



# RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

## CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

*dont enquête sur les actes et  
consultations externes*  
(Département du Nord)

Exercices 2014 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,  
a été délibéré par la chambre le 15 mai 2019.



## TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE .....	3
RECOMMANDATIONS.....	5
INTRODUCTION.....	7
1 LE POSITIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT.....	8
1.1 Présentation de l'établissement.....	8
1.2 L'offre de soins et les parts de marché .....	8
1.3 L'activité.....	9
1.4 Les précédentes recommandations de la chambre .....	10
2 LA SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGÉTAIRE .....	10
2.1 La situation financière globale.....	10
2.2 La situation financière du budget principal .....	11
2.2.1 Les corrections apportées au bilan.....	11
2.2.2 L'évolution des produits et des charges de fonctionnement .....	12
2.2.3 La capacité d'autofinancement .....	16
2.2.4 Les investissements .....	17
2.2.5 Les perspectives.....	18
3 LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES.....	21
3.1 Avant-propos : présentation et méthode .....	21
3.2 L'activité « actes et consultations externes ».....	21
3.2.1 Le décompte de l'activité.....	21
3.2.2 Les enjeux financiers .....	24
3.3 La stratégie de l'établissement en matière d'actes et de consultations externes.....	24
3.3.1 Introduction.....	24
3.3.2 La stratégie régionale de territoire .....	25
3.3.3 Les projets d'établissement.....	26
3.3.4 Le contrat d'objectifs et de moyens et les plans de retour à l'équilibre.....	27
3.3.5 Le pilotage et le suivi des actes et des consultations externes .....	28
3.3.6 La communication en matière d'actes et de consultations externes .....	30
3.3.7 Évaluations et audits réalisés sur les actes et les consultations externes .....	31
3.4 L'offre d'actes et de consultations proposée par l'établissement .....	33
3.4.1 Méthodologie.....	33
3.4.2 L'étendue de l'offre .....	34
3.4.3 L'organisation de la permanence des soins .....	35
3.4.4 La couverture des besoins sur le territoire .....	36
3.5 L'organisation mise en place par l'établissement.....	38
3.5.1 Présentation.....	38
3.5.2 L'organisation des consultations .....	39
3.5.3 La prise de rendez-vous .....	42
3.5.4 L'admission du patient en consultation .....	43
3.5.5 Le codage des actes .....	45
3.5.6 La facturation à l'assurance maladie .....	46
3.5.7 La facturation au patient .....	47

3.6 Le recouvrement des recettes liées aux actes et consultations externes .....	48
3.7 L'organisation et le suivi de l'activité libérale .....	49
3.7.1 Présentation de l'activité libérale.....	49
3.7.2 Les conditions d'exercice de l'activité libérale .....	50
3.7.3 La redevance.....	54
3.7.4 Les modalités d'information aux patients.....	55
3.7.5 La commission d'activité libérale.....	57
ANNEXES .....	60

## SYNTHÈSE

Le présent rapport s'inscrit, principalement, dans le cadre de travaux communs des juridictions financières portant sur l'organisation des actes et des consultations externes.

Établissement public de santé de référence pour la région Hauts-de France, le centre hospitalier universitaire de Lille compte 2 688 lits et places, et dispose d'un budget consolidé d'1,3 Md€ Siège du groupement hospitalier de territoire Lille Métropole Flandre intérieur, il comptait 12 824 agents en 2017 dont 1 053 personnels médicaux.

Depuis 2014, la situation financière se dégrade fortement, l'exercice 2017 clôturant avec un déficit d'exploitation de 24,4 M€ pour le budget principal et de 22,4 M€ pour l'ensemble des budgets consolidés. Le report déficitaire en 2017 était de 126 M€ Malgré la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre sur cette période, la progression des charges est restée plus soutenue que celle des produits tirés de l'activité.

Ces déséquilibres interviennent alors que le centre hospitalier a réalisé, entre 2014 et 2017, d'importants investissements d'un montant total de 330 M€ dont près de 60 % ont été financés par l'emprunt. Compte tenu de la diminution de ses disponibilités financières, la dette de l'établissement, de 424 M€ en fin de période, représentait 12 années d'épargne.

Les résultats financiers provisoires pour 2018 reconduisent un déficit de 21,3 M€ pour le budget principal. Cet exercice intègre les premières mesures du nouveau plan dit « modernisation et équilibre », signé en 2018, qui a pour objectif de dégager un résultat positif et une marge brute de 6,8 % en 2022, contre 3,2 % actuellement en 2017 et 4,4 % en 2018.

La réussite de ce plan, qui s'appuie sur des hypothèses d'économies de gestion optimistes, conditionne le financement d'un plan d'équipement de 302 M€ sur cinq ans et la soutenabilité financière de 194 M€ d'emprunts supplémentaires.

Afin d'optimiser ses ressources, le centre hospitalier porte une attention croissante à son activité de production d'actes et de consultations externes.

Si ces dernières ne représentent que 7 % des recettes de courts séjours, leur développement occupe une place croissante dans la stratégie de l'établissement pour attirer de nouveaux patients. L'offre de soins externes, complète et spécialisée, a d'ailleurs représenté 751 000 consultations en 2017 et a vu son volume d'activités progresser de 14 % en cinq ans.

Depuis 2014, les efforts de gestion ont, notamment, porté sur les conditions d'accueil du patient, l'amélioration du recueil de l'activité ainsi que sa facturation auprès de l'assurance maladie.

Malgré les contraintes de fonctionnement liées à la configuration pavillonnaire des lieux et à l'offre d'un grand nombre de spécialités, le centre hospitalier s'est engagé dans un travail de rationalisation et de regroupement des activités de consultations.

Toutefois, l'établissement n'a pas de visibilité sur l'ensemble de son activité de soins externes. Il n'existe pas, à ce jour, de cartographie précise de l'offre dans ce secteur et des moyens qui y sont consacrés.

En l'absence de contrôle de gestion et de système d'information performant, les outils de pilotage ne permettent pas un suivi précis de l'activité des actes et de consultations externes. Un travail de réorganisation du contrôle de gestion a débuté en 2018 et doit se poursuivre par la mise en place d'un système d'information dédié.

S'agissant de l'activité privée des praticiens, l'action de la commission d'activité libérale est défailante, cette dernière n'effectuant aucun contrôle sur les modalités d'exercice des médecins et le respect des droits du patient.

## RECOMMANDATIONS<sup>1</sup>

### Rappels au droit (régularité)

	<i>Totalement mis en œuvre<sup>2</sup></i>	<i>Mise en œuvre en cours<sup>3</sup></i>	<i>Mise en œuvre incomplète<sup>4</sup></i>	<i>Non mis en œuvre<sup>5</sup></i>	<i>Page</i>
<b>Rappel au droit n° 1</b> : assurer le respect, par les médecins exerçant une activité libérale, du plafond de 20 % de la durée de service hospitalier, conformément aux dispositions de l'article L. 6154-2-II du code de la santé publique.				X	51
<b>Rappel au droit n° 2</b> : mettre en place un recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisés au titre de l'activité publique de chaque praticien exerçant une activité libérale, conformément aux dispositions de l'article R. 6154-3 du code de la santé publique.				X	53
<b>Rappel au droit n° 3</b> : garantir le respect du droit à l'information du patient pris en charge en secteur privé, tel que posé par les articles L. 1111-3-2 et R. 6154-7 du code de la santé publique.				X	56

<sup>1</sup> Les recommandations de régularité (rappels au droit) et de performance ont été arrêtées après examen des réponses écrites et des pièces justificatives apportées par l'ordonnateur en réponse aux observations provisoires de la chambre.

<sup>2</sup> L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre la totalité des actions permettant de répondre à la recommandation.

<sup>3</sup> L'organisme contrôlé affirme avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires au respect de la recommandation et fait part d'un commencement d'exécution. Il affirme avoir l'intention de compléter ces actions à l'avenir.

<sup>4</sup> L'organisme contrôlé indique avoir mis en œuvre une partie des actions nécessaires sans exprimer d'intention de les compléter à l'avenir.

<sup>5</sup> L'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires mais affirme avoir la volonté de le faire. Aucun commencement d'exécution n'est mis en avant.

L'organisme contrôlé indique ne pas avoir pris les dispositions nécessaires, ou précise ne pas avoir le souhait de le faire à l'avenir ou ne fait pas référence dans sa réponse à la recommandation formulée par la chambre.

### Recommandations (performance)

	<i>Totalement mise en œuvre</i>	<i>Mise en œuvre en cours</i>	<i>Mise en œuvre incomplète</i>	<i>Non mise en œuvre</i>	<i>Page</i>
<b>Recommandation n° 1</b> : fiabiliser le contrôle de gestion en matière d'actes et de consultations externes en disposant notamment d'un suivi de l'activité par praticien.		X			29
<b>Recommandation n° 2</b> : renforcer la connaissance complète et le suivi de l'activité externe au moyen d'une instance de pilotage dédiée.		X			30
<b>Recommandation n° 3</b> : diversifier les modalités de prise de rendez-vous en consultations.		X			43
<b>Recommandation n° 4</b> : améliorer la fiabilité du codage des actes externes par l'informatisation du mode de saisie et le renforcement du contrôle du département d'information médicale.				X	46



## **INTRODUCTION**

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier régional universitaire de Lille (Nord) a été ouvert par lettre du président de la chambre adressée le 6 juillet 2018 à M. Frédéric Boiron, directeur et ordonnateur depuis avril 2017. Par lettre du même jour, Mme Martine Aubry, présidente du conseil de surveillance de l'établissement, en a été informée.

Messieurs Yvonnick Morice, Bruno Donius et Jean-Olivier Arnaud, anciens ordonnateurs, ont été informés de l'ouverture du contrôle par courrier du 31 août 2018.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu le 10 décembre 2018 avec le directeur, et par téléphone, le 11 décembre 2018 avec MM. Arnaud et Morice et le 13 décembre 2018 avec M. Donius.

Le contrôle a principalement porté sur l'organisation des actes et des consultations externes, thème qui s'inscrit dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières.

Lors de sa séance du 18 janvier 2019, la chambre a formulé des observations provisoires qui ont été transmises au directeur. Des extraits ont été adressés à des tiers concernés.

Après avoir examiné la réponse du directeur et celle des tiers, la chambre, dans sa séance du 15 mai 2019, a arrêté les observations définitives suivantes.

# 1 LE POSITIONNEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT

## 1.1 Présentation de l'établissement

Le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) de Lille est à la fois l'établissement de référence et de recours de l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais et la structure de soins de proximité de la métropole lilloise.

Doté d'un budget consolidé d'1,3 Md€ et comptant 12 824 salariés dont 1 053 personnels médicaux, Il représente, avec le Parc Eurasanté et l'université, le plus grand campus hospitalo-universitaire d'Europe.

L'établissement est organisé en 15 pôles d'activités médicales, dotés de technologies de pointe, qui collaborent avec de nombreuses structures de recherches.

Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, il est support du groupement hospitalier de territoire Lille Métropole Flandre intérieure qui regroupe neuf autres structures hospitalières.

Disposant d'une capacité totale de 2 688 de lits et places dont 2 447 lits dans les disciplines de médecine, chirurgie et obstétrique, il a réalisé, en 2017, plus de 194 000 séjours à ce titre, et assuré 115 900 passages aux urgences.

## 1.2 L'offre de soins et les parts de marché

La zone d'attractivité du centre hospitalier régional universitaire de Lille correspond en grande partie à l'ancienne région Nord-Pas-de-Calais mais rayonne également, pour certaines spécialités, sur l'ancienne région Picardie et la Belgique.

Sur ce territoire, l'établissement réalise, à lui seul, 21 % des séjours de sa zone de recrutement et 44 % de l'activité d'obstétrique. Le faible taux d'hospitalisation par les urgences, de 27,3 % en 2017, au profit d'une activité plus programmée, confirme son statut d'établissement de spécialités et de références.

Il doit faire face à une concurrence très forte tant dans le secteur public que privé.

Ainsi, si la métropole lilloise dispose d'une offre de soins publique importante au travers notamment des centres hospitaliers de Roubaix et de Tourcoing, le groupe Ramsay, propriétaire de nombreuses cliniques sur l'agglomération, dont notamment la clinique de la Louvière ou l'hôpital privé de Villeneuve d'Ascq, est un acteur important.

Malgré ce contexte, les parts de marché de l'établissement sont en légère augmentation entre 2013 et 2017<sup>6</sup>, que ce soit en médecine (+ 1,6 %), en chirurgie (+ 2 %) ou en obstétrique (+ 2,5 %).

---

<sup>6</sup> Source : HospiDiag.

### 1.3 L'activité

L'activité de court séjour, exprimée en résumés standardisés de sortie<sup>7</sup>, a progressé dans l'ensemble de 5,8 % entre 2014 et 2017.

La chirurgie est globalement en hausse de 20 %, du fait de la progression de l'ambulatoire.

De même, si la médecine, tous modes de prise en charge confondus, stagne, le nombre de séances évolue fortement (14,6 %) passant 47 511 en 2013 à 54 442 à 2017.

Seule l'activité d'obstétrique, dans un contexte de stabilité démographique, marque le pas (- 0,4 %).

**Tableau n° 1 : Évolution du nombre de résumés standardisés de sortie entre 2014 et 2017**

Nombre de RSS	2014	2015	2016	2017	Évolution
Hospitalisation complète	128 032	128 544	136 146	135 603	5,9 %
Médecine	55 552	54 946	60 988	62 544	12,6 %
Chirurgie	33 661	34 003	34 331	32 482	- 3,5 %
Obstétrique	14 454	14 124	14 602	14 603	1 %
Urgences	24 365	25 471	26 225	25 974	6,6
Hôpital de jour	55 432	54 223	58 333	58 545	5,6 %
Médecine	28 630	27 378	27 381	19 581	- 31,6 %
Chirurgie	21 433	21 709	25 523	33 818	57,8 %
Obstétrique	5 369	5 136	5 429	5 146	- 4,2 %
Total des séjours	183 464	182 767	194 479	194 148	5,8 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHRU de Lille.

En 2017, l'établissement compte, en moyenne, 71,4 séjours par lit de court séjour, ce qui est supérieur à la moyenne nationale des centres hospitalo-universitaires (CHU), de 68,4 en 2016<sup>8</sup>.

Cette moyenne recouvre toutefois des taux d'occupation élevés en chirurgie<sup>9</sup> et en obstétrique mais plus faibles en médecine<sup>10</sup>, ces derniers ayant conduit à des ajustements capacitaires à la baisse.

<sup>7</sup> Le résumé standardisé de sortie, base du système d'information médicale à l'hôpital, est un document de nature médicale qui rassemble des informations de démographie, de diagnostic et de thérapeutique à propos de chaque séjour d'un malade à l'hôpital.

<sup>8</sup> Cour des comptes, rapport sur le rôle des CHU dans l'offre de soins, décembre 2018.

<sup>9</sup> 2016 : 111,5 % de taux d'occupation pour une moyenne de 110,4 % pour les établissements de sa catégorie les plus performants et de 86,2 % pour les moins performants (source : HospiDiag).

<sup>10</sup> 2016 : 70,4 %, soit la moyenne des établissements les moins performants de sa catégorie (source : HospiDiag).

## 1.4 Les précédentes recommandations de la chambre

Lors de ses rapports précédents de 2016 et 2017, la chambre avait formulé six recommandations dont le suivi est détaillé dans un tableau figurant en annexe n° 2. Trois d'entre elles ont été d'ores et déjà mises en œuvre et une autre est en voie de l'être. Les sujets intéressants la situation financière et l'activité libérale sont également abordés dans le présent rapport.

## 2 LA SITUATION FINANCIÈRE ET BUDGÉTAIRE

### 2.1 La situation financière globale

Le CHRU de Lille compte, en plus de son budget principal, six budgets annexes concernant la dotation non affectée, une unité de soins de longue durée, les écoles, un établissement d'hébergement pour personnes âgées, un centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ainsi que le groupement hospitalier de territoire.

Le budget principal représentait, en 2017, plus de 98 % des charges de fonctionnement consolidées.

La situation financière continue à se dégrader fortement, le déficit consolidé passant de - 2,7 M€ en 2014 à - 22,4 M€ en 2017 pour un report à nouveau déficitaire s'élevant désormais à 126,4 M€

**Tableau n° 2 : Résultats d'exploitation du budget principal et des budgets annexes**

Budget (en €)	2014	2015	2016	2017
Activité principale	- 4 032 912	- 14 596 929	- 15 391 102	- 24 403 123
Dotation immobilière	1 229 268	2 271 309	2 002 645	2 266 019
USLD	- 105 707	- 191 922	- 72 497	- 239 292
Écoles	- 73 755	155 078	286 238	41 066
EHPAD	- 9 430	- 200 338	- 251 477	- 85 377
CSAPA	276 010	-35 159	29 378	15 846
GHT	0	0	0	0
Résultat total	- 2 716 527	- 12 597 963	- 13 396 815	- 22 404 861
Résultat hors aides	- 3 716 517	- 13 270 296	- 14 546 815	- 22 404 861

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

USLD : unité de soins de longue durée ; EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ; CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; GHT : groupement hospitalier de territoire.

Le déséquilibre provient, essentiellement, du budget principal, qui voit son déficit d'exploitation passer de - 4 M€ en 2014 à - 24,4 M€ en 2017 ; ces résultats incluent des aides budgétaires non reconductibles d'un montant cumulé de 2,8 M€<sup>11</sup>.

Ces déficits successifs interviennent alors même que l'établissement avait mis en place, à la demande du comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre, dès janvier 2014, un plan de retour à l'équilibre nommé « Horizon 2020 ».

Ce plan devait, notamment grâce à une efficacité améliorée du codage de l'activité, permettre de renouer avec les excédents budgétaires en 2017. Il devait ainsi garantir le financement d'un important plan d'investissement de 401,7 M€ entre 2013 et 2017 comprenant, notamment, la construction de l'institut cœur poumon.

## **2.2 La situation financière du budget principal**

### **2.2.1 Les corrections apportées au bilan**

Dans le cadre des travaux de préparation à la certification de ses comptes, l'établissement a procédé à de nombreuses corrections portant, essentiellement, sur les montants des provisions constituées, ainsi que sur la méthode retenue pour l'amortissement des biens.

Pour l'exercice 2015, le montant des provisions a été revu à la hausse de 17,2 M€ pour tenir compte des comptes épargne-temps médicaux et non médicaux ainsi que des allocations de retour à l'emploi.

L'actif du bilan a été également modifié par une dépréciation de certains de ses éléments, suite à la mise à jour de la valeur du patrimoine.

Dans l'ensemble, les provisions, qui se traduisent par des charges exceptionnelles de fonctionnement, ont progressé de 40 %, soit + 20,6 M€ en quatre ans.

Les provisions pour dépréciation de créances, qui rendent compte de la difficulté de recouvrement, ont également fortement progressé passant de 15,16 M€ en 2014 à 28,7 M€ en 2017.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur précise que ce provisionnement exceptionnel s'explique par un contentieux concernant la facturation des transports des services d'urgence et de réanimation (SMUR) qui représente un manque à gagner estimé à 15 M€ pour le CHRU. Il indique, par ailleurs, que cette activité est financée, depuis 2017, par le biais d'une dotation de mission d'intérêt général.

