Chambre régionale
des comptes
Aquitaine,
Poitou-Charentes

Le président

Bordeaux, le 03/07/2014

RECOMMANDE AVEC A.R.

Monsieur le Directeur Général,

Le rapport d'observations sur la gestion du Centre Hospitalier Régional Universitaire de BORDEAUX, arrêté par la chambre régionale des comptes le 30 avril 2014, vous a été notifié le 22 mai 2014, ainsi qu'aux différents ordonnateurs qui se sont succédé.

En application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières, chacun en ce qui le concerne pouvait y apporter une réponse écrite dans le délai d'un mois suivant sa réception.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint un exemplaire du rapport d'observations auquel est jointe la réponse que vous avez adressée au greffe de la chambre le 27 mai 2014.

Un exemplaire de cette version définitive est par ailleurs adressé au préfet, au directeur départemental des finances publiques, ainsi qu'au président du conseil de surveillance de l'établissement. Celui-ci devra en assurer la communication à cette assemblée, conformément à l'article L. 243-5 du code des juridictions financières.

Veuillez agréer, Monsieur le Directeur Général**,** l'expression de ma considération distinguée.

Franc-Gilbert BANQUEY
conseiller maître
à la Cour des comptes

Monsieur le Directeur Général
du CHU de BORDEAUX
12 Rue Dubernat
33404 TALENCE Cedex

3, place des Grands-Hommes – CS 30059 – 33064 BORDEAUX CEDEX – Tél : 05 56 56 47 00 – Fax : 05 56 56 47 77
Mél : crca@aquitaine-pc.ccomptes.fr

SYNTHESE DES OBSERVATIONS

Le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux assure trois missions : les soins, l'enseignement et la recherche. Il a d'une part un rôle important d'hôpital de proximité puisque près de 75 % des patients sont originaires du territoire de santé dont 45 % de l'agglomération bordelaise, et d'autre part, il dispense des soins hautement spécialisés en tant qu'établissement de recours régional.
Sur le territoire régional, le CHU doit :

- répondre à sa mission d'expertise et de recours, sur tous les domaines hautement spécialisés notamment hépato gastro-entérologie, disciplines cardio-thoraciques, neurochirurgie, urologie ;
- entretenir des liens avec les centres hospitaliers de référence de la région et contribuer ainsi à la structuration de l'offre de soins sur leur zone d'attraction ;
- contribuer au développement des réseaux de santé à vocation régionale.

Pendant la période sous revue, la Chambre observe une stabilité de l'activité. Elle note une progression significative de l'ambulatoire au CHU de Bordeaux, qui illustre une restructuration en cours de l'établissement. La mutualisation et le regroupement de lits et d'activités dans une logique de filière peuvent être la source de gains structurels. La Chambre recommande la poursuite de la réflexion dans ce sens. Il devra dégager des moyens pour poursuivre ses restructurations en lien étroit avec l'ARS.

Le budget de l'hôpital avoisine le milliard d'euros dont 61 % sont consacrés aux dépenses de personnel. Si les résultats du budget principal s'améliorent sur la période sous revue, le déficit diminue de 9 585 000 en 2010 à 1 590 000 € en 2012, l'exercice 2013 pourrait marquer le retour d'un déséquilibre si l'on extrapole les résultats connus au 30 juin 2013.

Le CHU, dans cette période de financements contraints, dispose d'une marge de manœuvre financière dans la révision de l'accord RTT pour certaines catégories de personnels et dans la suppression de la demi-heure de repas sur le temps de travail pour l'ensemble des personnels. Compte tenu de l'importance de l'effectif, ces marges de manœuvre pourraient se révéler conséquentes même si bien sûr leur mise en œuvre pourrait être socialement délicate. Le barème d'avancement d'échelons s'il respectait strictement les textes pourrait permettre également de dégager une économie substantielle. Cependant, la véritable marge de manœuvre, susceptible d'offrir des ressources supplémentaires, et de dégager des économies, réside dans l'amélioration de la productivité. Les ajustements de postes doivent accompagner des réorganisations s'appuyant sur l'amplification de la concentration et de la mutualisation des moyens comme cela est en cours pour l'activité hépato-gastroentérologie et les activités médicotechniques. C'est probablement dans ces réorganisations des services de soins permettant d'obtenir des augmentations des taux d'occupation en réduisant les lits et en mutualisant le personnel que pourront être obtenus des gains structurels.

S'agissant du personnel médical, la commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS) a réalisé un important travail de réorganisation ayant contribué au plan d'amélioration des résultats. Le CHU a toujours du retard dans la mise en place généralisée des tableaux de service et dans le suivi du temps médical et ce plus de 10 ans après la publication des textes. L'absence de suivi du temps de travail médical peut être une source de gaspillage des moyens. La Chambre recommande la mise en place effective et générale des tableaux de service et d'un suivi du temps de travail des personnels médicaux.
Pendant la période sous revue, l'action de la commission de l'activité libérale (CAL) était en jachère. La commission ne s'est pas réunie comme le prévoit le code de la santé publique et n'a pas exercé les prérogatives qu'il lui attribue. La Chambre recommande de poursuivre la réorganisation en cours depuis septembre 2012 en s'appuyant sur le Directeur Général et le Président de la CME afin de redonner toute sa crédibilité à la CAL. La Chambre recommande également la mise en place d'outils pour garantir les droits des patients en matière d'information et de délais.

LES RECOMMANDATIONS DE LA CHAMBRE

Recommandations totalement mises en œuvre depuis le dernier contrôle (ROD du 29 avril 2010)

N°1 Etude des causes de l'absentéisme pour mieux le comprendre et mieux le prévenir ;

N°2 Etat des lieux et remise à plat du système de gardes et astreintes ;

Recommandations partiellement mises en œuvre depuis le précédent contrôle (ROD du 29 avril 2010)

N°3 Achever la mise en place effective et générale des tableaux de service des personnels médicaux et y mentionner l'activité libérale dans les tableaux de service ;

Recommandations mises en œuvre au cours du contrôle actuel

N°1 Mettre un terme aux situations où le CHU est utilisé par l'ARS pour financer un tiers ;

N°2 Remboursement du temps médical mis à disposition de praticiens dans le cadre des activités d'intérêt général ;

Recommandations à mettre en œuvre.

N°3 - Augmenter la productivité par l'optimisation des organisations des services de soins afin d'améliorer les taux d'occupation en réduisant les lits et en mutualisant les personnels ;

N°4 - Accorder une vigilance particulière aux provisions pour les comptes épargne temps (CET) afin de garantir la couverture de ce risque qui devra être validé dans le cadre de la certification des comptes ;

N°5 - Développer les outils du contrôle interne en relation avec la maitrise des risques ;

N°6 - Développer les outils d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) et évaluer la réorganisation de la DRH ;

N°7 - Réviser l'accord RTT ;

N°8 - Réviser le barème local d'avancement d'échelon dans le strict respect des textes ;

N°9 - Poursuivre le travail entrepris en matière d'optimisation de l'indemnisation de la permanence des soins ;

N°10 - Achever la réorganisation du contrôle de l'activité libérale et établir et annexer un tableau de programmation concomitamment à la signature des contrats d'activité libérale

N°11 - Mettre en place pour l'activité libérale des outils pour garantir les droits des patients en matière d'information et de délais.

CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
D'AQUITAINE, POITOU-CHARENTES

RAPPORT D'OBSERVATIONS PROVISOIRES SUR LA GESTION DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX

L'engagement d'un examen de gestion conformément aux termes de l'article R. 241-2 du code des juridictions financières a été notifié à M. Vigouroux Philippe, ordonnateur en fonction, et au président du conseil de surveillance, M. Juppé Alain, maire de Bordeaux, par courrier du 13 mai 2013.

M. Heriaud Alain, en fonction jusqu'au 31 janvier 2013, a été informé de l'ouverture du contrôle par lettre du 13 mai 2013.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, l'entretien préalable a eu lieu le jeudi 21 novembre 2013 avec M. Vigouroux Philippe, Directeur en fonction et le 22 novembre 2013 avec M. Heriaud Alain.

La gestion a été examinée à compter de l'exercice 2008. A la suite de son délibéré du 10 décembre 2013, la Chambre a arrêté des observations provisoires qui portent sur les points suivants :

- les suites réservées au précédent rapport d'observations définitives ;
- la présentation et la place du centre hospitalier dans son environnement ;
- la situation financière et les dépenses de personnel ;
- la gestion des compétences médicales et non médicales et l'identification de marges de manœuvre.

Ce rapport a été établi dans le cadre de l'enquête de la Formation inter juridictionnelle « personnels médicaux et non médicaux des hôpitaux » destinée notamment à examiner les contraintes et les éventuelles marges de manœuvre en matière de dépense de personnel.

1 – Les suites réservées au précédent rapport d'observations définitives

La Chambre considère que ses recommandations ont été suivies d'effets en ce qui concerne l'absentéisme, l'affectation d'un logement aux cadres de direction relevant du corps statutaire des directeurs et la remise à plat de son système de gardes et astreintes.

Elle constate que ses recommandations ont été partiellement suivies d'effet en ce qui concerne l'affectation d'un logement de fonction à une catégorie de cadres ne relevant pas du corps statutaire des directeurs d'hôpital et la généralisation des tableaux mensuels de service destinés au contrôle du temps de travail des médecins.

2 – Présentation et place du centre hospitalier universitaire

2.1 – La place du CHU dans le dispositif sanitaire

La Loi lui confie trois missions : les soins, l'enseignement et la recherche. Il assure d'une part un rôle de proximité en proposant des soins qui recouvrent toutes les disciplines médicales et odontologiques à la population de l'agglomération bordelaise, et d'autre part, dispense des soins hautement spécialisés comme établissement de recours.

L'établissement contribue à la formation universitaire et postuniversitaire des professionnels de santé. A ce titre, une convention a été conclue avec l'Université Bordeaux Segalen. Par ailleurs, il dispose de 14 instituts de formation et écoles pour l'ensemble des professions paramédicales : cadres de santé, infirmiers, et infirmiers spécialisés, aides-soignants et auxiliaires de puériculture, masseurs-kinésithérapeutes, manipulateurs en électroradiologie, préparateurs en pharmacie, ergothérapeutes, pédicures-podologues et sages-femmes. Le CHU participe également à la recherche médicale.

Le CHU s'inscrit dans l'organisation sanitaire régionale fondée sur une gradation des soins allant du niveau de proximité (Bordeaux et sa communauté urbaine), à celui de référence pour la région Aquitaine avec un important rôle d'expertise, en passant par le niveau de recours concernant globalement le département de la Gironde.

Le CHU est le seul établissement public de santé de Bordeaux et des agglomérations qui composent la communauté urbaine de Bordeaux. Il assure une mission de soins de proximité pour une population qui représente une bonne part de la population de la Gironde (urgences, cancérologie, psychiatrie, soins palliatifs, personnes âgées, réseaux diabète, réseau bronchiolite…). Le CHU exerce ses activités dans un contexte fortement concurrentiel sur la communauté urbaine de Bordeaux particulièrement dans les disciplines chirurgicales et cardiologiques.

Dans le domaine de l'urgence, le CHU joue un rôle essentiel au sein du territoire de santé de proximité.

Sur le territoire régional, le CHU doit :

- répondre à sa mission d'expertise et de recours, sur tous les domaines hautement spécialisés notamment hépato gastro-entérologie, disciplines cardio-thoraciques, neurochirurgie, urologie ;
- entretenir des liens avec les centres hospitaliers de référence de la région, et contribuer ainsi à la structuration de l'offre de soins sur leur zone d'attraction ;
- contribuer au développement des réseaux de santé à vocation régionale.

Son activité s'inscrit également d'une part dans des coopérations inter régionales avec les CH des régions voisines (par exemple la forte proportion de patients du CHU issus de la région Poitou-Charentes) et d'autre part, les relations inter CHU, dans le domaine de la recherche.

Le CHU a développé de longue date une activité internationale fondée sur un partenariat avec l'Université Victor Segalen Bordeaux 2.

2.2 – L'organisation du CHU

Le CHU dispose d'une capacité de 2 981 lits et 239 places se répartissant en :

- Médecine : 1573 ;
- Chirurgie : 979 ;
- Gynécologie : 174 ;
- Psychiatrie : 15 ;
- Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) : 126 ;
- Unité de Soins Longue Durée (USLD) : 120 ;
- Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) : 190 ;
- Urgences : 43.

Le CHU est organisé en pôles conformément à l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. Cette organisation promeut l'application du principe de subsidiarité en s'adaptant au financement à la T2A. Elle implique la contractualisation interne. Ces pôles ont pour mission d'organiser, de coordonner et de réguler les activités médicales de soins, de formation et de recherche. Les regroupements en pôles des services, des départements ou des fédérations existants, constituent des unités de gestion médico-économiques dont le périmètre peut changer, en fonction des évolutions structurelles et des projets de l'établissement.

Chaque pôle a été défini en fonction de trois critères :

- le regroupement des services autour d'une logique d'activités cliniques (pôles de site) et/ou de prestation (pôles transversaux) ;
- la nature de sa production ;
- le nombre de professionnels qui y sont rattachés, entre 300 et 600 équivalents temps plein.

Les pôles contractualisent et gèrent les moyens pour assurer les missions identifiées dans leur projet. Le pôle est organisé selon un règlement intérieur approuvé par les instances de l'établissement. Ce mode de gestion associe une coresponsabilité : le corps médical et la direction de l'établissement.
Le règlement intérieur prévoit notamment que les pôles hospitalo-universitaires d'activités cliniques ou médico-techniques sont placés sous l'autorité d'un PU-PH, d'un MCU-PH ou d'un PH temps plein ou temps partiel titulaire mais pas nécessairement un médecin, nommé en qualité de chef de pôle pour une durée de quatre ans renouvelable. Tout chef de pôle est nommé par le directeur général sur présentation d'une liste établie par le président de la commission médicale d'établissement, conjointement avec le directeur de l'UFR des sciences médicales. Chacun des chefs de pôle hospitalo-universitaire est assisté par un directeur référent, un cadre de santé et un assistant de gestion nommés par le directeur général

L'établissement est découpé en trois groupes hospitaliers rassemblant les pôles d'activité :

- le groupe hospitalier Pellegrin comportant les pôles : chirurgie, spécialités chirurgicales, neurosciences cliniques, gynéco-obstétrique, pédiatrie, urgences adultes SAMU – SMUR, médecine et médico-judiciaire et disposant d'une capacité d'hospitalisation de 1 363 lits et 124 places ;
- le groupe hospitalier Sud rassemblant les pôles : cardio-thoracique, gérontologie clinique, hépato-gastro-entérologie, diabétologie, nutrition et endocrinologie et médecine le tout disposant d'une capacité d'hospitalisation de 401 lits et 54 places ;
- le groupe hospitalier Saint André regroupant : le pôle aquitain de l'adolescent, les pôles médecine urgences, oncologie-radiothérapie, dermatologie et soins palliatifs et disposant d'une capacité d'hospitalisation de 1217 lits et 61 places.

Il existe également des pôles transversaux en anesthésie réanimation, biologie et anatomo-cytopathologie, imagerie médicale, odontologie et santé buccale, produits de santé et santé publique.

Selon la direction, *« l'organisation semestrielle des dialogues de gestion permet un réel échange structuré entre les directions fonctionnelles ayant délégué une partie de leurs prérogatives et les pôles bénéficiaires. Les projets, les modifications de structure ainsi que les restructurations y sont présentés et argumentés dans le respect des normes et/ou des effectifs constitués historiquement sur la base de l'ancien Tableau des Emplois et sur la base de l'analyse des Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée (SIIPS)*[1]*. »*

Lors de ces séquences de travail, les moyens en ressources humaines des pôles ou services sont étudiés ce qui permet d'éclairer l'arbitrage sur les effectifs (création de postes ou redéploiement des personnels) dans la limite des contraintes réglementaires. Des mutualisations intra ou extra pôle sont favorisées, ce qui a été le cas lors de la création d'une unité post urgences médico-chirurgicale au sein du pôle Pédiatrie avec mutualisation d'effectifs couvrant les pics d'activité hivernaux et estivaux.

Une politique d'intéressement collectif est mise en œuvre à l'échelle du pôle.

2.3 – L'activité hospitalière et la productivité

2.3.1 – L'activité hospitalière

L'activité du CHU entre 2011 et 2012 est stable. Cependant, *sur une période plus longue, c'est-à-dire depuis 2009, on constate une évolution de +5% des séjours (RSA) totaux, la progression repose majoritairement sur les séjours ambulatoires. »* Elle représentait 239 397 séjours en 2012 soit -0,2% par rapport à 2011.

