

Rapport d'observations définitives

CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE DE CAEN

(Calvados)

Exercices 2012 à 2017

Observations délibérées le 28 février 2019

SOMMAIRE

Synthèse	1
Principales recommandations	2
I - Rappel de la procédure	2
II - Le fonctionnement et l'activité de l'établissement	3
A - L'environnement du CHU	3
1 - L'organisation sanitaire régionale	3
2 - Les principaux déterminants démographiques, économiques et épidémiologiques.....	4
B - Le pilotage de l'établissement.....	4
1 - Les organes de direction.....	4
2 - Les outils en matière de pilotage stratégique.....	5
3 - L'organisation du pilotage interne	8
C - L'évolution des activités de soins.....	10
1 - La mesure de l'activité de soins	11
2 - L'optimisation des structures de prise en charge	14
III - La situation comptable et financière	16
A - La fiabilité des comptes à l'aune de leur certification	16
1 - La conduite de la démarche de certification.....	16
2 - Les résultats des travaux de fiabilisation et certification	17
B - L'analyse financière rétrospective.....	19
1 - Le cycle d'exploitation.....	19
2 - Le cycle d'investissement	25
C - Les perspectives budgétaires à moyen terme	27
1 - Les éléments clés du PGFP 2018-2028	27
2 - Les points de vigilance à retenir.....	28
IV - La commande publique	29
A - L'organisation de la fonction achat	29
B - La pratique de l'achat.....	29
1 - La formation des acheteurs.....	29
2 - Les guides d'aide à l'achat.....	30
3 - Le pilotage à travers les plans d'actions achat.....	30
4 - Le suivi des marchés et des fournisseurs.....	32
5 - Le choix de l'externalisation ou la gestion en interne.....	32
C - Les procédures de passation.....	34
1 - Les marchés passés sans publicité ni mise en concurrence.....	34
2 - Le cas particulier de l'achat de valves aortiques.....	34
3 - Des analyses mal justifiées et des pondérations très élevées de la valeur technique	35
4 - Des rapports d'analyse des offres hétérogènes.....	36
5 - Les avis d'attribution	37
D - L'exécution des marchés	37
1 - La modification des marchés : un risque propre aux marchés de travaux.	37
2 - Les pénalités de retard	37
3 - Les délais de paiement.....	38
E - Conclusion sur l'achat public	38
V - Les grandes opérations immobilières	38
A - Le bail emphytéotique administratif et hospitalier (BEAH).....	38
1 - L'exécution du contrat de bail	39
2 - Le suivi du contrat.....	39
B - La reconstruction de l'hôpital	40
1 - Le projet en quelques mots et chiffres	40
2 - Les caractéristiques du projet	40
3 - Le processus de décision.....	42
4 - L'état actuel d'avancement du projet	42
5 - Le financement du projet	43

6 - La destruction du bâtiment actuel « tour galette »	43
--	----

VI - La gestion des ressources humaines44

A - Les outils de pilotage	44
B - La méthode de recherche de l'adéquation des moyens humains avec l'activité.....	45
C - L'évolution des effectifs.....	46
1 - L'évolution globale	46
2 - L'évolution selon quelques indicateurs	47
3 - Les disciplines médicales en tension	47
D - La masse salariale	48
1 - La prévision budgétaire de la masse salariale	48
2 - L'évolution de la masse salariale	48
3 - Les facteurs d'évolution de la masse salariale.....	48

VII - Les actes et consultations externes49

A - La place des actes et consultations externes	49
B - La stratégie du CHU de Caen en matière d'activité externe.....	50
1 - Les objectifs stratégiques de l'établissement.....	50
2 - La visibilité et la reconnaissance de l'activité externe	52
3 - Les évaluations et les audits réalisés.....	53
C - L'offre d'actes et consultations externes proposée par le CHU.....	53
1 - Les consultations offertes par l'établissement.....	53
2 - La couverture des besoins sur le territoire	54
D - L'organisation mise en œuvre par l'établissement	55
1 - L'organisation spatiale et temporelle.....	55
2 - La prise de rendez-vous	56
3 - L'admission des patients en consultation.....	56
4 - Le codage des actes.....	57
5 - La facturation à l'assurance maladie.....	57
6 - La facturation au patient	57
E - Les moyens affectés et le résultat financier	58
F - Le recouvrement des recettes liées à l'activité externe	58
G - L'organisation et le suivi de l'activité libérale	59
1 - La place de l'activité libérale au sein de l'activité du CHU	59
2 - Le fonctionnement de la commission d'activité libérale	60
3 - Les actions de contrôle de l'activité libérale.....	61

Sigles et acronymes63

Annexes.....65

SYNTHÈSE

Le CHU de Caen est l'un des deux plus grands hôpitaux de la région Normandie. Il réalise plus du tiers de l'ensemble de l'activité hospitalière de court séjour dans le Calvados avec un budget annuel consolidé s'établissant à environ 550 M€ et des effectifs proches de 5 500 agents, dont plus de 800 médecins (y compris les internes).

Tandis que le précédent rapport de la chambre faisait état de graves problèmes à fin 2011 portant sur le manque de dynamisme de l'activité de soins, les insuffisances de l'organisation interne et la forte dégradation de la situation budgétaire avec un déficit cumulé approchant 118 M€, l'horizon se dégage en 2018 et montre de significatives améliorations.

Les finances du CHU se sont redressées avec des résultats comptables désormais excédentaires associés à un fonds de roulement et une trésorerie redevenus positifs. Pour accomplir ces progrès, l'établissement a bénéficié d'un soutien financier conséquent de l'Etat avec le versement d'aides exceptionnelles de l'ordre de 110 M€ sur la période 2012 à 2017. Néanmoins, ils sont aussi le fruit des transformations internes que le CHU a été capable de conduire en respectant la plupart des engagements pris devant l'ARS et figurant au contrat de retour à l'équilibre financier (CREF).

Ainsi, dans la lignée de la nouvelle politique médicale lancée à compter de 2010, l'activité a augmenté de façon continue, à hauteur de presque 12 % en hospitalisation de court séjour hors séances, entraînant un surcroît des recettes financées selon le dispositif de la tarification à l'activité (T2A). De la même manière, les produits issus des actes et consultations externes ont augmenté de façon continue en lien avec la stratégie de développement et d'optimisation de cette activité mise en place depuis 2014. En termes de rationalisation des dépenses, l'hôpital a réduit son personnel non médical ainsi que son nombre total de lits, tout en orientant son offre vers les prises en charge ambulatoires en médecine comme en chirurgie.

Cependant, plusieurs actions en matière de pilotage et de fonctionnement de l'établissement restent à entreprendre telles que l'optimisation de la politique d'achat qui apparaît actuellement lacunaire, l'élaboration d'un projet d'établissement absent depuis 2012 et le renforcement du suivi annuel des objectifs du CPOM ou celui de l'activité libérale.

Dans les années à venir, le CHU sera également confronté au défi de conduire son projet de reconstruction hospitalière, décidé en novembre 2016, en tenant les délais avec une ouverture prévue en 2026 et en respectant l'enveloppe budgétaire d'environ 500 M€. En effet, en dépit de l'octroi de 350 M€ d'aides en fonctionnement et en investissement, l'équilibre de l'opération dans sa durée reste fragile et soumis à des risques et aléas. L'hôpital devra donc faire preuve d'une grande vigilance dans le suivi de cette opération pour identifier à temps tout dérapage financier et le corriger, le cas échéant.

Enfin, le CHU devra lancer les études relatives aux travaux de déconstruction de la tour qui sera désaffectée après la mise en service des nouveaux locaux. Ce chantier présente des difficultés techniques au regard du volume du bâtiment à démolir et un enjeu financier majeur puisqu'un coût d'environ 120 M€ ressort des premières estimations. Pour ces raisons, il est impératif que l'établissement arrête une stratégie financière et qu'il inscrive les crédits liés à cette opération dans le plan global de financement pluriannuel dès lors que la maîtrise d'ouvrage de cette opération lui sera effectivement confiée.

PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

1. Veiller, en lien avec l'ARS, à la traduction, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), des demandes émises par le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO) ;
2. engager au plus vite la démarche d'élaboration du projet d'établissement, qui permettra de mobiliser les équipes du CHU autour de la stratégie qu'il entend poursuivre à moyen terme ;
3. gérer la construction du nouvel hôpital en lien étroit avec la déconstruction de la Tour de Nacre, par un pilotage approprié de ces deux opérations ;
4. renforcer les actions conduites par la commission d'activité libérale, notamment en matière de contrôle et de production documentaire ;
5. en matière de commande publique, justifier de manière plus précise le recours à la procédure sans mise en concurrence ainsi que les choix des entreprises retenues.

OBLIGATIONS DE FAIRE

6. Conformément aux dispositions de l'article L. 6143-1 du code de la santé publique, faire délibérer le conseil de surveillance sur un rapport annuel relatif à l'activité de l'établissement ;
7. conformément aux dispositions de l'article D. 6114-8 du code de la santé publique, produire chaque année un rapport d'étape qui évalue le degré de réalisation des objectifs prévus dans le CPOM, notamment dans la perspective du prochain contrat ;
8. conformément au décret du 29 mars 2013, respecter le plafond de 50 jours pour les délais de paiement.

I - RAPPEL DE LA PROCÉDURE

La chambre a inscrit à son programme l'examen de la gestion du centre hospitalier universitaire de Caen à partir de l'année 2012. Par lettres en date du 22 janvier 2018, le président de la chambre en a informé M. Christophe Kassel, directeur général, ainsi que ses deux prédécesseurs, MM. Franck Marie et Angel Piquemal. Les entretiens de fin de contrôle ont eu lieu avec les rapporteurs le 9 juillet pour M. Piquemal et le 10 juillet 2018 pour MM. Kassel et Marie.

Lors de sa séance des 7 et 10 septembre 2018, la chambre a arrêté ses observations provisoires portant sur les années 2012 à 2017. Celles-ci ont été transmises dans leur intégralité à M. Kassel et M. Piquemal, et, pour les parties qui les concernent, aux personnes nominativement mises en cause. M. Kassel et M. Piquemal ont répondu.

Après avoir entendu les rapporteurs, la chambre a arrêté, le 28 février 2019, le présent rapport d'observations définitives.

Le rapport a été communiqué au directeur en fonction et, pour la partie le concernant, à son prédécesseur en fonction au cours de la période examinée. Ce rapport, auquel est jointe votre réponse qui engage votre seule responsabilité, devra être communiqué par le président du conseil de surveillance à son assemblée délibérante lors de la plus proche réunion suivant sa réception. Il fera l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, sera joint à la convocation adressée à chacun de ses membres et donnera lieu à un débat.

Ce rapport sera communicable dans les conditions prévues au livre III du code des relations entre le public et l'administration.

II - LE FONCTIONNEMENT ET L'ACTIVITÉ DE L'ÉTABLISSEMENT

A - L'environnement du CHU

1 - L'organisation sanitaire régionale

Le CHU de Caen appartient à un territoire de santé, créé en octobre 2016 en application de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, qui correspond à la fois au département du Calvados et au précédent territoire de santé. Ce choix de conserver le découpage antérieur permet de poursuivre de façon simplifiée les actions précédemment entreprises. La correspondance entre la circonscription sanitaire et la collectivité départementale présente, de plus, l'intérêt d'une meilleure cohérence dans l'application des politiques de santé au sens large, notamment dans le champ de la dépendance, du handicap et de la sécurité sanitaire.

La loi du 26 janvier 2016 modifie également les modalités de coopération entre les établissements publics de santé, par la création des groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Le CHU de Caen est l'établissement-support du GHT « Normandie centre », qui comprend aussi les centres hospitaliers d'Argentan, Bayeux, Côte Fleurie, Falaise, Lisieux, Pont-l'Évêque, Vimoutiers et l'EPSM de Caen. Ce GHT couvre un bassin de population de près de 700 000 habitants situés majoritairement dans le département du Calvados, mais aussi dans l'Orne (voir la carte en annexe n° 1). Avec une capacité d'accueil de pratiquement 5 700 lits ou places et environ 13 000 professionnels de santé, son budget de fonctionnement consolidé s'établit à plus d'un milliard d'euros.

Enfin, en vue de collaborer en matière de recours sanitaire ou d'activités hospitalo-universitaires, le CHU de Caen est également associé aux 5 GHT qui couvrent l'ancien territoire de la Basse-Normandie : le GHT Mont Saint Michel, le GHT Centre Manche, le GHT gériatrique du Cotentin, le GHT Collines de Normandie et le GHT Orne-Perche-Saosnois.

2 - Les principaux déterminants démographiques, économiques et épidémiologiques

Avec presque 700 000 habitants estimés en 2018, le Calvados représente 20 % de la population régionale et s'étend sur 5 548 km². Si sa densité est supérieure à la moyenne nationale, la population a progressé, entre 2009 et 2014, à un rythme moins soutenu qu'au niveau national (0,3 % par an contre 0,5 %). En effet, ces dix dernières années, le solde naturel, soit l'écart des naissances et des décès domiciliés dans le département, est en régression puisqu'il se limite à 202 personnes en 2016 alors qu'il dépassait 2 500 personnes en 2007. La part des personnes de moins de 15 ans y est inférieure à celle de la France (18 % contre 18,4 %) avec une situation inverse pour celles de plus de 60 ans (25,7 % contre 24,4 %).

Le taux de chômage reste inférieur d'un point à la moyenne nationale (13 % contre 14 %) avec une surreprésentation, dans la population active ayant un emploi, des employés et des ouvriers par rapport au reste du pays. Cette situation démographique et sociale a des conséquences en termes épidémiologiques et, si le taux brut de mortalité en 2016 qui atteint 9,7 ‰ est supérieur à la moyenne nationale (9 ‰), il reste néanmoins inférieur à celui de la région (9,9 ‰). Ce constat ne varie pas en retenant les taux de mortalité standardisés, qui corrigent les effets liés à l'âge de la population.

Avec 362,1 médecins pour 100 000 habitants en 2017, le Calvados présente une densité très élevée au regard de celles de l'Orne (243), de la Manche (255,3), de la Normandie (288,8) et de la France (339,2). La situation est analogue pour le personnel infirmier, avec 1 143 professionnels pour 100 000 habitants dans le Calvados en 2017. Début 2018, 21 établissements de santé sont implantés sur un ou plusieurs sites dans le département¹ ; ils se répartissent entre 8 hôpitaux publics, 5 établissements privés à but non lucratif et 8 cliniques privées à but lucratif. Treize d'entre eux assurent une offre de court séjour en médecine, chirurgie ou obstétrique.

B - Le pilotage de l'établissement

1 - Les organes de direction

Sur la période examinée, la direction de l'établissement a connu une stabilité, à la différence des années antérieures, puisque deux directeurs généraux ont été en fonction depuis 2012². En revanche, le fonctionnement du conseil de surveillance appelle plusieurs observations.

En 2013, l'obligation prévue à l'article R. 6143-11 du code de la santé publique (CSP) de réunir le conseil de surveillance au moins quatre fois par an n'a pas été respectée, puisque le conseil ne s'est réuni que trois fois.

De même, l'article R. 6154-11 du même code prévoit que la commission d'activité libérale établit chaque année un rapport qui est, notamment, communiqué pour information au conseil de surveillance. Sur la période étudiée, l'établissement n'a respecté cette obligation qu'en mai 2018 avec la présentation du rapport de l'année 2017.

¹ Les évolutions sur le nombre d'établissements de santé observées pendant la période 2012 à 2018 sont réduites. Une clinique spécialisée dans les activités de radiodiagnostic et de radiothérapie a fermé en 2017. Le centre hospitalier de Bayeux et le centre hospitalier d'Aunay-sur-Odon ont fusionné le 1^{er} janvier 2018.

² Un directeur par intérim a été désigné pour assurer la transition entre les deux directeurs généraux pour une durée d'environ un mois en 2015.

Enfin, si la présentation du compte financier au conseil de surveillance est l'occasion de revenir chaque année sur les éléments saillants de l'activité du CHU, tels que les principaux facteurs d'évolution de l'activité ou les projets liés à l'évolution de l'offre de soins, le conseil de surveillance n'a pas délibéré sur le rapport annuel sur l'activité de l'établissement, comme le prévoit l'article L. 6143-1 du CSP.

Il convient en conséquence de veiller à l'exercice régulier des prérogatives du conseil de surveillance.

2 - Les outils en matière de pilotage stratégique

Plusieurs observations relatives à des défaillances sur les outils de pilotage stratégique apparaissaient dans le rapport de la chambre de 2013 : les démarches entreprises par le CHU n'avaient pas pu aboutir à la présentation d'un projet d'établissement formalisé comme l'exige le CSP ; le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) 2007-2012 et son avenant relatif au contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) n'avaient pas donné lieu à un suivi organisé depuis 2009, contrairement au dispositif stipulé.

Si, en matière de contractualisation, des nouveaux documents ont pu être signés avec l'ARS de Normandie, les lacunes soulevées en 2013 restent cependant d'actualité.

a - Le projet d'établissement et son volet médical

L'article L. 6143-2 du CSP prévoit que les établissements publics de santé élaborent un projet d'établissement qui définit notamment sur la base du projet médical et pour une durée maximale de cinq ans la politique générale de l'établissement.

Un projet médical validé en juin 2011 arrivait à échéance en 2016. Dès lors, l'hôpital aurait dû se lancer dans la rédaction d'un nouveau document couvrant la période de 2016 à 2021. Toutefois, le contenu d'un tel projet apparaissait fortement corrélé à la décision de procéder ou non à la reconstruction de l'hôpital, puisque ce choix a une incidence directe et majeure sur l'offre de soins et la politique médicale de l'établissement. En conséquence, il a été décidé d'ajourner la réflexion sur le nouveau projet médical dans l'attente de la décision sur le projet de reconstruction du CHU, qui n'est intervenue qu'en décembre 2016.

Or, à cette date, un autre élément de contexte est intervenu pour repousser le démarrage des travaux de conception du nouveau projet médical. En effet, la mise en place du GHT « Normandie centre » à compter de 2016 impliquait la rédaction d'ici juillet 2017 d'un projet médical partagé (PMP) définissant la stratégie médicale commune des établissements de santé du groupement. En vue de garantir une cohérence de la prise en charge à chaque échelon territorial, l'article R. 6132-4 du CSP impose que les projets médicaux des établissements parties à un GHT soient conformes au PMP de ce GHT.

Aussi, pour que le CHU s'engage sur son nouveau projet médical, il devenait nécessaire d'avoir préalablement validé le PMP du GHT « Normandie centre », ce qui est advenu en septembre 2017. Le travail sur le nouveau projet médical n'a donc véritablement commencé qu'en 2018 et devrait, selon le CHU, être terminé pour septembre 2019.

L'absence de validation d'un projet d'établissement apparaît plus préoccupante car le précédent projet, approuvé en début d'année 2009, arrivait à échéance dès 2012. Conformément à la recommandation de la chambre émise dans son rapport de 2013, un nouveau projet aurait dû être rédigé en 2013 ou 2014 en lien avec le projet médical de 2011. Or l'établissement n'avait toujours pas lancé cette démarche à la fin du premier semestre 2018, expliquant avoir privilégié la mobilisation des acteurs sur le plan de redressement, les réorganisations et le projet de qualité et sécurité des soins.

Au regard de cette longue période de latence, la chambre recommande au CHU d'engager au plus vite la démarche d'élaboration du projet d'établissement, document qui permettra de mobiliser l'ensemble des équipes autour de la stratégie qu'il entend poursuivre. En réponse aux observations provisoires, le CHU a annoncé que le projet d'établissement devrait être adopté au second semestre 2019 à partir du nouveau projet médical.

b - La contractualisation avec l'ARS : le CPOM

Comme prévu par l'article L. 6114-2 du CSP, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) déterminent les orientations stratégiques des hôpitaux sur la base du projet régional de santé, en lien avec le schéma régional de santé, en fixant notamment les objectifs quantitatifs et qualitatifs des activités de soins et équipements en matériels lourds. Ils constituent également le support principal du dialogue entre l'établissement et l'ARS.

Consécutivement au CPOM qui portait sur la période 2007 à 2012, le CHU de Caen et l'ARS de Basse-Normandie ont signé le 12 août 2013 un nouveau contrat avec effet à compter du 21 juin 2013 pour une durée de cinq ans. Si la signature du document, postérieure de presque deux mois à celle de son entrée en vigueur, peut sembler préjudiciable, cet écart apparaît bien moindre que celui constaté pour le précédent contrat, qui avait été signé le 27 mars 2008 pour une application théorique au 31 mars 2007.

Alors que le contrat arrivait à échéance en juin 2018, un avenant prolongeant sa durée jusqu'en juin 2019 a été signé à la demande de l'ARS, qui voulait, au préalable, arrêter le projet régional de santé (PRS) portant sur la période 2018 à 2023.

La forme et le contenu du contrat 2013-2019 ont été modifiés par rapport à la version précédente pour être en conformité avec les préconisations de la circulaire de la direction générale de l'offre de soins (DGOS) du 10 janvier 2012, relative au guide d'élaboration des CPOM. Pendant son exécution, le contrat a été très régulièrement modifié pour prendre en compte, par exemple, les évolutions en matière de financement du CHU ou d'activités conduites, d'où la signature de 46 avenants à début février 2018, soit presque un par mois.

Toutefois, les modalités de suivi annuel prévues à l'article 3, qui sont à l'initiative de l'ARS et qui reprennent les obligations fixées par le CSP, n'ont pas toujours été respectées, sans que la responsabilité en incombe à l'établissement. Si une revue a bien eu lieu en 2015, cela n'a pas été le cas en 2016 en raison notamment de la fusion des deux ARS de Haute et Basse-Normandie. En 2017, compte tenu du nombre d'établissements et du temps imparti, l'ARS s'est contentée d'une analyse sur pièces du rapport adressé par le CHU pour la période 2015 et 2016. Un tel manquement dans le suivi avait déjà été constaté dans le précédent rapport de la chambre sur le suivi du contrat 2007-2012.

Constatant que le suivi interne du CPOM méritait d'être amélioré, l'établissement indique avoir repensé son organisation en matière de pilotage de la contractualisation externe comme interne avec le recrutement, à l'automne 2018, d'une directrice chargée de l'ensemble de ces sujets, qui étaient auparavant confiés à plusieurs directeurs d'activités médicales auprès des pôles cliniques et médicotechniques.

Dans la perspective du prochain contrat, la chambre rappelle cependant au CHU l'obligation de produire chaque année un rapport d'étape qui évalue le degré de réalisation des objectifs prévus dans le CPOM, conformément aux dispositions de l'article D. 6114-8 du CSP.

c - La contractualisation avec l'ARS : le CREF

Si les CPOM constituent le support principal du dialogue entre l'établissement et l'ARS, les deux parties peuvent également conclure des engagements contractuels de manière séparée dans des domaines spécifiques, comme le redressement de situations financières dégradées. Le cas échéant, il est recommandé de transposer le contenu de ces contrats dans les annexes correspondantes du CPOM ou par avenant.

Au regard des résultats financiers préoccupants constatés à la fin des années 2000, le CHU et l'ARS avaient signé un premier CREF en février 2009, intégré au CPOM 2007-2012, en vue de retrouver un équilibre budgétaire structurel à fin 2011.

Cependant, en novembre 2013, face à l'ampleur des problèmes budgétaires et de trésorerie qui perduraient, le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO), instance qui est notamment chargée d'accompagner la transformation d'établissements présentant de forts enjeux en termes de retour à l'équilibre financier dans le cadre de son volet « performance », est intervenu auprès du CHU de Caen et a conclu que l'élaboration d'un nouveau CREF comprenant un accompagnement financier d'ampleur exceptionnelle par l'échelon national devenait nécessaire.

A cette fin, le CHU a présenté en juillet 2014 un plan d'actions au COPERMO, qui l'a validé afin de pouvoir engager au plus vite les mesures de redressement proposées, mais en demandant à l'établissement la réalisation d'un plan complémentaire avant janvier 2015 destiné à dégager 25 M€ d'économies supplémentaires.

En réponse, le CHU a conclu avec l'ARS fin 2014 un nouveau CREF intégré au CPOM 2013-2018, puis a présenté début 2015 le nouveau plan d'actions attendu. Le 8 mars 2015, le COPERMO a constaté que les compléments apportés répondaient à la demande et a donc invité l'ARS et le CHU à modifier le CREF pour prendre en compte ces changements.

Toutefois, contrairement à cette demande, le CHU et l'ARS n'ont pas modifié le CREF. L'annexe actuelle au CPOM n'est donc pas à jour du nouveau plan d'action validé par le COPERMO en 2015.

