



Lyon, le 1^{ER} août 2016

La présidente

N° D162842

Recommandée avec A.R.

Réf. : ma lettre n° D162616 du 22 juin 2016

P.J. : 1

Monsieur le Directeur,

Par lettre citée en référence, je vous ai communiqué le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes concernant la gestion du Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne au cours des exercices 2010 à 2014. Celui-ci a également été communiqué, pour ce qui les concerne, à vos prédécesseurs.

A l'issue du délai d'un mois fixé par l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, je vous notifie à nouveau ce rapport, accompagné de votre réponse écrite et de la réponse écrite qu'a fait parvenir à la chambre, dans ce délai, M. Robert Reichert.

En application du même article, vous avez l'obligation de communiquer le rapport d'observations de la chambre, auquel doivent être jointes les réponses écrites, à votre assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci, être joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donner lieu à un débat.

Cette communication relève du président de votre établissement, auquel je transmets également une copie du rapport.

Ce rapport devenant publiable et communicable dès cette réunion à toute personne qui en ferait la demande, conformément aux dispositions de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, je vous serais obligé de me faire connaître à quelle date ladite réunion aura lieu et de me communiquer, en temps utile, copie de son ordre du jour.

Monsieur Frédéric BOIRON

Directeur général

Centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne

42055 SAINT-ÉTIENNE CEDEX 2

En application de l'article R. 241-23 du code des juridictions financières, une copie du rapport d'observations est, en outre, communiquée au préfet et au directeur départemental des finances publiques de la Loire. Par ailleurs, le document est communiqué à la directrice de l'agence régionale de santé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de ma considération la plus distinguée.

Pour la présidente empêchée,
Le vice-président

Michel Provost

RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES
ET SES
RÉPONSES

Centre
Hospitalier Universitaire de
Saint-Étienne (42)

Exercices 2010 à 2014

Observations définitives
délibérées le 3 mai 2016

SOMMAIRE

1-	<u>LES PRECEDENTES OBSERVATIONS DE LA CHAMBRE</u>	10
2-	<u>LA PLACE DE L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT ET SON PILOTAGE EXTERNE</u>	10
2.1-	Le territoire de santé Ouest	10
2.2-	L'environnement sanitaire, social et économique.....	11
2.3-	Présentation de l'établissement	12
2.4-	Un environnement fortement concurrentiel.....	12
2.5-	Une surcapacité en lits et plateaux techniques, une redondance des autorisations	15
2.6-	Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, outil de pilotage externe.....	16
2.6.1-	Objectifs et bilan du précédent CPOM (2007-2011)	17
2.6.2-	Le CPOM en cours.....	17
2.7-	Les coopérations.....	18
2.7.1-	La sécurisation de la permanence des soins en chirurgie et la restructuration du réseau des urgences.....	18
2.7.2-	La note de cadrage du 2 avril 2015	19
2.7.3-	La réflexion sur une démarche « RH » de territoire.....	19
3-	<u>LE PILOTAGE INTERNE DE L'ETABLISSEMENT</u>	20
3.1-	Les projets d'établissement successifs.....	20
3.2-	L'organisation de la gouvernance	21
3.2.1-	Des projets de pôle non formalisés	21
3.2.2-	Des contrats de pôles à jour	21
3.2.3-	Des tableaux de bord complets et pertinents.....	23
3.2.4-	Une situation financière contrastée des pôles	24
3.2.5-	Un chiffre d'affaires moyen par séjour en baisse.....	24
3.3-	Le contrat de performance ANAP	25
3.3.1-	Objectifs prévus par le contrat	25
3.3.2-	Le suivi et les résultats du contrat	25
3.4-	La gestion des blocs	26
3.4.1-	Organisation générale des blocs.....	26
3.4.2-	La performance des blocs	26
3.4.3-	La comparaison régionale de l'utilisation des blocs	28
4-	<u>EVOLUTION DE L'ACTIVITE.....</u>	29
4.1-	Un dynamisme retrouvé depuis 2013.....	29
4.1.1-	Des progressions plus fortes que dans les autres CHU	29
4.1.2-	Le développement de la chirurgie ambulatoire et des séances.....	30
4.1.3-	Les urgences, porte d'entrée privilégiée	30
4.1.4-	Les taux d'occupation	31
4.2-	Les indicateurs liés à l'organisation des soins : le fort développement de la chirurgie ambulatoire.....	32
4.3-	Les indicateurs liés aux ressources humaines	33
5-	<u>LA FIABILITE DES COMPTES</u>	33
5.1-	La préparation à la certification.....	34
5.2-	Les points à améliorer	34
6-	<u>ANALYSE FINANCIERE</u>	35
6.1-	L'évolution des produits et des charges.....	35
6.1.1-	L'évolution des produits	35
6.1.2-	L'évolution du titre 2 : éclairage sur le tarif journalier de prestation	36
6.1.3-	L'évolution des charges	41
6.2-	Le résultat.....	43
6.3-	La capacité d'autofinancement	44
6.4-	La situation patrimoniale ou bilancielle	46
6.4.1-	La formation du fonds de roulement net global	46
6.4.2-	Le besoin en fonds de roulement	46

6.4.3-	Les problèmes passés de trésorerie	47
6.5-	Les contrats de retour à l'équilibre successifs.....	48
6.5.1-	Les actions prévues au CREF et leur suivi	48
6.5.2-	Le volet financier et l'accompagnement de l'ARS	49
6.5.3-	Le codage de l'activité	50
6.6-	La dette	53
6.6.1-	Repères historiques	53
6.6.2-	Une mauvaise appréhension des risques	53
6.6.3-	Le poids de la dette	54
6.6.4-	La répartition et la ventilation de la dette.....	55
6.6.5-	Des coûts de sortie non soutenables.....	56
6.6.6-	Impact de la décision de la Banque nationale suisse sur les frais financiers du CHUSE	56
6.6.7-	Les tentatives de renégociation entre le CHUSE et Dexia.....	57
7-	<u>LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....</u>	58
7.1-	La gestion du personnel non médical.....	59
7.1.1-	Les systèmes d'information en matière de ressources humaines	59
7.1.2-	Une maîtrise accrue des effectifs et de la masse salariale depuis 2012	59
7.1.3-	Le recours accru aux contrats à durée déterminée	61
7.1.4-	La mise en œuvre du dispositif de lutte contre la précarisation de l'emploi public	62
7.1.5-	Une gestion du temps de travail et des heures supplémentaires non réglementaires	63
7.1.6-	L'avancement.....	64
7.1.7-	Le plafond annuel d'heures supplémentaires	64
7.2-	La gestion du personnel médical	65
7.2.1-	Le recrutement et la gestion des praticiens : le respect des plafonds imposés par la réglementation.....	66
7.2.2-	La concurrence des établissements privés et la déontologie médicale.....	67
7.2.3-	La mesure du temps de travail médical.....	69
7.2.4-	Un contrôle de la paye difficile à réaliser	69
7.2.5-	Les conséquences de la réforme du temps de travail des internes et des urgentistes	69
7.2.6-	Les contraintes financières et l'attractivité	70
7.2.7-	L'activité libérale des praticiens hospitaliers	71
7.2.8-	Le contrôle de la commission de l'activité libérale	72
7.2.1-	Une activité rentable pour le CHUSE	72
8-	<u>LA COMMANDE PUBLIQUE</u>	73
8.1-	L'organisation et la formalisation de la fonction achats	73
8.1.1-	Volumétrie et gains sur achats	73
8.1.2-	Des procédures en vigueur minimalistes	73
8.2-	L'automatisation croissante de la quantification des besoins.....	74
8.3-	Le contrôle des marchés relevant de la direction des achats et de la direction des travaux et de l'équipement	75
8.3.1-	Les achats de véhicules et de produits de garage.....	75
8.3.2-	Le cas particulier du marché de design et communication	76
8.4-	Le contrôle des marchés relevant de la direction des services informatiques	78
8.4.1-	Les difficultés à évaluer le coût des logiciels.....	78
8.4.2-	Une concentration de l'offre	79

SYNTHESE

Le centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne (CHUSE) est l'un des quatre CHU de la région Auvergne-Rhône-Alpes avec ceux de Lyon, Grenoble et Clermont-Ferrand. Situé dans un bassin dont les indicateurs socio-économiques et sanitaires sont dégradés, il constitue le seul établissement public de recours de la ville.

En 2009, le refus du conseil d'administration de voter le budget ainsi que les fortes tensions sociales traduisaient une situation complexe dans de nombreux domaines. Depuis, sa situation financière, bien que toujours déficitaire, est en voie d'amélioration, et le dialogue social s'est apaisé.

La signature d'un contrat de performance avec l'Agence nationale d'appui à la performance (2011) et un contrat de retour à l'équilibre financier (2013) ont contribué à l'amélioration de la situation. Les indicateurs financiers et de productivité (marge brute, durée des séjours, indices de productivité, blocs opératoires) progressent, dans le respect de la cible imposée par les contrats précités. Le niveau de trésorerie, qui avait atteint un niveau critique en 2011 et en 2012, et qui avait justifié une inscription sur la liste des établissements à placer sous surveillance, semble désormais sous contrôle et ne revêt plus d'inquiétude particulière. Le CHUSE est désormais sorti de ce dispositif.

La correcte appréhension de la situation financière est favorisée par un important travail de fiabilisation des comptes démarré en 2009, et qui s'est accentué en 2013, dans le cadre de la future certification des comptes. Ceux-ci donnent, sous réserve de corrections mineures, une image fidèle et sincère de la situation financière et patrimoniale.

L'amélioration générale de la situation financière tient principalement à un accroissement des recettes, consécutif à une hausse du volume d'activité, ce qui a permis de compenser en partie la baisse des tarifs, et à une maîtrise des dépenses, notamment de personnel. Celle-ci a été rendue possible par un important travail de définition des effectifs cible dans les services, mais également, par un recours plus important à des contrats à durée déterminée, dont le niveau n'a cessé de croître depuis 2011, y compris sur des emplois permanents.

L'établissement doit cependant et impérativement veiller au respect des règles de la commande publique, en recensant et en définissant avec plus de précision ses besoins, tout en évitant de faire appel régulièrement aux mêmes fournisseurs. L'adoption d'un guide de la commande publique et la passation d'accords-cadres au cours du premier semestre 2016, témoignent de la volonté de l'établissement de s'y conformer.

Le cadre général entourant cette situation en voie d'amélioration comporte toutefois deux risques majeurs. L'endettement, inhérent au financement des investissements des plans Hôpital 2007 et 2012, amène à un dépassement de nombreux critères d'alerte. Un tiers de l'encours de la dette (90 M€) est composé d'emprunts dits « toxiques », sur lesquels les moyens d'action sont faibles, voire inexistants. L'un de ces prêts, signé antérieurement à l'arrivée des ordonnateurs en fonctions sur la période, est indexé sur la parité entre l'Euro et le Franc suisse. Ses frais financiers devaient passer de 3,7 M€ en 2014 à 8,3 M€ fin 2015.

Le second risque est constitué par une offre de soins surabondante qui n'apparaît plus justifiée sur un territoire au faible dynamisme démographique. Dans un contexte où l'augmentation du volume d'activité compense la baisse des tarifs, la multiplicité des autorisations de soins (urgences, maternité, chirurgies spécialisées) et des plateaux techniques, pénalise l'ensemble des acteurs, et en particulier le CHUSE. Pour la seule ville de Saint-Etienne, et à titre d'illustration, quatre établissements, dont trois privés, disposent d'une activité d'urgences. Deux sites sont ainsi distants de moins de 300 mètres.

L'offre de soins, que l'Agence régionale de santé tente de répartir de manière plus efficiente, conduit à une forte concurrence des établissements, y compris en matière de recrutement médical. Les situations de débauchage de praticiens sont nombreuses, déstabilisant les services du CHUSE, dont l'équilibre est parfois fragile (urgences, radiologie, anesthésie-réanimation, chirurgie), tant au niveau économique que de la permanence des soins. Ces départs dans des cliniques concurrentes voisines posent en outre des questions d'ordre déontologique.

Les actions menées par le CHUSE pour améliorer sa productivité atteindront leurs limites techniques et humaines à défaut d'une répartition plus équitable de l'offre territoriale des soins, principal relai de croissance de l'activité.

RECOMMANDATIONS

1. Elaborer et formaliser des projets de pôle, au sens du code de la santé publique.
2. Assurer un suivi des heures supplémentaires, indépendamment des contrôles relevant de la responsabilité propre du comptable public.
3. Veiller au respect du temps maximal à consacrer à l'activité libérale par les praticiens concernés.

La chambre régionale des comptes d'Auvergne, Rhône-Alpes a procédé, dans le cadre de son programme de travail, à l'examen de la gestion du centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne, dénommé ci-après « CHUSE », pour les exercices 2010 à 2014, en veillant à intégrer, autant que possible, les données les plus récentes.

Le contrôle a été engagé par lettre en date du 2 février 2015, adressée à M. Frédéric BOIRON, directeur général de l'établissement. Ses prédécesseurs sur la période contrôlée ont également été informés : M. Bernard CROZAT et M. Robert REICHERT le 10 février 2015.

Les investigations ont porté plus particulièrement sur les points suivants :

- ♦ le bilan des précédentes observations de la chambre ;
- ♦ le diagnostic médico-économique et de la performance ;
- ♦ la fiabilité des comptes ;
- ♦ l'analyse de la situation financière et de la dette ;
- ♦ la gestion des ressources humaines ;
- ♦ la commande publique.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 3 novembre 2015 avec M. BOIRON. Il a également eu lieu avec M. REICHERT le 28 octobre 2015 et avec M. CROZAT le 29 octobre 2015.

Lors de sa séance du 11 décembre 2015, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été adressées le 22 décembre 2015 à M. BOIRON, ordonnateur en fonctions, ainsi qu'à M. CROZAT et à M. REICHERT, ses prédécesseurs, à M. PERDRIAU, maire de Saint-Etienne et président du conseil de surveillance et aux personnes nominativement ou explicitement mises en cause.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 3 mai 2016, a arrêté les observations définitives reproduites ci-après.

1- LES PRECEDENTES OBSERVATIONS DE LA CHAMBRE

Les précédents contrôles de la chambre ont été rendus publics en 2006 et en 2010. Le plus récent de ces rapports avait relevé une situation financière dégradée, en redressement depuis fin 2008 ainsi qu'un recours massif à l'emprunt. La médiocre performance médico-économique avait notamment conduit à la conclusion en février 2011, avec l'Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), d'un contrat relatif à la performance.

Pour rationaliser ses moyens, l'établissement envisageait en outre une réorganisation importante des infrastructures, partagées sur quatre sites principaux.

La chambre recommandait enfin le développement des coopérations, conformément aux préconisations formulées par l'Agence régionale de santé (ARS), notamment par la constitution d'une communauté hospitalière de territoire.

2- LA PLACE DE L'ETABLISSEMENT DANS SON ENVIRONNEMENT ET SON PILOTAGE EXTERNE

Le centre hospitalier universitaire de Saint-Etienne dessert un bassin dont la population a fortement baissé depuis la fin des années 1960.

La faiblesse du tissu médical libéral, au regard des moyennes régionales, fait des établissements publics de santé le principal moyen de recours pour des patients d'un territoire dont les indicateurs socioéconomiques et sociodémographiques sont particulièrement dégradés.

Au contraire du secteur libéral, l'offre en établissements publics et privés de santé n'a cessé d'évoluer, générant une importante concurrence qui ne permet pas à de nombreux hôpitaux publics d'équilibrer leurs comptes.

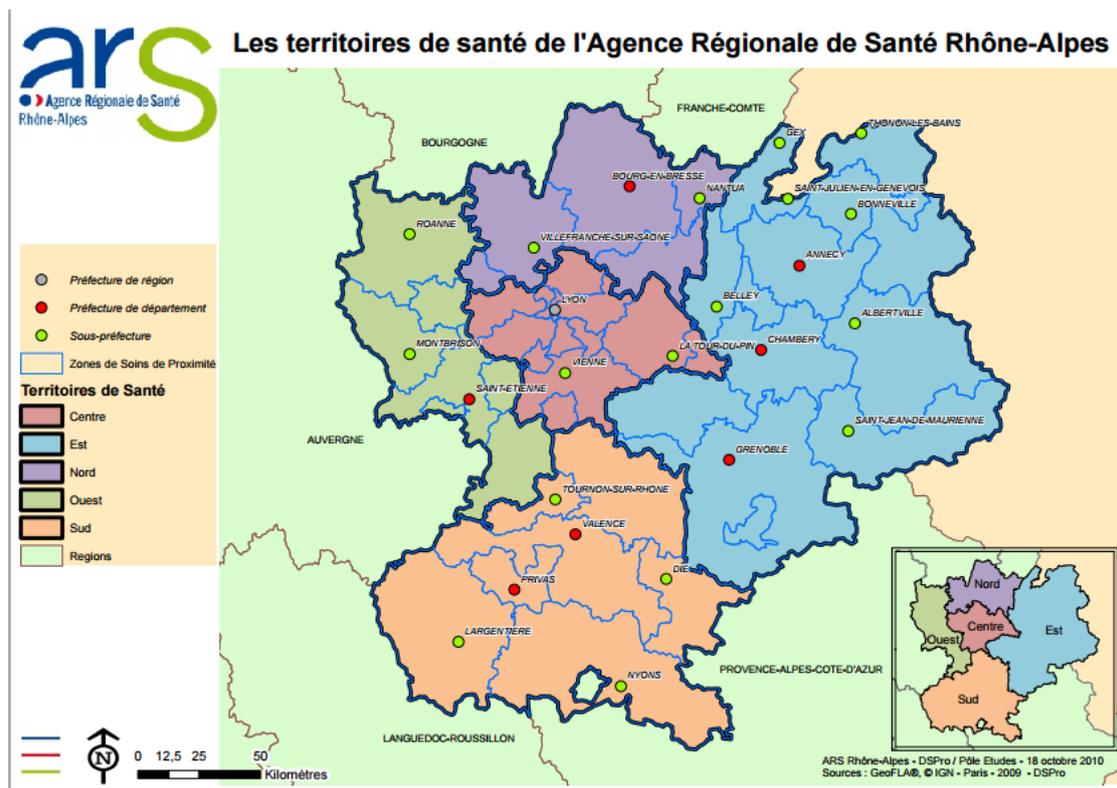
Le bassin stéphanois se caractérise en effet par une offre de soins surabondante et la multiplication des autorisations de soins (urgences, chirurgie, maternités,...).

C'est dans ce contexte que les différents contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) du CHUSE lui ont imposé la mise en œuvre d'un certain nombre de coopérations, notamment avec des structures privées avec lesquelles il est en concurrence directe. Les résultats enregistrés sont peu satisfaisants.

L'ARS a confié au CHUSE le pilotage d'une réflexion entre établissements publics du territoire pour répartir de manière plus efficiente l'offre de soins. Cette démarche, légitime, n'intègre cependant aucun établissement privé et, en ce sens, paraît incomplète.

2.1- Le territoire de santé Ouest

La région Rhône-Alpes telle qu'organisée jusqu'en 2015 comportait cinq territoires de santé. Le CHUSE appartient au territoire de santé Ouest.



2.2- L'environnement sanitaire, social et économique

La ville et la métropole de Saint-Etienne comptaient respectivement 171 483 et 386 940 habitants en 2012. La ville connaît une diminution constante de sa population depuis la fin des années 1960.

Tableau n°1 - Evolution de la population à Saint-Etienne

	1968	1975	1982	1990	1999	2008	2012
Saint-Etienne	223 223	220 181	204 955	199 396	180 438	172 696	171 483

Source : INSEE.

La ville a signé un contrat local de santé (CLS) pour la période 2013-2017 avec l'ARS et la préfecture de la Loire. L'Assurance maladie, la Caisse d'allocations familiales (CAF) et la direction des services départementaux de l'éducation nationale de la Loire en sont partenaires.

Ce contrat, qui a pour vocation de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé, fait le constat d'indicateurs sociodémographiques dégradés. Le CLS relevait ainsi qu'en 2007, le taux d'inactifs y était de 33 %, et qu'en 2009, près de 50 % des ménages étaient allocataires de la CAF et 34 % du RSA, en hausse de 18 % depuis 2006.

Les indicateurs socio-sanitaires étaient également dégradés. Le nombre de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) était de 10 % en 2010, contre 6 % pour le département de la Loire. Enfin, près d'un stéphanois sur cinq était atteint d'une affection de longue durée (ALD).

Selon le CLS, « Saint-Etienne présente, par rapport aux autres territoires de la région, le plus grand nombre de taux de mortalité les plus élevés ».

La comparaison entre la zone de soins de proximité (ZSP) de Saint-Étienne, le département et la région, montre que sur treize causes de mortalité (cancer, cancer du sein, cancer de la prostate, cancer du côlon-rectum, maladies cardio-vasculaires, maladies appareil circulatoire, maladies respiratoires, diabète, suicide, accidents de la route, chutes personnes âgées, tabagisme, alcoolisme), la ZSP de Saint-Étienne détient quatre taux de décès les plus élevés, pour le cancer de la prostate, les maladies du système circulatoire, les maladies du système respiratoire et les suicides. En revanche, elle détient trois taux de décès sur treize les plus bas pour le cancer du sein, le cancer du côlon-rectum et les chutes des personnes âgées.

Le taux annuel de mortalité par cancer de la ZSP en 2010 (209,86 pour 10 000) était nettement supérieur au taux rhônalpin (199,72).

Enfin, l'offre de santé ambulatoire libérale y est présentée comme la moins bien dotée des grandes villes de la région comme Lyon ou Grenoble.

2.3- Présentation de l'établissement

Au 31 décembre 2013, le CHUSE était le troisième plus important établissement public de santé de la région Rhône-Alpes par le montant de ses produits courants de fonctionnement (473 M€), derrière les Hospices civils de Lyon (1 540 M€) et le CHU de Grenoble (617 M€).

Son activité est organisée sur quatre sites : Bellevue, Trousseau et La Charité (commune de Saint-Etienne) et l'Hôpital Nord (commune de Saint-Priest-en-Jarez), pour un total de 1 886 lits et places en 2014. A terme, l'établissement ambitionne de ne conserver que les sites Nord et Bellevue.

Tableau n°2 - Capacités en lits et places en 2014

Spécialités / Sites	Bellevue	H. Nord	Charité	Trousseau	Total
Médecine	18	613	43	30	704
Chirurgie		292			292
Gynécologie-obstétrique		97			97
Soins de suite et de réadaptation	52		88	21	161
Psychiatrie	204	225	43		472
Long séjour	124		24	12	160
Total	398	1 227	198	63	1 886

Source : CHUSE.

2.4- Un environnement fortement concurrentiel

A l'exception des infirmiers, toutes les professions de santé ont une densité inférieure à celle constatée en Rhône-Alpes et en France métropolitaine. Les établissements de santé, essentiellement publics, constituent dès lors un moyen de substitution.

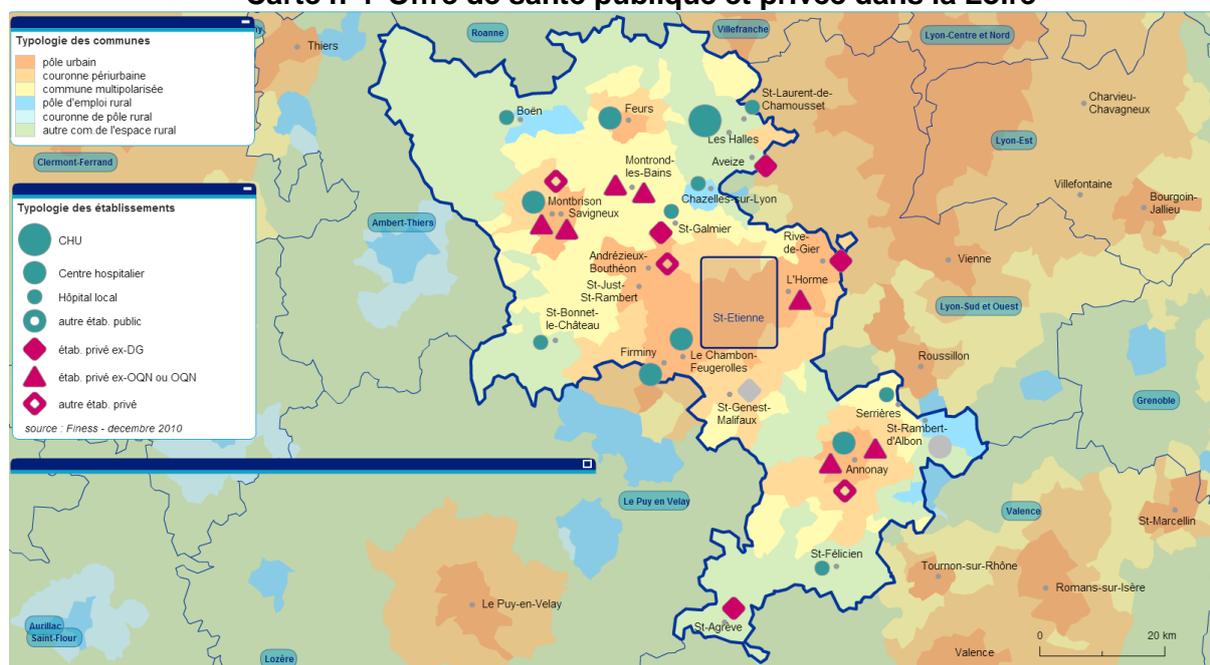
Tableau n°3 - Densité de professionnels libéraux de la santé au 1^{er} janvier 2013

Pour 100 000 habitants	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Rhône-Alpes	France métropolitaine
Médecins généralistes	77	95	101	109	103	109	123	106	105	106
Médecins spécialistes	45	65	77	93	77	132	89	87	94	94
Infirmiers diplômés d'État	130	195	230	160	176	160	138	116	160	146
Chirurgiens-dentistes	50	48	61	57	46	63	60	66	58	57
Masseurs kinésithérapeutes	65	87	106	129	88	113	132	121	109	94
Pharmaciens	89	110	113	118	101	149	116	108	119	114

Sources : ARS et Drees, Adeli, Finess ; Insee, estimations de population au 1^{er} janvier 2012.

L'offre de santé, publique et privée, est particulièrement développée dans le département et particulièrement sur le bassin stéphanois.

Carte n°1 Offre de santé publique et privée dans la Loire



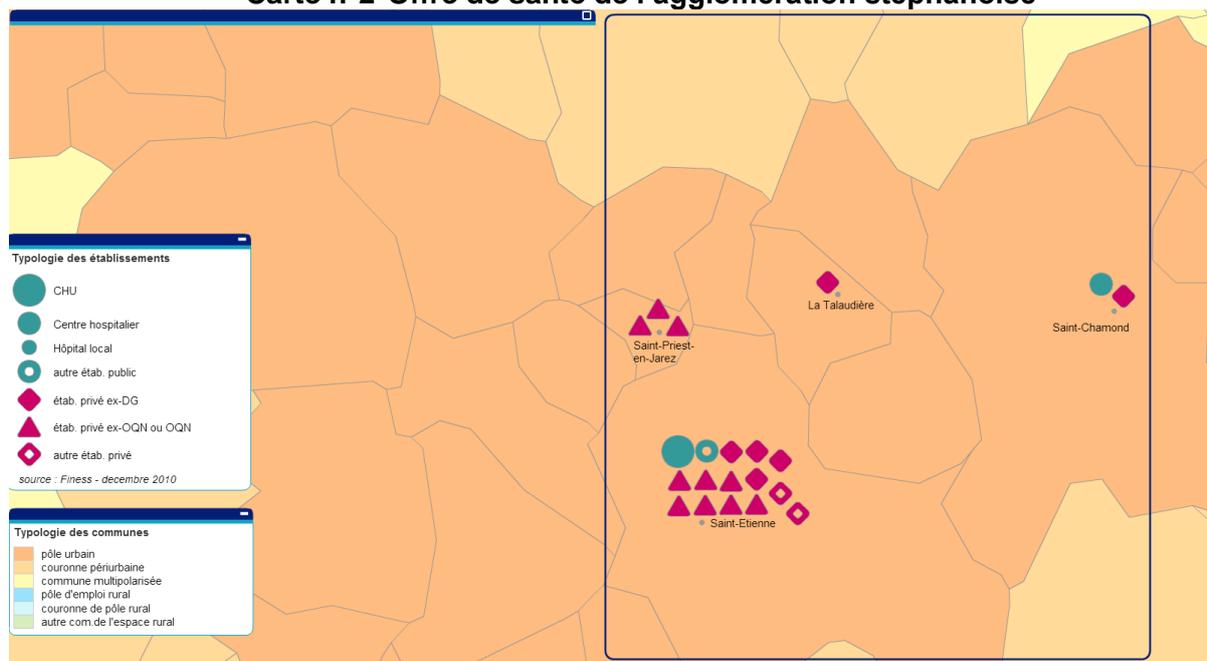
Source : ATIH.