La valorisation des séjours transmis s'élevait en 2012 à 525 450 310€ (base de remboursement), soit une progression de 17,2M€ (+3,4%) par rapport à 2011, résultant principalement d'une amélioration du codage.

La répartition de l'activité par site hospitalier valorisée reste stable en 2012, le groupe hospitalier Pellegrin représente 51 % de la valorisation, le groupe hospitalier Sud 34 % et le groupe hospitalier Saint-André 15 %.

Les consultations externes se sont élevées à 483 118 en 2012. En 2008, 441 165 avaient été comptabilisées, en 2009, 457 773, en 2010 465 374 et en 2011, 482 510. Si les consultations externes se stabilisent en volume, elles continuent de progresser en valeur du fait d'une politique d'amélioration de la qualité du codage et de l'enregistrement. Pour illustrer *l'évolution positive de l'activité externe, la valorisation totale permet d'établir une comparaison robuste. En base remboursement, de 2010 à 2012, le montant des actes et consultations externes (actes NGAP, actes CCAM, ATU et forfaits techniques) évolue comme suit. »*

[1] Les SIIPS représentent un ensemble d'outils statistiques et une méthode d'évaluation et de gestion de l'activité de dispensation des soins infirmiers. La méthode des SIIPS permet d'élaborer une mesure tant qualitative que quantitative, reproductible selon des paramètres courants, de la charge en soins d'une personne soignée durant une période donnée. Le résultat de cet audit est exprimé sous forme d'un indicateur en soins infirmiers, dont l'analyse permet de mesurer qualitativement et/ou quantitativement un changement dans une situation de soins infirmiers. Ils n'évaluent pas l'ensemble de l'activité du professionnel de santé.

2010	2011	2012	Evolution 2010-2012	Evolution 2011-2012
34 780 008€	39 039 205€	42 063 213€	21%	8%

Source CHU

En 2012, les urgences ont enregistré 115 472 passages, 41% donnant lieu à une hospitalisation.. Le tableau ci-dessous opère la répartition par site et fait apparaître les évolutions.

évolution de la répartition des urgences par site en nombre de passages	2011	2012	écart en %
Urgences "Saint-André"	20 623	19 299	-6,4 %
Urgences "adulte Pellegrin"	53 675	54 131	0,8 %
Urgences "pédiatrique Pellegrin"	37 742	36 948 -	2,1 %
Urgences "cardiologique Groupe Sud"	5 148	5 094	-1,0 %
Total CHU	117 188	115 472	-1,5 %

Source rapport de gestion du CHU

Le nombre de greffes réalisées s'est élevé en 2012 à 655, soit 69 greffes supplémentaires (+ 11,7 %). Cette augmentation est concentrée sur les greffes de cornées (+ 47), ainsi que sur les greffes hépatiques (+ 14). Les prélèvements enregistrés ont été au nombre de 290, en recul de 11,3 %.

Le nombre d'interventions dans les 70 salles des blocs opératoires s'est élevé en 2012 à 59 454 soit 248 interventions par jour ouvrable. La complexité d'une intervention mesurée à partir de l'indice « ICR » moyen progresse légèrement.

Le CHU assure un rôle important d'hôpital de proximité puisque près de 74 % des patients sont originaires du territoire de santé dont 44 % de la CUB.

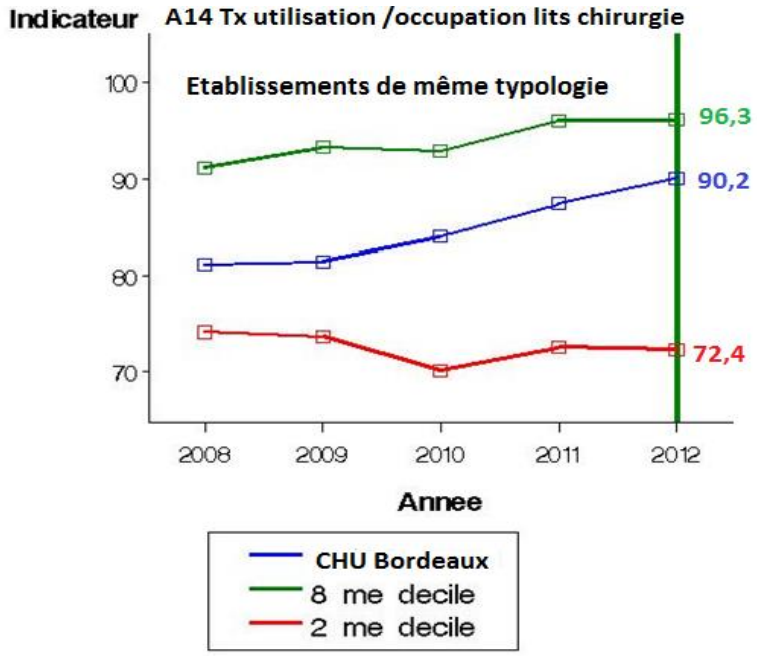
2.3.2 – La productivité

Les données d'activité fondées sur le PMSI et les indicateurs Hospidiag permettent une approche documentée et offrent des possibilités de comparaison.

Indicateurs	2009	2010	2011	2012	Données au 30/6/2013
Nombre de RSA de médecine (HC)	70 205	71 023	70 490	70 688	36 298
Nombre de RSA de chirurgie (HC)	29 244	28 862	29 812	29 629	14 990
Nombre de RSA d'obstétrique (HC)	5 495	5 820	5 899	6 154	2 926
Nombre de RSA de médecine (ambulatoire)	55 290	58 504	62 998	59 893	31 582
Nombre de RSA de chirurgie (ambulatoire)	8 831	9 292	10 264	10 744	6 128
Nombre de RSA d'obstétrique (ambulatoire)	2 074	1 978	2 766	2 520	1 271
Sous total RSA	171 139	175 479	182 229	179 628	93 195
Nombre de séances de chimiothérapie	10 589	12 838	13 694	13 924	7 649
Nombre de séances de radiothérapie	18 457	20 176	20 602	20 244	10 301
Nombre de séances d'hémodialyse	15 446	15 360	14 666	15 091	7 927
Nombre d'accouchements	4 457	4 802	4 847	5 041	2 418
Nombre d'actes chirurgicaux	34 778	34 159	36 532	32 522	17 256
Nombre d'actes d'endoscopies	11 563	11 409	11 952	10 682	5 517
A13 : Taux d'utilisation / occupation des lits en médecine	81,4	79,5	77,3	76.8	77,5
A14 : Taux d'utilisation / occupation des lits en chirurgie	81,5	84,1	87,5	90.2	92,0
A15 : Taux d'utilisation / occupation des lits en obstétrique	54,2	58,2	66,8	64.7	63,5

Source hospidiag et CHU

Les indicateurs font apparaitre une *activité stable en hospitalisation complète, avec toutefois une augmentation en obstétrique. On note une progression significative de l'ambulatoire au CHU de Bordeaux, qui illustre une restructuration en cours de l'établissement.*
La progression du total des séjours (ambulatoire et hospitalisation complète) est de 5% entre 2009 et 2012. Le taux d'utilisation/occupation des lits de chirurgie a progressé entre 2009 et 2012, reflet d'une restructuration engagée avec la suppression de 129 lits entre 2009 et 2012 soit 4% du parc, essentiellement en chirurgie, grâce au développement de la chirurgie ambulatoire.
La comparaison des données Hospidiag pour des établissements de même typologie montre que le taux d'utilisation des lits du CHU tend à se rapprocher en 2012, de la moyenne des établissements les plus performants comme l'indique le graphique ci-dessous.



Cette évolution est corrélée avec l'amélioration de l'indicateur de performance de la durée moyenne de séjour (IPDMS) qui diminue depuis 2009 mais qui reste encore supérieur à 1 (1,134 en 2009 à 1,087 en 2012). Le directeur a indiqué que l'effort va se poursuivre et le redimensionnement capacitaire engagé va conduire dès le premier trimestre 2014 à fermer une unité supplémentaire de chirurgie de 18 lits.

Pour les lits de médecine, si le taux d'utilisation fléchit dans un contexte de journées lits exploitables stables et de baisse des journées liées à des séjours d'hospitalisation complète, l'IPDMS reste performant inférieur à 1 (0,992 en 2012), ce qui signifie que le nombre de lits a peu bougé en médecine et que la baisse de séjours s'est accompagnée d'une baisse de la durée moyenne de séjour. Selon le directeur, la réalisation de séjours de 0 nuit notamment dans des structures d'hôpital de semaine peut expliquer ce fléchissement. C'est la raison pour laquelle la direction du CHU a décidé de s'engager à partir de 2013 dans une transformation des hôpitaux de semaine en hôpital de jour.

En accord avec les orientations du Projet Régional de Santé, du projet d'établissement 2011/2015 et de son CPOM 2012/2017, le CHU s'est engagé dans le regroupement physique du pôle hépato gastroentérologie au sein d'un même bâtiment sur le site hospitalier sud (hôpital du Haut-Lévêque). Ce projet prévoit l'intégration sur un même étage des services d'hospitalisation d'hépato-gastroentérologie et de chirurgie digestive, la mutualisation des plateaux techniques (blocs opératoires et salle d'endoscopie) et des unités d'anesthésie réanimation, le renforcement des liens fonctionnels avec l'imagerie et la radiothérapie. Il a vocation à répondre à une politique de regroupement géographique et fonctionnel afin de renforcer la position de référence et de recours régional du CHU dans cette discipline. Le CHU recherche dans la mutualisation des moyens humains et des équipements des gains d'efficience et une amélioration de la productivité et des économies d'échelles par le regroupement sur un seul site. C'est un projet immobilier significatif de 70,18 M d'euros dont 58,88 M dans le cadre du plan hôpital 2012, ce qui induit des charges d'investissement et d'exploitation importantes. L'équilibre prévisionnel de ce projet repose sur les éléments suivants :

- un accroissement d'activité maximisé par les synergies qui découleront du regroupement physique ;
- des charges d'exploitation optimisées dans le cadre du nouveau bâtiment ;
- un regroupement conforme à la politique de dimensionnement capacitaire ;

- une organisations du travail repensée ;
- une permanence des soins au coût minoré.

A l'issue de la mise en œuvre de ce regroupement de moyens, il conviendra d'évaluer la réalité des gains attendus qui devraient être générés par des économies mais également par des recettes nouvelles.

L'établissement a engagé une réflexion dans le domaine de la biologie et de la pharmacie. Il mène également des études sur les performances de ses blocs opératoires.

La mutualisation et le regroupement de lits et d'activité dans une logique de filière peuvent être la source de gains structurels. L'activité de la chirurgie ambulatoire n'a pas encore achevé sa restructuration et l'établissement doit s'attacher à rechercher tous les financements possibles pour garantir l'aboutissement du développement de cette activité essentielle pour l'avenir du CHU.
La direction a indiqué que le CHU *s'est de longue date engagé dans une démarche de structuration de l'ambulatoire et entend la poursuivre, notamment pour atteindre les objectifs d'activité de chirurgie ambulatoire de l'annexe 4 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM). Une mission transversale a été mandatée par le directoire sur l'ambulatoire et celui-ci a validé ses objectifs en avril 2013 : réorganiser les activités pour que l'ambulatoire se déroule dans des lieux dédiés à l'ambulatoire et avec les effectifs adéquat et développer l'activité ambulatoire, tout en garantissant le niveau de qualité et de sécurité des soins. Le pilotage de cette mission est assuré par un médecin anesthésiste chef de pôle très impliqué dans le déploiement de la chirurgie ambulatoire et le directeur de la qualité et de la performance. Les outils élaborés par l'ANAP servent d'appui aux groupes de travail constitués sur la chirurgie ambulatoire pour les aider dans la mise en œuvre des actions. En février 2014, un séminaire sur la chirurgie ambulatoire est organisé par le CHU sur les relations ville-hôpital, à destination des professionnels du CHU et de ses partenaires. »*

Une meilleure adéquation de l'évolution du personnel médical et non médical à l'activité peur être recherchée dans les réorganisations et les mutualisations. Les gains de productivité, qui résulteraient des réorganisations, constituent probablement la marge de manœuvre financière essentielle pour l'établissement.

La Chambre recommande la poursuite de la réflexion dans ce sens. Il devra dégager des moyens pour poursuivre ses restructurations en lien étroit avec l'ARS.

La restructuration de l'établissement dont certaines opérations sont déjà engagées impose une réflexion stratégique sur l'organisation générale du CHU et tout particulièrement sur l'avenir de l'hôpital Saint-André.

2.4 – Les orientations stratégiques

L'établissement dispose d'orientations stratégiques définies dans un projet d'établissement et arrêtées dans un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

2.4.1 – Le projet d'établissement

Le projet d'établissement est l'acte politique majeur d'un Centre Hospitalier. Il constitue la base et le fondement de toute prévision d'adaptation des moyens. Il a été établi pour les périodes 2006-2010 et 2011-2015.

Le projet d'établissement 2011 - 2015 a constitué la base de négociation avec l'ARS du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il constitue également le fondement des projets de pôles et des contrats de pôles.

2.4.2 – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens défini aux articles L.6114-1 à L.6114-4 et R.6114-1 à R.6114-14 du Code de la Santé Publique permet aux établissements de santé et à l'ARS de prioriser conjointement des orientations stratégiques, lesquelles doivent être conformes aux orientations du plan stratégique régional de santé (PSRS) et tenir compte du projet médical de territoire. C'est un document évolutif. Ses éléments constitutifs peuvent être complétés. Il peut faire l'objet d'annexes. Le contrat est révisable par avenant pour traduire les évolutions et transformations de l'établissement et/ou du PSRS. Chaque établissement de santé conclut un seul contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens pour l'ensemble de ses activités. Le contrat porte notamment sur les autorisations et reconnaissances d'activités, les coopérations et les missions d'intérêt général.

Les orientations stratégiques définies dans un projet d'établissement ont été arrêtées dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé le 17 octobre 2012. Le CHU de Bordeaux dispose ainsi d'orientations stratégiques. Il a cinq années pour engager leur réalisation. L'ARS Aquitaine doit en assurer un suivi régulier dans le cadre des revues de contrats programmées à l'automne 2014 puis en 2016.

3 – La situation financière et les dépenses de personnel

Le budget du CHU avoisine le milliard d'euros dont 61 % sont consacrés aux dépenses de personnel. La situation financière a été examinée essentiellement sous l'angle des dépenses de personnel.

3.1 – La fiabilité des comptes, les principes comptables et les provisions pour les comptes épargnes temps (CET)

Toutes les primes sont rattachées au bon exercice. L'établissement est à jour de toutes ses obligations, notamment fiscales et n'a pas rencontré pendant la période sous revue de difficultés pour payer ses charges sociales.

Les montants de provisions doivent correspondre aux dépenses futures relatives au CET existant au 31 décembre. S'agissant de la constitution de cette provision, le directeur a indiqué : « *Dans le cadre de la certification des comptes, les jours épargnés au titre des CET sont provisionnés au réel pour la totalité des agents. Cette mise en provision s'effectue une fois par an pour les personnels médicaux et non médicaux.* » Le CHU privilégie le coût réel afin de valoriser le flux constaté entre le solde des CET au 31/12/n-1 et le 31/12/n. La valorisation est effectué au coût moyen du CHU toutes charges comprises afin d'obtenir un coût moyen journalier.

Les paiements effectués en 2008 pour les CET se sont élevés à 259 053,00 € pour le personnel non médical et à 3 434 250,00 € pour le personnel médical.

Les provisions règlementées du compte 143 comptes épargne temps (CET) s'élèvent à :

PNM	2 092 221,50 €
PM	3 159 330,00 €
Allocations antérieures indifférenciées ayant permis de constituer une provision et pouvant être utilisées au titre du personnel médical ou non médical	3 475 094,02 €
Total	8 726 645,52 €

Source Comptes financiers et DRH

Selon les réponses de la direction fondées sur le bilan social du CHU, le taux de couverture pour l'exercice 2011 était de 72,8% pour le personnel non médical (PNM) et de 10,6% pour le personnel médical (PM). Même si ces constats n'intègrent pas le montant de la provision « indifférenciée », la garantie de la couverture du risque n'est pas avérée. La direction n'a pas été en mesure de fournir les données concernant le taux de couverture des CET au 31 décembre 2012. Selon elle, *« elles ne sont pas disponibles compte tenu des contraintes imposées par les décrets du 6 et 27 décembre 2012, imposant de nouvelles dispositions de gestion des CET (réponse des intéressés sur le CET historique au plus tard le 1e juin 2013 et sur l'alimentation du CET pérenne au plus tard le 31 mars 2013).* » En outre, la direction a précisé que *« la provision pour CET indifférencié de 3 475 094,02 € à fin 2012 fera l'objet d'un retraitement conformément aux travaux menés dans le cadre de la certification des comptes en 2013.* » Au vu du taux de couverture des CET constaté à la clôture de l'exercice 2011 et en prenant en compte les indications de la direction, il n'apparaît aucune certitude quant à la garantie effective du risque par la provision constituée.