Dans la perspective de l'accompagnement par le COPERMO dans le cadre du projet de reconstruction de l'hôpital qui vient d'être engagé et qui durera vraisemblablement jusqu'en 2026, la chambre recommande à l'établissement de veiller, en lien avec l'ARS, à la traduction contractuelle des futures demandes du COPERMO dans le CPOM.

Le plan modifié comprenait quatorze actions regroupées en sept domaines et qui devaient être déployées avant 2017 :

- la recomposition des capacités de prise en charge, avec la baisse du nombre total de lits et la transformation de lits d'hospitalisation conventionnelle en lits d'hospitalisation de semaine et places d'hôpital de jour ;
- le développement d'activités sur le plateau d'imagerie et la construction d'un nouveau bâtiment d'hémodialyse ;
- l'amélioration de la qualité du codage de l'activité médicale ;
- la rationalisation de l'organisation avec la réorganisation des blocs opératoires et l'ajustement des effectifs de pédiatrie à l'activité ;
- l'amélioration de l'efficacité des achats avec la maîtrise des dépenses à caractère médical et l'optimisation de la politique d'achat ;
- la révision du temps de travail dans les services supports et pour les ASH ;
- le plan de cession du patrimoine.

Le contenu, les modalités de mise en œuvre ainsi que les résultats attendus de chaque action sont détaillés au sein de fiches annexées au plan. Ce document contient également une prospective financière globale jusqu'en 2019, échéance à laquelle un taux de marge brute à hauteur de 9,3 % des produits d'exploitation, hors aides, est envisagé.

Le dispositif de suivi et d'évaluation du CREF est précisé dans son article n° 3, où sont prévus des points d'étape réguliers avec, par exemple, la transmission mensuelle du tableau des effectifs ou la réalisation d'un rapport détaillé à l'issue de chaque exercice. En pratique, toutes ces dispositions n'ont pas été respectées et un contrôle allégé par l'ARS a été effectué.

Néanmoins, le suivi réalisé en 2015 et 2016 a permis de constater l'efficacité des mesures déployées par l'établissement, qui ont permis une amélioration significative de sa situation financière. Au regard des progrès accomplis, le COPERMO a retenu, en juillet 2017, la sortie du CHU de Caen du cadre de son volet « performance ».

3 - L'organisation du pilotage interne

Au terme du précédent contrôle, la chambre avait émis plusieurs observations quant au fonctionnement du département d'information médicale (DIM) et à l'organisation inaboutie des pôles d'activité en l'absence de contrat et de projet de pôle. L'analyse de la situation à début 2018 démontre que si des progrès importants ont été réalisés, notamment sur le DIM, ceux-ci ne couvrent pas l'intégralité de ces champs et qu'ainsi quelques améliorations restent à entreprendre.

a - Le département d'information médicale

Le codage de l'activité médicale, réalisé depuis 2004 dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), est organisé de façon décentralisée au sein des services de soins, les médecins et techniciens du DIM en assurant ensuite le contrôle.

Le CHU a fait le choix de cette organisation car il estime que le codage requiert une analyse médicale fine de la pathologie du patient en évaluant son état de santé. De plus, tant que les dossiers étaient peu informatisés, l'option d'un codage centralisé ne pouvait être retenue. Enfin, ce dispositif apparaît efficient puisque l'estimation du coût d'un résumé PMSI par le CHU de Caen, selon la méthode du retraitement comptable analytique (RTC), s'élevait à 6,4 € en 2016, soit moins que la médiane (7,9 €) et que la moyenne des CHU (8,5 €).

En termes de ressources humaines, le précédent rapport de la chambre soulignait l'absence d'un responsable de service et les difficultés de recrutement, avec deux postes de praticiens hospitaliers non pourvus début 2013. Une double réponse a été apportée avec le recrutement de plusieurs médecins dès 2013 et la nomination d'une responsable de service en mars 2014. Enfin, dans le cadre du GHT « Normandie centre », un médecin chargé du DIM de territoire a été recruté en octobre 2017.

La chambre soulignait également que le collège de l'information médicale, qui est animé par le DIM, ne fonctionnait que par intermittence. Ce collège est désormais institutionnalisé et se réunit plusieurs fois par an. Les missions qui lui sont dévolues couvrent, en particulier, le système d'information médical, dont les progrès ont été enregistrés depuis 2012. Parmi ces avancées figurent la mise en place d'accès sécurisés via les cartes professionnelles de santé (CPS) et l'intégration des comptes rendus issus de logiciels métiers périphériques (imagerie, anatomo-pathologie, urgences, anesthésie...) dans le dossier patient informatisé, même si le dispositif reste perfectible.

L'amélioration de la qualité du codage faisait partie du plan d'action du nouveau CREF, qui indiquait que la valorisation de l'activité du CHU de Caen continuait d'augmenter moins rapidement que dans d'autres CHU, à évolution égale de l'activité. En réponse, un dispositif destiné à valoriser au plus juste l'activité a été mis en place durant le second semestre 2013. Celui-ci a rapidement porté ses fruits puisque le compte financier de 2014 soulignait que le poids moyen du cas traité (PMCT) de l'activité d'hospitalisation complète du CHU de Caen avait le plus progressé en 2014 parmi l'ensemble des CHU grâce à une amélioration du codage. Des progrès sont également constatés dans le compte financier 2016, qui fait état des contrôles de qualité opérés par le DIM, dont la valeur ajoutée annuelle varie entre 10 et 16 M€ sur la période 2013 à 2016.

Cependant, une augmentation significative des retards de codage par les services de soins est observée à compter de 2014. L'hôpital explique cette dégradation notamment par la contrainte portée sur les effectifs médicaux, les mouvements de personnel ou le développement constant de l'activité. Un travail supplémentaire incombe alors au DIM qui doit réaliser en fin d'année les opérations de codage en instance au détriment des tâches de contrôle habituelles, augmentant ainsi le risque d'erreurs non corrigées : alors que le taux de séjours codés par le DIM rapporté au nombre total de séjours était limité à 2 % en 2012 et 3,2 % en 2013, il atteint environ 6 % en 2015 et 2016.

Afin de remédier à cette situation préoccupante, un plan d'action spécifique a été mis en œuvre pour améliorer la rapidité du codage. Une communication a ainsi été réalisée en commission médicale d'établissement (CME) et auprès des chefs de service, complétée par un travail de sensibilisation permanent. Au démarrage de chaque semestre d'accueil des internes, des formations leur sont proposées par le DIM. Un cycle de réunions sur le codage s'est également tenu au printemps 2017.

Cependant, les résultats attendus ne sont toujours pas visibles puisque le taux de séjours groupés par le DIM continue d'augmenter pour atteindre 9,8 % en 2017. Face à cette situation, le CHU travaille actuellement sur de nouveaux axes, en particulier en matière de système d'information avec l'acquisition d'un logiciel d'aide au codage ou l'emploi d'outils d'intelligence artificielle pour automatiser certains codages.

b - La contractualisation interne avec les pôles d'activité

A compter de l'année 2015, l'hôpital a mis en place des contrats d'activité³ avec les pôles cliniques et médicotechniques, ou « pôles hospitalo-universitaires », qui visent à définir des objectifs quantifiés et ciblés pour l'année à venir en matière d'activité et de valorisation financière de cette activité, en les déclinant suivant les services composant le pôle. Ils contiennent également des indications sur les axes prioritaires de développement des services et sur les évolutions des capacités mesurées en lits et places.

Ces contrats constituent un élément clé du dialogue de gestion entre la direction de l'établissement et les responsables médicaux que sont les chefs de pôle et les responsables d'unités médicales. L'atteinte des objectifs est évaluée en recourant à des tableaux de bord d'activité mensuels. Les rencontres prévues avec les responsables de service en milieu d'année dans le cadre du suivi des résultats de la comptabilité analytique sont aussi l'occasion d'une actualisation du contrat d'activité. Enfin, des réunions particulières sont organisées avec les pôles d'activité qui présentent un décalage important au regard des objectifs prévisionnels.

³ Dans le cadre de la démarche d'amélioration continue de la qualité et de sécurité des soins que poursuit le CHU, des objectifs en la matière sont négociés avec les pôles, mais ne font pas l'objet d'un développement dans ce rapport.

Si ces contrats marquent un progrès indéniable par rapport à la situation observée dans le précédent rapport de la chambre, ils ne répondent cependant pas à l'obligation instaurée par l'article L. 6146-1 du CSP et dont le contenu est précisé à l'article R. 6146-8 du même code. Le CHU explique qu'en raison du contexte financier très dégradé qu'a connu l'établissement, la priorité a été donnée aux opérations de restructuration nécessaires à son rétablissement, et qu'en conséquence la mobilisation de tous les acteurs, notamment médicaux, autour du déploiement d'une contractualisation interne complète a été différée.

Avec l'amélioration budgétaire récente, l'objectif de l'établissement est désormais la mise en place d'un dispositif répondant au cadre légal, s'appuyant sur des indicateurs d'activité arrêtés en concertation avec les pôles, et comprenant des mécanismes de délégation de gestion. Ces futurs contrats de pôle doivent être préparés avec la commission médicale d'établissement (CME) et les équipes de pôles dans le cadre de l'actualisation du projet médical. Ils seront suivis par la nouvelle directrice qui pilote désormais l'ensemble des dispositifs de contractualisation. Selon le directeur général, les contrats devraient être signés d'ici la fin du second trimestre 2019.

La chambre invite donc l'établissement à travailler au plus vite sur les contrats de pôle pour s'assurer du respect de l'échéance annoncée.

C - L'évolution des activités de soins

Le CHU de Caen propose un spectre d'activités extrêmement large⁴, qui couvre le champ complet de la gradation des soins. Ainsi, pour l'agglomération caennaise, il est l'hôpital de secteur alors que, dans le système sanitaire régional, il occupe la place d'établissement de référence avec le CHU de Rouen par l'éventail de ses compétences reconnues sur de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales.

Si le secteur du court séjour (MCO pour médecine, chirurgie et obstétrique) représente le cœur de l'activité et des capacités de l'établissement (soit 78 % du total des lits et places du CHU), des prises en charge sont également proposées en moyen séjour, soit les soins de suite et de réadaptation (SSR), en long séjour dans le secteur sanitaire, avec une unité de soins de longue durée (USLD), aussi bien que dans le secteur médico-social, avec un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), en psychiatrie et, enfin, en hospitalisation à domicile (HAD).

Dans son rapport de 2013, la chambre identifiait plusieurs difficultés que rencontrait le CHU de Caen pour le développement de son activité. La chambre recommandait alors à l'établissement, d'une part, de renforcer son activité, en particulier sur le versant de proximité, d'autre part, de poursuivre l'adaptation de ses capacités en lits et places en l'insérant dans une programmation pluriannuelle. Ces observations faisaient écho à plusieurs des orientations identifiées dans le projet médical de 2011 ainsi qu'à certaines des actions du CREF de 2014.

Le CHU a su s'engager dans une dynamique d'augmentation d'activité soutenue en court séjour, rendue notamment possible par une évolution des capacités d'accueil des patients associée à une optimisation de leur utilisation, avec des améliorations sur les taux d'occupation et les durées de séjour.

⁴ En tant que centre hospitalier universitaire, l'établissement remplit une triple mission en matière de soins, de recherche et d'enseignement. Cette partie du rapport se focalise sur la partie relative aux soins réalisés dans le cadre d'une hospitalisation. Les soins prodigués au sein du CHU hors hospitalisation, c'est-à-dire les actes et consultations externes, sont analysés dans la partie VII du rapport.

1 - La mesure de l'activité de soins

a - Le positionnement du CHU au regard des autres établissements du Calvados en court séjour

Comme l'illustre le tableau n° 1, malgré une concurrence forte des établissements privés à but lucratif, dont l'activité a augmenté de plus de 8 000 séjours en MCO (hors séances) entre 2012 et 2017, le CHU de Caen a accru son activité à hauteur de 2 % en moyenne annuelle, soit 10,6 % sur la durée, alors que celle des autres établissements publics du département a diminué de 0,7 % par an. Le CHU a même augmenté sa part de marché d'un point sur la période en produisant plus de 36 % du total des séjours du Calvados en 2017. Il conforte donc sa place de principal établissement de santé du territoire, loin devant les autres puisque la part de marché du deuxième établissement s'élève à 16 % seulement.

Tableau n° 1 : Production de soins en court séjour (MCO), hors séances, des établissements de santé situés dans le Calvados

Etablissements		2012	2017	Evolution	
CHU de CAEN	Séjours	75 906	83 963	8 057	10,6 %
	Part de marché	35,2 %	36,2 %	1,0 point	
Autres hôpitaux publics	Séjours	52 611	50 747	-1 864	-3,5 %
	Part de marché	24,4 %	21,9 %	-2,5 points	
Etablissements privés non lucratifs	Séjours	14 091	16 213	2 122	15,1 %
	Part de marché	6,5 %	7,0 %	0,5 point	
Etablissements privés lucratifs	Séjours	72 991	81 038	8 047	11,0 %
	Part de marché	33,9 %	34,9 %	1,1 point	
Total du département		215 599	231 961	16 362	7,6 %

Source : Outil Scan santé de l'ATIH

La mesure des soins consommés par des patients résidant exclusivement dans le Calvados, qui représentent environ 75 % de l'ensemble des soins prodigués par le CHU, affiche un résultat analogue, puisque sa part de marché s'accroît de deux points entre 2012 et 2017 (voir le tableau n° 1 en annexe n° 2).

Toutefois, en fonction des activités de soins (médecine, chirurgie ou obstétrique), les résultats montrent des différences significatives dans l'évolution des parts de marché.

En médecine, alors que la consommation de soins dans ce domaine par les patients du Calvados s'accroît de 14,2 % sur la période, l'activité du CHU a progressé de 24,7 %, renforçant sa part de marché de 3,2 points (voir le tableau n° 2 en annexe n° 2).

En chirurgie (voir le tableau n° 3 en annexe n° 2), si l'activité du CHU augmente de 1,9 % entre 2012 et 2017, sa part de marché dans le Calvados diminue de 0,7 point, à cause de la concurrence des opérateurs privés à but lucratif, en particulier de deux cliniques, l'une située à Caen, l'autre à Lisieux.

En obstétrique, l'activité du CHU se réduit de 3,7 % (voir le tableau n° 4 en annexe n° 2). Cependant, sa part de marché s'élève de 6,5 points dans un contexte de baisse de cette activité au niveau national comme local, puisque la chute au sein du Calvados atteint presque 17 %. Face à cette évolution, l'offre publique dans le département a été réorganisée par une concentration des lieux d'implantation, avec les fermetures des services des hôpitaux de Vire, Falaise et de la Côte Fleurie.

b - Les évolutions de l'activité du CHU dans le secteur du court séjour au regard du projet médical de 2011

Les évolutions en matière de prise en charge en court séjour sur la période 2012 à 2017 indiquent que les objectifs définis dans le projet médical du CHU de 2011 ont été majoritairement atteints.

Tableau n° 2 : Répartition de l'activité de court séjour du CHU de Caen en fonction du type d'hospitalisation⁵

Type d'activité de court séjour		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Evolution	
								Nombre	Part
Nombre de séjours en hospitalisation complète	Médecine	33 263	34 159	33 911	34 323	35 303	35 942	2 679	8,1 %
	Chirurgie	16 219	16 040	15 683	15 469	15 300	15 462	-757	-4,7 %
	Obstétrique	3 812	3 959	3 864	3 865	3 985	3 834	22	0,6 %
	Total	53 294	54 158	53 458	53 657	54 588	55 238	1 944	3,6 %
Nombre de séjours en hospitalisation à temps partiel	Médecine	14 610	15 647	15 782	16 927	18 769	19 911	5 301	36,3 %
	Chirurgie	5 665	5 773	6 502	6 776	7 420	7 423	1 758	31,0 %
	Obstétrique	1 537	1 434	1 490	1 440	1 433	1 369	-168	-10,9 %
	Total	21 812	22 854	23 774	25 143	27 622	28 703	6 891	31,6 %
Nombre global de séjours	Médecine	47 873	49 806	49 693	51 250	54 072	55 853	7 980	16,7 %
	Chirurgie	21 884	21 813	22 185	22 245	22 720	22 885	1 001	4,6 %
	Obstétrique	5 349	5 393	5 354	5 305	5 418	5 203	-146	-2,7 %
	Total	75 106	77 012	77 232	78 800	82 210	83 941	8 835	11,8 %
Nombre de séances	Chimiothérapie	6 934	7 356	7 653	8 632	9 959	10 592	3 658	52,8 %
	Hémodialyse	14 503	14 101	14 223	13 974	16 148	16 499	1 996	13,8 %
	Autres séances	6 692	6 457	7 407	8 319	9 146	10 387	3 695	55,2 %
	Total	28 129	27 914	29 283	30 925	35 253	37 478	9 349	33,2 %
Total général		103 235	104 926	106 515	109 725	117 463	121 419	18 184	17,6 %

Source : outil Hospidiag, indicateurs d'activité globale

Ce projet médical prévoyait un renforcement des alternatives à l'hospitalisation complète avec notamment le développement des prises en charge ambulatoires réalisées dans les services de médecine de jour. Comme le montre le tableau n° 2, cet objectif a été atteint puisque la progression de l'activité d'hospitalisation à temps partiel entre 2012 et 2017 est plus élevée que celle de l'hospitalisation complète (31,6 % contre 3,6 %).

La diminution de 4,7 % des séjours en chirurgie à temps complet est plus que compensée par l'accroissement de l'activité ambulatoire (+ 31 %), dont le taux s'est accru de 6,5 points entre 2012 et 2017. L'hôpital pratique désormais la chirurgie ambulatoire de façon importante (34 %) comme le prouve son indicateur composite de performance qui le place, en 2017, dans la strate des 20 % des établissements les plus performants à cet égard (voir le tableau n° 5 en annexe n° 2).

L'indicateur composite diminue de 2016 à 2017 (1 point), ce qui peut laisser craindre une inversion de tendance. Néanmoins, avec un indice d'organisation ambulatoire⁶ qui reste inférieur à un, des marges de progression subsistent.

⁵ Les prises en charge en court séjour se répartissent en séjours d'hospitalisation complète ou hospitalisation avec hébergement (c'est-à-dire pour une durée potentielle supérieure ou égale à 24 heures), en séjours d'hospitalisation à temps partiel ou séjours ambulatoires, et en séances, soit des actes de soins sans hébergement qui font l'objet d'une facturation spécifique (par exemple : des séances de dialyse ou de chimiothérapie).

⁶ Cet indice mesure l'écart à la moyenne nationale des pratiques ambulatoires à case-mix d'actes CCAM identiques. Source : ANAP « clés de lecture de l'indicateur de performance chirurgie ambulatoire (...) ».

Dans le projet médical, le CHU avait également retenu comme objectif le maintien d'un service de proximité, en rupture avec le choix antérieur de se démarquer de cette activité de premier niveau. Cette ambition faisait d'ailleurs écho à l'une des recommandations formulées dans le rapport de la chambre de 2013. Entre 2012 et 2017, tandis que le nombre de séjours hors séances a augmenté, la part occupée par les séjours de recours et de référence a diminué de façon régulière, traduisant une hausse de l'activité de premier niveau (voir le tableau n° 6 en annexe n° 2).

Enfin, dans le projet médical, le CHU marquait sa volonté d'éviter le recours inadapté et non contrôlé au service des urgences, en précisant que celles-ci ne devaient pas constituer la porte d'entrée exclusive et prioritaire de l'hôpital car leur engorgement engendre des risques pour la sécurité des patients comme pour les professionnels de santé. Or, entre 2012 et 2017, le taux d'hospitalisation en provenance des urgences rapporté au nombre total de séjours d'au moins une nuit a oscillé aux alentours de 40 %, avec une tendance à une légère augmentation. Le changement attendu dans ce domaine n'a donc pas eu lieu (voir le tableau n° 6 en annexe n° 2).

c - L'activité du CHU dans les autres secteurs

Tableau n° 3 : Activité d'hospitalisation hors secteur MCO

Nombre de journées réalisées		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Psychiatrie	Hospitalisation à temps plein	20 914	20 288	20 233	20 639	21 038	20 570
	Hospitalisation à temps partiel	4 187	3 722	n/a*	3 155	2 706	2 637
SSR		5 290	5 451	5 822	6 063	5 245	85
Long séjour	USLD	35 652	35 320	35 428	35 341	34 273	34 473
	EHPAD	57 341	57 013	57 280	57 280	57 377	57 377
	HAD	4 280	2 897	1 406	1 510	1 278	1 411

* Changement de périmètre dans la comptabilisation qui empêche la comparaison pluriannuelle.

Source : CHU de Caen

Entre 2012 et 2017, l'activité de long séjour et d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie, mesurée en nombres de journées⁷, reste stable avec une légère baisse, inférieure à 1 % en moyenne annuelle. A l'inverse, l'activité de SSR, qui était déjà réduite au regard de la taille d'un hôpital comme le CHU de Caen, devient marginale en 2017, en raison de la fermeture d'un service transféré auprès de l'hôpital d'Aunay-sur-Odon conformément au projet commun entre les deux établissements portant sur les soins de suite et s'inscrivant en cohérence avec le PMP du GHT « Normandie centre ». Un constat analogue peut être fait en matière de HAD, pour laquelle la réduction des capacités avait été décidée en 2013. Pour ce type d'hospitalisation, à l'exception de l'activité néonatale, le CHU travaille en partenariat avec les autres promoteurs du territoire (par exemple, la Croix-Rouge) dans une logique de parcours plus fluides qui forme l'un des axes du PMP.

L'établissement a ainsi fait le choix de réduire son offre dans deux secteurs pour lesquels un plateau technique et une qualification hospitalo-universitaire n'apportent pas une valeur ajoutée équivalente à celle du court séjour.

Ce choix s'inscrit dans la droite ligne des observations sur les perspectives de plus long terme émises par l'ARS de Normandie. En effet, dans le cadre des bilans du schéma régional d'organisation des soins (SROS 2013-2017), il est indiqué que la reconstruction du CHU va aboutir à concevoir un établissement fortement orienté sur la technicité, concentrant les activités de pointe et spécialisées autour de moyens d'investigation et de diagnostic les plus performants (biologie, imagerie...), associées aux capacités de traitement les plus adéquates (imagerie interventionnelle, blocs opératoires, soins critiques de réanimation et soins intensifs).

⁷ Avec des différences dans les durées de séjour qui peuvent devenir très importantes à la différence du secteur du court séjour, l'indicateur qui apparaît le plus pertinent pour mesurer l'activité est la comptabilisation du nombre annuel de journées d'accueil dans les services.

Plus globalement, l'organisation de l'offre de soins du CHU est désormais définie en cohérence avec les objectifs du GHT « Normandie centre », qui fixe le cadre de la stratégie territoriale de prise en charge commune des patients, en particulier au travers du PMP et suivant des filières identifiées.

2 - L'optimisation des structures de prise en charge

a - La recomposition des capacités d'accueil

Le CPOM signé avec l'ARS en août 2014 retenait, parmi ses indicateurs, la fermeture de 63 lits d'hospitalisation en court séjour entre 2014 et 2017. Cet objectif a ensuite été amendé dans le CREF conclu fin 2014, qui prévoyait à la fois une réduction de la capacité totale de 53 lits et la transformation de 48 lits d'hospitalisation conventionnelle en lits d'hospitalisation de semaine et places d'hospitalisation à temps partiel, en écho aux tendances observées au niveau national⁸.

Cette ambition s'est traduite par diverses opérations de recomposition de l'offre conduites entre 2013 et 2017, en particulier :

- en 2013, l'ouverture d'une unité de chirurgie ambulatoire de 15 places ;
- en 2015, le regroupement des services d'hématologie clinique du CHU et du CLCC François Baclesse, pour créer l'institut d'hématologie de Basse-Normandie (IHBN) ;
- en 2015, le rapatriement des services de néphrologie et d'hémodialyse d'un site annexe de l'hôpital situé en centre-ville vers le site principal, avec la construction d'un nouveau bâtiment pour accueillir les activités du centre lourd de dialyse, de l'unité de dialyse médicalisée (UDM) et les consultations de néphrologie ;
- en 2016, le transfert de l'ensemble de l'activité de SSR à l'hôpital d'Aunay-sur-Odon et la fermeture des 17 lits de SSR du CHU.