Distance kilométrique et temps de trajet depuis Saint-Etienne :

- Firminy : 20km / 19min
- Montbrison (CH du Forez) : 38km / 32min
- Saint-Chamond (CH du Gier) : 19km / 21min
- Feurs : 40km / 29min

L'agglomération stéphanoise est également le siège de nombreux opérateurs privés, distants de quelques centaines de mètres avec les deux principaux sites du CHUSE (Nord et Bellevue).

Carte n°2 Offre de santé de l'agglomération stéphanoise



Source : ATIH.

L'importance de l'offre a pour conséquence des taux d'équipements supérieurs aux moyennes régionales.

Tableau n°4 - Taux d'équipement en établissements de santé au 1^{er} janvier 2013

	Ain	Ardèche	Drôme	Isère	Loire	Rhône	Savoie	Haute-Savoie	Rhône-Alpes
Court séjour									
Médecine	1,2	1,8	2,1	1,7	2,5	2,8	2,0	2,1	2,2
Chirurgie	0,6	1,4	1,2	1,2	1,7	2,0	1,7	1,4	1,5
Gynécologie-obstétrique (1)	0,5	0,7	0,6	0,7	0,9	1,0	0,9	0,9	0,8
Soins de suite et de réadaptation									
Équipement global	2,2	2,1	1,3	1,2	1,8	2,0	1,3	1,5	1,7
Psychiatrie									
Infanto-juvénile (2)	0,2	0,4	0,7	0,6	0,6	0,8	0,4	0,7	0,6
Adulte	1,2	1,3	1,5	1,0	1,3	2,0	1,4	1,2	1,4

(1) : en lits et places pour 1 000 femmes de 15 ans et plus.

(2) : en lits et places pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans.

Sources : ARS et Drees, SAE; Insee, estimations de population au 1er janvier 2012.

Entre 2009 et 2013, l'activité de médecine et de chirurgie a augmenté dans les établissements stéphanois et de la périphérie stéphanoise, à l'exception de l'activité d'obstétrique. Cette croissance bénéficie principalement aux opérateurs privés.

Tableau n°5 - Evolution de l'hospitalisation complète en MCO entre 2009 et 2013 sur le bassin de Saint-Etienne

		Médecine	Chirurgie	Obstétrique
Public	CHUSE	6,93 %	0,66 %	-2,61 %
	CH DU FOREZ (FEURS ET MONTBRISON)	-2,31 %	-1,24 %	-11,67 %
	CH FIRMINY	-0,06 %	-2,69 %	-12,12 %
	HOPITAL DU GIER (ST CHAMOND)	2,11 %	-16,73 %	-7,49 %
Privé	CENTRE HOSPITALIER PRIVE DE LA LOIRE (ST ETIENNE)	11,80 %	43,37 %	10,20 %
	CLINIQUE DU PARC (St PRIEST EN JAREZ)	12,83 %	-27,88 %	-33,33 %
	CLINIQUE LA BUISSONIERE (LA TALAUDIÈRE)	38,49 %	184,21 %	0,00 %
	CLINIQUE MUTUALISTE DE LA LOIRE (SAINT ETIENNE)	-1,36 %	-0,66 %	0,00 %
	CLINIQUE NOUVELLE DU FOREZ (MONTBRISON)	NS	NS	NS
	TOTAL HC BASSIN 2009	62 707	41 602	10 190
	TOTAL HC BASSIN 2013	65 395	41 744	9 839
	Evolution sur le bassin	+4,29 %	+0,34 %	-3,44 %

Source : CRC à partir d'Hospidiag.

NS : non significatif, activité essentiellement ambulatoire.

Les taux d'occupation / utilisation se dégradent globalement, excepté en chirurgie, et demeurent médiocres en obstétrique.

Tableau n°6 - Taux d'occupation des établissements de l'agglomération

	En %	Médecine		Chirurgie		Obstétrique	
		2009	2013	2009	2013	2009	2013
Public	CHUSE	74,9	72,8	91,8	95,8	58,7	53
	CH DU FOREZ (FEURS ET MONTBRISON)	83,6	78,8	68,7	87,3	38,8	34,6
	CH FIRMINY	89,6	91,9	95,8	89,3	72,6	60
	HOPITAL DU GIER (ST CHAMOND)	95,1	84,6	72,8	73,3	54,1	51
Privé	CENTRE HOSPITALIER PRIVE DE LA LOIRE (ST ETIENNE)	62,6	57,1	71,5	77,5	51,5	64,1
	CLINIQUE DU PARC (St PRIEST EN JAREZ)	154,1	144,6	63,6	46,9		
	CLINIQUE LA BUISSONIERE (LA TALAUDIÈRE)	88,7	90,5				
	CLINIQUE MUTUALISTE DE LA LOIRE (SAINT ETIENNE)	156,7		66,8	62,4		
	CLINIQUE NOUVELLE DU FOREZ (MONTBRISON)						

Source : CRC à partir d'Hospidiag.

2.5- Une surcapacité en lits et plateaux techniques, une redondance des autorisations

Le nombre de lits des établissements de l'agglomération stéphanoise a ainsi légèrement augmenté entre 2010 et 2013, essentiellement en médecine.

Tableau n°7 - Evolution du nombre de lits dans l'agglomération

	2010	2011	2012	2013	Evol. %
Total général	2 308	2 310	2 335	2 324	0,69 %
Total médecine	1 165	1 189	1 216	1 211	3,95 %
Total chirurgie	913	891	900	896	-1,86 %
Total obstétrique	230	230	219	217	-5,65 %

Source : CRC à partir d'Hospidiag.

La multiplicité des autorisations sur le territoire, qui paraît peu justifiée, concerne principalement l'obstétrique, les urgences et les plateaux techniques.

En obstétrique, l'activité est partagée entre le CHUSE (type 3), le CHPL (maternité de type 3 en 2010 et 2011, passé en type 2 depuis), et les autres établissements publics (type 1).

Le CHUSE et le CHPL, distants de 13 km (15 mn de voies rapides) se partagent et se concurrencent directement cette activité.

Le 22 mars 2011, l'ARS Rhône-Alpes a adressé une lettre de mission aux directeurs généraux du CHUSE et de la Mutualité de la Loire, leur demandant de développer des coopérations.

En réponse aux observations provisoires, M. Reichert, ancien ordonnateur, a fait état de contacts avec les directions générales des établissements privés voisins (CHPL et Mutualité de la Loire), ainsi qu'avec les Hospices civils de Lyon, ce qui aurait permis selon lui « une esquisse des axes de coopérations ».

Tableau n°8 - Situation de l'obstétrique

Etablissement	Données	2010	2011	2012	2013	Evol, %
CHUSE	Nb de lits installés	89	89	89	89	0,00 %
CHUSE	Taux d'utilisation / occupation des lits	56,4 %	55,1 %	58,3 %	53 %	
CH DU FOREZ (38km / 32min)	Nb de lits installés	33	33	33	31	-6,06 %
CH DU FOREZ	Taux d'utilisation / occupation des lits	37,7 %	35,4 %	34,3 %	34,6 %	
CH FIRMINY (20km / 19min)	Nb de lits installés	28	28	28	28	0,00 %
CH FIRMINY	Taux d'utilisation / occupation des lits	68,1 %	63 %	64,7 %	60 %	
HOPITAL DU GIER (19km / 21mn)	Nb de lits installés	25	25	25	25	0,00 %
HOPITAL DU GIER	Taux d'utilisation / occupation des lits	52,8 %	53,9 %	49,9 %	5 %	
CHPL (13km/15mn)	Nb de lits installés	55	55	44	44	-20,00 %
CHPL	Taux d'utilisation / occupation des lits	56,3 %	56,6 %	65,7 %	64,1 %	

Source : CRC à partir d'Hospidiag.

Pour ce qui est des urgences, quatre services coexistent sur la seule agglomération de Saint-Etienne (CHUSE, Hôpital privé de la Loire, Clinique mutualiste et clinique du Parc). En y ajoutant celles du CH de Firminy (20 km / 19 mn), ce sont cinq services qui coexistent et se concurrencent dans un rayon de 20 km.

Enfin, en termes de plateaux techniques, la ville accueille 82 salles d'intervention réparties entre les quatre principaux acteurs : HPL (31), clinique du Parc (11), Clinique mutualiste (14) et CHUSE (26). A titre de comparaison, les Hospices civils de Lyon disposent d'environ 100 salles d'intervention, sur un bassin 10 fois plus peuplé.

2.6- Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, outil de pilotage externe

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) permet une déclinaison, par objectifs et par actions, des orientations du projet régional de santé (PRS).

2.6.1- Objectifs et bilan du précédent CPOM (2007-2011)

Le CPOM 2007-2011 a pris effet le 1^{er} avril 2007 pour une durée de cinq années et a fait l'objet d'une prorogation de six mois le 15 mai 2012. Aucun de ces deux documents datés et signés des directeurs généraux de l'ARS et du CHUSE n'a pu être communiqué, l'ordonnateur expliquant que l'ARS ne lui a retourné aucun document signé.

Le CPOM est assorti de plusieurs annexes prenant la forme de « fiches objectifs », faisant l'objet d'indicateurs.

Conformément aux dispositions de l'article D. 6114-8 du code de la santé publique (CSP), le CPOM a fait l'objet d'un suivi et de bilans annuels, durant toute la période 2007/2011.

Parmi les trente objectifs assignés au CHUSE (annexe n° 3 du CPOM) et qui correspondent aux missions découlant du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS), quatre traduisent les difficultés de coopération sur le territoire, le CHUSE ne disposant d'aucune autorité sur les autres établissements :

- ♦ Objectif n°9 : mutualisation des moyens du pôle Couple-mère-enfant et formalisation des coopérations avec les établissements extérieurs et les intervenants libéraux de pédiatrie, à travers une charte de bassin (échéance fixée à fin 2007). L'organisation de la pédiatrie est toujours en cours de réflexion et n'a encore fait l'objet d'aucune formalisation.
- ♦ Objectif n°17 : l'activité de radiothérapie est assurée par l'Institut de cancérologie de la Loire (ICL). L'objectif vise à mesurer le nombre de rendez-vous pour un début de radiothérapie et les délais pour qu'une radiothérapie débute. Aucun de ces indicateurs n'a pu être produit, traduisant la nécessaire amélioration du dialogue entre l'ICL et le CHUSE.
- ♦ Objectif n°18 : Le CHUSE et l'ICL constituent le pôle régional de cancérologie pour le bassin stéphanois. Le développement de la position du CHUSE en matière de recherche et d'innovation au sein du pôle régional, en lien avec l'unité de recherche clinique de l'ICL (URC), ainsi que la coordination des soins de support constituent les deux objectifs de cette fiche. Ils sont mesurés à partir d'indicateurs tenus à jour par la direction des affaires médicales et de la recherche (DAMR). Les indicateurs de l'ICL ne sont pas partagés avec le CHUSE.
- ♦ Objectif n°21 : le Groupement d'intérêt économique « Imagerie par résonance magnétique de l'agglomération stéphanoise » (GIE IRMAS) associe à parts égales le CHUSE d'un côté, la Mutualité française et les radiologues libéraux de la Loire de l'autre, pour la gestion de 4 IRM. Les délais de rendez-vous, hors urgence, s'établissent à 3,5 semaines pour un patient hospitalisé et à 7 semaines pour un patient externe, et peuvent ainsi apparaître moyens.

2.6.2- Le CPOM en cours

Le CPOM signé, couvrant la période 2013-2018, n'a pu être communiqué à la chambre pour les mêmes motifs que le précédent. Ce contrat est encore trop récent pour qu'un premier bilan en soit établi, du fait de la prééminence du contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) signé en 2013.

En 2012 et 2013, le CHUSE a déposé une demande de projet de coopérations entre professionnels de santé au titre de l'article 51 de la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite (loi HPST), autorisant une délégation d'actes

techniques aux infirmières, pour laquelle il n'a reçu aucune réponse de l'ARS. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que l'équipe soignante était formée dans la perspective de cette reconnaissance, et qu'une lettre de relance sera adressée prochainement à l'ARS.

Dans un contexte de pénurie de la ressource médicale, une telle autorisation pourrait pallier un certain nombre de difficultés.

2.7- Les coopérations

Les objectifs de coopérations prévus dans le cadre du CPOM 2007-2011 étaient assez ambitieux mais ne faisaient l'objet d'aucune réelle incitation, ni sanction ou contrôle.

L'offre de soins, disproportionnée au regard de la population du bassin, est ainsi marquée par la présence d'opérateurs publics et privés se partageant les mêmes autorisations, sur un même territoire (urgences, chirurgie, maternité,...).

Consciente de ces difficultés, l'ARS, dans une note de cadrage d'avril 2015, promeut une réorganisation territoriale de l'offre de soins, faisant suite à de multiples projets de coopération, dont le bilan est assez mitigé. Ces coopérations concernent principalement la sécurisation des astreintes et des gardes en chirurgie, ainsi que la structuration du réseau des urgences.

2.7.1- La sécurisation de la permanence des soins en chirurgie et la restructuration du réseau des urgences

Le CPOM 2007-2011 (annexes spécifiques n° 7 et n° 9) imposait au CHUSE de réfléchir aux modalités de conventionnement, notamment avec la Clinique mutualiste, afin de sécuriser dans le temps les astreintes ou les gardes dans les huit spécialités de chirurgie (orthopédique, viscérale, urologie, gynécologie, maxillo-faciale, ORL, ophtalmologie, vasculaire) et d'assurer l'astreinte de sécurité en ophtalmologie avec les autres établissements du bassin.

Aucun conventionnement n'est intervenu avec la clinique Mutualiste, traduisant les difficultés pour le CHUSE de faire coopérer les établissements privés du bassin, avec lesquels il est en concurrence directe.

Pour ce qui concerne la sécurisation des urgences, le bilan est plus positif, des conventions de partenariat et de mise à disposition de praticiens ayant été mises en place avec les établissements publics du territoire (CH de Firminy, du Forez, du Gier, de Roanne).

Des projets de temps partagés sont en cours de discussion en chirurgie viscérale (CH du Gier), en chirurgie urologie (CH du Forez) et en vasculaire (CH de Roanne).

La fiche-objectif n° 2 de l'annexe 9 soulignait, quant à elle, l'absence de structuration du réseau des urgences et fixait un objectif en ce sens. C'est pour ce motif qu'a été créé, le 1^{er} décembre 2008, le réseau d'urgence ligérien – Ardèche Nord (réseau REULIAN), regroupant l'ensemble des établissements titulaires d'une autorisation de médecine d'urgence du territoire de santé Ouest Rhône-Alpes.

Ses activités ont notamment porté sur la mise en place d'un registre SCA (syndrome coronarien aigu), la graduation de la prise en charge des patients polytraumatisés, la formalisation d'une filière SOS mains, ou encore l'organisation de journées de médecine d'urgence.

La modification du décompte du temps de travail des urgentistes (cf. partie Ressources humaines), va conduire à une raréfaction de la ressource en personnel médical de cette spécialité, et imposera de développer davantage la territorialisation des urgences. Les missions du réseau REULIAN devront être revues à l'aune de ces réorganisations.

2.7.2- La note de cadrage du 2 avril 2015

L'ARS Rhône-Alpes a constitué un comité de pilotage « Loire-Sud » (COPIL) pour établir un diagnostic de l'offre de soins sur ce territoire.

Le COPIL a principalement relevé le faible dynamisme démographique ainsi que des indicateurs de santé moins satisfaisants que la moyenne régionale, voire préoccupants pour certains d'entre eux. Il notait enfin la forte concurrence des établissements privés et publics, dans un contexte de pénurie de la démographie médicale.

Il concluait que l'organisation de l'offre de soins actuelle ne répondait pas complètement aux enjeux de santé de la population, ni au maintien d'une situation économique équilibrée des établissements.

En conséquence, l'ARS Rhône-Alpes a défini des objectifs tendant à une territorialisation des soins (projet médical et contrat global de territoire, télé-médecine,...).

L'ARS souhaite que soient menées des réflexions dans les spécialités d'obstétrique, de pédiatrie, de chirurgie, d'anesthésie, d'urgences et de biologie.

Les établissements privés ne sont toutefois pas intégrés à la démarche, ce qui explique que les premières séances de concertation n'ont réuni que les chefs d'établissement publics, les présidents de commission médicale d'établissement (CME), et leurs équipes (DAF, DAM, DRH).

La non inclusion des établissements privés, nombreux sur le territoire, est peu satisfaisante. A titre d'illustration, la clinique du Parc, distante de 350 mètres seulement des urgences de l'hôpital Nord, dispose elle aussi d'une ligne d'urgence 24h/24. L'autorisation accordée à cette clinique a notamment eu pour conséquence le débauchage de plusieurs urgentistes du CH du Forez, désorganisant son fonctionnement. Le CHPL, qui se situe à 15 mn, bénéficie également d'une autorisation d'urgences.

2.7.3- La réflexion sur une démarche « RH » de territoire

Le bilan social 2013 du CHUSE, le dernier disponible lors de l'instruction, identifie trois métiers paramédicaux en tension : masseur-kinésithérapeute, infirmière en anesthésie-réanimation et technicien circulation extracorporelle/perfusionniste.

Les DRH et les coordinatrices générales des soins des établissements du bassin Loire-Sud se sont réunies à plusieurs reprises dans le cadre de réflexions sur le projet médical de territoire et de la création des GHT. A la demande de leurs chefs d'établissement, ils étudient les opportunités d'harmonisation ou de mutualisation des fonctions supports et administratives.

A terme, l'objectif est la convergence des règles de gestion des ressources humaines (avancement, primes, droits syndicaux,...), et des systèmes d'information, décrits comme un élément essentiel.

Les axes de rapprochement et de mutualisation identifiés sont :

- ♦ la formation initiale ;
- ♦ la formation continue ;
- ♦ la santé au travail ;
- ♦ la mobilité professionnelle ;
- ♦ la gestion des retraites ;
- ♦ la politique du handicap ;
- ♦ le traitement de la paie ;
- ♦ le rapprochement de l'encadrement ;
- ♦ l'harmonisation des protocoles de soins.

En matière de personnel médical, les directions des affaires médicales des établissements du territoire se rencontrent tous les deux mois.

Elles travaillent à une charte de territoire qui vise notamment à coordonner les recrutements sur le bassin, afin d'éviter toute surenchère en matière de rémunération. Elle pourrait être proposée à la signature de l'ensemble des établissements fin 2015.

3- LE PILOTAGE INTERNE DE L'ETABLISSEMENT

Le CHUSE s'est doté de projets d'établissement dont le contenu est conforme aux règles imposées par le code de la santé publique.

Son organisation est structurée en pôles d'activités, avec lesquels des contrats ont été signés, conformément aux dispositions de l'article R. 6146-8 du code de la santé publique (CSP). Cependant, aucun projet de pôle, au sens de l'article R. 6146-9 du CSP n'a été formalisé, alors même que le délai prévu est de trois mois à compter de la signature du contrat.

Ces contrats, qui comportent des délégations au profit des pôles (personnel, formation,...) prévoient également un intéressement financier en fonction du montant des chambres individuelles facturées. Celui-ci a permis une forte hausse des recettes. Pour autant, l'intéressement financier pourrait être plus ambitieux et intégrer des objectifs d'amélioration du codage, générateur de produits supplémentaires. La mise en œuvre d'une seconde forme d'intéressement, à titre collectif, constitue quant à elle un projet novateur.

La gestion des blocs a fait l'objet d'actions spécifiques, comme en témoignent les indicateurs de performance qui s'améliorent, mais des marges de progrès existent encore, représentant entre 2 et 4 salles d'intervention. Cette situation pourrait être liée à l'absence de projet de pôle « blocs ».

Dans le cadre de la restructuration de l'offre de soins en cours, le CHUSE serait en capacité d'élargir les plages d'ouverture des blocs, et donc, d'absorber un surcroît d'activité en provenance d'autres établissements.

3.1- Les projets d'établissement successifs

Deux projets d'établissement (2008-2012 et 2013-2017) ont eu cours sur la période contrôlée.

Les deux projets d'établissement ont respecté les obligations du code de la santé publique (articles L. 6143-2, L. 6143-2-1 et L. 6143-2) quant à leur contenu.

Le projet d'établissement en cours (2013-2017) comprend cinq axes : améliorer la prise en charge et le parcours du patient, soutenir une dynamique d'excellence (enseignement, recherche), renforcer la coopération territoriale, promouvoir une gouvernance partagée et préparer l'avenir de l'établissement (passage à deux sites, modernisation du système d'information hospitalier). Il respecte également les obligations posées par le CSP.

3.2- L'organisation de la gouvernance

3.2.1- Des projets de pôle non formalisés

Une décision du conseil d'administration du 26 octobre 2007 organise le CHUSE autour de 14 pôles d'activité et quatre centres de gestion.

Un règlement intérieur des pôles a été adopté en octobre 2007 (article 2.3). Il prévoit la mise en œuvre de projets de pôles abordant « *l'organisation générale, les orientations d'activité dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche, ...* ».

Les articles L. 6143-7 et R. 6146-9 du CSP prévoient la conclusion de contrats de pôle et la rédaction de projets de pôles.

Toutefois, aucun projet de pôle n'a pu être communiqué. Seuls ont pu être communiqués les supports servant aux conférences budgétaires de pôles, qui retracent « les projets du pôle ».

Dans le cadre de la procédure contradictoire, M. Reichert, ancien ordonnateur, a communiqué une liste de projets répartis entre les différents pôles, avec la constitution de 69 groupes de travail en 2009.

3.2.2- Des contrats de pôles à jour

Les contrats de pôle, signés en 2010, ont été renouvelés en 2014 pour six d'entre eux (sur 13). Un décalage existe entre les dates d'entrée en vigueur des deux projets d'établissement successifs (2008 et 2013), et la signature des contrats de pôle (2010, 2014 et 2015).

Consciente du temps nécessaire à la négociation de tels contrats, la chambre juge cependant utile que leur mise en œuvre soit plus rapprochée dans le temps.

Les contrats signés en 2010, validés par les instances en décembre 2008, suivent une trame commune (périmètre du pôle, moyens, comptes de résultat analytique, tableau coûts-casemix, objectifs projet d'établissement), et comportent peu d'objectifs en rapport avec les soins et le projet médical. Ils sont essentiellement tournés vers les économies à réaliser, ce qui s'explique par le contexte et l'objet même du projet d'établissement alors en vigueur, intitulé « Retour à l'équilibre ».

Tableau n°9 - Contrats de pôle signés en 2010, économies à réaliser

Pôle concerné	Date de signature	Contribution financière au plan de retour à l'équilibre	Date de signature (renouvellement)	Budgets délégués
Biologie pathologie	14/01/2010	0,5 M€	En cours	57 100 €
Couple mère enfant (CMEE)	14/01/2010	2,09 M€	16/09/2014	107 000 €
Cardiovasculaire (CV)	14/01/2010	1,792 M€	16/09/2014	26 820 €
Dermatologie, oncologie, chirurgie générale (DOC P2)	14/01/2010	0,43 M€	En cours	35 600 €
Digestif et uro-andrologie (DUA)	14/01/2010	4,316 M€	16/09/2014	26 000 €
Gériatrie et médecine interne (GMI)	14/01/2010	0,27 M€	16/09/2014	58 700 €
Anesth., réanimation, néphrologie, dialyse (HINDTRA)	14/01/2010	1,036 M€	16/09/2014	70 200 €
Imagerie morphologique et fonctionnelle (IMOFON)	14/01/2010	1,6 M€	En cours	31 600 €
Réanimation, urgences, SAMU (MULTI)	14/01/2010	1,643 M€	16/09/2014	78 100 €
Neurologie ostéo locomoteur (NOL)	14/01/2010	2,97 M€	En cours	80 700 €
Pharmacie	14/01/2010	2,12 €	16/09/2014	19 800 €
Psychiatrie	14/01/2010	0,383 M€	En cours	103 100 €
Tête, endocrinologie, cou (TEC)	14/01/2010	0,312 M€	En cours	31 700 €
Pôles-Directions				5 500 €
Bloc (+unité de chirurgie ambulatoire)				27 140
	TOTAL	19,46 M€	TOTAL	759 560 €

Source : contrats de pôles.

Les contrats renouvelés en 2014 intègrent quant à eux des clauses et des objectifs relatifs à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients (démarche qualité, gestion des risques, luttés contre les infections nosocomiales,...), cohérents avec le projet d'établissement adopté.

Outre l'amélioration de la prise en charge, les nouveaux contrats fixent, entre autres, des objectifs d'optimisation du codage, d'amélioration de l'organisation (indice de performance de la durée moyenne des séjours), développement de l'activité ambulatoire, taux d'occupation,...).

Les pôles se voient notamment accorder une délégation de gestion en matière d'intérim paramédical, d'heures supplémentaires et de formation du personnel non médical.

Les objectifs inscrits aux contrats font presque intégralement l'objet d'indicateurs de suivi dans les tableaux de bord des pôles. Ceux n'y figurant pas (indicateurs ICSHA, IATB, SURVISO, nombre d'examen des pratiques professionnelles, score IPAQSS¹,...) sont produits et discutés dans le cadre des conférences de pôles intervenant trois fois par an.

3.2.2.1- La mise en œuvre de l'intéressement collectif

Les contrats signés en 2010 prévoyaient tous un intéressement financier des pôles, de l'ordre de 50 % des économies générées, pour financer des projets de soins ou de recherche, et de l'ordre de 2 % de la facturation des chambres individuelles.

¹ Indicateur de consommation des solutions hydro-alcooliques, indice composite de bon usage des antibiotiques, surveillance des sites opératoires, indicateurs pour l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Depuis 2014 et les nouveaux contrats, l'intéressement est désormais limité à 2 % des recettes de facturation des chambres individuelles du pôle et de 2 % des recettes liées aux escomptes obtenus pour la pharmacie.

Du fait d'un nombre inégal de chambres par pôle, l'intéressement peut les placer dans une situation d'iniquité.

Il peut ainsi être relevé les faibles résultats du pôle blocs, pénalisé par la quasi absence de lit, et la situation particulière du pôle psychiatrie dont les patients ne sont pas en capacité de donner leur accord pour ce type de prestation.

Tableau n°10 - Répartition de l'intéressement chambres individuelles de 2013

	Budget 2015	02 GMI	03 PSY	04 NOL	05 MULTI	07 CMEE	08 HINDTRA	09 PCV	10 DOCP2	11 DUA	12 TEC	51 BLOCS
2 % des recettes de chambres particulières	45 693	3 021	121	9 633	5 341	7 157	2 457	7 584	4 264	3 577	1 865	673
Réservé Bureau des entrées pour titres annulés	3 000	198	8	632	351	470	161	498	280	235	122	44
Réservé DAL pour surcroît de travail	500	33	1	105	58	78	27	83	47	39	20	7
Total net dû au pôle-->achats en 2015		2 789	112	8 895	4 932	6 609	2 269	7 003	3 937	3 303	1 722	621

Source : CHUSE.

La politique d'intéressement, eu égard à la situation financière du CHUSE, pourrait être plus ambitieuse. En effet, quelles que soient les performances d'un pôle, celui-ci bénéficie d'un intéressement équivalent à 2 % de ses recettes de chambres individuelles.

