrais et du secteur personnes âgées de l'Hôtel-Dieu, les dotations en personnel soignant étaient proches d'un service de médecine dans les unités alors dénommées long séjour et maison de retraite. Dans les conventions tarifaires signées en 2010, le CHU s'engageait à la gérer la diminution progressive de la dotation « soins » des structures devenues USLD et EHPAD et qui ne correspondaient pas à la répartition historique des activités. Il ne pouvait objectivement qu'en résulter un recul de la qualité de la prise en charge soignante des résidents, par ailleurs de plus en plus dépendants. Cette évolution a été très difficile à gérer et à expliquer aux résidents, à leurs familles et au personnel. Dans ce contexte la décision a été prise de maintenir une présence infirmière la nuit. On observera que dans le débat actuel autour du fonctionnement et du financement des EHPAD, ce dernier point est fortement évoqué.

**les mentions en italique correspondent à des citations d'éléments du rapport*

-Eléments de politique financière : le rapport de la Chambre relève plusieurs points relatifs à la période 2011-2014 qui nécessiteraient de longs commentaires et quelques rectificatifs. De manière limitative on peut citer :

-la perspective de la certification, qui a poussé le CHU à revisiter sa politique de dotation aux comptes de provisions et d'utilisation de celles-ci

-la politique d'amortissement, qui a été menée dans une optique dynamique, tout en restant conforme à la M21, et dans un objectif de bonne gestion sur le long terme

-le fonds de roulement de l'investissement négatif, qui présente certes un risque de manque de trésorerie. Mais le CHU a montré sa capacité à mobiliser les emprunts à long terme à tout moment pour abonder le FRI si nécessaire. Le besoin d'emprunt a été géré sur 18 à 24 mois, le cadre annuel n'étant pas toujours adapté au « long temps » des opérations d'investissement.

LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

-Recours au statut d'ingénieur contractuel : la fonction publique en général et hospitalière en particulier, n'a pas encore complètement intégré l'évolution des métiers et des compétences requises pour les exercer. Ceci concerne notamment des tâches qui sortent du cadre strictement « administratif » comme la communication, l'organisation, la politique de formation ou le contrôle de gestion. Les hôpitaux ont donc dû s'adapter aux réalités du marché de l'emploi. Aujourd'hui cette problématique est clairement abordée dans le cadre des projets du Gouvernement sur l'évolution de la fonction publique.

-Evolution des dépenses de personnel médical : la création importante de postes d'assistants spécialistes y a beaucoup contribué, sans générer une progression d'activité proportionnelle aux moyens supplémentaires. Le dispositif résulte à l'origine de la réforme du post-internat qui a rallongé la durée et modifié les modalités de formation dans les spécialités. Le nombre de postes de chefs de clinique dans les CHU ne permettait pas d'accueillir tous les internes concernés, et son augmentation n'entraîne pas dans les limites budgétaires du Ministère de l'Enseignement Supérieur.

En retour, le partage de ces postes entre les CHU et les autres hôpitaux a généré une organisation bénéfique dans le cadre d'une politique de collaboration territoriale.

-Consultanat des PU-PH : cette disposition statutaire, sur laquelle on a pu s'interroger, a fait l'objet en 2003 d'un protocole d'accord entre les deux Ministères concernés et les syndicats représentatifs des PU-PH, pour clarifier la nature des fonctions. Afin d'éviter les inconvénients pouvant résulter du maintien du praticien dans son service, il est préconisé de lui confier des missions « transversales, interdisciplinaires, d'intérêt général ». Le CHU de Rennes a largement intégré cette orientation. Si tous les formalismes n'ont sans doute pas été respectés, les réponses apportées par les institutions hospitalières et universitaires l'ont été après un examen approfondi de la demande tant par la CME que par le Conseil de Faculté et l'avis du DG, la procédure pouvant aller jusqu'au rejet de la demande. Quant à l'aspect financier, il relève d'une enveloppe nationale.

-Rémunération du directeur général du 1^{er} décembre 2014 au 31 janvier 2016 : le rapport de la Chambre conteste les fondements de l'arrêté de la Directrice générale du CNG en date du 15 septembre 2014, accordant à l'intéressé l'utilisation de son CET, ainsi que les modalités de rémunération pendant cette période rappelées dans un courrier du 14 octobre. Par ailleurs la Chambre estime que la dite rémunération devrait être à la charge du CNG. Dans le préambule au rapport il apparaît que le CNG n'a pas été destinataire d'un extrait sur le sujet qui « *n'est d'ailleurs pas spécifique au CHU de Rennes* », comme le relève la Chambre. Les mesures prises entrent dans l'application des dispositions relatives à la réduction du temps de travail (le report des congés annuels n'intervient que marginalement dans la constitution du CET) pour les fonctionnaires de catégorie A de la fonction publique hospitalière. Pour les directeurs d'hôpital, le CNG a pris en compte les spécificités de leur exercice professionnel et de la gestion du corps.

-Gestion prévisionnelle du personnel médical : cette démarche est antérieure à des « *évolutions récentes* ». Au-delà des contraintes « *sur les plans budgétaire et démographique* » dont on voit mal comment le CHU pourrait s'affranchir, elle s'inscrit dans une dimension prospective sous le pilotage conjoint du DG, du président de la CME et des Doyens de Faculté. En 2013, un tableau pluriannuel 2013-2017 a été établi, par la direction des ressources médicales, sous l'égide de la sous-commission des effectifs médicaux de la CME, discipline par discipline, sur l'ensemble des postes HU et hospitaliers. Ce travail relevait de la mise en œuvre d'une orientation majeure du projet d'établissement 2012-2016.