---

<sup>11</sup> 2014 : 1 M€ ; 2015 : 672 000 € ; 2016 : 1,15 M€

**Tableau n° 3 : Évolution des produits et des charges de fonctionnement du budget principal (2014-2017)**

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017	Évolution
Produits versés par l'assurance maladie	840 593	878 486	913 514	934 133	11,1 %
Autres produits de l'activité hospitalière	92 867	96 819	99 342	95 054	2,4 %
Autres produits	202 846	220 431	239 049	257 198	26,8 %
Total des produits	1 136 306	1 195 736	1 251 905	1 286 385	13,2 %
Charges de personnel	695 339	706 621	727 258	750 474	7,9 %
Charges à caractère médical	277 187	277 023	297 261	313 640	13,2 %
Charges à caractère hôtelier et général	78 817	79 219	83 713	80 025	1,5 %
Charges d'amortissement et financières	88 996	147 470	159 064	166 650	87,3 %
Total des charges	1 140 339	1 210 333	1 267 296	1 310 788	14,9 %
Résultats	- 4 033	- 14 597	- 15 391	- 24 403	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

Ces opérations se sont traduites, en 2015, par une diminution des fonds propres de 22,93 M€ et un recul de l'actif net au bilan d'ouverture de 5,5 M€

Le résultat a été aussi corrigé à la baisse pour un montant évalué par l'établissement à 8,42 M€ en 2015, 5,8 M€ en 2016 et 6,4 M€ en 2017.

Compte tenu des ajustements opérés et des fortes variations constatées en matière de dotations, provisions et charges financières, l'analyse portera sur les charges et les produits de fonctionnement courant.

## 2.2.2 L'évolution des produits et des charges de fonctionnement

Les produits de fonctionnement courant progressent, en moyenne, de 2,2 % par an entre 2014 et 2017, soit à un rythme plus faible que l'évolution des charges (2,7 %).

**Tableau n° 4 : Évolution des charges et des produits de fonctionnement courant**

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017	Evol moy/an
Produits courants	1 083 610	1 096 233	1 136 899	1 157 179	2,20 %
Charges courantes	1 032 774	1 042 659	1 082 946	1 119 872	2,70 %
Marge brute	50 836	53 574	53 954	37 306	- 9,80 %
Résultats d'exploitation	- 4 033	- 14 597	- 15 391	- 24 403	

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

Dans ce contexte, la marge brute du budget principal, qui permet de mesurer les disponibilités financières dégagées par l'établissement pour financer ses frais financiers et d'amortissement, diminue fortement, passant de 50,8 M€ en 2014 à 37,3 M€ en 2017 ; elle représente seulement 3,3 % des produits de gestion courante contre 4,7 % en début de période.

Ces performances financières étaient parmi les plus faibles des établissements de même catégorie<sup>12</sup>.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur indique que, suite à la mise en place d'un plan de retour à l'équilibre en 2018, dénommé « modernisation et équilibre », le taux de marge s'établirait, selon les données financières provisoires, à 4,4 % pour cet exercice.

### 2.2.2.1 L'évolution des produits

Les produits de gestion courante sont composés à plus de 86 % de produits de l'activité hospitalière et évoluent, en moyenne, de 2,5 % par an entre 2014 et 2017. Plus de 90 % d'entre eux sont pris en charge par l'assurance maladie.

**Tableau n° 5 : Évolution des produits de l'activité hospitalière entre 2014 et 2017**

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017	Variation annuelle moyenne
Produits de la tarification à l'activité (a)	547 297	543 213	566 428	587 799	2,4 %
dont produits de la tarification des séjours	470 646	467 218	486 408	489 287	1,3 %
dont produits des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus	76 651	75 995	80 020	98 512	8,7 %
Produits forfaitaires (b)	240 932	257 938	265 089	260 685	2,7 %
dont forfait urgences, prélèvements et transplantations	9 788	11 042	11 207	11 735	6,2 %
dont missions d'intérêt général et aide à la contractualisation (MIGAC)	177 014	192 432	200 113	196 907	3,6 %
dont dotations annuelles de financement (DAF)	54 130	54 464	53 769	52 042	- 1,3 %
<b>Produits de l'hospitalisation (a + b = c)</b>	<b>788 229</b>	<b>801 151</b>	<b>831 517</b>	<b>848 484</b>	<b>2,5 %</b>
Produits faisant l'objet d'une tarification spécifique (d)	51 749	54 627	58 106	60 816	5,5 %
dont consultations externes	42 245	44 558	46 630	48 585	4,8 %
dont forfait accueil et traitement des urgences	2 032	2 091	2 066	2 153	2,0 %
dont autres forfaits	7 472	7 978	9 409	10 079	10,5 %
Produits à la charge de l'assurance maladie (c + d = e)	839 978	855 778	889 623	909 301	2,7 %
Produits de l'activité non pris en charge par l'assurance maladie (f)	92 867	96 819	99 342	95 054	0,8 %
dont produits à la charge des patients et complémentaires santé	62 634	62 832	55 087	52 513	- 5,7 %
dont produits sur patients étrangers et autres établissements/État	30 232	33 987	44 255	42 541	12,1 %
<b>Produits de l'activité hospitalière (e + f)</b>	<b>932 845</b>	<b>952 596</b>	<b>988 964</b>	<b>1 004 354</b>	<b>2,5 %</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

<sup>12</sup> Pour 2016, marge brute des établissements les moins performants de la catégorie : 4,1 % (source : HospiDiag).

Les produits de l'activité sont constitués en majorité (48 %) de produits liés à la facturation des séjours d'hospitalisation et dont la valorisation n'a progressé que de 4 % entre 2014 et 2017, soit, en moyenne annuelle, d'1,3 % par an.

Bien que le mode de facturation de ses séjours, modifié à partir de 2016<sup>13</sup>, a permis de générer une plus-value de recettes d'activité de 13,5 M€ la baisse tendancielle des tarifs de l'assurance maladie sur la période s'est, malgré tout, traduite par une évolution des produits plus faible que celle du nombre de séjours (5,8 %).

Par ailleurs, les gains de recettes générés en 2016 ont été, en partie, atténués par un dégrèvement des missions d'intérêt général<sup>14</sup> de 4,3 M€

L'évolution des financements forfaitaires, qui représentent 26 % des produits de l'activité hospitalière, est également contrastée. Si les forfaits ont été revalorisés en moyenne de 6,2 % par an, sous l'effet de la hausse de l'activité des urgences, les dotations, finançant notamment les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation, marquent le pas.

S'agissant des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), la forte hausse des montants perçus s'explique par le rattachement des internes de l'ensemble de la région au centre hospitalier universitaire et sont donc gagés par une dépense équivalente. Hors ces financements exceptionnels s'élevant à 32 M€ en 2017 contre 14 M€ en 2014, l'enveloppe des MIGAC demeure stable sur la période (1,4 %).

Seules les recettes faisant l'objet d'une tarification spécifique connaissent une forte dynamique d'en moyenne 5,5 % par an, même si celles-ci ne représentent que 4,8 % des produits de l'activité.

Elles recouvrent, pour l'essentiel, les recettes des consultations et actes externes, en hausse moyenne annuelle de 4,8 %, mais aussi le forfait « accueil et traitement des urgences », montant fixe versé à chaque passage aux urgences non suivi d'hospitalisation et dont le montant augmente de plus de 10 % par an en moyenne.

Au final, si les produits versés par l'assurance maladie évoluent favorablement, en moyenne, de 2,5 % par an, seule une faible part d'entre eux constitue une disponibilité financière nouvelle pour l'établissement.

De même, les produits restant à la charge du patient ou de sa mutuelle évoluent faiblement (0,8 %). Les fortes évolutions constatées en 2016 sur les produits à la charge des patients proviennent d'une modification du mode de prise en charge des patients détenus au centre pénitentiaire et dont le financement s'inscrit désormais comme un produit à la charge de l'État.

Enfin, les subventions versées en contrepartie d'activité décroissent de 2,7 % par an en moyenne, passant de 26,3 M€ à 24,3 M€ L'essentiel de ces recettes proviennent des fonds d'intervention régionaux (93 %) et dont le montant recule en moyenne de 2,6 % par an.

---

<sup>13</sup> L'établissement a ainsi pu facturer ses séjours sur la base d'un code finess géographique et non juridique, augmentant de ce fait le nombre de séjours facturés et les recettes afférentes.

<sup>14</sup> L'enveloppe forfaitaire nommée « Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation » a été diminuée de 4,378 M€ au titre du respect de l'objectif national de dépenses en médecine, chirurgie et obstétrique et ce, compte tenu de la plus-value constatée sur la facturation des séjours dit « contigus ».



Les produits annexes de l'établissement, qui ne représentent que 2,6 % des produits de gestion courante, diminuent également, passant de 33,3 M€ à 30,6 M€

### 2.2.2.2 L'évolution des charges

Les charges de gestion courante évoluent de 2,7 % par an, en moyenne, et sont composées à 66,5 % de dépenses nettes de personnel.

**Tableau n° 6 : Évolution des charges de gestion courante du budget principal  
entre 2014 et 2017**

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017	Évolution moyenne/an
Charges de personnel	692 276	702 808	723 602	746 339	2,5 %
- Sous-traitance médicale et médico- sociale	6 704	6 791	7 428	8 242	7,1 %
- Achats	273 370	272 720	287 021	301 669	3,3 %
- Services extérieurs	28 578	27 908	31 171	32 083	3,9 %
Autres services	20 701	20 464	20 883	20 735	0,1 %
- Impôts et taxes (hors taxes sur personnel)	246	183	194	114	- 22,5 %
Autres charges de gestion	10 901	11 784	12 648	10 600	- 0,9 %
<b>Total</b>	<b>1 032 774</b>	<b>1 042 659</b>	<b>1 082 946</b>	<b>1 119 782</b>	<b>2,7 %</b>

*Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.*

Hors étudiants et internes, dont le mode de financement a été profondément modifié en 2015<sup>15</sup>, la seule rémunération du personnel (*cf.* annexe n° 3) évolue de 6,5 % entre 2013 et 2017, soit un rythme plus soutenu que celui des effectifs médicaux et non médicaux (3,3 %).

**Tableau n° 7 : Évolution des effectifs permanents et non permanents hors internes et étudiants**

	2014	2015	2016	2017	Évolution
Total personnel non médical	11 406,17	11 569,10	11 760,30	11 770,94	3,20 %
Total personnel médical	1 011,7	1 011,5	1 032,3	1 053,2	4,10 %
Total des effectifs	12 417,87	12 580,60	12 792,60	12 824,14	3,30 %

*Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHRU de Lille.*

Au final, les effectifs se sont accrus de 406 équivalents temps plein dont 364 personnels non médicaux et 42 praticiens.

<sup>15</sup> L'ensemble des internes de la région est rattaché depuis 2015 au CHRU de Lille et financé par une enveloppe MIGAC.

Outre l'augmentation des effectifs, l'établissement a dû également assumer la mise en place du « parcours professionnel carrières et rémunérations<sup>16</sup> » pour 5 M€ et l'évolution du point d'indice en 2017 pour 5,4 M€, ces deux mesures représentant à elles seules 20 % de la hausse salariale.

Comparativement, la création de postes a généré, sur la période, une dépense supplémentaire de 18,7 M€, soit 35 % de la hausse de la masse salariale.

L'évolution des autres postes de dépenses est plus mesurée. Si l'ensemble des achats progresse de 3,3 % en moyenne par an, cette hausse doit tenir compte des recettes liées aux rétrocessions de médicaments ainsi qu'aux médicaments coûteux et dispositifs médicaux implantables, lesquels sont pris en charge en sus du séjour par l'assurance maladie. Déduction faite de ces recettes compensatoires, l'augmentation de ces dépenses n'est plus que d'1,4 % en moyenne par an.

### 2.2.3 La capacité d'autofinancement

Dans un contexte de progression des charges de fonctionnement plus soutenue que celle des produits, la capacité d'autofinancement brute se dégrade en 2017 et ne représente plus que 2,75 % des produits de l'établissement, contre 3,2 % en 2014.

Par ailleurs, l'endettement élevé grève les disponibilités financières en fin de période ; la capacité d'autofinancement nette, après remboursement du capital, n'est plus que de 8,8 M€, soit 0,70 % de recettes.

**Tableau n° 8 : Évolution de la capacité d'autofinancement entre 2014 et 2017**

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017
Capacité d'autofinancement brute	36 620	43 178	45 738	35 343
Annuité en capital de la dette	22 430	22 183	23 490	26 518
Capacité d'autofinancement nette	14 190	20 995	22 249	8 825
Capacité d'autofinancement brute/total des produits	3,21 %	3,59 %	3,65 %	2,75 %

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

L'encours de la dette s'élève à 424,1 M€ début 2018 et a progressé de 23 % sur la période.

La structure de la dette présente, en revanche, peu de risque fin 2017, 95 % des emprunts ayant été souscrits à des taux fixes ou à des taux variables simples.

Compte tenu de la dégradation de la situation financière de l'établissement sur la période, la capacité de désendettement s'est allongée, passant de 9,4 années en 2014 à 12 années en 2017.

<sup>16</sup> Ce dispositif récent a pour objectif de mieux reconnaître l'engagement des fonctionnaires en revalorisant leurs grilles indiciaires et en améliorant leurs perspectives de carrière.

**Tableau n° 9 : Évolution de la dette entre 2014 et 2017**

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017
Encours de la dette	344 580	355 648	396 409	424 148
CAF brute	36 620	43 178	45 738	35 343
Encours/CAF (en années)	9,4	8,2	8,7	12

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

Conformément aux dispositions du décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé, tout nouvel emprunt est désormais soumis à autorisation préalable de l'agence régionale de santé.

#### 2.2.4 Les investissements

Les dépenses d'investissement se sont élevées à 330,1 M€ entre 2014 et 2017, soit une dépense moyenne annuelle de 82,7 M€

L'établissement a conduit, sur la période, d'importantes opérations immobilières concernant notamment le service des urgences et l'institut cœur-poumon, lequel explique notamment la hausse des dépenses d'équipement en 2015.

**Tableau n° 10 : Financement des investissements entre 2014 et 2017 (en milliers d'euros)**

Intitulés	2014	2015	2016	2017
CAF	36 620	43 178	45 738	35 344
Emprunts	50 438	32 002	63 010	53 017
Dotations et subventions	68 779	2 740	1 272	1 461
Autres ressources	808	2 493	4 442	4 447
Total des ressources	156 646	80 414	114 463	94 268
Remboursement des dettes financières	22 430	22 183	23 490	26 518
Immobilisations	139 131	99 679	77 186	78 607
Autres emplois	1 953	2	2	42
Total des emplois	163 514	121 864	100 677	105 167
Apport ou prélèvement sur fonds de roulement	- 6 869	- 41 450	13 786	- 10 899

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

Le financement des dépenses d'équipement a été assuré, à près de 60 % (59,4 %), par le recours à l'emprunt, générant ainsi une dette supplémentaire de 198,4 M€

Les subventions et dotations, s'élevant à 11,9 M€, ne couvrent que 3,6 % de la dépense totale, le solde ayant été financé par un prélèvement sur fonds de roulement. L'établissement a ainsi puisé dans ses réserves, qui sont passées de plus de 108 M€ en 2014 à 60 M€ en 2017.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que le montant élevé du fonds de roulement en début de période s'explique par « une anticipation des emprunts contractualisés dès l'exercice 2012, dans un contexte de crise financière, pour financer les exercices ultérieurs ».

**Tableau n° 11 : Évolution du fonds de roulement entre 2014 et 2017**

(en €)	2014	2015	2016	2017
Fonds de roulement (a)	108 557 915	55 044 730	70 080 422	60 431 382
Besoin en fonds de roulement net global (b)	86 794 619	91 687 039	97 029 417	79 004 286
Trésorerie	21 763 296	- 36 642 309	- 26 948 995	- 18 572 904

Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.

Les besoins de trésorerie ont été couverts par la mobilisation de trois lignes dédiées d'un total de 65 M€

## 2.2.5 Les perspectives

### 2.2.5.1 L'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2018

Suite à l'examen de la décision modificative n° 1 présentée en juin 2017, l'agence régionale de santé a demandé au centre hospitalier de Lille de définir un plan d'actions structurel pour rétablir son équilibre financier.

Dans ce cadre, l'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2018 met en œuvre le plan de retour à l'équilibre intitulé « Modernisation et Équilibre », visant à replacer l'établissement sur une trajectoire vertueuse à l'horizon 2022.

L'objectif affiché est de concilier économies de gestion et poursuite d'investissements stratégiques ayant un retour sur investissement sur le court et le moyen terme.

En plus des ajustements capacitaires, le centre hospitalier compte sur le nouvel institut cœur-poumon pour redynamiser son activité.

D'ores et déjà, l'établissement a, dans le cadre de son plan d'économie, mené des actions d'optimisation des prescriptions (contractualisation interne sur le bon usage des médicaments et des analyses biologiques), de modernisation de l'offre de soins ou des économies de gestion en matière de ressources humaines, telles que l'allongement de la durée de stage, la réduction du temps additionnel ou la maîtrise des effectifs.

L'état prévisionnel des recettes et des dépenses pour 2018 prévoyait un déficit de 30,7 M€

La mise en place de ses actions aurait permis, selon les données financières provisoires, de limiter le déficit à 21,3 M€

### 2.2.5.2 Le plan global de financement pluriannuel

Pour la période 2018 à 2022, le plan global de financement pluriannuel prévoit une dépense d'équipement de 302 M€, sans intégrer toutefois les travaux d'extension de l'hôpital Jeanne de Flandre et la reconstruction de la pharmacie. Ces projets, jugés prioritaires par l'autorité de tutelle<sup>17</sup>, ne sont pas encore chiffrés.

Les projections prévoient une progression des produits courants estimée entre 0,65 % et 0,79 % entre 2019 et 2021.

Si cette évolution demeure prudente au regard de celle des recettes constatée les années précédentes, la baisse des charges de gestion, estimée entre 0,21 et 0,41 % chaque année, renvoie à la nécessaire mise en place d'économies de fonctionnement significatives devant concerner l'ensemble des postes de dépenses, au premier rang desquels les dépenses de personnel.

**Tableau n° 12 : Hypothèse d'évolution des charges et des produits du plan global de financement pluriannuel 2018-2022**

	2018	2019	2020	2021	2022
Produits courants (en %)	0,96	0,79	0,74	0,65	0,01
Charges courantes (en %)	- 0,12	- 0,23	- 0,27	- 0,41	0,01
Taux de marge (en %)	2,83	3,88	4,85	5,8	6,8
Résultat (en M€)	- 29,8	- 17,6	- 6,9	4,2	1,7

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHRU de Lille.

Sous de fortes contraintes, ce scénario a vocation à permettre au centre hospitalier régional universitaire de retrouver l'équilibre budgétaire à l'horizon 2021 et voir sa marge brute progresser pour s'établir à 5,8 % en 2021 et 6,8 % en 2022.

Le financement des opérations est assuré par une levée d'emprunts supplémentaires de 194 M€ soit 64 % du montant total des investissements, le solde étant autofinancé.

L'encours de la dette s'élèverait, fin 2022, à 469,5 M€, soit l'équivalent de 6,7 années d'autofinancement.