Pour autant, il convient de relever que cette politique d'intéressement a permis un bond des produits de facturation des chambres particulières, passés de 300 k€ en 2006 à plus de 2,4 M€ en 2015, sans que cette prestation ne soit facturée aux publics les plus défavorisés.

L'intéressement fait l'objet d'un suivi rigoureux et d'une procédure d'utilisation formalisée.

3.2.2.2- L'intéressement collectif par appel à projets

Suite à l'arrêt d'un certain nombre de financements du centre national de gestion des essais et produits de santé (CeNGEPS), le CHUSE a mis en place une seconde forme d'intéressement, consacré à la recherche et à la performance, conforme au statut universitaire de l'établissement.

Il vise à favoriser les projets structurants interpoles ou interservices. L'enveloppe consacrée (100 k€ en 2015) est fonction de l'atteinte de l'objectif de marge inscrit au CREF, et pourrait atteindre entre 140 k€ et 175 k€ en 2016.

L'appel à projets fait l'objet d'un cahier des charges, d'un plan type pour la réponse des pôles, ainsi que d'une grille d'évaluation.

3.2.3- Des tableaux de bord complets et pertinents

Le système d'information financière et de suivi de l'activité permettent la confection de tableaux de bord personnalisés particulièrement complets. Ils servent de base au dialogue de gestion entre les pôles et la direction (activité, ressources humaines, finances, organisation, recherche,...).

3.2.4- Une situation financière contrastée des pôles

Les missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) constituent un sous-ensemble des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) servant à financer les missions de recherche et d'enseignement. Leur montant varie notamment en fonction du nombre de publications scientifiques et des scores liés aux essais cliniques.

Les comptes de résultat analytique (CREA) et d'objectifs (CREO) produits par le CHUSE déterminent le résultat dégagé par chaque pôle, en tenant compte ou non des MERRI.

En 2012, hors MERRI, seuls deux pôles étaient soit à l'équilibre, soit bénéficiaires. Depuis 2013, un retour à l'équilibre s'est opéré, avec désormais cinq pôles bénéficiaires.

Pour autant, six pôles demeurent fortement déficitaires, même si l'on tient compte des MERRI : biologie (-2,5 M€), blocs (-2,362 M€), imagerie activité en externe (-2,5 M€), couple mère-enfant (-5,302 M€), digestif et uro-andrologie (-1,815 M€) et réanimation-néphrologie-dialyse (-3,265 M€).

Tableau n°11 - Synthèse des CREA et CREO

En M€	2012 avec MERRI	2012 sans MERRI	2013 avec MERRI	2013 sans MERRI
Comptes de résultats analytiques				
Couple mère enfant (CMEE)	-4,102	-7,862	-5,302	-9,328
Digestif et uro-andrologique (DUA)	-1,49	-2,98	-1,815	-3,207
Gériatrie et médecine interne (GMI)	-0,306	-1,406	1,266	0,116
Anesth. Réani. Néphrologie, dialyse (HINDTRA)	-3,465	-6,442	-3,265	-6,226
Tête cou endocrinologie (TEC)	-0,909	-2,469	-0,748	-2,147
Dermatologie oncologie chirurgie générale (DOC P2)	1,309	-0,132	2,055	0,744
Imagerie morphologique et fonctionnelle (IMOFON)	0,012	0,012	0,0519	0,519
Réanimation, urgences, SAMU (MULTI)	0,965	-2,071	1,739	-1,362
Neurologie ostéo locomoteur (NOL)	0,103	-4,952	1,223	-3,751
Cardiovasculaire (CV)	2,368	1,027	2,058	0,742
Psychiatrie	0,412	-0,497	1,825	0,925
Comptes de résultats et d'objectifs				
Anesthésie (patients hospitalisés)	0,844	-0,539	0,925	-0,373
Blocs	0,178	-0,623	-2,362	-3,049
Biologie (activité externe)	-2,7		-2,5	
Imagerie (patients hospitalisés)	0,4		0,8	
Imagerie, activité externe	-1,7		-2,1	
Biologie (patients hospitalisés)	0,07		0,7	

Source : CREA et CREO.

3.2.5- Un chiffre d'affaires moyen par séjour en baisse

L'amélioration de la situation financière des pôles s'explique, malgré d'importantes charges de structure financière et immobilière (cf. partie sur la dette) et un effet tarif défavorable commun à tous les EPS, par un volume de séjours plus important et des charges dont la hausse est contenue.

Toutes activités confondues, le chiffre d'affaires moyen par résumé d'unité médicale (RUM) baisse de 12 %, alors que le nombre de RUM augmente quant à lui de 27 %.

Tableau n°12 - Evolution du chiffre d'affaires par résumé d'unité médicale (RUM)

		En €	2010	2011	2012	2013	2014	Evol.
P02	GERIATRIE		2 683,64	2 705,44	2 524,13	2 595,25	2 642,74	-1,52 %
P04	NOL		2 525,96	2 536,57	2 505,12	2 344,19	2 350,05	-6,96 %
P05	MULTI		1 411,82	1 485,52	1 370,54	1 332,30	1 382,12	-2,10 %
P07	CMEE		1 669,37	1 640,16	1 600,65	1 610,27	1 626,58	-2,56 %
P08	HINDTRA		3 803,83	3 948,13	2 632,81	1 611,84	1 702,91	-55,23 %
P09	PCV		2 757,93	3 173,54	3 350,33	3 438,25	3 550,36	28,73 %
P10	DOCP2		1 842,43	1 764,06	1 793,40	1 744,87	1 737,03	-5,72 %
P11	DUA		1 874,56	1 824,26	1 677,94	1 656,90	1 630,62	-13,01 %
P12	TEC		1 753,07	1 639,91	1 653,13	1 664,34	1 623,79	-7,37 %
	C.A. moyen par RSS		2 648,18	2 666,40	2 541,45	2 303,74	2 333,15	-11,90 %
	RSS		75 779	77 806	84 727	93 889	96 069	26,78 %

Source : PMSI Pilot du CHUSE.

3.3- Le contrat de performance ANAP

3.3.1- Objectifs prévus par le contrat

Le CHUSE a bénéficié d'un contrat de performance de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements sociaux et médicosociaux (ANAP), dit « contrat ANAP », signé le 10 février 2011.

Ce contrat a été bâti autour de cinq pistes de travail partagées entre l'ANAP et le CHUSE ; il envisageait une incidence financière de l'ordre de 10,5 M€ en année pleine :

- ♦ améliorer la performance des blocs opératoires et de l'anesthésie (ANAP) ;
- ♦ optimiser la gestion des lits et les organisations de travail (ANAP) : 1,8 M€ ;
- ♦ améliorer la performance de la biologie (ANAP) : 3,2 M€ ;
- ♦ améliorer la performance de l'imagerie (CHUSE) : 1,4 M€ ;
- ♦ réduire les coûts logistiques et de gestion générale (CHUSE) : 2,3 M€.

L'ANAP et le CHUSE ont eu recours à des prestataires extérieurs et des chargés de mission, en se répartissant les appels d'offres et les recrutements.

3.3.2- Le suivi et les résultats du contrat

Le contrat ANAP a pris fin le 15 février 2013, tout en prévoyant un certain nombre d'indicateurs de suivi (article 4.3).

Un bilan du contrat de performance a été réalisé le 22 mai 2013. Sur les 10,5 M€ d'« impacts financiers du projet », 4,84 M€ ont été validés par le comité de pilotage stratégique de clôture du contrat, chargé de son suivi. Cela correspondait, en avril 2013, à 46 % de la cible prévue initialement.

Depuis, les objectifs du contrat de performance ont été intégrés dans les actions du contrat de retour à l'équilibre financier adopté en décembre 2013. Le bilan communiqué par l'ordonnateur, en réponse aux observations provisoires, fait état de la réalisation de l'intégralité des objectifs financiers prévus au contrat de performance.

Tableau n°13 - Suivi des objectifs financiers du contrat de performance

En k€	Engagements pris lors du comité interministériel d'avril 2012	Valorisation des actions terminées à fin 2012	Actions identifiées fin 2012 pour impact à partir de 2013	Nouvelles mesures identifiées depuis janvier 2013	Ensemble des actions retenues	Cible initiale du contrat de performance
Bloc / Anesthésie	945	787		1 977	3 206	3 586
Gestion des lits	485	442				
Biologie	1 051	45	1 114	442	1 601	3 200
Imagerie	486	306	240	151	697	1 400
Logistique	2 366	2 525		2 515	5 040	2 350
TOTAL	5 333	4 104	1 354	5 084	10 542	10 536
		5 458				

Source : CHUSE.

3.4- La gestion des blocs

3.4.1- Organisation générale des blocs

Les indicateurs de gestion des blocs avaient été soulignés comme particulièrement dégradés lors du précédent contrôle de la chambre.

Comme de nombreux autres CHU, celui de Saint-Etienne a organisé la gestion de ses blocs autour d'un pôle spécifique, qui gère 28 salles d'opérations et 23 lits de chirurgie ambulatoire. En moyenne, 181 postes équivalents temps plein (ETP) de personnel non médical et 63 ETP de personnel médical y interviennent ; pour autant, aucun personnel médical n'est affecté à ce pôle.

L'utilisation des blocs est répartie entre de nombreuses spécialités (chirurgie infantile, digestive, générale et thoracique, ophtalmologie, traumatologie,...). Le nombre d'heures de vacations qui leur sont attribuées est fonction de leur activité et fait l'objet d'un réexamen tous les 6 mois.

Des tableaux de bord à périodicité mensuelle, et personnalisés, sont communiqués aux services utilisateurs. Ceux-ci disposent également d'un accès aux données de production et de performance en ligne (outil Infoview).

3.4.2- La performance des blocs

La performance d'un bloc opératoire est évaluée à partir de plusieurs indicateurs.

Le temps de mise à disposition (TMD) est une décision de l'établissement, calculé en fonction des plages d'ouverture des salles.

Le temps de vacation offert aux praticiens (TVO) est le temps compris entre l'entrée en salle théorique du premier patient et la sortie de salle théorique du dernier patient de la journée.

Le temps réel d'occupation des salles (TROS) correspond à la part du temps de mise à disposition des salles par l'établissement, qui est réellement occupée par des interventions chirurgicales. Il est constitué de cinq temps (préparation du patient, induction, acte chirurgical, durée du pansement, remise en état de la salle).

Le taux d'occupation des salles est mesuré par la formule « TROS/TVO » et permet de mesurer la capacité des équipes chirurgicales à utiliser au mieux les capacités de travail offertes. La valeur seuil est de 75 %.

Le « temps de débordement » est le temps d'intervention au-delà de la fin du temps de mise à disposition (TMD). Le taux de débordement mesure la capacité des équipes chirurgicales à réguler le temps d'utilisation des salles.

Les indicateurs du CHUSE font ressortir un taux d'occupation des blocs en progression constante. Il est toutefois important de souligner que par convention (ANAP), le TMD d'une salle est évaluée à 10 heures par jour, du lundi au vendredi. Le CHUSE a quant à lui défini ce temps à 8 heures par jour, diminuant d'autant le TVO et améliorant en conséquence le taux d'occupation.

Le pôle blocs justifie cette ouverture de 8 heures par jour par le fait qu'en l'absence des professeurs des universités – praticiens hospitaliers (PU-PH), les assistants rencontraient des difficultés à remplir les plages horaires.

Le TMD actuel pourrait être revu à la hausse sans difficultés particulières, dans l'hypothèse d'une restructuration de l'offre au profit du CHUSE. Celui-ci serait en mesure d'élargir ses plages disponibles et d'absorber le surcroît d'activité, sans qu'il ne soit nécessaire de construire de nouvelles salles d'intervention.

Les fins précoces, qui correspondent à une fin d'intervention entraînant une inoccupation des blocs, sont en baisse, mais constituent encore, avec les taux de débordement, des gisements de performance qui pourraient être exploités.

Tableau n°14 - Performance des blocs

En %	2011	2012	2013	2014	2015 (fin juillet)
TROS/TVO	74,1	76,5	78	79	80,6
Taux de débordement	14,8	14,1	12,3	14	14,1
Démarrage tardif	2,7	4	3,5	3,4	3,4
Fin précoce		12,7	12,6	11,9	10

Source : Infoview.

Interrogé sur l'absence de projet et de contrat de pôle concernant les blocs, le chef de pôle a estimé que son pôle constituait plus un centre fédératif qu'un véritable pôle, ce qui explique l'absence de ces deux documents.

La chambre partage en partie ce point de vue mais estime cependant que les objectifs d'amélioration de la performance pourraient être contractualisés, et être insérés dans un projet pôle spécifique, ou dans ceux existants.

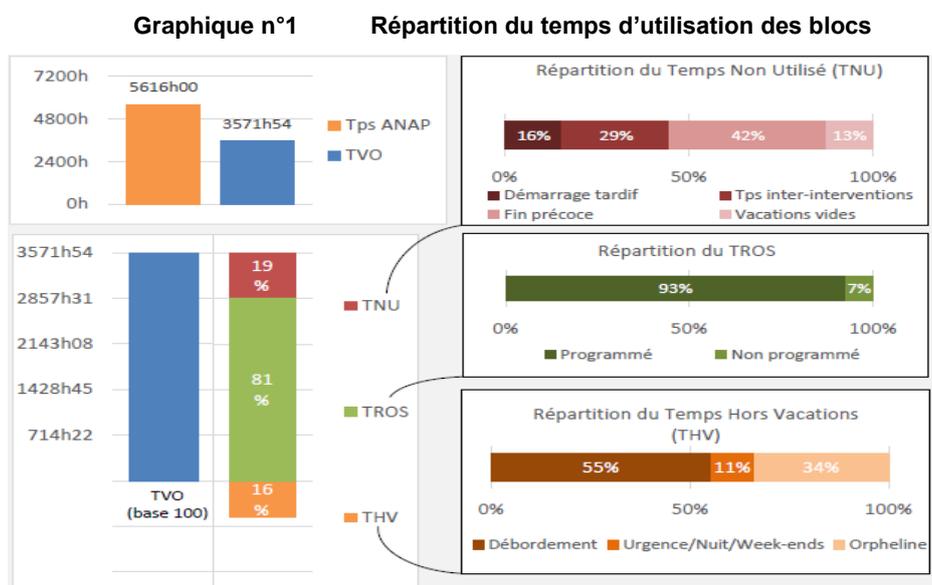
3.4.3- La comparaison régionale de l'utilisation des blocs

Le CHUSE a participé à une étude régionale comparative de l'utilisation des blocs, organisée par l'ARS. L'étude, disponible depuis le 10 septembre 2015, fait suite à un recueil des actes réalisé entre le 2 et le 29 mars 2015.

Il ressort de cette étude une amélioration de la performance des blocs au sein du CHUSE, ainsi que des marges de progrès. Comme souligné précédemment, le temps de vacation offert (3 571 heures) ne représente que 64 % du temps de référence de l'ANAP (5 616 heures).

Au sein des 3 571 heures de TVO, 19 % sont constitués de temps non utilisé, et majoritairement de fins précoces. Celles-ci peuvent laisser penser que la programmation des interventions, par certains services, est surévaluée.

Le temps hors vacation, c'est-à-dire qui dépasse les bornes horaires définies, est majoritairement constitué des débordements (55 %) et des interventions orphelines. Ces dernières sont des interventions réalisées dans des salles sans vacation définie.



Source : CHUSE d'après l'enquête régionale sur les blocs.

Au niveau régional, les temps d'intervention au CHUSE ressortent plus importants. La durée entre l'entrée et la sortie en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) y est de 3h12 contre 2h04 pour la médiane régionale.

Toutes spécialités confondues, les gains dont pourrait bénéficier l'établissement si la durée des actes réalisée était égale à :

- celle du 2^{ème} décile régional, représenteraient 440 heures, soit un équivalent de 4 salles d'interventions ;
- celle de la médiane régionale, seraient de 212 heures, soit un équivalent de 2 salles d'interventions.

L'étude identifie un certain nombre de points à améliorer, principalement en termes de planification, dont les indicateurs sont inférieurs à la moyenne régionale.

Tableau n°15 - Indicateurs de performance des blocs (par thème)

	Thème	Maturité	Moyenne
Pilotage	Commission des utilisateurs du bloc	0%	61%
	Conseil de bloc	94%	82%
	Chef de bloc	94%	94%
	Charte de bloc	50%	80%
	Interfaces	0%	46%
	Tableau de bord	100%	74%
Planification	Planification	71%	79%
	Programmation	63%	79%
	Régulation/Ordonnancement	52%	87%
	Gestion des modifications de programmation	33%	65%
	Urgences	71%	75%
PEC	Dossier patient	72%	78%
	Check - List HAS -Sécurité du patient au bloc opératoire-	55%	73%

Source : enquête régionale sur les blocs.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a expliqué les temps d'intervention supérieurs à la moyenne régionale, par l'importance des missions d'enseignement et de formation particulières dévolues aux centres hospitaliers universitaires, rendant toutes comparaisons difficiles entre établissements non strictement similaires.

4- EVOLUTION DE L'ACTIVITE

Le CHUSE connaît une évolution dynamique de son activité, plus forte que dans la majorité des autres CHU de France, et qui a permis de compenser en partie la baisse des tarifs des séjours.

Eu égard à la faiblesse du tissu libéral local et à la typologie des patients, les urgences constituent la porte d'entrée privilégiée. Cette activité non programmée génère des difficultés pour trouver des lits d'aval. Les séjours sont quant à eux classés à des niveaux de sévérité qui ne cessent de croître, traduisant une lourdeur plus importante pour les équipes soignantes.

En matière d'activité programmée, un important virage ambulatoire a été entrepris. L'ensemble des indicateurs, en progression, font figurer le CHUSE parmi les CHU les plus performants dans ce domaine.

4.1- Un dynamisme retrouvé depuis 2013

4.1.1- Des progressions plus fortes que dans les autres CHU

La progression de l'activité est plus importante que dans les autres CHU, à l'exception du poids moyen des cas traités² (PMCT) pour les séjours de « 0 » nuit et d'une nuit et plus, pour lesquels il occupe respectivement les 11^{ème} et 6^{ème} rangs. Le PMCT traduit le volume économique de l'activité rapporté au nombre de séjours,

² Le poids moyen des cas traité (PMCT) est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement. Il permet de décrire la lourdeur des cas traités par un établissement (complexité technique du séjour, durée du séjour).

Tableau n°16 - Base inter-CHU à fin décembre 2014

	CHUSE	Moyenne des CHU	Rang
Nombre de séjours valorisés	+2,5 %	+2,3 %	13/32
Evol. recettes des séjours valorisés	+3,8 %	+2,6 %	9/32
Evol. nbre de séjours 0 nuit	+7,1 %	+2,6 %	5/32
PMCT 0 nuit	785 € (+4,9 %)	828 € (+4,7 %) Mini 712€, Maxi 927€	11/32
Evol. nbre de séjours 1 nuit et +	-0,2 %	+1,3 %	23/32
PMCT 1 nuit et +	3 930 € (+3,3 %)	4 169 € (+1,2 %) Mini 3350€, maxi 4500€	6/32
Evol. Activité externe	+ 6,1 %	+ 5,1 %	11/32
LAMDA dus au titre de 2013	1,26 M€	2,91 M€	15/31

Source : base inter-CHU.

4.1.2- Le développement de la chirurgie ambulatoire et des séances

L'activité progresse globalement sur l'ensemble de la période sous revue. Le développement de la chirurgie ambulatoire, dont la pratique s'est nettement accélérée, a entraîné, en parallèle, une baisse du nombre des séjours en hospitalisation complète (HC). L'activité de séances se développe également de manière constante.

Tableau n°17 - Evolution de l'activité

	2010	2011	2012	2013	2014	Evol. %	Evol. 2012/2014
Nombre de séjours de médecine (HC)	31 618	31 821	32 217	31 987	32 878	3,99 %	2,05 %
Nombre de séjours de chirurgie (HC)	14 157	14 408	14 134	13 931	13 440	-5,06 %	-4,91 %
Nombre de séjours d'obstétrique (HC)	4 051	4 163	4 164	3 884	3 996	-1,36 %	-4,03 %
Nombre de séjours de médecine (ambulatoire)	14 174	14 720	16 743	17 801	18 300	29,11 %	2,05 %
Nombre de séjours de chirurgie (ambulatoire)	4 003	4 217	4 714	5 162	6 404	59,98 %	35,85 %
Nombre de séjours d'obstétrique (ambulatoire)	806	845	788	848	958	18,86 %	2,05 %
Nombre de séances de chimiothérapie	3 111	3 813	3 529	3 962	4 258	36,87 %	20,66 %
Nombre de séances de radiothérapie	0	0	0	0	0	0,00 %	2,05 %
Nombre de séances d'hémodialyse	12 089	12 271	12 520	11 616	11 555	-4,42 %	-7,71 %
Nombre de séances autres	3 678	3 803	4 344	4 828	5 282	43,61 %	21,59 %
Nombre d'accouchements	3 216	3 321	3 303	3 100	3 186	-0,93 %	2,05 %
Nb d'actes chirurgicaux	17 056	17 541	17 604	17 736	17 779	4,24 %	0,99 %
Nb d'accueil et de traitement des urgences	56 073	58 658	56 119	57 335	59 985	6,98 %	6,89 %
Nombre d'actes d'endoscopies	5 443	5 162	5 664	5 913	6 299	15,73 %	11,21 %

Source : CHUSE et Hospidiag.

4.1.3- Les urgences, porte d'entrée privilégiée

En 2014, 42,40 % des entrées en hospitalisation complète ont eu lieu par les urgences. La conséquence directe est une difficulté à trouver des lits dans les services conventionnels de médecine et de chirurgie, mais également dans les filières d'aval (soins de suite et de réadaptation, long séjour). Le 8^{ème} décile de la catégorie, qui correspond aux établissements les plus confrontés à cette problématique, se situait à 45,20 % et le 2^{ème} décile à 25,60 %. Cette problématique a été identifiée dans le CPOM et fait l'objet de pistes d'amélioration.

L'accessibilité du CHUSE, l'absence d'avance de frais pour les soins, ainsi que la faiblesse du tissu libéral local expliquent ce constat.

Dans le même temps, la lourdeur des séjours de niveau de sévérité 3 et 4, les plus élevés sur une échelle allant de 0 à 4, continue sa progression, traduisant une charge de travail croissante pour les équipes soignantes.

La hausse de l'activité, et de la sévérité des cas traités, ne semble pas due à la qualité « d'établissement de recours³/référence⁴ » du CHUSE. En effet, le pourcentage des séjours de recours rapporté à l'activité générale, qui mesure le poids de l'activité de recours dans l'activité générale, stagne. Le nombre des séjours de recours est ainsi passé de 3 649 en 2010 à 3 532 en 2013, alors que sur la même période, le nombre total de séjours passe de 69 306 à 74 209.

L'activité du CHUSE est donc majoritairement portée par une activité qui peut être qualifiée de « classique », en concurrence directe avec l'ensemble des établissements de sa zone d'attractivité, à la différence d'un grand nombre de CHU (Assistance publique-Hôpitaux de Marseille, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, CHU de Bordeaux, CHU de Montpellier, CHU de Lille,...) dont le taux d'activité de recours / référence dépasse celui du CHUSE.

Tableau n°18 - Données particulières d'activité

	2010	2011	2012	2013	2014
Pourcentage des séjours de recours/référence dans l'activité	5,3 %	5,3 %	5,2 %	4,8 %	5,1 %
Pourcentage des séjours de niveau de sévérité 3 et 4	8,2 %	9,0 %	9,0 %	9,8 %	10,3 %
Pourcentage des entrées HC en provenance des urgences	39,6 %	34,1 %	36,9 %	41,9 %	42,4 %

Source : CHUSE et Hospidiag.

4.1.4- Les taux d'occupation

Le taux d'utilisation / occupation des lits mesure l'occupation, par des patients de chaque spécialité, des lits exploitables, en hospitalisation complète ou de semaine.

Les taux d'occupation sont comparables (médecine), voire inférieurs (obstétrique), à ceux des établissements les moins performants (2^{ème} décile). En médecine, le passage de 608 en 2010 à 630 lits en 2013, explique en partie la dégradation de ce taux.

Dans le domaine de la chirurgie en hospitalisation complète (HC), le CHUSE approche des 20 % d'établissements de même type les plus performants, malgré une baisse en 2013, année marquée par la diminution du nombre de journées de chirurgie, passé de 108 868 en 2010 à 102 977 en 2013, sous l'effet du développement de la chirurgie ambulatoire, et de la hausse concomitante du nombre de lits (+11) sur la même période.

La mise en œuvre d'une piste de gestion des lits, identifiée dans le CREF, a contribué à l'amélioration de la performance, par la baisse de 47 lits de MCO en 2014 et 2015, correspondants à -3 lits en urologie, -4 lits « digestif / thoracique » -22 lits sur le pôle « tête, cou, endocrinologie », -11 lits en gynécologie et -7 lits « grossesses à haut risque ».

³ La notion de « recours » se conçoit comme une admission du malade en seconde intention, du fait de la difficulté technique du diagnostic ou du traitement, du besoin d'innovation, en raison d'une spécialité ou d'un équipement absent ailleurs, ou de la lourdeur des cas traités.

⁴ La notion de « référence » s'applique aux éléments qui concourent à faire d'une institution un centre d'adressage incontournable ou privilégié pour certaines prises en charge. Elle se distingue de la notion de « recours » par l'existence d'une reconnaissance « officielle » (labellisation, missions réglementées comme les greffes, la réanimation, les activités soumises à autorisation restreinte).

Tableau n°19 - Taux d'occupation

	TCAM	2010	2011	2012	2013	2014	Typologie 2013	
							2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	- 2 %	76,4	73,4	73,2	72,8	72,6	71,8	81,9
Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie	- 2 %	102,7	101,8	101,6	95,8	98,7	66,3	107,5
Taux d'utilisation / occupation des lits en obstétrique	- 2 %	56,4	55,1	58,3	53,0	55,7	56,9	76,1

Source : Hospidiag (données 2014 non disponibles).

4.2- Les indicateurs liés à l'organisation des soins : le fort développement de la chirurgie ambulatoire

Les indices de performance de la durée moyenne des séjours (IP-DMS) mesurent les DMS de l'établissement au regard de celles des autres établissements. Ils sont globalement bons et demeurent inférieurs à « 1 ». La DMS moyenne est ainsi passée de 4,68 jours en janvier 2010, à 3,86 jours en janvier 2015 (données PMSI-Pilot).

L'indice des coûts relatifs (ICR) est calculé par le rapport entre le nombre d'ICR⁵ réalisés et le nombre de salles d'interventions chirurgicales et reflète l'utilisation des blocs opératoires.

Il s'améliore très sensiblement en 2013, après plusieurs années d'une moindre performance. La dégradation enregistrée en 2012 est principalement due au passage de 29 à 32 salles d'intervention, et l'amélioration de 2013 à la baisse du nombre des salles (26 désormais), le nombre d'ICR produits restant quasiment identique.

Conformément aux objectifs assignés par le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF), le taux de chirurgie ambulatoire a fortement progressé depuis 2010. Le nombre de séjours chirurgicaux ambulatoires a ainsi augmenté de 30 %. Le CHUSE est désormais très proche des établissements de sa catégorie les plus performants (8^{ème} décile, source Hospidiag).

La chirurgie ambulatoire progresse également sur les 18 gestes marqueurs, qui sont des actes pouvant presque exclusivement être réalisés en ambulatoire, et dont le potentiel est estimé à 90 %. Avec plus de 63 % en 2014, le CHUSE figure aussi parmi les établissements les plus performants.

Ces progrès se constatent également à travers un taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire de 146 %, supérieur à celui de tous les autres établissements (110 % pour le 8^{ème} décile de la catégorie) et ce, malgré le passage de 13 à 14 lits entre 2009 et 2013.