En ce qui concerne plus spécifiquement les postes hospitalo-universitaires, le travail prospectif réalisé ne se limite pas à un « *lien avec la faculté de médecine* ». La réflexion est en effet menée localement, avec à Rennes des modalités plutôt étoffées notamment au niveau du conseil de faculté à travers ses commissions pédagogique et scientifique, la jonction avec la partie hospitalière étant assurée par une commission mixte Faculté-CHU. Mais ce travail se poursuit dans une approche interrégionale au niveau du GCS HUGO. C'est d'ailleurs à ce niveau que se déroule la réunion annuelle de révision des effectifs au Ministère de l'Enseignement Supérieur en présence de représentants du Ministère de la Santé. Certes la procédure est complexe et centralisée mais elle dépasse la « *simple adaptation de l'existant* ».

La prospective régionale est antérieure à la mise en place des GHT. A l'instigation de l'ARS un travail a été mené avec l'ensemble des centres hospitaliers accueillant des internes, sous la houlette des Doyens des deux facultés de médecine de Bretagne.

En interne au CHU, le fait que la marge de manœuvre soit réduite pour l'essentiel aux départs à la retraite n'empêche pas quelques redéploiements mêmes limités. La CME se prononce au vu du travail mené par sa sous-commission qui travaille sur la base des orientations du projet médical tout en intégrant les perspectives de recrutement dans les différentes disciplines.

LE PATRIMOINE

-Etat des lieux au 15 décembre 2015 : le rapport de la Chambre fait état d'un document présenté au conseil de surveillance du 15 décembre 2015 qui « *revient sur cinq opérations, effectuées depuis 15ans pour 208M€, qui présenteraient des inadaptations et des contraintes de fonctionnement telles qu'elles justifieraient une restructuration totale de l'établissement* ». Ces propos ne peuvent rester sans réponse.

La seule opération citée dans le rapport est celle du bâtiment dit BMTHC, qui souffrirait de « *trois défauts* », affirmations qui conduisent à quelques commentaires :

-le choix du montage contractuel a été largement induit par les pouvoirs publics dans le cadre de la promotion des partenariats public/privé pour des opérations par ailleurs financées par le plan H2007

-fin 2014, il n'existait pas de litige contentieux au sens juridique entre le titulaire du bail et le CHU, l'assignation devant le TGI émanait du sous-traitant Savoye à l'encontre d'Eiffage

-en revanche le CHU avait veillé à l'application de pénalités en cas de non atteinte des « performances attendues », ce qui a fait l'objet d'un protocole transactionnel en 2012

-quant au « *mélange d'activités* » qui ressort du programme de l'opération, des explications doivent en effet être apportées. Dans le cadre du plan H2007, le CHU a saisi l'opportunité d'aides substantielles pour régler plusieurs dysfonctionnements sans pour autant « mélanger » les activités concernées. A savoir rationaliser et développer les examens de biologie dans des secteurs d'avenir comme la thérapie cellulaire et la génétique moléculaire, et regrouper les activités pharmaceutiques et de stérilisation.

Mais l'objectif principal était d'améliorer les conditions d'accueil et de sécurité des patients adultes d'hématologie clinique. Ceux-ci étaient alors hospitalisés dans les locaux du Centre Eugène Marquis dans une dangereuse configuration (absence d'unité stérile aux normes). Au passage la capacité du service (hospitalisation complète et ambulatoire) était accrue. Elle est aujourd'hui jugée insuffisante. Il est vrai que l'activité d'hématologie progresse dans toute la France dans des proportions qui n'étaient pas prévues. En ce qui concerne une problématique spécifique au CHU de Rennes, à savoir la perspective du rapatriement de l'activité d'hématologie encore exercée dans le service de médecine interne à l'hôpital Sud, elle ne figurait pas au projet médical 2006-2011, au moment de la définition du programme de l'opération.

Les quatre autres opérations jugées inadaptées n'étant pas mentionnées dans le rapport, on peut supposer avec la référence à l'année 2000, qu'il s'agit de l'aménagement des services d'hépatologie et de gastroentérologie, du regroupement des deux maternités et de la néonatalogie, de la construction du centre d'urgence et de réanimation (CUR, comportant également l'unité de soins sécurisée), et du regroupement de l'orthopédie-traumatologie auparavant dispersée sur trois sites. Sachant que le bâtiment CCP ouvert en 1998 et le nouveau centre de soins dentaires dont les travaux viennent de s'achever, pourraient également être visés.

L'analyse rationnelle de la situation oblige à rappeler que toutes ces opérations ont été menées avec l'approbation et l'appui, y compris financier, des pouvoirs publics, ARH puis ARS. Elles ont tenu compte de la pression des besoins, au regard des moyens disponibles, et ont été précédées d'études approfondies en concertation avec les services concernés. Elles ont permis au CHU de Rennes d'apporter les bonnes réponses en termes d'offre de soin et ont contribué à résoudre de nombreux problèmes de conformité aux normes de sécurité pour des activités à haut risque comme la périnatalité et les réanimations. Ceci étant, le caractère « éclaté » des solutions apportées est réel. On peut l'expliquer par le cheminement de l'histoire du CHU depuis le site historique de l'Hôtel-Dieu qui il y a moins de 10 ans abritait encore des services de court séjour, la translation vers Pontchaillou étalée dans le temps, et le phénomène intercurrent de la construction de l'hôpital Sud. La réflexion menée au moment de l'élaboration du projet d'établissement 2012-2016 (adopté à l'unanimité par la CME et validé par le conseil de surveillance) a fait émerger l'idée d'une rupture avec cet « empilement » architectural, d'où l'orientation vers un site nouveau.