<sup>17</sup> L'autorité de tutelle est l'agence régionale de santé.

---

**CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*Malgré la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre, la situation financière du centre hospitalier régional universitaire s'est dégradée depuis 2014. Fin 2017, le budget consolidé clôturait l'exercice en déficit de 22,4 M€, portant le report à nouveau déficitaire à 126 M€.*

*S'agissant du seul budget général, la période est marquée par une progression des charges plus importante que celle des recettes ; la marge brute de l'établissement ne représente plus que 3,2 % des produits de fonctionnement courants en 2017 contre 4,7 % trois ans plus tôt.*

*Ce déficit s'établirait à 21,3 M€ en 2018.*

*L'établissement a aussi mobilisé ses disponibilités financières, qui se sont réduites de moitié dans le cadre du programme de travaux de près de 330 M€ sur la période. La dette s'établirait à 424 M€ fin 2018, soit 12 années d'autofinancement.*

*L'achèvement de l'institut cœur-poumon, mais aussi la réalisation d'autres opérations structurantes évaluées à 303 M€ jusqu'en 2022 et la mobilisation de 194 M€ d'emprunts supplémentaires ont conduit l'établissement à mettre en place, en 2018, un nouveau plan d'économies, dénommé « modernisation et équilibre ».*

*La réussite de ce plan de financement repose sur la pérennité des mesures d'économies de gestion déjà initiées en 2018. Ces projections n'intègrent toutefois pas les opérations d'extension ou de reconstruction de l'hôpital Jeanne de Flandre ou de la pharmacie.*

---

## **3 LES ACTES ET LES CONSULTATIONS EXTERNES**

### **3.1 Avant-propos : présentation et méthode**

Le présent chapitre porte sur les actes et des consultations externes, examinés dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières.

L'étude est donc consacrée aux prestations qui sont dispensées par le centre hospitalier régional universitaire de Lille en dehors d'une hospitalisation complète ou ambulatoire.

Les actes et les consultations externes regroupent des activités de nature très différentes, allant de la simple consultation à des actes plus complexes, mobilisant à la fois des praticiens généralistes, spécialistes mais aussi des personnels paramédicaux.

Leur financement est également particulier, ceux-ci relevant d'une tarification conventionnelle fondée sur des nomenclatures d'actes<sup>18</sup>.

Les données d'activités fournies par l'établissement pour les besoins de l'enquête au titre de 2017 ne correspondent pas exactement à celles produites par l'agence technique d'information hospitalière<sup>19</sup>.

Les écarts proviennent des différences de traitement dans le codage des actes<sup>20</sup>. Les données transmises incluent, par ailleurs, les consultations et actes effectués au titre des activités psychiatriques et de soins de suite et de réadaptation, lesquelles ne font pas l'objet d'une facturation à l'assurance maladie mais d'un financement par dotation.

Enfin, les données du centre hospitalier régional universitaire font apparaître des écarts notables dans la répartition du nombre de consultations de généralistes, le logiciel de facturation effectuant une ventilation différente de celle résumée au sein du tableau tenu par l'agence précitée.

Compte tenu de ces éléments, l'analyse de la chambre se fonde sur les données de cette dernière, corrigées des anomalies constatées en 2017, afin de tenir compte de l'activité réellement facturée.

### **3.2 L'activité « actes et consultations externes »**

#### **3.2.1 Le décompte de l'activité**

Le volume d'actes et de consultations externes a augmenté de près de 14 % entre 2013 et 2017 passant de 37 millions à 42,3 millions d'actes en cinq ans.

---

<sup>18</sup> NGAP : nomenclature générale des actes professionnels ; CCAM : classification commune des actes médicaux.

<sup>19</sup> Données du tableau de l'outil de validation des données des établissements (OVALIDE).

<sup>20</sup> L'établissement s'est en effet basé sur le nombre de lettres clefs recensées dans le logiciel de facturation GAM présentant des différences de codage avec les codes DHOS/CNAMTS/ATIH et retenues par l'enquête pour conduire ses travaux.

Cette activité représente près de 6 700 actes pour 100 journées d'hospitalisation en 2017, contre moins de 5 900 en 2013 (cf. annexe n° 4).

**Tableau n° 13 : Évolution des actes et consultations externes entre 2013 et 2017**

NGAP <sup>21</sup>	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution
<b>Consultations spécialistes (A)</b>	<b>584 271</b>	<b>571 244</b>	<b>577 252</b>	<b>594 889</b>	<b>673 350</b>	<b>15,25 %</b>
<i>dont consultations</i>	360 456	357 112	359 518	368 010	434 060	20,42 %
<i>dont majorations coordination de spécialiste</i>	202 585	197 449	194 541	202 569	216 893	7,06 %
<i>dont majorations de nuit</i>	14 980	10 443	15 154	15 665	14 364	- 4,11 %
<i>dont majorations férié</i>	6 250	6 240	8 039	8 645	8 033	28,53 %
<b>Consultations généralistes (B)</b>	<b>261 903</b>	<b>321 695</b>	<b>346 510</b>	<b>378 999</b>	<b>331 525</b>	<b>26,58%</b>
<i>dont consultations</i>	245 675	307 138	321 534	351 246	302 100	22,97 %
<i>dont majorations nuit</i>	5 745	-	10 840	12 343	12 804	122,87 %
<i>dont majorations férié</i>	3 739	7 140	8 156	9 227	10 403	178,23 %
<i>dont majorations milieu de nuit</i>	6 744	7 417	5 980	6 183	6 218	- 7,80 %
<b>Biologie(C)</b>	<b>34 617 837</b>	<b>36 513 433</b>	<b>39 949 238</b>	<b>39 696 210</b>	<b>40 109 092</b>	<b>15,86 %</b>
<b>Soins infirmiers (y compris majorations) (D)</b>	<b>286 395</b>	<b>309 020</b>	<b>294 254</b>	<b>221 639</b>	<b>228 463</b>	<b>- 20,23 %</b>
<b>Autres (actes de sages-femmes, échographie, orthopédie) (E)</b>	<b>796 755</b>	<b>713 420</b>	<b>306 620</b>	<b>260 277</b>	<b>236 823</b>	<b>- 70,28 %</b>
<b>Sous-total I (A+B+C+D+E)</b>	<b>36 547 161</b>	<b>38 428 812</b>	<b>41 473 874</b>	<b>41 152 014</b>	<b>41 579 253</b>	<b>13,77 %</b>
<b>CCAM<sup>22</sup> (F)</b>	<b>402 075</b>	<b>432 098</b>	<b>474 879</b>	<b>493 502</b>	<b>470 792</b>	<b>0,00 %</b>
<i>Actes imagerie</i>	157 563	166 125	183 722	192 142	179 855	14,15 %
<i>Actes techniques médicaux</i>	163 516	181 250	190 441	199 009	199 929	22,27 %
<i>Actes d'échographie</i>	66 343	69 903	70 406	71 665	72 903	9,89 %
<i>Actes de chirurgie</i>	8 831	9 975	14 707	14 401	11 800	33,62 %
<i>Autres (obstétrique, anesthésie, soins dentaires)</i>	5 822	4 845	15 603	16 285	6 305	8,30 %
<b>Forfaits techniques de radiologie (G)</b>	<b>44 115</b>	<b>46 462</b>	<b>47 413</b>	<b>51 371</b>	<b>53 009</b>	<b>20,16 %</b>
<b>Forfaits d'accueil et de traitement des urgences (H)</b>	<b>74 916</b>	<b>85 655</b>	<b>90 603</b>	<b>98 030</b>	<b>102 241</b>	<b>36,47 %</b>
<b>Forfait de sécurité et environnement hospitalier (I)</b>	<b>8 445</b>	<b>8 882</b>	<b>9 078</b>	<b>8 939</b>	<b>9 368</b>	<b>10,93 %</b>
<b>Dispositifs médicaux (J)</b>	<b>237</b>	<b>193</b>	<b>178</b>	<b>237</b>	<b>282</b>	<b>18,99 %</b>
<b>Forfaits alternative à la dialyse en centre (K)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,00 %</b>
<b>Forfaits frais de matériel (L)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0,00 %</b>
<b>Forfaits prestations intermédiaires (M)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>506</b>	<b>0,00%</b>
<b>sous-total II (F+G+H+I+J+K+L+M)</b>	<b>529 788</b>	<b>573 290</b>	<b>622 151</b>	<b>652 079</b>	<b>636 198</b>	<b>20,09%</b>
<b>TOTAL (I+II)</b>	<b>37 076 949</b>	<b>39 002 102</b>	<b>42 096 025</b>	<b>41 804 093</b>	<b>42 215 451</b>	<b>13,86 %</b>

Source : chambre régionale des comptes à partir des tableaux OVALIDE de l'agence technique d'information hospitalière et CHRU de Lille.

<sup>21</sup> Nomenclature générale des actes professionnels.

<sup>22</sup> Classification commune des actes médicaux.



Le nombre de consultations, hors majorations, progresse de 21 % sur la période, soit une hausse moyenne annuelle de 5 %.

Si l'évolution des consultations spécialistes (+ 21,5 %) est proche de celle des consultations généralistes (23 %), leur part dans la production totale des consultations varie sur la période, ce qui traduit un problème de codage et de relevé d'activités fluctuant dans le temps. Ainsi, les consultations spécialistes, qui représentent 60 % des volumes produits en 2013 et 2017, composaient moins de 52 % de l'activité de consultation en 2015 et 2016.

Cette sous-représentation des consultations spécialistes paraît en décalage avec le niveau de compétence et le statut d'établissement de recours et de référence du centre hospitalier régional universitaire de Lille.

Conscient de cette insuffisance de codage, qui se traduit par des pertes de recettes, l'établissement a mis en œuvre des actions correctrices visant à mieux valoriser ces activités.

Ces mesures se sont traduites par une forte augmentation du nombre de consultations spécialistes entre 2016 et 2017 (+ 18 %) au détriment du nombre de consultations généralistes (- 14 %).

Le nombre de majoration de coordination de spécialistes<sup>23</sup> a également progressé de 7 %, surtout entre 2015 et 2017, conséquence d'une meilleure valorisation de l'activité.

Il en est de même s'agissant des avis ponctuels consultant (APC)<sup>24</sup> ou universitaires (APU) appelés C2 ou C3 jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre 2017<sup>25</sup>, et dont la part, rapportée à l'ensemble des consultations, est passée de 15 % en 2016 à 16,4 % en 2017 puis 21 % en 2018.

Les actes techniques médicaux (sutures, petite chirurgie...) augmentent de 22 % et les actes d'imagerie de près de 15 %.

Par ailleurs, le nombre d'analyses de laboratoire produites est en hausse de 16 % entre 2013 et 2017 et n'intègre par ailleurs pas les examens réalisés pour le compte d'autres établissements du territoire, le centre hospitalier universitaire étant le seul habilité à réaliser certaines analyses. Cette activité fait l'objet d'un remboursement sur la base de conventions.

En revanche, les actes paramédicaux, regroupant principalement les actes infirmiers et de kinésithérapeute diminuent de 20 % en volume et de 19 % en valorisation sur la période, passant de 750 000 actes en 2013 à 610 000 en 2017.

Selon l'ordonnateur, cette baisse s'expliquerait par l'arrêt de la facturation des actes infirmiers réalisés aux urgences, conformément aux dispositions du décret n° 2015-887 du 21 juillet 2015 relatif aux règles de facturation et de prise en charge des prestations hospitalières sans hospitalisation.

---

<sup>23</sup> La majoration de coordination spécialiste (MCS), cotée 5 €, s'applique lorsqu'un médecin correspondant spécialiste non généraliste reçoit un patient à la demande du médecin traitant pour des soins dits itératifs, appelés à se renouveler. La majoration s'applique pour valoriser le retour d'information vers le médecin traitant.

<sup>24</sup> L'avis ponctuel est donné par un spécialiste à la demande d'un médecin généraliste.

<sup>25</sup> Décision UNCAM du 24 juillet 2017 concernant la liste des actes prestations et modifiant la NGAP et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016.

### 3.2.2 Les enjeux financiers

Sur le plan financier, les recettes d'assurance maladie<sup>26</sup> liées à la facturation des actes et consultations, hors forfaits, s'élevaient à 56,5 M€ en 2017 contre 46,8 M€ en 2013, soit une progression de 20,6 % en cinq ans (cf. annexe n° 4).

La recette moyenne par acte, de 77 €, est stable sur la période (cf. annexe n° 4).

Malgré cette dynamique d'ensemble s'expliquant à la fois par la hausse de l'activité et la revalorisation de certains actes, les soins externes constituent une faible part des ressources de l'établissement. Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur général par intérim de l'agence régionale de santé précise d'ailleurs que de nouvelles majorations concernant les personnes âgées ou la cardiologie pourraient venir, à terme, soutenir leur développement.

Les recettes des soins externes, incluant l'ensemble des modes de financement, représentaient une recette totale de 71,8 M€ en 2017 soit seulement 7,2 % des recettes de courts séjours, part plus faible que la moyenne constatée pour l'ensemble des établissements et s'établissant en 2016 à 8 %<sup>27</sup>.

Ce taux doit néanmoins être relativisé par la nature hospitalo-universitaire de l'établissement, lequel perçoit, à ce titre, de nombreux financements fléchés sous forme de missions d'intérêt général (ou de missions d'enseignement et recherche) et dont le montant s'élevait à 196 M€ en 2017, soit 15 % des recettes totales. Ce taux est nettement supérieur à celui constaté sur des établissements non universitaires<sup>28</sup>.

## 3.3 La stratégie de l'établissement en matière d'actes et de consultations externes

### 3.3.1 Introduction

Dans le cadre de sa double mission de soins de proximité pour les habitants de la métropole de Lille et de recours pour l'ensemble des professionnels de santé de la région, l'établissement propose des consultations dites « classiques » dans le secteur médical et chirurgical mais se trouve également être la seule structure à offrir des consultations très spécialisées telles que la neurochirurgie pédiatrique, l'hémato pédiatrie ou portant sur la prise en charge des maladies rares.

Sa stratégie en matière d'actes et consultations externes s'inscrit dans les objectifs définis à l'échelon régional par le plan régional de santé, ainsi qu'à l'échelon territorial *via* le projet médical du groupement hospitalier de territoire. Ils se déclinent dans les projets d'établissement, ainsi que dans le dialogue de gestion instauré dans le cadre de la gouvernance par pôle.

---

<sup>26</sup> Uniquement l'activité facturée à l'assurance maladie, conformément aux préconisations de l'enquête nationale.

<sup>27</sup> Base SPL santé (CHU + CH hors CHS et ex HL).

<sup>28</sup> CH de Roubaix : 3,4 % ; CH de Valenciennes : 4,6 % ; CH de Tourcoing : 4,6 %. À l'inverse, le CHU de Bordeaux (14 %) (et les HCL (12,6 %)).

### 3.3.2 La stratégie régionale de territoire

#### 3.3.2.1 Le plan régional de santé

Par décision du 5 juillet 2018, la directrice générale de l'agence régionale de santé Hauts-de-France a arrêté le plan régional de santé pour la période 2018-2028, abrogeant ainsi les plans des régions Nord-Pas-de-Calais et Picardie en vigueur depuis 2011 et 2012.

Le projet régional de santé s'articule autour de sept axes stratégiques, chacun décliné en plusieurs objectifs. La problématique des actes et consultations externes n'apparaît pas explicitement dans le document mais se rattache à diverses orientations transversales, telles que le « *renforcement des synergies territoriales* » ou bien « *l'accès à la santé pour l'ensemble de la population en s'appuyant sur les dynamiques issues des territoires, les innovations et le numérique* ».

Le plan prévoit, ainsi, la promotion et l'accompagnement des transferts de compétences entre professionnels de santé, au travers de la mise en place de protocoles de coopération. Le développement de la télémédecine est soutenu, ainsi que celui de la téléconsultation, notamment en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Il en est de même s'agissant de consultations avancées de premier et second recours en cabinet de ville par des professionnels de santé libéraux et des praticiens hospitaliers.

#### 3.3.2.2 Le groupement hospitalier de territoire

L'article R. 6132-2 du code de la santé publique dispose que « *Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Il comprend notamment : b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées* ».

Sur ce point, le projet médical de territoire, arrêté le 27 juin 2017, se fixe plusieurs objectifs transversaux en lien avec l'organisation des consultations et des actes externes

Le document reprend, à cet effet, les priorités du projet régional en matière d'accès aux soins et de structuration de filières sur le territoire.

Le projet vise à améliorer l'accessibilité physique et numérique des établissements de santé afin d'optimiser et de fluidifier le parcours de soins en facilitant, notamment, les prises de rendez-vous en consultations et la réalisation d'actes techniques.

Il a également pour objet de développer le lien entre la médecine de ville et l'hôpital afin de faciliter l'accès aux soins et notamment aux consultations sur 10 spécialités ciblées (insuffisances cardiaques, cancer de la prostate...).

Enfin, pour 16 disciplines identifiées comme prioritaires par le projet, des orientations stratégiques ont clairement été formulées en ce qui concerne le volet des actes et consultations externes.

Ainsi, s'agissant de la gériatrie et de l'urologie, le projet vise à créer un pôle de consultations avancées et/ou centre de prévention multidisciplinaire hors des murs des établissements hospitaliers. Concernant les urgences, le document souhaite désengager les services existants en développant la télé-expertise et les liens ville-hôpital, en organisant des consultations de médecins généralistes aux portes des urgences en journée.

Enfin, dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur général par intérim de l'agence régionale de santé estime que la pénurie de praticiens incite au partage de compétences entre établissements au travers, notamment, de la mise en place d'une fédération interhospitalière à l'échelle du territoire, comme cela est le cas en matière de cardiologie.

### 3.3.3 Les projets d'établissement

#### 3.3.3.1 Le projet d'établissement 2012-2016

Le précédent projet d'établissement, couvrant la période 2012-2016, ne traitait pas la question des consultations et des actes externes de manière spécifique.

Les priorités concernaient avant tout la mise en œuvre d'un schéma ambulatoire visant à optimiser et réorganiser ce type de prise en charge, ainsi que l'optimisation des moyens matériels et opérationnels à y consacrer.

La problématique des consultations était toutefois abordée à travers le développement de projets institutionnels transversaux tels que la télémédecine, l'amélioration de l'accueil du patient et de la facturation de soins.

Compte tenu de la mission de recours du CHRU l'objectif était de développer de nouveaux usages de la télémédecine afin, notamment, d'améliorer l'accessibilité aux soins dans le domaine des consultations spécialisées et d'améliorer son rôle d'expertise sur des spécialités rares ou pour proposer un second avis.

Le projet se fixait également comme objectifs prioritaires de réduire les délais de prise de rendez-vous et de mieux faire connaître la ligne téléphonique « *Hop line* » à destination des généralistes et spécialistes de ville.

Un bilan d'exécution du projet d'établissement a été réalisé en 2017 et présenté aux instances de l'hôpital.

S'agissant de l'accueil du patient et de la facturation des soins, les principales réalisations ont porté sur le passage à la facturation au fil de l'eau pour les soins externes, la réorganisation des bureaux des entrées sur deux sites du CHRU et le regroupement de consultations sur la motricité sur un seul site.