Le développement de ce mode de prise en charge a entraîné la fermeture d'une cinquantaine de lits d'hospitalisation complète en chirurgie sur la période 2014-2015. En 2015, l'unité de chirurgie ambulatoire comptait 23 places.

⁵ L'ICR (Indice du Coût Relatif) est la clé de répartition permettant d'affecter à chaque séjour hospitalier son quota des coûts totaux annuels des unités médicotechniques (bloc opératoire, réanimation, exploration fonctionnelle, imagerie) en fonction des actes pratiqués. Cet outil est essentiel pour le PMSI puisqu'il permet l'affectation d'environ 25 % des coûts des séjours chirurgicaux.

Tableau n°20 - Indicateurs d'organisation des soins

	2010	2011	2012	2013	2014
IP-DMS médecine	1,03	1,02	1,03	0,99	0,98
IP-DMS chirurgie	1,01	0,97	1,00	0,98	0,96
IP-DMS obstétrique	0,94	0,91	0,97	0,95	0,98
ICR par salle d'intervention chirurgicale	267 040	266 879	244 614	300 969	ND
Taux de chirurgie ambulatoire	22,0 %	22,6 %	25,0 %	27,0 %	32,3 %
Taux des 18 gestes marqueurs en chirurgie ambulatoire	42,0 %	44,5 %	48,6 %	52,1 %	63,40 %
Taux d'utilisation des places en chirurgie ambulatoire	130,0 %	136,9 %	153,1 %	146,7 %	ND

Source : Hospidiag et CHUSE.

4.3- Les indicateurs liés aux ressources humaines

Trois indicateurs RH ressortent dégradés. Le nombre d'accouchements par obstétricien et sages-femmes s'est contracté à partir de 2013, du fait de la baisse du nombre d'accouchements et reflète la surcapacité en lits d'obstétrique sur le territoire. S'agissant d'une activité normée en termes d'effectifs, cet indicateur ne pourra s'améliorer sans une hausse de l'activité.

Le nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et infirmière anesthésiste (IADE), bien qu'en progression, demeure inférieur au 8^{ème} décile.

Enfin le taux d'absentéisme, qui sera abordé plus particulièrement dans la partie relative aux ressources humaines, pourrait être réduit au regard de celui des établissements les plus performants (2^{ème} décile).

Tableau n°21 - Productivité du personnel

	2010	2011	2012	2013	2014	Catégorie	
						2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Nombre d'accouchements par obstétricien et sage-femme	38	40	40	38	38	0	49
Nombre d'ICR d'anesthésie par anesthésiste et IADE	15 654	16 020	16 353	16 477	17 196	12 953	20 093
Nombre d'ICR par chirurgien	109 152	117 474	112 147	119 252	124 585	73013,8	124170,7
Nombre d'IDE+AS par cadre infirmier	15,4	20,3	20,7	21	21	19,6	27,9
Nombre d'IADE par anesthésiste	1,4	1,4	1,3	1	1	1	1,7
Nombre de sages-femmes par obstétricien	6,2	6,9	6,2	6,9	7,0	2,7	6,3
Taux d'absentéisme du PNM	ND	ND	ND	6,1	ND	5,3	7,2

Source : Hospidiag et CHUSE.

5- LA FIABILITE DES COMPTES

Le CHUSE a procédé à un important travail de fiabilisation, qui a permis de régulariser la majorité des écritures comptables, en prévision de la certification de ses comptes. Ce travail devrait pouvoir permettre l'édition un bilan d'ouverture 2016 reflétant de manière sincère la situation comptable et patrimoniale du CHUSE, sous réserve de quelques modifications mineures.

Parmi les régularisations opérées, figurent d'importantes corrections des durées d'amortissement des immobilisations. Réalisées jusqu'alors selon des durées anormalement

longues, elles ont eu pour conséquence de majorer le résultat comptable. L'adoption nécessaire de durées conformes aux instructions comptables a entraîné l'aggravation du solde des reports à nouveau déficitaires, et conduira à une aggravation du résultat comptable pour les exercices à venir.

La majorité des processus comptables ont fait l'objet d'une formalisation, qui se poursuivait encore début 2016.

5.1- La préparation à la certification

La chambre a analysé la préparation à la certification des comptes ainsi qu'un certain nombre de processus.

Le travail de fiabilisation, qui avait débuté en 2009, s'est accentué dans le cadre de la certification, par la mise en conformité du dispositif de contrôle interne (rédaction des procédures, identification des risques et formalisation des contrôles) et l'identification des risques significatifs par cycle.

Ce travail a permis la correction d'un grand nombre d'écritures comptables (13 M€).

Parmi les principaux processus analysés et qui n'appellent pas de remarques, figurent :

- ♦ l'intégration des immobilisations en cours et leur amortissement ;
- ♦ l'adoption d'une approche par composants et la correction des durées d'amortissement ont été chiffrées à 20,4 M€, dont 13,9 M€ pris sur les excédents affecté à l'investissement et 6,4 M€ affectés en report à nouveau déficitaire. Les charges annuelles d'amortissement vont ainsi croître de 2,7 M€ par an ;
- ♦ le rattachement des charges et des produits ;
- ♦ la procédure d'intérêts courus non-échus ;
- ♦ les créances irrécouvrables ;
- ♦ les provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations et pour compte épargne-temps) ;
- ♦ les provisions pour risques et charges ;
- ♦ les remboursements par les budgets annexes ;
- ♦ la procédure d'affectation du résultat.

L'ensemble de ces processus respecte les prescriptions des instructions comptables et budgétaires et sont accompagnés d'une note de procédure formalisée.

5.2- Les points à améliorer

Seuls deux éléments méritent soit une attention particulière, soit des corrections, sans pour autant nuire à la fiabilité des comptes de l'établissement :

- ♦ Les recettes et dépenses à classer ou à régulariser, dont les montants doivent être les plus faibles possible.

Tableau n°22 - Recettes et dépenses à classer ou à régulariser

En €	2010	2011	2012	2013	2014
Compte 471 Recettes à classer ou à régulariser (dont compte 4788 Autres comptes transitoires)	2 348 205	1 585 001	1 939 960	1 340 440	1 906 223
Compte 472 Dépenses à classer ou à régulariser	12 098	1 012 735	1 021 426	2 160 553	1 830 887

Source : CRC à partir de la balance des comptes.

- ♦ Les autres provisions pour charges (compte 158), qui comportent deux sommes importantes (8,54 M€ et 2,38 M€) au titre du désamiantage d'un bâtiment et de la recherche clinique et qui devront être régularisées.

Tableau n°23 - Les autres provisions pour charges

En €	2010	2011	2012	2013	2014
Solde du compte 158 au 31/12	5 462 044	6 197 566	6 768 557	3 841 623	11 507 169

Source : CRC à partir de la balance des comptes.

En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que la provision relative au désamiantage a été régularisée en bilan d'ouverture 2015, et que celles ayant trait à la recherche, conformément au guide relatif à la fiabilisation des comptes des hôpitaux, feront l'objet d'une reprise à chaque clôture d'exercice.

6- ANALYSE FINANCIERE

La situation financière a été longtemps très préoccupante. Les charges de structures et de personnel, très importantes et surtout liées aux nombreux investissements, n'ont pu être couvertes par les produits de l'activité.

Le CHUSE a ainsi connu des problèmes inquiétants et récurrents de trésorerie qui l'ont conduit à être inscrit dans un dispositif d'alerte et de suivi fin 2012. Sans les aides financières de l'ARS, il aurait pu se trouver en situation de cessation de paiement.

Depuis, les indicateurs et ratios financiers s'améliorent. Les objectifs financiers du CREF sont respectés et laissent entrevoir l'atteinte d'un taux de marge brute de 8 % en 2016.

6.1- L'évolution des produits et des charges

6.1.1- L'évolution des produits

Les produits de l'activité hospitalière ont crû de 20 M€ entre 2010 et 2014, avec une nette accélération entre 2013 et 2014 (+ 11 M€).

Ce dynamisme des recettes est à porter au crédit de la hausse de la tarification à l'activité (+ 16,4 M€), des consultations externes (+ 1,6 M€) et des produits perçus au titre des patients étrangers et des autres établissements.

L'évolution des produits versés par l'assurance maladie (titre 1) est liée à celle de l'activité et n'appelle pas plus de commentaires.

Tableau n°24 - Détail des produits de l'activité hospitalière

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var ann moy.
Produits de la tarification à l'activité (a)	212 263 052	215 892 028	223 876 497	229 041 246	238 610 842	3,0 %
Dont pdts de la tarification des séjours	189 708 338	196 066 903	202 970 274	204 356 198	212 862 178	2,9 %
Dont pdts des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	22 554 713	19 825 125	20 906 223	24 685 048	25 748 664	3,4 %
Produits forfaitaires (b)	123 593 869	120 386 196	113 781 605	110 371 031	112 974 048	-2,2 %
Dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	4 738 162	4 994 643	5 100 827	4 825 519	5 042 486	1,6 %
Dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	61 514 810	57 830 763	50 354 950	44 662 989	47 975 692	-6,0 %
Dont dotations annuelles de financement (DAF)	57 340 897	57 560 790	58 325 828	60 882 523	59 955 870	1,1 %
Produits de l'hospitalisation (a+b=c)	335 856 921	336 278 224	337 658 102	339 412 277	351 584 890	1,2 %
Pdts faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	24 207 104	24 876 652	24 134 117	25 072 283	26 240 171	2,0 %
Dont consultations externes	22 787 223	23 402 114	22 741 002	23 565 715	24 351 072	1,7 %
Dont forfait accueil et traitement des urgences	1 205 230	1 235 611	1 153 342	1 184 662	1 306 217	2,0 %
Dont autres forfaits	214 651	238 927	239 772	321 906	582 882	28,4 %
Produits à la charge de l'assurance maladie (c+d=e)	360 064 025	361 154 876	361 792 218	364 484 560	377 825 061	1,2 %
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	38 576 935	38 871 017	41 967 646	43 247 607	40 854 148	1,4 %
Dt pdts à la charge des patients et des complémentaires de santé	31 524 802	32 005 116	32 538 029	32 122 129	31 376 315	-0,1 %
Dt pdts sur patients étrangers et autres établissements	7 052 132	6 865 902	9 429 617	11 125 478	9 477 833	7,7 %
Produits de l'activité hospitalière (e+f)	398 640 960	400 025 893	403 759 864	407 732 167	418 679 209	1,2 %
<i>en % du produit total</i>	<i>90,5 %</i>	<i>89,8 %</i>	<i>89,0 %</i>	<i>88,2 %</i>	<i>87,3 %</i>	

Source : comptes financiers.

6.1.2- L'évolution du titre 2 : éclairage sur le tarif journalier de prestation

Les recettes calculées à partir du tarif journalier de prestation (TJP) sont inscrites au titre 2 « autres produits de l'activité hospitalière ». Ce titre englobe toutes les prestations directement liées à la mission de soins, mais non prises en charge par l'assurance maladie.

L'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale (CSS) pose le principe d'une tarification des prestations, arrêtée au sein de chaque établissement, afin de servir de base :

- ♦ à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;
- ♦ au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;
- ♦ à l'exercice des recours contre tiers.

Le TJP correspond donc au reste à charge pour le patient, pour les frais non pris en charge par l'assurance maladie ou un régime complémentaire. Ils sont calculés en fonction du coût de revient prévisionnel rapporté au nombre de journées d'hospitalisation (article R. 6145.22 du CSP).

Le même article détaille le calcul du coût de revient prévisionnel, à savoir :

- ♦ 1° les charges directes ;
- ♦ 2° les charges des consommations d'actes, de biens et de services médicaux sur la base de leur prix d'achat ou, à défaut, de leur coût de revient ;
- ♦ 3° les autres charges du compte de résultat prévisionnel principal qui ne sont pas couvertes par des ressources propres, réparties entre les catégories tarifaires proportionnellement au nombre de journées prévues dans chaque catégorie.

Malgré la mise en œuvre de la tarification à l'activité, deux systèmes continuent donc à coexister : les groupes homogènes de séjours (GHS), dont les tarifs sont fixés nationalement, et opposables à l'assurance maladie, et les TJP, calculés par les établissements, et opposables aux particuliers ainsi qu'à leurs mutuelles.

Les TJP doivent impérativement faire l'objet d'une décision au sein de chaque établissement avant d'être arrêtés par chaque ARS. La dernière décision du CHUSE date de 2014, et celle de l'ARS de 2013. Aucune décision du CHUSE n'a été prise en 2015, ni aucune décision de l'ARS en 2014 et 2015.

L'enquête d'une association de consommateurs publiée en mai 2014, tirée d'une étude d'un collectif associatif, a mis en exergue les fortes disparités en matière de calcul du TJP, et par conséquent, de reste à charge. A titre d'illustration, l'étude avait relevé qu'un TJP de médecine *« pouvait aller de 500 € à 2 230 €, pour des types d'établissements ayant des profils assez proches en termes d'activités »*.

La Direction générale de l'offre de soins (DGOS), dans une circulaire du 31 mars 2014, a elle-même souligné le niveau *« très hétérogène des TJP »*, *« l'inégalité dans le reste à charge des patients »*, et concluait sur la nécessité de les modérer.

Elle a fixé pour objectif aux ARS de vérifier que les règles de calcul précédemment énumérées sont bien respectées, et d'enclencher *« une baisse progressive des TJP supérieurs de plus de 15 % au niveau auquel ils devraient être, en application des règles susmentionnées. Pour les établissements concernés, cette baisse est fixée à 5 % du TJP au maximum pour 2014 »*.

Dans un courrier du 20 mai 2014, adressé à l'ensemble des chefs d'établissement, l'ARS Rhône-Alpes a rappelé les règles énoncées par la circulaire précitée ainsi que la nécessité de réduire les TJP pour les établissements dont les tarifs dépassent de plus de 15 % *« ce qu'ils devraient être »*. Lorsqu'un établissement n'est pas en mesure de procéder à la baisse de ses tarifs, en raison de sa situation financière, les baisses doivent être organisées selon une programmation pluriannuelle, et un avenant au CREF signé.

Aucun avenant au CREF, ni aucune programmation de baisse des TJP n'a été constaté pour ce qui concerne le CHUSE.

6.1.2.1- *L'incidence des tarifs journaliers de prestation sur les recettes*

Dans leur ensemble, les produits à la charge des patients et organismes complémentaires sont en baisse de près de 4 %.

Cette tendance s'explique principalement par le virage ambulatoire qu'a pris l'établissement. Un certain nombre de séjours de chirurgie en hospitalisation complète (HC) est désormais réalisé en hospitalisation incomplète, dont le montant du TJP est de 28 % inférieur.

Exceptions faites de la lutte contre les maladies mentales et de la chirurgie, tous les produits sont en progression.

Tableau n°25 - Produits à charge des patients, organismes et complémentaires (en €)

Compte	Libellé	2010	2011	2012	2013	2014	Evol.
7321	Pdts de la tarification en HC non pris en charge par l'AM	17 109 579	17 366 946	17 680 939	16 800 697	15 756 426	-7,91 %
dont 73211	Médecine et spécialités médicales	8 900 247	9 557 864	9 874 201	8 959 130	8 956 174	0,63 %
dont 73212	Chirurgie et spécialités chirurgicales	3 955 357	3 530 609	3 494 196	2 643 542	2 279 738	-42,36 %
dont 73213	Spécialités coûteuses et très coûteuses	769 411	874 378	1 068 068	1 429 370	795 416	3,38 %
dont 73214	SSR	316 233	375 289	483 962	516 049	762 499	141,12 %
dont 73215	Ticket modérateur - HC	144 270	135 234	126 306	146 988	144 306	0,02 %
dont 73218	Lutte contre les maladies mentales	3 024 062	2 893 572	2 634 208	3 105 618	2 818 292	-6,80 %
7322	Pdts de la tarification en hosp. incomplète non pris en charge par l'AM	1 720 744	1 920 388	1 933 366	2 073 411	2 352 128	36,69 %
dont 73221	Hospitalisation. à temps partiel	1 572 744	1 690 798	1 592 790	1 636 407	1 897 234	20,63 %
dont 73222	Chirurgie ambulatoire	114 862	203 940	312 136	396 198	402 406	250,34 %
dont 73225	Ticket modérateur - hosp. Incomplète	33 138	25 650	28 440	40 806	52 488	58,39 %
7323	Pdts de la tarification en HAD non pris en charge par l'AM	1 744		-	-		-100,00 %
dont 73232	Accueils familiaux	1 744		-	-		-100,00 %
Total général		18 832 067	19 287 334	19 614 306	18 874 108	18 108 554	-3,84 %

Source : CRC à partir des comptes financiers.

En neutralisant l'effet « chirurgie ambulatoire », les produits ont progressé de 4,50 %. La hausse du volume d'activité et l'augmentation de la valeur des TJP en sont les deux causes.

Tableau n°26 - Produits à charge des patients, organismes et complémentaires, hors chirurgie

Compte	Libellé	2010	2011	2012	2013	2014	Evol.
7321	Pdts de la tarification en HC non pris en charge par l'AM	13 154 222	13 836 336	14 186 744	14 157 155	13 476 688	2,45 %
7322	Pdts de la tarification en hosp. incomplète non pris en charge par l'AM	1 605 882	1 716 448	1 621 230	1 677 213	1 949 722	21,41 %
7323	Pdts de la tarification en HAD non pris en charge par l'AM	1 744		-	-		-100,00 %
Total général		14 761 849	15 552 785	15 807 974	15 834 368	15 426 410	4,50 %

Source : CRC à partir des comptes financiers.

6.1.2.2- L'évolution et les modalités de calcul du tarif journalier de prestation

La progression des TJP n'a été freinée qu'à partir de 2014, à la suite d'une décision maintenant les tarifs de 2013.

Tableau n°27 - Progression du TJP

En €	TJP 2010	TJP 2011	TJP 2012	TJP 2013	TJP 2014	% 2010/2014
Médecine et spécialités médicales	1 280	1 317	1 355	1 392	1 392	8,75 %
Chirurgie et spécialités chirurgicales	1 701	1 740	1 790	1 790	1 790	5,23 %
Spécialités coûteuses	3 401	3 490	3 590	3 590	3 590	5,56 %
Spécialités très coûteuses				5 261	5 261	
Moyen séjour	600	617	635	652	652	8,67 %
Rééducation fonctionnelle, réadaptation	1 158	1 192	1 226	1 259	1 259	8,72 %
Placements familiaux psychiatriques	200	200	206	212	212	6,00 %
Hospitalisation de jour	1 221	1 265	1 301	1 336	1 336	9,42 %
Dialyse	1 360	1 390	1 430	1 469	1 469	8,01 %
Hospitalisation de jour de psychiatrie adulte	710	740	761	782	782	10,14 %
Hospitalisation de jour de pédopsychiatrie	710	740	761	782	782	10,14 %
Convalescence et réadaptation personnes âgées	434				434	0 %
1/2 journée rééducation fonctionnelle	596	613	631	631	631	5,87 %
Hospitalisation de nuit psychiatrie adulte	709	740	761	782	782	10,30 %
Chirurgie ambulatoire	1 170	1 215	1 250	1 284	1 284	9,74 %
Tarifification SMUR						
Transports terrestres (période de 30 minutes)	943	970	998	998	998	5,83 %
Transports hélicoptérés (par minute)	108	110	113	113	113	4,63 %
Transplantation rénale (forfait fixé par arrêté du 18/08/1994)	42 686	42 686	42 686	42 686	42 686	0 %

Source : CRC à partir des données du CHUSE.

L'évolution constatée pour chaque exercice et chaque spécialité a été fortement marquée entre 2010 et 2011. Elle est légèrement moins importante par la suite.

S'il est difficile de porter une appréciation sur l'évolution des TJP sur la période, à l'exception du fait qu'elle dépasse nettement celle de l'inflation, un rapprochement avec ceux d'établissements comparables peut être faite.

Le CHUSE est classé 6^{ème} établissement (sur 27 CHR/CHU de l'étude) ayant le plus fort TJP en médecine, de loin le plus rémunérateur, du fait des volumes.

Tableau n°28 - TJP 2013 de médecine, ensemble des CHU/CHR

Rang	Etablissement	TJP Médecine (en €)
1	CHU Rouen	1 476
2	Hospices civils de Lyon	1 470
3	APHM	1 445
4	CHU Reims	1 442
5	CHU Grenoble	1 411
6	CHU Saint-Etienne	1 392
7	CHU Lille	1 361
8	CHU Toulouse	1 343
9	CHU Limoges	1 337
10	CHU Bordeaux	1 290
11	CHU Clermont-Ferrand	1 253
12	CHU Montpellier	1 229
13	CHU Tours	1 218
14	CHU Strasbourg	1 206
15	CHU Nice	1 200
16	CHU Besançon	1 180
17	CHU Dijon	1 168
18	CHU Amiens	1 165
19	CHU Caen	1 154
20	CHU Nancy	1 149
21	CHU Rennes	1 125
22	CHU Brest	1 100
23	CHU Nîmes	1 099
24	CHU Poitiers	1 045
25	CHU Angers	935
26	CHU Nantes	872
27	APHP	862
	TJP Médecine Moyen	1 220

Source : Observatoire citoyen des restes à charge en santé.

En 2015, bien qu'entrant dans le champ de la circulaire de la direction générale de l'offre de soins (DGOS), aucune baisse des TJP n'est intervenue. Le directeur général, dans un courrier du 6 juin 2014 accompagnant l'EPRD et adressé à l'ARS, a expliqué avoir procédé au maintien des TJP en raison de la situation financière et du CREF en cours. De ce fait, l'établissement n'a pas transmis de nouvelle décision tarifaire accompagnant l'EPRD.

Aucune décision n'a été prise par l'ARS en 2014 sur les TJP et en 2015, ni l'établissement ni l'ARS n'ont arrêté de tarifs. Le CHUSE a expliqué que l'ARS lui avait conseillé de ne prendre aucun arrêté, de crainte qu'il ne soit contesté en justice par des mutuelles ou des associations de patients, pour non-respect des règles de calcul.

L'absence de baisse des TJP et d'arrêtés fixant les tarifs appellent deux remarques. Tout d'abord, le maintien de tarifs identiques a pour conséquence une absence de corrélation entre les tarifs pratiqués et les coûts prévisionnels de l'exercice. Il a pu être constaté que les tableaux des retraitements comptables (budget exécuté) servaient de base de calcul aux TJP, et non le budget prévisionnel, comme le prévoit la réglementation.

Il a également été constaté que « *les charges couvertes par des ressources propres* » (MIGAC, fonds d'intervention régional), qui doivent être exclues du périmètre de calcul des TJP, ne l'étaient pas. L'Etat, par le biais de ses dotations, ainsi que le patient, peuvent ainsi être conduits à payer deux fois pour la même prestation.

Enfin, le maintien des TJP fait peser une partie du retour à l'équilibre financier de l'établissement sur les mutuelles, mais aussi et surtout sur des catégories de patients qui ne disposent pas de complémentaire santé.

En 2013, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a réalisé une étude sur les restes à charge des patients et organismes complémentaires. Il en ressort 16 millions de séjours concernés, portés par plus de 10,6 millions de patients différents. Le montant du reste à charge (RAC) a été chiffré à plus de 3 milliards d'euros au niveau national, soit en moyenne 304 € par patient.

De manière plus fine, 106 000 personnes ont dû s'acquitter d'un RAC supérieur à 3 000 € et 15 % d'un RAC supérieur à 500 €.

Ces RAC sont le plus souvent facturés aux patients gagnant « trop » pour bénéficier d'une couverture maladie universelle (CMU) ou d'une aide à la complémentaire santé (ACS), mais pas suffisamment pour s'offrir une couverture complémentaire.

Ces créances se retrouvent fréquemment dans le stock des créances contentieuses, avant de faire le plus souvent l'objet d'admissions en non-valeur. Selon le CHUSE, 4 % des patients ne bénéficient pas d'une mutuelle.

6.1.3- L'évolution des charges

Les charges de personnel représentent 64,9 % du total des produits, les consommations intermédiaires 27,5 %, et les charges financières 2,4 %. L'évolution des dépenses de personnel et des charges financières sont abordées dans des parties spécifiques.

6.1.3.1- *Les consommations intermédiaires*

Les achats observent une hausse en pourcentage presque identique à celle des produits de l'activité (+ 3,3 %, + 12,5 M€), sauf pour ce qui concerne les achats de produits à caractère médical et pharmaceutique, dont la hausse est plus importante (+ 5,4 %).

Les dépenses de services extérieurs croissent de 4,1 M€ sous l'effet des prestations à caractère non médical en hausse de 1,7 M€ et des dépenses de la blanchisserie (+ 3,4 M€), auparavant internalisée, et externalisée depuis 2011 auprès de la blanchisserie inter-hospitalière Loire Sud (GCS BIHL Sud).

Tableau n°29 - Détail des consommations intermédiaires

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var ann moy
Achats (a)	90 615 575	91 280 622	94 338 717	97 678 043	103 135 009	3,3 %
Dont achats matières, pdts et marchandises à caractère méd. et pharm	37 502 676	37 979 848	39 640 963	41 626 176	46 288 572	5,4 %
Dont fournitures et matériel à caractère médical ou médicotechnique	36 674 887	38 218 052	38 926 321	39 703 865	41 891 730	3,4 %
Dont achats matières, fournitures et marchandises à caractère hôtelier et général	1 454 477	1 387 854	1 358 008	1 355 695	1 292 245	-2,9 %
Dont alimentation	3 689 322	3 552 361	3 767 863	3 735 493	3 622 484	-0,5 %
Dont fluides et autres consommables	11 294 213	10 142 506	10 645 562	11 256 814	10 039 978	-2,9 %
Dont rabais, remise et ristourne	0	0	0	0	0	
Services extérieurs* (b)	12 639 815	12 795 044	12 384 155	12 088 138	11 481 256	-2,4 %
Dont autres crédits-baux	937 434	956 037	332 029	506 294	490 150	-15,0 %
Dont locations immobilières	112 906	149 843	184 175	217 758	167 782	10,4 %
Dont autres locations	957 001	916 473	1 392 181	977 391	1 140 647	4,5 %
Dont charges locatives et de copropriété	18 420	6 730	6 205	8 272	6 513	-22,9 %
Dont entretien et réparations à caractère médical	4 118 513	4 389 490	4 309 185	4 301 289	4 182 602	0,4 %
Dont entretien et réparations à caractère non médical	3 551 020	3 605 029	3 204 078	3 253 271	3 130 615	-3,1 %
Dont primes d'assurance	2 554 823	2 449 692	2 624 428	2 515 125	1 992 467	-6,0 %
Dont études et recherches	148 898	115 143	78 529	54 927	89 845	-11,9 %
Dont divers services extérieurs (documentation, séminaires, colloques, concours, etc.)	240 800	206 608	253 345	253 811	280 636	3,9 %
Autres services extérieurs (c)	10 317 903	13 803 656	14 357 401	14 600 718	14 432 693	8,8 %
Dont honoraires, frais d'actes et de contentieux	322 142	215 467	140 131	135 866	158 721	-16,2 %
Dont informations, publications, relations publiques	91 620	98 155	106 663	78 238	62 076	-9,3 %
Dont transports d'usagers	2 161 136	1 974 192	2 010 901	1 911 699	1 809 269	-4,3 %
Dont transports de biens et du personnel	137 443	144 291	135 888	112 566	149 902	2,2 %
Dont déplacements, missions, réceptions	268 099	327 210	357 401	250 620	213 185	-5,6 %
Dont frais postaux et de télécommunications	1 155 261	1 096 222	1 044 034	994 903	795 304	-8,9 %
Dont services bancaires et assimilés	79 488	955	4 408	3 985	9 207	-41,7 %
Dont blanchisserie à l'extérieur	18 140	3 312 970	3 499 765	3 467 616	3 433 044	270,9 %
Dont alimentation à l'extérieur	41 545	24 880	28 459	36 017	21 961	-14,7 %
Dont informatique	14 552	7 567	7 655	7 670	57 396	40,9 %
Dont autres prestations à caractère non médical (nettoyage réalisé à l'extérieur par exemple)	6 028 477	6 601 748	7 022 097	7 601 537	7 722 629	6,4 %
Impôts & taxes, hors taxes sur le personnel (d)	51 479	16 025	55 671	135 034	178 645	36,5 %
Consommations intermédiaires (a+b+c+d)	113 624 771	117 895 347	121 135 944	124 501 932	129 227 604	3,3 %
en % du produit total	25,8 %	26,5 %	26,7 %	26,9 %	26,9 %	

Source : CRC à partir des comptes financiers.