Selon la direction, les provisions PNM, PM et indifférenciées devraient couvrir les montants futurs prévisionnels liés au CET. Ce point doit faire l'objet d'une vigilance particulière afin de garantir la couverture de ce risque qui devra être validée dans le cadre de la certification des comptes.

3.2 – Le CHU intermédiaire pour l'attribution de crédits à des tiers

Le CHU a servi d'intermédiaire pour l'attribution de crédits à des structures ayant vocation à être pris en charge par le Fonds d'intervention régional (FIR). L'ARS notifiait des crédits au CHU, à charge pour ce dernier de reverser les fonds à la structure tiers concernée. Ces pratiques étaient contestables d'un point de vue comptable mais également au regard de la création en 2012 du Fonds d'intervention régional (FIR).

Le tableau suivant détaille ces attributions de crédits pour des tiers.

Tiers concernés	Enveloppe	Dotation 2011	Dotation 2012	Dotation 2013	Commentaire
Maison des adolescents	MIG		154 000	-154 000	Dotation MIG allouée en notification n°4 2012, modifiée par les notifications n°1 2013 et FIR (02/08/2013)
	FIR			154 000	
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA)	AC	650 000	583 272	0	Dotation AC en base, modifiée en notification n°1 2012, puis allouée en FIR (02/08/2013)
	FIR			583 272	
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) : Registre cardio-vasculaire	AC	180 000	180 000	0	Dotation AC en base, puis allouée en FIR (02/08/2013)
	FIR			180 000	
Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine (CCECQA) : Transfert de Dax vers le CHU pour éducation thérapeutique	AC	36 728	36 728	0	
	FIR			36 728	
Groupe d'aide psychologique et social (GAPS)	AC				Dotation allouée en FIR (02/08/2013) : Allocation des montants 2012 et 2013 (106 022€) et augmentation de 55 908€ pour intégration réseau VIH
	FIR			268 136	
Consultation transculturelle	AC	70 000	70 000	0	Dotation AC en base, puis allouée en FIR (02/08/2013)
	FIR			70 000	

Source notifications budgétaires et CHU

La Chambre constate que le CHU a versé à ces structures extérieures, les fonds alloués et fléchés par l'ARS, pour la dernière fois en 2013. A compter de l'exercice 2014, l'ARS verse directement les dotations via le Fonds d'intervention régional à la Maison des adolescents, au Comité de Coordination de l'Evaluation Clinique et de la Qualité en Aquitaine et au Groupe d'aide psychologique et social.

3.3 – Analyse financière

3.3.1 – l'évolution des recettes

Sur la période de 2010 à 2012, les recettes de l'ensemble de l'établissement ont augmenté de 6,13%. Les produits du titre 3 « Autres produits », sans les titres réémis (C/7721) et les produits sur exercice antérieur (C/7728) ont connu la plus forte progression (+21,27%) alors que ceux de l'assurance maladie qui représentent plus de 78 % du montant total des recettes connaissaient une progression moindre de 3,83%. Ceci s'explique par la stabilité de l'activité. En effet, le nombre de séjours MCO a augmenté de 3,08% sur la période 2010-2012, soit une moyenne annuelle de 1,03 %.

Les produits de la tarification des séjours (c/73111) constituent la principale ressource d'exploitation. Ceux-ci augmentent de 5,56% sur la période et représentent 63,65% du montant des produits du titre 1 en 2012, soit 49,48% du montant total des produits 2012.Les dotations au titre des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) qui constituent le deuxième poste de recettes (20,87% du titre 1 en 2012, soit 16,3% du total des produits 2012) connaissent une diminution de 18,841 K€ en 2012 consécutive au transfert d'une partie de ces produits au titre 3 (compte 7471 Fonds d'intervention régional (FIR)). Pour la même période celui-ci progresse de 9,619 M€. On constate en conséquence une baisse des MIGAC de 9,2 M€.

Les produits du titre 2 sont constitués principalement des produits de la tarification en hospitalisation complète (41% en 2012) et des produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers (21,33% en 2012). Les produits de la tarification (hospitalisation complète) après une baisse en 2011 de 7,74% ont presque retrouvé en 2012 le niveau de 2010. Le produit des prestations de soins délivrées aux patients étrangers augmentent eux de 27,19%. Ces prestations portent d'une part sur l'urgence et d'autre part sur de l'activité programmée comme les greffes par exemple. Les patients étrangers qui arrivent au CHU, hors de tout contexte d'urgence vitale, doivent s'acquitter d'une provision qui gagera l'ensemble des soins qui leur seront dispensés. Sur ce fondement, il y a eu une amélioration de la chaîne de facturation et des encaissements dans le second segment des prestations délivrées aux étrangers. Il faut noter que les recettes issues de la prise en charge de patients étrangers au titre de l'urgence vitale se sont accrues en 2013 de plus d'un million d'euros et de 304 000 € au titre de l'aide médicale aux étrangers (AME).

Les produits du titre 3 augmentent de près de 20% sur la période. Cela s'explique en partie par la forte progression du poste « Subventions d'exploitation et participations » (chapitre 74) qui intègre à compter de 2012 les crédits alloués dans le cadre du Fonds d'intervention régional (c/7471) pour un montant de 9 619 241,75 €. Hors FIR, le titre 3 augmente de 12% par rapport à 2010.

3.3.2 – l'évolution des charges

Les dépenses (titre 1 à 4) progressent de 5,22% sur la période 2010-2012. Les charges à caractère médical augmentent de 9,64% alors que les dépenses du titre 4 « Amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles » diminuent de 4,23%. Les charges de personnel progressent de 5,16% et représentent 61,43% du total des dépenses.

Les dépenses de personnel sont les suivantes :

Budget général	2010	2011	2012	2010/2012	2011/2012
Personnel non médical					
641-Rémunérations du personnel non médical	288 950 298,57	295 626 660,59	301 744 933,29	4,43%	2,07%
dont 6411-titulaire et stagiaire	249 738 481,85	253 365 240,84	258 768 569,70	3,62%	2,13%
dont 6413-personnel CDI	23 583 178,29	24 982 340,79	26 521 257,68	3,67%	6,16%
dont 6415-personnel CDD	15 776 422,10	17 456 238,20	16 747 674,62	6,16%	-4,06%
dont 6417-Autre personnel	8 384,39		2 398,28	-71,40%	
6451-Charges de sécurité sociale et de prévoyance	107 454 448,94	109 740 318,25	112 125 852,49	4,35%	2,17%
6471-Autres charges sociales	5 686 095,18	5 887 751,51	6 132 474,35	7,85%	4,16%
62114-Personnel paramédical	34 325,35	57 549,99	233,81	-99,32%	-99,59%
TOTAL PERSONNEL NON MEDICAL	402 125 168,04	411 312 280,34	420 003 493,94	4,45%	2,11%
Personnel médical					
642-Rémunérations du personnel médical	94 041 598,11	96 871 576,69	99 814 461,48	6,14%	3,04%
dont 6421-Praticiens hospitaliers	38 300 145,80	40 108 234,61	41 310 197,59	7,86%	3,00%
dont 6422-Praticiens attachés	3 443 056,65	3 376 520,14	3 167 351,48	-8,01%	-6,19%
dont 6423/6424 Autres praticiens (contrat, internes)	38 353 279,96	39 389 479,00	42 252 710,18	10,17%	7,27%
dont 6425-Permanence des soins	9 142 138,64	9 073 204,52	9 051 393,79	-0,99%	-0,24%
6452-Charges de sécurité sociale et de prévoyance	25 009 430,91	25 999 214,68	27 089 119,66	8,32%	4,19%
6472-Autres charges sociales	157 740,55	268 489,17	232 646,31	47,49%	-13,35%
TOTAL PERSONNEL MEDICAL	119 208 769,57	123 139 280,54	127 136 227,45	6,65%	3,25%
TOTAL PNM ET PM	521 333 937,61	534 451 560,88	547 139 721,39	4,95%	2,37%
Nbre de séjours MCO	232 235	239 898	239 397	3,08%	-0,21%

Source Comptes financiers du budget H

La progression de la masse salariale médicale s'explique par un effet volume, les effectifs sont en augmentation de 3,60 % sur 2010-2012. En revanche, concernant le personnel non médical, l'évolution de la masse salariale traduit principalement un effet prix (salaires). Les effectifs en ETP ont progressé de 1,77% (+0,88% en 2011, +0,87% en 2012) entre 2010 et 2012 (budget principal H) mais la masse salariale a augmenté à un rythme plus élevé (+4,45%) entre 2010 et 2012, du fait de la poursuite des revalorisations de certains corps, de la mise en œuvre du protocole relatif à la résorption de l'emploi précaire (+ 0,42 %) de l'impact du GVT évalué à + 0,40 % pour le PNM et à + 0,80% pour le PM et du financement de la formation médicale et du développement professionnel continu (+ 0,14 %.)

3.4 – l'évolution des résultats d'exploitation

Ils évoluent comme suit de 2010 à 2012.

RESULTAT CONSOLIDES DE FONCTIONNEMENT			
Budget	2010	2011	2012
Budget principal H	-9 585 496,32	-6 747 242,26	-1 590 090,09
Budget annexe E1 - long séjour	-834 020,83	-635 161,55	-545 938,47
Budget annexe E2 - maison de retraite	-54 368,53	-101 502,31	-280 965,31
Budget annexe C - écoles paramédicales	48 280,83	-148 555,03	-181 771,02
Budget annexe B - USLD	533 235,49	284 842,00	362 298,16
Budget annexe P - CAMSP	8 083,32	48 787,16	65 982,41
Budget annexe A - DNA	-76 877,90	-89 025,81	-40 919,33
RESULTATS CUMULES	-9 961 163,94	-7 387 857,80	-2 211 403,65

Source : comptes financiers et direction de l'établissement

Les résultats du budget principal H s'améliorent sur la période sous revue, le déficit diminue de 9 585 K€ en 2010 à 1 590 K€ en 2012, ce qui représente 0,58 jours de fonctionnement. Les budgets annexes connaissent des résultats déficitaires sauf les budgets annexes B « USLD », P « CAMSP ». Le budget annexe C « Ecoles paramédicales » est excédentaire uniquement en 2010.

La dotation non affectée a comme objet la gestion d'immeubles et celle d'un brevet hémangiome[2] sur lequel le CHU fonde des espoirs financiers importants. Sur les trois dernières années, la DNA est en déficit même s'il s'est réduit de près de la moitié sur la période. Le Directeur général de l'ARS ayant autorisé la poursuite de l'activité, un plan d'optimisation patrimoniale a été engagé afin de mettre en valeur certains logements vacants du CHU, pour mieux les exploiter et en tirer davantage de recettes locatives. Ce plan permet essentiellement d'attendre l'entrée dans sa phase de commercialisation du brevet de l'hémangiome, qui devrait entraîner selon la direction dès 2015 des recettes proches de 4 millions d'euros.

[2] Aquitaine Science Transfert® accompagne l'équipe de dermatologie pédiatrique du CHU dans l'étude de brevetabilité et le dépôt. Après l'évaluation de la faisabilité pharmaceutique suivie d'une phase de négociation, une licence exclusive et mondiale est signée en 2008 avec Pierre Fabre Dermatologie pour développer, produire et mettre sur le marché la forme pédiatrique. Le brevet est aujourd'hui délivré en Europe, aux USA et dans neuf autres pays.

3.5 – Le plan d'amélioration des résultats et la situation de l'exercice 2013

3.5.1 – Le plan d'amélioration des résultats

Le Plan d'Amélioration des Résultats (PAR) a été initié début 2010 compte tenu d'un déficit à la clôture de l'année 2009 de 10,6 M€ de son budget principal. Les trois axes du plan d'actions définis étaient d'améliorer les recettes, de promouvoir des organisations plus efficientes et de supprimer les dépenses évitables.

Le bilan de ce plan établi à la fin 2012 fait apparaître, selon la direction, *« une amélioration globale de l'efficience du CHU de 19 M€, contributive de l'amélioration du résultat comptable du CHU qui s'est établi à fin 2012 à -1,5 M€ au CRP »*. Il convient de noter que cette mise en œuvre a été intégrée au projet managérial 2011-2015 du CHU, et s'est inscrite en complémentarité avec le plan d'actions conduit avec l'ANAP dans le cadre du « Contrat Performance » du CHU, lequel a d'ailleurs été le premier signé entre un CHU et l'ANAP, en juillet 2010.

Le résultat s'améliore mais avec une inversion négative de tendance de certains indicateurs de gestion. Le résultat net comptable (tous budgets confondus) négatif sur la période s'améliore et s'approche de l'équilibre: de (-) 9,9 M€ en 2010 à (-) 2,2 M€ en 2012. Mais le taux de marge brute (différence produits courants (-) charges courantes sur produits courants) et le taux de CAF diminuent en 2012 alors qu'ils étaient en augmentation auparavant. Ces taux sont inférieurs aux médianes correspondantes des CHU:

- taux de marge brute 2012: 5,5 %; médiane:7,89%;
- taux de CAF 2012: 4,5 %; médiane: 6,21 %.

La CAF qui était en augmentation en 2011: 47,055 k€ (contre 34,405 k€ en 2010) se situe en 2012 en léger retrait par rapport à 2011.

Si, à la fin de l'exercice 2012, la structure du bilan s'est améliorée avec une trésorerie qui redevient positive et un résultat qui est proche de l'équilibre, les indicateurs relatifs à la marge brute et à la CAF, doivent inciter à une gestion prudente en matière d'endettement et d'investissement. La solution de l'autofinancement doit être privilégiée à celle de l'endettement pour la politique d'investissement rendue nécessaire par la relative vétusté des équipements. Cela implique une augmentation de la marge brute et par conséquent de la CAF qui ne peut passer que par la recherche d'une augmentation de la productivité.

3.5.2 – La situation de l'exercice 2013

A la fin du premier semestre 2013, le résultat prévisionnel subit les effets directs de la conjoncture relativement atone en termes d'activité, aggravée par la baisse tarifaire et par la minoration des dotations forfaitaires en MIGAC. Bien que les dépenses s'avèrent, à ce stade de l'exécution budgétaire, conformes à l'EPRD, l'augmentation du titre 1 de dépenses, intégrée au sein de l'EPRD, n'est pas couverte par les recettes générées. La hausse des dépenses, principalement de personnel, en raison de l'incidence de protocoles salariaux ou de modifications réglementaires, reste significative.

Le résultat présente un déficit prévisionnel correspondant à 1,14 % des produits d'exploitation. Il faut souligner que cette situation correspond aux six premiers mois de 2013 et doit donc être analysée avec prudence, compte tenu des effets de rattrapage possibles en fin d'exercice, tant en recettes d'activité qu'en dépenses mais aussi en raison d'allocations de crédits possibles de fin de campagne budgétaire. La dégradation du résultat prévisionnel du CRPP de -6 238 982 € tel qu'initialement prévu à l'EPRD, à -11 344 088€, auquel s'ajoute le résultat de chaque budget annexe induit une baisse de la capacité d'autofinancement de 45 843 725,65 € à 40 738 620,25€.

Au 31 décembre 2012, le CHU avait réduit son déficit d'exploitation pour atteindre pratiquement l'équilibre. L'exercice 2013 conduira probablement l'établissement à constater à nouveau un déficit ce qui doit l'inciter à rechercher des marges de manœuvre notamment au travers de l'augmentation de la productivité par la mutualisation des moyens humains et des plateaux techniques et la maîtrise de ses effectifs.

4 – Gestion des ressources humaines

4.1. – Les personnels non médicaux

4.1.1 – La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), peut se définir comme une gestion anticipative et préventive des ressources humaines, permettant de faire évoluer les personnels en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement. La démarche, qui doit être approfondie, est insuffisamment avancée pour gérer les compétences même si elle est mise en œuvre à l'occasion de projets spécifiques. L'établissement ne dispose pas d'une vision prospective sur l'évolution quantitative et qualitative (réorientation vers les postes sensibles) de ses effectifs. Il n'a pas encore formalisé une vision prospective ayant considéré la gestion des compétences (formation et entretien professionnel) comme la priorité.

En 2013, la GPEC a cependant été inscrite au projet social 2011/2015, dans l'axe relatif à la gestion des compétences. Elle a été formalisée pour les années 2013 et 2014 afin d'élaborer la cartographie des métiers du CHU et mettre en place une structure d'accompagnement des mobilités.