Globalement, entre 2013 et 2017, les évolutions conduites ont eu pour effet la suppression de 76 lits d'hospitalisation à temps complet et la création de 16 places d'hospitalisation de jour, soit une réduction totale de 60 lits et places, qui correspond à une diminution un peu supérieure à celle prévue puisque l'ouverture des places supplémentaires d'hospitalisation de jour a été inférieure à la cible (voir le tableau n° 7 en annexe n° 2). Toutefois, cette tendance s'est inversée en 2017 avec une hausse de 3 lits et 12 places par rapport à 2016. Le CHU précise qu'il s'agit d'une augmentation ponctuelle, qui concerne les services de médecine, et répond au besoin, d'une part, de diversifier l'offre de soins de l'établissement, d'autre part, d'améliorer le dispositif d'accueil en aval des urgences. En 2019, les évolutions en matière de chirurgie devraient conduire à nouveau à une réduction de l'ordre de 27 à 30 lits. La capacité cible de médecine sera ensuite déterminée à l'issue d'une réflexion stratégique portant sur la construction d'un modèle de développement de l'ambulatoire médical.

⁸ En France, entre 2000 et 2015, le nombre de lits d'hospitalisation complète installés, toutes disciplines et tous secteurs confondus, a été réduit de 484 000 à 408 000 alors que 26 000 places d'hospitalisation partielle, hors hospitalisation à domicile, ont été créées (source : programme de qualité et d'efficacité « maladie » du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2018).

A fin 2017, le CHU dispose d'une capacité globale de 1 583 lits et places répartis en :

- 1 081 lits et 151 places de MCO, soit un total de 1 232 lits et places pour le court séjour ;
- 63 lits et 20 places en psychiatrie ;
- 3 places en SSR ;
- 260 lits de long séjour, dont 160 lits d'EHPAD ;
- 5 places d'HAD.

b - L'efficacité des prises en charge en court séjour

En complément du travail de transformation des capacités d'accueil pour mieux répondre aux besoins actuels de la population comme à l'état de l'art des techniques médicales, l'établissement s'est engagé dans une démarche d'amélioration de leur efficacité avec des objectifs prévus dans le CPOM qui portent, en particulier, sur les taux d'occupation des lits en court séjour⁹ et sur l'indice de performance des durées moyennes de séjour (IPDMS¹⁰), doté de cibles à l'horizon 2017.

En premier lieu, pour les taux d'occupation, l'évolution sur la période 2012 à 2016 est positive avec des augmentations (voir le tableau n° 8 et le graphique n° 1 en annexe n° 2).

Ainsi, en obstétrique, alors que le CHU figurait parmi les 20 % d'établissements les moins performants en 2012, la progression est importante, soit 13,7 points et un taux de 70,1 % en 2016, en lien notamment avec la réorganisation des capacités qui a conduit à fermer des lits en 2013 et 2014.

En chirurgie à temps complet, le taux d'occupation des lits gagne 3,5 points de 2012 (91,2 %) à 2016 (94,7 %) pour approcher la cible de 95 % du CPOM. Pour la chirurgie ambulatoire, la création d'une nouvelle unité de 16 places en 2013, qui revient à doubler la capacité, entraîne mathématiquement une chute du taux d'occupation du même ordre. Les années suivantes, le taux progresse de façon continue jusqu'à atteindre 108,8 %, du fait de l'augmentation du nombre de séjours. Si l'hôpital parvenait à maintenir cette tendance dans les années à venir, il pourrait faire partie des 20 % d'établissements les plus performants.

En médecine, le taux s'accroît de 2,2 points pour atteindre 76 % en 2017. Cependant, ce résultat reste éloigné du seuil obtenu dans les établissements les plus performants (taux du 8^e décile à 81,8 %).

En second lieu, pour la performance des durées de séjour mesurée selon les IPDMS, la période 2012 à 2017 affiche une amélioration en médecine (c'est-à-dire une réduction des durées) et une stabilisation en chirurgie et en obstétrique (voir le tableau n° 9 en annexe n° 2). Le résultat se révèle ainsi meilleur que celui prévu par le CPOM en médecine (0,94 contre 0,96), un peu moins bon en chirurgie (0,98 contre 0,96) et assez éloigné de la cible en obstétrique (1,13 contre une cible de 1, soit la durée moyenne constatée au niveau national).

La chambre constate une amélioration des capacités d'accueil du CHU, même si la totalité des objectifs quantifiés du CPOM n'ont pas été strictement atteints.

⁹ Les taux d'occupation des lits sont calculés selon la méthode Hospidiag, où les journées issues des séjours d'une discipline donnée au sens du PMSI (par exemple : les séjours classés en chirurgie) sont rapportées aux journées-lits exploitables dans cette discipline.

¹⁰ L'IPDMS compare la durée moyenne des séjours, hors ambulatoire, de l'établissement à celle mesurée au niveau national pour des séjours identiques. Il synthétise ainsi la « surperformance » (IPDMS<1) ou la sous-performance (IPDMS>1) de l'organisation médicale de l'établissement en termes de durée des séjours.

III - LA SITUATION COMPTABLE ET FINANCIÈRE

Préalablement à l'analyse financière, la fiabilité des informations comptables est étudiée à l'aune du processus de certification des comptes auquel est soumis le CHU de Caen depuis l'exercice 2015. L'évolution de la situation financière est ensuite observée à partir de celle décrite dans le précédent rapport de la chambre. Elle débouche sur des éléments de prospective à moyen terme, à l'horizon 2018 à 2028, où le principal défi à relever sera le financement de la construction du nouvel hôpital.

A - La fiabilité des comptes à l'aune de leur certification

Dans son rapport de 2013, la chambre régionale des comptes recommandait au CHU de Caen de mener à bien le travail de fiabilisation des comptes, dans le cadre des travaux de préparation de la certification des comptes.

Cette recommandation a nécessité de la part de l'établissement le lancement d'une démarche de conduite du changement, qui a été anticipée bien avant l'année 2015. Elle a porté ses fruits avec la réalisation d'actions de fiabilisation des comptes de grande ampleur, qui ont permis d'obtenir la certification des comptes sans réserve dès 2015.

1 - La conduite de la démarche de certification

En suivant les préconisations de la circulaire interministérielle du 10 octobre 2011 relative au lancement du projet de fiabilisation des comptes de l'ensemble des établissements publics de santé, le CHU de Caen a lancé dès la fin de l'année 2012, en partenariat avec son comptable public, un premier travail d'évolution de ses règles comptables. Le dispositif a été étendu en 2013 et en 2014 avec, notamment, la mise en place d'un comité de pilotage consacré à la préparation de la certification des comptes.

En janvier 2015, le CHU a lancé une consultation relative à la réalisation d'un marché subséquent passé sur le fondement de l'accord-cadre national relatif à la désignation du commissaire aux comptes, conclu par le groupement de coopération sanitaire (GCS) UniHA. Sur les dix titulaires de l'accord-cadre, neuf ont présenté une offre, laissant à l'hôpital un large choix. Après avoir pris connaissance du rapport d'analyse des offres, le conseil de surveillance a nommé, le 27 février 2015, le commissaire aux comptes pour la période de 2015 à 2020, conformément aux dispositions de l'article R. 6145-61-2 du CSP.

Les travaux du commissaire aux comptes sont définis chaque année par une lettre de mission qui indique, en particulier, les modalités d'intervention ainsi que le calendrier des opérations, qui doit être cohérent avec les nouvelles échéances réglementaires prévues par le décret du 23 décembre 2013 relatif aux modalités de certification des comptes des établissements publics de santé¹¹.

¹¹ Ce décret recule, d'une part, la date de transmission du compte financier par le directeur au conseil de surveillance au 31 mai de l'année suivante (art. R. 6145-44 du CSP), d'autre part, la date d'approbation du compte financier par le conseil de surveillance au 30 juin de l'année suivante (art. R. 6145-46 du CSP).

Depuis 2015, conformément aux principes énoncés dans le tome 3 de la nomenclature comptable M21, le CHU a constitué une documentation volumineuse à destination du commissaire aux comptes, gérée sous forme dématérialisée et organisée en deux volets : d'une part, un dossier permanent regroupant toutes les informations générales sur l'établissement, d'autre part, des dossiers de clôture annuels permettant de justifier les montants des comptes présents aux états financiers de clôture pour un exercice comptable donné. Cette documentation, via un réseau informatique sécurisé, est rendue accessible à distance au commissaire aux comptes ainsi qu'au comptable public, qui peut ainsi contribuer à son enrichissement.

2 - Les résultats des travaux de fiabilisation et certification

a - Les corrections réalisées en matière de fiabilité des comptes

Sur la période 2012 à 2017, des actions de fiabilisation des comptes, d'ampleur très variable, ont été réalisées chaque année et sont contrôlées, à compter de l'exercice 2015, par le commissaire aux comptes (voir le tableau n° 1 en annexe n° 3). Les corrections apportées au résultat comptable apparaissent de faible ampleur, mais, elles ont modifié en profondeur la structure interne du bilan ainsi que sa valorisation globale, en particulier avec la prise en compte des opérations présentées ci-après, qui comptent parmi les plus significatives en termes de montant.

En 2012, en application d'une circulaire parue l'année précédente, la part investissement du BEAH, soit le coût du bâtiment (114,9 M€), a été inscrite à l'actif du bilan avec pour contrepartie la dette financière restant due au 31 décembre 2012 (102,7 M€) et un report à nouveau du résultat pour le solde, c'est-à-dire les loyers payés depuis 2009 qui auraient dû être affectés au paiement de cette dette. Cette modification a entraîné une très forte progression de l'endettement global de l'établissement (222,7 M€ à fin 2012 contre 135,1 M€ à fin 2011). En son absence, la dette inscrite au passif aurait diminué conformément à la stratégie poursuivie par l'établissement.

En 2014, des régularisations portant sur l'inventaire (comptabilisation des amortissements selon la procédure des composants pour certains bâtiments, révision des durées d'amortissement, sortie de l'inventaire des biens inférieurs à 800 €...) ont conduit à réduire le niveau des immobilisations corporelles (- 8 M€). La prise en compte des stocks déportés (4,4 M€) majore à la fois le besoin en fonds de roulement et celui des réserves de l'établissement.

En 2016, la généralisation de l'application du prorata temporis à l'ensemble des immobilisations antérieures à 2015 d'un montant supérieur à 40 000 € a impliqué une revalorisation des amortissements (5,3 M€) par prélèvement sur les réserves et le report à nouveau des comptes de résultat concernés. Enfin, après vérification de l'inventaire du patrimoine de l'hôpital, une importante mise à jour de l'actif a été effectuée, générant un réajustement majeur de la valeur brute des actifs (- 47,7 M€), mais une réduction en valeur nette (- 1,2 M€).

b - La suite du litige entre le CHU et l'université

Dans son rapport de 2013, la chambre indiquait qu'un litige existait entre le CHU et la faculté de médecine sur le remboursement, par cette dernière, de charges portant sur la période 2004 à 2009, pour un montant total d'environ 5,6 M€, que l'hôpital avait inscrit en provision. Comme la commission locale de conciliation animée par le préfet de Basse-Normandie, réunie en mars 2012, n'était pas parvenue à dégager un accord entre les parties, le préfet avait saisi les deux ministres de tutelle concernés en mai 2012.

Si l'université a depuis obtenu de la part de l'Etat une enveloppe de 2 M€, aucune réponse des ministères n'a été reçue à ce jour. Face à cette situation, le CHU reste en attente d'une prise de position officielle et a simplement procédé en 2014, dans le cadre des opérations de fiabilisation des comptes, à la requalification de sa provision pour litiges en dépréciation de créances.

c - L'opinion du commissaire aux comptes sur les exercices 2015 à 2017

Pour les exercices 2015, 2016 et 2017, le commissaire aux comptes a certifié, sans réserve, que les comptes annuels étaient réguliers et sincères et donnaient une image fidèle du résultat des opérations de l'exercice écoulé, ainsi que de la situation financière et du patrimoine de l'établissement à la fin de ces exercices.

d - Les contrôles réalisés par la CRC Normandie

Les contrôles réalisés par la chambre ont été conduits sur des postes tels que les dépenses ou recettes à classer ou à régulariser, les produits comptabilisés d'avance, les charges réparties sur plusieurs exercices, les produits à recevoir, le rattachement des charges ou des produits, les subventions d'équipement transférables, les provisions, les apports, les cessions et les actifs.

Si certaines anomalies avaient été constatées notamment sur les postes relatifs aux provisions (absence d'égalité entre les contreparties des comptes 14 et 15 ainsi que 681 et 781) ou sur les subventions amortissables (écarts entre les comptes 13 et 777), ces éléments entraient dans le champ des corrections proposées par le commissaire aux comptes et ont été justifiés par des certificats administratifs. La chambre n'a donc pas détecté d'irrégularité au terme de ses investigations.

e - Le bilan de la certification après trois exercices

La certification des comptes du CHU de Caen a nécessité la mobilisation d'importantes ressources de l'établissement, au premier rang desquelles figurent les équipes de la direction des finances, de la facturation et du contrôle de gestion, dans un contexte caractérisé par l'absence d'outil de gestion rigoureux et pérenne. Faute d'estimation sur l'ensemble des coûts induits, notamment sur le personnel ou les évolutions du système d'information, aucune évaluation du coût global de la démarche n'est disponible. Dans le contexte financier dégradé que connaissait l'établissement ces dernières années, les seules dépenses relatives aux prestations du commissaire aux comptes ont oscillé entre 150 000 et 160 000 € par an.

L'obtention d'une certification sans réserve dès le premier exercice constitue un résultat encourageant pour le CHU¹², rendu possible grâce aux nombreuses actions de corrections entreprises depuis 2012 en raison du fort engagement des acteurs dans la démarche qui a d'ailleurs été intégrée dans la politique qualité de l'établissement.

Au regard des cycles contrôlés par le commissaire aux comptes sur les exercices 2015 à 2017, les principales corrections nécessaires ont d'ores et déjà été effectuées. Néanmoins, d'autres modifications, vraisemblablement plus marginales, continueront à être réalisées dans la perspective de l'obtention d'une qualité toujours plus fine des comptes. Le cycle relatif aux recettes pourrait, par exemple, faire l'objet de nouveaux travaux.

¹² Sur les 31 hôpitaux concernés par la vague de certification de l'exercice 2014, les comptes de 16 établissements ont été certifiés sans réserve, 13 avec réserves et 2 ont fait l'objet d'un refus de certification. Sur les 126 hôpitaux concernés par la vague de certification de l'exercice 2015, 55 % ont été certifiés sans réserve, 39 % avec réserves et 6 % ont reçu un refus de certification.

Le CHU ne devra donc pas relâcher ses efforts. A ce titre, il conviendra de poursuivre la mise en œuvre des fiches actions, d'évaluer les résultats atteints et de procéder aux corrections nécessaires, par exemple en actualisant les guides de contrôle et les procédures. Il faudra, par ailleurs, s'assurer que les imputations comptables restent toujours respectées et que les modifications éventuelles de nomenclature comptable soient toujours prises en compte.

B - L'analyse financière rétrospective

Le rapport de la chambre de 2013 alertait sur la situation financière de l'établissement, qui apparaissait gravement dégradée. Face à cette situation, le CHU se trouvait dans l'incapacité de programmer de façon pluriannuelle ses investissements, y compris ceux liés à l'amiante et à la mise en sécurité de ses bâtiments. L'encours des crédits de trésorerie atteignait plus de 71 M€, générant des frais financiers accrus. La chambre recommandait alors d'adapter les effectifs aux évolutions de l'offre de soins dans un plan pluriannuel structuré, de poursuivre la politique de recherche d'économies budgétaires, puis d'inscrire ces économies dans le CREF.

En six ans, les efforts d'efficience entrepris, conjugués aux aides très importantes reçues de l'Etat, ont permis au CHU de redresser sa situation budgétaire, conformément aux engagements pris envers l'ARS. Si la situation reste fragile sur plusieurs points, la majorité des indicateurs affichent une nette amélioration sur le cycle d'exploitation comme sur celui de l'investissement.

1 - Le cycle d'exploitation

En complément du budget principal, cinq comptes annexes retracent les activités de l'USLD, de l'EHPAD, du centre de ressources sur l'autisme (CRA), des instituts de formation paramédicale et de la dotation non affectée (DNA). En tant qu'établissement support du GHT « Normandie centre », le CHU a créé dès 2017 un nouveau budget annexe concernant les fonctions et activités mutualisées au sein de ce groupement.

En raison des montants peu élevés des budgets annexes qui représentent moins de 5 % de l'ensemble des charges et des produits, l'essentiel des enjeux financiers porte sur le compte de résultat principal, sur lequel est focalisée l'analyse de l'exploitation.

a - Les recettes

Sur la période examinée par la chambre, comme le montre le tableau n° 4, ci-dessous, les produits du budget principal augmentent d'environ 12,4 %, soit une hausse équivalant à 2,4 % en moyenne annuelle, pour s'établir à 546,5 M€ en 2017.

Dans cet ensemble, les produits versés par l'assurance maladie (c'est-à-dire le titre 1 des produits selon la nomenclature comptable) représentent la première source de revenus de l'hôpital. Ils atteignent pratiquement 80 % du total, suivis par les autres produits de l'activité hospitalière, qui regroupent notamment les versements des patients et de leur mutuelle (titre 2 - 6,3 %) et par tous les autres produits (titre 3 - 13,8 %).

En comparaison de la moyenne constatée au sein des CHU en 2015¹³, la part du titre 1 apparaît supérieure (de plus de 3 points), notamment en raison du versement des aides exceptionnelles, avec une compensation sur les titres 2 et 3.

¹³ Rapport sur la situation financière des établissements de santé publics et privés à but non lucratif, ATIH, décembre 2017.

Tableau n° 4 : Produits du budget principal

Montants en milliers d'€		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Titre 1	Produits de l'activité MCO	265 620	276 504	285 921	288 736	300 101	308 855
	Dotations SSR et psychiatrie	14 999	15 096	12 949	13 259	12 798	13 682
	Dotations MIGAC et FIR	67 945	80 396	70 139	73 419	75 748	78 365
	Aides exceptionnelles	23 762	48 250	20 000	9 964	7 000	1 208
	Autres produits (activité externes...)	21 848	23 014	24 868	26 281	27 463	27 817
	Total des produits versés par l'assurance maladie	394 175	443 259	413 878	411 659	423 109	429 927
Titre 2	Activité d'hospitalisation	21 227	20 856	21 327	20 608	20 623	19 456
	Actes externes et assimilés	4 729	4 912	5 142	5 458	5 509	5 140
	Prestations des étrangers et autres établissements	6 121	6 569	7 666	7 141	7 852	6 652
	Total des autres produits de l'activité hospitalière	32 077	32 337	34 135	33 207	33 984	31 247
Titre 3	Variations de stocks	4 213	3 693	9 916	9 631	9 453	10 725
	Remboursements et atténuations de charges	4 135	4 178	4 264	4 583	4 278	4 196
	Ventes de produits, prestations de services...	32 248	30 824	41 974	41 343	40 629	41 170
	Subventions d'exploitation et participations	3 862	4 234	3 760	3 440	3 042	2 919
	Autres produits de gestion courante	5 007	5 558	5 923	6 122	6 289	7 071
	Produits financiers	0	0	0	1	4	32
	Produits exceptionnels	5 778	6 264	5 259	10 066	5 996	10 114
	Reprises sur amortissements et provisions	4 852	7 368	4 245	2 386	4 651	9 066
	Total des autres produits	60 095	62 118	75 342	77 572	74 341	85 292
Total des produits		486 347	537 715	523 354	522 438	531 434	546 466
Produits hors aides exceptionnelles		462 585	489 465	503 354	512 474	524 434	545 258

Source : comptes financiers du CHU de Caen avec retraitement de la CRC Normandie sur le FIR et les aides exceptionnelles

Parmi les produits versés par l'assurance maladie, ceux de l'activité de court séjour s'élèvent à 308,9 M€ en 2017, soit un surplus de plus de 43 M€ sur la période examinée. Depuis la mise en œuvre, à compter de 2004, de la réforme du financement des établissements de santé par la T2A, leur montant dépend du volume de soins réalisés par les hôpitaux. L'évolution des produits est donc logiquement corrélée à celle de l'activité de court séjour précédemment constatée : alors que la part des produits de la tarification des groupes homogènes de séjours (GHS) croît de 11 % entre 2012 et 2016, le nombre de GHS est en augmentation de 13,8 % sur la même période avec une hausse plus marquée des séances (25,3 %) que des séjours (9,5 %), dont la rémunération est plus élevée.

Plus précisément, en restreignant le périmètre aux seuls séjours (c'est-à-dire hors séances), les recettes calculées selon la méthode dite « 100 % T2A » progressent de façon plus importante que l'activité pour les séjours en hospitalisation complète (environ 6 points) comme pour les séjours ambulatoires (environ 11 points).

Cet écart en faveur des produits, alors que le tarif moyen des GHS est en diminution sur la période en raison des mesures d'économies conduites par l'assurance maladie, s'explique moins par l'évolution du « case mix » vers des séjours plus complexes que par l'amélioration du codage réalisé par le CHU sous l'égide du DIM. D'ailleurs, selon un communiqué de presse du 24 avril 2017 portant sur les principales constatations relatives aux résultats financiers des CHU¹⁴, la hausse d'activité du CHU de Caen est légèrement inférieure à celle des autres CHU entre 2015 et 2016 (4,3 % contre 4,8 %) tandis que la valorisation de l'activité y apparaît plus favorable (2,2 % pour la moyenne des CHU contre 3,7 % au CHU de Caen).

¹⁴ Conférence des directeurs généraux des CHU : les CHU annoncent une amélioration de leurs résultats financiers pour 2016 au détriment de leur investissement.

Après un pic à plus 80 M€ en 2013 dû, en particulier, à l'allocation d'une enveloppe de presque 10 M€ destinée au désamiantage, les dotations versées au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) et du fonds d'intervention régional (FIR) s'accroissent de plus de 15 % entre 2012 et 2017¹⁵. Sur ce dernier exercice, le montant des missions d'intérêt général dépasse 58 M€, avec des crédits qui sont essentiellement voués aux actions en matière de recherche, d'enseignement et d'innovation. L'enveloppe des aides à la contractualisation (9 M€) comprend désormais un financement pour la reconstruction de l'hôpital, qui reste pour l'instant d'ampleur très modeste (0,5 M€), mais qui s'amplifiera dans les années à venir. Le FIR s'élève enfin à environ 11,4 M€, dont plus de 4 M€ accordés au titre de la permanence des soins.

En plus de ces dotations, le CHU a bénéficié d'aides exceptionnelles pour faire face à sa situation budgétaire très dégradée et pour l'accompagner dans sa démarche de retour à l'équilibre. Elles avaient pour objet de répondre aux graves difficultés de trésorerie que rencontrait l'établissement à partir de 2012 dans un contexte de retrait des partenaires bancaires, en particulier pour l'octroi des lignes de trésorerie, dont l'encours est passé de plus de 70 M€ à fin 2011 à moins de 7 M€ à fin 2012.

En six ans, le montant total de ces aides culmine à plus de 110 M€, soit 3,5 % de l'ensemble des produits perçus sur la période, avec une diminution progressive au fil du temps (84 % des aides ont été versées entre 2012 et 2014) et une extinction en 2017 consécutive à la sortie du dispositif de suivi au titre du volet « performance » du COPERMO.

Une hausse importante est enfin constatée en matière de vente de produits et prestations de service. Elle s'explique par les rétrocessions de médicaments (c'est-à-dire les ventes réalisées par la pharmacie de l'hôpital pour la prise de médicaments par les patients à leur retour à domicile), qui progressent de 18,5 M€ en 2012 à 28,7 M€ en 2017. Cette progression est la conséquence de la prise en charge par les établissements de santé, à partir de 2014, de nouveaux antiviraux pour le traitement de l'hépatite C, dont les coûts sont très élevés. Ce changement n'a cependant aucune incidence sur le résultat comptable du CHU, car le montant des achats de ces médicaments varie dans des proportions pratiquement analogues.

b - Les dépenses

Ces charges se répartissent en quatre catégories : les charges de personnel (le titre 1 selon la nomenclature comptable, soit 58 % de l'ensemble des charges), les charges à caractère médical (titre 2 - 23 %), les charges à caractère hôtelier et général (titre 3 - 8,6 %), enfin, les charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles (titre 4 - 9,2 %).

Cette répartition est proche de celle de la moyenne des CHU, puisque les écarts les plus importants se limitent à une surpondération du titre 2 à hauteur d'environ deux points et une sous-pondération du titre 1 d'un point.

¹⁵ Ce poste a fait l'objet de deux retraitements. D'une part, pour disposer d'un périmètre équivalent sur la période examinée, les crédits du FIR qui étaient fléchés sur le titre 3 des produits jusqu'en 2014 sont basculés sur le titre 1. D'autre part, les aides exceptionnelles perçues par le CHU sont isolées.