6.1.3.2- Les charges financières

Les charges financières, dues au financement des investissements par l'emprunt et à la hausse des taux de certains prêts structurés, expliquent la progression importante de ce poste. Elles sont abordées plus en détail dans le cadre de l'analyse de la dette.

Tableau n°30 - Evolution des charges financières

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Charges d'intérêt	9 639 045	11 561 137	12 817 020	11 500 869	11 917 397	5,4 %
- Pdots (+) ou charges nets sur cessions de VMP	18 118	23 885	384	276	0	-100,0 %
- Produits sur participations, immo fi. et VMP	486	862	1 156	542	486	0,0 %
- Autres pdts (+) ou charges (-) financiers réels	-279 419	205 910	162 314	206 369	313 992	
= Frais financiers réels nets	9 899 876	11 330 480	12 653 165	11 293 683	11 602 919	4,0 %
<i>en % du produit total</i>	2,2 %	2,5 %	2,8 %	2,4 %	2,4 %	
<i>Dont frais fi. nets budget H</i>	9 899 876	11 330 480	12 653 165	11 293 683	11 602 919	4,0 %

Source : CRC à partir des comptes financiers.

6.2- Le résultat

Le résultat consolidé s'améliore depuis 2012, grâce au regain d'activité, associé à une évolution maîtrisée des consommations intermédiaires et des charges de personnels.

Tableau n°31 - La formation du résultat

en €	2010	2011	2012	2013	2014
Résultat net comptable	1 011 893	-3 832 953	-3 632 930	-2 750 750	-1 684 209
<i>en % du produit total</i>	0,2 %	-0,9 %	-0,8 %	-0,6 %	-0,4 %
Résultat net du budget principal	1 040 504	-3 735 538	-3 488 688	-2 964 734	-1 939 548
<i>en % du produit total du budget H</i>	0,2 %	-0,9 %	-0,8 %	-0,7 %	-0,4 %
Résultat net des budgets B, E, J	98 285	151 903	71 875	56 352	66 697
<i>en % du produit total des budgets B, E, J</i>	1,1 %	1,7 %	0,8 %	0,6 %	0,8 %
Résultat net du budget C	202 221	60 383	18 494	16 026	-20 319
<i>en % du produit total du budget C</i>	5,7 %	1,6 %	0,5 %	0,4 %	-0,6 %
Résultat net des budgets L, M, N, P	-331 913	-369 243	-267 060	183 873	23 770
<i>en % du produit total des budgets L, M, N, P</i>	-132,0 %	-128,3 %	-91,1 %	30,7 %	4,7 %
Résultat net du budget A	2 795	59 543	32 449	-42 267	185 190
<i>en % du produit total du budget A</i>	0,6 %	31,1 %	23,5 %	-17,4 %	109,7 %

Source : CRC à partir des comptes financiers.

La marge brute, dont la tendance était à la baisse jusqu'en 2012, malgré une hausse du chiffre d'affaires, progresse de nouveau. Le rapport entre la marge brute et l'actif immobilisé atteint désormais 12,4 % en 2014, son plus haut niveau.

Tableau n°32 - Indicateurs clés de performance

en €	2010	2011	2012	2013	2014
Chiffre d'affaires	440 632 227	445 270 792	453 432 385	462 530 241	479 570 164
Actif immobilisé	329 948 881	326 964 793	319 839 794	308 642 091	295 212 697
Marge brute d'exploitation	35 970 720	31 085 258	28 339 848	30 607 529	36 666 226
Rentabilité éco (Marge/Actif immo)	10,9 %	9,5 %	8,9 %	9,9 %	12,4 %
= Profitabilité d'exploitation (Marge / CA)	8,2 %	7,0 %	6,3 %	6,6 %	7,6 %
x Rotation du capital (CA/Actif immo)	1,3	1,4	1,4	1,5	1,6
en €					
Valeur ajoutée	318 782 955	318 739 622	323 729 123	329 237 561	341 621 980
Charges totales de personnel	290 067 622	295 486 357	303 222 380	306 061 171	311 053 677

Source : CRC à partir des comptes financiers (hors retraitements comptables par neutralisation des éléments exceptionnels).

6.3- La capacité d'autofinancement

La valeur ajoutée progresse sous l'effet de la hausse générale des produits.

La hausse des rétrocessions de médicaments en 2014 est principalement le fait des rétrocessions du médicament Solvadi (+ 2,25 M€), destiné à traiter l'hépatite C.

La marge brute d'exploitation, fixée à 8 % par le CREF, s'est dégradée jusqu'en 2012, et a augmenté depuis, pour atteindre 7,7 % en 2014. Elle permet de couvrir l'ensemble des frais financiers.

Enfin, la capacité d'autofinancement s'améliore également et atteint son niveau le plus élevé de la période. Après retraitement par neutralisation des éléments exceptionnels (aides financières, rattachements des charges et des produits,...), elle a atteint 6,5 % en 2014 puis 7,49 % en 2015.

Tableau n°33 - Evolution de la CAF

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Produits de l'activité hospitalière	398 640 960	400 025 893	403 759 864	407 732 167	418 679 209	1,2 %
+ Produits annexes	11 936 694	14 787 141	15 258 362	13 892 475	14 086 576	4,2 %
+ Prestations services, travaux, études et divers	2 817 668	2 526 452	1 925 875	1 991 526	1 988 934	-8,3 %
+ Rétrocession de médicaments	11 872 075	12 092 528	12 852 234	13 199 549	17 274 899	9,8 %
+ Autres ventes de marchandises	2 332 137	2 867 660	3 082 341	3 246 210	2 851 751	5,2 %
+ Subventions d'exploitation versées en contrepartie d'activités	0	0	3 712 970	9 263 719	11 682 414	#DIV/0!
= Produit total	427 599 534	432 299 674	440 591 646	449 325 647	466 563 782	2,2 %
<i>en % du produit total consolidé</i>	97,0 %	97,1 %	97,2 %	97,1 %	97,3 %	0,1 %
- Sous-traitance médicale et médico-sociale	5 415 762	5 644 465	5 567 802	5 574 479	6 038 945	2,8 %
= Production propre	422 183 772	426 655 209	435 023 843	443 751 168	460 524 837	2,2 %
- Achats	90 615 575	91 280 622	94 338 717	97 678 043	103 135 009	3,3 %
- Services extérieurs	12 639 815	12 795 044	12 384 155	12 088 138	11 481 256	-2,4 %
- Autres services extérieurs	10 317 903	13 803 656	14 357 401	14 600 718	14 432 693	8,8 %
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	51 479	16 025	55 671	135 034	178 645	36,5 %
= Valeur ajoutée	308 559 001	308 759 862	313 887 899	319 249 235	331 297 234	1,8 %
<i>en % du produit total du budget H</i>	72,2 %	71,4 %	71,2 %	71,1 %	71,0 %	-0,4 %
<i>en % de la VA consolidée</i>	96,8 %	96,9 %	97,0 %	97,0 %	97,0 %	0,0 %
+ Autres subventions	1 810 996	1 159 080	1 172 363	1 167 117	1 128 623	-11,1 %
- Charges totales de personnel	280 114 400	285 520 047	293 208 937	296 159 439	300 937 434	1,8 %
+ Remboursement de frais budgets annexes	1 957 301	1 772 758	1 699 643	1 732 656	1 285 881	-10,0 %
= Résultat économique brut	32 212 898	26 171 654	23 550 968	25 989 570	32 774 304	0,4 %
<i>en % du produit total du budget H</i>	7,5 %	6,1 %	5,3 %	5,8 %	7,0 %	-1,7 %
<i>en % du REB consolidé</i>	99,1 %	99,9 %	100,7 %	99,6 %	99,3 %	0,0 %
+ Autres produits de gestion	4 548 983	6 717 038	5 832 000	5 310 320	5 013 966	2,5 %
- Autres charges de gestion	1 095 913	2 325 979	1 391 199	1 299 974	1 863 928	14,2 %
= Marge brute d'exploitation	35 665 968	30 562 712	27 991 769	29 999 916	35 924 342	0,2 %
<i>en % du produit total du budget H</i>	8,3 %	7,1 %	6,4 %	6,7 %	7,7 %	-2,0 %
<i>en % de la marge brute d'ex. consolidée</i>	99,2 %	98,3 %	98,8 %	98,0 %	98,0 %	-0,3 %
- Frais financiers nets réels	9 899 876	11 330 480	12 653 165	11 293 683	11 602 919	4,0 %
+ Produits exceptionnels réels (hors cessions)	5 974 585	3 316 697	5 268 040	6 967 316	3 431 083	-12,9 %
- Charges exceptionnelles réelles	8 924 818	6 978 787	4 330 426	4 825 865	4 749 462	-14,6 %
= Capacité d'autofinancement brute	22 815 859	15 570 142	16 276 218	20 847 684	23 003 045	0,2 %
<i>en % du produit total du budget H</i>	5,3 %	3,6 %	3,7 %	4,6 %	4,9 %	-2,0 %
<i>en % de la CAF consolidée</i>	98,8 %	97,2 %	98,0 %	97,1 %	96,9 %	-0,5 %

* y compris charges de personnel externe et taxes liées au personnel

Source : CRC à partir des comptes financiers (hors retraitements comptables par neutralisation des éléments exceptionnels).

6.4- La situation patrimoniale ou bilancielle

6.4.1- La formation du fonds de roulement net global

Le fonds de roulement net global (FRNG) apparent, qui ne tient pas compte de l'amortissement du capital des emprunts obligataires *in fine*, a été fixé par le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) à 24 M€, et à 43 M€ pour le FRNG réel, qui lui tient compte de l'amortissement de ces emprunts.

En 2014, avec plus de 46 M€ de FRNG réel et 35 M€ de FRNG apparent, ces résultats respectent les objectifs du CREF.

Tableau n°34 - Le bilan fonctionnel

PASSIF	2010	2011	2012	2013	2014	Ecart	%
Apports	61 296	61 705	61 743	61 800	63 168	1 872	3,05%
Excédents affectés à l'investissement	10 118	10 118	10 118	10 118	13 950	3 832	37,87%
Subventions d'investissement	796	850	854	1 174	3 159	2 363	296,86%
Emprunts et dettes assimilées	297 716	286 220	292 168	285 986	274 222	-23 494	-7,89%
Amortissements	305 149	310 746	327 984	351 909	376 368	71 219	23,34%
Réserve de trésorerie	3 711	3 711	3 711	3 711	3 712	1	0,03%
Réserve de compensation	60	395	743	979	1 286	1 226	2043,33%
Report à nouveau excédentaire	2 931	2 844	2 763	2 764	2 739	-192	-6,55%
Report à nouveau déficitaire	-39 369	-38 606	-42 706	-46 575	-62 269	-22 900	58,17%
Résultat comptable	1 011	-3 832	-3 632	-2 750	-1 684	-2 695	-266,57%
Provisions réglementées	28 577	24 292	22 655	23 750	14 850	-13 727	-48,04%
Provisions pour risques et charges	7 627	8 085	8 073	5 022	26 770	19 143	250,99%
Autres dépréciations	1 300	1 600	700	2 334	2 371	1 071	82,38%
I - Financements stables	680 927	668 132	685 177	700 225	718 642	37 715	5,54%
Immobilisations incorporelles	15 291	11 476	10 054	12 007	13 248	-2 043	-13,36%
Immobilisations corporelles	619 030	625 654	637 133	647 853	657 630	38 600	6,24%
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	776	580	635	691	702	-74	-9,54%
Autres immobilisations financières	445	219	219	2 230		-445	-100,00%
Créances de l'article 58	697	697	697	697	697	-	0,00%
I - Biens stables	635 795	638 407	648 520	661 249	672 278	36 483	5,74%
Fonds de roulement net global (réel)	45 131	29 724	36 656	38 976	46 364	1 233	2,73%
<i>Emprunts obligataires remboursables in fine</i>			3 643	7 286	11 179		
<i>Fonds de roulement net global (apparent)</i>	45 132	29 724	29 724	33 014	31 691	35 185	-22%

Source : tableaux de bord financiers des établissements publics de santé.

6.4.2- Le besoin en fonds de roulement

Le besoin en fonds de roulement se dégrade fortement, passant de 13,7 M€ en 2010 à 32 M€ en 2014, du fait de l'enregistrement de 8,5 M€ de provisions pour risques et charges supplémentaires en 2014 (désamiantage) et de 25,3 M€ de créances supplémentaires se décomposant comme suit.

Tableau n°35 - Comptes de redevables

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Hospitalisés et consultants	4 602 736	4 087 565	4 242 977	4 373 955	5 035 811	2,3 %
+ Caisses de sécurité sociale	37 760 748	48 639 851	51 179 496	54 340 443	57 421 062	11,0 %
+ Départements	56 639	57 648	58 511	52 476	53 840	-1,3 %
+ Autres tiers payants	7 312 736	8 673 160	9 619 437	9 981 885	8 401 200	3,5 %
+ Autres redevables*	3 075 962	4 370 381	4 508 902	6 882 018	8 307 878	28,2 %
- Dépréciations des comptes de redevables	1 300 000	1 600 000	700 000	2 334 000	2 371 059	16,2 %
= Redevables et comptes rattachés (b)	51 508 821	64 228 606	68 909 324	73 296 777	76 848 733	10,5 %

Source : CRC à partir des comptes financiers.

Les indicateurs Hospidiag 2013 placent le CHUSE au-delà du 8^{ème} décile, composés des établissements les moins performants.

6.4.3- Les problèmes passés de trésorerie

Il ressort du FRNG et du FDR une trésorerie nette négative, qui avait atteint un niveau préoccupant avant 2014.

En 2012, le CHUSE a rencontré d'importantes difficultés de trésorerie car devant renouveler trois lignes de trésorerie arrivant à échéance en septembre et novembre 2012, pour un montant de 16 M€. Son besoin réel était alors estimé à 20 M€.

La même année, l'agence de notation Moody a dégradé les notes de 26 CHU de « Aaa » à « Baa1 » et les a placés sous « surveillance négative », entraînant la réticence des organismes prêteurs.

Toutes les consultations pour renouveler les lignes de trésorerie étaient alors restées infructueuses. Afin d'y pallier, un report du paiement aux fournisseurs et une mobilisation d'emprunt de long terme auprès de la Caisse des dépôts, à hauteur de 12,5 M€, ont été décidés.

Deux lignes de trésorerie ont finalement pu être souscrites le 30 octobre 2012 pour 4 M€ (Crédit agricole) et le 13 décembre 2012 pour 6 M€ (Caisse d'épargne).

Les montants souscrits étant inférieurs au besoin réel, le CHUSE a en outre bénéficié d'une avance de 14 M€ de l'ARS, sur les dotations assurance-maladie 2013, et qui a fait l'objet d'un avenant au CPOM.

Le 26 novembre 2012, l'ARS et la direction régionale des finances publiques (DRFiP) ont instauré un comité de suivi régional de veille active sur la trésorerie des EPS. L'inscription du CHUSE dans ce dispositif l'a obligé à transmettre un plan prévisionnel mensuel de trésorerie. L'amélioration de la trésorerie a conduit le comité régional à le sortir du dispositif le 23 juin 2014.

C'est dans ce cadre général que le CHUSE a porté ses efforts sur la réduction des délais de facturation et d'encaissement, ainsi que le respect du délai de paiement de 50 jours.

Sans l'ensemble de ces aides, l'établissement n'aurait pu faire face à ses obligations.

Tableau n°36 - La trésorerie

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Trésorerie active (disponibilités) (A)	23 349 273	3 366 365	10 598 099	1 040 005	3 247 920	-38,9 %
<i>Dont valeurs mobilières de placement</i>	8 496 848	0	0	0	0	-100,0 %
<i>Dont banque, compte au Trésor et comptes de placement court terme</i>	14 594 539	3 237 185	10 442 042	929 862	2 809 442	-33,8 %
<i>Dont chèques et valeurs à l'encaissement</i>	220 348	91 169	118 234	73 405	411 537	16,9 %
<i>Dont caisse, régies et accreditifs</i>	37 537	38 010	37 824	36 738	26 942	-8,0 %
<i>Dont dépréciation des comptes de trésorerie</i>	0	0	0	0	0	
Trésorerie passive tirée des fonds en dépôt (B)	168 826	150 310	176 603	349 043	205 179	5,0 %
Autre trésorerie passive tirée de financements à très court terme (C)	0	12 700 000	0	4 000 000	4 000 000	
<i>Dont avances et tirages sur lignes de trésorerie</i>	0	12 700 000	0	4 000 000	4 000 000	
<i>Dont intérêts courus à payer ou à recevoir</i>	0	0	0	0	0	
<i>Dont virements internes et encaissements divers</i>	0	0	0	0	0	
= Trésorerie nette (A-B-C)	23 180 447	-9 483 945	10 421 496	-3 309 038	-957 259	
<i>en nombre de jours de charges courantes</i>	20,3	-8,0	8,6	-2,7	-0,8	

Source : CRC à partir des comptes financiers.

6.5- Les contrats de retour à l'équilibre successifs

6.5.1- Les actions prévues au CREF et leur suivi

Sur la période 2013-2016, le CREF a prévu la réalisation de 10,274 M€ de gains d'efficience et de réduction de coûts. L'établissement s'était par ailleurs engagé à contenir l'ensemble de ses charges à hauteur de + 1,5 % par an en moyenne, ce qui comprend les hausses réglementaires, l'inflation, l'effet glissement vieillesse technicité (GVT) et les mesures catégorielles.

En termes de produits, le CHUSE s'est engagé sur une augmentation du nombre de séjours MCO de l'ordre de 1,8 % minimum en hypothèse basse, et de 2,1 % en moyenne, hors lamda⁶, dispositifs médicaux implantables (DMI) et molécules onéreuses. La hausse des produits ainsi attendue était de + 1,7 % par an.

En mars 2016, un bilan du CREF au titre de l'exercice 2015 était en cours de rédaction.

⁶ L'article L.332-1 du code de la sécurité sociale accorde aux établissements un délai de 2 ans à compter du 1^{er} jour du trimestre suivant pour demander le paiement de leurs prestations à l'assurance maladie. Le lamda correspond aux corrections faites dans ce délai de 2 ans.

Tableau n°37 - Synthèse du plan d'actions 2013- 2016

Plan d'actions CHU 2013-2016 10 274 k€	Plan d'actions présenté au COPERMO 8 364 k€	Les actions initiées dans le cadre du Contrat Performance 6 464 k€	Piste Gestion des Lits 2 186 k€	Redimensionnement capacitaire - Lits de Chirurgie
				Optimisation des organisations et mutualisation de structures (HdJ Psy, Unité commune de chimiothérapies, Endoscopie, Consultations...)
			Piste Biologie 1 514 k€	Juste Prescription
				Réorganisation de la Biologie en interne et sur le territoire
			Piste Imagerie 495 k€	Amélioration de la performance de l'imagerie
				Perspective CHUSE à deux sites (Nord et Bellevue)
		Piste LGG 2 270 k€	Rationalisation des prestations hôtelières et techniques	
			Mesures de gestion des personnels	
				Personnel Médical Révision des vacances des praticiens attachés et mesure de la contribution individuelle
	Compléments sollicités par le COPERMO du 25 juin 2013 1 860 k€	Maitrise des dépenses de Titre 1 1 790 k€		PNM : Organisation des services administratifs, techniques et logistiques, Maquette d'organisation des unités cliniques, Gestion de l'absentéisme
				Réorganisation des Blocs Opératoires
				Réorganisation du pôle support
		Piste Territoire 70 k€	Prestation de stérilisation	
Complément pour atteinte du taux de marge de 8% en 2016 1 970 k€	Réduction des dépenses 1 170 k€	Plan achats en lien avec le projet PHARE, Travail sur les remplacements pour absences		
	Pistes Territoire 350 k€	Biologie de territoire (dont l'activité pour le CMA sur le site de BV)		
	Développement d'activités 450 k€	Prestation de cogénération, valorisation de la recherche, développement de l'activité de médecine		

Source : CHUSE.

6.5.2- Le volet financier et l'accompagnement de l'ARS

Le CHUSE a l'obligation de dégager une marge brute hors aides de l'ordre de 8 %, soit 37,9 M€ en 2016. Sur ces 8 %, 3 %, soit 15 M€ par an, sont destinés à couvrir le besoin d'investissement courant, et les 5 % restants, soit 22,9 M€, doivent servir à couvrir les engagements contractés au titre de la dette long terme.

Dans la mesure où la charge de la dette (capital et intérêts) supportée dépasse 5 % des produits d'exploitation, l'ARS a déjà consenti à participer au financement de 2,138 M€ par an au titre des financements du Plan Hôpital 2007.

Cette aide étant néanmoins insuffisante pour couvrir la charge de la dette, l'ARS s'est en outre engagée à porter celle-ci à 3,917 M€ en 2013, 4,804 M€ en 2014, 3,898 M€ en 2015, et 3,572 M€ en 2016. Sur la période 2013-2016, l'aide globale versée par l'ARS atteindra ainsi, a minima, 16,188 M€.

En contrepartie, le CHUSE a l'obligation de ne plus recourir à l'emprunt sur l'ensemble de la période du CREF.

Pour faire face au risque d'évolution des taux de change (Euro / Franc suisse), le CREF a ouvert la possibilité d'un financement complémentaire plafonné à 11,5 M€. Si cette somme s'avérait insuffisante, le CREF a prévu la signature d'un avenant. A ce titre, l'ARS a procédé au versement de 4,5 M€ en 2015. Cependant, aucun avenant n'a été signé.

Enfin, en plus de ces aides, l'ARS s'est engagée à maintenir, dès 2013, une majoration du financement des activités de SSR à hauteur de 1,4 M€ par an.

Tableau n°38 - Accompagnement financier de l'ARS

En k€	Compte financier 2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL 2013 à 2016
Marge brute d'exploitation hors aides et lamda	25 629	26 353	30 404	34 687	38 619	130 063
<i>dont CRP</i>	25 281	25 714	29 756	33 985	37 861	127 316
<i>dont CRA</i>	348	639	648	702	758	2 747
Aides ARS	4 101	6 092	8 015	7 115	7 469	28 691
<i>Aides stables (AC 2007 : surendet. inv. passés)</i>	2 138	2 138	2 138	2 138	2 138	8 552
<i>Aides stables (AC complém. surendet inv. passés)</i>	-	1 779	2 663	1 760	1 434	7 636
<i>Aides fin. except. (risque de taux d'inv. passés)*</i>	1 500	1 975	2 479	3 182	3 879	11 515
<i>Aides fin. except. (apports pour nouveaux inv.)</i>	200	200	735	35	18	988
<i>Aides fin. except. (tensions budgétaires)</i>	263	-	-	-	-	-
TOTAL COUVERTURE	29 730	32 445	38 419	41 802	46 088	158 754
CHARGE DE LA DETTE (int. et capital)	27 746	28 409	30 170	30 357	31 114	120 050
<i>dont encours de dette</i>	27 746	28 409	30 170	30 357	31 114	120 050
<i>dont charge nouvelle</i>	-	-	-	-	-	-
<i>dont charges d'intérêts (c661/665/668)</i>	12 835	13 478	14 502	14 551	15 162	57 693
<i>dont remboursements capitaux</i>	14 911	14 931	15 668	15 806	15 952	62 357
<i>dont charge de la dette CRA</i>	-	-	-	-	-	-
<i>dont charge de la dette CRP</i>	27 746	28 409	30 170	30 357	31 114	120 050
dont part au-delà des 5 % des produits du CRP	5 417	5 892	7 280	7 080	7 451	27 703
<i>risque de taux d'investissement passés*</i>	1 500	1 975	2 479	3 182	3 879	11 515
<i>surendette investissements passés</i>	3 917	3 917	4 801	3 898	3 572	16 188
dont part égale à 5 % des produits du CRP	22 329	22 517	22 889	23 278	23 663	92 347
SOLDE POUR INVESTISSEMENTS COURANTS	1 984	4 037	8 250	11 445	14 974	38 706

Source : contrat de retour à l'équilibre financier.

*le montant de cette aide est plafonné sur la période et ajusté annuellement en fonction du surcoût constaté.

6.5.3- Le codage de l'activité

L'amélioration du codage a été inscrite dans le CREF (article 2.4.2) et identifiée comme outil d'accroissement d'amélioration des recettes.

6.5.3.1- Une exhaustivité du codage perfectible

L'organisation du codage de l'activité est décentralisée au sein des services. L'objectif d'exhaustivité du codage à 15 jours est de 100 %. Il n'est pas respecté dans l'ensemble et pourrait nettement progresser dans certains pôles.

Tableau n°39 - Taux d'exhaustivité par pôle (mai 2015)

Libellé Pôles	Nb RSS	Diagnostic principal absent	Taux exhaustivité
GERIATRIE & MI	365	41	88,8 %
PSYCHIATRIE	40		100,0 %
NOL	1139	443	61,1 %
MULTI	1509	158	89,5 %
CMEE	2125	44	97,9 %
HINDTRA	1497	77	94,9 %
PCV	650	197	69,7 %
DOCP2	771	208	73,0 %
DUA	819	181	77,9 %
TEC	648	76	88,3 %
UUC	70	38	45,7 %

Source : CHUSE.

Au sein des pôles, un certain nombre de services se distinguent par des taux particulièrement bas. Seuls les services ayant un taux d'exhaustivité inférieur à 70 % figurent dans le tableau ci-dessous.

Tableau n°40 - Taux d'exhaustivité des services, par ordre croissant (mai 2015)

Pôles	Libelle unité fonctionnelle	Nb RSS	Diagnostic principal absent	Taux exhaustivité
CMEE	Cs Med. Physique Péd HJ	15	15	0 %
NOL	Cs Rachis Med Physique HJ	32	32	0 %
NOL	Chir. Ambul. Ortho-Trauma	42	40	5 %
TEC	Ophthalmologie HJ	15	14	7 %
NOL	Neurochirurgie U1 HC	109	95	13 %
NOL	Neurochir. U2 HC	52	44	15 %
NOL	Chir. Ambul. Neurochir.	12	10	17 %
DOCP2	Chir. Ambul. Thoracique	20	16	20 %
DOCP2	Chir. Gle & Thoracique HC	100	72	28 %
HINDTRA	Mal. Infect. HJ	7	5	29 %
NOL	Orthopédie U1	121	86	29 %
DUA	Chir. Ambul. Digestive	14	8	43 %
GMI	Cs Neuro. Psych. Geria	21	12	43 %
DUA	Chir. Digestive Hc	100	56	44 %
NOL	Cs Med. Physique Hop. Jour	72	40	44 %
UUC	Chir. Urgence Hc	70	38	46 %
MULTI	Rea. Poly. G	42	22	48 %
MULTI	S.C. Med. Urgences	46	23	50 %
MULTI	Sp Hospit. Med. Urg	2	1	50 %
GMI	Court Sej. Bat. L2 Ch	27	13	52 %
PCV	Chir Cardiovasculaire	100	48	52 %
TEC	Chir. Ambul. Cmf	51	24	53 %
PCV	Chir Cardiaque	61	28	54 %
NOL	U.N.V. Si	40	17	58 %

Source : CHUSE.

Ces retards peuvent avoir pour conséquence des erreurs de codage mais font également courir le risque d'oubli d'un certain nombre d'actes et suppléments. Les corrections nécessaires représentent aussi une charge de travail supplémentaire pour le département d'information médicale (DIM).

La chambre souligne l'importance du respect d'un codage exhaustif à 15 jours, constitutif de recettes supplémentaires. L'inscription de cet objectif dans les contrats de pôles couplé à un intéressement financier, pourrait être utile.