Les recrutements s'opèrent sur la base de profils de poste ou encore, pour certains profils soignants spécifiques (kiné, orthoptiste, …) sur la base des fiches métiers du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Des fiches de postes existent, elles sont actualisées ou rédigées lors de la publication des avis de vacances de poste. Des fiches comprenant toutes les formations suivies par chaque agent ont été élaborées par le biais de l'applicatif GESFORM qui permet de recueillir et d'éditer l'historique des formations réalisées.

Il existe aujourd'hui trois secteurs prioritaires sur lesquels un travail d'identification des compétences est en cours et doit être achevé fin 2013 : les admissions (environ 200 agents), les cuisines (environ 240 agents), l'ingénierie (environ 200 agents). Parallèlement, sept métiers sensibles ont été identifiés lors de la préparation du projet social en 2011 : technicien de laboratoire, secrétaire médicale, manipulateur en électroradiologie, assistant de gestion, agent administratif des services d'admission, gestionnaire de stocks (assistant logistique en secteur de soins et médico-techniques) et métiers «d'expertise soignante (infirmière, médico-technique et de rééducation) ».

Différentes actions ont été menées pour développer l'attractivité du CHU vis-à-vis des personnels soignants (organisation en février 2012 d'un forum Emploi, organisation d'une journée d'intégration annuelle, …). Les IDE bénéficient dès leur embauche d'un CDI de manière à les fidéliser et des mesures spécifiques de classement dans les grilles ont été définies pour les masseurs-kinésithérapeutes en 2012 afin de favoriser leur recrutement au CHU, de très fortes tensions ayant été enregistrées sur ce métier.

La Chambre recommande la poursuite du développement d'outils d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC). Elle prend acte de la volonté de l'établissement en la matière conformément aux orientations du projet social 2010 – 2015.

4.1.2. – L'organisation de la fonction gestion des ressources humaines et le contrôle interne

Une délégation de gestion par pôle a été mise en place. Les compétences traditionnellement rattachées à la direction des ressources humaines (effectifs, formation,…) ont été réparties entre les différentes strates décisionnelles du CHU (Direction générale, sites, pôles). Elle fait l'objet d'un suivi au moyen de dialogues de gestion organisés une fois par semestre. Afin d'accompagner et de contrôler cette délégation, des indicateurs mensuels ont été définis (effectifs, absentéisme, turnover,…). Dans la limite de ces enveloppes et de la règlementation en vigueur, le pôle a toute latitude pour s'organiser. Le CHU a créé des postes d'assistant de gestion de pôle qui ont pour mission principale la gestion des consommables des titres 2 et 3 et le suivi du personnel médical et non médical. Un outil dénommé « manuel de déconcentration de la fonction RH » sert de support à cette gestion déconcentrée. La délégation se situe au niveau des effectifs et non au niveau de la masse salariale. Certaines décisions ne relèvent pas des pôles (délégation de niveau 2), comme par exemple le recours à l'intérim qui demeure centralisé à la DRH auquel l'établissement n'a d'ailleurs pas eu recours en 2012. Le recours aux heures supplémentaires sous la forme d'une « agence d'intérim interne » a été privilégié par le CHU, d'abord pour les IDE et pour les postes de nuit, puis pour les aides-soignants.

Jusqu'en mai 2012, la DRH était organisée en distinguant une DRH centrale et trois DRH de sites disposant de personnels gestionnaires en propre. La réorganisation de mai 2013 a supprimé la notion de DRH de site au profit d'un regroupement de tous les moyens déconcentrés au sein de la nouvelle Direction du développement des Ressources Humaines (DDRH). La DDRH a été composée, d'une part et minoritairement, de services communs à tout le CHU situés à la Direction générale (formation, contrôle de gestion) et, d'autre part et principalement, des anciennes DRH de site qui ont été transformées en octobre 2012 en Espaces RH. La direction avait pour objectifs avec cette réorganisation d'harmoniser l'organisation et la gestion des RH entre « Espaces RH » et services centraux de la Direction de la Gestion des Ressources Humaines pour dégager des gains de productivité. La direction escomptait diminuer les services centraux et redéployer les effectifs dégagés sur les nouveaux champs du développement RH (conseil aux parcours professionnels, formation, aide à la mobilité et aux reclassements…) qu'elle estimait insuffisamment développés. Selon la direction, la réorganisation de la DRH s'est faite à effectifs constants à l'exclusion de deux postes de direction qui ont été redéployés vers d'autres directions. Le 16 septembre 2013 le directeur général a mis en place un nouvel organigramme et réunifié la DGRH et la DDRH en un seul département ressources humaines (RH), tout en reconfirmant les objectifs initiaux de la réorganisation (proximité des services RH sur les sites, uniformisation des procédures et des décisions de gestion entre les sites, professionnalisation de la fonction RH autour de l'identification des compétences et leur promotion). L'établissement gagnerait à stabiliser son organisation et à évaluer précisément le résultat de ces réorganisations au regard de ses objectifs et à vérifier si des gains, qu'ils soient ponctuels ou structurels, en résultent bien.

Le contrôle interne doit permettre de disposer d'une information pertinente, apporter l'assurance de la qualité comptable et permettre d'améliorer le pilotage et la performance. Le contrôle interne du CHU présente quelques faiblesses ainsi la responsabilité de la gestion de la provision est éclatée entre la Direction des Ressources Humaines pour le personnel non médical, la Direction des Affaires Médicales (DAM) pour le personnel médical et la Direction des Affaires Financières. La Chambre recommande au CHU de poursuivre le développement de son contrôle interne, en particulier en matière de personnel, afin de garantir les conditions d'une bonne gestion, de maîtriser au mieux certains de leurs risques et de satisfaire aux exigences de certification de ses comptes.

4.1.3. – Le suivi des dépenses et la connaissance des coûts de l'activité gestion des ressources humaines (GRH)

L'évolution des dépenses de personnel est suivie à partir de tableaux de bord. Chaque mois, avant mandatement, la DRH contrôle la situation des crédits limitatifs via les états de paie.

Le CHU participe à la base d'Angers qui permet à l'établissement de se comparer sans toutefois apporter toute la lisibilité sur la structuration des autres DRH. Selon la direction, une comparaison entre *« les organigrammes de la fonction RH dans 3 CHU de taille comparable au CHU de Bordeaux en août et septembre 2011 (Lille, Marseille et Toulouse), a montré que la dotation en personnels de la DRH du CHU de Bordeaux était inférieure à celle rencontrée dans ces établissements. D'un autre côté, les missions remplies restaient en-deçà de celles qui étaient assurées dans ces établissements (notamment en termes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), encore appelée gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC)). Cette base a cependant servi de point d'appui à la conduite de la restructuration de la DRH en mai 2012. »*

4.1.4. – Le recrutement et l'évaluation des personnels

Le processus de recrutement a été formalisé sous forme de procédure qualité au 1er semestre 2012 : émission de la demande de recrutement par le pôle, validation par la commission des effectifs, transmission de l'information à la cellule recrutement qui procède à l'embauche.

La chambre relève le recrutement d'un nombre important de CDD parmi les personnels non médicaux (7,10 % du PNM toutes catégories confondues en 2011, dont 10% des personnels administratifs, 5,6% des personnels soignants et 10,8% des personnels techniques et médico-techniques). Cela constitue vraisemblablement un des éléments explicatifs de la maitrise des effectifs, mais conduit à des interrogations en termes de gestion des ressources humaines, auxquelles la direction a répondu ainsi : *« le recours aux CDD ne constitue pas un moyen de réduire les coûts de rémunération même si ceux-ci s'avèrent en pratique inférieurs à ceux des personnels titulaires, il s'agit principalement de couvrir un besoin alors que le cadre statutaire ne le permet pas. »*. Elle a également indiqué qu'*« à sa demande, le département RH est en train d'élaborer une politique de recrutement par filière limitant la durée des CDD et prévoyant l'organisation annuelle de concours sur les grades les plus courants afin de mettre en stage les*

agents après des durées prédéterminées par filière (de l'ordre d'un an par exemple pour le secteur des cuisines ou de la biologie). Cette politique fera l'objet d'une présentation en CTE au mois de mai 2014. De la même manière, le recours à des contractuels de catégorie B de la filière administrative devra s'effectuer essentiellement par conclusion d'un CDD d'1 an non renouvelable de manière à ce que les agents qui souhaitent rester au CHU soient obligés de passer un concours. »

Le CHU est soumis à l'obligation d'emploi de 6% de travailleurs handicapés (article L.5211-1 et suivants du code du travail). Le CHU respecte l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés. Il n'a pas été amené à verser de contribution financière depuis 2011.

S'agissant de l'évaluation des personnels, celle-ci est organisée et formalisée. Une grille d'entretien d'évaluation existe depuis la mise en œuvre du précédent projet social. Etablie selon la méthode des faits significatifs, elle est sensée accompagner et précéder la notation qui, seule, est obligatoire d'un point de vue réglementaire. À ce titre, elle fait figurer des niveaux d'évaluation qui permettent de faire le lien avec la progression chiffrée de la notation : pénalisant/insuffisant/satisfaisant/performant/exceptionnel. Le CHU a recherché la simplicité d'utilisation du support d'évaluation de manière à faciliter la compréhension par tous, évaluateurs et évalués, du processus d'évaluation. Du fait d'une demande expresse des représentants du personnel, les supports de l'entretien d'évaluation et de l'entretien annuel de formation ont été disjoints, seul le second étant obligatoire règlementairement. Dans la pratique, les deux supports sont utilisés lors d'un seul et même entretien sauf refus formel de l'agent évalué.

4.1.5. – Les effectifs des personnels non médicaux et leur évolution

La Chambre constate une volonté de dépasser la conséquence mécanique et arithmétique d'organisations uniformes. Une réflexion autour d'une diversification des organisations est aujourd'hui privilégiée pour accompagner les nouvelles formes d'activité, qu'elle soit soignante, logistique ou administrative. Des effectifs cibles ont été définis par pôle. Des mutualisations ont été organisées comme par exemple à l'unité d'hospitalisation du post-urgences pédiatrique.

Pour les services d'hospitalisation, la disponibilité des données SIIPS (Soins Infirmiers Individualisés à la Personne Soignée) et AAS (Activités Afférentes aux Soins) est aujourd'hui suffisante pour alimenter des comparaisons, en particulier internes aux pôles et inter services de même nature. On peut raisonnablement penser que l'engagement d'autres CHU dans cette méthode devrait permettre d'ici quelques années de s'appuyer sur des données nationales de dotations en personnels de soins pour les activités d'hospitalisation aux effectifs non normés par la réglementation.

Dans la logique de la gestion prévisionnelle des emplois qui a été initiée, l'établissement, pour les révisions d'effectifs, a défini une méthodologie s'appuyant sur des évaluations et indicateurs partagés.

C'est ainsi que la répartition des effectifs est réalisée à partir de l'effectif historique, et à l'occasion des dialogues de gestion, progressivement sur la base d'éléments d'évaluation (SIIPS, AAS) de la pertinence des effectifs au regard des projets de réorganisation. Cela a été le cas pour les réanimations adultes de l'ensemble du CHU. La direction a indiqué qu'un travail de même nature était engagé sur le pôle cardio-thoracique avec comme objectif d'aboutir à la fin 2013. Des révisions d'effectifs ont eu lieu lors de la transformation des

structures d'hospitalisation complète en ambulatoire et pour l'élaboration des projets Hôpital 2012 notamment le projet hépato-gastro-entérologie.

La gestion des emplois non médicaux jusqu'au 31 décembre 2012 est maîtrisée. En 2013, on constate une augmentation des effectifs supérieure aux prévisions.
Le tableau suivant montre l'évolution des effectifs non médicaux du budget H en ETP de 2010 à 2013, recherche clinique incluse :

Statut	2010	2011	2012	Evol 2010-2012	2013	Evol. 2010/2013
Personnel administratif						
Titulaires et stagiaires	868,70	840,65	845,91	-2,62%	846,16	-2,59%
dont secrétaires médicales	330,43	317,14	346,33	4,81%	360,85	9,21%
CDI	112,96	143,54	153,07	35,51%	174,15	54,17%
dont secrétaires médicales	36,74	54,53	71,58	94,83%	79,97	117,66%
CDD	112,58	106	110,08	-2,22%	106,39	-5,50%
dont secrétaires médicales	31,38	46,13	56,87	81,23%	51,71	64,79%
TOTAL PERSONNEL ADMINISTRATIF	1 094,24	1 090,19	1 109,06	1,35%	1 126,70	2,97%
Personnel soignant et éducatif						
Titulaires et stagiaires	6 416,04	6 483,12	6 556,02	2,18%	6 637,41	3,45%
CDI	624,97	601,49	587,98	-5,92%	540,66	-13,49%
CDD	484,34	491,61	424,00	-12,46%	396,92	-18,05%
TOTAL PERSONNEL SOIGNANT ET EDUCATIF	7 525,35	7 576,22	7 568,00	0,57%	7 574,99	0,66%
Personnel technique et médico-technique						
Personnel technique (titulaires et stagiaires)	1 090,58	1 090,35	1 095,26	0,43%	1 074,23	-1,50%
Personnel médico-technique (titulaires et stagiaires)	610,33	611,72	600,52	-1,61%	609,16	-0,19%
Personnel technique (CDI)	151,33	178,55	224,83	48,57%	258,61	70,89%
Personnel médico-technique (CDI)	38,54	40,79	49,91	29,50%	47,83	24,10%
Personnel technique (CDD)	143,62	161,61	197,02	37,18%	227,66	58,52%
Personnel médico-technique (CDD)	44,69	43,58	42,97	-3,85%	46,06	3,07%
TOTAL PERSONNEL TECHNIQUE ET MEDICO-TECHNIQUE	2 079,09	2 126,60	2 210,51	6,32%	2 263,55	8,87%
TOTAL GENERAL	10 698,68	10 793,01	10 887,57	1,77%	10 965,24	2,49%
DEFICIT	-9 585 496,32	-6 747 242,26	-1 590 090,09			
Nombre de séjours MCO	232 235	239 898	239 397	3,08%		

Source : CHU

La masse salariale du personnel non médical augmente, entre 2010 et 2012, de 4,45%, les effectifs de 1,77% et le nombre de séjours de 3,08%. La gestion maitrisée mise en œuvre doit être poursuivie. On notera, pendant la période sous revue, le recrutement d'un nombre important de secrétaires médicales, qui relèvent certes de la catégorie des personnels administratifs, mais dont le travail est en lien avec le cœur du métier du CHU.

Le CHU a eu recours depuis 2005 aux emplois aidés CAE et CAV. Il offre en 2013 dans le cadre du dispositif Emplois d'Avenir 25 emplois : 3 à 5 en aides de cuisine, 2 à 4 en EHPAD, le reste pour l'entretien des locaux.

4.1.6. – L'absentéisme

Le tableau suivant décrit l'évolution de l'absentéisme depuis trois ans :

	2010	2011	2012
Journées théoriques travaillées individuelles	206-212	206-212	207-212
Effectif moyen annuel	11 496	11 668	11 764
Journées théoriques travaillées totales	2 383 874	2 420 158	2 449 111
Journées d'absence (R1)	293 405	294 117	293 708
Taux d'absentéisme	7,25%	7,20%	7,12%
Nombre de contractuels de remplacement (ETP)	835,55	849,63	812,36
Journées travaillées par ces contractuels (R2)	187 776	190 514	182 850
Différence R1-R2	105 629	103 603	110 858

Source : Drh du CHU

Le CHU n'est pas frappé par un taux d'absentéisme important si on se réfère aux comparaisons établies lors de l'analyse comparée de l'absentéisme sur la période allant de 2007 à 2011, tous motifs d'absence confondus réalisée par le CHU de Poitiers. Même si les statistiques font apparaître un pourcentage d'agents absents supérieurs au CHU, 58,24%, par rapport à la moyenne de 53,86% (CHU de Bordeaux classé 24ème), le taux d'absence était de 7,29% à Bordeaux contre 8,05% en moyenne (CHU de Bordeaux classé 4ème) et la durée d'absence y était de 20,51 jours contre 26,46 jours en moyenne (CHU de Bordeaux classé 2ème).