Tableau n° 5 : Charges du budget principal

Montants en milliers d'€		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Titre 1	Personnel non médical	209 249	212 125	213 779	214 219	214 810	215 810
	Personnel médical	70 962	74 817	76 171	78 115	81 669	86 115
	Total des charges de personnel	280 212	286 943	289 949	292 334	296 479	301 925
Titre 2	Produits et fournitures à caractère médical	96 535	97 500	116 713	121 380	126 121	129 225
	Sous-traitance à caractère médical	10 258	10 804	10 321	9 909	10 032	10 563
	Locations, entretien à caractère médical	3 493	3 513	3 415	3 357	3 660	3 875
	Total des charges à caractère médical	110 286	111 816	130 449	134 645	139 814	143 662
Titre 3	Achats	15 619	16 017	14 652	15 129	14 716	14 398
	Service extérieurs	13 937	14 216	14 472	15 413	14 516	14 937
	Autres services extérieurs	9 030	9 175	7 801	7 525	8 042	9 776
	Impôts, taxes et autres charges	2 802	3 395	4 401	7 496	7 390	7 426
	Total des charges à caractère hôtelier et général	41 388	42 804	41 328	45 563	44 664	46 537
Titre 4	Charges financières	9 458	8 910	8 137	7 880	7 583	7 298
	Charges exceptionnelles	4 056	4 438	4 875	4 056	2 648	6 805
	Dotations aux amortissements et provisions	30 710	42 685	33 819	32 320	33 372	32 823
	Total des charges d'amortissement, financières...	44 225	56 032	46 831	44 256	43 603	46 926
Total des charges		476 110	497 595	508 557	516 798	524 559	539 051

Source : comptes financiers du CHU de Caen avec retraitement de la CRC Normandie

Avec une hausse moyenne annuelle de 1,5 %, les charges de personnel augmentent moins rapidement que les autres charges, en conséquence de la politique de maîtrise des dépenses salariales conduite par le CHU. Toutefois, en raison des évolutions opposées en matière d'effectif entre le personnel non médical (PNM) qui a été réduit alors que le personnel médical (PM) a été renforcé, tout en restant particulièrement productif selon les critères d'analyse de la conférence nationale des directeurs généraux de CHU, les dépenses afférentes varient assez différemment avec des progressions moyennes annuelles respectives de 0,6 % et 3,9 %.

Si les dépenses liées aux personnels extérieurs à l'établissement augmentent de 45 % sur la période examinée, elles restent marginales et confirment que les enjeux se situent sur les salariés du CHU. A ce titre, pour les salariés non médicaux, avec une réduction d'effectif d'environ 130 personnes et une augmentation de l'ordre de 2 600 € du coût annuel charges comprises, la hausse des dépenses de 6,6 M€ s'explique par un effet prix positif à hauteur de 12,2 M€ et un effet volume négatif de 5,6 M€ représentant 1 % de l'ensemble des charges en 2017. Pour les personnels médicaux, le surplus total de 15,2 M€ provient principalement des rémunérations des internes (4,7 M€ en coûts bruts pour les salaires hors charges) dont le nombre s'est accru d'une centaine, puis des rémunérations des médecins diplômés (2,7 M€ pour les salaires non chargés), des lignes d'astreintes et de gardes au titre de la permanence des soins (1,9 M€).

Avec des remboursements sur les rémunérations à hauteur de 4,2 M€ en 2017, les charges nettes de personnel s'établissent à 297,7 M€, dont 4,5 M€ font l'objet d'une refacturation au titre des mises à disposition d'autres organismes. Ainsi, les charges de personnel nettes des remboursements et mises à disposition s'élèvent à 293,2 M€ et affichent une progression de 1,7 % en moyenne annuelle depuis 2012.

Néanmoins, le choix opéré par le CHU d'externaliser les fonctions de stérilisation, de blanchissage et de bio-nettoyage, conduit à diminuer les charges de personnel pour un montant qui peut être estimé aux alentours de 4 M€ en 2017, même s'il n'est pas possible de mesurer précisément l'économie globale de ces externalisations, faute d'étude comparative disponible pour la stérilisation et le blanchissage.

Les charges à caractère médical progressent très significativement sur la période examinée (+ 30,3 %), du fait des dépenses relatives aux produits et fournitures médicales, malgré les économies engendrées avec la mise en œuvre du programme PHARE¹⁶, qui s'élèvent à environ 1,5 M€ comme indiqué dans le plan action achat 2016 de l'établissement.

Toutefois, ce poste comprend, d'une part, des dépenses qui font l'objet d'une refacturation, c'est-à-dire les rétrocessions de médicaments ainsi que les médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des séjours, d'autre part, les variations de stocks qui augmentent fortement en raison de l'intégration, dès 2014, des stocks déportés et de nouveaux produits onéreux.

En neutralisant ces dépenses, le coût net des consommations internes de produits et fournitures à caractère médical augmente de 1,9 % en moyenne annuelle, soit un niveau inférieur à ceux de l'ensemble des charges et de l'activité de court séjour mesurée en GHS.

Les charges à caractère hôtelier et général progressent de 2,4 % en moyenne annuelle en raison de la montée en charge des dépenses liées à l'informatique, de la variation des dépenses de fluides, d'entretien et de maintenance des bâtiments, mais surtout à cause des augmentations tarifaires et des réévaluations des consommations des nouveaux équipements mis en service en 2015 (bâtiment hémodialyse, nouveaux scanners...).

De plus, le regroupement des activités d'hématologie du CHU et du CLCC François Baclesse au sein de l'institut d'hématologie de Basse-Normandie (IHBN) génère des dépenses à hauteur de 2,2 M€ pour le remboursement des personnels du CLCC mis à la disposition de la structure commune, car l'intégralité des recettes et dépenses est portée par le CHU.

A l'inverse, des diminutions de charges à caractère hôtelier et général sont observées avec la mise en œuvre d'une politique d'achats réformée (programme PHARE, recours accru à des groupements d'achats et des centrales d'achats...), qui porte notamment sur les postes des transports des usagers (- 42 %, soit 0,5 M€) et le blanchissage à l'extérieur (- 20 %, soit 0,8 M€).

Enfin, les charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles sont, quant à elles, en légère hausse (1,2 % par an en moyenne). Les changements de méthodes, décidés dans le cadre de la fiabilisation puis de la certification des comptes, n'ont pas provoqué de rupture dans le montant des dotations aux amortissements et provisions, dont la variation reste inférieure à 7 % entre 2012 et 2017.

c - Les soldes intermédiaires de gestion

Le plan d'action corrigé présenté en 2015 par le CHU au COPERMO retenait notamment des objectifs chiffrés en matière de soldes intermédiaires de gestion sur la période 2015 à 2019. En retenant l'hypothèse de la poursuite du versement des aides exceptionnelles au redressement, à hauteur de 24 M€ sur la période, le CHU s'engageait sur le niveau et le taux de sa marge brute¹⁷. Par ailleurs, en vue de pouvoir mieux apprécier la situation budgétaire réelle de l'établissement, le taux de marge brute, hors aides, figurait également parmi les indicateurs, sans en donner cependant la définition exacte.

¹⁶ Le programme dénommé « Performance hospitalière pour des achats responsables » (PHARE), instauré par le ministère de la santé à destination des établissements publics de santé, vise à dégager des marges de manœuvre grâce à des procédures d'achat renouvelées tout en conservant le niveau de prise en charge des patients.

¹⁷ Cet indicateur mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières et ses amortissements, reflétant les ressources qu'il est en mesure de mobiliser pour renouveler dans le temps sa capacité à investir et ainsi maintenir sa capacité de production (circulaire DHOS du 23 septembre 2009 relative à l'équilibre financier des établissements de santé).

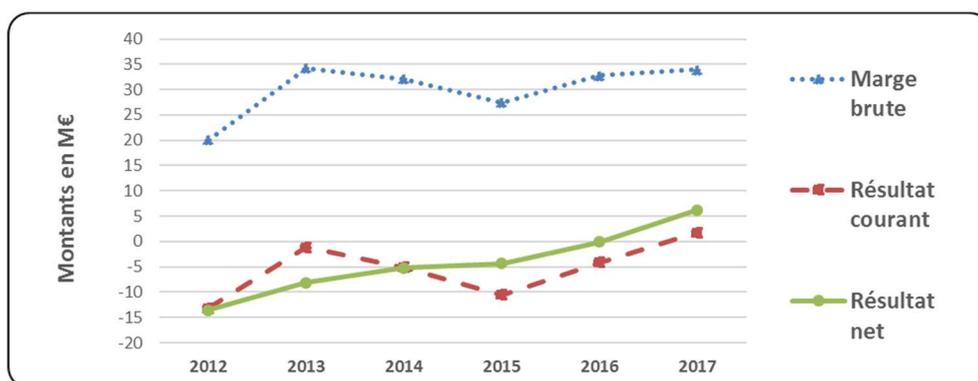
Dans sa décision de mars 2015, le COPERMO a validé ce plan d'action. Toutefois, alors que le plan prévoyait un taux de marge brute hors aides de 9,2 % à l'horizon 2018, le comité a constaté dans sa décision que « *la trajectoire financière après plan d'action permet l'atteinte d'une marge brute d'exploitation de 8 % des produits hors aides financières à horizon 2018 et assure un équilibre financier structurel.* » Il pouvait en être déduit que la valeur de 8 % apparaissait suffisante au COPERMO. De plus, le comité soulignait que le montant des aides demandées par l'hôpital ne pouvait être validé à ce stade, compte tenu de l'amélioration du niveau de son fonds de roulement.

Si les aides finalement perçues se sont effectivement révélées moindres qu'espéré par le CHU (- 5,7 M€), il a néanmoins été capable d'améliorer sa situation budgétaire avec, en particulier, une progression du taux de marge hors aides sur la période 2012 à 2017 et un résultat hors aides excédentaire en 2017, pour la première fois depuis 2008 (voir le tableau n° 2 en annexe n° 3).

Cependant, parmi les retraitements effectués pour calculer les indicateurs hors aides, l'établissement a retenu certaines opérations exceptionnelles en 2015 et 2017 relatives, par exemple, à des cessions d'actifs. Si de tels retraits peuvent sembler pertinents pour mieux identifier la situation structurelle de l'établissement, ils sortent du cadre strict des aides et ne devraient donc pas figurer dans le périmètre des indicateurs. Cette prise en compte partielle, car d'autres opérations exceptionnelles réalisées les autres années auraient pu aussi bien être retenues, est de nature à relativiser la portée des résultats annoncés.

Comme le montre le graphique n° 1, les indicateurs hors aides, calculés en restreignant les retraitements au cadre strict des aides au redressement, diffèrent légèrement de ceux indiqués par le CHU, sans pour autant remettre en cause leur évolution générale et l'amélioration annoncée¹⁸. Ainsi, la marge brute hors aides s'accroît pour osciller aux alentours de 30 M€ à compter de 2014, entraînant un taux de marge hors aides qui varie entre 5,7 % et 7,3 % alors qu'il restait inférieur à 4 % avant 2012. Le résultat net hors aides progresse, quant à lui, de façon continue, pour passer d'un déficit de 13,5 M€ en 2012 à un excédent de 6,2 M€ en 2017.

Graphique n° 1 : Indicateurs de gestion après retraitement des aides exceptionnelles



Source : comptes financiers du CHU de Caen avec retraitement de la CRC Normandie

¹⁸ Au contraire, le retrait des opérations exceptionnelles revient à minorer le montant de la marge brute hors aides et du résultat hors aides.

En conclusion, malgré des résultats obtenus inférieurs aux niveaux fixés en 2015, le COPERMO a décidé la sortie du CHU de Caen du cadre de son volet « performance » en juillet 2017. Même si cette décision n'est pas assortie de précisions quant à l'appréciation de l'atteinte des objectifs de redressement, elle se comprend comme étant la reconnaissance d'une amélioration de la situation financière de l'hôpital dont le degré est suffisant pour retirer le CHU de Caen de la liste des établissements budgétairement les plus préoccupants au niveau national¹⁹.

2 - Le cycle d'investissement

a - La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF), qui mesure le surplus des ressources internes générées par l'hôpital chaque année dans le cadre de son activité, en vue d'assurer le remboursement de ses emprunts ainsi que le financement de ses investissements, chute sur la période 2012 à 2017 (- 8,6 M€) après un pic en 2014. Néanmoins, en déduisant les aides exceptionnelles, la CAF augmente (13,9 M€), à l'image de la variation de la marge brute et du résultat hors aides, pour s'établir à 26,5 M€.

Le taux de CAF, c'est-à-dire la CAF rapportée aux produits globaux de l'établissement, s'établit à 5,9 % en 2015. Ce taux est de 4,2 % pour la moyenne des CHU et 4,25 % pour leur médiane. La position du CHU de Caen semblerait donc favorable. Cependant, après retrait des aides exceptionnelles, le taux de CAF du CHU chute à 4,1 % seulement, ce qui doit l'inciter à rester vigilant.

b - Les investissements et leur financement

Entre 2012 et 2017, la CAF s'est révélée la première source de financement pour les investissements. Elle permet de dégager un volume total de 247 M€ auquel se sont ajoutés des nouveaux emprunts (hors consolidation de la part investissement du BEAH) pour 74 M€, des subventions reçues pour 60 M€ et quelques abondements divers tels que des cessions d'actifs (voir le tableau n° 3 en annexe n° 3). Ces ressources ont permis de rembourser les annuités en capital de la dette pour 119 M€ et financer des investissements pour environ 163 M€. Le solde a contribué au renforcement du fonds de roulement (FDR), qui était nécessaire pour faire face aux problèmes de trésorerie que rencontrait l'établissement.

Les investissements réalisés se répartissent en trois catégories (voir le tableau n° 4 en annexe n° 3) : le renouvellement courant et la modernisation des matériels et bâtiments pour 94 M€ (58 % du total), les travaux obligatoires de sécurité incendie et de protection contre l'amiante pour 46 M€ (28 %), enfin, la mise aux normes des installations pour 23 M€ (14 %). Ces enveloppes confirment qu'en situation de contrainte budgétaire forte, l'hôpital a donné la priorité dans une proportion importante aux opérations de sécurité et de mise aux normes (42,3 %) au détriment de celles qui pouvaient contribuer positivement à l'amélioration de l'activité, comme les acquisitions d'équipements biomédicaux.

c - Quelques indicateurs bilanciers

Jusqu'en 2012 inclus, le fonds de roulement (FDR) était négatif, en raison du niveau insuffisant des financements stables engendré par le cumul des résultats antérieurs déficitaires. Sur la période 2012 à 2017, il s'est renforcé de façon continue (à l'exception de 2015), en raison notamment des aides exceptionnelles reçues.

¹⁹ Le rapport 2011 de la chambre notait, par exemple, que le déficit cumulé sur la période 2005 à 2009, qui dépassait 100 M€, situait le CHU de Caen parmi les établissements hospitaliers les plus déficitaires à l'échelon national.

Les opérations de fiabilisation des comptes ont également modifié la structure du FDR, mais leur influence reste marginale (moins de 2 M€). Désormais, le FDR s'élève à environ 86 M€, soit une hausse de presque 95 M€ depuis 2012.

En 2012, le montant du besoin en fonds de roulement (BFR) était exceptionnellement négatif sous l'effet de la réduction des créances de l'établissement, conjuguée à un surplus de dettes circulantes provenant d'un report du paiement des dettes fiscales (taxe sur les salaires) et sociales (cotisations CNRACL et URSSAF), imposé par des problèmes de trésorerie. Avec le paiement de ces dettes, le BFR s'est accru pour osciller entre 30 M€ et 44 M€ sur la période de 2013 à 2017, au gré des variations des créances, stocks et dettes.

Au-delà de ces opérations ponctuelles d'échelonnement des dettes fiscales et sociales, les délais globaux de paiement n'ont pas évolué de façon importante entre 2012 et 2017, puisqu'ils demeurent compris dans une fourchette de 50,9 jours à 52,3 jours, à un niveau supérieur au seuil de 50 jours fixé pour les établissements publics de santé par le décret du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique. La chambre rappelle l'obligation de respect du plafond de 50 jours.

Alors que la trésorerie était négative en 2012 à hauteur de 6,1 M€, le montant des lignes de trésorerie au 31 décembre étant supérieur à celui des liquidités, elle redevient positive dès 2013, puis finit par atteindre 42,3 M€ en 2017, soit l'équivalent de plus d'un mois en termes de charges courantes, marquant ainsi la sortie de la période de crise sur les liquidités.

d - La dette

Jusqu'en 2015, les difficultés d'accès au crédit ont limité les possibilités de recours du CHU à l'emprunt avec, par exemple, des appels d'offres de financement infructueux. Le cumul des emprunts souscrits entre 2011 et 2015 s'est donc limité à 18,2 M€, dont un prêt de la Caisse des dépôts et consignations de 4,5 M€ et la transformation d'une ligne de trésorerie en emprunt pour 12,5 M€.

En 2016 et 2017, la tendance s'est inversée avec la signature de sept nouveaux emprunts pour un montant total de 55,1 M€, dont une partie vise à répondre, par anticipation d'une année, au besoin de financement des investissements de 2018, car le CHU a souhaité profiter des taux très bas de l'été 2017 pour s'endetter.

Ainsi, compte tenu des remboursements effectués, le capital restant dû au titre des emprunts bancaires diminue de 23,6 M€ entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2017, où il s'élève à 111,5 M€ (voir le tableau n° 5 en annexe n° 3). Néanmoins, dans le cadre de la fiabilisation des comptes, la part investissement du BEAH a été intégrée dans l'actif de l'établissement avec pour contrepartie l'inscription en 2012 d'une dette financière à hauteur de 102,7 M€. En la prenant en compte, la dette totale progresse de 57,3 M€ sur la période précitée pour afficher un capital restant dû de 192,4 M€ fin 2017.

Ce niveau apparaît élevé au regard des trois seuils définis par le décret du 14 décembre 2011 relatif au recours à l'emprunt par les établissements publics de santé. En effet, si, au cours de la période examinée la capacité de désendettement rapportée à la CAF reste toujours inférieure au seuil fixé à 10 ans (6,9 ans en 2017), les deux autres critères sont toujours dépassés : le ratio d'indépendance financière apparaît supérieur à 50 % (63,7 % en 2017) et le poids de la dette rapporté aux produits dépasse 30 % (35,1 % en 2017). En conséquence, conformément au décret, l'hôpital a dû recueillir l'autorisation préalable de l'ARS de Normandie pour pouvoir recourir à l'emprunt.

En moyenne sur 2012 à 2017, les frais financiers ont coûté 8,2 M€ par an, dont 3,3 M€ pour les emprunts bancaires, 4,7 M€ pour le BEAH et 0,2 M€ pour les lignes de trésorerie qui se sont tariées en 2013.

Comme l'illustre le tableau n° 6, la dette bancaire (c'est-à-dire la dette hors celle liée au BEAH) est composée à plus de 80 % d'emprunts cotés 1A, niveau de risque le plus bas, selon la charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales de 2009 (« charte Gissler »). Elle comprend aussi deux emprunts cotés 1B pour un capital restant dû total de 9,25 M€ et, enfin, deux emprunts cotés 1C pour un capital restant dû total de 11,75 M€.

Tableau n° 6 : Caractéristiques de la dette bancaire

Structure	Cotation Gissler	Nombre de produits	Taux moyen en 2017	Capital restant dû au 31/12/17	Part
Taux fixe	1A	19	1,91 %	72 107 210 €	64,6 %
Taux variable	1A	4	0,22 %	18 430 617 €	16,5 %
Barrière simple. Pas d'effet de levier	1B	2	4,52 %	9 250 000 €	8,3 %
Option d'échange sans multiplicateur	1C	2	4,51 %	11 750 000 €	10,5 %
Total		27	2,12 %	111 537 827 €	100,0 %

Source : compte financier 2017 du CHU de Caen

Les taux des quatre emprunts structurés, qui représentent plus de 18 % de l'encours, se révèlent nettement plus élevés, aux alentours de 4,5 %, que ceux des autres produits : 1,91 % pour les emprunts à taux fixe et 0,22 % pour les emprunts à taux variable. Une augmentation de leur taux est possible en cas d'exercice des options d'échange ou de franchissement des barrières. Ce risque semble toutefois modéré, d'une part en l'absence d'effet de levier ou de multiplicateurs sur les formules de calculs des emprunts en question, d'autre part au regard des échéances de ces contrats qui se situent à un horizon proche, en 2021 ou 2023. En définitive, la dette bancaire globale présente un profil sécurisé.

A ce titre, le rachat en 2012 d'un emprunt structuré coté 3E pour le transformer en produit à taux fixe, a contribué à réduire le risque sur la dette, au prix du paiement d'une indemnité compensatrice de 330 000 € et d'un taux de 4,9 % sur 15 ans.

C - Les perspectives budgétaires à moyen terme

1 - Les éléments clés du PGFP 2018-2028

Fin 2017, les perspectives financières pour la prochaine décennie ont été présentées par l'établissement dans son état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2018, qui comprend, en plus du budget prévisionnel de l'année suivante, une annexe relative au plan global de financement pluriannuel (PGFP) pour la période 2018 à 2028, l'ensemble ayant été validé par l'ARS de Normandie.

Pendant cette période, l'établissement va entrer dans une phase transitoire durant laquelle le projet de reconstruction de l'hôpital, dont l'ouverture est prévue en 2026, va prendre une part prépondérante en termes d'investissements. En complément de cette reconstruction estimée à 502 M€ au total, et qui bénéficie de subventions à hauteur de 350 M€ (voir la partie du rapport consacrée au projet de reconstruction), les autres investissements à réaliser entre 2018 et 2028 sont évalués à 190 M€, soit un investissement total de presque 700 M€.

Dans ce contexte, le CHU prévoit une augmentation moyenne annuelle des produits de 1,2 % qui s'appuie, en particulier, sur la poursuite de la croissance de l'activité, laquelle doit permettre d'absorber les pertes induites par la politique tarifaire et de dégager de nouveaux moyens.

Néanmoins, le CHU reconnaît que la progression de l'activité ne peut, à elle seule, suffire à assurer l'équilibre budgétaire de l'établissement, et que les efforts de gestion en matière de maîtrise des dépenses doivent être maintenus, d'où une augmentation des charges limitée à 1 % en moyenne annuelle.

Or, pour les travaux qui seront effectués dans le bâtiment qui doit être abandonné comme pour les biens immobiliers qui ne seront pas transférables dans le nouveau bâtiment, le CHU a décidé de procéder à une révision de leur durée d'amortissement pour aboutir en 2026 à une valeur nette comptable proche de zéro. Ce choix, qui est conforme aux principes comptables et qui a été recommandé par le commissaire aux comptes, revient à alourdir les charges d'amortissement pendant la période transitoire (avec un maximum aux alentours de 7,8 M€ en 2025) et nécessite donc la réalisation d'économies importantes sur les autres postes de dépense.

Ces dernières doivent être obtenues, par exemple, par les travaux de restructuration des organisations avec la révision des capacités, l'optimisation des effectifs ou la rationalisation des dépenses à caractère médical, hôtelier et général.

Ces prévisions conduisent à prévoir une marge brute qui pourrait s'accroître de 6,2 % en 2018 à 9 % en 2028 avec un rythme inférieur jusqu'en 2022 à celui envisagé dans le projet initialement présenté au COPERMO « investissement », mais qui permettrait de dégager un autofinancement de plus de 400 M€ (y compris aides en fonctionnement), destiné à couvrir la charge de la dette antérieure et, pour le solde, à contribuer au financement des investissements.

Compte tenu des subventions d'investissement du projet de reconstruction, qui s'élèvent à 245 M€, le plan de financement prévoit des emprunts à hauteur de 280 M€ pour l'ensemble des projets, ce qui devrait situer l'encours de la dette à environ 211 M€ en 2028. A cette échéance, deux des trois indicateurs définis par le décret du 14 décembre 2011 devraient se révéler inférieurs aux seuils prévus, montrant une amélioration par rapport à la situation actuelle.

Enfin, des cessions d'actifs sont prévues sur cette période à hauteur de plus de 16 M€. Elles correspondent essentiellement à la vente d'une partie du site hospitalier Clemenceau, situé en centre-ville de Caen, envisagée à l'horizon 2021 mais dont le périmètre exact et les modalités ne sont pas entièrement connues à ce jour.

L'ensemble de ces hypothèses reviendrait à limiter le prélèvement sur le fonds de roulement à un niveau très marginal, soit environ 1 M€ entre fin 2017 et fin 2028.

2 - Les points de vigilance à retenir

Si les perspectives du PGFP présentent une trajectoire équilibrée, établie sur des hypothèses raisonnables, la chambre souligne néanmoins que divers risques demeurent quant au déroulement de ce scénario, qui porte sur une dizaine d'années.