Le projet médical 2012-2016, qui décline le projet d'établissement, n'aborde pas non plus, de manière explicite, la question des consultations et des actes externes. Seuls quelques pôles formalisent leur souhait de mettre en place de nouvelles consultations ou développer la pratique d'actes externes, comme par exemple le pôle « enfant » s'agissant des explorations fonctionnelles ou des endoscopies, ou également les pôles neurosciences et appareil locomoteur ou de soins de suite ou de réadaptation.

#### 3.3.3.2 Le projet d'établissement 2018-2022

Dans ce nouveau projet d'établissement, la politique en matière d'actes et de consultations externes est clairement identifiée et s'inscrit dans une approche « intégrée » du parcours patient.

Le centre hospitalier établit, ainsi, un lien étroit entre le développement de l'ambulatoire et des soins externes.

Il a, pour ce faire, élaboré un schéma directeur ambulatoire comprenant un volet soins externes, basé sur le constat que les consultations sont l'une des principales portes d'entrée de l'établissement et que l'évolution des règles tarifaires incite à revisiter les organisations de prise en charge de certains actes se situant à la frontière entre hôpital de jour et soins externes.

À travers ce que le projet nomme « l'expérience patient », le centre hospitalier souhaite améliorer l'accueil et l'accessibilité aux soins, ainsi que la lisibilité et l'efficacité d'accès au parcours de soins.

Dans ce cadre, chaque pôle doit élaborer un projet médical des consultations afin de formaliser l'offre de soins proposée au public. Ce projet médical doit permettre de définir les priorités pour chaque spécialité en faisant la part de ce qui relève de la compétence du centre hospitalier régional universitaire et de ce qui peut être pris en charge par les établissements du groupement hospitalier de territoire, des filières de coopérations ou des praticiens de ville.

L'accès aux soins doit également être facilité par la création d'une cellule d'accueil téléphonique dédiée aux consultations, le déploiement de la prise de rendez-vous en ligne ou la programmation multidisciplinaire des consultations pendant le séjour du patient.

Les objectifs concernent aussi le renforcement de l'information du patient lors de sa prise en charge, la formalisation de son parcours et la professionnalisation des missions de coordination et de parcours.

Enfin, le projet médical prévoit la création de « plateaux techniques froids » mutualisés comprenant des consultations, des hôpitaux de jour, des soins externes et des explorations fonctionnelles.

### **3.3.4 Le contrat d'objectifs et de moyens et les plans de retour à l'équilibre**

L'intérêt de l'établissement en matière d'actes et de consultations externes se retrouve à la lecture des contrats d'objectifs et de moyens et de leurs avenants.

Le centre hospitalier régional universitaire a signé, en 2012, un contrat d'objectifs et de moyens couvrant la période 2012-2017.

Le document n'identifie pas les actes et consultations externes comme un objectif propre mais envisage leur développement de manière indirecte, au travers de la promotion de partenariats avec la médecine de ville, l'amélioration de la qualité d'accueil téléphonique du patient ou la facilitation de l'accès aux soins, comme déjà indiqué.

Sur ce point, l'établissement souhaitait notamment développer la télé-expertise, qui permet à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou plusieurs professionnels médicaux, et qui correspond particulièrement aux activités de recours dans le domaine de l'immunologie clinique et de la prise en charge neuro-vasculaire aigüe, par exemple.

Le contrat prévoyait également de renforcer la coopération inter-hospitalière, notamment entre les établissements du groupement hospitalier de territoire ainsi que les réseaux de prise en charge déjà mis en place pour des pathologies très spécifiques.

Le volet « management et pilotage » envisageait également la question des actes et consultations externes sous l'angle de la facturation au fil de l'eau au travers de la mise en œuvre du projet FIDES (facturation individuelle des établissements de santé).

Toutefois, s'agissant du pilotage de l'activité, le contrat ciblait avant tout l'amélioration de l'efficacité du bloc opératoire, des activités d'urgence et des lits dits « lourds », la politique hôtelière et la politique d'achats, ainsi que le circuit du médicament.

L'avenant 3 « Horizon 2020 » du 7 janvier 2014 est venu renforcer la place des actes et des consultations dans la stratégie de retour à l'équilibre financier de l'établissement.

Il prévoyait un volet particulier visant à poursuivre le développement de l'activité externe pour les pôles de spécialités médico-chirurgicales, cœur-poumon, urgences et soins de suite et de réadaptation.

Parallèlement, l'établissement s'engageait à améliorer la valorisation de l'activité produite en recensant mieux les avis ponctuels, en fiabilisant la facturation de la biologie, en informatisant le codage des actes externes ou bien en étudiant la possibilité de facturer les consultations des psychologues et des diététiciennes. Le gain supplémentaire attendu était estimé à 1 M€

Le nouveau plan de retour à l'équilibre baptisé « Modernisation et Équilibre » devant couvrir la période 2018-2022 comporte également des objectifs concernant les consultations et les soins externes.

L'optimisation attendue concerne tant l'organisation des services (salle de consultation, temps médical, cohérence du parcours patient), l'attractivité (prise de rendez-vous en ligne...) que la valorisation de l'activité réalisée en améliorant le relevé d'activité ou la cotation.

### **3.3.5 Le pilotage et le suivi des actes et des consultations externes**

Si la question des actes et consultations externes fait l'objet d'une attention de plus en plus appuyée dans les documents stratégiques du centre hospitalier régional universitaire, ce dernier n'a mis en place une véritable gouvernance propre à ce type de prise en charge que fin 2018, lors de la création d'un comité de pilotage commun à l'activité externe et aux soins ambulatoires.

Le suivi des actes et des consultations externes repose principalement sur le dialogue de gestion établi avec les pôles et fait appel, de manière transversale, à diverses directions, sans qu'aucun décideur ne dispose au final d'une vision d'ensemble du sujet.

Ainsi, si des tableaux de bord retraçant l'activité externe sont diffusés auprès des directions et des pôles, il n'existe pas de document recensant l'ensemble des consultations proposées dans l'établissement indiquant leur fréquence, les moyens dédiés, le détail des actes effectués et pouvant offrir aux décideurs une véritable cartographie des soins externes.

Dans le cadre du suivi des contrats de pôles et comme évoqué précédemment, l'ensemble des dépenses et des recettes ainsi que l'activité médicale font l'objet d'un suivi global au moyen de tableaux de bord régulièrement transmis.

Toutefois, le suivi analytique mis en place par la direction du contrôle de gestion ne permet pas, à ce jour, de répartir correctement les moyens humains et matériels entre les activités d'hospitalisation, d'ambulatoire et de soins externes, et de connaître ainsi le résultat financier de chacune de ces trois activités.

Les dépenses de logistique médicale, logistique et gestion générale et structure ne peuvent être ventilées conformément au guide de comptabilité analytique hospitalière, faute de clefs de répartition fiables ou disponibles.

S'agissant des recettes, la part des missions d'intérêt général ou d'enseignement et recherche affectée aux seuls soins externes est difficile à isoler et nécessiterait, selon l'établissement, des précisions méthodologiques à des fins de comparaison.

Il n'est donc pas en capacité d'identifier de manière fiable les coûts affectés à la réalisation des actes et des consultations externes et de les rapprocher de l'activité et des recettes perçues. En l'absence de telles informations, aucune comparaison entre pôles quant aux moyens dévolus aux soins externes n'est possible, pas plus que la faculté de mettre en perspective les pistes pour optimiser les modes d'organisation et de fonctionnement, dans un contexte de retour à l'équilibre.

Par ailleurs, l'activité des praticiens ne fait pas, à ce jour, l'objet d'un suivi personnalisé.

Les consultations sont en effet suivies sur un support papier puis saisies dans le logiciel de facturation sans préciser le nom du praticien. Il en est de même s'agissant des actes dont la saisie est informatisée mais pour lesquels le relevé se fait sous un code d'unité fonctionnelle commun.

Dans ces conditions, il est impossible de connaître de manière individuelle l'activité externe des praticiens et de leur assigner des objectifs précis, de telle sorte que l'établissement dispose de peu d'outils de pilotage permettant de mettre en place une gouvernance adaptée aux actes et consultations externes.

Par conséquent, la chambre recommande de fiabiliser le contrôle de gestion afin de disposer d'indicateurs de gestion pertinents.

**Recommandation n° 1 : fiabiliser le contrôle de gestion en matière d'actes et de consultations externes en disposant notamment d'un suivi de l'activité par praticien.**

Elle recommande également que le comité de pilotage des soins externes récemment mis en place, en complément de ses missions de suivi organisationnel, se dote d'outils d'expertise et de gestion précis portant à la fois sur l'activité, les charges et les recettes afférentes, afin de pouvoir assurer un suivi global des soins externes à l'échelle de l'établissement.

**Recommandation n° 2 : renforcer la connaissance complète et le suivi de l'activité externe au moyen d'une instance de pilotage dédiée.**

L'ordonnateur, dans sa réponse aux observations provisoires, précise que la direction du contrôle de gestion et de la performance, créée en juin 2018, a mené plusieurs actions importantes concernant, notamment, la remise à plat du fichier commun de structure ainsi que la rédaction d'une procédure d'affectation du personnel. Il indique également que le CHRU a décidé de se doter d'un système d'information, lequel devrait être déployé au second semestre 2019.

### **3.3.6 La communication en matière d'actes et de consultations externes**

#### 3.3.6.1 Les supports de communication

La visibilité et l'accès aux soins externes passent, en premier lieu, par la consultation du site internet de l'établissement et de l'annuaire téléphonique en ligne ou papier.

S'agissant du site internet, celui-ci contient peu d'informations sur l'offre médicale et se limite à proposer un annuaire des professionnels classés par pôles, par service ou par spécialités.

À défaut d'entrée par pathologie ou de présentation de la spécialité existante, le patient n'est pas en mesure, à partir de cet outil, de s'orienter et de faire son choix en connaissance de cause s'il n'est pas lui-même orienté par un autre praticien.

Dans le cadre de son projet d'établissement 2018-2022, le centre hospitalier régional universitaire a prévu de renforcer la visibilité de son offre de consultations et de soins externes en étoffant l'information de son site internet et en actualisant l'annuaire en ligne.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur précise que le nouveau site internet est opérationnel depuis mai 2019.

#### 3.3.6.2 L'information des médecins de ville

Le centre hospitalier régional universitaire suit de manière statistique les conditions dans lesquelles les patients ont recours aux consultations externes à l'hôpital au moyen de requêtes informatiques et d'enquêtes de satisfaction.

Pour 2017, ces études ont montré le rôle prépondérant des praticiens hospitaliers ou libéraux.

Ainsi, pour cet exercice, près d'un tiers des patients était adressé par un praticien de ville et près de 40 % par un praticien du CHRU lui-même, ce fort taux s'expliquant à la fois par les convocations multiples pour suivi ou par les adressages à d'autres spécialités. À l'inverse, seuls 15 % des patients venaient en consultation de leur propre initiative.

L'importance de la médecine libérale, généraliste ou de spécialité, est encore plus marquée s'agissant des primo consultants, 43 % d'entre eux étant adressés par un praticien de ville et 17 % par un praticien d'une autre structure hospitalière.



Compte tenu de l'importance de la médecine de ville dans le recrutement des patients du centre hospitalier universitaire en soins externes, celui-ci a mis en place un comité ville/hôpital composé de praticiens de l'établissement, cadres de santé, pharmaciens et praticiens de ville.

L'activité de ce comité est soutenue et s'est traduite, outre l'organisation de réunions d'informations à destination des praticiens libéraux, par la mise en place d'outils de liaison entre la ville et l'hôpital.

Ainsi, l'établissement a créé un site internet réservé aux professionnels de ville dénommé « *Hop'web* », qui leur permet d'accéder à l'ensemble de l'offre médicale de l'établissement et aux informations nécessaires (e-mail, numéro de téléphone) pour contacter les praticiens concernés. L'accès au site se fait sur inscription et nécessite de disposer d'un numéro RPPS<sup>29</sup>.

Il existe également une ligne téléphonique réservée (numéro vert) appelée « *Hop'line* », qui permet d'avoir accès directement à un médecin senior, du lundi au vendredi de 9h à 19h.

Ces applications sont disponibles pour une vingtaine de spécialités.

La qualité des relations entre la ville et l'hôpital peut également s'apprécier par rapport aux délais d'envoi des comptes rendus d'hospitalisation et de consultations aux médecins traitants. Celui-ci est mesuré à partir de la date de classement dans le logiciel de gestion du dossier patient et par conséquent son envoi au praticien.

À l'instar du recrutement des patients, cet indicateur n'est pas suivi en continu mais sur la base d'audits réalisés ponctuellement.

L'analyse des délais pour 2017 et une partie de 2018 montre que la part des courriers envoyés avant 30 jours a augmenté entre les deux exercices passant de 52 % à 61 %.

Toutefois, les performances du centre hospitalier sont encore éloignées de l'objectif cible du délai de 8 jours fixé par la Haute autorité de santé, près de 20 % étant par ailleurs transmis au-delà de 3 mois.

### **3.3.7 Évaluations et audits réalisés sur les actes et les consultations externes**

Une démarche permanente d'audit a été initiée par l'établissement dans le domaine des consultations et des actes externes portant sur le ressenti et la satisfaction de l'utilisateur, sur le volet organisationnel et la qualité de la prise en charge, ainsi que sur la valorisation de l'activité.

#### **3.3.7.1 Les enquêtes de satisfaction**

Le centre hospitalier universitaire réalise chaque année une enquête de satisfaction auprès de ses patients venus en consultations, au moyen d'un questionnaire envoyé par courriel.

L'enquête se déroule sur une période de deux mois.

---

<sup>29</sup> Répertoire partagé des professionnels de santé.

En 2016, le taux de réponse était de 31 % mais ne concernait au final que 10 000 patients venus en consultation durant la première quinzaine de février.

L'enquête de 2017 s'est voulue plus large et a couvert trois mois d'activité soit près de 50 000 patients. Le taux de réponse, de 19 %, représentait un panel de 9 300 consultants.

Les données qualitatives font l'objet d'une analyse thématique présentée aux directions et aux pôles et donnent lieu à la mise en place de plan d'amélioration de la prise en charge.

Le taux de satisfaction est plutôt bon, 75 % des patients recommandant « certainement » l'établissement et 23 % le recommandant « probablement ».

Les points faibles relevés portent essentiellement sur l'accès aux rendez-vous par téléphone, ainsi que le retard lors de la consultation, en moyenne de 31 minutes avec toutefois un tiers des patients qui attendent plus longtemps, dont près d'1 sur 10 plus d'une heure.

S'agissant des praticiens de ville, une enquête de satisfaction a été menée en novembre 2015 au moyen d'un questionnaire électronique envoyé à 1 700 médecins, pour un taux de réponse de seulement 16 %.

Les résultats sont en demi-teinte, moins de la moitié des répondants jugeant l'établissement réactif (45 %).

Les principales demandes d'amélioration concernent toujours l'identification et l'accès aux praticiens hospitaliers, la facilitation de la prise de rendez-vous et l'envoi des comptes rendus dans de meilleurs délais.

Suite à ces critiques, l'établissement a mis en place de nouveaux outils de gestion des consultations *via* les outils « *Hop'web* », « *Hop'line* ». Aucune nouvelle enquête de satisfaction des praticiens libéraux n'a été réalisée.

### 3.3.7.2 La démarche d'audit organisationnel

Des audits sont diligentés par la direction de la performance des organisations qui, par ailleurs, est en charge du parcours patient et des secrétariats médicaux.

Inscrite au projet d'établissement, une action sur l'optimisation et la valorisation des activités de consultations et soins externes a été lancée en 2014.

Le centre hospitalier n'a pas réalisé de démarche « macro diagnostic » telle que l'Agence nationale d'appui à la performance le propose mais a choisi de retenir la même méthode d'analyse en l'appliquant à un panel de services représentant 72 % des consultations réalisées.

Pour l'ensemble des services audités, quatre items ont été particulièrement analysés portant sur l'efficacité opérationnelle, les délais d'obtention des rendez-vous, les profils des patients et les ressources humaines consacrées à l'activité.

Ces audits ont ponctuellement été doublés d'une analyse complémentaire de type « *Lean management* » s'agissant notamment des secteurs de gynécologie obstétrique et de pneumologie.

Les audits réalisés à ce jour mettent en évidence des insuffisances communes aux différents services de consultations, tenant notamment à la prise de rendez-vous par téléphone, aux délais d'attente pour obtenir celui-ci ou choisir le jour de la consultation.

Des problèmes propres à certains services émergent également comme par exemple l'absentéisme élevé des patients venant en consultation de gynécologie, un taux d'occupation des salles de consultation assez faible pour les consultations médicales et d'oncologie, la structure de l'offre de consultation ou bien la configuration des locaux s'agissant des consultations communes de chirurgie.

L'ensemble de ces audits a donné lieu à une restitution auprès des pôles concernés et a été suivi de plans d'actions d'amélioration portant notamment sur l'accueil téléphonique, l'acquisition d'un logiciel de gestion des salles de consultation, la simplification des accueils et du circuit du patient.

S'agissant de l'ouverture de l'Institut cœur-poumon, service structurant pour l'ensemble du site et en cours d'achèvement, une démarche de diagnostic et d'élaboration d'un projet médical et d'organisation spécifique est menée et accompagnée par un consultant extérieur portant notamment sur l'organisation de la prise de rendez-vous, le dimensionnement et la gestion des salles de consultation.

### 3.3.7.3 Les audits financiers

Dans le cadre du projet de facturation individuelle des établissements de santé, la direction de la facturation a initié, depuis 2014, une démarche d'audit du codage des feuilles de cotation, aujourd'hui étendue à l'ensemble des pôles et réalisée tous les ans. L'objectif est d'identifier à la fois le volume de feuilles de relevé d'activité non retournées au bureau des entrées ou mal renseignées, ainsi que d'améliorer le codage de l'activité effectué.

En fonction des résultats, les pôles se voient fixer des objectifs d'amélioration compris en 2 et 5 % par an pour atteindre un taux d'exhaustivité de 95 %.

## 3.4 L'offre d'actes et de consultations proposée par l'établissement

### 3.4.1 Méthodologie

Au regard de l'importance du périmètre de l'activité, l'étude a porté sur deux sites de l'établissement : l'hôpital Jeanne de Flandre<sup>30</sup> et l'hôpital Claude Huriez<sup>31</sup>, lesquels accueillent six pôles cliniques et réalisent 49 % des consultations de l'établissement.

Les sites Claude Huriez et Jeanne de Flandre représentent au total 35 % des actes et consultations externes, hors B<sup>32</sup> de laboratoire.

---

<sup>30</sup> Site regroupant les pôles femme, mère nouveau-né et enfant et disposant de plateaux de consultations regroupés.

<sup>31</sup> Pôles médico-chirurgical, oncologique, spécialités médicales et anesthésie réanimation.

<sup>32</sup> Le B est l'unité de facturation des analyses de laboratoire.

### 3.4.2 L'étendue de l'offre

Pour le seul site Claude Huriez, l'établissement propose un nombre élevé de consultations de recours ou très spécialisées.

Ainsi, pour 7 spécialités médicales, l'établissement dispose de 60 consultations spécialisées ou surspécialisées correspondant le plus souvent à une pathologie particulière qu'il est le seul en mesure de prendre en charge dans la région.