L'absentéisme est stable et sans excès. Cependant la baisse du taux de 7,25 % de 2010 à 7,12 % en 2012, même si le CHU peut s'en féliciter, n'apparaît pas encore suffisamment significative dans la durée. Cette baisse concerne toutes les filières à l'exception de la filière technique. La durée des absences notamment pour la maladie ordinaire était inférieure à la moyenne des CHU participant à l'étude (11,61 jours au CHU contre 13,58 en moyenne). Il faut également souligner la réduction de la durée d'absence moyenne pour congés maternité qui passe de 93,69 jours en 2011 à 89,12 jours en 2012, probablement grâce au travail engagé par l'établissement sur ce sujet. Dans cette logique de lutte contre l'absentéisme, la direction s'est fixée comme objectif en 2014 de « *diminuer de 25 % la durée des absences liées aux accidents du travail et la mise sous surveillance du taux d'absentéisme du CHU, de façon à récupérer de la marge de manœuvre pour répondre aux besoins du CHU.»*

4.1.7. – Les marges de manœuvre

4.1.7.1 – Le temps de travail et l'accord ARTT du 28 décembre 2001

Le temps de travail et les congés des personnels non-médicaux relevant de la fonction publique hospitalière sont encadrés par les décrets du 4 janvier 2002 n° 2002-8 relatif aux congés annuels des agents des 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 et n° 2002-9 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.

Un accord local général au CHU a été signé le 28 décembre 2001. Il s'est appliqué à partir du 1er janvier 2002. Il a fait l'objet d'additifs et d'avenants relatifs à la blanchisserie et au travail de nuit.

Le principe d'un temps de travail hebdomadaire harmonisé sur la base d'un temps moyen de 37h30 par semaine a été retenu. Il correspond à 7h30 de travail quotidien ouvrant droit au bénéfice pour chaque agent à 15 jours au titre de réduction du temps de travail (14 jours avec la déduction de la journée de solidarité). Cela était commun à toutes les organisations de travail à l'exception des personnels d'encadrement dont le régime est celui du forfait de 20 jours annuels de RTT (19 jours avec la déduction de la journée de solidarité). Les agents de nuit sur la base de 32h30 bénéficient de 22 jours.

Le nombre de jours de RTT est réduit au prorata de la quotité de temps de travail. Lors de la mise en place de l'accord, 534,5 emplois budgétaires ont été créés. Ils se sont répartis sur les exercices 2002, 2003 et 2004.

L'accord précisait : *« un temps non travaillé, forfaitairement fixé à une demi-heure par journée travaillée et validé comme temps de travail effectif sera accordé à chaque agent en service et planifié avec le cadre. Il est précisé que cette demi-heure, prise sur le site d'affectation, ne sera ni reportable ni cumulable. »* Ce forfait de temps dont bénéficie l'ensemble des agents non médicaux de l'établissement correspond au temps de repas et au temps de déshabillage. Cette demi-heure rapportée au nombre d'agents représente une somme de temps et d'équivalent temps pleins non négligeables.

Le temps de travail est suivi à l'aide d'un logiciel de gestion du temps de travail géré et contrôlé par les cadres de proximité.

Même si la direction explique que le recours aux heures supplémentaires reste exceptionnel et n'est utilisé qu'après avoir envisagé toutes les autres solutions et organisations possibles, l'établissement est amené à y recourir annuellement à un niveau équivalant à 46 ETP. En 2009, leur coût s'est élevé à 1 385 190 €, en 2010 à 1 588 463 €, en 2011 à 1 869 099 €, en 2012 à 1 872 683 € et au 12 juillet 2013 à 1 024 518 €. Ce niveau d'heures supplémentaires apparaît comme symptomatique d'une organisation du temps de travail qui pourrait être améliorée. La direction a indiqué qu' « u*ne mise à plat des heures supplémentaires est engagée par le département des RH sur le 1er semestre 2014 :*
- un travail de fond va être initié auprès des pôles les plus consommateurs d'heures supplémentaires (9 pôles cliniques concentrent 73 % des heures supplémentaires rémunérées en 2013) ;
- un accompagnement va être proposé aux services administratifs et logistiques les plus consommateurs de manière à diminuer le recours aux heures supplémentaires. »

La Chambre constate que le CHU payait aux faisant-fonctions de cadres 10 heures supplémentaires par mois au titre d'indemnités compensatrices. Cette pratique, si elle est pragmatique, est cependant irrégulière. La direction a déclaré que « *le forfait cadre va être supprimé dès le mois de février pour les nouveaux faisant-fonction et sera arrêté définitivement d'ici la fin du mois de juin 2014 pour l'ensemble des bénéficiaires. »*

Si le protocole signé n'apparaît pas déraisonnable au regard d'autres accords signés dans d'autres établissements girondins durant la même période, il n'en demeure pas moins que le contexte budgétaire et financier dans lequel exerce l'établissement aujourd'hui a fondamentalement changé.

La Chambre recommande une révision de l'accord et plus particulièrement pour les catégories de personnel qui ne sont pas au chevet des patients afin de rechercher une organisation qui permette pour tout ou partie des personnels administratifs et techniques de

remplir leur obligation de service dans la limite de 35 heures et ainsi éviter de générer les 15 jours de RTT actuels. Compte tenu de l'important effectif salarié du CHU, la renégociation partielle de l'accord pourrait dégager des marges de manœuvre bénéfiques à l'ensemble de l'institution. Il n'y a pas d'effectifs cibles quotidiens dans les services logistiques ou administratifs et selon la direction, *« la prise de jours de RTT ne se traduit pas par le remplacement de l'agent absent »,* ce qui amène la Chambre à conclure que les agents en RTT pendant 15 jours n'étant pas au travail et n'étant pas remplacés, il y a peut-être un sureffectif pour ces catégories de personnel. La suppression de la demi-heure de repas sur le temps de travail pour l'ensemble des personnels pourrait également faire l'objet d'une révision.

4.1.7.2 – Le barème des avancements d'échelon

La Chambre constate qu'il est fait application d'un barème d'avancement plus favorable que la stricte application des règles d'avancement aux durées minimale et moyenne. En effet, le barème des avancements d'échelon est défini par le statut particulier de chaque cadre d'emplois. Cependant un barème local des réductions d'ancienneté est appliqué lors des changements d'échelon. Il instaure à côté des durées réglementaires des durées intermédiaires.

Pour justifier ce barème, la direction a transmis une circulaire de 1959 bien antérieure au titre 4 relatif à la fonction publique hospitalière résultant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986. Cette circulaire ne peut être retenue comme fondement juridique de ce barème local.

L'établissement met en œuvre des règles d'avancement, en matière de durée d'échelon, avantageuses pour les personnels mais coûteuses pour l'établissement. Selon les calculs établis en 2011 par la direction, la révision du barème local d'avancement d'échelon actuellement plus favorable que la stricte application des règles d'avancement aux durées minimale et moyenne pourrait générer une économie de 2 millions d'euros, soit l'équivalent du déficit constaté en 2012. Cela constitue une des marges de manœuvre qui s'offre au CHU. La Chambre recommande l'application stricte des règles statutaires d'avancement d'échelon.

4.1.7.3 – Les marges de manœuvre dans la gestion des personnels non médicaux

Le CHU, dans cette période de financements contraints, dispose d'une marge de manœuvre financière dans la révision de l'accord RTT pour certaines catégories de personnels et dans la suppression de la demi-heure de repas sur le temps de travail pour l'ensemble des personnels. Compte tenu de l'importance de l'effectif, ces marges de manœuvre pourraient se révéler conséquentes même si bien sûr leur mise en œuvre pourrait être socialement délicate. Le barème d'avancement d'échelons s'il respectait strictement les textes pourrait permettre également de dégager une économie substantielle.

Une autre piste consiste à ne pas remplacer l'ensemble des départs en retraite. Cependant cette gestion doit plutôt s'inscrire dans une logique d'amélioration de la productivité que dans une optique de suppressions directes sans tenir compte des effets structurels. Ces ajustements de postes doivent plutôt accompagner des réorganisations s'appuyant sur l'amplification de la concentration et de la mutualisation des moyens comme cela est en cours pour l'activité hépato-gastroentérologie et les activités médicotechniques.
Dans cette logique, depuis 2013, le CHU s'est engagé dans un processus de mise à plat de ses effectifs historiques en lien avec les organisations des pôles et de l'activité. Cette démarche permettra de toucher l'ensemble des secteurs clinique, technique et administratif sur 2014.

Parallèlement, les effectifs du CHU seront comparés plus finement à ceux des autres établissements de taille identique via les bases d'Angers et de Reims. Tout projet de réorganisation de service ou de développement d'activité est soumis à l'accord préalable du Comité d'Amélioration de la Performance (CAP), instance pluridisciplinaire du CHU réunie autour de la directrice générale adjointe et du vice-président de la CME. Pour les dossiers de plus grande ampleur, le Directoire est amené à se prononcer sur leur mise en œuvre. Le travail préparatoire à la présentation des projets permet là encore la mise à plat des effectifs et d'organiser, si besoin, l'accompagnement social des équipes

C'est probablement dans ces réorganisations, essentiellement dans celles des services de soins afin d'améliorer les taux d'occupation en réduisant les lits et en mutualisant le personnel qu'au-delà des économies directes et immédiates, pourront être obtenus des gains structurels constituant la principale marge manœuvre susceptible d'offrir des ressources supplémentaires et de dégager des économies. Il s'agit d'augmenter la productivité au travers de l'optimisation des organisations pour dégager de la marge brute et améliorer la capacité d'autofinancement.

4.1.8. – Les avantages en nature

Le décret n° 2013-347 du 23 avril 2013, a uniformisé, en matière de logement de fonction, le régime applicable aux personnels de direction et aux directeurs de soins.

Cependant, jusqu'à la parution du décret n° 2013-347 du 23 avril 2013, si le CHU respectait les dispositions réglementaires en matière de logements de fonction attribués aux cadres relevant de l'équipe de direction, il y dérogeait pour un logement qui était affecté dans des conditions non conformes à la réglementation antérieure qui prévoyait que le bénéfice de cet avantage en nature était subordonné à la réalisation de 40 jours de permanence par an, ce qui n'était pas été le cas pendant la période sous revue.

4.2. – Les personnels médicaux

4.2.1 – Les effectifs médicaux

L'établissement présente la caractéristique d'être attractif pour le personnel médical, à la fois, par son activité universitaire et de recherche et par sa situation géographique.

Cependant, il a rencontré des difficultés de recrutement dans deux spécialités qui ont été ciblées : l'anatomie et cytologie pathologiques et l'anesthésie réanimation.

Le CHU met en place *« un accompagnement personnalisé dans chacune de ces deux spécialités avec une gestion prévisionnelle des emplois et compétences mieux adaptée et un suivi individualisé des promotions d'internes, de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et d'assistants hospitaliers universitaires. »*.

Cet accompagnement a pour objectif de pourvoir la totalité des postes particulièrement sensibles pour l'activité du CHU. Trois initiatives ont été prises : le chef de pôle rencontre tous les PH prenant leurs fonctions comme anesthésiste-réanimateur ; chaque départ est l'occasion d'un entretien pour connaître les motivations du départ et un suivi des internes est organisé en 5ème année pour examiner leurs projets professionnels. Le Président de CME estime que *« compte tenu de l'ouverture du numerus clausus, dans cinq ans, il ne devrait plus y avoir de*

difficulté majeure de recrutement. ». Pendant la période sous revue, le CHU n'a pas recours au personnel médical intérimaire.

Le tableau suivant montre l'évolution des effectifs médicaux en ETP rémunérés à partir de 2010 pour le budget H.

Statut	2010	2011	2012	EPRD 2013	Evol. 2010/2012
HU permanents	265,97	270,03	269,33	272	1,26%
PH temps plein	359,63	378,23	396,61	418,73	10,28%
PH temps partiel	13,98	14,27	15,84	17,2	13,30%
sous total	**639,58**	**662,53**	**681,78**	**707,93**	**6,60%**
PA	83,67	79,38	72,65	72,3	-13,17%
TOTAL PRATICIENS PERMANENTS	**723,25**	**741,91**	**754,43**	**780,23**	**4,31%**
HU temporaires	185,67	190,11	192,14	193,83	3,48%
Praticiens contractuels	159,26	148,62	157,70	164,52	-0,98%
TOTAL PRATICIENS NON PERMANENTS	**344,93**	**338,73**	**349,84**	**358,35**	1,42%
Internes et étudiants	**2 621,17**	**2 638,66**	**2 717,74**	**2 944,23**	**3,68%**
TOTAL GENERAL	**3 689,35**	**3 719,30**	**3 822,01**	**4 082,81**	**3,60%**
Nbre de séjours MCO	232 235	239 898	239 397		3,08%

Source : TPER 2013

L'évolution des effectifs médicaux se caractérise pour la période sous revue par :

- une stabilité des effectifs hospitalo-universitaires titulaires et temporaires,
- une forte progression de l'effectif des praticiens hospitaliers nommés à titre permanent. Cette évolution favorable semble résulter d'une politique de fidélisation des compétences médicales,
- une forte augmentation du nombre d'internes et d'étudiants hospitaliers liée à l'augmentation régulière du numérus clausus en fin de première année des études médicales.

Pendant la période sous revue, les effectifs médicaux ont progressé de façon modérée et en adéquation avec les objectifs d'augmentation d'activité. Leur gestion apparaît maîtrisée dans la mesure où les effectifs suivent l'évolution du nombre des séjours. On constate néanmoins un différentiel pour la masse salariale. La masse salariale du personnel médical a augmenté de 6,65% entre 2010 et 2012, les effectifs de 3,60% et le nombre de séjours de 3,08%. Si l'augmentation des effectifs a suivi l'augmentation du nombre de séjours, la masse salariale a augmenté deux fois plus vite. Cet écart s'explique principalement par l'augmentation des rémunérations des internes mais qui n'y sont pas nécessairement affectés (affectations outre-mer). »

L'établissement utilise des outils de pilotage pour articuler gestion du temps de travail médical et gestion des effectifs. Le CHU a mis en place un dispositif spécifique de rémunération des praticiens contractuels avec prise en compte de l'ancienneté et des titres (dans le respect des contraintes réglementaires) depuis le 1er novembre 2012.

S'agissant du statut de clinicien[3], dont « *le nombre maximal, la nature et les spécialités des emplois de médecin, odontologiste ou pharmacien qui peuvent être pourvus dans un établissement public de santé (…) sont fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens* », conformément à l'article L.6152-3 du Code de la santé publique, le CHU,

[3] Décret du 14 octobre 2010

conformément à son CPOM 2012-2017, l'utilise pour le moment exclusivement pour le recrutement des personnels de l'institut hospitalo-universitaire de rythmologie et modélisation cardiaque (LIRYC)[4], afin d'y développer des activités de pointe en recherche clinique. Ce statut est limité à trois postes qui bénéficieraient d'une majoration de 65 % de la grille des PH. Aucun contrat n'a été signé à ce jour.

4.2.2. –Le suivi du temps médical et les tableaux de service :

Le CHU dispose d'un règlement intérieur qui décrit dans sa section 4 l'organisation des soins et des activités médicales notamment en termes de permanence des soins et précise le rôle de commission de l'organisation de la permanence des soins (COPS).

La commission d'organisation de la permanence des soins constituée joue pleinement son rôle. Ainsi pour la période sous revue, elle s'est réunie 16 fois.

Elle est amenée à se prononcer sur l'ensemble de son champ de compétences et de façon régulière et organisée. Lors de la séance du 12 janvier 2012, les missions de la commission ont été rappelées : *« Cette nouvelle mandature sera investie de missions plus larges que la précédente compte tenu des nouveaux enjeux concernant le financement de la permanence des soins dans les établissements publics de santé. En effet, les établissements privés revendiquent le droit à émarger à l'enveloppe versée par la tutelle dès lors qu'ils participent à la permanence des soins. Un groupe de travail rassemblant les établissements de santé publics et privés, piloté par l'ARS, réfléchit à la nouvelle répartition des crédits alloués pour le financement de la permanence des soins en procédant à l'examen détaillé de chaque ligne de gardes et astreintes. Il précise que cette nouvelle répartition des financements de la permanence des soins entre les établissements publics et privés s'effectuera à budget constant. La COPS sera donc chargée d'examiner chaque nouvelle demande de création de gardes ou d'astreintes dans le cadre de ce budget contraint et de la distinction qu'il conviendra d'effectuer plus nettement entre permanence (relevant d'une MIGAC) et continuité des soins (relevant théoriquement de la T2A.)*

Le CHU dispose d'un guide de la gestion du temps de travail médical. Il reprend les dispositions législatives et règlementaires et explique leurs modalités d'applications. Ce document permet à chaque responsable des équipes médicales de disposer d'une référence commune et d'homogénéiser les pratiques. Rédigé en mars 2003, il mériterait d'être actualisé. La Chambre recommande la mise à jour du guide de la gestion du temps de travail médical parallèlement à la généralisation des tableaux de service.