En présence de ces diverses incertitudes et au regard de l'importance des enjeux financiers, la chambre rappelle au CHU la nécessité d'appliquer rigoureusement les modalités de suivi financier fixées, d'une part, dans le cadre des documents budgétaires annuels (EPRD, décisions modificatives et comptes financiers), d'autre part, avec le volet « investissement » du COPERMO portant sur le projet de reconstruction qui prévoit, chaque année, des revues de projet d'investissement (RPI)²⁰. L'établissement est invité à ne pas reproduire le dispositif allégué qui a été parfois employé dans le suivi des précédents CREF.

²⁰ L'instruction interministérielle du 12 juin 2018 relative à la mise en place du comité de pilotage du grand plan d'investissement dans le champ des investissements immobiliers hospitaliers prévoit que les établissements de santé seront désormais conviés aux côtés de l'ARS à la présentation des dossiers d'investissement devant le COPERMO.

Par ailleurs, l'opération de déconstruction de l'hôpital actuel, qui n'entre pas dans le périmètre du projet de reconstruction arrêté par le COPERMO et qui devrait intervenir en principe à compter de l'ouverture du nouveau bâtiment en 2026, n'apparaît pas dans le PGFP 2018-2028.

Or le coût de cette opération de grande ampleur a été estimé, jusqu'à présent, à environ 120 M€. Elle est donc susceptible de modifier significativement le programme d'investissement. En particulier, le désamiantage d'un bâtiment de cette taille revêt un caractère exceptionnel et présente de nombreuses difficultés techniques pouvant entraîner des surcoûts si elles ne sont pas maîtrisées²¹.

Dans sa décision validant la reconstruction de l'hôpital, le COPERMO a demandé, dans un premier temps, qu'un nouveau chiffrage de l'opération soit réalisé par le CHU de Caen. La chambre souligne l'importance de procéder à cette étude et d'inscrire dans le PGFP, le moment venu, les crédits liés à cette opération dès lors que l'établissement aura la certitude d'en être le maître d'ouvrage.

IV - LA COMMANDE PUBLIQUE

Sur la base d'une liste de 2 014 marchés recensés au cours de la période sous contrôle, la chambre s'est attachée à examiner l'organisation du CHU de Caen et d'avoir l'assurance du respect des conditions de passation et d'exécution des marchés publics.

A - L'organisation de la fonction achat

Six ans après le lancement en 2011 du programme PHARE par le ministère de la santé, le CHU de Caen a organisé son dispositif de commande publique à partir d'un audit mené en 2013, qui a abouti à la constitution d'un département « achat » au 1^{er} juillet 2016, lequel a préfiguré l'organisation de la fonction achat de l'actuel groupement de territoire.

Au sein de la direction des affaires économiques du CHU, le département achat comprend une cellule « achat », responsable de cette politique et du pilotage du programme, et une cellule « marchés », dont la fonction est d'asseoir juridiquement toutes les procédures.

B - La pratique de l'achat

1 - La formation des acheteurs

Sans méconnaître le niveau initial de compétences de certains agents et les actions de formation mises en place par l'établissement en matière d'achat, la chambre observe que des formations spécifiques, relatives à la mise en œuvre du plan d'actions achat ont été réalisées par la coordonnatrice des achats régionaux (ARS) et par la responsable du département achat.

²¹ Dans son rapport public annuel de 2015, la Cour des comptes montre que le désamiantage du campus de Jussieu, qui devait durer trois ans pour un budget évalué à 183 M€, devrait finalement s'achever pour un coût final décuplé sur une période d'une vingtaine d'années.

Les agents ayant participé à ces formations sont en nombre réduit et relèvent de la direction des services économiques. Les autres acheteurs, dont ceux des services biomédical, pharmacie, informatique et travaux, n'ont eu aucune formation récente sur ce créneau.

2 - Les guides d'aide à l'achat

a - Le guide de procédure des achats

Ce document est celui qui revêt le plus un caractère local, défini spécifiquement pour le CHU de Caen. Il contient des procédures à appliquer en fonction des situations et à chaque étape de l'achat.

Cependant, certaines pratiques semblent déroger à ce guide de procédure, notamment quant à l'analyse des offres et du choix de l'attributaire. En effet, il est notamment prévu :

- une analyse des offres par binôme : acheteur/ gestionnaire marchés // demandeur/ingénieur. Or, aucun document relatif aux analyses des offres ne comporte de signature indiquant une validation par un binôme ;
- l'analyse technique est à la charge du demandeur/ingénieur, et devra être justifiée par un texte explicitant la note obtenue. Les développements présentés ultérieurement sur l'analyse de plusieurs marchés souligneront la faiblesse des explications données sur les notes ;
- la rédaction d'un « topo DG »²², qui reprend les grandes étapes de la consultation, les propositions, l'analyse et le choix proposé. L'examen des archives des dossiers montre l'inexistence de ce document.

Enfin, des procédures de commandes sont identifiées mais varient selon les directions : services économiques, service bio-médical, direction du patrimoine et des infrastructures. Les procédures de la direction des services informatiques ne sont pas, quant à elles, identifiées sur support papier mais la procédure requise est l'usage d'un portail intranet.

b - Le guide de rédaction du cahier des charges

Le CHU ne dispose pas de cahiers des charges types mais la direction des services économiques a rédigé un guide à l'usage des rédacteurs de tels contrats. Ce guide est utile dans la mesure où il les aide à formuler le besoin.

En effet, le guide se termine par une série de remarques qui invitent le lecteur à s'interroger sur le type de prix (forfait, dépenses contrôlées...), le caractère des prix (ferme, révisable ...), les conditions de paiement, le transfert de propriété et de risques, les pénalités applicables (en cas de retard ...), le cadre de réponse (technique et financier), les critères de sélection des offres, la confidentialité des documents, la sous-traitance, les références du fournisseur dans le domaine concerné.

3 - Le pilotage à travers les plans d'actions achat

Dans le cadre des plans d'actions achat territoriaux (PAAT), 11 leviers ont été définis pour améliorer les performances d'achat (voir la liste et leur définition dans le tableau n° 1 en annexe n° 4).

²² Expression usitée dans le texte du guide interne au CHU.

a - Les leviers d'amélioration des PAAT

L'ensemble des leviers n'a pas été utilisé. Quatre leviers ne sont jamais activés (l'action logistique, l'optimisation de la segmentation, la massification et la standardisation) et le « juste besoin » qui consiste pour l'acheteur à dialoguer avec le prescripteur pour que ce dernier exprime son besoin en termes fonctionnels et de performance, a été activé lors du premier plan mais pas dans les deux suivants.

Certes, les années 2014 et 2015 correspondent à une période de lancement du processus, mais l'essoufflement du mouvement apparaît par la suite. Peu d'indicateurs sont mis en place. Le suivi des gains, par exemple, n'apparaît pas réellement : ils sont comptabilisés sur une seule année, voire sur une année et demie, alors que le bilan positif obtenu devrait perdurer dans le temps et augmenter d'année en année afin de capitaliser les efforts accomplis et de noter les marchés sur lesquels des marges de progrès sont possibles.

De même, le lien entre les gains d'achat et les gains budgétaires n'est pas effectué, faute de suivi du binôme fournisseurs/marchés. Or, si les gains achat sont l'outil de base de l'acheteur, le devenir dans les gains budgétaires à venir ne doit pas lui échapper, faute de quoi il est dans l'impossibilité de corriger les estimations de gains et la performance de son travail. L'établissement se doit donc de gagner en performance pour dégager des marges de manœuvre financière.

De plus, dans les actions de progrès, le PAAT 2014 avait souligné l'intérêt des remises pour paiement rapide. A l'aune des marchés examinés la chambre constate que lorsque ces remises existent, elles ne sont pas valorisées dans le calcul de la notation du prix.

Le tableau ci-dessous retrace les dernières performances d'achat recensées. La chambre observe qu'elles sont peu nombreuses, parfois mal comptabilisées (achat de bistouris pour lequel une économie de 100 % est affichée). Le poids des marchés d'investissement pris en compte est très largement supérieur à celui des marchés de fonctionnement alors que ces derniers sont récurrents et ont une incidence bien supérieure sur les exercices à venir.

Tableau n° 7 : Performance des gains d'achats en 2016

Gains d'achat 2016	Montant de référence annuel (€ TTC)			Gains identifiés base 12 mois (€ TTC)		
	titre 2 (médical)	titre 3 (général)	investissement	titre 2 (médical)	titre 3 (général)	investissement
BIOMEDICAL	98 700 €		5 933 210 €	39 621 €		1 003 066 €
Achat de bistouris	22 000 €		794 854 €	22 000 €		
Automates biochimie						307 101 €
Console moteurs neurochirurgie				2 244 €		
Contrôles réglementaires RX et CQ	10 400 €			2 500 €		
Dosimétrie d'ambiance	7 800 €			9 288 €		
Echographie cardiologie	17 305 €			3 589 €		
IRM 3T	41 195 €		1 766 797 €			30 810 €
Négociation			1644018			322 478 €
salle interventionnelle biplan			1 213 941 €			189 077 €
salle interventionnelle Monoplan			513 600 €			153 600 €
DPI			11 122 160 €			969 632 €
Négociation des marchés de travaux			11 122 160 €			969 632 €
DSEE		3 934 321 €			1 220 200 €	15 000 €
Affranchissement		650 000 €			25 000 €	
Consommation d'eau		80 000 €			10 000 €	
Externalisation de l'entretien des locaux		393 120 €			195 200 €	
Négociation						15 000 €
Réinternalisation de transport		90 000 €			90 000 €	
Relance marché Responsabilité civile		2 371 201 €			600 000 €	
Sortie blanche		350 000 €			300 000 €	
PHARMACIE	5 288 800 €			1 499 600 €		
Changement de produit	24 000 €			10 000 €		
Changement fournisseur	129 000 €			57 600 €		
Changement REMICADE - INFLECTRA	3 900 000 €			600 000 €		
MDS - HEUXATE NEXGEN	475 200 €			192 000 €		
Optimisation des stocks de DM au bloc				50 000 €		
Passage au générique	210 600 €			170 000 €		
Lancement marché DM Cardio				300 000 €		
Passage ZYVOXID PO	550 000 €			120 000 €		
Total général	5 387 500 €	3 934 321 €	17 055 370 €	1 539 221 €	1 220 200 €	1 987 698 €

Source : CRC à partir du PAAT 2016

Source : CRC à partir du PAAT 2016

Pour être effective, la performance en gains d'achats doit être systématisée à tous les marchés. Si le PAAT ne porte que sur 15 %²³ des achats réalisés par le CHU, l'établissement considère qu'il les a optimisés au-delà de ce périmètre étroit.

Il serait utile que des tableaux de bord annuels soient mis en place par la direction des marchés, permettant de mettre en évidence les progrès en gains d'achats mais également en gains de gestion, ainsi que les difficultés rencontrées afin d'élaborer des solutions qui seraient à leur tour mesurables.

b - La veille concurrentielle et la charte déontologique

L'établissement a mis en place des dispositifs de veille concurrentielle : lecture de revues et rapports émis par les professionnels, rencontres annuelles avec les fournisseurs et constructeurs, notamment en collaboration avec la fédération du BTP, participation à divers congrès, salons spécialisés, rencontre avec les fournisseurs.

Dans ce cadre, une charte de déontologie a été réécrite en février 2017, succédant à celle de 2010, toutes deux étant destinées à prévenir les atteintes à la probité.

c - Le suivi des marchés et des fournisseurs.

La direction « Achat » dispose d'une liste des marchés actifs avec un numéro et la référence aux obligations légales. Mais elle ne dispose d'aucune information sur leur degré de réalisation. Une fois les marchés passés, la gestion des contrats lui échappe et l'information sur leur suivi est orientée vers le service financier. Quant aux approvisionnements, ils sont gérés par les services consommateurs.

Actuellement, ce sont les dates de fin de contrat qui font office d'alerte. C'est seulement à ce stade que la direction s'inquiète de savoir s'il faut relancer une procédure. Un éventuel dépassement des seuils en numéraire n'est pas, a priori, contrôlé.

De fait, le système d'information permet de gérer efficacement les approvisionnements (de la commande au mandatement) mais ne permet pas de consolider les informations disponibles pour chaque fournisseur (produits et quantités achetés chez le même fournisseur, problèmes rencontrés...).

Au regard du nombre important de marchés à bons de commande, l'anticipation et le souci de sécurité juridique impliqueraient que des retours plus systématiques soient faits vers la direction « Achat ».

4 - Le choix de l'externalisation ou la gestion en interne

Le choix entre l'externalisation et la gestion en régie est associé à la notion de performance, qui est fondée sur trois critères : qualité, coût, délai. Au CHU de Caen, il revient au département « Achat » d'évaluer le bénéfice de chacune des deux options et de solliciter pour avis les membres du CHSCT. C'est au moment de cette consultation que les éléments de choix sont connus et fondent la décision.

L'attention de la chambre s'est portée sur trois opérations.

a - L'externalisation de l'entretien des espaces verts

La présentation de l'étude relative à l'externalisation de l'entretien des espaces verts n'a pas commencé par la comparaison entre l'externalisation et la gestion en interne mais par la procédure de marché retenue.

²³ 16,6 % si l'on exclut le contrat de Nacre des procédures d'achat, contrat qu'il n'est cependant pas interdit de renégocier.

Au moment où le CHU a sollicité le CHSCT pour avis sur l'externalisation de ce service, celui-ci a présenté le résultat de l'appel d'offres alors que le marché était déjà signé. L'avantage de cette procédure permet certes de connaître le coût réel de l'externalisation au moment du débat, mais sur 18 diapositives consacrées au sujet, une seule indique la comparaison entre un coût interne et un coût externe et quatre concernent l'impact en termes de ressources humaines.

L'étude présentée ne s'est pas faite en comparant la gestion en régie avec une externalisation totale mais a examiné une externalisation partielle avec le maintien d'un agent, évalué à un équivalent temps plein en régie.

La chambre souligne que ce choix est intéressant car cet ETP a notamment pour mission le contrôle de l'exécution du marché. Le gain annuel, de l'ordre de 30 000 €, n'apparaît pas très élevé mais il est réel et le coût de la masse salariale prise en compte correspond aux salaires chargés des agents.

Enfin, l'externalisation a été divisée en trois lots, dont deux réservés à des entreprises adaptées ou à des établissements et services d'aide par le travail. Ce choix permet, de facto, de répondre davantage à l'objectif de 6 % de personnels handicapés à hauteur des dépenses de personnel engagées.

b - L'externalisation du bio-nettoyage

En 2017, le CHU a décidé d'étendre l'externalisation du bio-nettoyage²⁴ d'une surface de 17 689 m². Le marché de bio-nettoyage existant déjà, l'évaluation financière n'a pas posé de difficulté particulière. L'entreprise est déjà connue et son efficacité soumise au contrôle du CHU. Le gain attendu est important puisqu'il a été évalué à 515 671 €.

L'incidence sur les effectifs n'est pas négligeable puisque sur les 47 ETP affectés à ce service, seulement 20 ETP ont été conservés.

La chambre rappelle que cette externalisation partielle fait suite à de précédentes externalisations partielles du bio-nettoyage. En 2016, une telle décision, concernant une surface de 9 450 m², avait entraîné le reclassement de 6,7 ETP pour un gain de 195 527 €. L'ensemble des différentes phases d'externalisation entre 2015 et 2018 permettent aujourd'hui un gain annuel de 711 263 €.

c - La ré-internalisation du transport

Si, dans la plupart des cas, la comparaison entre l'externalisation et la gestion en régie ne bénéficie pas à cette dernière, il existe un exemple contraire, celui du transport sanitaire.

La politique du CHU d'arrêter la prise en charge des transports itératifs entre le CHU et les autres structures de santé de l'agglomération caennaise à partir du 7 mars 2016 a permis de recentrer l'activité des ambulanciers « internes » sur les transports à la charge de l'établissement et donc de limiter le recours à la sous-traitance.

Le CHU a évalué les coûts de transport réalisés en interne et ceux assurés dans le cadre du marché existant. Malgré une augmentation des charges de personnel de 50 000 € pour répondre à la totalité du besoin en transport, le gain obtenu en ré-internalisant l'ensemble des transports atteint 90 000 € par an.

²⁴ Le bio-nettoyage est un nettoyage dont l'objectif est de réduire la quantité de micro-organismes présents sur les surfaces. Il combine un nettoyage avec un rinçage et une désinfection. Il se réalise en milieu hospitalier, où les personnes et les produits sont sensibles à la présence des micro-organismes, afin de lutter contre les maladies nosocomiales.

Il apparaît donc que l'établissement conduit une réflexion active en matière d'externalisation, dans le cadre d'études dont il prend en compte les résultats dans des conditions satisfaisantes, sous réserve du cas de l'entretien des espaces verts.

C - Les procédures de passation

1 - Les marchés passés sans publicité ni mise en concurrence

La négociation sans publicité ni mise en concurrence préalable²⁵ peut être mise en œuvre dans certaines hypothèses limitativement énumérées à l'article 30 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics (ou précédemment par l'article 35-II du code des marchés publics). L'acheteur doit pouvoir justifier que les conditions de recours à ces procédures, qui doivent s'interpréter strictement, sont remplies.

Au cours de la période contrôlée, environ 10 % des marchés relatifs aux produits médicaux ayant un montant supérieur au seuil des procédures formalisées sont passés sans publicité ni mise en concurrence, soit au total 237 marchés.

Pour plusieurs d'entre eux, la chambre a constaté que la motivation de l'absence de publicité était justifiée par des mentions insuffisantes de type : « *la protection de droits d'exclusivité ne permet de confier le contrat qu'à une seule entreprise.* » En effet, l'acheteur doit démontrer que la société retenue est la seule à pouvoir répondre à ses besoins et qu'aucun autre procédé ne peut satisfaire ses besoins ou comme le précise l'article 30, « *les raisons mentionnées aux b et c ne s'appliquent que lorsqu'il n'existe aucune solution alternative ou de remplacement raisonnable et que l'absence de concurrence ne résulte pas d'une restriction artificielle des caractéristiques du marché public.* ».

L'argumentation sur le recours à l'exonération d'une publicité et d'une mise en concurrence est apparue faible pour de nombreux marchés. Le recours à de telles procédures doit être justifié par des arguments qui dépassent la simple possession d'un brevet. Ainsi, la détention de droits sur les logiciels rend effectivement obligatoire le recours pour la maintenance à celui qui détient ces droits.

Par ailleurs, il a été noté que pour les marchés négociés sans mise en concurrence de la pharmacie, les négociations sont assez rares. Dans la plupart des cas, le CHU se réserve la possibilité d'attribuer le marché public sur la base de l'offre initiale et n'engage aucune négociation, ce qui est dommageable pour les marchés dits négociés, d'autant que, malgré l'absence de mise en concurrence, le CHU procède à une analyse des offres avec une notation.

2 - Le cas particulier de l'achat de valves aortiques

Le CHU a procédé à l'achat de valves aortiques percutanées²⁶ par une procédure négociée sans publicité ni mise en concurrence (auto expansible repositionnable COREVALVE). Il justifie le recours à cette procédure par le fait que ces produits étaient les seuls à être remboursés. Pour la chambre, le caractère remboursable aurait pu constituer un critère obligatoire ou avec une forte pondération dans une procédure ouverte.

²⁵ Procédure négociée sans publicité ni mise en concurrence en application de l'article 42 de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 et de l'article 30, I, 3° du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016.

²⁶ Marché n° 2017-4233 c'un montant de 1,3 M€ sur une période de deux années.

En ce qui concerne ce marché, la chambre note que sa durée est de 24 mois à compter du 1^{er} juillet 2017 alors même que deux dispositifs de troisième génération sont remboursés au 1^{er} janvier 2018 par l'assurance maladie en France : un dispositif dont l'expansion s'obtient par gonflage d'un ballonnet et un dispositif auto-expansible qui est l'amélioration de celui retenu par le CHU.

Il ne serait donc pas anormal de mettre les fabricants régulièrement en concurrence et le choix des entreprises candidates peut légitimement s'appuyer sur une pondération élevée du critère technique, par exemple, à 80 %.

La chambre rappelle, à travers cet exemple, que les procédures de marchés publics ont pour objectif la transparence de l'achat. Du fait des risques liés à l'implantation de ces matériels, il apparaît indispensable que le CHU se donne tous les moyens d'afficher cette transparence dans le choix des solutions retenues et de prévoir des durées de marché plus courtes pour lui permettre de bénéficier des améliorations des techniques médicales.

3 - Des analyses mal justifiées et des pondérations très élevées de la valeur technique

L'audit précité de 2013 avait souligné le manque de transparence dans la notation et l'absence de tout commentaire et d'éléments objectifs permettant de comparer la valeur technique des offres et de valider le classement attribué. Le contrôle de la chambre sur quelques marchés relève que des améliorations peuvent encore être envisagées dans ce domaine.

a - Le marché d'implants orthopédiques (n° PHARMA 2015-170)

Pour ce marché, le règlement de consultation ne précise pas que la notation se fera de 5 en 5. Le rapport d'analyse des offres indique qu'aux termes de la grille d'évaluation que doivent utiliser les notateurs, la valeur technique est notée de 5 en 5 (très bien 20/20, bien 15/20, assez bien 10/20, passable 5/20 et insuffisant 0/20). Le même rapport renvoie à un tableau Excel pour justifier le classement par des notes. Aucune explication littérale, suffisamment développée, ne vient soutenir les chiffres de la notation.

Le règlement de consultation n'est d'ailleurs pas d'une grande clarté quant à la pondération des sous-critères du critère technique, qui représente 70 % : les trois sous-critères performance technique (30 %), sécurité d'utilisation (20 %) et facilité d'utilisation (30 %), totalisent 80 % et non pas 70 %.

b - La surpondération de la valeur technique

La chambre peut comprendre la volonté du CHU de préserver une haute qualité de ses achats mais relève les surcoûts que peut engendrer un recours excessif à une pondération élevée du critère technique.

Deux exemples issus des marchés de cardio-rythmologie de juillet 2015 illustrent ce propos.

D'une part, l'entreprise lauréate du lot n° 1 bénéficie d'un 20/20 (mention très bien) au titre de la valeur technique et devient titulaire du marché. L'entreprise classée seconde ne bénéficie que de 15/20 (mention bien) sur ce critère alors que son offre financière est inférieure de 73 %.

D'autre part, dans le lot n°198 (guide angule et droit hydrophile), la différence de prix entre l'entreprise classée première (132 498 €) et l'entreprise classée seconde (29 856 €) est de 102 642 €, soit une offre 77 % moins chère. C'est donc le poids de la valeur technique qui permet à l'entreprise de très loin la plus chère de remporter le marché avec deux arguments d'un faible niveau concernant la valeur technique.

En effet, l'argument de l'analyste qui justifie la note de 20 pts/20 pour l'entreprise qui emporte le marché est : « En adéquation avec le besoin exprimé rapport qualité/prix favorable : meilleure performance technique meilleure glisse ».

L'argument concernant la seconde offre qui justifie une note de 10 pts /20 est : « en adéquation avec le besoin exprimé, rapport qualité/prix défavorable : moins bonne performance technique. »

Le CHU devrait s'interroger sur la pertinence de la notation de la valeur technique et de la pondération du prix dans ses marchés. Le choix de la notation en pas de 5 et d'une pondération à 70 % de la valeur technique implique quasiment l'absence de prise en compte du prix dans l'attribution du marché, sauf à ce que plusieurs entreprises bénéficient d'une notation maximum au titre de la valeur technique.

De fait, dès lors que la valeur technique est pondérée à 70 % (pourcentage élevé) et que l'écart de cette valeur est apprécié par tranches de 5 pts sur 20, le CHU se met en position d'acheter systématiquement la prestation la meilleure techniquement, quel que soit le niveau de prix.

4 - Des rapports d'analyse des offres hétérogènes

La qualité des rapports d'analyse des offres diffère totalement d'un marché à l'autre.

A titre d'exemple, celui du marché de réalisation de mesures d'empoussièremement face au risque d'émission de fibres d'amiante est complet. Ceux relatifs aux marchés de travaux du plateau d'imagerie médicale sont très clairs et les commentaires justifient les notes attribuées à chaque entreprise. Le rapport relatif à la fourniture de batteries médicales est succinct mais suffisamment clair pour comprendre le choix effectué.

En revanche, comme il a été souligné précédemment, celui du marché des implants orthopédiques renvoie à un tableau qui renvoie lui-même à un autre. En définitive, il est impossible de comprendre les motivations des diverses notations. Le rapport doit faire apparaître de façon claire et non équivoque le raisonnement de l'auteur de l'acte, de manière à permettre aux intéressés de connaître les justifications de la décision prise.