Le site offre en moyenne 772 vacations par semaine mobilisant 85 équivalents temps plein (ETP) de praticiens et plus ponctuellement du personnel infirmier, psychologue ou diététicien.

L'organisation du bâtiment ne permettant un regroupement de l'ensemble des consultations au sein d'un lieu unique (*cf. infra*), les actes externes sont réalisés dans les services de soins ou bien sur le plateau de regroupement du site.

Une grande diversité d'offres se retrouve également s'agissant du pôle enfant qui propose une offre de consultations de 21 surspécialités pédiatriques dont le centre hospitalier régional universitaire a le monopole dans la région<sup>33</sup>. L'hôpital compte pour ce fait 41 opérateurs et offre 223 vacations par semaine.

Les consultations et soins externes sont là encore marqués par la singularité hospitalo-universitaire de l'établissement en ce qu'elles offrent à la fois des soins de proximité à la population lilloise et des soins de spécialité à l'ensemble du territoire.

Ainsi, l'offre de consultations de la clinique d'obstétrique permet le suivi des grossesses dite « à bas risque » mais aussi des patientes présentant des risques de complications plus importants.

Il est en de même s'agissant de l'activité de gynécologie, laquelle propose, en marge des suivis dits « classiques<sup>34</sup> », des consultations très spécialisées : infertilité, préservation ovarienne avant cancer, endométriose, sexologie, endocrinologie.

Compte tenu de la diversité des organisations mises en place, de la diversité des spécialités et expertises offertes ainsi que des contraintes liées aux locaux, la productivité varie fortement d'un site à l'autre.

Si les opérateurs de Jeanne de Flandre produisent en moyenne 3 410 consultations par an en 2017, ceux de Claude Huriez connaissent une activité en retrait de près de 30 % (2 657 consultations).

Les délais d'attente varient également fortement entre les spécialités. De 8 semaines en moyenne pour le site Claude Huriez et de 9 semaines pour l'hôpital Jeanne de Flandre, certaines spécialités connaissent des durées d'attente de plusieurs mois.

---

<sup>33</sup> Dermatologie, endocrinologie, diabétologie, gastro-entérologie, hépatologie, nutrition, mucoviscidose, hémato-oncologie, rhumatologie, maladies héréditaires du métabolisme, néphrologie, neuropédiatrie, pédiatrie générale, urgences, maladies infectieuses, prise en charge des enfants en danger, pneumologie, allergologie, réanimation, troubles de l'apprentissage, pédopsychiatrie de liaison.

<sup>34</sup> Contraception, implant, stérilet, suivis de ménopause...

Les délais d'attente demeurent importants, alors même que le centre hospitalier effectue déjà un premier tri des patients au moment de la prise de rendez-vous, en retenant les cas cliniques relevant de sa compétence médicale et en orientant les autres patients vers l'offre médicale du groupement hospitalier de territoire.

Ce travail d'orientation des patients s'effectue également *via* les réseaux et les coopérations mises en place avec la médecine de ville et se traduit par exemple par un suivi des grossesses par des sages-femmes libérales dans le cadre du réseau « Ombrel<sup>35</sup> ».

À l'avenir, le projet médical 2018-2022 conforte cette approche sélective en ce qu'il rappelle que le centre hospitalier universitaire se « *distingue par sa capacité à prendre en charge des pathologies complexes qui requièrent des équipes expertes, hyperspécialisées, coordonnées pour une approche à la fois pluridisciplinaire et personnalisée* ».

Le schéma directeur ambulatoire et soins externes fixe à cet égard l'objectif pour chaque pôle d'élaborer un projet médical des actes et consultations externes en priorisant les primo consultants relevant de la compétence du CHRU et en réorientant vers la médecine de ville les patients dits moins complexes, notamment le suivi des maladies chroniques.

### **3.4.3 L'organisation de la permanence des soins**

Les modalités d'organisation de la permanence des soins sur le territoire de proximité de l'établissement sont couvertes par les urgences du centre hospitalier ainsi que la maison médicale de garde de Lille Métropole, située dans des locaux du CHRU.

Le centre hospitalier n'est pas informé du volume d'activités de cette maison médicale de garde et ne dispose pas d'une telle structure au sein même de ses locaux d'urgences.

Dans ce contexte, il peut difficilement réorienter un patient se présentant au service des urgences vers la médecine de ville, absente de son propre site.

Pourtant, le service des urgences, dont l'activité a fortement progressé depuis 2013, rencontre une problématique d'engorgement.

En 2017, le service avait effectué 88 000 actes et consultations externes, soit 18 % de plus qu'en 2014.

Afin de fluidifier l'accueil, une filière de prise en charge plus rapide a été identifiée, comptabilisant 26 000 actes et consultations externes, activité en hausse de 40 % depuis 2014.

Le circuit court des urgences est destiné aux patients qui ne souffrent pas de pathologies graves et ne nécessitant pas d'examen biologique et une prise en charge de plus de 2 heures.

---

<sup>35</sup> Réseau OMBREL (Organisation Mamans, Bébés de la REgion Lilloise).

### 3.4.4 La couverture des besoins sur le territoire

#### 3.4.4.1 La connaissance de son positionnement sur son territoire

Le centre hospitalier régional universitaire de Lille dispose de peu d'informations statistiques lui permettant d'analyser son positionnement sur le territoire et d'apprécier ainsi l'étendue de son offre de soins par rapport aux besoins.

Faute d'avoir accès aux données de la base du système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie, l'établissement n'est pas en mesure de connaître, comme pour l'hospitalisation, son taux de recrutement ou de fuite de patients, ainsi que ses parts de marché par spécialités.

Dans ce contexte, la stratégie de développement des consultations et actes externes repose avant tout sur le dialogue de gestion instauré avec l'agence régionale de santé sur la base des travaux statistiques de l'observatoire régional de santé et débouchant sur les orientations formalisées au sein de la convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens.

La lecture de ces documents confirme le rôle particulier du centre hospitalier universitaire dans la région et sa vocation structurante pour l'offre de soins.

Ainsi, en 2017, 40 % des séjours de l'établissement concernaient une activité de recours ou spécialisée contre 18 % dans les autres établissements publics des départements du Nord et du Pas-de-Calais et 10 % dans les établissements privés<sup>36</sup>.

Il ressort également des requêtes informatiques faites à partir des données du logiciel de gestion administrative du patient que 45 % des patients venant en consultation en 2017 provenaient de communes extérieures à la métropole lilloise, confirmant ainsi le rayonnement régional de l'établissement.

Cette spécificité explique également qu'un tiers des patients vus chaque année en consultation sont de nouveaux patients, venus en priorité pour un avis de spécialiste, la prise en charge chronique étant déléguée aux établissements du groupement hospitalier ou à la médecine de ville.

L'enquête de satisfaction réalisée en 2017 montre, à cet effet, que 47 % des patients venus en consultation avaient fait le choix de l'établissement en raison de sa spécialisation.

Ce recrutement privilégié ne doit cependant pas masquer la réelle concurrence de l'offre privée dans des secteurs d'activité plus classiques comme la cardiologie, la chirurgie orthopédique ou bien encore la maternité.

#### 3.4.4.2 L'offre de consultations avancées

Les consultations avancées font partie prenante de la contractualisation avec l'agence régionale de santé.

---

<sup>36</sup> Diagnostic territorialisé de santé de la région des Hauts-de-France, <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/diagnostic-territorialise-de-sante-de-la-region-des-hauts-de-france>

La convention pluriannuelle d'objectifs et de moyens 2012-2017 fixe d'ailleurs comme objectif de « développer les coopérations territoriales par la structuration d'un centre hospitalier universitaire multipolaire en réponse aux besoins de santé de la population de la région et de l'inter-région ».

Cet objectif est toutefois très vaste et concerne en fait l'ensemble de la coopération avec les établissements publics, privés et médecine de ville. Le document évoque ainsi la nécessité de développer les groupements de coopération sanitaire, de renforcer les coopérations public-privé, de faire la promotion des réseaux permettant d'intégrer le patient dans un parcours de soins et d'accroître les partenariats avec les trois autres grands CHU du Nord de la France : Amiens, Rouen et Caen.

Il n'existe pas d'état des lieux de l'offre de soins en matière de consultation, ni d'objectifs chiffrés et d'indicateurs précis en dehors des données statistiques précédemment évoquées.

La convention ne précise d'ailleurs pas les consultations attendues ou devant être mises en place.

Dans ce cadre, le centre hospitalier régional universitaire a développé de nombreux partenariats avec d'autres structures hospitalières, se concrétisant par la réalisation de consultations avancées de praticiens dans d'autres établissements des départements du Nord et du Pas-de-Calais représentant 62 demi-journées de consultations par semaine en 2017, chiffre en forte progression depuis 2014 (45,5 demi-journées).

L'essentiel de ces consultations avancées concerne des établissements extérieurs au groupement hospitalier de territoire et répond principalement à une demande de l'établissement receveur de renforcer son offre de soins.

Il s'agit également pour le centre hospitalier régional universitaire d'animer les réseaux de soins coordonnés se structurant sur le territoire et concernant des domaines comme l'insuffisance cardiaque, les valvulopathies, le cancer ORL, le cancer de la prostate et digestif, l'onco-gériatrie, l'ortho-gériatrie, l'obésité, la lithiase ou les insuffisances rénales.

Cette coopération s'appuie sur des conventions individuelles qui prévoient, notamment, un remboursement du temps médical par l'établissement receveur.

Les consultations avancées s'inscrivent également dans le cadre de nombreux groupements de coopération sanitaire permettant le partage de plateaux techniques et l'intervention de praticiens en hospitalisation et en consultation avec d'autres établissements publics ou privés.

Parallèlement, le centre hospitalier universitaire reçoit de nombreux praticiens d'autres établissements en consultations avancées représentant en 2017 plus de 60 demi-journées par semaine, chiffre également en forte progression depuis 2014 (40,5 demi-journées).

Cette activité répond avant tout à un souci de complémentarité de l'offre locale et la volonté de tisser un réseau médical dense avec les établissements partenaires. Plus ponctuellement, ces coopérations visent à combler une insuffisance de l'offre locale, comme par exemple en rhumatologie ou ophtalmologie.

Contrairement aux consultations avancées, les consultations accueillies au sein de l'établissement concernent pour moitié des structures sanitaires du groupement hospitalier de territoire ou de la métropole.

Dans le cadre de son projet d'établissement 2018-2022, il envisage la mise en place de nouvelles consultations pluridisciplinaires touchant à des domaines très spécifiques comme l'asthme sévère chez l'enfant, les maladies neuromusculaires chroniques génétiques, la prévention du risque infectieux chez l'immunodéprimé, les porteurs de plaies chroniques, le traitement des hallucinations et des expériences supra sensorielles.

#### 3.4.4.3 Le développement de la télé médecine

La télé médecine est un outil structurant pour améliorer l'offre de soins, en particulier dans les territoires confrontés à des difficultés de démographie médicale ou éloignés des plateaux techniques spécialisés.

Grace à celui-ci, l'établissement a pu mettre en place des consultations à distance dans la cadre de la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux (télé-AVC) ou de la chirurgie vasculaire.

Son usage s'est également développé s'agissant des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou unités de consultations et soins ambulatoires en milieu carcéral concernant par définition une population peu ou difficilement mobile.

S'agissant du secteur personnes âgées, des consultations de télé-expertise ont été expérimentées avec sept établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes de l'agglomération lilloise.

Le recours reste toutefois assez faible puisque seuls 50 patients ont été vus en consultation depuis 2016 ; les freins tiennent, avant tout, à des problèmes techniques (débit du réseau, formation au matériel) ou d'investissement du médecin coordonnateur ou traitant.

S'agissant des unités en milieu pénitentiaire, des télé consultations ont été mises en œuvre avec les centres pénitentiaires de Sequedin et d'Annœullin à raison d'un créneau de 2 à 3 patients par mois en dermatologie. D'autres disciplines telles que l'anesthésie, la douleur ou la traumatologie devraient être développées.

La principale limite rencontrée actuellement concerne le problème de synchronisation entre les consultations programmées et l'organisation du personnel de la prison.

### **3.5 L'organisation mise en place par l'établissement**

#### **3.5.1 Présentation**

Le centre hospitalier universitaire est constitué par un ensemble de bâtiments de type pavillonnaire regroupés, à l'exception du site des bateliers, sur le même lieu-dit « campus ». Celui-ci est composé de sept structures dédiées à des spécialités médicales chirurgicales<sup>37</sup>.

---

<sup>37</sup> Le bâtiment Claude Huriez : prises en charge médico-chirurgicales à orientation oncologiques ; Hôpital Jeanne de Flandre : Pôles femme, mère, enfant ; Hôpital Roger Salengro : prises en charge médico-chirurgicales en neurosciences et appareils locomoteurs ainsi que les urgences ; Institut du cœur et du poumon ; Hôpital Calmette : prises en charge médico-chirurgicales pneumologiques ; Hôpital Swynghedauw : prises en charge des soins de suite et de réadaptation) ; Hôpital Fontan : psychiatrie).



Pour des raisons de cohérence du parcours de soins et compte tenu de l'importance de l'activité de consultations, il est impossible de regrouper l'ensemble des actes et consultations externes au sein d'un seul et même service ou même bâtiment.

Le choix a été d'organiser les consultations par grandes disciplines médicales en profitant de la restructuration d'un site pour repenser l'accueil et la prise en charge des soins externes comme ce fut le cas à l'hôpital Jeanne de Flandre ou en choisissant de regrouper des spécialités au sein d'un même bâtiment comme le centre de consultations de l'appareil locomoteur s'agissant des consultations en orthopédie et traumatologie.

L'institut du Cœur et du poumon, dont l'achèvement est prévu en 2020, répond également à cette logique avec un service de soins externes dédié.

Il en est de même s'agissant de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation, spécialités ayant chacune leur site propre et leur service de consultations.

Dans une moindre mesure, le site de l'hôpital Roger Salengro qui, bien qu'ayant ses consultations regroupées sur un seul niveau, dispose d'un accueil administratif centralisé mais de différents pôles d'accueil médico-soignants, compte tenu du nombre élevé de spécialités et consultants.

### **3.5.2 L'organisation des consultations**

#### 3.5.2.1 Les pôles « Femme, Mère, Nouveau né » et « Enfant »

L'hôpital Jeanne de Flandre regroupe, depuis son ouverture en 1997, les activités liées à la prise en charge de la femme, du couple et de l'enfant ainsi que les pathologies liées à la reproduction.

Les activités de gynéco-obstétrique ont été intégralement regroupées sur un seul site suite, à la fusion des deux maternités Roger Salengro et Pavillon Olivier.

Le site Jeanne de Flandre dispose d'un plateau de consultations et de soins externes mutualisé situé au rez-de-chaussée, dédié à la prise en charge de la femme et proposant des consultations prénatales, de gynécologie et échographies.

Les consultations des spécialités pédiatriques ont également été regroupées au niveau - 1 du même site à l'exception des urgences pédiatriques et de la neuro-pédiatrie, situées près des urgences adultes sur le site Roger Salengro et de la cardio-pédiatrie médicale et chirurgicale prise en charge au sein de l'institut cœur-poumon.

Les consultations des deux pôles femmes mère et enfant disposent donc d'un circuit dédié, bien séparé de l'accueil des hospitalisations.

Les deux plateaux disposent chacun d'une charte de fonctionnement.

S'agissant du pôle enfant, l'établissement a mis en place, depuis deux ans, un accueil unique pour les consultations de pédiatrie médicale et chirurgicale où interviennent plus de 120 praticiens.

L'organisation antérieure prévoyait un double accueil à la fois administratif et soignant avec une redondance des demandes d'information et, par conséquent, une perte de temps pour le patient et les équipes.

Désormais, le patient effectue son entrée administrative au niveau de l'accueil central auprès des agents médico-administratifs rattachés au bureau des entrées, qui l'orientent vers la salle d'attente où le numéro du bureau est affiché.

À l'issue de la consultation, le patient est pris en charge par les hôtesse de consultation qui disposent d'un secrétariat dédié, séparé de l'accueil principal. Celles-ci assurent l'accueil téléphonique et la prise de rendez-vous. Elles sont également en charge de la gestion des salles de consultation.

Les salles ne sont pas réservées à un praticien mais mutualisées sur un roulement de cinq semaines afin d'accroître leur taux d'utilisation.

S'agissant des consultations de gynécologie et d'obstétrique (pôle femme, mère nouveau-né), il existe également un accueil dédié permettant de constituer le dossier administratif avant d'être orienté vers une salle d'attente pour une prise en charge soignante et médicale.

Ainsi, le patient voit son parcours simplifié. Les lieux d'accueil et de programmation des rendez-vous sont distincts.

D'un point de vue médical, la proximité favorise également les échanges d'avis entre spécialités pour un même patient et permet de prendre en urgence des consultations non prévues. Le regroupement a aussi facilité la mise en place des consultations multidisciplinaires rendues nécessaires par la nature des affections chroniques de l'enfant qui réclament l'intervention de plusieurs spécialistes.

Enfin, sur un plan organisationnel, le plateau commun a permis de mutualiser les fonctions médico-administratives, les équipes de nettoyage, de standardiser les équipements des ailes de consultations et d'optimiser leur taux d'occupation par une gestion informatique et centralisée.

Cette organisation peut être perçue par les patients comme impersonnelle. Afin d'orienter au mieux les patients, des salles d'attente sont bien séparées, une information et une signalétique très complète ainsi que des circuits fléchés pour d'éventuels examens complémentaires ont été mis en place.

Sur le plan des ressources humaines, le changement d'organisation a nécessité également un important travail d'accompagnement des équipes et de formation des agents, démarche d'autant plus difficile que les services d'accueil, administratifs ou soignants, comptaient un nombre élevé de personnels en situation de reclassement professionnel.

S'agissant de certaines spécialités en lien avec l'enfant, le centre hospitalier régional universitaire a fait le choix de conserver un accueil spécifique : tel est le cas de la cardiopédiatrie ou de la neuro-pédiatrie, et ce afin de renforcer le lien avec le patient et d'offrir un parcours plus personnalisé.

En ce qui concerne les consultations de gynécologie et d'obstétrique, la présence du plateau des explorations fonctionnelles au sein du plateau de consultations permet également d'avoir un examen plus rapidement. Le projet du pôle, pour 2019, est également d'internaliser le centre de prélèvement sanguin.

L'établissement a, par ailleurs, organisé un circuit d'accès rapide aux consultations à partir des urgences pédiatriques des consultations d'ortho-traumatologie et de dermatologie pédiatrique avec des créneaux réservés.

### 3.5.2.2 Le site Claude Huriez

Débutée en 1934 et achevée en 1958, la cité hospitalière ou hôpital Huriez se distribue autour d'une cour semi-hexagonale. À l'est et à l'ouest, s'élèvent deux bâtiments d'hospitalisation identiques, disposés en étoiles à cinq branches autour d'une rotonde centrale et hauts de neuf étages.

Dans le cadre de la modernisation de l'hôpital Huriez intervenue en plusieurs phases sur la période 1996-2009, le parti pris architectural a été de relier ces deux tours par un plateau technique comportant :

- l'imagerie et la médecine nucléaire au rez-de-jardin ;
- l'endoscopie et les explorations fonctionnelles digestives au rez-de-chaussée ;
- la réanimation au 1<sup>er</sup> étage ;
- les blocs opératoires aux niveaux 2 et 3 ;
- Les tours accueillent, sur sept niveaux, les unités d'hospitalisation complète, de semaine et les unités ambulatoires.