Depuis le dernier contrôle de la Chambre, les tableaux de service ne sont pas encore généralisés, et ce, dix ans après la publication de l'obligation de les établir. Le CHU ne dispose donc pas actuellement par médecin, des données concernant le nombre total de jours de congés pris et le nombre de jours travaillés. Les données ne sont que partiellement disponibles sans aucune garantie d'exhaustivité. Le contrôle des obligations de service est réalisé à partir des tableaux de service quadrimestriels des structures internes qui ne sont pas encore généralisés. Seulement 40 % des unités soit 36 unités renseignent et renvoient les tableaux de service aux bureaux des affaires médicales de site ou à la DAM.

[4] Un des six instituts hospitalo-universitaires créés en 2011 dans le cadre du programme des Investissements d'avenir avec l'objectif de dynamiser la recherche médicale et l'innovation. Il s'agit d'un institut de recherche fondamentale, clinique et de formation dédié à la compréhension, la prise en charge, et la thérapeutique des dysfonctionnements électriques cardiaques conduisant à l'insuffisance cardiaque et la mort subite. Il regroupe des chercheurs et médecins nationaux et internationaux dans le domaine de la cardiologie, l'imagerie et le traitement du signal/modélisation autour de l'électrophysiologie cardiaque.

La direction comptait sur la mise en place du logiciel de gestion des temps médicaux pour réaliser un décompte général des obligations de service de l'ensemble des praticiens seniors et juniors du CHU. Le lancement du processus d'informatisation s'est traduit par la passation d'un marché avec un fournisseur spécialisé. La société retenue n'a pas été en mesure de livrer le logiciel espéré.

En mai 2008, un comité a été mis en place pour réaliser ce projet de gestion du temps médical. Le CHU a bénéficié en 2009 et 2010 de l'éclairage de la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH). Un groupe de travail a ensuite été constitué pour élaborer le cahier des charges destiné au choix du fournisseur. Les cahiers des clauses particulières et des clauses techniques ont été rédigés. Un marché a été signé, après une procédure de MAPA. En septembre 2011, la proposition retenue a été considérée comme celle qui répondait le mieux aux exigences fixées dans le cahier des charges et à celles des futurs utilisateurs. Selon une note de la direction des affaires médicales (DAM) et de la direction du système d'information (DSI) du 18 janvier 2013, *« l'offre prenait apparemment en compte les demandes particulières de la DAM et de la DSI tant au niveau du paramétrage du réglementaire que de la gestion plus technique des interfaces avec le logiciel de paie et l'annuaire, ce qui ne pouvait objectivement être évalué à l'époque. »* Le fournisseur pénétrait un nouveau marché et l'établissement supposait qu'elle fournirait un investissement humain et technique important.

Le montant du marché était de 119 000 € pour le logiciel et de 36 000 € pour la maintenance sur 5 ans dont un de garantie. Le marché a été notifié le 16 novembre 2011. Le délai d'exécution initial était de 10 mois, il a été porté à 15 mois par avenant. Des problèmes d'organisation au sein du CHU ont conduit à passer un avenant le 18 février 2012 afin de décaler le calendrier initial. La date prévue pour la mise en ordre de marche est passée du 16 avril au 16 septembre 2012. A cette date, le CHU attendait la livraison complète du logiciel avec son paramétrage et son intégration au système d'information pour une mise en production dans les services pilotes en septembre 2012. Ainsi, la mise en place du logiciel devait se faire progressivement dans des services ou pôles pilotes volontaires représentatifs des différents modes d'organisation du temps de travail médical : le pôle urgences, la chirurgie orthopédique et le pôle gérontologie.

Le 15 mars 2012, la COPS a abordé la question des tableaux de service et de leur informatisation. Il est indiqué dans le compte-rendu : *« à l'heure actuelle, seuls les services qui bénéficient d'indemnités de temps additionnel transmettent des tableaux de service à la direction. »*. Le compte-rendu de la COPS du 15 mars 2012, indique que le CHU s'est engagé depuis le début de l'année 2008 dans un projet d'informatisation du temps médical. Il est précisé : *« L'objectif du projet est certes de satisfaire à l'obligation réglementaire de production de tableaux de service prévisionnels et réalisés. Mais c'est également l'opportunité d'organiser une gestion du temps médical plus près des équipes et de mener une réflexion sur une organisation optimale du temps de travail. »* Lors de cette séance de la COPS, il était indiqué : *« L'offre de la société retenue répond au mieux aux besoins fonctionnels de CHU. Elle est la plus facile à déployer et à intégrer dans le système d'information. Ce logiciel présente un véritable intérêt opérationnel en termes d'organisation de l'activité d'un service et de prévision des présences et absences des praticiens. »* Lors de la séance du 9 juillet 2012, l'informatisation du suivi du temps médical était abordée et des avis étaient émis sur le respect du repos de sécurité et du repos quotidien, la conversion horaire de la demi-journée en 6 heures et le bornage horaire de la permanence des soins.

En janvier 2013, le délai prévu pour le démarrage a été décalé, à trois reprises, dans la mesure où le logiciel n'était pas opérationnel, ni du point de vue fonctionnel, ni du point

de vue des interfaces indispensables au bon fonctionnement de l'application (intégration avec la paye, avec l'annuaire et avec le fichier structure). Le CHU n'était pas dans ces conditions en mesure de déployer l'application dans les services pilotes.

Lors de la séance du 25 avril 2013, la direction informait la COPS que le fournisseur sélectionné par le CHU n'était pas en mesure de paramétrer et de déployer le logiciel de gestion du temps médical. Il indiquait que le CHU résiliait le marché et prévoyait de relancer le marché en novembre 2013 en espérant pouvoir le déployer dans les services pilotes à compter du 1er mai 2014.

Le CHU a du retard dans la mise en place généralisée des tableaux de service et dans le suivi du temps médical et ce plus de 10 ans après la publication des textes. La compétence médicale représente un coût très important, ne pas suivre son temps de travail peut être une source de gaspillage de moyens. La Chambre recommande la mise en place effective et générale des tableaux de service pour améliorer le suivi du temps de travail des personnels médicaux.

4.2.3 – La permanence des soins

Il existe actuellement 88 rangs de gardes seniors et juniors et 118,25 lignes d'astreintes seniors et juniors. Elles font l'objet d'une annexe du CPOM. Les déplacements pendant les astreintes font l'objet d'un suivi pour les astreintes de sécurité, les astreintes opérationnelles étant forfaitisées. L'ensemble des déplacements sont déclarés sur un relevé mensuel des déplacements en astreinte de sécurité et font l'objet d'une indemnisation. Les médecins remplissent un état mensuel des déplacements qui est validé par le responsable de la structure interne et transmis, en même temps que le tableau mensuel récapitulant les astreintes de sécurité effectuées, au bureau des affaires médicales du site concerné et à la DAM pour paiement. S'agissant des forfaits d'astreintes opérationnelles, il en existe sept. La méthode retenue pour fixer les forfaits a été arrêtée par délibération du Conseil d'administration du 25 juin 2003.

Les dotations versés au CHU pour la permanence des soins se sont élevées pour les trois dernières années à :

2010 (MIG)	*2011 (MIG)*	*2012 (MIG et FIR)*
11 288 245 €	*10 815 000 €*	*10 815 000 €*

Source CHU

Pendant la période sous revue, la réflexion sur la permanence des soins et son coût a constamment été abordée et approfondie.

Pour le CHU, la permanence de soins est un sujet sensible. Son financement est un véritable enjeu tant organisationnel que comme élément structurant l'accès aux soins et aux actes techniques.

Parallèlement à l'analyse de l'activité de la permanence des soins, la Direction des affaires médicales a mis en place un outil permettant l'identification de l'ensemble des lignes de garde et d'astreinte du CHU. Ce document, mis à disposition de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine, a été établi en liaison avec les responsables de chaque structure interne et permet d'avoir un panorama complet de l'organisation de la permanence des soins du CHU avec, pour chaque ligne, une précision sur l'activité réalisée en garde ou en astreinte.

Les travaux de la COPS mettent en évidence un réel engagement de la direction et des responsables médicaux de la CPOS dans une logique d'optimisation des organisations et des coûts de la compétence médicale. L'indemnisation de la permanence des soins et plus particulièrement de celle des astreintes n'apparaît plus de façon flagrante inscrite dans une logique de complément de salaire. La Commission a conduit un travail d'état des lieux de l'ensemble des lignes de gardes et astreintes du CHU. Son analyse a permis de réajuster la rémunération des astreintes opérationnelles ou de réorganiser des lignes de gardes. Cette étude qui a été réalisée sur plusieurs années, dans le cadre du plan triennal 2010-2012 d'amélioration des résultats comptables de l'établissement, a permis de déboucher en juillet 2010 sur la réorganisation de nombreuses lignes d'astreintes et de réduire le coût des astreintes opérationnelles grâce à une diminution de 4% des taux.

Par ailleurs, deux enquêtes ont successivement été menées pour permettre d'évaluer précisément l'activité des astreintes opérationnelles (en mars 2011) et des astreintes de sécurité (en octobre 2012). Cette étude approfondie de l'activité a permis d'objectiver la charge de travail en astreinte et de réduire le nombre d'astreintes du CHU. La COPS a également entrepris un travail de fond par pôle et par secteur d'activité. Les premières séances de travail ont porté sur l'organisation de la permanence des soins senior et junior des structures internes du pôle des spécialités chirurgicales puis sur l'organisation de la permanence des soins du pôle cardio-thoracique. Cette étude de l'activité a permis de mutualiser et de supprimer des lignes d'astreinte ou de garde.

Selon la direction, la réorganisation de la permanence des soins sur les trois dernières années a permis de réaliser l'objectif fixé dans le plan d'amélioration des résultats comptables, soit 450 000€ d'économie.

La Chambre a vérifié si les gains budgétaires liés à la permanence des soins étaient avérés.

Elle a constaté que les données du compte 6425 du budget H concernant les seuls seniors faisaient apparaître une baisse lente mais régulière ces trois dernières années :

- 2010 : 9 142 138 €
- 2011 : 9 073 204 € (soit - 0,75% / 2010)
- 2012 : 9 051 393 € (soit - 0,24% / 2011)

Si cette diminution des dépenses de 90 745 € entre 2010 et 2012 est, selon la direction, sans précédent sur ce compte, il est difficile de comparer cette économie réelle de 90 745 € entre 2010 et 2012 avec les 450 000 € découlant de la mise en œuvre du plan triennal d'amélioration des résultats comptables 2010-2012. Il faut apporter un supplément d'éclairage afin de comprendre ce qui a pu se passer. En effet, les économies décidées au titre du volet 2012 du plan triennal 2010-2012 ont été validées par la Commission de l'organisation de la permanence des soins, puis en aval par la Commission médicale d'établissement, à l'automne 2012, avec mise en œuvre et effet en année pleine, soit 150 000 €, à compter de l'exercice 2013. Une partie des économies générées concerne les gardes et astreintes des juniors (internes et étudiants). Or, les dépenses correspondantes ne sont pas imputées sur le compte 6425 mais sur le compte 6424, comme l'exigent les instructions comptables. Enfin, le compte 6425 enregistre également d'autres dépenses que les seules gardes et astreintes : en particulier les indemnités de temps de travail additionnel réalisé les nuits, les samedis après-midis, les dimanches et les jours fériés, ce qui rend plus complexe la comparaison.

Il faut souligner qu'entre 2009 et 2012, en marge du plan triennal d'économies, plusieurs mesures adoptées par ailleurs ont alourdi les dépenses. Il s'agit de :

- la mise en place d'une astreinte de sécurité dans le service d'anesthésie-réanimation du

groupe hospitalier sud ;
- le renforcement de la garde des urgences de Saint-André ;
- le renforcement de la garde senior aux urgences adultes de Pellegrin ;
- le renforcement de la permanence des soins en médecine légale ;
- la mise en place d'une demi-garde supplémentaire aux urgences pédiatriques ;
- la régularisation pluriannuelle des indemnités de temps additionnel de trois praticiens ;
- l'indemnisation de temps additionnel, du fait d'effectifs incomplets, à la fédération des urgences et en anesthésie-réanimation ;
- le paiement d'indemnités à l'unité mobile d'assistance circulatoire et respiratoire.

Le fonctionnement de la COPS avec sa concertation s'appuyant sur la subsidiarité organisée dans l'esprit de la réforme de la gouvernance a permis aux logiques médicale et gestionnaire de se rencontrer. Elle a permis, pendant la période sous revue, d'instaurer un dialogue sur une gestion par objectif ayant abouti à des résultats significatifs en termes organisationnels et financiers. Cependant ce dialogue de gestion médico-administratif est fragilisé par une situation financière qui se tend et qui réduit les marges de manœuvre dont disposait la COPS. Selon le président de la CME, il resterait cependant encore des possibilités de mutualisation. La Chambre recommande de poursuivre le travail entrepris en matière d'optimisation de l'indemnisation de la permanence des soins.

Par ailleurs le CHU va être confronté comme tous les établissements hospitaliers à la révision de l'arrêté relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins. L'administration centrale a revu l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur mise en demeure, depuis septembre 2012, de la Commission européenne en vue de transposer, en matière de temps de travail des médecins hospitaliers, la directive 2003/88/CE du 4 novembre 2003 concernant l'aménagement du temps de travail.

Cette mise en demeure fait suite à des plaintes déposées auprès de la Commission européenne. Elle a abouti à relever « trois griefs » :
- des autorisations d'encadrement à compléter pour le recours à l'opt out;
- des conditions de prise en compte du temps de travail effectif réalisé lors des astreintes;
- des conditions dans lesquelles il est fait une juste application du respect de la durée hebdomadaire du travail.

L'arrêté du 8 novembre 2013 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est paru au JO du 17 novembre 2013. Il prévoit la possibilité de contractualiser le temps de travail additionnel, de garantir toute absence de préjudice en cas de refus de temps de travail additionnel de la part du praticien, de décompter le temps de travail effectif effectué en astreinte en temps de trajet et temps d'intervention, de laisser le choix au praticien d'intégrer le temps de travail réalisé en astreinte dans les obligations de service ou de le rémunérer sous forme de temps de travail additionnel, un temps de repos est par ailleurs prévu après chaque déplacement. L'arrêté définit aussi le mode de calcul du temps de travail additionnel et retient la notion de demi-journée, soit cinq heures qui peut être au choix : rémunéré, récupéré ou versé au compte épargne temps. Il fixe le montant de la rémunération des astreintes à domicile et des déplacements des praticiens. Les établissements peuvent toujours choisir de forfaitiser les astreintes, après avis de la commission médicale d'établissement.

4.2.4 – Le temps de travail additionnel

En droit, les personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques hospitaliers, volontaires, peuvent effectuer, en supplément des obligations statutaires, des périodes de temps additionnel afin d'assurer la continuité du service public.

Le CHU ne rémunère que le temps additionnel de nuit dans ses structures internes disposant d'une ou plusieurs lignes de garde. Le temps additionnel de jour n'est rémunéré que dans les structures fonctionnant en temps médical continu (Urgences-SAMU SMUR).

Le tableau suivant indique par année le nombre de médecins ayant bénéficié d'une indemnisation de temps additionnel.

2009	275
2010	283
2011	261
2012	255

Source CHU

Il existe deux contrats relatifs au temps additionnel signés avec les équipes médicales des urgences du Groupe hospitalier Saint André et du SAMU SMUR.

La DAM contrôle et valide le temps additionnel sur la base des tableaux quadrimestriels transmis par les responsables médicaux. Le comptable reçoit le récapitulatif de l'activité sur le quadrimestre qui a été au préalable validé par le responsable de la structure interne et contrôlé par la DAM.

En 2011 et 2012, le CHU a versé la majeure partie des indemnités de temps additionnel (ITA) de jour (équivalent à 102 plages de temps additionnel pour l'année 2012, soit 32 231,32 €) à quatre praticiens. La direction a indiqué qu'au début 2014, elle comptait mettre fin à la pratique contestable ayant eu cours de la moitié de l'exercice 2011 à août 2012 consistant à verser du TTA de jour à des praticiens hospitaliers à temps partiel effectuant un temps complet dans l'attente de leur nomination sur un poste à temps complet. Le directeur a indiqué qu'au 1er janvier 2014, il a été mis un terme à cette pratique puisqu'à cette date, le dernier praticien concerné, a été installé en qualité de praticien hospitalier à temps plein.
Les autres plages de temps de travail additionnel de jour indemnisées (soit 68 plages pour l'année 2012) ont été effectuées dans la seule structure médicale qui fonctionne en temps médical continu : la Fédération des urgences adultes.