Le rapport d'analyse des 84 lots de la procédure relative à la fourniture de médicaments et spécialités du domaine pharmaceutique est lui aussi peu explicite car il renvoie à des tableaux de classement des offres avec des motifs souvent trop succincts²⁷.

La chambre ne peut qu'inviter le CHU à s'inspirer des rapports d'analyse des offres réalisés par UniHA, comme par exemple celui relatif aux tenues professionnelles et articles d'hygiène à usage unique où la notation des offres tant pour leur valeur technique que pour leur valeur économique apparaît clairement.

²⁷ Par exemple : lot n° 8 ou lot n° 13 : motif du choix pour l'entreprise classée 1ère : « Conforme au besoin. Meilleur rapport coût/performance. Offre classée 1 ». Motif du rejet pour l'entreprise n° 2 : « Rapport coût/performance inférieur à l'offre 1. Offre classée 2 ».

5 - Les avis d'attribution

Quel que soit le type de marché, y compris ceux n'ayant pas donné lieu à mise en concurrence, les avis d'attribution sont systématiques publiés. De plus, lorsqu'il y a eu une mise en concurrence, y compris pour les marchés à procédure adaptée²⁸, un courrier est adressé aux entreprises non retenues.

En conclusion, la politique d'achat mise en place à la direction des affaires économiques n'a pas atteint ses objectifs dans la mesure où :

- l'organisation et les méthodes restent encore cloisonnées entre les différents services acheteurs ;
- le choix des entreprises s'appuie essentiellement sur la valeur technique ;
- l'absence de justification précise de la valeur technique, trop souvent limitée à une note, crée un risque juridique déjà souligné par l'audit de 2013 ;
- la connaissance des gains d'achat n'est pas prise en compte dans l'analyse des offres.

D - L'exécution des marchés

1 - La modification des marchés : un risque propre aux marchés de travaux

Il est désormais possible de modifier le montant des marchés publics dans la limite de 50 % du marché initial. Lorsque plusieurs modifications successives sont effectuées, l'acheteur doit prendre en compte leur montant cumulé.

La présentation des avenants qui est faite dans les marchés de travaux du CHU indique le pourcentage non pas cumulé de l'ensemble des avenants mais celui de chaque avenant au regard du nouveau montant du marché. L'établissement court donc un risque de dépasser, par inadvertance, le seuil autorisé.

2 - Les pénalités de retard

L'examen des cahiers des clauses administratives particulières de marchés montre que le CHU déroge au cahier des charges administratives générales. En effet, des pénalités de retard sont prévues aux contrats mais dans des termes non contraignants : « *pourra...*, *pourront être appliquées* » ou encore « *le titulaire encourt...* ». Le sens de ces verbes contient une connotation de probabilité mais non de certitude. Leur usage permet au CHU de menacer l'entreprise retardataire tout en jugeant en fin de contrat que le dommage lié à un retard ne nécessite pas systématiquement l'application de ces pénalités.

Cependant, le délai d'exécution est bien pris en compte dans l'attribution de certains lots. Une entreprise qui ne respecte pas le calendrier fixé ne sera donc pas systématiquement sanctionnée alors qu'elle aura pu bénéficier d'une meilleure notation lors de la remise de son offre.

La chambre considère que dès lors que la durée d'exécution est prise en compte dans la pondération à un niveau important²⁹, les pénalités de retard doivent être mentionnées au cahier des charges comme applicables de plein droit.

²⁸ L'article 80 du CMP n'est pas applicable aux MAPA. Toutefois, au regard de l'arrêt du Conseil d'État du 21 janvier 2004, Sté Aquitaine Démolition, et des principes généraux du droit de la commande publique, il paraît prudent d'informer les candidats du rejet de leur offre avant la signature définitive du marché afin d'éviter tout risque contentieux. C'est ce que fait le CHU de Caen.

²⁹ A titre d'exemple, on peut citer les marchés relatifs au plateau d'imagerie médicale.

3 - Les délais de paiement

Dans le cadre du PAAT, le levier financier est défini comme l'action qui « consiste à générer des gains en procédant à des escomptes, à agir sur les délais de paiement, à optimiser les solutions de financement de matériels ou services. »

La mise en œuvre de ce levier suppose que l'établissement dispose de suffisamment de trésorerie permanente. Si tel n'était pas le cas en début de période de contrôle, la situation s'est depuis améliorée (voir III – B – 2 - c).

Ce contexte devrait inciter l'établissement à réduire ses délais de paiement, qui ont toujours dépassé la limite de 50 jours.

E - Conclusion sur l'achat public

Si la volonté de l'établissement était d'avoir un véritable département « achat », le résultat n'est que partiellement atteint. L'ensemble des marchés est certes soumis au « contrôle » de la cellule marchés publics, mais la politique d'achat est menée au cœur de cinq directions qui gardent une grande autonomie.

Malgré la formation juridique des deux agents qui composent cette cellule, il demeure des imperfections dans les procédures de passation. Comme il avait été constaté lors de l'audit précédemment réalisé par un cabinet extérieur, le recours aux exceptions dans les procédures est souvent mal motivé. De même, la justification des choix des offres retenues manque singulièrement de transparence (un tableau avec des notes n'est pas suffisant). Les rapports d'analyse des offres doivent s'étoffer et être compréhensibles. La comparaison entre les comptes rendus d'analyse des offres réalisés par le groupement UniHA et ceux de certains secteurs de l'hôpital, souligne l'ampleur du travail qui reste à accomplir.

Le niveau de l'achat dans certains secteurs reste éloigné des objectifs de performance du programme PHARE. Cependant, la modestie de certains lots peut expliquer que l'acheteur soit peu enclin à rechercher des économies.

Le CHU doit nécessairement réaliser plus de gains d'achats pour atteindre des résultats perceptibles dans sa gestion. Or la maturité de l'achat et la maîtrise des leviers d'action ne sont pas totalement acquises, y compris au sein de la direction économique ; la motivation dans la recherche de gains semble, comme l'indiquent les remontées d'information, s'atténuer fortement.

V - LES GRANDES OPÉRATIONS IMMOBILIÈRES

A - Le bail emphytéotique administratif et hospitalier (BEAH)

Par le procédé d'un bail emphytéotique hospitalier, le CHU de Caen a fait construire un bâtiment destiné à accueillir deux pôles, l'un appelé « *femmes/enfants* » (gynécologie, obstétrique, pédiatrie médicale et chirurgicale) et l'autre consacré à l'hématologie. La structure est également dotée d'une résidence hôtelière destinée prioritairement à loger les accompagnants, mais aussi les médecins et les conférenciers de passage au CHU.

Le contrat de bail souscrit le 16 mars 2006, d'une durée de 28 ans, dont trois ans pour la construction, a permis à l'établissement de faire financer cet ensemble immobilier « clefs en mains » par un groupement d'entreprises en échange du paiement, à partir de la mise en service de l'ouvrage, d'un loyer sur une durée de 25 ans.

1 - L'exécution du contrat de bail

Avec le contrat de bail emphytéotique, le CHU et l'entreprise retenue ont décidé de construire un bâtiment comprenant les installations et les équipements dont les spécifications techniques et les performances à atteindre sont contenues dans un programme détaillé des besoins, des plans et une documentation technique de référence.

Cette obligation de résultat vaut pour la durée du bail proprement dit, soit 25 ans. Mais d'ici l'échéance, les besoins sont appelés à évoluer et l'hôpital se doit de demander au preneur, l'entreprise NACRE 2008, de procéder à des modifications selon une procédure prévue à l'article 12 du contrat.

Le contrôle sur pièces et sur place n'a pas permis de révéler de dysfonctionnement majeur sur l'ensemble du bâtiment. Malgré son coût élevé, il permet l'exercice d'une activité médicale valorisante pour l'image de l'établissement surtout au regard de la vétusté des locaux de la Tour de Nacre.

En ce qui concerne le pôle femme - enfant, l'activité est légèrement en croissance au regard des critères d'accouchements et de naissance. Cette évolution est liée à la fermeture de plusieurs maternités du département du Calvados, qui a amené un afflux de patientèle sur Caen, dont le CHU a été bénéficiaire.

Les coûts de réalisation se traduisent par un ajustement du montant du loyer de base, le profil d'amortissement de la valeur non amortie et, le cas échéant, du montant du loyer de maintenance et de renouvellement ainsi que du montant des redevances.

Au cours de la période 2012-2017, le montant annuel du loyer, avec ses trois composantes, atteint une moyenne de 13,6 millions d'euros (13,8 millions d'euros en 2017).

2 - Le suivi du contrat

L'établissement se plaint de l'opacité des comptes de l'entreprise : d'une part, toute modification sur l'immobilier, demandée par lui-même ou par l'entreprise, nécessite une négociation difficile quant aux répercussions sur le coût d'investissement et sur le coût du loyer ; d'autre part, l'établissement ne parvient pas à connaître le montant et la nature des provisions pour renouvellement (le GER) qui sont à la charge de l'entreprise.

C'est ainsi qu'en 2018 l'établissement a sollicité la désignation d'un expert par le tribunal administratif de Caen, chargé de faire la lumière sur le montant des provisions. Il a également demandé le concours d'un cabinet d'avocats pour étudier la possibilité d'une résiliation anticipée du contrat de bail. Cette étude est en cours.

Le contrat, en son article 41, consacré à la résiliation unilatérale pour motif d'intérêt général, est particulièrement exigeant, voire dissuasif. Le preneur devrait alors être indemnisé par le versement de quatre indemnités :

- un montant égal au capital restant dû des instruments de dette, du montant déductible, du capital restant dû des instruments de fonds propres et des intérêts rompus ;
- un montant égal aux frais de réalisation encourus par le preneur au titre des instruments de couverture des instruments de dette ;
- un montant égal aux frais raisonnablement encourus et dûment justifiés par le preneur qui sont directement liés à la résiliation anticipée des conventions pour l'exécution des conventions avec tout co-contractant. La somme de ces trois montants est diminuée du solde créditeur du compte GER et du montant déductible ;
- une indemnité calculée à partir des annuités restant à courir jusqu'à la date d'expiration normale du contrat.

Les différentes dispositions de cet article 41 soulèvent des questions de définition et supposent des précautions méthodologiques de contrôle de la part du CHU dès la signature du contrat. Pour sa part, l'établissement tente d'exercer un suivi actif du contrat.

B - La reconstruction de l'hôpital

1 - Le projet en quelques mots et chiffres

Le ministère de la santé a, par courrier du 3 janvier 2017 adressé à l'ARS Normandie, fait connaître que le COPERMO avait émis un avis favorable sur le projet de reconstruction du CHU de Caen. Ce projet vise à construire, sur l'emprise même du site de la Côte de Nacre, un bâtiment de médecine et de chirurgie ainsi que des plateaux médico-techniques, logistiques et de tertiaire administratif.

Les surfaces à construire sont évaluées à 110 751 m² et le coût TTC à 501,7 M€, auquel il faut ajouter 120 M€ de déconstruction du bâtiment principal actuel. L'opération se déroulera pendant une période de 10 ans, la mise en service complète étant prévue pour 2026. Elle est articulée autour de trois axes : la construction sur l'emprise du site d'un bâtiment neuf ; une restructuration a minima du bâtiment sud « *Femme enfant hématologie* » actuel ; la cession du site historique de Clemenceau, situé en centre-ville.

2 - Les caractéristiques du projet

a - L'historique du projet

Le CHU de Caen a été conçu dans les années 1970. Au cours des années 1960-1980, la conception architecturale des hôpitaux favorisait l'isolement et le cloisonnement des unités d'hospitalisation et des activités médico-techniques ; elle faisait une large part à l'amiante.

Aujourd'hui, l'établissement est effectivement hors normes avec ses 23 étages et le nombre de personnes qui y séjournent en permanence (malades, personnel, visiteurs, professionnels). Il l'est aussi par les coûts de structure qui lui sont spécifiques : existence d'une salle opérationnelle de commandement pour les secours, équipe de sécurité, présence d'un ingénieur « sinistres » dans les effectifs, équipe de gardiennage plus étoffée.

L'architecture du bâtiment engendre des tailles d'unités non efficaces car, en faisant cohabiter des activités de natures différentes, elle ne permet pas les proximités nécessaires et entraîne une dispersion des activités médicales et des sites d'intervention.

La structure actuelle ne garantit pas la sauvegarde du bâtiment et des personnes en cas d'incendie généralisé. Elle empêche tous travaux de rénovation à des coûts acceptables.

b - Les motifs de la reconstruction

1) Le risque amiante

Le bâtiment actuel de la « Tour de Nacre » présente un niveau particulièrement élevé d'amiante qui nécessite un dispositif de gestion de risque au sein de l'établissement, afin de disposer d'un système permanent de gestion du risque et l'engagement de travaux conséquents de désamiantage.

Actuellement, le CHU inscrit son activité dans les conditions fixées par la réglementation en matière d'amiante. Des travaux de désamiantage des étages 22 et 23 ont été achevés en décembre 2015 et d'autres opérations ont été menées. Cependant, la dégradation normale du bâti exige le maintien d'une surveillance particulière et emportera toujours des opérations très régulières de retrait de matériaux amiantés en état dégradé.

Dans son avis, le Commissariat général à l'investissement rappelle que les dispositifs de contrôle et de surveillance mis en place affectent la performance économique du CHU, qui doit consacrer chaque année 1,7 M€ de charges d'exploitation à cette gestion. Cette contrainte alourdit également tous les coûts d'investissement dans le bâtiment et le vieillissement des matériaux amiantés accentue en outre les risques.

2) Le risque incendie

La « Tour de Nacre » est un bâtiment de grande hauteur (IGH), qui n'a jamais fait l'objet d'un avis favorable à l'exploitation par la commission de sécurité compétente.

Bien que des opérations aient été entreprises pour un coût global de plus de 20 M€ de travaux, soit une part significative des investissements réalisés depuis sa mise en service, l'ensemble des mises à niveau ne permettent pas de combler le déficit structurel d'utilisation du bâtiment et la faible résistance au feu des éléments porteurs de la Tour.

Ces travaux de sécurité ont été programmés et réalisés pour se conformer à la réglementation relative aux installations recevant du public. Au vu des travaux réalisés, l'arrêté du 22 juin 2016 libère le directeur général du CHU de la mise en demeure. Il reste à l'établissement l'obligation de mettre à jour le dossier technique amiante.

A la date du 3 avril 2017, 25 mesures dites de première urgence sur un total de 28 ont été réalisées et 8 prescriptions de mise en sécurité complémentaires sur un total de 14 ont été appliquées.

Si des travaux de désamiantage continueront à être entrepris, le CHU est désormais tourné vers les équipements de soins.

3) Les autres risques

Le CHU a dû faire face à d'autres risques sans les faire disparaître totalement. Il s'agit des installations techniques, électriques ou en matière de fluides médicaux.

Le risque d'insatisfaction des patients pénalise l'établissement, qui est placé en situation concurrentielle avec les établissements privés.

Enfin, le risque terroriste s'ajoute à tous les autres. Il a été confirmé concrètement le 9 mars 2018, par un individu qui s'est introduit vers 20 heures en prétendant détenir une arme. Le dispositif de sécurité publique mis en place à cette occasion a donné lieu à un bilan des mesures de protection internes à l'établissement.

3 - Le processus de décision

a - Une décision ministérielle ancienne

La décision de ne pas conserver l'actuel bâtiment remonte à une décision ministérielle de 2010. Cependant la reconstruction du CHU n'a été officialisée que le 16 décembre 2016, après une validation par le COPERMO.

Ainsi, six années ont été nécessaires pour rendre effective la décision ministérielle de reconstruction, dont quatre entre la date d'éligibilité du projet et celle de la DGOS.

b - L'avis du commissariat général à l'investissement

Par son avis du 17 octobre 2016, le commissariat général à l'investissement a émis un avis favorable valant contre-expertise indépendante et préalable.

Les principales forces du dossier ont été identifiées : « projet ambitieux sur les plans capacitaire et immobilier qui répond pleinement aux référentiels recommandés par l'ANAP, et une prise en charge moderne des patients et des gains d'efficience permis par une bonne conception spatiale et fonctionnelle des unités de soins. »

Deux points faibles ont été notés : « un investissement important alors que la situation financière de l'établissement est dégradée ; une réalisation très longue sur 10 ans, en partie liée au temps de libération de l'assiette foncière. »

4 - L'état actuel d'avancement du projet

a - Le pilotage du projet

Le pilotage du projet est actuellement assuré sous l'autorité du directeur général par une directrice adjointe, secondée par un ingénieur à temps plein et par une équipe en mode projet (ingénieurs et cinq médecins).

L'établissement est appuyé par un cabinet qui assure l'assistance à maîtrise d'ouvrage. Le calendrier est le suivant : phase d'étude et de conception entre 2018 et 2020 ; phase de travaux entre 2019 et 2025 ; ouverture attendue en 2026. Toutefois, la réalisation se fera en deux phases : 2021 pour la construction de la biologie, de la pharmacie de la logistique et de la chaufferie ; 2026 pour la construction du bâtiment principal de soins et de l'administration.

b - Le contrat de maîtrise d'œuvre

L'établissement a lancé un concours restreint de maîtrise d'œuvre sur esquisse pour la reconstruction du CHU. Le délai global des études et des travaux est d'environ huit ans.

Le nombre de candidats a été limité à quatre. La passation du contrat de maîtrise d'œuvre avec le cabinet retenu ne soulève pas d'observation.

5 - Le financement du projet

a - Le projet et le PGFP

Le projet est financièrement ambitieux puisque son montant prévisionnel (502 M€ TTC) est presque à la hauteur du budget annuel de l'établissement (le total des produits d'exploitation s'élève à 546 M€ en 2017) et équivalent à la totalité de l'actif immobilisé (597 M€). Il est complètement intégré au PGFP 2018-2028.³⁰

Il est aussi particulièrement volontariste puisque les hypothèses macro-économiques à prendre en considération à l'échéance de dix ans ne sont pas connues.

Il est enfin aléatoire du fait des aléas externes dont le CHU n'a pas la maîtrise. Quant aux aléas internes, ils sont inévitables, le dépassement du coût des travaux dépendra des adaptations nécessaires à l'organisation des soins pendant les dix années d'études et de travaux (2016-2026).

Dans son évaluation socio-économique, le commissariat général à l'investissement a mentionné que le retour sur investissement était estimé à 63 ans.

b - Les modes de financement

Le plan de financement initial de l'opération comprenait trois composantes : l'autofinancement (19 M€), les subventions (245 M€), l'emprunt (238 M€)³¹. L'Union européenne n'y participe pas.

Lors de la présentation du budget 2018, le plan de financement a été actualisé, en augmentant la part de l'autofinancement à 66 M€ et en réduisant la part de l'emprunt à 191 M€.

Outre le risque inévitable lié à l'évolution du taux des emprunts, ce plan de financement même actualisé est un réel pari sur l'avenir car dès le départ, il est incomplet. Le projet rend impérative la destruction de l'actuel bâtiment de la « Tour de Nacre ». Cette perspective a été exposée à l'établissement à la fois par l'IGAS dans un rapport du premier semestre 2016 et dans l'avis du Commissariat général à l'investissement d'octobre 2016.

6 - La destruction du bâtiment actuel « tour galette »

a - La situation comptable

Selon les comptes du CHU, le bâtiment « Tour de Nacre » est amorti. En revanche, tous les travaux, y compris ceux de sécurité incendie et de protection contre l'amiante, sont amortis selon un rythme exceptionnel de telle sorte que leur valeur nette sera nulle en 2026.

b - L'absence de structure partenariale de pilotage de la destruction

S'il est admis, pour des raisons de continuité du service public hospitalier, que ce bâtiment ne peut être détruit qu'après la construction du nouveau, il n'en demeure pas moins que sa destruction doit d'ores et déjà mobiliser les acteurs impliqués par la présence d'une tour de 23 étages dans un paysage urbain à forte visibilité.

³⁰ Pour ajouter encore un ordre de grandeur, le montant des capitaux propres au 31 décembre 2017 n'est que de 105,8 M€, soit presque cinq fois moindre que le montant de la seule construction (page 21 du rapport financier 2017).

³¹ Source : fiche de projet du commissariat général à l'investissement du 17 octobre 2016.

Bien qu'il soit propriétaire de cet ensemble immobilier qui va devenir une friche tertiaire de grande ampleur, le CHU n'est pas le seul acteur impliqué dans la mesure où l'opération intéresse plusieurs domaines : l'urbanisme, la voirie, le paysage et la gestion des déchets notamment.

S'agissant de la destruction d'un bâtiment, les déchets qui en sont issus devront être évacués et traités selon différentes méthodes au regard de leur degré de toxicité et des potentialités des exutoires actuels ou à créer.

En cette matière, avec la loi NOTRe du 7 août 2015, le plan régional de prévention et de gestion des déchets (PRPGD) étend les compétences des régions en matière de déchets. La région est désormais tenue de proposer une stratégie globale cohérente prenant en compte tous les types de déchets (hors déchets radioactifs) et tous les producteurs (particuliers, commerces, BTP...). Le PRPGD de Normandie, rédigé en juin 2017, dont l'approbation était prévue pour l'automne 2018, intègre aussi de nouvelles spécificités : objectifs de réduction des déchets déclinant les objectifs nationaux, gestion spécifique de nouvelles catégories telles que l'amiante ou les bio-déchets, plan d'action en faveur de l'économie circulaire etc.

A cette fin, une enquête publique s'est déroulée du 1^{er} juin au 2 juillet 2018, qui a constitué l'ultime phase de la procédure de consultation.

Le CHU ne s'est nullement manifesté au sein de cette consultation pour que la problématique des déchets issus de la destruction prenne place dans la programmation de la région (six et douze ans, soit 2022 et 2027). Le fait que la destruction devrait avoir lieu à partir de 2026, soit dans une temporalité assez éloignée, ne doit pas empêcher les différents acteurs de la gestion des déchets de prendre en considération les besoins du CHU. Cela supposait néanmoins que l'établissement se manifestât. Tel ne fut pas le cas au cours de l'enquête publique.

Enfin, situé sur le territoire de la ville de Caen, en bordure du périphérique, l'immeuble de la « Tour de Nacre » fera temporairement figure de friche tertiaire peu propice à l'image de la ville.

S'agissant de l'aménagement de l'espace, compétence de la communauté urbaine, la destruction et la reconfiguration du bâtiment désaffecté ne peuvent être conçues sans un partenariat étroit entre le CHU et ces deux collectivités.

Ainsi, la destruction de la « Tour de Nacre » présente une ampleur multidisciplinaire, et ne peut échapper à la vigilance des gestionnaires et des tiers. Elle doit donner lieu à l'instauration d'une forme de pilotage appropriée, en parallèle avec la construction du nouvel hôpital. La chambre invite l'établissement et la tutelle à sensibiliser les autorités régionales en vue de la création de cette structure partenariale.

VI - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

A - Les outils de pilotage

La gestion des ressources humaines du CHU de Caen est assurée par la direction des ressources humaines pour l'ensemble des personnels non médicaux et par la direction des affaires médicales pour les personnels médicaux, soit au total environ 5 400 personnes (chiffre en ETPR³²).

³² Définition du sigle ETPR : équivalent temps plein rémunéré.

En plus de la gestion quotidienne du personnel, axée sur des objectifs qualitatifs (adéquation des moyens humains à la production de soins ; gestion prévisionnelle des emplois et des carrières ; politique de recrutement des talents) et quantitatifs (application du plan de retour à l'équilibre financier), l'établissement est d'ores et déjà mobilisé sur la reconstruction de l'hôpital qui débutera en 2022 par un premier déménagement de trois services : le laboratoire (220 agents), la pharmacie (35) et les plates-formes logistiques (environ 100). Des déplacements de services donneront lieu à une réorganisation du travail incluant une robotisation de certaines tâches.

A cette fin, un « projet Ressources Humaines » a été élaboré et validé le 20 juin 2017 en comité technique d'établissement. Il a vocation à formaliser les démarches mises en œuvre dans l'établissement et à les modifier pour améliorer la qualité de vie au travail des agents. Il s'inscrit dans les perspectives globales d'évolution de l'établissement : la reconstruction, le retour à l'équilibre financier, le développement du groupement hospitalier de territoire (GHT), la diffusion des technologies de l'information et de la communication, etc.

Ses orientations stratégiques sont définies pour quatre ans, à partir d'une réflexion menée en concertation avec l'ensemble des représentants du personnel.

Ce document comprend un second projet, dénommé « projet Management » à destination de l'ensemble des personnes en situation d'encadrement. Il fait suite aux constats d'un management trop souvent vertical, d'un cloisonnement entre les différentes filières soignantes, techniques, administratives ou d'un manque de dialogue et d'échanges de bonnes pratiques.