Des plateaux de consultations et de soins externes sont également présents sur de nombreux étages dans le prolongement des unités d'hospitalisation.

La configuration des lieux, la diversité des spécialités proposées ainsi que les volumes de consultations réalisées ne permettent d'envisager un regroupement de l'ensemble des soins externes au sein d'un même plateau.

Le centre hospitalier régional universitaire a donc dû faire le choix d'adapter l'organisation de ses soins aux spécificités de chaque discipline. Dans ce contexte, le site Claude Huriez présente une grande diversité des organisations des consultations et soins externes.

Le circuit du patient débute à son arrivée dans le grand hall du bâtiment où se trouve un agent d'orientation ainsi que le bureau d'accueil de l'imagerie et des explorations fonctionnelles.

Le patient est ainsi directement orienté vers l'étage de sa spécialité.

Chaque unité dispose d'un point d'accueil unique des consultations, composé soit d'agents administratifs rattachés au bureau des entrées, soit d'agents soignants généralement en reclassement professionnel. Ceux-ci sont chargés de constituer le dossier administratif du patient dans le logiciel « GAM » et le dossier médical dans le logiciel « SILLAGE ». À ce titre, il n'existe plus sur le site de double accueil du patient, les agents assurant tous, désormais, les deux fonctions.

Il demeure une grande proximité entre le service de consultations de la spécialité et le reste du fonctionnement du service permettant ainsi de faciliter les échanges entre le personnel soignant et les praticiens. Tel est notamment le cas en néphrologie, ou du service des maladies de l'appareil digestif.

Ce type d'organisation trouve également sa logique dans le cadre des prises en charge de maladies chroniques (diabète, insuffisances cardiaques et rénales), lesquelles devront être appréhendées surtout par filière globale de soins avec un financement forfaitaire.

Le volume d'activités de certains services et la nécessité d'améliorer l'accueil du patient ont justifié d'isoler la fonction prise de rendez-vous par téléphone des fonctions classiques d'accueil. Les services de dermatologie ou d'ophtalmologie disposent désormais d'un centre d'appel en propre.

Toutefois, la présence de points d'accueil différenciés entre hospitalisation et consultation n'apparaît pas toujours justifiée par rapport au volume de consultants reçus.

Si le service de dermatologie accueille chaque année plus de 26 000 patients, celui de néphrologie, comptant 5 000 consultants, dispose d'un accueil de consultation auquel s'ajoutent deux autres accueils pour l'hospitalisation et l'ambulatoire incluant les dialyses et les suivis de greffes.

La recherche d'une meilleure efficacité s'est traduite par un effort de regroupement de certaines spécialités, de façon à atteindre une taille critique suffisante.

Tel est le cas notamment de l'anesthésie et douleur (rez-de-chaussée), du plateau d'imagerie, de l'endocrinologie, diabétologie et nutrition (4<sup>ème</sup> étage) ou du service des consultations médico-chirurgicales regroupant les chirurgies digestive, vasculaire, transplantation, endocrinienne (3<sup>ème</sup> est). Pour ce dernier service, un accueil unique administratif a été mis en place, la prise de rendez-vous étant assurée par le service d'hospitalisation de rattachement. Le rapprochement de spécialités complexes a également permis de mutualiser les moyens soignants nécessaires aux nombreux gestes techniques.

L'établissement envisage également une rationalisation des moyens du service de consultation d'ophtalmologie, en positionnant sur un seul plateau l'ensemble des consultations adultes et pédiatriques actuellement réparties sur deux niveaux. Ce projet est d'autant plus justifié que le service accueille chaque année 70 000 patients en consultations et urgence et nécessite, pour fonctionner, d'avoir un accès direct et rapide à un plateau technique performant.

À l'instar de ce qui a été fait à l'hôpital Jeanne de Flandre et en cours de déploiement sur le site Salengro, le centre hospitalier régional universitaire souhaite achever la mise en place d'un accueil unique sur le site Huriez en formalisant les tâches relevant de cette fonction et en redéployant les autres fonctions au sein des services.

### **3.5.3 La prise de rendez-vous**

La prise de rendez-vous demeure à ce jour décentralisée et se fait essentiellement *via* un contact physique ou téléphonique avec le secrétariat dédié du service de la spécialité concernée. Il n'existe pas d'accueil téléphonique centralisé permettant d'orienter le patient.

Ainsi, s'agissant du site Claude Huriez, chaque secrétariat médical de consultations gère ses rendez-vous par téléphone ou bien par messagerie électronique.

L'hôpital Jeanne de Flandre dispose, en revanche, d'une boîte vocale orientant le patient.

Au final, le projet d'établissement 2018-2022 fait état de 125 numéros de consultations et de 20 boîtes vocales pour l'ensemble du centre hospitalier régional universitaire, complexifiant autant l'accès aux consultations.

L'orientation du patient est d'autant plus difficile que l'annuaire du site internet de l'établissement n'est pas intuitif.

L'enquête de satisfaction menée en 2017 auprès de 1 700 patients confirme ce constat, 44 % d'entre eux ayant pris rendez-vous par téléphone étant passés par le standard et non par le secrétariat du service.

Par ailleurs, la prise de rendez-vous en ligne *via* un formulaire reste à ce jour embryonnaire et limitée à seulement 8 spécialités<sup>38</sup>.

En outre, ce mode de prise de rendez-vous ne permet pas au patient de choisir sa date ou son horaire en fonction de ses contraintes.

Afin de faciliter l'accès aux services, un projet de mise en place de rendez-vous au moyen d'une application en ligne de type Doctolib est en cours d'étude.

Des études ponctuelles sont réalisées dans les services pour mesurer le taux de décroché.

La chambre recommande au centre hospitalier d'envisager le développement de modes de prise de rendez-vous alternatifs au téléphone, d'autant que le projet d'établissement fait état d'un taux de décroché moyen de seulement 36 % et que l'enquête de satisfaction précitée montre que 22 % des patients ont dû appeler trois fois et plus pour obtenir un rendez-vous.

**Recommandation n° 3 : diversifier les modalités de prise de rendez-vous en consultations.**

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur indique que la mise en œuvre de la prise de rendez-vous en ligne a été expérimentée pour quatre services et a effectivement démarré en ORL le 20 mars 2019. Il précise, par ailleurs, que « la phase expérimentale va se poursuivre et la stratégie de déploiement sera définie à l'automne 2019 ».

### **3.5.4 L'admission du patient en consultation**

Lors de la présentation du patient au service des admissions, le gestionnaire chargé de constituer le dossier administratif recueille les informations nécessaires sur le logiciel de gestion administrative afin de pouvoir éditer une fiche de circulation.

Les agents disposent de consignes écrites s'agissant des documents obligatoires à demander (cartes d'identité, mutuelles, carte vitale) et en matière d'identité-vigilance, ainsi qu'un accès à la consultation des droits en ligne, nécessitant toutefois une démarche de la part de l'opérateur et une ressaisie dans le dossier administratif.

Le déploiement de la consultation des droits intégrés (CDR), outil qui permet de renseigner automatiquement le logiciel administratif de l'état des droits du patient, doit être effectué en 2019.

---

<sup>38</sup> Andrologie, gynécologie, imagerie Jeanne de Flandre, ophtalmologie, pneumologie, orthogénie, appareil digestif et consultations prénatales.

Il en est de même s'agissant des droits auprès des organismes complémentaires *via* le projet ROC.

Par ailleurs, l'établissement a élaboré un guide de l'admission, disponible sur l'intranet, et rappelant pour chaque situation le cadre législatif et réglementaire, ainsi que la démarche à suivre pour renseigner le logiciel de gestion administrative.

L'hôpital créé, en moyenne, 93 000 identités chaque année et dispose d'une base de 2,7 M de dossiers enregistrés.

Malgré l'existence de procédures d'admission, le travail d'identité vigilance a abouti à relever 7 900 doublons en 2017, soit 8,5 % du nombre d'admissions et à pratiquer 7 300 fusions.

Dans ce contexte, la fiabilité des informations collectées, gage de la qualité de la facturation en aval, pourrait être améliorée par la mise en place de préadmissions du patient, à tout le moins pour les actes et soins externes les plus importants.

Si les documents requis sont communiqués au patient lors de sa prise de rendez-vous, la pratique d'admissions administratives anticipées permettrait de renforcer le contrôle des informations transmises, réduire le temps d'attente et améliorer *in fine* le taux de recouvrement.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique que l'admission du patient va être simplifiée par le déploiement en 2019 de « contrôle des droits réels intégrés » permettant de collecter les informations relatives à la couverture sociale du patient ainsi que par la mise en place, dans un second temps, d'un interfaçage entre le logiciel de gestion administrative et celui de gestion du dossier médical afin de créer automatiquement la pré-admission.

Il précise, par ailleurs, que le CHRU participe au projet régional « e-admission » qui doit permettre au patient de préparer son admission dans l'établissement. Son déploiement est prévu en 2020.

Par ailleurs, les informations médicales (fiches, courriers et comptes rendus) délivrées lors de la consultation sont intégrées au dossier médical électronique « SILLAGE » dont le déploiement n'est pas encore achevé. Un exemplaire du compte rendu est également adressé au médecin ayant orienté le patient.

Si les actes de biologie et d'imagerie font l'objet d'un recueil informatisé au moyen de passerelles entre les logiciels de ces services, le relevé des consultations et des actes reste effectué sur un support papier.

Les observations médicales, pouvant s'avérer utiles lorsqu'il s'agit d'un acte dit « frontière » entre l'activité externe et la prise en charge en ambulatoire, font également toujours l'objet d'annotations sur un dossier papier.

Afin de maîtriser le risque lié à la coexistence de supports papiers et informatiques, l'établissement a engagé un travail de formalisation de la localisation des données patient (outil plan d'organisation des données) permettant aux professionnels de garantir la continuité de la prise en charge.

Lors de sa visite en 2018, la Haute autorité de santé avait d'ailleurs relevé les limites de cette organisation en estimant que les règles entourant la gestion du dossier du patient n'étaient pas conformes aux critères de la certification et devaient faire l'objet d'actions d'amélioration rapidement.

### 3.5.5 Le codage des actes

Le service du département d'information médicale (DIM) compte 8 médecins, 10 techniciens et 40 assistants codeurs, ces derniers étant positionnés dans les pôles.

Ces moyens demeurent orientés vers le contrôle de la codification des séjours d'hospitalisation complète ou ambulatoire et non vers l'activité externe. Son action concerne uniquement les actes pouvant se situer à la frontière<sup>39</sup> de la prise en charge entre l'hôpital de jour et la consultation externe et pouvant générer un contentieux de paiement avec l'assurance maladie.

Le DIM intervient également en qualité de conseil, s'agissant des actes pouvant donner lieu au paiement d'un forfait soins environnement ou d'un forfait prestation intermédiaire, lesquels ne concernent que certaines pathologies et exigent des conditions de prise en charge précises.

L'établissement a d'ailleurs mis en place, à cet effet, un « comité facturation » associant le DIM, la direction des finances, des ressources numériques et le ou les pôles concernés par une problématique de relevé d'activité.

S'agissant des autres actes et consultations externes, et en l'absence de dossier médical informatisé complet hormis pour les actes de biologie et d'imagerie, le codage s'effectue au moyen d'un support papier pré rempli devant être complété par le praticien et retourné au bureau des entrées pour saisie dans le logiciel de facturation.

Comme évoqué précédemment, ce mode de recueil de l'activité ne garantit pas une exhaustivité de la comptabilisation de actes et consultations effectués.

L'examen des feuilles en circulation montre pourtant une grande variété des actes pratiqués et, par conséquent, des risques inhérents à la cotation.

Ainsi, s'agissant de seulement deux pôles d'activité clinique (spécialités médico-chirurgicales et pôle médico-chirurgical) réunissant 14 disciplines, les feuilles de cotation comptent, en sus des codes de la nomenclature générale des actes professionnels et des actes de biologie, plus de 300 codes de classification commune des actes médicaux dont certaines, faute de place sur la feuille de suivi, ne précisent pas le libellé mais seulement le code.

En l'absence de rapprochement *a posteriori* entre le compte rendu de consultation et la cotation par les équipes du DIM, il n'existe donc aucun contrôle qualité sur la nature de la codification de l'acte effectué.

Pour pallier ce risque, les responsables de la facturation procèdent, chaque mois, à de nombreuses requêtes pré-paramétrées permettant d'effectuer des contrôles de qualité et d'exhaustivité des actes facturés.

---

<sup>39</sup> L'instruction, dite « frontière » du 15 juin 2010, précise les conditions permettant la facturation d'un GHS pour les prises en charge hospitalières en unités d'hospitalisation de courte durée (UHCD) et pour les prises en charge de moins d'une journée dans des structures d'hospitalisation à temps partiel. Elle a abrogé une première circulaire du 31 août 2006, pour intégrer les retours d'expérience des contrôles externes T2A et préciser les situations ouvrant droit ou non à facturation d'un GHS (*cf.* encadré 2). Lorsque ces conditions ne sont pas remplies, la prise en charge donne lieu à facturation d'actes et consultations externes dont la tarification est identique à celle des soins de ville.

Celles-ci permettent, par exemple, de rechercher les dossiers sans actes, les actes de biologie sans actes de prélèvement ou les suppléments manquants.

Par ailleurs, l'établissement a recours, ponctuellement, à l'outil de recodage Lambda pour améliorer son niveau de recettes et réalise des audits flash dans certains services pour connaître le taux de retour des bons de consultations bien codés ou la valorisation d'avis ponctuels des consultants spécialistes.

Cette organisation est néanmoins consommatrice de moyens et de temps en ce qu'elle oblige les secrétariats médicaux des services à effectuer des recherches de codification plusieurs jours ou plusieurs semaines après le passage du patient.

En outre, ce premier niveau de contrôle ne permet qu'un rapprochement quantitatif des actes prescrits et de ceux facturés, sans pouvoir corriger une éventuelle sous cotation.

La chambre recommande à l'établissement de revoir les modalités de contrôle de la cotation de l'activité externe en prévoyant de manière plus systématique une intervention du département d'information médicale.

**Recommandation n° 4 : améliorer la fiabilité du codage des actes externes par l'informatisation du mode de saisie et le renforcement du contrôle du département d'information médicale.**

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur a précisé que le dossier patient informatisé serait déployé fin 2020 et que ce dernier intègrera un module de recueil de l'activité externe ainsi qu'un module de numérisation des documents papier.

S'agissant du rôle du médecin DIM, il indique que « contrairement à l'hospitalisation il n'existe en soins externes ni codage de la pathologie ni règles de compatibilité entre les pathologies et les actes CCAM qui nécessiterait une compétence méthodologique sur le choix ou les algorithmes de hiérarchisation des pathologies en fonction de la situation clinique ».

Il précise toutefois que « dans le cadre d'une prochaine informatisation du codage des soins externes, le département d'information médicale sera mobilisé pour accompagner les services cliniques au paramétrage des nomenclatures médicalisées » et notamment des « nouvelles modalités de facturation à venir des prises en charges forfaitaires ».

### 3.5.6 La facturation à l'assurance maladie

La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité sociale pour 2004 mettant en œuvre la tarification à l'activité a affirmé le principe de la facturation directe à l'assurance maladie obligatoire : il s'agit du projet de facturation individuelle des établissements de santé qui est généralisée pour les soins externes au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Cette réforme est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016 au CHRU de Lille.



D'un point de vue quantitatif, le bilan FIDES s'est traduit par une multiplication par 8 du nombre de factures transmises en norme B2<sup>40</sup> (755 000 factures en 2016) et une multiplication par 5 du nombre de rejets à retraiter (30 000 rejets) requérant, par conséquent, plus de temps pour les traiter.

Sur le plan qualitatif, le projet a induit une plus grande précision lors du recueil des informations du patient au bureau des entrées.

Ces éléments ont conduit l'établissement à renforcer la formation des agents d'accueil et à mettre en place une cellule centrale pour maîtriser les flux de facturation et de traitement des rejets de facturation à partir de 2016. À cet effet, l'encadrement des bureaux des entrées a été renforcé, le tutorat développé et les fiches de poste redéfinies.

Des outils de pilotage ont été également développés et automatisés *via* des requêtes pré paramétrées (*cf. supra*) permettant de connaître en temps réel les dossiers restant à facturer et les motifs de rejets.

La directrice de la facturation dispose, par ailleurs, d'un tableau de pilotage lui permettant de faire le point avec les cadres responsables des bureaux des entrées du niveau d'avancement des dossiers à facturer.

Le niveau d'adaptation d'un centre hospitalier à la facturation individuelle se mesure à partir du taux de rejets de la facturation « B2 ». Pour le centre hospitalier régional universitaire, les taux de rejet en 2016 et 2017 étaient respectivement de 3,34 % et 4 % et le délai de facturation de 33,59 jours après la sortie du patient.

Les rejets concernent principalement des incohérences de saisie d'actes ou de problèmes d'ouverture des droits des patients et plus ponctuellement des problèmes techniques liés au flux lui-même, souvent en relation avec l'éditeur de logiciel de gestion patient.

L'établissement n'a pas fait, à ce jour, l'objet de redressement de la part de l'assurance maladie au titre des actes et consultations externes.

### **3.5.7 La facturation au patient**

La facturation au patient de la part restant à sa charge pose essentiellement la question de l'encaissement en régie. Ce montant étant souvent inférieur à 10 €, il échappe aux démarches de recouvrement du comptable s'il a fait l'objet d'un titre de recette.

L'encaissement en régie représente seulement 1,7 M€ en 2017 et concerne 17 446 dossiers, soit une faible part des actes et consultations externes réalisés (2,3 %)<sup>41</sup>.

La majorité des recettes d'activités externes font l'objet d'un paiement direct par l'assurance maladie, par les organismes complémentaires ou bien s'inscrivent dans le cadre de prises en charge particulières liées à la situation personnelle du patient (soins pénitentiaires, aide médicale d'État...).

---

<sup>40</sup> La norme B2 : l'établissement de santé doit émettre des factures électroniques et recevoir des retours d'informations de règlement (paiements, rejets) selon des formats de fichiers dénommé B2.

<sup>41</sup> Rapportés à 71,8 M€ de recettes d'activités externes.

L'encaissement en régie concerne, au final, les patients sans couverture complémentaire ou bien les patients étrangers. Par ailleurs, seuls les soins externes ne faisant pas l'objet d'examens complémentaires, comme la biologie, sont facturables le jour même. Compte tenu de ces éléments, les paiements s'effectuent en majorité *a posteriori*, via un paiement par chèque ou en ligne sur le site internet de l'établissement.

### 3.6 Le recouvrement des recettes liées aux actes et consultations externes

Les recettes d'activités et d'actes externes progressent dans l'ensemble de 14 % entre 2014 et 2017 pour s'élever au total de 71,8 M€ pour ce dernier exercice.

Les actes et les forfaits facturés à l'assurance maladie constituent 82 % des recettes, le solde étant le ticket modérateur à la charge du patient ou de sa mutuelle.