4.2.5 – Les comptes de cumul

La direction n'a pas mis en place de comptes de cumul. Pour les mono-appartenants elle n'en établit pas pour les activités d'enseignement ou de formation. La direction n'a pas connaissance des expertises effectuées par les médecins, ni des conditions juridiques et financières dans lesquelles elles sont effectuées. Dans ces conditions, il apparaît qu'un certain nombre d'activités non soumises aux comptes de cumuls peuvent être effectuées sur le temps de travail sans que le représentant de l'employeur en ait autorisé la pratique et donc puisse apprécier le volume de temps qu'un praticien y consacre au regard de ses obligations de service.

4.2.6 – Les conventions dites d'intérêt général

Parmi les conventions, il en existe dites d'intérêt général[5]. Les praticiens hospitaliers qui assurent une activité d'intérêt général, y compris dans d'autres structures hospitalières publiques, ne produisent aucun acte pour leur établissement d'appartenance, ce qui minore d'autant l'activité et les produits T2A. L'établissement subit un double préjudice lorsqu'il ne demande pas le remboursement de la rémunération des praticiens exerçant de telles activités. Le CHU a accepté d'autoriser quelques médecins à exercer une activité d'intérêt général.

Le total du temps consacré aux activités d'intérêt général des praticiens du CHU s'élève 57,2 ETP qui ne peuvent donc pas se consacrer à la production d'actes et de soins générateurs de ressources pour le CHU.

Dans le but de préserver ses ressources, l'établissement doit veiller à ce que la mise à disposition de praticiens sous forme d'activité d'intérêt général soit remboursé par l'établissement bénéficiaire. La chambre considère qu'il est de l'intérêt du CHU d'optimiser son activité et les produits qui y sont liés. Elle prend acte des régularisations engagées et de la décision de la direction d'assortir cette démarche à partir du 1er janvier 2014 de la perception de frais de gestion à hauteur de 4% pour toute nouvelle convention.
L'établissement aurait à gagner à développer des complémentarités entre structures en substitution aux conventions d'intérêt général ce qui contribuerait à consolider l'amélioration de l'offre de soins au niveau du territoire de santé et permettrait qu'aucun élément de la coopération n'échappe à la logique institutionnelle.

4.2.7 – L'activité libérale des praticiens hospitaliers

En vertu de l'article L. 6154-1 du code de la santé publique, les praticiens hospitaliers peuvent être autorisés à exercer, par dérogation aux règles de la fonction publique, une activité libérale au sein de la structure hospitalière, sous la condition que l'intérêt du service public hospitalier ne s'y oppose pas. Les médecins hospitaliers qui ne pratiquent pas d'activité libérale perçoivent une prime de service public exclusif.

Cette activité s'exerce dans le cadre d'un contrat établi pour 5 ans et signé entre le praticien et le directeur de l'hôpital, après avis du chef de pôle et du Président de la CME. Le contrat est soumis à l'approbation de l'ARS. Les textes imposent le versement d'une redevance ainsi que la signature d'un contrat avec l'établissement et le directeur de l'ARS. Seul le directeur de l'ARS peut suspendre ou résilier le contrat, après avis obligatoire de la commission d'activité libérale (CAL).

[5] Les praticiens hospitaliers ont la possibilité de consacrer une ou deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général, à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement d'affectation, en application de l'article 11 du décret n° 82-1149 du 29 décembre 1982 modifié. Cet article indique : *« Les praticiens à temps plein hospitaliers et hospitalo-universitaires peuvent, après accord du directeur ou du directeur général de l'établissement hospitalier et en tant que de besoin, du directeur de l'unité de formation et de recherche, consacrer deux demi-journées par semaine à des activités intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation à condition que ces activités présentent un caractère d'intérêt général au titre des soins, de l'enseignement, de la recherche, d'actions de vigilance, de travail en réseau, de missions de conseil ou d'appui auprès d'administrations publiques, auprès d'établissements privés participant au service public hospitalier ou auprès d'organismes à but non lucratif présentant un caractère d'intérêt général et concourant aux soins ou à leur organisation. Cette activité peut donner lieu à rémunération. Une convention entre l'hôpital et les organismes concernés définit les conditions d'exercice et de rémunération de cette activité et prévoit, le cas échéant, le remboursement, total ou partiel des émoluments versés par l'hôpital.*

Les médecins autorisés se doivent de respecter les obligations suivantes :

- le praticien qui exerce en activité libérale doit exercer personnellement et à titre principal une activité publique de même nature ;
- la durée de l'activité libérale ne doit pas dépasser 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les médecins (cette limite incluant la durée d'une éventuelle activité d'intérêt général exercée) ; le temps correspondant à l'activité libérale doit être clairement identifié dans le tableau de service nominatif.
- le nombre de consultations et le volume d'actes effectués au titre de l'activité privée doivent être inférieurs au nombre de consultations et au volume d'actes effectués au titre de l'activité publique.

Le praticien, tant pour son activité libérale que pour son activité publique, est le garant de l'exhaustivité et de la qualité des informations qu'il doit transmettre, pour traitement, au médecin responsable de l'information médicale. Sont exclus de l'activité libérale et ne peuvent donner lieu à rémunération à l'acte : les prélèvements d'organes, les greffes d'organes, les prélèvements de tissus en vue de dons et les activités de recueil, traitement, conservation et cession de gamètes. Aucun lit, ni aucune installation médico-technique ne doivent être réservés à l'exercice d'une activité libérale.

Le tableau suivant récapitule le nombre de médecins bénéficiaires d'une autorisation d'exercice au CHU.

Années	Nombre de médecins exerçant une activité libérale
2005	54
2006	56
2007	57
2008	58
2009	59
2010	61
2011	63
2012	68

Source Compte-rendu de la CAL et direction

Le contrôle de l'activité libérale est bicéphale. Les tâches de suivi se répartissent entre la direction des finances (DAF) et la direction des affaires médicales (DAM).

Un règlement intérieur particulier à l'activité libérale a été rédigé en octobre 2012. Il pose les éléments de droits qui permettent d'organiser un suivi de l'activité libérale.

Depuis 2012, des démarches ont été réalisées pour faire respecter la réglementation applicable dans le cadre de l'activité libérale par les praticiens autorisés. Depuis 2012, le codage à la source en temps réel, réalisé par le praticien au titre de son activité externe, permet de pallier la difficulté, maintes fois rencontrée, du rattachement de l'activité au praticien qui la génère directement. Ce cadre permet de réaliser des contrôles infra annuels et de demander le cas échéant aux praticiens de modifier leurs pratiques. Ce mécanisme infra annuel a été mis en œuvre pour la première fois en 2013, avec un contrôle de l'effectivité de la correction.

L'activité libérale n'est pas mentionnée au tableau de service des praticiens hospitaliers comme le prévoit, depuis 2003, la réglementation. Par ailleurs, s'agissant du temps maximum pouvant être consacré à l'activité libérale, la direction a déclaré : *« la traçabilité aléatoire des temps médicaux ne permet pas à ce jour un contrôle parfaitement fiable de cette donnée. Le déploiement du logiciel de gestion des temps médicaux permettra de réaliser un décompte des activités des médecins mais la traçabilité du temps consacré à l'activité libérale*

semble difficile à mettre en place. En effet l'activité libérale est très souvent effectuée sur une même demi-journée et dans le même lieu que les consultations ou actes médicaux et / ou chirurgicaux réalisés au tarif de la sécurité sociale. »

La Chambre constate que l'identification des créneaux dédiés à l'activité libérale des médecins salariés du CHU est une obligation depuis l'instauration des tableaux de service qui doit être mise en application même si d'autres dispositions législatives n'en facilitent pas la mise en œuvre. La Chambre recommande, concomitamment à la généralisation des tableaux de service, l'identification du temps consacré à l'activité libérale par les médecins autorisés à la pratiquer.

Les médecins autorisés ont signé un contrat[6] conforme à la réglementation et dans les conditions prévues par les textes en vigueur. La direction a fourni les contrats autorisant l'activité libérale. Cependant, n'est jamais annexé au contrat le tableau de service prévu par la circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005 (VI)[7] dans lequel le médecin précise la répartition hebdomadaire de ses activités publiques et libérales. A la signature du contrat d'activité libérale, un tableau de service dûment rempli devrait être signé par le praticien afin de connaître antérieurement au démarrage de l'activité libérale les plages horaires qui lui sont réservées.

Selon le code de la santé publique, la vérification de l'exercice de l'activité libérale repose sur une Commission d'Activité Libérale. Cette commission locale, qui intervient a posteriori, a pour fonction de vérifier que le nombre d'actes et le nombre de consultations effectuées au titre de l'activité libérale n'outrepassent pas celui effectué au titre de l'activité publique, que le temps consacré à l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier et que l'information des patients est conforme aux exigences de la législation. Elle examine également les redevances et leur versement. La CAL doit se réunir au moins une fois par an et établir un rapport sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées. Ce rapport est communiqué, pour information, à la commission médicale d'établissement (CME), au conseil de surveillance, au directeur du CHU et au directeur de l'Agence Régionale de Santé.

De 2004 à 2012, la Commission d'Activité Libérale s'est réunie à 8 reprises. Elle ne s'est jamais réunie de novembre 2009 à juillet 2012, période suivant le précédent rapport de la Chambre, et correspondant à la majeure partie de la période sous revue.

Avant 2012, les décisions de la CAL ressemblaient fort à des aveux d'impuissance et à une absence de réelle volonté de faire respecter la loi et les règlements. La CAL faisait preuve de beaucoup de compréhension ce qui nuisait à la crédibilité de son travail et de ses observations.

Il faut ensuite attendre le 11 juillet 2012 pour voir la CAL se réunir. Cette renaissance correspond à la prise de fonction d'un nouveau directeur des affaires médicales. Lors de cette séance ont été examinées les années 2009, 2010 et 2011. Il a été annoncé que la CAL se réunirait désormais annuellement, ce qui n'est jamais que l'application de la réglementation.

[6] Article R6154-4 Le contrat conclu, en application de l'article L. 6154-4, entre le praticien et le directeur de l'établissement précise notamment les modalités d'exercice de l'activité libérale de ce praticien ; il comprend au minimum les clauses figurant dans le contrat type constituant l'annexe 61-2.

[7] La circulaire indique : A partir du tableau général de service qui établit l'organisation annuelle du temps de présence médicale, le directeur arrête mensuellement le tableau de service nominatif sur proposition du responsable de la structure. Les périodes ou les demi-périodes correspondant à l'activité libérale doivent y être clairement identifiées pour chaque praticien.

Cette séance a été l'occasion de reprendre l'ensemble des éléments législatifs et règlementaires. La CAL a abordé : sa composition et ses missions, les modalités d'exercice de l'activité libérale pour les médecins autorisés, les évolutions et les contraintes règlementaires, le bilan des années 2009, 2010 et 2011 et les perspectives d'évolution et d'amélioration à envisager. Elle constatait qu'un médecin dépassait légèrement le taux maximum prévu. Le compte-rendu indique *« le praticien concerné a, à trois reprises, fait l'objet de courriers pour lui rappeler que le nombre de consultations et d'actes effectués (...) doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique* ». Elle constatait également qu'un praticien ne déclarait aucune activité *« en infraction aux dispositions réglementaires ».*

La Commission d'activité libérale s'est réunie à deux reprises en 2012 et en 2013. Lors de cette séance du 28 juin 2013, les débats attestent de l'introduction d'un suivi des constats et observations de la CAL ainsi que d'un contrôle de l'activité libérale. Des régularisations de redevances dues par les praticiens n'ayant pas respecté les conditions d'exercice de l'activité libérale ont été opérées. L'analyse de l'activité par praticien et les régularisations financières qui en découlent, ont été menées en 2012 pour les exercices 2009, 2010 et 2011 en plus de l'exercice 2012 qui a été vérifié en 2013. Les régularisations pour la période 2009-2012 se sont élevées à 142 915 €.

La Chambre recommande la poursuite de la réorganisation en cours en s'appuyant sur le Directeur Général et le Président de CME afin de redonner toute sa crédibilité à la CAL.

L'hospitalisation ou la consultation en secteur libéral ne peut résulter que d'un libre choix du patient, c'est pourquoi le praticien a l'obligation juridique et morale d'informer clairement le patient afin qu'il puisse se déterminer en toute connaissance.

La Direction des affaires médicales rappelle l'obligation d'information des patients aux praticiens lors de la signature des contrats d'activité libérale. L'information du patient est réalisée par le secrétariat médical au moment de la prise de rendez-vous. Selon la direction : *« Les secrétaires indiquent aux patients si la prise en charge relève du secteur privé du praticien. »* Le tarif de la consultation privée est annoncé avant le rendez-vous ainsi que les modalités de remboursement par la mutuelle le cas échéant. Le livret d'accueil remis au patient et accessible sur le site Internet donne une information générale sur le secteur libéral pour les consultations et l'hospitalisation en rappelant l'obligation de signer un engagement. Le document relatif à l'activité libérale, seul document formalisé, apparaît succinct dans la connaissance que peut avoir le patient des conséquences de son choix. Une affiche est apposée dans les salles d'attente pour indiquer le secteur privé des praticiens et les tarifs. La direction renvoie à l'article 45.12 du règlement intérieur 2011 du CHU, accessible sur son portail Intranet qui formalise les règles d'information et d'organisation du secteur libéral et s'adresse plus particulièrement aux professionnels du CHU qu'aux patients. L'information des patients pourrait donc être améliorée.

La Chambre constate une répartition du nombre de praticiens par tranche d'honoraires comme suit :

Tranche d'honoraires perçus avant paiement de la redevance due au CHU	Nombre de praticiens
De 1 000 à 50 000 €	16
De 50 000 à 100 000 €	26
De 100 000 à 150 000 €	15
De 150 000 à 200 000 €	10

Source CHU

Les médecins autorisés à pratiquer une activité libérale facturent des tarifs applicables en secteur 1 et 2 et honoraires libres. Il n'appartient pas à la Chambre de se prononcer sur le tact et la mesure mais de constater que parmi les médecins salariés du CHU autorisés à pratiquer une activité libérale, vingt et un médecins sur les 62 autorisés, soit un tiers facturent leurs honoraires en secteur 1. Les deux autres tiers facturent en secteur deux ou en honoraires libres. Pour quatre médecins, le patient ne peut sur le site de la sécurité sociale connaître le montant des honoraires pratiqués.

La consultation en secteur libéral doit être la conséquence du choix librement consenti du patient d'être vu par un praticien qui, le cas échéant consulte en libéral, et non pas un moyen proposé par les secrétariats médicaux pour réduire les délais d'attente. Le souhait du patient d'être traité par un praticien en particulier, ne doit pas avoir pour conséquence de lui imposer une consultation en secteur libéral. Les patients doivent en effet accéder, dans des conditions comparables, aux consultations dispensées dans l'hôpital, qu'elles soient publiques ou privées. Ainsi, l'article 98 relatif à «*l'Abus de fonction*» du Code de déontologie médicale précise : *«Le médecin doit veiller à ce qu'aucune confusion n'apparaisse entre l'activité publique et l'activité privée. Il veillera au libre choix des patients et à l'égal accès à l'un et l'autre des secteurs de soins et respectera la proportion de temps qu'il doit consacrer au cours de la semaine respectivement à l'une et à l'autre activité».* Cette situation pourrait d'ailleurs amener des patients ou des familles à signaler les discriminations auprès de la Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge[8] (CRUQPC) du centre hospitalier.

Le CHU ne s'est pas encore donné les moyens d'une comparaison des délais d'accès entre consultations d'activité libérale et consultations publiques. La direction a indiqué qu'en la matière, elle entendait privilégier des enquêtes un jour donné et des appels anonymisés. La Chambre recommande que le CHU se dote de tous les outils et moyens pour contrôler les pratiques en matière d'activité libérale pour veiller à garantir les droits des patients.

En application de l'article L.6154-2 du code de la santé publique, le praticien s'engage à ce que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes correspondant à sa spécialité, effectués au titre de l'activité publique. Dans son interprétation du 6 février 1996 des dispositions qui régissent l'activité libérale des praticiens hospitaliers à temps plein, le Conseil d'Etat expliquait que *« c'est chacune des activités exercées, à savoir : consultations, soins en hospitalisation et actes médico-techniques, qui doit être effectuée à titre principal dans le secteur public. Pour apprécier si cette condition est satisfaite pour chacune desdites activités, et alors qu'aucun critère n'est fixé par les textes, il convient de tenir compte de l'ensemble des éléments de décompte et de comparaison utilisables et notamment des temps de consultation, du nombre et du volume des actes ainsi que du nombre de patients hospitalisés. Dans le cadre de cette appréciation, les visites au lit du malade ne doivent pas être prises en compte au titre des consultations mais au titre des soins en hospitalisation. »* Cette position a été énoncée avant l'introduction de la CCAM.