6.5.3.2- L'adoption d'un logiciel d'aide au codage

Fin 2012, le CHUSE a fait l'acquisition du logiciel d'aide au codage « Web100T ». Il permet un codage des actes à la source et une analyse automatisée des atypies.

Chaque fin de mois, le DIM sélectionne un échantillon de 300 dossiers ciblés à l'aide de Web100T, qui donnent lieu à un recodage des actes. Sur la période courant de janvier à mai 2015, les services du DIM ont passé en revue 693 dossiers conduisant à la modification de 250 d'entre eux, soit 36 %. Ces corrections ont permis de revaloriser les séjours de 405 845 €, soit en moyenne 1 623 € récupérés par dossier contrôlé.

Les services ayant les taux d'exhaustivité à 15 jours les plus faibles ont enregistré des taux de recodage des séjours compris entre 9 % et 52 %.

Tableau n°41 - Résultat du recodage des actes sur la période janvier/mai 2015(en €)

Libelle Services	Nb RUM revus	Nb RUM revus	Revalorisation En €	% RUM modifiés	CA moyen En €
MEDECINE INTERNE HN	29	15	68 606	52 %	4 574
MEDECINE & THERAPEUTIQUE	29	14	22 016	48 %	1 573
CHIR.GENERALE & THORACIQUE	30	11	49 033	37 %	4 458
CHIR.DIGESTIVE	33	12	29 194	36 %	2 433
NEURO VASCULAIRE	25	9	20 772	36 %	2 308
UROLOGIE ANDROLOGIE	28	10	18 974	36 %	1 897
PNEUMO ONCO THORA HN	29	10	18 487	34 %	1 849
RHUMATOLOGIE	60	20	39 609	33 %	1 980
GYNECOLOGIE	45	14	19 531	31 %	1 395
OPHTALMOLOGIE	10	3	2 906	30 %	969
NEPHROLOGIE	18	5	6 888	28 %	1 378
CHIR.CARDIO.VASC. HN	26	7	21 312	27 %	3 045
ENDOCRINOLOGIE	26	7	7 603	27 %	1 086
CHIR.MAXILLO.FACIALE	8	2	5 403	25 %	2 701
GASTRO-ENT.HEPATO.HN	30	7	11 181	23 %	1 597
REA.PEDIAT.NEONAT.HN	23	5	3 252	22 %	650
O.R.L.	15	3	5 540	20 %	1 847
ORTHO-TRAUMATO.	27	5	18 471	19 %	3 694
NEUROCHIRURGIE	56	10	24 386	18 %	2 439
CARDIOLOGIE HN	35	3	9 282	9 %	3 094
NEUROLOGIE	35	3	3 400	9 %	1 133

Source : CHUSE.

Ces chiffres laissent entrevoir un important potentiel de ressources, une fois le logiciel déployé sur l'ensemble de l'établissement (60 % des services cliniques en novembre 2015). Avant que cela ne soit effectif, le CHUSE a décidé de consacrer davantage de ressources humaines aux opérations de recodage.

Ainsi, deux ETP de technicien de l'information médicale (TIM) et 0,5 ETP de médecin DIM supplémentaires y seront consacrés fin 2015, en plus d'un agent déjà affecté à temps partiel à cette mission.

Il peut enfin être relevé que depuis début 2015, le logiciel de la pharmacie est connecté au logiciel Web100T, ce qui a permis d'automatiser la facturation des dispositifs médicaux implantables (DMI), jusqu'alors réalisée à partir de tableurs et de documents papiers, générant un traitement manuel.

La chambre souligne le renforcement du DIM pour les opérations de recodage, sources de revenus supplémentaires.

6.6- La dette

6.6.1- Repères historiques

L'endettement du CHUSE trouve son origine dans le financement d'importants investissements (environ 387 M€ en 10 ans). Pour les réaliser, il a dû emprunter 363 M€ et perçu (seulement) 23,8 M€ d'aides.

Le recours à l'emprunt a été un préalable indispensable à la réalisation des investissements des plans Hôpital 2007 et 2012. Entre 2003 et 2010, de nombreux emprunts, dont le taux est indexé sur la parité entre différentes monnaies (USD/YEN, EUR/CHF), ont été signés ou renégociés.

6.6.2- Une mauvaise appréhension des risques

Bien que signés en dehors de la période sous revue, et bien que ces emprunts aient fait l'objet d'observations dans le précédent rapport de la chambre, ils font l'objet d'une analyse, car ils continuent de produire des effets, notamment en matière de contentieux.

Le précédent rapport de la chambre avait souligné le caractère spéculatif de ces contrats et une forte exposition au risque, aujourd'hui avérés.

Jusqu'en 2002, le CHUSE souscrivait ses emprunts à des taux fixes. Ce n'est qu'à partir de cette date qu'il a commencé à contracter d'autres types d'emprunts, à des taux pouvant fortement varier, et qui l'exposent à un risque financier.

Cette insuffisante maîtrise technique, qui aurait dû conduire, par prudence, à ne pas conclure de tels contrats, se retrouve dans les multiples renégociations qui ont eu lieu depuis leur signature.

De 2007 à 2011, selon les dires de M. Reichert, l'établissement s'est rapproché du comptable public, a sollicité l'assistance de cabinets spécialisés, et a tenté de se rapprocher des services financiers de la ville de Saint-Etienne, elle aussi confrontée à cette problématique, pour tenter de définir une stratégie commune. Le Ministère de la santé a en outre régulièrement été tenu informé. Ces actions ont permis de sécuriser plusieurs échéances successives.

Cependant, aucune sortie n'a pu être envisagée, du fait de coûts prohibitifs.

Pour des raisons de clarté, seuls les emprunts classés les plus risqués sont retracés dans le tableau figurant ci-dessous.

Tableau n°42 - Emprunts hors charte

N° de suivi	N° de contrat	Date signature	Durée	Montant	Taux ou modalités de calcul du taux
001F	5013052801	30/06/99	20 ans	4 016 595	4,61 %
005F	MPH200769EUR	28/07/02	20 ans	9 000 000	1 ^{ère} phase : jusqu'au 01/08/2008 : - Si EURIBOR 3 mois < ou = 5,50 %, taux de 4,41 % - Si EURIBOR 3 mois > 5,50 %, taux = EURIBOR 3 mois 2 ^{nde} phase : du 01/08/2008 au 01/08/2022 : - Si EURIBOR 3 mois < ou = 6 %, taux de 4,41 % - Si EURIBOR 3 mois > 6 %, taux = EURIBOR 3 mois
006F	MON204413EUR	08/11/02	20 ans	10 000 000	4,03 % si EURIBOR 3 mois < 5,50 % Si EURIBOR > 5,50 %, le taux est celui de l'EURIBOR 3 mois
007F	MPH204394EUR	08/11/02	20 ans	10 000 000	4,06 %, puis EURIBOR 3 mois à compter du 01/12/2002
008F	MON204422EUR	07/11/02	20 ans	6 379 620	Si LIBOR USD < ou = à 7 %, taux de 3,41 % Si LIBOR USD > 7 %, taux = LIBOR Dollar 12 mois
010F	MPH217204EUR	22/12/03	20 ans	20 000 000	1 ^{ère} phase : jusqu'au 31/12/2007 : - Si cours Euro/CHF > ou = 1,48 Francs Suisses, taux de 2,39 % - Si cours EUR:CHF < 1,48 Francs suisses, taux de 6,50 % 2 ^{nde} phase : du 01/01/2008 au 01/01/2024 : - EURIBOR 12 mois minoré de 0,02 %
013F	MPH982591EUR	24/02/05	30 ans	19 662 031 Refinancement prêts 005F et 006F	1 ^{ère} phase : jusqu'au 01/03/2020 : - EURIBOR 12 mois x cours pivot 101 YEN pour 1 USD / cours de change de l'USD en YEN 2 ^{nde} phase : du 01/03/2020 au 01/03/2035 : - EURIBOR 12 mois majoré de 0,05 %
014F	MON982905EUR	01/07/05	20 ans	13 922 677 Refinancement prêts 007 F et 008F	Si la différence CMS EUR 30 ans et 5 ans > ou = à 0,30 %, taux de 3,09 % Dans le cas contraire, taux de 5,95 % mois 5 fois la différence entre les deux CMS
017F	MPH983491EUR	08/03/06	30 ans	50 929 307 Refinancement prêts 010F, 013F et 014F	1 ^{ère} phase : jusqu'au 01/06/2009 : taux de 1,99 % 2 ^{nde} phase : du 01/06/2009 au 01/06/2036 : - si cours EURO/CHF > ou = à 1,39 Francs Suisses pour 1 euro, taux de 2,65 % - si cours EURO/CHF < à 1,39 Francs Suisses pour 1 euro, taux est égal à 2,65 % + 50 % du taux de variation du cours de change de l'Euro en Francs Suisses*
031F	MPH271802EUR	06/08/10	26 ans	44 441 089 Refinancement d'un prêt à taux fixe 4,65 %	1 ^{ère} phase : jusqu'au 31/05/2036 : - si cours EURO/CHF > ou = à 1,39 Francs Suisses pour 1 euro, taux de 2,65 % - si cours EURO/CHF < à 1,39 Francs Suisses pour 1 euro, taux est égal à 2,65 % + 48,50 % du taux de variation du cours de change de l'Euro en Francs Suisses* 2 ^{nde} phase : du 01/06/2036 au 01/06/2037 : EURIBOR 12 mois

Source : CRC à partir des contrats d'emprunt.

*le taux de variation du cours de change de l'Euro en Francs Suisses, exprimé en %, est défini comme le résultat du rapport entre le cours pivot de 1,39 Francs Suisses pour 1 Euro et le cours de l'Euro en Francs Suisses.

6.6.3- Le poids de la dette

Conformément aux engagements du CREF, aucun nouvel emprunt n'a été souscrit depuis sa signature, et le processus de désendettement, toujours en cours, est respecté.

Tableau n°43 - Evolution de l'encours de la dette

Montant en €	2010	2011	2012	2013	2014	Evol.
Encours de la dette au 31/12/N	297 663 267	286 158 323	292 168 254	285 986 917	274 143 484	-7,90 %
Anticipation du remboursement des emprunts obligataires (cumulé)			3 392 857	7 285 714	11 178 571	
Encours de la dette au 31/12, anticipation du remboursement des emprunts obligataires	297 663 267	286 158 323	288 775 397	278 701 203	262 964 913	-11,66 %

Source : CHUSE.

Bien que l'encours de dette baisse de 8 %, l'annuité progresse de 29 %, du fait de la progression des intérêts d'emprunt (+ 23 %).

Tableau n°44 - Evolution de la charge de la dette

Montant en €	2010	2011	2012	2013	2014	Evol.
Intérêts des emprunts	9 639 045	11 567 637	12 694 989	11 482 004	11 878 717	23,24 %
Annuité de la dette	21 345 989	23 079 954	27 605 931	26 571 723	27 546 321	29 %

Source : CHUSE.

6.6.4- La répartition et la ventilation de la dette

La société de financement local (SFIL) concentre à elle-seule 65 % de l'encours de dette. En neutralisant l'émission obligataire, l'encours qu'elle détient représente 73 % du total.

Tableau n°45 - Dette par établissement bancaire au 31/12/2014

Prêteur	Encours au 31/12	% dans total
DEXIA CREDIT LOCAL DE FRANCE / SFIL	179 345 964 €	65 %
EMISSIONS OBLIGATAIRES	30 000 000 €	11 %
SOCIÉTÉ GÉNÉRALE	21 416 666 €	8 %
CAISSE DEPOTS ET CONSIGNATIONS	16 335 313 €	6 %
CRÉDIT FONCIER DE FRANCE	15 866 559 €	6 %
CAISSE D'EPARGNE	11 178 983 €	4 %
TOTAL	274 143 485 €	100 %

Source : CHUSE.

Près de 60 % des prêts, en valeur, souscrits sont classés 3E et au-delà par la charte Gissler. Le seul emprunt indexé sur la parité Euro / Franc suisse, qui représente 14 % de l'encours de dette, génère 31 % des frais financiers.

Tableau n°46 - Dette et frais financiers, par type de risque au 31/12/2014

Type	Encours	% de la dette	Frais Financiers 2014	%
Fixe (1A)	121 386 390€	40,84 %	5 219 269€	44,04 %
Variable (1A)	11 178 983€	7,39 %	76939€	0,65 %
Barrière avec multiplicateur hors zone EUR (4E)	16 000 000€	5,86 %	640 440€	5,40 %
Pente (3E)	35 087 297€	12,75 %	1 089 601€	9,19 %
Change (6F)	90 490 815€	33,15 %	4 826 157€	40,72 %
<i>Dont EUR CHF</i>	<i>37 544 041€</i>	<i>13,70 %</i>	<i>3 717 211€</i>	<i>31,36 %</i>
Ensemble des risques	274 143 485€	100,00 %	11 852 405€	100,00 %

Source : CHUSE.

En dehors de toute nouvelle souscription, l'extinction de la dette devrait intervenir en 2039.

6.6.5- Des coûts de sortie non soutenables

Le CHUSE a fait procéder à une estimation des coûts de sortie pour chacun des emprunts sensibles. Au 31 janvier 2015, au capital restant dû de 141,5 M€, il lui aurait été nécessaire d'ajouter 133,4 M€ d'indemnités de sortie. La sortie du prêt « EUR/CHF » coûterait à lui-seul 100 M€ d'indemnités.

A titre d'illustration, le fonds de soutien national, destiné à venir en aide aux établissements ayant souscrits de tels prêts, est doté d'une enveloppe de 400 M€, pour une durée de dix années.

Tableau n°47 - Coûts de sortie par type d'emprunt au 31/01/2015 (en €)

Référence	Type d'emprunt	Classification Gissler	Capital restant dû	Valeur de marché
031F	EUR/CHF	Hors charte	37 544 041	100 598 173
019F	PENTE	3E	24 722 222	8 418 172
022F	USD/JPY	Hors charte	17 783 595	6 085 570
024F	PENTE	3E	10 365 075	2 421 742
025F	USD/JPY	Hors charte	17 581 590	4 536 012
026F	USD/JPY	Hors charte	17 581 590	4 536 012
027F	BARRIERE	4E	16 000 000	6 843 212
		TOTAL	141 578 113	133 438 893

Source : CHUSE.

6.6.6- Impact de la décision de la Banque nationale suisse sur les frais financiers du CHUSE

La décision de la Banque nationale suisse, en date du 15 janvier 2015, d'abandonner le cours plancher du franc suisse (1,20 franc suisse pour 1 €), a eu pour conséquence l'appréciation du franc suisse vis-à-vis de l'euro.

Certains contrats commercialisés par Dexia, indexés sur la parité entre ces deux monnaies, ont connu une hausse importante de leur taux. Sans inversement de cette tendance, les frais financiers de ce contrat pourraient plus que doubler lors de son échéance annuelle de fin d'année, et passé de 3,7 M€ à près de 8 M€.

Seules les aides de l'ARS pourront permettre de couvrir ces nouvelles charges. Celle-ci a ainsi attribué 4,5 M€ au titre de l'exercice 2015.

Tableau n°48 - Projection des frais financiers (au 31/01/2015)

Type	Encours	% de la dette	Frais Financiers 2014	%	Frais Financiers 2015	%
Fixe (1A)	121 386 390 €	40,84 %	5 219 269 €	44,04 %	5 094 411 €	32,17 %
Variable (1A)	11 178 983 €	7,39 %	76 939 €	0,65 %	39 501 €	0,25 %
Barrière avec multiplicateur hors zone EUR (4E)	16 000 000 €	5,86 %	640 440 €	5,40 %	615 248 €	3,88 %
Pente (3E)	35 087 297 €	12,75 %	1 089 601 €	9,19 %	950 003 €	6,00 %
Change (6F)	90 490 815 €	33,15 %	4 826 157 €	40,72 %	9 139 004 €	57,70 %
Dont EUR CHF	37 544 041 €	13,70 %	3 717 211 €	31,36 %	7 921 793 €	50,02 %
Ensemble des risques	274 143 485 €	100,00 %	11 852 406 €	100,00 %	15 838 167 €	100,00 %

Source : CHUSE.

La décision de la Banque nationale suisse a également entraîné le doublement du montant de l'indemnité de sortie à payer.

Tableau n°49 - Situation de l'emprunt EUR/CHF au 16/01/2015

	Avant le 16/01/2015	Après le 16/01/2015	Impact
Capital restant dû au 31/12/2014		37 544 041 €	
Soulte	55 594 012 €	109 839 225 €	54 245 213 €
Frais financiers 2015	3 891 393 €	8 278 692 €	4 387 299 €

Source : CHUSE.

Le CHUSE est l'établissement public de santé ayant le plus important encours d'emprunts structurés de France. En l'état actuel des conditions de marché, et de sa situation financière, il est dans l'incapacité de faire face, sans aide, à ses frais financiers. Il n'est pas non plus en capacité d'assumer seul le paiement des différentes indemnités, dont le montant n'est pas soutenable.

6.6.7- Les tentatives de renégociation entre le CHUSE et Dexia

Le CHUSE a mis en place un comité de sécurisation de la dette (CSD) en septembre 2012, réunissant la direction (DG, DAF), les représentants de la CME, un représentant de l'ARS ainsi qu'un consultant. Son rôle est d'étudier, proposer et suivre la stratégie de sécurisation de la dette, ainsi que les contentieux. Le DAF en est le responsable.

Fin 2011, le CHUSE a sollicité la banque Dexia afin de renégocier les prêts les plus sensibles et de partager le surcoût des emprunts les plus structurés. Aucune offre jugée acceptable n'ayant été proposée à l'établissement, ainsi que les incertitudes entourant ces prêts (négociation difficile, recours incertain au fonds d'aide d'urgence, délai de prescription proche), l'ont amené à assigner la banque Dexia devant le tribunal de commerce de Nanterre, le 13 juillet 2012, sur un triple motif :

- ♦ Erreur sur les taux effectifs globaux (TEG) des emprunts USD/JPY, et par conséquent nullité de la clause d'intérêts et réfaction des taux d'intérêts au taux légal ;
- ♦ Erreur sur la nature des emprunts (en réalité spéculatifs) et manœuvres trompeuses (dolosives) pour masquer ce caractère spéculatif, et par conséquent nullité des emprunts.

- ♦ Défaut de conseil, d'information et de mise en garde sur l'ensemble des emprunts, et par conséquent indemnisation du préjudice par l'allocation d'un maximum de 144 millions de dommages et intérêts.

Une audience, initialement prévue le 21 octobre 2015, a été reportée.

7- LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

La gestion des ressources humaines est marquée par une hausse très contenue de la masse salariale de personnel non médical, respectant les objectifs imposés par le CREF. Elle est principalement le fruit de la définition d'effectifs cibles par service, mais également à un recours accru des contrats à durée déterminée.

L'établissement s'inscrit néanmoins dans le dispositif de lutte contre la précarisation des emplois dans la fonction publique et procède à des titularisations et des signatures de contrats à durée indéterminée.

La gestion et la mesure du temps de travail ne sont toutefois pas organisées en cycles, ce qui ne répond pas aux critères imposés par la réglementation. Les heures supplémentaires ne font l'objet d'aucun système d'alerte permettant de contrôler le respect des plafonds.

En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que les plafonds d'heures supplémentaires sont suivis par le trésorier, et qu'en cas de dépassement, ce dernier effectue une alerte, déclenchant une décision établie par la direction des ressources humaines. Il évalue à 20 le nombre des dérogations accordées en 2015.

La chambre rappelle les termes de l'article 4 du décret n°2002-598 du 25 avril 2002 relatif aux indemnités horaires pour travaux supplémentaires, qui pose le principe selon lequel « *sont considérées comme heures supplémentaires les heures effectuées à la demande du chef d'établissement, dès qu'il y a dépassement des bornes horaires définies par le cycle de travail* ». La surveillance du respect des plafonds ressort ainsi de la responsabilité de l'établissement, avant celle exercée par le comptable, au titre de sa responsabilité personnelle et pécuniaire.

Pour ce qui concerne le personnel médical, le CHUSE respecte la rémunération maximale prévue par les textes pour les praticiens contractuels. Il rencontre cependant deux difficultés. La première, mineure, concerne le retard dans la transmission de leurs astreintes par certains praticiens, en cours de règlement depuis le déploiement d'un logiciel de gestion du temps médical à compter du 1^{er} janvier 2015 (ITEM). La seconde, majeure, a trait à la forte concurrence au débauchage exercé par les établissements privés concurrents. Ils ont pour effet de nombreux départs de praticiens et entraîne la déstabilisation des services du CHUSE.

Toutes catégories confondues, les dépenses de personnel ont peu évolué, de l'ordre de 1,6 % entre 2010 et 2014, et respectent ainsi les engagements pris dans le cadre du CREF.

Tableau n°50 - Evolution des charges de personnel

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Rémunérations du personnel	184 143 931	187 781 276	192 931 463	193 719 156	196 138 843	1,6 %
<i>en % du produit total</i>	41,8 %	42,2 %	42,5 %	41,9 %	40,9 %	

Source : comptes financiers.

L'évolution est plus marquée pour ce qui concerne les charges sociales (+ 2,3 %), que le CHUSE ne peut maîtriser.

Tableau n°51 - Evolution des charges sociales

en k€	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Charges sociales nettes sur personnel non médical (a)	55 253 854	55 421 066	55 931 849	58 247 232	59 477 638	1,9 %
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	28,5 %	28,3 %	28,0 %	28,7 %	29,0 %	
Charges sociales nettes sur personnel médical (b)	12 993 167	13 585 246	14 169 714	14 449 061	15 134 572	3,9 %
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	22,2 %	22,2 %	22,4 %	22,6 %	23,1 %	
Charges sociales nettes totales sur personnel (a+b)	68 247 021	69 006 312	70 101 563	72 696 293	74 612 210	2,3 %
<i>Part des charges dans la rémunération chargée</i>	27,0 %	26,9 %	26,7 %	27,3 %	27,6 %	

Source : comptes financiers.

7.1- La gestion du personnel non médical

7.1.1- Les systèmes d'information en matière de ressources humaines

Sept applications sont utilisées pour la gestion des ressources humaines.

Tableau n°52 - Les systèmes d'information de la DRH

Logiciel	Editeur	Fonction	Date de déploiement	Interface avec M-RH
M-RH	MC Kesson, repris par Main Car depuis le 01/01/2015	Logiciel de gestion des RH	01/01/2010	
M-PH	MC Kesson, repris par Main Car depuis le 01/01/2015	Moteur de paie	01/01/2010	Import en continu des données enregistrées dans M-RH nécessaires à M-PH
GESTOR	GFI	Logiciel de gestion du temps de travail	01/09/2004	GESTOR→M-RH (éléments variables de paie liés à l'activité) M-RH→GESTOR (données agent)
GESFORM	ANFH	Logiciel permettant l'évaluation des compétences et le suivi des formations	01/09/2014	M-RH→GESFORM (données agent) GESFORM→M-RH (mise à jour du DIF)
GALPE	GALPE	Calcul des allocations de retour à l'emploi	01/01/2000	Non
KIOSQUE RH	MC Kesson, repris par Main Car depuis le 01/01/2015	Dématérialisation de workflows	01/10/2012	Données communes à tous les postes

Source : CHUSE.

7.1.2- Une maîtrise accrue des effectifs et de la masse salariale depuis 2012

Deux périodes se distinguent concernant l'évolution des effectifs. De 2010 à 2012, ils augmentent de 81,50 ETP (+ 1,51 %), puis, de 2012 à 2014, ils baissent de 94 ETP (- 1,71 %).

On observe un glissement entre les différentes catégories de contrats. Les ETP de titulaires et de CDD augmentent significativement sur la première période (+ 106 et + 38 ETP), tandis que les CDI sont en baisse (- 35 ETP).

Sur la seconde période, le nombre de titulaires et celui de CDI baissent tous deux (- 134 et - 2,38 ETP), alors que le nombre d'agents en CDD augmente de nouveau (+ 65 ETP).

Tableau n°53 - Répartition du personnel non médical par statut et fonction (tous budgets)

En ETP moyens sur l'année	2010	2011	2012	2013	2014	% 2010-2014	% 2010/2012	% 2012/2014	Evol. 2010-2012	Evol. 2012-2014
Personnel administratif	521	548	551	528	522	0,34 %	5,82 %	-5,18 %	30	-29
Personnel soignant	2843	2879	2953	2931	2899	1,96 %	3,86 %	-1,83 %	110	-54
Personnel médicotechnique	293	291	273	615	259	-11,41 %	-6,84 %	-4,91 %	-20	-13
Personnel socio-éducatif	76	75	51	45	45	-41,34 %	-32,21 %	-13,46 %	-24	-7
Personnel technique	622	635	633	265	602	-3,25 %	1,73 %	-4,89 %	11	-31
Total titulaires et stagiaires	4355	4429	4461	4385	4327	-0,63 %	2,44 %	-3,00 %	106	-134
Personnel administratif	50	38	26	25	22	-55,09 %	-48,49 %	-12,80 %	-24	-3
Personnel soignant	25	38	55	57	55	121,56 %	121,44 %	0,05 %	30	0
Personnel médicotechnique	20	12	15	20	16	-23,34 %	-24,33 %	1,30 %	-5	0
Personnel socio-éducatif	38	22	1	1	1	-98,01 %	-98,01 %	0,00 %	-37	0
Personnel technique	32	23	32	33	33	3,10 %	1,00 %	2,08 %	0	1
Total CDI	165	133	129	136	127	-22,90 %	-21,45 %	-1,84 %	-35	-2
Personnel administratif	120	103	117	144	151	26,07 %	-2,34 %	29,09 %	-3	34
Personnel soignant	512	533	525	524	537	4,92 %	2,65 %	2,20 %	14	12
Personnel médicotechnique	32	44	51	49	46	43,19 %	58,94 %	-9,91 %	19	-5
Personnel socio-éducatif	8	8	7	6	9	22,32 %	-12,26 %	39,41 %	-1	3
Personnel technique	111	113	121	141	143	28,97 %	8,89 %	18,44 %	10	22
Total CDD	783	801	821	864	887	13,31 %	4,93 %	7,99 %	39	66
Contrats soumis à dispositions particulières	91	79	63	41	40	-56,39 %	-30,99 %	-36,80 %	-28	-23
TOTAL PNM	5393	5441	5475	5426	5381	-0,23 %	1,51 %	-1,71 %	81	-94
<i>Total personnel administratif</i>	<i>690</i>	<i>690</i>	<i>694</i>	<i>697</i>	<i>696</i>	<i>0,82 %</i>	<i>0,49 %</i>	<i>0,33 %</i>	<i>3</i>	<i>2</i>
<i>Total soignant</i>	<i>3380</i>	<i>3450</i>	<i>3534</i>	<i>3512</i>	<i>3491</i>	<i>3,29 %</i>	<i>4,54 %</i>	<i>-1,20 %</i>	<i>154</i>	<i>-43</i>
<i>Total médicotechnique</i>	<i>345</i>	<i>347</i>	<i>339</i>	<i>684</i>	<i>321</i>	<i>-7,05 %</i>	<i>-1,77 %</i>	<i>-5,38 %</i>	<i>-6</i>	<i>-18</i>
<i>Personnel socio-éducatif</i>	<i>121</i>	<i>104</i>	<i>59</i>	<i>52</i>	<i>55</i>	<i>-54,84 %</i>	<i>-51,34 %</i>	<i>-7,20 %</i>	<i>-62</i>	<i>-4</i>
<i>Total technique</i>	<i>766</i>	<i>772</i>	<i>787</i>	<i>439</i>	<i>779</i>	<i>1,70 %</i>	<i>2,74 %</i>	<i>-1,02 %</i>	<i>21</i>	<i>-8</i>

Source : CHUSE.

Malgré le développement de l'activité sur la période sous revue, les effectifs de PNM ont baissé de - 0,23 %, soit - 13 ETP.

L'évolution de la masse salariale a quant à elle été contenue à + 1,3 %, malgré le glissement vieillesse-technicité (GVT) et les différentes mesures de revalorisation imposées à l'ensemble des EPS (mesures catégorielles).