Il s'est traduit par un plan d'actions, décliné en cinq thématiques : la conduite du changement et la gestion de projet, la gestion des conflits et les relations avec les tiers, le management des ressources et des compétences, la gestion du stress et du temps, les lieux et temps d'échange inter-cadres.

Le CHU a parallèlement réalisé une cartographie des métiers, étape importante en matière de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC).

B - La méthode de recherche de l'adéquation des moyens humains avec l'activité

L'établissement a arrêté une méthodologie de définition des effectifs permanents (effectifs autorisés), qui repose sur le calcul de l'effectif nécessaire pour pourvoir les postes (nombre de personnes présentes sur un horaire de travail et un grade).

Pour les services, plusieurs paramètres sont utilisés : le nombre de lits de l'unité et les pathologies accueillies, le nombre moyen de patients présents dans l'unité, une mesure de la charge en soins, des comparaisons entre unités du CHU et des unités similaires dans d'autres établissements, l'application éventuelle de normes opposables (en matière de réanimation ou périnatalité, par exemple).

Sur la base des postes de travail définis, un ratio est appliqué, qui permet de couvrir les congés, les RTT, les repos et jours fériés sur les postes de travail définis. L'établissement en déduit la définition de l'effectif permanent de l'unité, qui correspond au plafond d'effectif autorisé par grade et unité fonctionnelle. Le remplacement des autres absences est effectué par le biais d'une équipe de suppléance institutionnelle.

Pour les services non soignants, la démarche repose sur une analyse de l'activité de l'unité et une évaluation plus empirique de la charge de travail. Il est également fait appel à des comparaisons avec des établissements similaires lorsque cela est possible. La direction des ressources humaines a engagé un travail pour achever la détermination de l'effectif permanent des services administratifs en 2015 et des services techniques et logistiques en 2016. Ceux-ci ont été arrêtés en 2017 pour la direction des affaires financières et en 2018 pour le secteur restauration. Les autres secteurs techniques ont fait l'objet d'études au cours de l'année 2018.

La direction des ressources humaines effectue un suivi mensuel de l'effectif rémunéré de l'établissement. Chaque pôle dispose annuellement d'un compte de résultat analytique (CREA) qui reprend notamment des éléments relatifs à la masse salariale ventilée par unité fonctionnelle.

Le suivi de l'effectif en ETP est réalisé pour chaque unité fonctionnelle et au plus près du temps réel dans le fichier de suivi des effectifs, tenu par la direction des ressources humaines. Il comprend l'effectif autorisé, dit effectif permanent, et l'effectif réel nominatif affecté à l'unité fonctionnelle. La mesure et le suivi des écarts sont réalisés périodiquement.

C - L'évolution des effectifs

1 - L'évolution globale

L'établissement a connu une baisse importante des effectifs au cours de la période 2013-2017. Selon les statistiques SAE, qui se fondent notamment sur la notion d'« équivalents temps plein moyens annuels rémunérés » (ETPMR) et sur le budget consolidé, la baisse a été de 134,47³³ pour les services de soins (hors médecins), de 81,60 pour les services autres, soit un total de - 216,07. Le personnel médical (médecins hors internes) a, en revanche, augmenté de 8,08.

Cette baisse fait suite à celle qui avait été mise en lumière par la chambre lors de son précédent contrôle.

Même si ces chiffres sont issus d'une masse globale qui s'élève à presque 5 500 ETPMR, la chambre constate que l'établissement a fait de réels efforts de réduction des charges d'exploitation sur le personnel, sans être toutefois à la hauteur des prévisions.

De plus, les réductions effectuées intègrent, comme il a été exposé dans le chapitre consacré à l'analyse financière, des mesures d'externalisation, qui ont pour effet d'augmenter les charges des titres 2 et 3.

Par ailleurs, au cours de la période 2012-2017, le CHU a employé un peu moins de 450 médecins comptabilisés en ETPR (moyenne de 447), hors internes et étudiants. L'effectif global a augmenté de 12 ETPR selon les statistiques issues des bilans sociaux³⁴.

Alors que l'établissement doit réduire ses charges d'exploitation, il a pris le parti d'augmenter le nombre de ses médecins, probablement pour accroître son offre médicale sur son territoire de santé, les recettes attendues devant plus que compenser le surcroît de masse salariale. Cette option se traduit effectivement par une augmentation de l'activité (nombre de GHS en MCO) plus rapide que celle du nombre de médecins.

³³ Mais le périmètre des effectifs figurant dans le tableau de la SAE a changé en 2014. Il s'ensuit une baisse mécanique d'environ 66 ETPR entre 2013 et 2014.

³⁴ Selon le mode de calcul (ETPR ou ETPMR), la hausse du nombre de médecins est de 8 ou 12. Quoi qu'il en soit, cette hausse est très faible, en contraste avec la forte diminution des effectifs non médicaux.

2 - L'évolution selon quelques indicateurs

L'analyse des effectifs peut être complétée par d'autres indicateurs relatifs à la quantification de la main d'œuvre disponible.

Le turn-over³⁵ du personnel a tendance à augmenter pendant la période, passant de 6,5 % à 7,1 % entre 2012 et 2017 pour le personnel non médical et de 9,7 % à 12,6 % pour le personnel médical.

Le taux de rotation du personnel médical semble élevé comparé à celui des effectifs non médicaux ; il traduit les mouvements au titre du post-internat.

Au cours de la même période, l'âge moyen du personnel est orienté à la baisse pour les deux catégories de personnel. Il est passé de 45,6 ans à 44,9 pour le personnel médical et de 42,7 ans à 42,0 pour le personnel non médical.

Les bilans sociaux présentent le taux d'absentéisme par secteur d'activité (hors formation et absences syndicales et tous budgets confondus), qui est globalement orienté à la hausse, passant de 6,3 % à 7,1 % de 2012 à 2017 (voir le tableau n° 1 de l'annexe n° 5).

Les services où l'absentéisme est le plus élevé sont les services support, la chirurgie, la médecine de spécialité et les SSR.

L'absentéisme pour fait de grève est très faible au CHU de Caen : 1 328 jours pour les personnels non médicaux, 32 demi-journées pour les personnels médicaux.

Les causes d'arrêt de travail sont essentiellement liées aux accidents d'exposition au sang pour les médecins et aux plaies septiques pour le personnel non médical.

3 - Les disciplines médicales en tension

Selon le bilan social, les disciplines en tension concernent les anesthésistes réanimateurs, les pédopsychiatres et les radiologues.

Depuis l'année 2017, le CHU est parvenu à recruter des médecins. S'agissant de l'anesthésie-réanimation, la hausse du numerus clausus depuis quelques années a permis le recrutement de deux assistants en 2017. De même, certains agents ont pu évoluer vers le statut de praticien hospitalier contractuel. Le CHU indique qu'en novembre 2018, cinq assistants devaient être recrutés.

Pour cette discipline comme pour les autres en tension, le CHU a pris diverses initiatives afin d'attirer les jeunes vers des opportunités que leur offrirait une activité hospitalière.

³⁵ Le turn-over correspond à la somme d'arrivées et du nombre de départs d'agents dans l'établissement au cours de l'année divisée par deux, rapportée à l'effectif physique moyen de l'année, exprimé en pourcentage.

D - La masse salariale

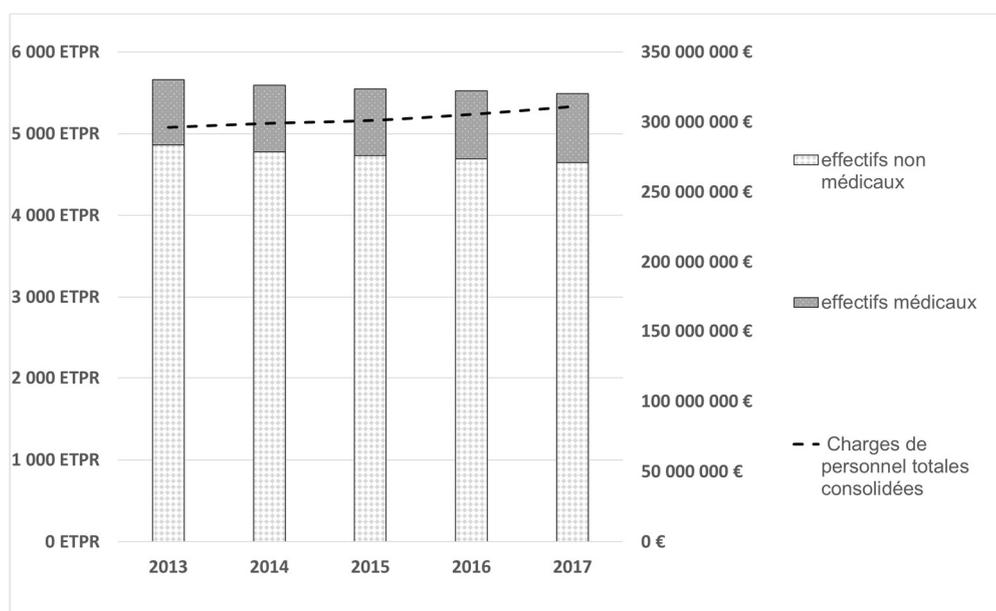
1 - La prévision budgétaire de la masse salariale

En début de période, le niveau des dépenses de personnel est conforme aux prévisions. Au fur et à mesure que la situation financière s'améliore, l'écart s'accroît, de 0,3 % à 1,3 % en 2017 tout en restant à un niveau relativement faible (voir le tableau n° 2 en annexe n° 5).

2 - L'évolution de la masse salariale

Comme il a été exposé dans le chapitre consacré à l'analyse financière, la masse salariale augmente peu. Le graphique ci-après illustre l'ampleur de la masse salariale du personnel non médical par rapport à celle du personnel médical.

Graphique n° 2 : Evolution respective de la masse salariale et des effectifs



Source : SAE 2013 à 2017 et les comptes financiers

3 - Les facteurs d'évolution de la masse salariale

La direction des ressources humaines veille à l'évolution de la masse salariale sur quatre points : le nombre d'agents, les mesures réglementaires nationales, les heures supplémentaires et l'intérim.

a - L'effet des mesures nationales

La période de contrôle 2012-2017 a été marquée par la politique nationale de gel du point d'indice applicable aux agents des trois fonctions publiques, qui a été effective au cours de la période 2010-2016. Cette décision a fortement contribué à contenir l'évolution de la masse salariale.

A partir de juillet 2016, l'augmentation fut de + 0,6 %, puis encore de 0,6 % en février 2017. Du fait de l'augmentation du point d'indice, le surcoût salarial atteint 533 000 € en 2017 et 90 000 € en 2018. Compte tenu de l'augmentation qui a porté sur la fin de l'année 2016, la charge supplémentaire est de l'ordre de plus de 1 million d'euros par an.

b - Le GHT et la gestion du personnel

La mise en place du groupement hospitalier de territoire (GHT), dont la logique est de passer d'une concurrence à une coopération entre établissements publics, comprend trois axes : la mise à disposition d'agents des autres établissements vers le CHU, les fonctions support qui lui sont dévolues (depuis le 1^{er} janvier 2018 pour les achats ; en cours pour le département d'information médicale avec le recrutement effectué d'un médecin DIM de territoire) et les formations continues (organisation de la formation mise en commun).

c - Le temps de travail additionnel et l'intérim

Le temps de travail additionnel, qui correspond selon le code de la santé publique (article D. 6152-220-1), au temps de travail accompli par les médecins, sur la base du volontariat, au-delà des obligations de service hebdomadaire, a atteint un pic en 2015. Depuis cette date, le nombre de demi-journées de temps de travail additionnel est orienté à la baisse, de même que le nombre d'agents concernés (126 en 2017).

Le recours à l'intérim s'effectue exclusivement dans la spécialité anesthésie – réanimation en raison du nombre important d'arrêts maladie, de postes vacants et de la volonté d'augmenter les TVO (temps de vacation offert).

Les dépenses d'intérim s'inscrivent dans un marché public courant depuis mars 2015 pour le personnel médical et un marché public UNIHA depuis mai 2015 pour le personnel médical. Le coût du personnel médical intérimaire a fortement augmenté au cours de la période 2012-2017, passant de 123 000 € à 1 M€.

VII - LES ACTES ET CONSULTATIONS EXTERNES

La Cour des comptes s'est associée aux chambres régionales et territoriales des comptes pour conduire une enquête portant sur les actes et consultations externes des établissements publics de santé. Ces contrôles visent à examiner la manière dont les hôpitaux connaissent, suivent, valorisent et cherchent à optimiser l'activité des actes et consultations externes, en agissant sur les leviers organisationnels, financiers et de coopération, au sein de leur territoire de santé.

A - La place des actes et consultations externes

Comme précédemment indiqué, l'activité d'hospitalisation du CHU de Caen est en forte croissance, avec une hausse de plus de 11 % des séjours de MCO hors séance entre 2012 à 2017 et des parts de marché départementales dans ce secteur qui atteignent 36 %. Dans ce contexte, l'activité externe apparaissait cependant en retrait au regard de celle des autres CHU, puisqu'elle se situait seulement à la 26^e place des 32 CHU en termes de valorisation en 2013.

Cette activité a augmenté plus rapidement que la moyenne des autres établissements entre 2013 et 2014, avec une progression de 5,2 % qui permettait de se hisser à la 14^e place. Cette tendance s'est poursuivie de façon continue jusqu'en 2017 avec des répercussions sur les recettes qui en découlent et qui atteignent, hors urgences, 22,9 M€ en 2017, soit 4,2 % des recettes du budget principal, contre 17,7 M€ en 2013.

Néanmoins, tandis que l'établissement enregistre une progression de ses recettes externes pour la septième année consécutive, la croissance semble se tasser par rapport aux exercices précédents (voir la partie sur les recettes de l'activité externe).

Plus précisément, l'activité externe du CHU est marquée en 2017 par trois événements principaux :

- les évolutions tarifaires : le tarif des consultations est passé de 23 € à 25 € au mois de juillet et de nouvelles typologies de consultations spécialisées ont été créées en octobre, soit les avis ponctuels de consultation de spécialiste, les avis ponctuels en psychiatrie, neuropsychiatrie, neurologie, et les avis ponctuels des professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH) ;
- le passage à compter du 1^{er} octobre 2017, c'est-à-dire tardivement au regard du calendrier national, à la facturation individuelle des établissements de santé au fil de l'eau (FIDES) pour l'activité externe ;
- l'organisation, le 1^{er} semestre 2017, de réunions sur le codage, qui ont permis des améliorations du prix moyen des consultations. Ainsi, le taux de consultations spécialisées a augmenté de 3,5 points pour s'afficher à 25,9 %.

Aujourd'hui, l'activité externe constitue un véritable levier sur la file active des patients, car elle constitue un point d'entrée du patient, qui pourra revenir dans l'établissement pour une autre consultation, voire une hospitalisation.

B - La stratégie du CHU de Caen en matière d'activité externe

1 - Les objectifs stratégiques de l'établissement

a - La politique en matière d'activité externe

La hausse des actes et consultations externes s'inscrit dans une stratégie de développement de l'activité externe mise en œuvre depuis plusieurs années. En complémentarité et en soutien de l'activité d'hospitalisation, elle doit permettre d'apporter une réponse adaptée aux besoins de la patientèle sur le territoire du Calvados en cohérence avec les schémas régionaux et le PMP du GHT « Normandie Centre ».

En effet, dans le SROS 2012-2017 et dans le SRS 2018-2023, des objectifs relatifs à l'activité externe sont précisés. Les actions à conduire portent en particulier sur la généralisation des usages de la télémédecine (télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance), notamment au profit des résidents en structures médico-sociales, ou sur le déploiement plus ambitieux des consultations avancées dans des disciplines comme la néphrologie ou la génétique.

Ces axes de travail font écho au PMP 2017-2022 qui retient, parmi ses objectifs, l'augmentation de l'activité de consultations externes des équipes mobiles de soins palliatifs ainsi que le développement des consultations avancées sur différentes spécialités médicales, notamment via la télémédecine, et sur la chirurgie dans le cadre des coopérations inter-sites.

En réponse à ces enjeux territoriaux, le CHU a retenu deux objectifs opérationnels :

- disposer d'un système de suivi resserré de l'activité externe, de sa facturation et de son codage ;
- déployer un plan global d'optimisation de l'activité de consultations et actes externes en cohérence avec les recommandations issues du macro-diagnostic réalisé avec l'ANAP en 2016 et enrichi du déploiement des usages des nouvelles technologies numériques.

b - Le développement d'outils de suivi de l'activité externe

L'établissement a élaboré des tableaux de bord qui se sont perfectionnés au fil du temps.

Tout d'abord, à compter de janvier 2015, un suivi mensuel de l'activité externe médicale et paramédicale par pôle et service a été déployé. Un suivi par praticien est également réalisé par la direction des affaires financières pour les activités médicales. Ces tableaux de bord font l'objet d'une large diffusion : équipes des pôles, équipe de direction, président de la CME, doyen et DIM. Ces informations sont intégrées de manière synthétique au contrat d'activité discuté chaque année avec les services.

A partir de janvier 2016, un tableau de bord mensuel des secrétariats médicaux a été mis en place. Il permet de mesurer notamment l'activité d'accueil téléphonique, la production documentaire d'informations médicales et l'activité de prise de rendez-vous. Ces tableaux de bord sont accessibles aux directions et aux pôles sur un serveur partagé.

Depuis janvier 2017, est produit un tableau de bord mensuel sur le recouvrement de la facturation, qui fait l'objet d'un suivi par la direction générale et qui montre, en particulier, la situation générale des dossiers facturés ou restant à facturer et la qualité de la facturation (quantité d'annulations, de refacturations...), avec un focus sur l'activité externe.

c - Le plan global d'optimisation de l'activité externe

En complément des outils de suivi, diverses pistes d'optimisation (sur l'accueil et la prise de rendez-vous, sur le circuit du patient et la signalétique associée, sur la production de comptes rendus de consultation, sur le codage et la facturation, sur les relations avec la médecine de ville) ont donné naissance, à partir de septembre 2017, à un projet global « consultations externes ».

Ce projet a été tout d'abord conduit sur un secteur « pilote », les consultations d'anesthésie, avant que soit envisagé un déploiement global sur l'ensemble des activités externes de l'établissement. Sur ce périmètre, une description des étapes du processus de prise en charge en consultations externes a, d'ores et déjà, été réalisée en lien avec les services de soins adresseurs, les explorations fonctionnelles, l'imagerie et le centre de prélèvement. La démarche a permis de définir les indicateurs associés à chaque étape (libellé de l'indicateur, objectifs, mode de calcul, périodicité et source). L'état des lieux est en cours d'élaboration et d'analyse.

Les conclusions qui seront tirées de ce travail permettront de décider du déploiement, soit d'actions spécifiques sur d'autres secteurs, soit d'actions transversales à l'ensemble des secteurs des consultations et actes externes au sein de l'établissement.

d - Le pilotage de la stratégie relative à l'activité externe

Actuellement, il n'existe pas d'instance de pilotage de l'activité externe. Toutefois, dans son plan d'actions, le CHU a prévu de mettre en place un « conseil des consultations et activités externes » construit sur la base des modèles des « conseils de bloc », adaptés aux spécificités de cette activité.

Au sein de cette organisation seront représentées les expertises médicales, chirurgicales et médicotechniques ainsi que les expertises soignantes et administratives. Pour permettre sa mise en place, plusieurs prérequis ont été identifiés dont certains sont en cours de réalisation, telle la formalisation d'une charte de fonctionnement des consultations et actes externes.

2 - La visibilité et la reconnaissance de l'activité externe

a - Les actions d'information et sensibilisation auprès de la médecine de ville

Plusieurs modalités de communication à destination de la médecine de ville participent à l'information sur l'offre du CHU en matière d'activité externe.

Premièrement, le site internet de l'établissement a été refondu et permet une meilleure identification de l'offre externe. Un annuaire a notamment été mis en place, qui permet d'identifier, par spécialité, les consultations externes proposées.

Deuxièmement, les ouvertures de nouveaux services donnent lieu à la confection et la diffusion de plaquettes à destination de la médecine de ville, contribuant ainsi à mieux capter une filière active large sur le bassin.

Au surplus, lorsque des « enseignements post-universitaires » sont réalisés, des comptes rendus thématiques sont diffusés par e-mails et courriers à la médecine de ville. Des soirées thématiques sont également organisées sur des pathologies bien spécifiques où l'offre externe du CHU peut être évoquée. Enfin, des journées à thème sont planifiées de manière régulière et relayées par l'union régionale des médecins libéraux (URML).

b - La diffusion des comptes rendus médicaux aux médecins de ville

Les courriers émanant des médecins du CHU sont adressés au médecin de ville, soit par voie postale, soit par voie électronique via la messagerie sécurisée. Les délais moyens de frappe des comptes rendus ou lettres sont suivis par spécialité dans les tableaux de bord des secrétariats médicaux précédemment évoqués.

Avec l'objectif d'améliorer le processus de production documentaire, l'établissement déploie des outils numériques de reconnaissance vocale et de suivi des documents avec traçabilité et archivage de ces derniers dans le dossier patient informatisé. Une première expérimentation s'est déroulée au sein du service d'hépatogastro-entérologie en décembre 2017, suivie d'un déploiement toujours en cours au sein de quatre nouveaux services, dont un service de chirurgie.

Selon les premières analyses, les délais de transmission des dictées entre médecin et secrétaire ont été considérablement réduits après quelques semaines d'utilisation de ces nouveaux outils.

c - Les services proposés aux patients

L'établissement met en place de nouveaux outils sur différents processus liés aux consultations et activités externes dans le cadre du plan d'optimisation de l'activité externe :

- les SMS de rappel de rendez-vous : lancé en août 2017, le déploiement s'est achevé sur l'ensemble des activités cliniques en mars 2018. Les résultats sur les premières unités de consultations déployées sont encourageants (par exemple, le taux de non-venus a chuté de 18,4 % en octobre 2017 à 9,4 % en avril 2018 sur la consultation d'anesthésie de chirurgie ambulatoire). Une perspective d'évolution des rappels de rendez-vous par courriel sera prochainement étudiée ;
- les lignes téléphoniques et adresses électroniques affectées à l'annulation des rendez-vous : cette solution est mise en place en obstétrique et gynécologie depuis décembre 2017 et son déploiement se poursuit ;

- la mise en place de bureaux centralisés des rendez-vous avec centrale d'appel et ouverture de prise de rendez-vous en ligne : des études sont en cours sur ces deux dispositifs qui nécessitent un travail préalable d'organisation des plannings par motif de consultation et niveau d'urgence, ainsi que la définition de procédures de programmation des rendez-vous.

d - La mesure de la nature et de la qualité de l'activité externe

La proportion de patients du CHU adressés par la médecine de ville représente près de 53 % du total de l'activité externe.

En 2017, une étude a permis de mesurer le nombre de nouveaux patients venus dans le cadre d'une première consultation à hauteur d'environ 30 % de l'ensemble.

A la différence des patients hospitalisés, pour lesquels le CHU recourt à l'application e-satis de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), le taux de satisfaction des patients dans le domaine de l'activité externe n'est pas suivi. La mise en place d'un recueil de satisfaction des patients et des professionnels pour ces activités est à l'étude. Toutefois, il demeure, à ce jour, un dispositif coûteux en ressources, compétences et outils, tant pour le recueil que pour les analyses.

3 - Les évaluations et les audits réalisés

En premier lieu, le CHU a fait appel à une société spécialisée pour réaliser un audit financier pluriannuel portant sur l'optimisation du codage de l'activité externe. En déduisant les frais du prestataire, cette action a rapporté au CHU approximativement 300 000 € annuellement.

En deuxième lieu, un audit organisationnel, qui s'appuyait sur l'outil « Macrodiag consultation externe » de l'ANAP, s'est déroulé durant le second semestre 2016 en retenant le périmètre du bureau des admissions ainsi que l'accueil et la prise de rendez-vous des patients en consultations externes du pôle chirurgie. La feuille de route proposée au CHU identifiait cinq pistes principales de travail :

- mettre en place une gouvernance des consultations externes, garante du pilotage et du suivi de l'activité de consultations ;
- optimiser la lisibilité de l'offre et améliorer l'accessibilité pour le patient ;
- renforcer le lien avec la médecine de ville ;
- améliorer le pilotage et la gestion des ressources humaines ;
- de façon complémentaire, améliorer la gestion médico-administrative du dossier patient.

Comme précédemment indiqué, ces pistes ont été retenues et sont inscrites dans le plan global d'optimisation de l'activité de consultations et actes externes.