Les forfaits (urgences et petit matériel) ne représentent que 0,5 % des recettes provenant de l'assurance maladie.

Les volumes de titres annulés varient fortement sur la période oscillant entre moins de 600 000 € en 2015 à 3,1 M€ en 2017. En moyenne, les annulations représentent 1,4 M€, soit seulement 2,1 % de l'ensemble des recettes d'actes et consultations externes.

Les rémissions de titres sont moindres, en moyenne de 600 000 €, représentant une moins-value de recettes de 800 000 € par an sur la période.

**Tableau n° 14 : Évolution des annulation et rémissions de titres ACE entre 2014 et 2017**

(en €)	2014	2015	2016	2017	Moyenne
Réémission + prod ex antérieur hors hospitalisation	303 354	483 061	519 259	1 093 242	599 729
Titres annulés hors hospit. exercices antérieurs	- 3 126 505	- 647 210	- 597 220	- 1 171 918	- 1 385 713
Total	- 2 823 150	- 164 148	- 77 961	- 78 676	- 754 545

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHRU de Lille.

S'agissant des restes à recouvrer, la chambre n'a pas pu disposer d'une information fiable, notamment le montant des restes à recouvrer au 31 décembre de l'année N, l'établissement n'ayant transmis qu'un état global qui ne permet pas, faute de libellés précis, de distinguer les activités d'hospitalisation et de soins externes.

Les seules informations disponibles concernent les restes à recouvrer au 31 décembre 2017, par année de rattachement.

Au 31 décembre 2017, les restes à recouvrer au titre des actes et consultations externes s'élevaient à 5,9 M€ pour la période 2014 à 2017, soit 2,2 % du montant total des soins externes facturés sur la période.

**Tableau n° 15 : Restes à recouvrer sur ACE**

(en €)	2014	2015	2016	2017
Restes à recouvrer sur ACE	357 788	688 155	1 074 711	2 998 362
dont côtes inférieures à 10 €	5 473	29 823	43 964	78 954
Créances irrécouvrables sur ACE	327 121	251 009	57 984	2 595
Total	690 382	968 987	1 176 659	3 079 912

Source : chambre régionale des comptes à partir des données du CHRU de Lille.

---

## **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*En qualité d'établissement de référence et de recours, l'offre du centre hospitalier régional universitaire de Lille en matière d'actes et de consultations externes est à la fois complète, spécialisée et structurante pour son territoire.*

*Bien que les soins externes ne représentent à ce jour que 7,2 % des recettes des services de médecine, chirurgie et obstétrique, ils tiennent une place croissante dans la stratégie de développement de l'établissement. Ils s'inscrivent dans la continuité des transformations liées aux capacités d'accueil afin de favoriser une prise en charge en ambulatoire.*

*Dans ce contexte, des efforts ont été fournis afin de faciliter l'accès des patients et des praticiens de villes aux spécialistes.*

*Si l'étendue de l'activité et les contraintes architecturales interdisent tout regroupement des activités de soins externes sur un seul site, l'établissement a débuté un important travail de rationalisation du parcours du patient reposant sur le principe d'un interlocuteur unique et dont le déploiement doit s'achever fin 2020.*

*Toutefois, la gouvernance des actes et des soins externes demeure incomplète en ce que l'établissement ne dispose pas d'une vision complète et transversale de son activité associant pleinement les services du département d'information médicale. Le pilotage demeure centré sur le dialogue de gestion établi avec les pôles et ne s'appuie pas, en l'absence de contrôle de gestion abouti et notamment de suivi nominatif de l'activité des praticiens, sur des indicateurs de suivi précis. Partant de ce constat, l'établissement souhaite améliorer son suivi analytique par la mise en place, fin 2019, d'un système d'information dédié.*

*La visibilité et l'accès des consultants à l'offre de soins doivent, par ailleurs, être améliorés en développant la prise de rendez-vous autrement que par téléphone. Une expérimentation sur quatre services a d'ores et déjà débuté.*

---

### **3.7 L'organisation et le suivi de l'activité libérale**

#### **3.7.1 Présentation de l'activité libérale**

L'exercice d'une activité libérale à l'hôpital, c'est-à-dire la possibilité pour un praticien hospitalier d'exercer une activité en secteur privé, est encadré par les dispositions législatives et réglementaires des articles L. 6154-1 et suivants et D. 6154-10-14 du code de la santé publique.

Ces textes précisent notamment que le praticien statutaire à temps plein doit exercer personnellement et à titre principal la même activité dans l'établissement.

L'activité libérale, au centre hospitalier régional universitaire de Lille, se décline sous différents aspects : consultations, activités chirurgicales, actes d'échographie et d'imagerie, cette dernière activité étant très marginale, et quasi inexistante en 2018.

Elle concerne peu de praticiens au regard des effectifs médicaux.

Ainsi, au 31 décembre 2017, 63 contrats étaient en vigueur, soit seulement 7 % des praticiens éligibles, chiffre stable sur la période examinée.

En revanche, le montant des redevances reversées a progressé de 51 % entre 2014 et 2017 et s'établit à 1,4 M€ pour un volume d'honoraires total de 7,5 M€.

L'activité couvre 22 disciplines et concerne essentiellement des spécialités en forte concurrence avec le secteur privé ou pour lesquelles les praticiens sont sollicités pour leur expertise ou leur surspécialité (neurochirurgie, oto-neurologie...). La gynécologie obstétrique représente à elle seule 45 % de l'activité, suivie de la cardiologie à 12 % et de la chirurgie orthopédique à 9 %.

En 2017, 54 % des professionnels ayant une activité libérale sont des professeurs universitaires ou des maîtres de conférences contre 46 % de praticiens hospitaliers.

### **3.7.2 Les conditions d'exercice de l'activité libérale**

#### **3.7.2.1 Les contrats d'activité libérale**

L'exercice d'une activité libérale est conditionné à la signature d'un contrat entre le médecin et l'hôpital, soumis à l'approbation de l'agence régionale de santé.

L'article R. 6154-4 modifié par le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017 prévoit que : « *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* ».

L'échantillon de 15 contrats examinés comportait l'ensemble des mentions obligatoires prévues par l'annexe 61-2 précitée et sont à jour des nouvelles dispositions du décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

Ces contrats sont accompagnés d'un tableau de synthèse reprenant la quotité d'activité libérale sollicitée, les pratiques tarifaires et l'information du public, d'un tableau de service précisant les demi-journées d'exercice de l'activité libérale, de la charte d'activité libérale paraphée et signée et d'une fiche d'information concernant les honoraires pratiqués par le médecin.

#### **3.7.2.2 La charte de l'activité libérale**

L'article R. 6154-3-1 du code de la santé publique prévoit que les établissements publics de santé doivent élaborer une charte de l'activité libérale intra-hospitalière portant à la connaissance du praticien l'ensemble des règles relatives aux droits et à l'information du patient ainsi qu'à la transparence des modalités d'exercice.

La charte est arrêtée par le directeur de l'hôpital, sur proposition de la commission de l'activité libérale après concertation du directoire et avis de la commission des usagers, de la commission médicale d'établissement et du conseil de surveillance.

Ce document, mis en place dès 1998 dans l'hôpital, est à jour des dispositions du décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

Le contrat est signé par chaque praticien lors de la mise en place de son contrat d'activité libérale.

### 3.7.2.3 Le respect de la durée de service consacrée à l'activité libérale

L'article L. 6154-2 du code de la santé publique dispose que « *la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire* ».

La maquette de contrat-type entre le praticien exerçant une activité libérale et l'établissement reprend dans son article 2 la quotité d'activité libérale accordée au professionnel, celle-ci pouvant être de 10 ou 20 %.

Par ailleurs, l'ensemble des dossiers contrôlés<sup>42</sup> indique la quotité d'activité libérale et ainsi qu'un tableau individuel de service précisant les journées ou demi-journées d'exercice en secteur privé.

En revanche, le respect effectif des durées d'activité n'est pas toujours vérifiable en l'état par la direction des affaires médicales.

En effet, si cette dernière dispose d'un logiciel de gestion du temps de travail (GT Med), celui-ci n'est pas systématiquement renseigné par les praticiens eux-mêmes. Bien que l'ordonnateur indique, dans sa réponse aux observations provisoires, « qu'il renseigne désormais GT Med au vu du tableau de service annexé au contrat avant validation en fin de mois par chacun des praticiens concernés », la chambre considère que cette démarche ne garantit pas la concordance avec les plages réellement effectuées.

Par ailleurs, si les comptes rendus de la commission d'activité libérale font état, depuis 2014, d'une volonté de mettre en place un contrôle du temps d'exercice des praticiens en secteur privé, aucune mesure de vérification n'a été réalisée à ce jour.

L'instance ne dispose toujours pas de tableaux récapitulatifs des temps de service et de respect des plages horaires réservés à l'activité libérale, contrairement aux observations formulées par la chambre lors de son précédent contrôle.

La chambre rappelle l'interdiction posée aux praticiens par l'article L. 6154-2 du code de la santé publique de consacrer plus de 20 % de leur temps d'exercice hospitalier à leur activité libérale.

**Rappel au droit n° 1 : assurer le respect, par les médecins exerçant une activité libérale, du plafond de 20 % de la durée de service hospitalier, conformément aux dispositions de l'article L. 6154-2-II du code de la santé publique.**

---

<sup>42</sup> Échantillon de 15 dossiers.

### 3.7.2.4 Le suivi et le contrôle du volume d'actes

#### 3.7.2.4.1 Les données du système d'information hospitalier

L'article L. 6154-2 du code de la santé publique dispose dans son 1<sup>er</sup> alinéa que, s'agissant de leur activité libérale, les praticiens « *exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public* ». Il impose par ailleurs que « *le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique* ».

Selon le Conseil d'État<sup>43</sup>, il faut prendre en compte chacune des activités exercées, à savoir les consultations, les soins en hospitalisation et les actes médicotechniques, pour vérifier si l'exercice de l'activité publique est effectué à titre principal ou non. Il est donc nécessaire de tenir compte de l'ensemble des éléments de décompte et de comparaison dont les temps de consultations et les volumes d'activité.

Concernant le nombre d'actes, le système d'information n'est pas en mesure de retracer de manière nominative l'activité publique et libérale de chaque praticien et d'effectuer ainsi des rapprochements entre les deux secteurs, et ce contrairement à la recommandation formulée par la chambre lors de son précédent contrôle.

Afin de répondre aux exigences de l'article R. 6154-3 du code de la santé publique lequel rend obligatoire, « *le recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisées au titre de l'activité publique de chaque praticien mentionné à l'article L. 6154-1, afin de s'assurer du respect des conditions mentionnées aux 2° et 3° du II de l'article L. 6154-2* », l'établissement a mis en place, à partir du 1<sup>er</sup> octobre 2018, un suivi nominatif de l'activité libérale au bloc opératoire et en consultations.

S'agissant du bloc opératoire, les praticiens doivent renseigner dans le logiciel dédié leur seule activité privée.

Concernant les consultations, le médecin exerçant une activité libérale s'identifie au moyen d'un tampon ou de son code<sup>44</sup> sur la feuille de cotation pour une ressaisie dans le logiciel de gestion administrative.

Toutefois, ces mesures ne répondent pas totalement aux obligations précitées en ce qu'elles ne permettent pas de rapprochement avec l'activité publique du bloc opératoire et qu'elles reposent, s'agissant des consultations, sur la seule initiative du praticien sans garantie d'exhaustivité.

Si ce dispositif représente une amélioration de la pratique de l'établissement, l'audit réalisé en janvier 2019, et évoqué par l'ordonnateur dans sa réponse, révèle de nombreuses insuffisances du mode de relevé d'activité mis en place.

---

<sup>43</sup> Avis du Conseil d'État, section sociale, n° 358679 du 6 février 1996 et circulaire DHOS/M2 n° 2005/469 du 14 octobre 2005.

<sup>44</sup> Répertoire partagé des professionnels de santé.

Dans ces conditions, la chambre rappelle l'obligation de mettre en place un suivi informatisé de l'activité médicale posé par l'article R. 6154-3 du code de la santé publique.

**Rappel au droit n° 2 : mettre en place un recueil informatisé du nombre et de la nature des actes et des consultations réalisés au titre de l'activité publique de chaque praticien exerçant une activité libérale, conformément aux dispositions de l'article R. 6154-3 du code de la santé publique.**

#### 3.7.2.4.2 Les déclarations trimestrielles d'activité

En l'absence de données du système d'information hospitalier, le contrôle de l'activité libérale pour la période examinée a reposé sur les déclarations trimestrielles d'activité que les praticiens doivent adresser au président de la commission *ad hoc*, selon les propres termes de la charte en vigueur depuis 1998.

Cette obligation a d'ailleurs été reprise par l'article R. 6154-4 du code de la santé publique modifié par le décret n° 2017-523 du 11 avril 2017.

Pour les années 2016 et 2017, les états trimestriels de 23 praticiens ont été analysés par la chambre.

Sur cet échantillon, 16 praticiens ont produit leurs relevés d'activité, 3 d'entre eux ayant fait une déclaration annuelle et non trimestrielle suite à la relance de la direction des affaires médicales.

En revanche, s'agissant des 7 autres praticiens, les déclarations étaient incomplètes voire inexistantes pour un d'entre eux, sans que cela ne donne lieu à sanctions.

Par ailleurs, les déclarations d'activité ne contiennent que deux lignes et deux colonnes dans lesquelles sont reprises les consultations et actes effectués en libéral par le médecin et les consultations et actes effectués en secteur public.

Ce document est d'ailleurs en contradiction avec les propres termes de la charte de l'établissement, laquelle précise que « *chaque praticien devra apporter (...) des éléments statistiques exprimés selon les critères habituels, (actes, lettres-clés), permettant à la Commission de l'Activité Libérale de comparer la nature de ses activités publiques et libérales* ».

Le détail des actes n'étant pas fourni, il est impossible d'effectuer un rapprochement avec les données de l'assurance maladie et de s'assurer que les actes effectués en secteur privé sont également proposés en secteur public.

Enfin, l'analyse des déclarations des 30 praticiens ayant vu leur autorisation renouvelée en 2017, met en évidence de fortes disparités entre le secteur public et le secteur privé.

Ainsi, selon ces données, 5 praticiens ont effectué plus de 50 % d'actes ou de consultations en libérale, les praticiens contrôlés effectuant en moyenne près de 36 % de leur activité en secteur privé.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur confirme que « certaines déclarations sont manifestement erronées et ne traduisent pas la réalité de l'activité, qu'elle soit privée ou publique, car mal renseignées ». Si celui-ci indique que les outils de suivi se sont améliorés depuis lors, un audit réalisé en janvier 2019 a révélé que 40 % des praticiens ne déclaraient toujours pas d'activité publique, soit une proportion sans rapport avec la réalité de la pratique.

### 3.7.3 La redevance

#### 3.7.3.1 L'application de la réglementation

En contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance.

Les taux de redevance pratiqués sont conformes aux dispositions de l'article D. 6154-10-3 du code de la santé publique<sup>45</sup>.

Seuls cinq praticiens ont choisi d'encaisser les honoraires directement, les autres ayant choisi de les percevoir *via* l'établissement, ce dernier prélevant la redevance au moment du reversement.

#### 3.7.3.2 Les redevances perçues par l'établissement

Entre 2014 et 2017, le montant des redevances perçues par le centre hospitalier régional universitaire a augmenté de plus de 50 % passant de 963 864 € à 1 454 351 €, alors même que le nombre de praticiens exerçant une activité libérale est resté quasiment stable sur la période.

Cette augmentation s'explique à la fois par la progression du volume d'activités mais aussi une modification du *case mix*<sup>46</sup> des actes pratiqués.

#### 3.7.3.3 Le contrôle de la redevance

La caisse primaire d'assurance maladie établit annuellement, et par praticien, le relevé du système national inter-régimes (SNIR). Ce dernier permet de prendre connaissance du montant des honoraires versés par les caisses d'assurance maladie (montants remboursés, dépassement d'honoraires et frais de déplacement) pour l'année écoulée et détaille l'activité professionnelle du praticien par régime de protection sociale.

---

<sup>45</sup> - Consultations : 16 % pour les centres hospitaliers universitaires, 15 % pour les centres hospitaliers ;  
- Les actes autres que les actes d'imagerie, de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 25 % pour les centres hospitaliers universitaires, 16 % pour les centres hospitaliers ;  
- Les actes d'imagerie de radiothérapie, de médecine nucléaire, de biologie : 60 % pour les centres hospitaliers universitaires et pour les centres hospitaliers.

<sup>46</sup> *Case mix* : anglicisme désignant un indicateur d'activité d'un hôpital par la classification des types de malade traités.



Comme le rappelle la circulaire DHOS/M2 n° 2005-469 du 14 octobre 2005 relative au contrôle de l'activité libérale, la commission doit vérifier la concordance entre, d'une part, les données d'activité saisies et déclarées par les praticiens et, d'autre part, les informations contenues dans les relevés SNIR établis par l'assurance maladie à partir des demandes de remboursement des patients.

Cette comparaison constitue le seul point de contrôle s'appuyant sur des données chiffrées en provenance d'une source extérieure, alors que les autres données concernant l'activité libérale (tableaux de service, nombre de consultations et d'actes) ont un caractère exclusivement déclaratif.

En croisant les données de l'assurance maladie avec les relevés d'activité, la commission d'activité libérale est en mesure de vérifier l'exactitude des actes et des honoraires déclarés et la validité de la redevance.

Si, dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique avoir effectué « un rapprochement entre les honoraires ayant servi de base au calcul de la redevance et les états SNIR 2017 communiqués par la CPAM au 1<sup>er</sup> semestre 2018 », lequel n'a révélé qu'un seul écart, aucune analyse n'a été présentée à la commission d'activité libérale depuis 2013.

### **3.7.4 Les modalités d'information aux patients**

#### 3.7.4.1 L'obligation d'information

La garantie des droits du patient implique que celui-ci reçoive une information claire et précise des conditions de son suivi et de sa prise en charge en activité libérale.

Conformément aux dispositions des articles L. 1111-3 et R. 6154-7 du code de la santé publique, le patient doit être préalablement informé du coût des soins et des conditions de prise en charge et de dispense d'avance des frais. Ainsi, les honoraires pratiqués, dépassements éventuels compris, doivent être affichés de façon visible et lisible dans la salle d'attente ou, à défaut, dans le lieu d'exercice du médecin.

Par ailleurs, l'information préalable du patient sur le tarif des actes à effectuer doit être écrite lorsque le montant des honoraires, dépassements inclus, est égal ou supérieur à 70 € et lorsque l'acte inclut la fourniture d'un dispositif médical sur mesure<sup>47</sup>.

Enfin, le consentement écrit du patient doit être recueilli en cas d'hospitalisation.

Il revient à la commission d'activité libérale de veiller au respect de ces obligations.

En 2014, des contrôles de l'affichage des honoraires sur sites ont été réalisés par le département des ressources financières de l'hôpital.

Parmi les 58 médecins contrôlés, 24 praticiens n'affichaient pas le prix de leurs honoraires. De plus, l'analyse de l'affichage des tarifs a révélé que seulement 7 affiches étaient conformes à la réglementation en mentionnant le prix d'une consultation spécialisée et au moins 5 actes les plus courants exercés.