En 2015, d'après les projections financières du CHUSE, l'évolution des dépenses devrait être contenue à + 0,35 %, respectant ainsi le plafond de + 0,5 % imposé par le CREF.

La chambre souligne l'effort de maîtrise de ses dépenses de personnel.

Tableau n°54 - Evolution des charges de personnel non médical

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Personnel titulaire et stagiaire	120 252 377	121 848 011	124 440 360	125 251 868	125 060 825	1,0 %
+ Personnel en CDI	4 025 976	3 482 908	3 728 691	3 650 388	3 749 228	-1,8 %
+ Personnel en CDD	16 022 841	16 886 706	17 500 777	17 687 204	19 374 748	4,9 %
+ Contrats aidés et apprentis	1 439 446	982 652	971 324	689 861	652 599	-17,9 %
- Atténuations de charges	3 235 173	2 922 298	2 802 845	2 918 356	2 944 455	-2,3 %
= Rémunérations du personnel non médical	138 505 467	140 277 979	143 838 308	144 360 965	145 892 944	1,3 %
<i>en % des rémunérations totales</i>	<i>75,2 %</i>	<i>74,7 %</i>	<i>74,6 %</i>	<i>74,5 %</i>	<i>74,4 %</i>	
<i>(CDD + contrats aidés) / Rémunérations du PNM</i>	<i>12,6 %</i>	<i>12,7 %</i>	<i>12,8 %</i>	<i>12,7 %</i>	<i>13,7 %</i>	
<i>Autres rémunérations / Rémunérations PM</i>	<i>10,7 %</i>	<i>11,3 %</i>	<i>10,9 %</i>	<i>10,6 %</i>	<i>11,3 %</i>	

Source : comptes financiers.

7.1.3- Le recours accru aux contrats à durée déterminée

L'évolution contenue de la masse salariale est le fruit de deux facteurs. Le premier est le travail de définition des effectifs cibles pour chaque service par la DRH et la direction des soins, dont les écarts sont suivis quotidiennement.

Le second est le glissement des effectifs de titulaires vers celui des agents contractuels, principalement en CDD. Ces derniers sont ainsi sept fois plus nombreux que les agents en CDI. A titre de comparaison avec un autre établissement du ressort de la chambre, les CDD y représentent 43 % de l'ensemble des contractuels (87 % au CHUSE), et 8 % de l'ensemble des effectifs de PNM (17 % au CHUSE).

Leur proportion n'a par ailleurs jamais cessé d'augmenter, au contraire des agents en CDI, dont la proportion et le nombre baissent continuellement.

Tableau n°55 - Part représentée par chaque statut

	2010	2011	2012	2013	2014
Part titulaire et stagiaires	82,13 %	82,59 %	82,43 %	81,43 %	81,02 %
Part CDI	3,11 %	2,48 %	2,39 %	2,53 %	2,38 %
Part CDD	14,76 %	14,93 %	15,18 %	16,04 %	16,61 %

Source : CHUSE.

En moyenne, 14,5 % des emplois permanents sont occupés par des agents en CDD, soit un taux supérieur à celui de l'absentéisme (8 %). Sur 887 ETP de CDD rémunérés en 2014, 240 étaient des contractuels de remplacement.

Tableau n°56 - Liste des emplois permanents occupés par des agents en CDD (extrait).

Emploi	CDD sur postes permanents	Titulaires, stagiaires et CDI	TOTAL	Poids des CDD sur emplois permanents
Adjoint administratif	121,6	295,6	417,1	29,1 %
Adjoint des services hospitaliers	138,8	232,5	371,3	37,4 %
Agent entretien qualifié	69,6	59	128,6	54,1 %
Aide-soignant	77,3	578	655,2	11,8 %
Attaché d'administration hospitalière	5	10,8	15,8	31,6 %
Attaché de recherche clinique	20,6	13,7	34,2	60,1 %
Auxiliaire de puériculture	17	138,3	155,2	10,9 %
Diététicien	5,2	17	22,2	23,6 %
Educateur jeunes enfants	1,4	2,4	3,8	36,8 %
Educateur sportif	2,8	0	2,8	100 %
Ergothérapeute	1,3	12,4	13,7	9,5 %
Infirmiers soins généraux	136,1	1 392,9	1 529	8,9 %
Ingénieur	11,6	26	37,6	30,8 %
Ingénieur hospitalier en chef	3	9,7	12,7	23,6 %
Manipulateur électroradiologie	11	75,9	86,9	12,7 %
Orthoptiste	2,5	3	5,5	45,5 %
Préparateur en pharmacie	15,9	27,2	43,1	36,9 %
Psychologue	24,2	39,4	63,5	38 %
Psychomotricien	2,2	4,4	6,6	33,3 %
Sage-femme				
Technicien de laboratoire	16,6	145,2	161,7	10,2 %

Source : système d'information du CHUSE.

7.1.4- La mise en œuvre du dispositif de lutte contre la précarisation de l'emploi public

La loi n° 2012-347 du 12 mars 2012 relative à l'accès à l'emploi titulaire et à l'amélioration des conditions d'emploi des agents contractuels, et plus particulièrement son article 25, ouvre le bénéfice de l'accès à la fonction publique pendant une période de quatre ans à compter de la date de publication de la loi, soit jusqu'au 31 mars 2016 « *par la voie de modes de recrutement réservés valorisant les acquis professionnels* ».

Les agents en CDD concernés doivent avoir une durée de services publics effectifs au moins égale à quatre années en équivalent temps plein (article 26). Aucune ancienneté n'est en revanche requise pour les agents en CDI.

Une instruction de la DGOS du 28 novembre 2013 pose le principe d'un suivi régulier de la mise en œuvre de la loi du 12 mars 2012 et oblige les établissements à effectuer un bilan annuel, présenté devant le comité technique d'établissement. Dans une circulaire du 12 mars 2015, la DGOS a dressé un bilan « *préoccupant* » du dispositif, indiquant qu'en 2014, seuls 17 CHU/CHR avaient fourni les données demandées par l'instruction de 2013 et que le nombre d'agents mis en stage et titularisés était faible.

Les éléments communiqués permettent d'établir que le CHUSE a transmis périodiquement ses données auprès de l'observatoire national des ressources humaines du système de santé. Ce sont 58 CDI qui ont été souscrits depuis le vote de la loi de mars 2012, et 81 agents ont été admis aux concours réservés. Début 2016, 64 soignants devraient être mis en stage.

7.1.5- Une gestion du temps de travail et des heures supplémentaires non réglementaires

7.1.5.1- *L'organisation du temps de travail*

La réduction du temps de travail (RTT) est régie par l'accord local du 15 décembre 2003. Il fixe la durée de travail en fonction du mode de travail (repos fixes, repos variables, travail de nuit,...). Il est complété par un certain nombre de notes spécifiques.

7.1.5.2- *La gestion des heures supplémentaires*

Le décret du 4 janvier 2002⁷ pose le principe de l'organisation du temps de travail par « cycles de travail, définis par service ou par fonctions et arrêtés par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique ». Le cycle de travail est défini comme « une période de référence dont la durée se répète à l'identique d'un cycle à l'autre et ne peut être inférieure à la semaine ni supérieure à douze semaines » (article 9 du décret).

Les heures supplémentaires effectuées et les repos compensateurs doivent ainsi être décomptés sur la durée totale du cycle et les repos compensateurs doivent être pris dans le cadre du cycle de travail.

La définition des cycles de travail est importante notamment pour les raisons suivantes :

- ♦ Les heures et jours de repos supplémentaires au titre de la RTT doivent être pris en dehors du cycle de travail, dans la limite de 20 jours ouvrés par an ;
- ♦ Le nombre de jours supplémentaires de repos est calculé en fonction du travail effectif accompli dans le cycle de travail ;
- ♦ Le cycle de travail permet de calculer le nombre d'heures supplémentaires.

La chambre relève qu'aucun cycle de travail n'a été défini au sein de l'établissement.

7.1.5.3- *L'absentéisme*

7.1.5.3.1- *Le coût de l'absentéisme*

Les modalités de calcul du taux d'absentéisme ont évolué en 2012 et ne permettent pas de comparaison avec les exercices précédents. Depuis cette date, le taux d'absentéisme, qui englobe tous les motifs d'absence, demeure stable.

L'incidence de l'instauration de la journée de carence en 2012 est ainsi difficilement mesurable, mais a toutefois permis des retenues sur salaire pour un montant de 250 k€.

Le taux d'absentéisme de 8 %, rapporté aux 5 381 ETP, représente 94 700 journées d'absence, soit 430 ETP sur l'année (base 220 jours travaillés).

⁷ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Tableau n°57 - Heures supplémentaires et absentéisme

Au 31/12, sous-total personnel non médical	2010	2011	2012	2013	2014
Dépenses d'intérim (en €)	348 939	337 021	173 524	48 459	61 021
Heures supp. non encore récupérées ou indemnisées			67 354	52 482	63 377
Nombre d'heures supp. Indemnisées	42 408	54 230	49 927	53 518	51 483
Montant des heures supp. indemnisées dans le cadre des astreintes (en €)	584 171	621 187	638 059	688 584	708 982
Montant des heures supp. Indemnisées (en €)	430 146	768 659	594 409	637 692	635 874
Taux d'absentéisme (toutes absences confondues)	6,66 %	6,53 %	7,99 %	7,90 %	8 %
Taux de rotation	6,05 %	6,74 %	6,36 %	6,19 %	6,71 %

Source : bilans sociaux et CHUSE.

7.1.5.3.2- Les difficultés rencontrées pour contrôler l'absentéisme

La chambre a pu relever un cas de cumul d'activités. Aucun élément communiqué ne permet d'attester que l'agent en question ait demandé l'autorisation du directeur général. La chambre rappelle que la loi du 2 février 2007 et son décret d'application du 2 mai 2007, relatifs au cumul d'activité, fixe la liste des activités accessoires susceptibles d'être autorisées.

L'article 4 du décret précité pose également le principe d'une autorisation par l'autorité dont relève l'agent intéressé, qui saisit la commission de déontologie de la fonction publique (article 12).

La chambre souligne qu'en vertu de l'article 18 du même décret, la violation des règles d'autorisation par l'agent l'expose à une sanction disciplinaire.

7.1.6- L'avancement

Aucun recours à l'avancement à la durée intermédiaire n'a été relevé. Le CHUSE respecte également la règle de l'avancement à la durée minimum.

7.1.7- Le plafond annuel d'heures supplémentaires

L'analyse des bulletins de paye a permis de constater des niveaux d'heures supplémentaires (HS) dépassant les plafonds annuels autorisés (180 h et 220 h), principalement en 2011, dernière année de leur défiscalisation.

Tableau n°58 - Les heures supplémentaires annuelles (extrait)

Heures Sup.	Année	Mois	Emploi	Service
464	2011	4	MAITRE OUVRIER	MAINT. BIOMEDICALE
257,04	2011	4	INFIRMIER	CORONAROLOGIE
255	2011	3	INFIRMIER	RYTHMOLOGIE
254	2011	3	INFIRMIER	CORONAROLOGIE
244	2011	4	INFIRMIER	RYTHMOLOGIE
243	2011	4	INFIRMIER	RYTHMOLOGIE
242,5	2011	4	INFIRMIER	CORONAROLOGIE
239,5	2011	3	INFIRMIER	CORONAROLOGIE
234	2011	3	INFIRMIER	RYTHMOLOGIE
234	2011	4	INFIRMIER	RYTHMOLOGIE

Source : Xémélios paye.

Il ressort également que le nombre d'HS correspond fréquemment à des valeurs arrondies et s'avère parfois récurrents (36 h, 37,5 h, 40 h, 80 h). L'établissement a expliqué qu'il s'agissait très probablement d'HS réalisées dans le cadre d'astreintes ayant donné lieu à déplacement. Dans ce cas précis, les HS ne sont pas générées suite à un pointage, mais font l'objet d'une saisie manuelle, ainsi qu'il a pu être constaté dans une majorité de services (réanimation, neurochirurgie, maintenance réseau électrique, cardiologie, ORL, effectifs de suppléance, hygiène, hémodialyse, psychiatrie, médecine interne...).

Ce mode de fonctionnement appelle plusieurs remarques :

- ♦ les données arrondies saisies semblent prendre la forme d'une gratification, plus que la rémunération d'un service fait ;
- ♦ l'absence d'utilisation de la badgeuse nuit à la fiabilité des données et ne permet aucun suivi, à partir d'un système d'information unique, du plafond d'HS à respecter par semaine, cycle, ou exercice ;
- ♦ la présence de multiples badgeuses sur l'ensemble des sites devrait permettre leur utilisation, même lors du déclenchement d'une astreinte ;
- ♦ les HS, payées en mars et avril de l'année N+1, n'étaient pas systématiquement rattachées à l'exercice auquel elles se rapportaient avant 2014.

Le contrôle de la paye s'est heurté à une difficulté majeure. Dans de nombreux cas, les bulletins extraits à partir de l'application Xémélios ne font pas apparaître le nombre et/ou les taux. Il est ainsi impossible de contrôler, sur la majorité des bulletins de paye édités à partir de l'application Xémélios développée auprès des services comptables, le nombre d'heures supplémentaires pris en compte et/ou le taux correspondant.

Les sommes à payer apparaissent ainsi globalement, sans qu'il ne soit possible d'en vérifier la correcte liquidation, et donc la régularité.

Les bulletins édités à partir de l'application de paye et remis aux agents, font quant à eux apparaître correctement l'ensemble de ces éléments. La génération du flux Xémélios, par l'appliquatif de paye, semble par conséquent entraîner une perte d'informations.

Enfin, toujours en matière de paye, il convient de souligner que le CHUSE intervient comme prestataire de 25 autres établissements et édite les bulletins de paye de leurs agents, soit environ 3 000 payes par mois.

7.2- La gestion du personnel médical

Les effectifs de personnel médical (PM) ont baissé de 2,42 % entre 2010 et 2014. Celui des internes, en augmentation de 20 % du fait de la hausse du Numéris clausus, ne va pas sans poser des difficultés pour organiser leur encadrement par un médecin sénior et l'organisation de leur parcours d'études.

Les internes en médecine sont affectés par subdivision, qui correspond à un découpage territorial, permettant de rattacher des lieux de stage à un établissement universitaire. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a souligné son souhait, avec la faculté de médecine Jacques Lisfranc, d'élargir le périmètre de la subdivision à Roanne et Annonay, actuellement rattachés à celle de Lyon, et dont les postes sont majoritairement mis au choix des internes stéphanois.

Tableau n°59 - Evolution des effectifs de personnel médical

	2011	2012	2013	2014	Evol
ETP médicaux	457,2	488,5	455,9	446,1	-2,42 %
- dont médecins (hors anesthésistes)	241,1	262,9	246,6	238,2	-1,20 %
- dont chirurgiens (hors gynécologues-obstétriciens)	48,7	51,9	48,9	47,1	-3,18 %
- dont anesthésistes	52,9	53,8	51,3	53,0	0,17 %
- dont gynécologues-obstétriciens	10,6	11,6	10,4	10,6	-0,28 %
Internes	257	273	290,5	306,81	19,38 %

Source : Hospidiag et SAE.

Les charges progressent quant à elles d'environ 6 % sur la même période, portée par l'évolution des dépenses liées aux internes et à la permanence des soins. La réforme des astreintes, prévue par l'arrêté du 8 novembre 2013, a été chiffrée par le CHUSE à 0,5 M€ en année pleine, sans compensation financière.

Tableau n°60 - Evolution des charges de personnel médical

en €	2010	2011	2012	2013	2014	Var annuelle moyenne
Praticiens hospitaliers	24 487 529	25 023 003	26 060 511	25 937 267	26 194 411	1,7 %
+ Praticiens hospitaliers contractuels	7 271 347	7 462 031	7 504 486	7 484 903	7 053 708	-0,8 %
+ Internes et étudiants	9 383 472	9 949 005	10 498 003	10 950 981	11 671 379	5,6 %
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et tps de travail additionnel)	4 885 097	5 375 926	5 360 813	5 234 726	5 665 430	3,8 %
- Atténuations de charges	388 979	306 668	330 657	249 687	339 029	-3,4 %
= Rémunérations du personnel médical	45 638 465	47 503 296	49 093 156	49 358 191	50 245 899	2,4 %
<i>en % des rémunérations totales</i>	24,8 %	25,3 %	25,4 %	25,5 %	25,6 %	
<i>(PH contractuels + internes) / Rémunérations PM</i>	36,5 %	36,7 %	36,7 %	37,4 %	37,3 %	
<i>Autres rémunérations / Rémunérations PM</i>	10,7 %	11,3 %	10,9 %	10,6 %	11,3 %	

Source : CRC à partir des comptes financiers.

7.2.1- Le recrutement et la gestion des praticiens : le respect des plafonds imposés par la réglementation

La direction des affaires médicales (DAM) est organisée de manière classique pour un CHU, autour de deux pôles de gestion des praticiens seniors (PH et hospitalo-universitaires, titulaires et contractuels) et juniors.

Les sages-femmes sont gérées fonctionnellement par la DRH, mais toutes les décisions sont signées de la DAM.

Le processus de recrutement est formalisé et relève d'une commission des emplois, créée en 2011, et qui se prononce sur les candidatures et l'intérêt médico-économique de certains postes. Cette commission examine en outre toutes demandes de création et de transformation de poste, de recrutement sur poste vacant, de changement de quotité de temps de travail, et de publication de poste.

Lorsque le support de praticien hospitalier (PH) existe, le recrutement a lieu sur ce statut. Dans le cas contraire, le praticien est embauché sous contrat, en attendant une éventuelle titularisation (concours, stage, titularisation).

L'analyse des bulletins de paye a permis de s'assurer que, conformément à la réglementation, aucun praticien contractuel n'est rémunéré au-delà du 4^{ème} échelon + 10 %.

7.2.2- La concurrence des établissements privés et la déontologie médicale

7.2.2.1- Les mouvements de praticiens vers les établissements privés

Trois spécialités sont en forte tension. Elles concernent la radiologie, la psychiatrie et l'anesthésie-réanimation, pour un total de 20 postes vacants, dont 10 pour la psychiatrie.

A la pénurie médicale à laquelle tous les établissements publics de santé sont confrontés, s'ajoute une forte concurrence du secteur privé. Un chirurgien a ainsi été débauché par une clinique privée proche du CHUSE, après s'être vu proposer une prime d'installation de 60 k€ et un salaire net mensuel de 15 k€.

Le tableau ci-dessous retrace les principaux départs de praticiens, vers les concurrents privés voisins observés depuis 2012.

Tableau n°61 - Départs de praticiens vers les établissements privés concurrents depuis 2012

Spécialité	Statut au CHUSE	Date mouvement
Radiologie	Chef de clinique assistant	01/11/2013
Urgences	PH	01/05/2015
Gyn. Obst.	PH	04/11/2012
Chir. digestive	PH	16/02/2013
Orthopédie	Chef de clinique assistant	01/01/2014
Ophthalmo.	CCA	01/09/2014
Anest. Réa.	Chef de clinique assistant	01/11/2014
Radiologie	PH	05/01/2015
Anest. Réa.	PH	02/02/2015
Orthopédie	Chef de clinique assistant	01/05/2015
Radiologie	Chef de clinique assistant	01/11/2015
Anest. Réa.	PH	01/01/2016
Neurochir	PH	06/02/2012
Anest. Réa.	PH	01/01/2013
Neurochir	PU-PH	01/01/2016

Source : CHUSE.

D'autres mouvements pourraient encore intervenir en 2016 et fragiliser davantage le fonctionnement de certains services :

- ♦ en pneumologie oncologie thoracique ;
- ♦ en anesthésie-réanimation ;
- ♦ en urologie ;
- ♦ aux urgences.

Le cas d'un praticien

Le chef du service de neurochirurgie, ayant le statut de professeur des universités, s'est récemment spécialisé dans l'activité du rachis.

Depuis 2012, il réalisait entre 240 et 250 gestes par an, soit entre 18 % et 20 % de l'activité du service en nombre d'interventions. Depuis 2014, et tout particulièrement en 2015, il s'est

concentré sur les activités programmées du rachis en diminuant son activité non programmée (urgences). En 2015, l'activité de ce praticien représentait près de 52 % de l'activité programmée du rachis, contre 30 % en 2012.

La hausse de son activité du rachis, qui a provoqué la baisse de celle des autres praticiens du service qu'il dirige, ainsi que son départ, auront de graves conséquences. Le service de neurochirurgie va s'en trouver fortement désorganisé, perdant à la fois son chef de service et le praticien qui exerçait la majorité des actes.

Le départ de ce praticien vers un établissement privé concurrent pourrait avoir pour conséquence immédiate la perte de près de 1,5 M€ de recettes, qu'il sera difficile de compenser pour l'établissement, déjà sous CREF.

A moyen terme, s'agissant d'une spécialité à haute technicité nécessitant un diplôme interuniversitaire particulier de chirurgie rachidienne, dont l'obtention exige de 12 à 24 mois, la mise en formation d'un praticien aura également un coût humain et financier important.

Tous ces éléments sont symptomatiques de la forte concurrence livrée par les établissements privés, et la multiplication des autorisations sur le bassin, déjà soulignées.

7.2.2.1- *Les règles imposées par les textes*

La commission de déontologie de la fonction publique a été instaurée par l'article 87 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993. Depuis l'entrée en vigueur de la loi n° 2007-148 du 2 février 2007, la commission de déontologie, compétente pour l'ensemble des agents publics, donne un avis, notamment, sur les déclarations des agents qui quittent le secteur public, de manière temporaire ou définitive, pour exercer une activité privée lucrative.

Par ailleurs, le III de l'article 19 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 a étendu aux praticiens hospitaliers sous statut ou recrutés par contrat l'ensemble des dispositions relatives à la déontologie des fonctionnaires, ainsi que les dispositions des articles L. 531-1 à L. 531-16 du code de la recherche.

En application de l'article L. 6152-4 du code de la santé publique (CSP), les articles 25 septies et 25 octies de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires sont applicables au personnel médical des établissements publics de santé. Le praticien « *cessant définitivement ou temporairement ses fonctions ou, le cas échéant, l'autorité dont il relève dans son corps ou dans son cadre d'emplois d'origine saisit à titre préalable la commission afin d'apprécier la compatibilité de toute activité lucrative [...] avec les fonctions exercées au cours des trois années précédant le début de cette activité* ».

L'article L. 6152-5-1 du code de la santé publique prévoit en outre la possibilité d'interdire « *aux praticiens hospitaliers ayant exercé plus de cinq ans à titre permanent dans le même établissement, d'ouvrir un cabinet privé ou d'exercer une activité rémunérée dans un établissement de santé privé à but lucratif, un laboratoire privé d'analyses de biologie médicale ou une officine de pharmacie où ils puissent rentrer en concurrence directe avec l'établissement public dont ils sont démissionnaires* ».

Il importe en conséquence que l'établissement hospitalier veille à solliciter, lorsque les conditions légales précitées se trouvent remplies au cas d'espèce, la commission de déontologie seule à même d'apprécier la compatibilité de toute activité lucrative ou de toute activité libérale avec les fonctions exercées précédemment par les praticiens en partance.

7.2.3- La mesure du temps de travail médical

La gestion et la matérialisation du temps de travail médical prenaient la forme, entre 2013 et le 31 décembre 2014, de tableurs informatiques.

Depuis, un logiciel dédié (ITEM) permet aux praticiens de renseigner les tableaux prévisionnels de présence et d'éditer les tableaux de service, permettant d'attester le temps de travail. Début avril 2016, le taux de déploiement du logiciel était estimé à 95 %.

Depuis la paye du mois d'avril 2015, les logiciels de paye et du temps de travail sont interfacés. Une seconde interface entre le logiciel ITEM et l'Intranet du CHUSE a été déployée, pour permettre aux cadres, notamment, de connaître en temps réel les praticiens présents en cas de besoin.

Une alerte relative au respect du repos de sécurité fait l'objet d'un paramétrage. Ainsi, aucune activité ne peut être saisie le lendemain d'une garde, à l'exception des praticiens hospitalo-universitaires qui ont la possibilité de saisir une « activité non clinique ».

Le déclenchement des astreintes et du temps passé sur site sont purement déclaratifs et sont saisis soit par le praticien, soit par le secrétariat du service concerné, en indiquant les « 8 » premiers chiffres de l'identifiant permanent du patient (IPP) au profit duquel l'astreinte a été déclenchée.

Des contrôles peuvent être réalisés par l'intermédiaire d'un praticien du pôle ou du service concerné. La commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) réalise également des bilans réguliers des déplacements déclarés en astreinte, et à ce titre, peut être amenée à effectuer des contrôles ciblés.

7.2.4- Un contrôle de la paye difficile à réaliser

Le contrôle de la paye intervient sur les primes et indemnités, les informations administratives et les changements de situation (quotité, statut, échelon,...). L'effectivité du contrôle semble toutefois se limiter à des cas bien particuliers, lorsqu'il existe une suspicion sur l'effectivité du service fait.

Les contrôles sont toutefois difficiles, voire impossibles tant le retard pris par certains praticiens pour renseigner leur temps de travail est important. Il a ainsi été constaté que des praticiens transmettaient la réalisation de leurs astreintes avec plusieurs mois de retard. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a souligné que cette difficulté était en cours de règlement avec le déploiement, depuis le 1^{er} janvier 2015, du logiciel de gestion du temps médical (ITEM), qui impose désormais aux praticiens une saisie mensuelle des astreintes. Les récapitulatifs des gardes et astreintes, issus des tableaux de service informatisés, font en outre l'objet de contrôles aléatoires systématiques avant leur passage en paie.

Le rapprochement entre les tableaux de service, produits plusieurs mois auparavant, et le récapitulatif des gardes et astreintes, produits pour leur mise en paiement plusieurs mois après, est difficile.

Le contrôle des bulletins de salaire édités à partir de l'application Xémélios est également compliqué dans la mesure où ces derniers ne font apparaître qu'un montant global à payer pour les astreintes, sans en détailler la liquidation (quotité, taux unitaire).

7.2.5- Les conséquences de la réforme du temps de travail des internes et des urgentistes

Le décret du 26 février 2015⁸ a redéfini le temps de travail des internes. Depuis le 1^{er} mai 2015, l'activité des internes est passée de 11,5 journées par semaine à 10,5 journées. Le temps de travail ne peut ainsi plus excéder 48 heures par période de sept jours, calculée sur une période de trois mois.

Selon le CHUSE, cette réforme a peu de conséquences sur son organisation actuelle. La réforme a d'ailleurs pu être appliquée dès le 1^{er} mai 2015, son logiciel de gestion du temps de travail (ITEM) étant déjà adapté. Un grand nombre d'établissements, qui doivent encore modifier leur logiciel, n'appliqueront la réforme qu'à compter du 1^{er} novembre 2015.

La circulaire du 22 décembre 2014⁹ a quant à elle redéfini le temps de travail des urgentistes. Elle a été complétée et précisée par une instruction du 10 juillet 2015¹⁰.

Les conséquences de la réforme du temps de travail des urgentistes seront en revanche plus importantes. Ceux-ci ne peuvent plus travailler au-delà de 48 heures par semaine, avec un temps consacré aux activités cliniques plafonné à 39 heures maximum.

La mise en œuvre de cette réforme nécessitera le recrutement de 8 ETP d'urgentistes en temps continu, et devrait représenter une charge supplémentaire d'environ 1 M€ par an, dans un contexte de pénurie généralisée pour cette spécialité et du CREF en cours.

L'attractivité du CHUSE pourrait avoir pour conséquence un « assèchement » des établissements publics périphériques, voire une surenchère des rémunérations exigées par les praticiens contractuels et intérimaires.

L'un des objectifs de la circulaire précitée renvoie à la réorganisation de l'offre de soins, toujours en cours. Cette restructuration est d'autant plus nécessaire que l'ensemble des établissements publics de la Loire éprouvent des difficultés à recruter dans cette spécialité.