Pour apprécier la portée de la comparaison qui doit être faite entre activité publique et activité privée, la circulaire DHOS/M2 n°2005-469 du 14 octobre 2005 a précisé qu'il convient de tenir compte de l'ensemble des éléments de décompte et de comparaison utilisables pour chacune des activités exercées, à savoir :

[8] La Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC) du centre hospitalier, instituée par la loi du 4 mars 2002, est consultée et formule des avis et propositions sur la politique d'accueil et de prise en charge des personnes malades et de leurs proches. Elle veille au respect des droits des usagers et facilite leurs démarches afin qu'ils puissent exprimer leurs griefs. Elle examine les réclamations adressées à l'hôpital par les usagers et le cas échéant, les informe sur les voies de conciliation et de recours. Elle rend également compte de ses analyses et propositions dans un rapport présenté au conseil de surveillance.

- Les consultations (examen clinique et prestation intellectuelle) : Seules les consultations externes effectuées au cabinet du praticien, comptabilisées par l'établissement sous ce mode d'admission, doivent être prises en compte pour la comparaison du nombre de consultations publiques / privées.

- Les soins en hospitalisation et actes médico-techniques (actes diagnostics, NGAP et CCAM) : il convient ici de rapporter le volume des actes réalisés à la valeur moyenne des actes effectués dans le cadre de l'activité publique et de le comparer à celui des actes effectués dans le cadre de l'activité libérale.

Cette exigence a été réaffirmée dans la circulaire n° DHOS/M3/2008/313 du 16 octobre 2008 relative à l'application des décrets n°2008-464 du 15 mai 2008 et n°2008-1060 du 14 octobre 2008 relatifs à la redevance due à l'hôpital par les praticiens statutaires à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé.

Le compte-rendu de la séance du 19 novembre 2008 indique : *« s'agissant des actes, la plupart des praticiens se conforment au maximum de 50 % d'activité (...) Toutefois, 2 praticiens dépassent le maximum réglementaire : (...) 64,20 % et 85,30 %. (...) « L'analyse a mis en évidence un nombre de consultations privées supérieur à ce que prévoit la réglementation pour un praticien (85,10%) : ce fait déjà souligné l'an passé pour le praticien qui pratiquait alors 54,20 % d'activité libérale avait conduit la commission a lui rappeler par courrier la réglementation en vigueur. »*

Dans sa séance du 4 novembre 2009, la CAL constatait : *« 15 praticiens n'effectuent aucune déclaration, 18 praticiens présentent un recensement inférieur à la déclaration, 11 praticiens ont fait un recensement proche de la déclaration, 3 praticiens ont fait un recensement supérieur à la déclaration. Cette lacune rend en pratique illusoire la comparaison des deux activités, dont la commission, de l'activité libérale a à assurer le contrôle. »* Elle notait par ailleurs qu'un médecin enregistrait un nombre de consultations privées correspondant à 105,60% de son activité *« ce fait souligné les années passées pour le praticien concerné avait conduit la commission de l'activité libérale à lui rappeler par courrier la réglementation en vigueur. »*

Ces faits, se succédant d'année en année jusqu'en 2012, illustrent malheureusement le peu de crédibilité de la CAL et l'absence de volonté institutionnelle pendant cette période de faire respecter intégralement, par tous les médecins autorisés, la loi et les règlements en vigueur.

Lors de la séance du 11 juillet 2012, il a été constaté que jusqu'en 2007, les données Snir pouvaient être difficilement comparées aux données déclaratives des médecins car elles incluaient les dépassements d'honoraires qui, aussi étonnant que cela puisse paraître n'étaient pas soumis à redevance, ce qui ne pouvait être interprété que comme un encouragement à les pratiquer. Elle considérait que la modification de la réglementation en novembre 2008 rendait désormais possible ces comparaisons puisque les deux déclarations sont assises sur les honoraires et les dépassements, ce qui permet de les rapprocher.

Dans cette même séance, la CAL constatait :

- d'une part, en matière de déclaration des actes CCAM dans le système d'information du CHU, que 12 praticiens n'effectuent aucune déclaration, 35 praticiens ont un écart de déclaration supérieur à 15% et 5 un écart inférieur à 15%. Elle jugeait cette situation *« insatisfaisant car elle obère sa capacité de contrôle. » ;*
- et d'autre part, en matière de déclaration des honoraires qu'un praticien n'effectuait aucune déclaration, 15 des déclarations étaient inférieures aux données SNIR et 22 des déclarations

proches du SNIR, *« sachant que les données de 9 praticiens ne peuvent être comparées avec les données* SNIR *car elles concernent des patients étrangers ou relevant de la chirurgie esthétique non prise en charge par l'assurance maladie. »*
Le CHU explique que *« le système d'information de l'établissement fonctionne correctement pour restituer l'activité publique de chaque praticien, en revanche, la saisie de l'activité libérale reste à parfaire. Ce dernier point n'est en rien une difficulté dès lors que le SNIR est utilisé à des fins de comparaison »*, sachant que le SNIR prévaut sur toute autre considération compte tenu de sa fiabilité.

Le compte-rendu listait les irrégularités suivantes :
- absence de déclaration d'un médecin d'imagerie ;
- des dépassements résultant d'un éventuel non-respect de la règle du maximum de l'activité libérale pour 10 médecins (1 en biologie, 4 en chirurgie, 1 en pédiatrie, 2 en cardio-thoracique, 2 en imagerie et hépato-gastroentérologie) ;
- difficultés de comparaison pour certaines déclarations de médecins prenant en charge en activité libérale des malades étrangers et/ou relevant de la chirurgie esthétique ;
- existence de déclarations excédentaires pour 10 médecins ;
- inadaptation de déclarations de 4 médecins ayant débuté une activité.

L'ensemble des dérives concernent, en 2011, 39 % (25 / 64) des médecins autorisés, ce taux élevé confirme la défaillance pendant la période sous revue du suivi de la direction et du contrôle de la CAL.

C'est seulement depuis 2012, grâce au déploiement progressif du codage à la source et en temps réel de chaque praticien de son activité publique, que la direction peut comparer de manière précise, l'activité déclarée à titre libéral et l'activité qui figure au sein du SNIR. Dans la qualité de ce recensement, il subsiste une difficulté avec l'activité des internes, qui ne disposent pas de numéro ADELI, parce que non-inscrits à l'ordre des médecins, qui est imputée, au titre de l'activité publique, au praticien qui l'encadre et qui est le seul habilité à pouvoir valider des actes médicaux. Ceci peut fausser les comparaisons.

La Chambre constate, grâce au codage à la source, l'amélioration de la comparaison des actes relevant de l'activité libérale et de ceux relevant de l'activité de salarié du CHU et l'adressage d'une situation comparative émanant de la direction aux médecins concernés au cours de l'année pour attirer leur attention sur une éventuelle déviance.

Les médecins exerçant une activité libérale peuvent encaisser leurs honoraires soit directement, soit par l'intermédiaire de l'administration de l'hôpital. Dans tous les cas, ils doivent transmettre à la direction un état récapitulatif de leur activité libérale sur lequel figurent au regard de chaque acte ou consultation, les honoraires correspondants et le cas échéant, les dépassements. Hormis 3 praticiens pour lesquels le CHU encaisse les honoraires, tous les praticiens les encaissent directement.

L'établissement propose aux médecins autorisés la possibilité d'un encaissement par l'établissement. La Chambre constate que ce choix, qui ne peut être contraint par la direction, est extrêmement minoritaire parmi les médecins autorisés à exercer une activité libérale. L'encaissement par le CHU serait de nature à lever une grande part de l'opacité réelle ou virtuelle sur les honoraires encaissés et contribuerait ainsi à la transparence et au contrôle de ladite activité.

La redevance[9] vise à dédommager l'hôpital pour l'utilisation des locaux, des équipements et éventuellement la participation du personnel salarié hospitalier, à l'occasion de l'exercice de l'activité libérale. La redevance n'est affectée à aucune dépense particulière en vertu du principe comptable de non affectation des recettes. L'hôpital perçoit par ailleurs la dotation liée au GHS sans modification par rapport à un patient pris en charge dans le cadre de l'activité publique. Pour mémoire, le montant des redevances s'inscrit au titre 3 du budget «recettes subsidiaires» et participe à l'équilibre général de l'hôpital.

La redevance versée par le praticien peut faire l'objet, le cas échéant, de redressement en fin d'année, à partir de la comparaison de l'activité déclarée avec celle recensée sur les relevés SNIR de l'assurance maladie. Cette redevance, grevée de TVA à hauteur de 19,6% est fixée en pourcentage des honoraires perçus, dépassements éventuels compris. S'agissant de l'activité d'imagerie et plus particulièrement de l'activité externe de scanner, en public comme en privé, elle se facture en un acte intellectuel (attribué au radiologue effectuant l'interprétation) et un forfait technique (destiné au titulaire de l'autorisation, en l'occurrence l'hôpital). Sont exclus de l'assiette de la redevance, les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil, comme le scanner. Ce qui signifie que dans le cadre de l'exercice libéral d'une activité de scanner, un radiologue hospitalier ne verse aucune redevance sur l'acte intellectuel, alors qu'il est soumis à redevance pour tous les autres actes effectuées en radiologie (radiologie conventionnelle, échographie) et se voit gratifier d'un reversement de la part de l'hôpital, titulaire de l'autorisation, de 20% du montant du forfait[10]. Cette activité libérale pour un praticien hospitalier est donc particulièrement lucrative.

La redevance est calculée sur la base des déclarations des médecins. Pour la période sous revue, la direction a vérifié les déclarations en les confrontant aux données provenant de l'assurance maladie (relevés SNIR de la caisse primaire d'Assurance Maladie). Le CHU a été amené à demander des reversements de redevance. L'ensemble des sommes dues par les médecins correspondant aux écarts figurant entre les redevances payées et les redevances réellement dues a été recouvré par le Trésor public. Il faut souligner le travail réalisé depuis 2012 en la matière.

4.2.8 – La formation des personnels médicaux

L'article L6155-1 du Code de la Santé publique institue une nouvelle obligation, celle du Développement professionnel Continu (DPC) ; elle a pour objectif le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins et du mieux-être des patients, notamment dans le domaine de la prévention, ainsi que l'amélioration de la prise en compte des priorités de santé publique. Bien que ces dispositions datent du 21 juillet 2009, la date effective d'entrée en vigueur de cette obligation est encore incertaine, dans l'attente des décrets d'application correspondants. La FMC, puis demain le DPC constituent une obligation déontologique pour les médecins car ils permettent l'adaptation permanente de leurs pratiques à l'évolution des techniques et des connaissances médicales et vise l'amélioration des connaissances nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. L'organisation du DPC et de l'évaluation des pratiques professionnelles incombe, dans les établissements hospitaliers, à la Commission Médicale

[9] Décrets n°2008-464 du 15 mai 2008 et 2008-1060 du 14 octobre 2008, circulaire interministérielle du 16 octobre 2008.

[10] Les articles L. 6154-3 et R6154-8 du code de la santé publique fixe à 20% le montant de la quote-part du forfait technique versé par l'hôpital propriétaire de l'équipement à son radiologue salarié autorisé à exercer une activité libérale. L'article D6154-10-1 prévoit que *« la redevance mentionnée à l'article L. 6154-3, due à l'établissement par les praticiens qui exercent une activité libérale, est fixée en pourcentage des honoraires qu'ils perçoivent au titre de cette activité. Toutefois, ne sont pas soumis à redevance les honoraires perçus au titre des examens dont la tarification dissocie la prestation intellectuelle des frais de fonctionnement de l'appareil. »*. Ce qui est le cas du scanner.

d'Etablissement qui prépare à cet effet annuellement avec le directeur, le ou les plans de formation et les actions d'évaluation correspondantes. La FMC et l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) concernent tous les PH temps plein et temps partiel, les assistants des hôpitaux et les praticiens attachés. En sont réglementairement exclus les internes médecins en formation initiale.

Le CHU s'est organisé pour mettre en place le DPC et préparer le plan de formation annuel. Un groupe DPC a été constitué qui a pour rôle :

- organiser l'obligation de Développement Professionnel Continu des praticiens ;
- participer à l'élaboration d'une stratégie de déploiement de l'EPP en lien avec l'ensemble des structures de l'établissement concernées (Directions, Pôles, Centre de Formation…) ;
- procéder à l'élaboration et au suivi du Plan annuel de FMC, ainsi qu'à la gestion de l'attribution des soutiens financiers ;
- établir un bilan annuel sur la gestion de la FMC à l'attention du Directeur Général et de la Commission Médicale d'Etablissement.

La direction des Affaires Médicales participe à l'élaboration du Plan de FMC et le diffuse auprès des personnels bénéficiaires. Elle réalise le suivi comptable du budget de la FMC, assure le secrétariat de la commission de la formation et joue un rôle de conseil et d'information auprès des praticiens.

Le CHU dispose d'un plan annuel de formation arrêté par le directeur en collaboration avec la CME dont les modalités d'élaboration sont formalisées et organisées.

Le budget de la formation médicale continue est égal à 0,50 % de la masse salariale brute des praticiens. La formation des praticiens était financée de 2007 à 2012 grâce à cette ressource qui permettait d'identifier un montant maximum disponible pour couvrir les dépenses de formation médicale. Depuis 2013, le CHU finance toujours les dépenses liées à la formation médicale qui n'entrent pas dans le cadre du DPC à hauteur de 0,2% de la masse salariale du personnel médical. Depuis la mise en place du DPC en 2013 le CHU cotise également auprès de l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) à hauteur de 0,30% de la masse salariale, qui est chargée de rembourser les formations financées par le CHU qui rentrent dans le cadre du DPC.

Le tableau ci-dessous décrit la formation médicale continue de 2011 au 30 septembre 2013.

FMC /DPC	2011	2012	2013 (au 30 septembre)
Crédits	381 293 €	389 109 €	355 861 €
Dépenses	232 962 €	258 334 €	270 916 €
Dont versement à l'Anfh	0 €	0 €	158 838 €
Crédits non consommés	148 331 €	130 775 €	84 915 €
Ecart crédits / dépenses	61 %	66,3 %	76,1 %
Nombre de médecins bénéficiaires	399	438	302
Nombre de médecins ayant participé aux formations intégrées au plan de formation médicale	147	119	62
Nombre de médecins ayant participés à des formations non prévues par le plan de FMC mais financées sur ses crédits	252	319	240

Source CHU

On constate que la consommation annuelle des crédits ouverts en début d'exercice augmente. Le ratio de consommation passe de 61% en 2011 à 76 % au 30 septembre 2013. Cependant, des crédits restent encore non consommés chaque année. La direction explique que *« du fait de règles internes de prise en charge limitatives et sans doute un peu restrictives, par exemple, lorsque les frais d'inscription sont supérieurs au forfait de prise en charge, le remboursement institutionnel est limité aux seuls frais d'inscription ; les frais de déplacement et de séjour restant à la charge du praticien. Autre biais : les praticiens, notamment hospitalo-universitaires, qui passent par d'autres sources de financement (Université, Industrie des produits de santé,…). »* Des médecins bénéficient d'actions de formation hors plan de formation institutionnel. La direction explique que *« contrairement à ce qui se passe pour le personnel non médical, le plan local de FMC/DPC n'a pas à ce jour la prétention de couvrir l'ensemble du champ de la formation pour toutes les disciplines (par exemple, la participation aux congrès). »*

S'agissant du DPC, la direction considère qu'il demeure encore en construction mais donne largement satisfaction aux professionnels concernés et à l'institution, du fait de cette nouvelle approche conceptuelle qui arrime clairement désormais une analyse des pratiques professionnelles à des acquis cognitifs. Deux soucis subsistent : d'une part, la lenteur et les retards itératifs de mise en œuvre des nouvelles relations avec l'ANFH en 2013. D'autre part, des besoins de formation qui vont avoir du mal à s'insérer dans la définition du DPC ; par exemple, l'acquisition d'une langue étrangère comme l'anglais ou l'apprentissage des méthodologies en matière de recherche clinique. Bien que le CHU se soit calé sur les minima réglementaire, le surcoût de la mise en place du DPC est important: 389 109 € pour 2012 et 474 482 € pour 2013 en année pleine. Soit une augmentation en 2013 de 22%.

Pour le DPC, la direction explique que *« le CHU a adhéré à la convention ANFH sur la base d'une gestion de 60 % des crédits (donc en effet 0,3 % de la masse salariale brute hors charges) par l'ANFH puisque c'était une des options offertes par le dispositif national. Quant au retour d'investissement pour l'exercice 2013, la situation demeure encore confuse tant est lente la mise en place des nouvelles procédures avec l'ANFH. »*