---

<sup>47</sup> Article L. 1111-3-2 du code de la santé publique.

Suite à cet audit, un nouveau modèle d'affichage des tarifs pour les praticiens exerçant une activité libérale a été diffusé.

L'établissement a également engagé une démarche auprès des praticiens en lien avec les responsables et directeurs référents des pôles dont les résultats n'étaient pas satisfaisants.

Toutefois, en l'absence de nouveau contrôle depuis 2014, le centre hospitalier n'a pas été en mesure de justifier le respect des obligations précitées durant la période examinée.

Jusqu'à la mise en place du nouveau site internet en mai 2019, les dispositions de l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique, qui imposent par ailleurs une information des tarifs en ligne, n'étaient pas mises en œuvre.

S'agissant du recueil écrit du patient en cas d'hospitalisation, la commission n'a diligencé aucun audit durant la période contrôlée, et ce malgré la possibilité pour l'un de ses membres praticiens de consulter les dossiers médicaux.

Un courrier de la direction du 25 octobre 2017 adressé à l'ensemble des praticiens exerçant en secteur privé rappelait pourtant que l'instruction des contentieux en responsabilité civile avait révélé l'absence régulière de formalisation du choix du secteur libéral par le patient.

Compte tenu de ces éléments, la chambre rappelle les obligations incombant à l'établissement s'agissant du respect du droit à l'information du patient pris en charge en secteur privé tel que prévu par les articles L. 1111-3-2 et R. 6154-7 du code de la santé publique.

**Rappel au droit n° 3 : garantir le respect du droit à l'information du patient pris en charge en secteur privé, tel que posé par les articles L. 1111-3-2 et R. 6154-7 du code de la santé publique.**

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique qu'« un audit demandé à la Direction de la qualité doit vérifier l'information donnée au patient pris en charge en secteur privé ».

#### 3.7.4.2 L'égal accès aux soins

Les délais d'attente en secteur privé n'ont pas à être singulièrement plus courts qu'en secteur public, et le recours au secteur privé ne doit pas être imposé aux patients sous la seule pression de leurs besoins de soins urgents.

En ce sens, la circulaire interministérielle<sup>48</sup> n° DHOS/M3 n° 2008/313 du 16 octobre 2008 précise que « *les commissions d'activité libérale exercent pleinement leurs attributions de contrôle et de suivi de l'activité libérale des praticiens et veillent particulièrement à la préservation de l'accessibilité aux soins pour les patients, en s'intéressant notamment aux dépassements d'honoraires pratiqués au sein des établissements ainsi qu'aux délais d'accueil des patients selon le secteur de prise en charge* ».

---

<sup>48</sup> Circulaire relative à l'application des décrets n° 2008-464 du 15 mai 2008 et n° 2008 1060 du 14 octobre 2008.

Par ailleurs, la charte de l'activité libérale du centre hospitalier régional universitaire de Lille prévoit que le responsable du service : « *devra notamment veiller à ce que la continuité des soins soit assurée pour les patients soignés au titre de l'activité libérale comme pour les patients soignés au titre de l'activité publique, notamment en ce qui concerne les dates de rendez-vous ou les conditions de la consultation* ».

En pratique, la commission d'activité libérale ne dispose pas d'indicateurs comparatifs des délais d'obtention d'un rendez-vous en secteur public et en secteur libéral. Faute de tests réguliers et systématiques, il ne peut être établi que les patients prenant rendez-vous téléphoniquement ne se voient pas proposer un accès aux soins plus rapide dans le secteur libéral que dans le secteur public.

Dans sa réponse aux observations provisoires, le directeur indique qu'un audit sera réalisé sur ce sujet.

#### 3.7.4.3 Les contrats d'assurance en responsabilité professionnelle

L'article L. 1142-2 du code de la santé publique fait obligation à tout professionnel de santé de couvrir son activité professionnelle par une assurance destinée à le garantir de sa responsabilité civile ou administrative. Il prévoit également l'application de sanctions disciplinaires en cas de manquement à l'obligation d'assurance.

Le contrat conclut entre le praticien ayant une activité libérale et l'établissement stipule, dans son article 7, que celui-ci « *exerce sous son entière responsabilité ; à cet effet, il fera le nécessaire pour que son activité professionnelle soit couverte par une police d'assurance adéquate qu'il communiquera au directeur de l'établissement à la demande de celui-ci* ».

Au titre de l'année 2017, si le centre hospitalier régional universitaire a demandé aux praticiens de transmettre leur attestation d'assurance, seuls six d'entre eux ont fourni ce document.

#### 3.7.5 La commission d'activité libérale

L'article R. 6154-11 du code de la santé publique précise que « *la commission de l'activité libérale de l'établissement est chargée de veiller au bon déroulement de cette activité et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant ainsi que des stipulations des contrats des praticiens* ».

Le règlement intérieur de la commission rappelle que son contrôle doit porter sur les volumes d'actes et de consultations réalisés en secteur privé, le temps consacré à cette activité ainsi que le respect des droits et de l'information du patient.

### 3.7.5.1 Le fonctionnement de la commission

La commission comporte neuf membres, conformément à l'article R. 6154-12 du code de la santé publique et sa composition est conforme aux dispositions du décret<sup>49</sup> n° 2017-523 du 11 avril 2017.

Entre 2013 et 2017, celle-ci s'est réunie en moyenne deux fois par an et dispose d'un règlement intérieur.

Les comptes rendus de la commission pour la période 2014 à 2017 sont succincts.

Durant la période examinée, les principaux points soulevés ont été la composition de la commission, la rédaction d'un règlement intérieur et la mise à jour du contrat-type.

L'instance s'est principalement concentrée sur la validation des contrats d'activité libérale et le recueil des états trimestriels des activités publiques et libérales.

Elle a également engagé une réflexion pour se conformer à l'obligation d'informatisation des données d'activité libérale des praticiens afin de répondre aux nouvelles dispositions du décret.

En revanche, et comme exposé précédemment, l'instance n'a pas su mettre en place d'outils de recueil d'activité ainsi que des tableaux de bord lui permettant de vérifier le respect des obligations posées par les dispositions de l'article L. 6154-2 du code de la santé publique.

Ainsi, la commission délaisse totalement ses missions de contrôle du volume des actes publics/privés, la concordance des déclarations des praticiens avec les données de l'assurance maladie ou le respect de la durée maximum d'activité libérale. Entre 2014 et 2017, les missions d'audit n'ont été que très rarement abordées.

Alors que lors de la commission du 17 mars 2014, il avait été proposé d'effectuer des contrôles par comparaison des cahiers de blocs, des états trimestriels déclarés et les données renseignées dans le logiciel CORA, aucun audit effectif n'a été réalisé.

Enfin, l'obligation posée par l'article 6 du décret précité du 11 avril 2017 modifiant l'article R. 6154-11 du code de la santé publique et prévoyant que « *la commission définit un programme annuel de contrôle des conditions d'exercice de l'activité libérale au sein de l'établissement* » n'est pas non plus mise en œuvre.

### 3.7.5.2 Les rapports annuels de la commission d'activité libérale

L'article L. 6154-11 du code de la santé publique dispose que « *la commission établit chaque année 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 en application du dernier alinéa de l'article L. 6154-5* ».

Entre 2014 et 2017, ce document a été rédigé et présenté aux membres de la commission d'activité libérale.

---

<sup>49</sup> Décret modifiant les dispositions relatives à l'exercice d'une activité libérale dans les établissements publics de santé.

En quelques pages, il reprend le rôle et la composition de cette instance. Il recense l'ensemble des praticiens exerçant une activité libérale au 31 décembre de l'année en cours et fait un résumé succinct des précédentes réunions.

Toutefois, ce document ne donne aucune information précise et chiffrée portant tant sur le volume d'activité que les honoraires perçus, le nombre de praticiens qui exercent ou encore les plages de blocs réservées ou bien les redevances reversées. Il ne constitue donc pas un bilan sur les modalités d'exercice de l'activité libérale dans l'établissement.

Par ailleurs, le document ne fait état d'aucun contrôle annuel sur l'application de la réglementation dans l'établissement.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique qu'il souhaite « enrichir les rapports annuels des futurs audits menés et des nouvelles procédures mises en place afin d'en déduire des plans d'actions spécifiques ».

---

### **CONCLUSION INTERMÉDIAIRE**

---

*La gestion de l'activité libérale des praticiens au sein du CHRU de Lille doit être renforcée. Si la charte régissant les modalités d'exercice en secteur privé ainsi que les contrats des praticiens sont à jour au regard des dispositions réglementaires en vigueur, l'exercice des missions de contrôle dévolues à la commission de l'activité libérale est défaillant.*

*Bien que le mode de relevé d'activité médicale ait été en revu en 2018 et le suivi du temps de travail informatisé, l'établissement ne dispose toujours pas de données fiables pour effectuer ses contrôles.*

*De nombreuses insuffisances ont également été relevées s'agissant des droits de l'information du patient, point sur lequel un audit doit prochainement être réalisé.*

---

\*  
\* \*

## ANNEXES

Annexe n° 1. Présentation de l'établissement (Enquête ACE) .....	61
Annexe n° 2. Suivi des précédentes recommandations.....	62
Annexe n° 3. Évolution des rémunérations du personnel du budget principal hors étudiants et internes.....	63
Annexe n° 4. Tableau de comparaison des ACE .....	64

### Annexe n° 1. Présentation de l'établissement (Enquête ACE)

Catégorie	<b>CHRU</b>
Nom	<b>CHRU de Lille</b>
Ville	<b>Lille</b>
Département	<b>Nord</b>
Région	<b>Hauts-de-France</b>
Finess juridique	<b>590780193</b>
Bassin de population couvert par l'établissement (en habitants)	<b>1,1 M pour la métropole et 4,4 M pour le Nord-Pas-de-Calais</b>

Année 2017	Nombre lits	Nombre places	Nombre de RSS : données PMSI Source CORA	Nombre de journées	Taux occupation	DMS RSS (nuitées)
		(HDJ/ambu)				
Médecine	<b>1 300</b>	<b>218</b>	<b>108 099</b>	<b>381 106</b>	<b>70,4</b>	<b>3,55</b>
Chirurgie	<b>628</b>	<b>135</b>	<b>66 300</b>	<b>180 496</b>	<b>101,9</b>	<b>2,92</b>
Obstétrique	<b>131</b>	<b>35</b>	<b>19 749</b>	<b>58 145</b>	<b>69,4</b>	<b>3,63</b>
Moyen séjour (SSR)	<b>219</b>	<b>22</b>		<b>65 097</b>		
Long séjour (USLD)	<b>120</b>			<b>35 989</b>		
HAD	<b>65</b>			<b>21 220</b>		
EHPAD	<b>141</b>			<b>37 455</b>		
Psychiatrie	<b>137</b>	<b>71</b>		<b>33 396</b>		
Total / moyenne	<b>2 741</b>	<b>481</b>	<b>194 148</b>	<b>714 411</b>		

Nombre de passages aux urgences 2017 (données SAE)	<b>144 824</b>
Nombre de passages aux urgences 2017 suivis d'hospitalisation (donnée SAE)	<b>34 912</b>
Personnels médicaux en ETP	<b>1 053</b>
Personnels non médicaux en ETP	<b>11 770</b>

Source : tableaux de l'enquête ACE, renseignés par le CHRU de Lille.

## Annexe n° 2. Suivi des précédentes recommandations

Recommandations	Mise en œuvre constatée
1. Réétudier le plan de financement du programme « Horizon 2020 » en envisageant des actions sur la maîtrise des dépenses.	La situation financière de l'établissement a continué de se dégrader jusqu'en 2017. Un nouveau plan de retour à l'équilibre nommé « Modernisation et équilibre » doit permettre d'améliorer la marge brute aux moyens d'actions d'optimisation des prescriptions et des achats médicaux et fonction supports. Le plan global de fonctionnement pluriannuel est bâti sur une prévision de baisse des charges de fonctionnement sur la période 2018 à 2022. <b>Recommandation mise en œuvre.</b>
2. Veiller à contenir les charges de personnel dans les limites compatibles avec l'accroissement des performances d'activités.	L'évolution des dépenses de personnel entre 2014 et 2017 a été plus importante (6,6 % hors internes) que les recettes liées aux séjours (4 %). Toutefois, les mesures d'économies mises en place dans le cadre du plan de retour à l'équilibre ont permis de limiter la progression des charges de personnel de 0,23 % en 2018, soit un niveau proche de l'évolution des recettes (- 0,46 %). <b>Recommandation en cours de mise en œuvre.</b>
3. Redéfinir les coopérations autour de plateaux techniques et logistiques.	S'agissant des plateaux techniques, les partenariats se sont développés, notamment avec le groupement hospitalier de Seclin-Carvin pour le traitement du linge et le centre Oscar Lambert ainsi que le centre hospitalier de Valenciennes en matière de biologie médicale. Concernant le GCS Stérinord, si le centre hospitalier régional universitaire indique que diverses conventions de sous-traitance ou de continuité d'activité ont été signées avec les centres hospitaliers d'Arras, de Roubaix, de Lens, de Valenciennes, ces partenariats portent sur des volumes limités ou pour des périodes de courtes durées. Un audit organisationnel a, par ailleurs, été réalisé en juin 2016, ayant donné lieu à la mise en place d'un plan d'actions, notamment en matière de lutte contre l'absentéisme. <b>Recommandation en cours de mise en œuvre.</b>
4. Renforcer le contrôle sur l'exercice de l'activité libérale.	Le centre hospitalier régional universitaire n'est toujours pas en mesure de contrôler le temps médical consacré à l'activité privée ni de rapprocher, faute de suivi individualisé de l'activité médicale fiable, l'activité publique de l'activité libérale. <b>Recommandation non mise en œuvre.</b>
5. Réduire les délais de codage de l'activité afin d'améliorer le niveau de trésorerie.	L'établissement a déployé une équipe d'assistants codeurs, en charge du codage de diagnostics pour l'ensemble de l'activité de courts séjours (40 ETP) et s'est doté d'outils de suivi de l'exhaustivité et de la qualité du codage des diagnostics. <b>Recommandation mise en œuvre.</b>
6. Prendre en compte à la fois les montants d'investissement et les coûts de fonctionnement induits selon la méthode du coût complet, pour l'appréciation de la limite budgétaire au-delà de laquelle des offres doivent être déclarées inacceptables.	Depuis le 1 <sup>er</sup> janvier 2018, dans le cadre de la mise en place de la fonction achat mutualisée au sein du groupement hospitalier de territoire, une note de lancement en amont de chaque procédure a été élaborée. Celle-ci intègre une estimation financière pour la durée du marché qui englobe les coûts d'investissement et les coûts de fonctionnement. Ce document sert également, au stade de l'analyse des offres, à l'appréciation de la limite budgétaire au-delà de laquelle les offres doivent être déclarées inacceptables. <b>Recommandation mise en œuvre.</b>



### Annexe n° 3. Évolution des rémunérations du personnel du budget principal hors étudiants et internes

(en milliers d'euros)	2014	2015	2016	2017	Evol
Personnel titulaire et stagiaire	300 521	306 193	315 887	325 426	8
+ Personnel en CDI	28 005	27 550	17 552	17 024	- 39,2 %
+ Personnel en CDD	4 046	4 341	12 878	12 545	210,0 %
+ Contrats aidés et apprentis	1 079	916	252	345	- 68,0 %
- Atténuations de charges	351	530	679	270	- 22,9 %
Total personnel non médical (a)	333 300	338 470	345 890	355 070	6,5 %
Praticiens hospitaliers	39 497	48 717	55 785	57 965	46,8 %
+ Praticiens hospitaliers contractuels	30 495	14 008	16 096	17 231	- 43,5 %
+ Autres rémunérations (y c. permanence des soins et temps de travail additionnel)	14 528	25 881	14 075	15 022	3,4 %
- Atténuations de charges	196	120	82	69	- 64,9 %
Total personnel médical (b)	84 715	88 726	86 037	90 288	6,6 %
Rémunérations du personnel (a + b)	418 015	427 196	431 928	445 357	6,5 %

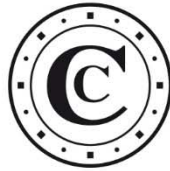
*Source : chambre régionale des comptes à partir des comptes de gestion.*

**Annexe n° 4. Tableau de comparaison des ACE**

	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre d'ACE correspond au total des ACE figurant dans le tableau OVALIDE	37 076 949	39 012 104	42 096 025	41 804 093	42 215 451
Nombre de journées d'hospitalisation MCO divisées par 100	6 288,73	6 323,4	6 381,76	6 357,42	6 314,99
<b>Nombre d'ACE / 100 journées d'hospitalisation MCO</b>	<b>5 895,8</b>	<b>6 169,5</b>	<b>6 596,3</b>	<b>6 575,6</b>	<b>6 685,0</b>
Montant total des recettes des comptes 7 relatifs aux ACE calculé dans l'onglet n° 6 du fichier Excel joint au questionnaire	59 076 000	63 005 973	65 920 312	68 825 065	71 816 642
Montant total de la recette MCO	886 017 263	932 844 540	952 596 212	988 964 267	1 004 354 494
<b>Montant total de la recette ACE / montant de la recette MCO</b>	<b>6,6 %</b>	<b>6,8 %</b>	<b>6,9 %</b>	<b>7,0 %</b>	<b>7,2 %</b>
Montant de la recette des ACE correspond ici à la recette des actes et consultations stricto-sensu (hors forfaits) et comprend donc la somme des comptes 73121 (consultations et actes externes – produits de l'assurance maladie), 732411 (ticket modérateur forfaitaire – consultations et actes externes) et 732412 (consultations et actes externes, dont ticket modérateur) de l'onglet n° 6 du fichier Excel joint au questionnaire.	46 844 927	50 511 048	53 137 220	54 405 104	56 533 836
Nombre de consultations (consultations généralistes et spécialistes figurant dans le tableau OVALIDE)	606 131	664 250	681 052	719 256	736 159
<b>Montant de la recette ACE/ consultations</b>	<b>77,3</b>	<b>76,0</b>	<b>78,0</b>	<b>75,6</b>	<b>76,8</b>

Source : tableau de l'enquête ACE, renseigné par le CHRU de Lille.





# RÉPONSES AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

## CENTRE HOSPITALIER RÉGIONAL UNIVERSITAIRE DE LILLE

*dont enquête sur les actes et  
consultations externes*

(Département du Nord)

Exercices 2014 et suivants

Ordonnateurs en fonctions pour la période examinée :

- M. Yvonnick Morice : pas de réponse.
- M. Bruno Donius : réponse d'1 page.
- M. Jean-Olivier Arnaud : réponse d'1 page.
- M. Frédéric Boiron : réponse de 2 pages.

« Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. **Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs** » (article 42 de la loi 2001-1248 du 21 décembre 2001).





Les publications de la chambre régionale des comptes  
Hauts-de-France  
sont disponibles sur le site :  
[www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-France](http://www.ccomptes.fr/fr/crc-hauts-de-France)

**Chambre régionale des comptes Hauts-de-France**

14, rue du Marché au Filé - 62012 – Arras cedex

Adresse méil. : [hautsdefrance@crtc.ccomptes.fr](mailto:hautsdefrance@crtc.ccomptes.fr)