C'est ce qui explique que le CHUSE n'appliquera pas cette réforme dans l'immédiat, étant dans l'incapacité d'y faire face.

7.2.6- Les contraintes financières et l'attractivité

L'ARS impose de limiter la hausse de la masse salariale du PM à 0,5 % en 2015, quand le seul GVT devrait avoir pour conséquence une hausse supérieure à 1 % des charges de personnel médical. En octobre 2015, la cible était tenue, grâce notamment à la suppression de vacations d'attachés « historiques », prévue dans le CREF.

Cependant, la hausse importante du nombre d'internes sur la période (+ 50 ETP, soit + 20 %) pénalise le CHUSE financièrement et dans son organisation. Il a chiffré le surcoût par interne à 28 k€ par an, soit 1,4 M€ pour une année, sur les 50 ETP supplémentaires.

Les contraintes financières actuelles pourraient avoir favorisé le départ de praticiens, en raison notamment d'investissements contraints en matière d'équipements de haute

⁸ Décret n° 2015-225 du 26 février 2015 relatif au temps de travail des internes.

⁹ Circulaire N° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

¹⁰ Instruction N° DGOS/RH4/2015/234 du 10 juillet 2015 relative au référentiel national de gestion du temps de travail médical applicable dans les structures de médecine d'urgence prévu par la circulaire n° DGOS/2014/359 du 22 décembre 2014 relative aux modalités d'organisation du travail applicables dans les structures d'urgences-SAMU-SMUR.

technologie. Les co-financements apportés par l'ARS pour des projets innovants et structurants, obtenus grâce au respect des engagements financiers du CREF, ont permis de porter le montant des investissements de 12,8 M€ en 2014 à 17,2 M€ en 2015.

Le CREF emporte également des conséquences négatives sur la pratique des activités d'intérêt général. Il prévoit ainsi que le CHUSE demande systématiquement le remboursement du salaire des praticiens mis à disposition, en vue d'économiser 360 k€. L'établissement bénéficiaire doit ainsi verser des émoluments aux praticiens intervenant à son profit, et rembourser le CHUSE. Cette situation, génératrice de conflits avec les praticiens et certains établissements partenaires, a conduit à l'arrêt de plusieurs activités.

La faible économie escomptée, qui paraît contradictoire avec la volonté de développer les coopérations et les échanges entre établissements du territoire, a conduit le CHUSE à revenir sur sa position, au cas par cas.

La chambre relève que l'augmentation importante des effectifs d'internes, conséquence de la hausse du numérus clausus, va devenir difficilement conciliable avec les contraintes imposées par le CREF. La chambre souligne l'opposition de certains objectifs financiers du CREF et les impératifs de coopération par ailleurs assignés à l'établissement.

7.2.7- L'activité libérale des praticiens hospitaliers

7.2.7.1- *Les critères définis par la réglementation*

Seuls les praticiens statutaires exerçant à temps plein peuvent avoir une activité libérale dans les établissements publics de santé, à la triple condition :

- ♦ que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;
- ♦ que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;
- ♦ que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique ».

Par ailleurs, le praticien pratiquant une activité libérale doit conclure un contrat d'activité libérale, d'une durée de cinq ans renouvelable, devant être approuvé par le directeur de l'ARS, après avis du directeur de l'établissement, du chef de pôle et du président de la commission médicale d'établissement.

Les praticiens peuvent percevoir directement leurs honoraires auprès des patients ou demander à leur établissement de percevoir les honoraires pour leur compte. Dans ce dernier cas, l'établissement reverse les honoraires mensuellement au praticien et prélève trimestriellement la redevance qui lui est due.

Les contrats reprennent le modèle de contrats-types figurant à l'annexe 61-2 du CSP et respectent par conséquent les mentions obligatoires (plafond de 20 %, nombre de consultations et d'actes,...). Nonobstant l'absence de caractère obligatoire de telles mentions, aucun des contrats ne précise le jour ni la plage horaire dédiée à l'activité libérale, de sorte que tout contrôle paraît difficile à mettre en oeuvre.

Sur 30 praticiens (cf. rapport CAL 2014), 22 ont fait le choix de percevoir directement leurs honoraires. Huit praticiens disposent d'un contrat d'accès au secteur 2.

7.2.8- Le contrôle de la commission de l'activité libérale

Au sein de chaque établissement hospitalier où une activité libérale est pratiquée, une commission de l'activité libérale (CAL) est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité ainsi qu'au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant et des stipulations des contrats des praticiens¹¹.

La CAL du CHUSE s'est réunie chaque année, sauf en 2010, l'ARS n'ayant pas pris d'arrêté fixant la composition de la CAL.

Certains praticiens déclarent moins d'actes que ceux figurant dans les états récapitulatifs de l'assurance maladie. Ils n'indiqueraient au CHUSE que les sommes encaissées, et non l'ensemble des actes réalisés, faisant supporter sur celui-ci le risque de non recouvrement des créances de leur activité libérale. Lors des contrôles réalisés par la CAL, les praticiens sont informés de ces anomalies et des régularisations des montants de la redevance sont effectuées.

Les documents de la CAL permettent une comparaison entre le nombre d'actes privés et publics. Aucun des éléments qu'ils contiennent ne permet de s'assurer du respect de l'obligation de ne pas consacrer plus de 20 % du temps de travail à l'activité libérale. L'absence de mention des créneaux consacrés à cette activité, sur les contrats, complexifie par ailleurs cette tâche. En réponse aux observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur a précisé que des rappels étaient régulièrement effectués auprès des praticiens concernés et que les contrats d'activité libérale mentionnaient désormais les demi-journées dédiées à l'activité libérale.

De nombreux PU-PH exercent une activité libérale. Ceux-ci consacrent un temps à l'enseignement, variable selon la discipline, comme le souligne la circulaire du 21 décembre 1960 fixant les obligations de service des membres du personnel enseignant et hospitalier des centres hospitaliers et universitaires. Le temps maximal qu'ils peuvent toutefois consacrer à une activité libérale ne peut ainsi dépasser 20 % des services hospitaliers, ce que précisent par ailleurs tous les contrats. Au vu des honoraires perçus par certains praticiens, il apparaît peu probable que cette obligation soit respectée.

Enfin, les montants des redevances à payer font l'objet de contrôles fréquents, tout comme les courriers de rappel aux praticiens.

La chambre recommande au CHUSE de renforcer le contrôle de l'obligation de ne pas consacrer plus de 20 % du temps de travail clinique à de l'activité libérale.

7.2.1- Une activité rentable pour le CHUSE

Dans le cadre de l'activité libérale en hospitalisation complète, les séjours, comptabilisés en groupe homogène de séjour (GHS), font l'objet de deux facturations à l'assurance maladie, une par l'établissement et l'autre par le praticien, le CHUSE percevant en outre le reversement d'une quote-part par ce dernier.

¹¹ Art. R. 6154-11 du code de la santé publique.

8- LA COMMANDE PUBLIQUE

L'analyse de la commande publique a permis de relever un certain nombre d'améliorations possibles et d'irrégularités. Au titre des premières, l'adoption d'un guide opérationnel de la commande publique semble être une priorité permettant d'uniformiser et de sécuriser les procédures entre les différents services acheteurs.

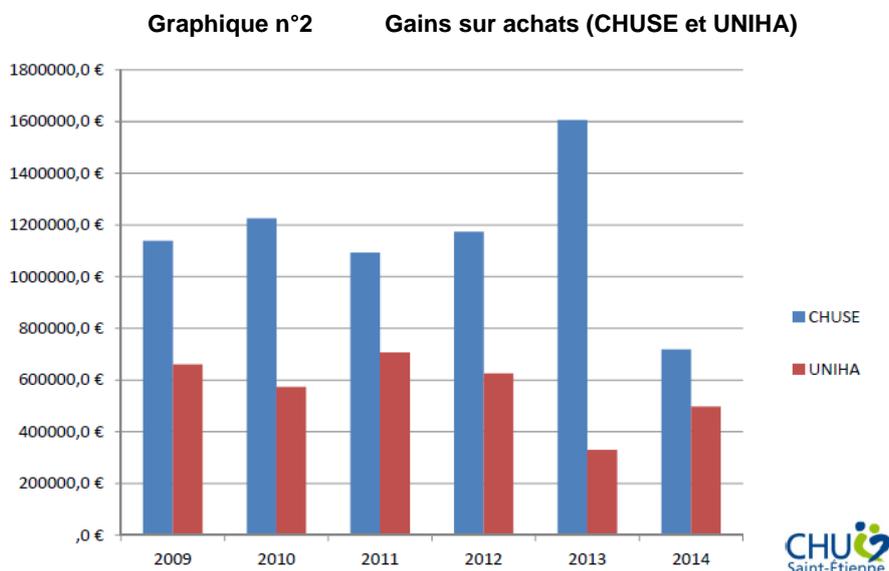
Pour ce qui concerne les secondes, trois points mériteraient des modifications rapides. En premier lieu, la mise en place d'une procédure de recensement des besoins doit mettre fin aux achats « locaux », récurrents et fractionnés. En deuxième lieu, une plus grande précision doit intervenir dans la rédaction des dossiers de la consultation. Enfin, la conservation des archives, qui inclut celle des offres des candidats non retenus, doit être garantie avec plus de rigueur.

8.1- L'organisation et la formalisation de la fonction achats

8.1.1- Volumétrie et gains sur achats

En 2014, les achats (147,59 M€) représentaient 30 % des charges (343,66 M€). Plus d'un tiers des achats d'exploitation (35 %) ont été réalisés dans le cadre du groupement de coopération sanitaire UNIHA (GCS UNIHA). Les achats d'investissement (hôtellerie, informatique, biologie, services techniques) sont quant à eux effectués à 60 % directement par le CHUSE.

Astreinte à des objectifs financiers, la politique d'économies s'est traduite par des gains sur achats cumulés de 7,23 M€ pour les marchés passés par le CHUSE et de l'ordre de 3,4 M€ pour les achats passés dans le cadre du GCS UNIHA entre 2009 et 2014.



8.1.2- Des procédures en vigueur minimalistes

La procédure d'achats fait l'objet d'une décision rappelant les grands principes de la commande publique, les seuils applicables, et notamment la dispense de procédure de mise en concurrence en-dessous du seuil de 15 k€, conformément au décret du 9 décembre 2011. La possibilité d'une mise en concurrence simplifiée est toutefois prévue, pour des achats supérieurs à 5 k€, et inférieurs au seuil précité.

Dès que le seuil des 15 k€ est dépassé, et jusqu'au seuil de passation de marchés formalisés, une publication au bulletin officiel des annonces de marchés publics (BOAMP), ainsi que sur le site « www.achats-hopitaux.com » doit être faite. Au-delà des seuils de procédure formalisée, une publication au journal officiel de l'Union européenne (JOUE) s'y ajoute.

Suite aux observations provisoires de la chambre, le CHUSE s'est doté d'un guide opérationnel de la commande publique regroupant l'ensemble des procédures existantes ainsi qu'une cartographie des achats, et qui intègre des fiches pratiques.

L'absence de guide a conduit à des pratiques différentes selon le service acheteur, et à une utilisation des systèmes d'information non uniforme. C'est ainsi qu'un même type de marché est répertorié dans des catégories différentes, selon le service utilisateur. A titre d'illustration, certains marchés portent le libellé « marchés fictifs ». Ils concernent les achats à partir de trois devis, réalisés par la direction des systèmes d'information. En réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a indiqué qu'un groupe de travail serait constitué pour proposer, en lien avec le service informatique, une meilleure utilisation de la base et de manière harmonisée.

Enfin, le décret du 19 décembre 2008¹² a supprimé la commission d'appel d'offres (CAO) pour l'Etat et les établissements publics nationaux. Les établissements demeurent toutefois libres d'instituer une instance consultative chargée d'examiner les offres. C'est l'option qu'a retenu le CHUSE, en instaurant une commission des marchés, chargée de veiller au respect des principes de la commande publique.

8.2- L'automatisation croissante de la quantification des besoins

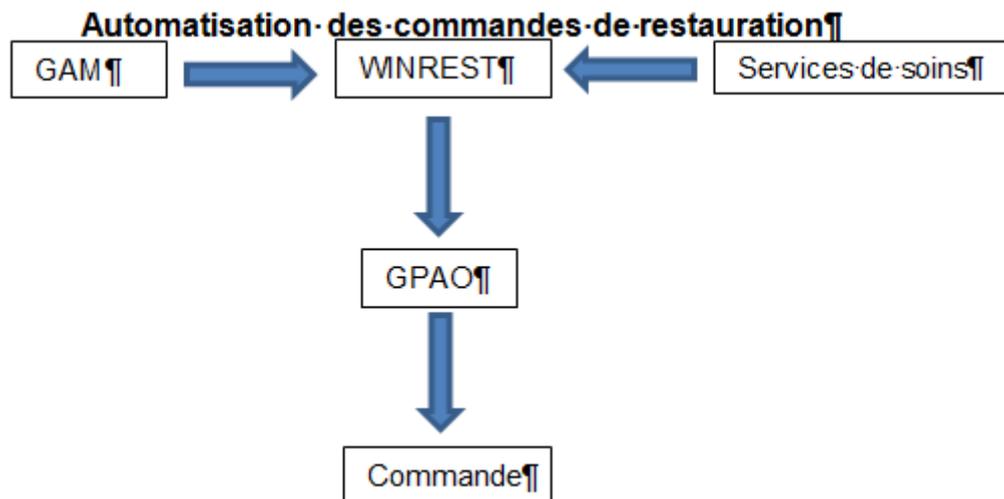
La procédure de passation des commandes est en cours de formalisation et fait l'objet de documents provisoires (fournitures et consommables, prestations de service), qu'il conviendra de mener à bonne fin, en vue notamment de la certification des comptes. Des tests de cheminement sont en cours, en partenariat avec le cabinet KPMG.

Les achats de fournitures et de consommables font l'objet d'une automatisation croissante. Deux types d'achats méritent d'être soulignés : la restauration et les magasins.

Pour la restauration, le secteur production de la cuisine centrale déclenche les quantités de produits alimentaires à commander, à l'aide du logiciel « GPAO ». Ce logiciel est en lien avec le logiciel WINREST, dédié à la restauration hospitalière, lui-même en lien avec le logiciel GAM (gestion des entrées des malades). Le logiciel WINREST est alimenté par les services de soins en fonction des entrées et sorties des malades, des régimes particuliers,...

A partir de l'ensemble de ces éléments, les achats prévisionnels sont évalués, puis transmis au magasin de la cuisine centrale, qui passe les commandes.

¹² Décret n°2008-1355 du 19 décembre 2008 de mise en œuvre du plan de relance économique dans les marchés publics.



Pour ce qui concerne les magasins, les commandes de fournitures en stock sont planifiées, suivant l'historique et les préconisations du logiciel de suivi des stocks (GILDAS). Un système de blocage automatique est activé si le budget disponible est insuffisant.

8.3- Le contrôle des marchés relevant de la direction des achats et de la direction des travaux et de l'équipement

8.3.1- Les achats de véhicules et de produits de garage

Entre 2010 et 2014, le CHUSE a acheté pour 1,08 M€ de véhicules automobiles et 470 000 € de produits accessoires et de pièces détachées, soit 1,5 M€ au total.

Il ressort de l'analyse de ces marchés de multiples irrégularités qui peuvent être résumées en trois points.

L'absence de recensement des besoins

Dans sa version en vigueur jusqu'au 23 juillet 2015, le code des marchés publics (CMP, article 5) impose au pouvoir adjudicateur de déterminer avec précision la nature et l'étendue des besoins à satisfaire, avant tout appel à la concurrence. Le « II » précise en outre que « Le pouvoir adjudicateur détermine le niveau auquel les besoins sont évalués. Ce choix ne doit pas avoir pour effet de soustraire des marchés aux règles qui leur sont normalement applicables en vertu du présent code ».

Le CHUSE a procédé à de multiples achats de véhicules, d'accessoires et de pièces détachées entre 2010 et 2014. Ces achats auraient dû faire l'objet d'une anticipation et d'une procédure commune pour la majorité d'entre eux. Le CMP offre toutes les possibilités pour effectuer ces achats (accord cadre, allotissement, tranches).

Les acquisitions ont le plus souvent fait l'objet de simples devis, auprès de fournisseurs locaux, et ce, depuis bien avant 2010.

Le découpage des achats a eu pour conséquence de rester sous le seuil des marchés formalisés

Les achats successifs ont eu pour conséquence de maintenir le montant des commandes à un niveau inférieur au seuil de passation des marchés formalisés, soit 200 000 € HT pour les

fournitures (article 26 du CMP), et au seuil de publicité de 90 000 € HT (articles 39 à 40-1 du CMP).

Cela a eu pour effet de réduire le champ de la concurrence, les mêmes fournisseurs locaux ou l'UGAP étant systématiquement sollicités, le plus souvent par courrier, voire par mail.

Par ailleurs, les procédures en vigueur au sein de l'établissement, en 2011 et en 2012, imposaient une publicité au BOAMP pour tout achat supérieur à 15 k€, ce qui n'a pas systématiquement été constaté.

L'impossible contrôle du choix du prestataire

Il a été impossible, dans la majorité des cas, d'établir si l'offre retenue était « économiquement la plus avantageuse ». Les offres des candidats non-retenus ne sont pas systématiquement archivées et les comptes rendus de la commission des marchés n'explicitent que très peu ses choix.

Il a en outre été relevé l'absence de publication d'avis d'attribution, lorsque les marchés ont été passés de manière formalisée. Le CHUSE a reconnu ces faits et les a imputés à un manque de moyens humains et de temps.

La chambre relève l'existence de nombreuses irrégularités au regard du code des marchés publics. Elles ont conduit à rester en-deçà des seuils de publicités et de mise en concurrence, et ont conduit à solliciter de manière récurrente et sans justification réelle plusieurs fournisseurs locaux. La chambre invite le CHUSE à procéder au recensement de ses besoins de manière sincère et à veiller à archiver les pièces des marchés.

En réponse aux observations provisoires, l'établissement s'est engagé à procéder à l'acquisition de ses véhicules par le biais d'un accord cadre, pour lequel deux avis publics d'appel à la concurrence ont d'ores et déjà été publiés les 25 et 26 février 2016. Il précise en outre que depuis le 1^{er} janvier 2014, tous les documents des marchés sont archivés informatiquement et centralisés à la cellule marchés.

8.3.2- Le cas particulier du marché de design et communication

Ce marché, signé le 3 décembre 2012, concerne la fourniture de supports de communication.

Le candidat retenu est chargé de la création de la maquette, du lancement de la production et de la reprographie d'un certain nombre de documents¹³ (journal interne, livret d'accueil patient, plaquette chiffres clés, questionnaire de sortie, livret d'accueil du personnel, carte de vœux, documents ponctuels).

Il s'agit d'un marché à bons de commande, composé d'un lot unique indivisible, courant du 3 décembre 2012 au 30 septembre 2013, reconductible trois fois par période de 12 mois.

¹³ Cf. article 3 du CCTP.

L'article 2b du cahier des clauses techniques particulières (CCTP) prévoit, pour le journal interne et le livret d'accueil patient, que ces deux supports sont « financés en totalité, ou pour moitié, ou à minima à hauteur de 10 %, par la publicité. Le type d'annonceur est défini au préalable par la « Direction des usagers, de la communication et de l'accueil (DUCA). La régie sera assurée par le candidat retenu. Les annonces seront validées par le CHU avant la mise en œuvre du support ».

L'offre de la société, qui détenait déjà le marché de 2009 à 2012, a été retenue. Le marché actuellement en cours prévoit notamment la perception, par le titulaire, des recettes publicitaires, comprises théoriquement entre 16 065 € et 20 709 € par an en fonction de la quantité de magazines imprimés.

8.3.2.1- *L'incertitude quant au choix de l'offre économiquement la plus avantageuse*

Le règlement de la consultation (article 9, page 4) fixe les critères de jugement des offres :

- ♦ Valeur technique de l'offre (pondération 60/100)
 - *Conception de la maquette* : créativité, engagement au respect de la chartre graphique et des valeurs du CHU (30/100) ;
 - *Impression* : qualité conviviale au niveau visuel et respect des couleurs et sur papier conforme à la protection de l'environnement (10/100) ;
 - *Stratégie* : accompagnement, conseils dans la démarche de communication du CHU, interlocuteur unique et réactivité (10/100).
Délais (10/100) : 1^{er} délai : entre la demande du CHU et la présentation de la maquette / 2^{ème} : délai : entre l'acceptation de la maquette et la présentation du bon à tirer / 3^{ème} délai : entre la validation du bon à tirer et la livraison de la quantité demandée.

- ♦ Prix de l'offre (pondération 40/100).

Ce marché a fait l'objet d'un rapport de présentation du 16 novembre 2012. Il renvoie à une analyse technique (60 % de la note finale) « effectuée par le service communication », qui ne lui est pas annexée, et n'a pu être communiquée. Seule une analyse financière (40 % de la note finale) y est annexée.

L'analyse des offres est assez sommaire. Elle reprend majoritairement les éléments figurant déjà dans le dossier de consultation des entreprises (DCE) (calendrier, durée du marché, objet du marché, mode de passation,...). Surtout, le tableau de classement des offres ne fait apparaître aucune note, et donc aucun classement concernant la valeur technique de l'offre. Le rapport d'analyse des offres fait seulement état du fait que « l'offre du candidat retenu est tout à fait conforme à la charte graphique et aux valeurs du CHU ». Cette notion est citée dans le règlement de la consultation, sans être étayée.

Il est dès lors impossible de s'assurer que l'offre retenue était bien l'offre économiquement la plus avantageuse.

Concernant le prix, seul critère ayant fait l'objet d'une note, les trois candidats ont obtenu les notes de 40/40, 38/40 et 27/40. Ces notes ont été établies par le CHUSE en comparant les prix relatifs aux quantités minimales et maximales à produire.

Cette analyse est critiquable dans la mesure où l'un des candidats a proposé un prix légèrement supérieur à celui de l'offre retenue pour ce qui est des quantités minimales (101 156 € contre 96 540 €), mais nettement inférieur pour ce qui est des quantités maximales (108 556 € contre 121 820 €). Le règlement de la consultation est muet sur les modalités de notation du prix.

Enfin, il n'a pas non plus été possible de déterminer si le marché avait été signé par une personne habilitée à le faire, aucune mention de l'identité du signataire, ni même de sa fonction n'apparaissant sur l'acte d'engagement.

8.3.2.2- *La méconnaissance des recettes encaissées par le titulaire du marché*

Le CCTP (page 4) prévoit que le journal interne et le livret d'accueil du patient seront financés « *en totalité, ou pour moitié, ou a minima à hauteur de 10 % par la publicité* », et que « *la régie sera assurée par le candidat retenu* ».

Le CHUSE a admis que « *les montants des recettes publicitaires encaissées par la société X ne sont pas connus* ». Cette méconnaissance le prive donc de la perception de recettes publicitaires plus importantes, si celles-ci étaient supérieures à celles prévues dans l'offre de ladite société.

Contrairement à ce que de nombreux contrats prévoient en la matière, ni le règlement de la consultation, ni le contrat signé n'ont prévu que le titulaire du marché rende compte de l'état d'encaissement des recettes de publicité. Le CHUSE ne dispose donc pas, lors du renouvellement du marché, de données financières indispensables.

A la suite des observations provisoires de la chambre, l'établissement a interrogé son prestataire pour connaître le montant des recettes publicitaires perçues. Il s'est également engagé, lors du renouvellement du marché au second semestre 2016, à ce que cette obligation d'information figure dans le futur contrat.

8.4- Le contrôle des marchés relevant de la direction des services informatiques

8.4.1- Les difficultés à évaluer le coût des logiciels

L'article 26 du code des marchés publics, dans sa rédaction en vigueur du 1^{er} janvier 2012 au 1^{er} janvier 2014, autorise les pouvoirs adjudicateurs à recourir à une procédure adaptée, lorsque le montant du marché de fournitures et de services est inférieur à 200 000 € HT.

Si ce seuil est dépassé, les pouvoirs adjudicateurs doivent conclure leurs marchés et accords-cadres selon les procédures formalisées existantes (appel d'offres, procédure négociée, dialogue compétitif, concours, acquisition dynamique).

Le règlement de la consultation qui a amené à l'acquisition de Web200T (article 1.2) précise que « *la présente consultation est soumise à l'article 28 du CMP* », ce qui sous-entend que l'ordonnateur a évalué le coût du marché à un montant inférieur à 200 000 € HT.

La DSI a estimé le coût du projet à 100 k€. Elle s'est basée sur le retour d'expérience des Hospices civils de Lyon (HCL), qui ont consacré 400 k€ à un projet équivalent. La comparaison du coût avec la solution précédemment utilisée n'était pas apparue pertinente, dans la mesure où le périmètre et les fonctionnalités étaient totalement différentes (pas d'aide au codage, ergonomie mal acceptée par les médecins, pas d'utilisation par le DIM,...).

L'évaluation ainsi faite du montant du marché, qui apparaît sincère, s'est révélée ainsi près de deux fois inférieure à l'offre la mieux disante (200 k€).

8.4.2- Une concentration de l'offre

Deux candidats seulement ont répondu à l'appel d'offres, les dernières années ayant été marquées par un phénomène de concentration du marché qui a pour conséquence un rapprochement des prix proposés, malgré des solutions et options techniques différentes. Il peut être constaté que les deux offres se situent à un niveau extrêmement proche.

Tableau n°62 - Offres remises par les 2 candidats

		Candidat A			Candidat B		
	Désignation	Nbre de jours	Total HT	Total TTC	Nbre de jours	Total HT	Total TTC
Logiciel			113 249	135 445		100 800	120 557
Prestations	Prestation d'intégration et connecteurs	19	29 281	35 019	Forfait	25 750	30 797
Prestations	Reprise de données, assistance démarrage,...	45	47 223	56 479	27	33 980	40 640
Formation		10	9 648	9 648	11	11 990	14 340
Maintenance			NC	NC		26 925	32 202
TOTAL AVEC MAINTENANCE		74	199 401	236 591	38	199 445	238 536

Source : rapport de présentation.

Annexe : Plus importants revenus tirés de l'activité libérale 2013.

Statut	Perception directe honoraires	- A - Nombre activité publique Source Actes GAM			- B - Nombre activité privée Source CPAM			Différentiel actes (A-B)			Activité privée : Source CPAM	Montant € actes privés déclarés annuel Source DAF	montant € SNIR (source assurance maladie) de la redevance reversée à l'etb Source DAF	Net pour le PH	contrat secteur 2 O/N
		CS	actes techn.	imagerie exploitation	CS	actes techn.	imagerie exploitation	CS	actes techn.	imagerie exploitation					
PUPH	O	30	692	5062	0	158	806	30	534	4256	374 055	372 658	149 063	223 595	N
PUPH	N	44	333	0	0	147	0	44	186	0	167 779	167 274	41 819	125 456	O
PUPH	O	3388	2054	88	0	142	9	3388	1912	79	160 176	160 176	42 289	117 887	N
PH	O	6	11	0	0	360	122	0	176	340	169 475	161 753	58 379	103 374	N
PH	N	94	239	1	0	138	0	94	101	1	127 301	129 617	32 404	97 213	O
PUPH	O	1286	322	16	470	85	0	816	237	16	89 536	105 182	23 319	81 863	N
PUPH	O	1088	1465	46	269	255	0	819	1210	46	112 168	104 800	24 304	80 496	N
MCUPH	O	176	422	24	469	157	0	575	265	24	86 713	95 424	20 839	74 585	N
PUPH	N	1665	786	0	1262	0	0	403	786	0	81 921	84 320	13 761	70 559	O
PH	N	1	120	535	0	75	190	1	45	345	109 356	110 683	59 143	51 540	N
PUPH	N	185	268	1992	0	81	1	185	187	1991	70 785	66 246	16 999	49 247	O
PUPH	N	2089	324	98	0	84	55	2089	240	43	41 072	47 224	16 205	31 020	O

Source : tableau commission de l'activité libérale 2013.