Enfin, dans le cadre de la certification des comptes, une revue analytique des recettes est effectuée sur les actes et consultations externes. Elle contribue à l'analyse des grandes tendances d'évolution des consultations et de leur revalorisation.

C - L'offre d'actes et consultations externes proposée par le CHU

1 - Les consultations offertes par l'établissement

Le CHU dispose d'une offre très étendue en matière d'activité externe puisqu'elle couvre pratiquement une cinquantaine de disciplines. Pour certaines d'entre elles, l'activité publique est complétée d'une activité privée exercée à titre libéral par les praticiens de l'hôpital autorisés (voir la partie relative à l'activité libérale).

Sur le plan matériel, les lieux de consultation sont disséminés alors que les admissions sont effectuées en majeure partie au sein d'un plateau commun comprenant des guichets polyvalents à l'activité externe et aux hospitalisations.

A l'inverse, en matière de codage, la pratique de la saisie de l'acte peut varier en fonction des services et des praticiens dans une configuration où, comme il n'existe pas au sein du CHU de plateau de saisie, les secrétariats médicaux sont délocalisés au niveau de chaque service de soins. L'activité est donc codée soit par les médecins, soit par les secrétariats de chaque service pourvoyeur d'activité externe.

2 - La couverture des besoins sur le territoire

a - Les liens avec l'offre de ville

En Normandie, l'offre « individuelle » de soins ambulatoires assurée par la médecine de ville (médecins généralistes et spécialistes) est complétée par des structures collectives telles que les pôles de santé libéraux ambulatoires (PSLA) et les centres de santé³⁶. La présence de médecins de ville dans le secteur de Caen et plus généralement le Calvados y apparaît plus favorable que dans l'Orne ou la Manche. Ainsi, le CHU est moins sollicité que d'autres établissements en vue de combler les lacunes partielles de l'offre de ville, en particulier au niveau des urgences.

Toutefois, pour éviter autant que possible l'engorgement des urgences, le CHU a mis en place un dispositif de circuit court. Un infirmier d'orientation et d'évaluation accueille l'ensemble des patients qui se présentent aux urgences et les oriente éventuellement vers le circuit court, à partir d'une grille de tri qui précise la typologie des patients pouvant être reçus. Ce circuit fonctionne sept jours sur sept et accueille 44 % des patients des urgences. Leur prise en charge est assurée par une équipe médico-soignante composée d'un binôme médecin senior-interne et une infirmière.

b - Le positionnement du CHU

En sa qualité de structure hospitalo-universitaire, le CHU est souvent sollicité pour les situations les plus complexes ou rares et, en qualité d'établissement public, la population des personnes âgées avec comorbidité et en perte d'autonomie est assez importante.

En matière d'analyse territoriale, l'établissement souligne qu'il ne dispose, comme toute structure sanitaire, que de ses données propres d'activité de consultations et d'actes externes. Il ne peut donc pas réaliser d'analyse relative au taux de recours de la population par discipline, ni à ses parts de marché sur ce type de prise en charge, contrairement aux analyses conduites sur l'hospitalisation grâce au PMSI.

En l'état actuel, deux caractéristiques de la patientèle peuvent néanmoins être identifiées pour les actes et consultations externes. 79 % des patients ont pour origine le Calvados, et 96 % la Basse-Normandie. La répartition du nombre de patients sur la pyramide des âges est assez proche entre les différentes tranches d'âge calculées sur 20 ans, avec une légère accentuation sur les plus de 60 ans, qui représentent 30 % de la patientèle.

c - Les flux de coopération entre établissements de santé

L'offre territoriale en matière d'activité externe hospitalière est rendue possible par l'existence de dispositifs bidirectionnels de coopération médicale entre le CHU de Caen et d'autres organismes.

³⁶ A la différence d'autres régions, la Basse-Normandie s'était dotée dès 2008 d'une charte partenariale régionale relative au déploiement des PSLA afin de lutter efficacement et collectivement contre la problématique du déficit médical.

Le CHU accueille environ une cinquantaine de médecins d'autres établissements, appartenant au GHT « Normandie centre » (60 %) mais provenant également du reste du Calvados (14 %) ou de la Manche (16 %). Cette présence est notamment destinée à satisfaire des besoins non couverts par les ressources humaines locales du CHU ou à permettre à ces médecins de travailler au CHU, par exemple dans le cadre d'une formation au sein d'un service universitaire agréé.

D'autre part, plus d'une soixantaine de médecins du CHU se rendent auprès des établissements environnants dans le cadre de consultations avancées, en vue soit d'apporter un soutien à des équipes médicales en tension au niveau de leurs effectifs en réponse à une sollicitation par les établissements d'accueil, soit d'organiser des filières de soins par spécialité qui permettent de renforcer l'offre de recours du CHU et son activité, ces deux motifs pouvant parfois être concomitants. Ces interventions sont effectuées, par exemple, au sein du GHT (25 %), dans le reste du Calvados (37 %) ou dans la Manche (17 %) et l'Orne (15 %).

Dans plusieurs situations, telles que la pédopsychiatrie sur le secteur virois, la neurologie sur le centre hospitalier intercommunal Alençon-Mamers ou la cardiologie dans le bocage flérien, l'ARS a sollicité le CHU afin de soutenir une activité essentielle pour couvrir les besoins des populations des bassins géographiques d'implantation des centres hospitaliers.

Enfin, sur son territoire, le CHU est l'unique établissement capable d'offrir une activité externe sur des disciplines de recours que sont la chirurgie pédiatrique, la génétique et l'immunologie.

d - La télémédecine

L'offre de télémédecine, fruit d'une collaboration ancienne entre le CHU et le GCS e-santé de Basse-Normandie, apparaît élaborée.

Ses réalisations couvrent la télésurveillance avec un suivi clinique pour la cardiologie, la diabétologie et le suivi des plaies complexes (outil Domoplaie), les téléconsultations avec un projet associant des EHPAD qui a démarré en 2018, la téléassistance et la télé-interprétation des électroencéphalogrammes de plusieurs hôpitaux normands (Lisieux, Flers, Saint-Lô et Cherbourg). Des dispositifs de télé-expertises sont notamment en place en matière de réunions de concertation pluridisciplinaire, de rétinopathies, d'hématologie, de chirurgie cardiaque et d'unités neuro-vasculaires (télé-AVC). Enfin, des réflexions sont en cours sur un système de télé-régulation qui pourrait associer le SAMU du Calvados, les ambulanciers et le service départemental d'incendie et de secours (SDIS).

D - L'organisation mise en œuvre par l'établissement

1 - L'organisation spatiale et temporelle

Au sein du CHU de Caen, il existe actuellement plus de 80 points de consultations externes, essentiellement localisés sur le site « Côte de Nacre », à proximité des unités d'hospitalisation de la discipline concernée, sur le même étage d'une tour qui en compte 23. La répartition des activités cliniques et médicotechniques est historiquement établie sur une logique géographique au sein de cet immeuble. Les restructurations des activités hospitalières et, plus récemment, des activités interventionnelles, opératoires ou médicotechniques tendent à modifier dans la mesure du possible cet agencement pour évoluer vers une organisation d'activités regroupées non pas selon la seule logique de discipline, mais également selon celle du mode de prise en charge.

Néanmoins, les contraintes architecturales du site, dont le coût des travaux est majoré par le risque lié à l'amiante, ne permettent pas d'envisager une centralisation des consultations sur un plateau unique, et limitent la portée des changements actuellement envisageables pour les reporter vers le nouvel hôpital qui devrait voir le jour à horizon 2026.

En effet, dans ce projet, l'organisation prévue pour l'activité externe est conçue de façon radicalement différente, l'actuelle étant perçue comme insuffisamment efficiente. L'ensemble des consultations sera regroupé de façon à disposer de plateaux fonctionnels et modulables entre les disciplines. Les différents flux (ambulatoire, hospitalisé, visiteur, urgence, logistique...) seront différenciés, en privilégiant l'ambulatoire comme mode principal de prise en charge du CHU à l'avenir, en matière de circulations mais également dans le traitement et la disposition des accès relatifs à chacun de ces flux (hall ambulatoire par exemple).

Le plateau ambulatoire rassemblera l'ensemble des activités externes (consultations, explorations fonctionnelles...) et les hôpitaux de jour (médecine, chirurgie...) en liaison directe avec le plateau médico-technique. Plus précisément, cinq modules de consultations de 600 m² chacun sont définis, sur le même schéma : accueil/attente, zone de consultation et locaux de soutien (sanitaires, rangement, ménage). Cette conception vise à assurer une cohérence d'organisation, la présence de lumière naturelle, une échelle à taille humaine, la modularité des espaces et leur possibilité d'extension et d'adaptation. Elle permettrait de regrouper les moyens médicaux et soignants, de favoriser l'autonomie des patients et d'intégrer le numérique avec, en particulier, le développement des activités de télémedecine (téléconsultation notamment) dans des locaux polyvalents.

2 - La prise de rendez-vous

L'accueil téléphonique n'est pas automatisé, mais la mise en place de bureaux centralisés de rendez-vous ou d'accueils téléphoniques automatisés est à l'étude. L'évaluation des besoins est en cours avec des tests conduits sur la gynécologie-obstétrique en vue de rédiger un cahier des charges destiné à l'acquisition d'une solution technique. Elle s'inscrit dans le cadre des travaux désormais conduits par le directeur des systèmes d'information du GHT « Normandie Centre », puisque le système d'information figure parmi les fonctions dévolues à l'établissement support du GHT dans le cadre des mutualisations territoriales prévues à l'article L. 6132-3 du CSP.

L'établissement dispose, néanmoins, d'outils qui lui permettent actuellement de piloter la prise de rendez-vous en s'appuyant sur des indicateurs, suivis au sein du tableau de bord des secrétariats médicaux précédemment évoqué, tels que le nombre moyen d'appels par jour, le taux de décroché ou la durée moyenne des appels. Des informations relatives aux « rendez-vous non venus » en consultation sont également renseignées en lien avec le déploiement des envois de SMS de rappel.

3 - L'admission des patients en consultation

Depuis 2014, l'établissement permet, pour certains services, d'effectuer une préadmission pour des hospitalisations programmées après une consultation d'anesthésie ou de chirurgie. Cette volonté de déployer des dispositifs de préadmission s'est étendue en 2017, sur le site internet, aux hospitalisations, aux consultations et actes externes, permettant ainsi de réduire le délai d'attente et de fiabiliser le dossier patient dès son arrivée. Ce service est accessible aux patients assurés sociaux.

Une réflexion est actuellement en cours sur le déploiement de bornes d'accueil à destination de la patientèle régulière et itérative en fonction des spécialités et ayant une pathologie liée par exemple à une affection de longue durée. Cette solution permettrait d'allier sécurisation des données de prise en charge, fluidification et simplification de l'accueil.

4 - Le codage des actes

Pour effectuer le codage, les médecins et les secrétaires peuvent s'appuyer sur le progiciel de l'établissement, qui comprend un module d'aide à la cotation. Néanmoins, début mai 2018, plus de 2 600 dossiers ne contenaient ni acte, ni référence à la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP).

En matière de contrôle, le DIM s'occupe essentiellement du codage de l'activité d'hospitalisation tandis que l'activité externe est prise en charge par la direction de la facturation et des finances. Des points réguliers sont réalisés entre les deux services sur les sujets de facturation, notamment les déclassements potentiels ou les requalifications possibles en hospitalisation de jour.

Enfin, en vue d'optimiser le codage de l'activité externe, le CHU de Caen avait conclu un marché passé auprès d'une société spécialisée, comme précédemment indiqué. La cellule d'optimisation de la facturation a désormais pour objectif de parvenir à internaliser progressivement cette expertise, puis de diffuser les règles et bonnes pratiques de codage au sein de l'établissement.

5 - La facturation à l'assurance maladie

L'établissement n'a procédé au passage à FIDES que tardivement (1^{er} octobre 2017), au terme d'importants travaux en amont (audit du progiciel de gestion de la facturation et du recouvrement, diffusion d'un thésaurus par spécialité, adaptation de certaines fiches de poste des agents du service de facturation...).

Même si la bascule est récente, plusieurs enseignements peuvent d'ores et déjà être tirés. La vigilance renforcée sur le codage des consultations a permis d'augmenter le taux des consultations spécialisées à un seuil de près de 25 % de l'ensemble des consultations. Le taux de rejet est resté stable aux alentours de 3,8 %, vraisemblablement en partie grâce au plan d'actions mis en œuvre préalablement au déploiement de l'outil informatique CDRi³⁷ de l'assurance maladie. Des lecteurs d'actualisation de carte Vitale ont été déployés afin de diminuer les rejets liés à la prise en charge du patient et pallier les défaillances liées à l'utilisation de CDR³⁸. Le délai de facturation est de 33 jours.

6 - La facturation au patient

En termes de solutions d'encaissement auprès des patients, l'établissement propose un service de télépaiement par internet ainsi qu'une régie centralisée sur le flux de sortie des patients. Pour améliorer le recours à ce type de paiement, des régies supplémentaires spécifiques ont été créées pour les services à fréquentation intense ou pour ceux qui sont éloignés de la régie centrale.

Cependant, l'utilisation des régies reste modeste puisqu'en 2017, 4 900 dossiers ont été réceptionnés en régie pour un montant total de 410 000 €, soit seulement 1,2 % du montant recouvré sur titre.

³⁷ CDRi est une fonctionnalité de type "web service" proposée par l'assurance maladie, qui permet la récupération automatisée des droits des assurés avec leur intégration dans la facture et qui nécessite d'être intégrée dans le logiciel de gestion administrative des patients utilisé par l'établissement de santé.

³⁸ CDR est un service proposé par l'assurance maladie de récupération manuelle des droits des assurés par consultation d'un site internet nécessitant une ressaisie dans le logiciel de gestion administrative patient.

E - Les moyens affectés et le résultat financier

Tandis que les recettes imputables à l'activité externe, qui représentent moins de 6 % des recettes globales du CHU, sont connues avec précision, l'identification des dépenses correspondantes pose des difficultés.

En effet, comme les effectifs médicaux sont affectés par service et non par unité fonctionnelle de consultation ou d'hospitalisation, il n'est pas possible de connaître avec précision les effectifs médicaux voués spécifiquement à l'activité externe. Concernant les effectifs non médicaux, les affectations sont certes plus précises, mais restent soumises à la plus grande prudence car, pour certains services, aucun personnel n'est affecté aux unités fonctionnelles de consultations. Au regard de ces incertitudes sur les effectifs, le coût de la masse salariale consacrée à l'activité externe sur la période 2013 à 2017 ne peut pas être calculé avec exactitude.

En raison de cette limite aux imputations des dépenses de personnel, le CHU ne produit pas de compte de résultat analytique (CREA) synthétique sur l'activité externe. Il n'est donc pas en mesure de réaliser un contrôle de gestion centré sur cette activité. Les CREA sont réalisés au niveau des services comprenant à la fois l'activité hospitalisation et l'activité externe.

La chambre invite donc le CHU à revoir ses règles d'affectation du personnel pour être en mesure de produire une comptabilité analytique de l'activité externe. Ce choix nécessitera vraisemblablement un surcroît de temps administratif et le recours, en partie, à des estimations des volumes horaires de certains agents, qui travaillent en hospitalisation comme en externe. Toutefois, cette démarche permettra à l'établissement de disposer d'un premier niveau d'information sur les dépenses et le résultat financier de l'activité externe. L'intérêt sera moins de se prononcer sur l'équilibre du résultat, qui sera très probablement déficitaire, que de suivre son évolution au fil du temps.

F - Le recouvrement des recettes liées à l'activité externe

L'analyse des comptes sur la période 2013 à 2017 révèle que les recettes issues de l'activité externe, y compris les forfaits, progressent de façon continue malgré un ralentissement en 2017. En effet, à cause du tassement de l'activité, le surplus par rapport à 2016 devient inférieur à 436 000 € alors qu'il dépassait 1,5 M€ les années antérieures.

Pour les titres annulés sur exercices antérieurs, une diminution très significative est observée en 2017, où leur montant se limite à 31 000 € environ alors qu'entre 2014 et 2016, il s'établissait à plus de 300 000 €. Une fois connues, les données relatives à l'exercice 2018 permettront de savoir si l'année 2017 n'est qu'une atypie ou si un changement structurel s'est produit, éventuellement en lien avec les nouveaux dispositifs visant à améliorer la qualité du codage et de la facturation dans le cadre de la bascule vers FIDES.

En revanche, en termes d'analyse des restes à recouvrer ainsi que des créances irrécouvrables, le CHU ne dispose pas d'informations spécifiques quant à la part que représentent les actes et consultations externes.

G - L'organisation et le suivi de l'activité libérale

1 - La place de l'activité libérale au sein de l'activité du CHU

a - La mesure de l'activité libérale

Entre 2013 et 2017, le nombre de médecins du CHU de Caen exerçant une activité libérale est passé de 10 à 20, tout en restant à un niveau inférieur à celui de la plupart des hôpitaux publics, car le recours à cette pratique apparaissait auparavant très réduit dans l'établissement³⁹ (voir le tableaux n° 1 en annexe n° 6). Au fil du temps, la proportion des médecins hospitalo-universitaires dans cette population s'est nettement réduite, de 80 % en 2013 à 55 % en 2017, en s'accompagnant d'un rajeunissement. En effet, l'âge moyen des nouveaux médecins signataires de contrats d'activité libérale en 2016 et 2017 s'élève à 43 ans. La pratique libérale de la plupart d'entre eux entre dans le champ des actes et consultations externes, puisque leur effectif a augmenté de 9 à 17.

Cette hausse des effectifs se retrouve logiquement dans le volume de l'activité libérale réalisée, dans les montants perçus auprès des patients et de la redevance qui en découle pour le CHU.

Le nombre de consultations libérales⁴⁰ est passé de 4 240 en 2013 à 5 046 en 2016, soit une progression de 23 %. Sur cette période, la part de ces consultations dans l'activité totale de consultation des médecins est restée stable aux alentours de 31 %, c'est-à-dire à un niveau nettement inférieur au seuil de 50 % prévu par l'article L. 6154-2 du CSP. Seul un médecin a dépassé la limite autorisée de 2013 à 2016, avec un maximum à 56,3 % en 2013⁴¹. Avec un total de plus de 300 000 consultations publiques par an, la place du secteur libéral reste très réduite (1,5 % du total), ne remettant pas en cause le caractère d'établissement public du CHU. Les honoraires perçus par les médecins au titre des consultations libérales évoluent de façon similaire à leur volume (21 % contre 23 %), pour atteindre 303 000 € en 2016. Ces activités donnent lieu au versement à l'établissement d'une redevance d'environ 48 000 €.

Le nombre d'actes techniques libéraux a plus que doublé, de 1 356 en 2013 à 2 836 en 2016. Cependant, sur la période, ils ne représentent que 21,8 % du total des actes de ces médecins, dont aucun n'a franchi le seuil de 50 % précédemment cité. Si les honoraires qui s'y rapportent approchaient 485 000 € en 2013, ils dépassent 1 M€ en 2016, où le montant de la redevance a atteint 452 000 €.

Avec la partie due au titre des consultations, la redevance totalise donc 500 000 € en 2016, soit moins de 1 % des recettes de l'hôpital. Sur les 13 médecins qui exerçaient une activité libérale cette année-là, les honoraires de cinq d'entre eux dépassaient 100 000 €, avec des montants de 471 000 € et 171 000 € pour les deux premiers, soit des redevances respectives de 283 000 € et 78 000 €.

³⁹ En 2016, 16 médecins du CHU de Caen exerçaient une activité libérale parmi les 354 médecins qui étaient en droit de le faire, soit 3,7 %. Au niveau national, cette proportion s'élevait à 10 % en 2011.

⁴⁰ L'hôpital mesure l'activité libérale des praticiens en distinguant les consultations des actes techniques. A la différence des consultations réalisées uniquement en externe, ces derniers sont effectués soit en externe, soit dans le cadre d'une hospitalisation.

⁴¹ L'activité de ce médecin a d'ailleurs fait l'objet d'une enquête diligentée par la commission d'activité libérale, dont les conclusions ont conduit à la levée de la proposition initiale de retrait de l'autorisation d'exercer une activité libérale.

b - Les apports de l'activité libérale à « l'attractivité » de l'établissement

L'établissement souligne que « *le bassin caennais est caractérisé par une dimension concurrentielle élevée par rapport au nombre d'habitants avec trois cliniques dont deux à caractère lucratif* ». En se référant à un rapport de l'IGAS relatif à la rémunération des médecins et chirurgiens hospitaliers, le CHU ajoute que « *six disciplines concentrent à elles seules deux tiers des effectifs de praticiens exerçant une activité libérale : chirurgie générale et orthopédique, gynécologie-obstétrique, ophtalmologie, radiologie, cardiologie et ORL. Les praticiens du CHU ayant une activité libérale exercent pour la majorité d'entre eux sur ces spécialités, parallèlement autorisées dans les cliniques lucratives du plateau caennais. Par conséquent, l'activité libérale au CHU de Caen permet de fidéliser des praticiens sur ces spécialités concernées par une absence de régulation des pratiques de rémunérations en raison de la possibilité pour les cliniques de fixer les montants. Elle contribue à la stabilité des activités et des parcours de soins.* »

Si cette concurrence avec les établissements privés est avérée, elle n'est pas, à ce jour, mesurée et évaluée précisément par le CHU.

2 - Le fonctionnement de la commission d'activité libérale

a - Les réunions de la commission

Conformément aux dispositions de l'article R. 6154-14 du CSP, la commission a été réunie au moins une fois chaque année, sauf en 2016. Chaque réunion a pour objet de vérifier la bonne application de la réglementation en matière d'activité libérale au vu des comptes de l'année précédente.

Sur la période examinée, la commission n'a pas produit et présenté le rapport annuel relatif à son activité, qui est prévu à l'article R. 6154-11 du CSP. La chambre recommande donc au CHU de s'assurer des réunions de la commission et de la production, comme de la présentation, du rapport annuel.

Les membres composant cette commission ne sont pas toujours présents : le représentant de l'ARS est systématiquement absent des réunions et celui du conseil de l'Ordre des médecins du Calvados l'est en 2014 et 2015.

La chambre observe que l'absence du représentant de l'ARS à la commission d'activité libérale du CHU de Caen prive ses membres du potentiel d'expertise que l'agence peut apporter à cet établissement majeur en termes de contrôle et d'application de la réglementation. Le CHU souligne que l'agence a néanmoins été régulièrement informée des décisions prises et de la tenue des commissions au travers des invitations adressées, mais aussi des délibérations communiquées, comme le prévoit la réglementation.

b - Les comptes rendus des réunions

Le compte rendu de la réunion du 4 décembre 2017 ne comporte que peu d'indications précises sur un véritable contrôle au titre de l'année 2016 par la commission mais mentionne simplement que « *sur le volume des actes et leur répartition entre les secteurs publics et privés, la commission acte de la concordance aux exigences réglementaire.* »

Cette rédaction laisse planer un doute sur l'ampleur du contrôle effectué, en comparaison des comptes rendus détaillés des années précédentes, qui évoquaient les cas particuliers de médecins en situation irrégulière.

3 - Les actions de contrôle de l'activité libérale

Pour éviter les dérives et sensibiliser les acteurs à la réglementation, le directeur du CHU a rédigé en février 2018 une note d'information relative aux conditions d'exercice de l'activité libérale à l'intention des praticiens.

a - Le contrôle des contrats et de leur exécution

Tous les contrats sont établis selon un modèle type, révisé en 2017 et qui s'applique uniquement aux nouveaux documents, les anciens demeurant en l'état.

Désormais, les nouveaux contrats contiennent une clause de non-concurrence, qui a été proposée par la commission d'activité libérale et qui retient deux critères : une distance de 10 km et une durée de 9 mois sans pouvoir exercer en secteur privé. Cette clause, directement issue du décret du 11 avril 2017, est conforme à la réglementation.

Pour chacun des contrats, la commission médicale d'établissement a été sollicitée pour donner son avis. Sur les nouveaux contrats, il apparaît bien que l'avis favorable du président de CME et celui du chef de pôle ont été demandés et obtenus. En l'absence de chef de pôle, c'est le chef de service qui a donné son avis.

Pour vérifier le taux d'activité libérale par rapport à l'activité publique, le CHU dispose des relevés d'activité transmis par les praticiens ainsi que des informations saisies dans le système d'information de l'hôpital. Il recoupe ces éléments avec les données du SNIR, transmises chaque année par l'assurance maladie, en retenant une marge de tolérance de 7 % pour des questions de décalage possible dans les dates d'enregistrement des actes. L'établissement affirme que « *tout dépassement des ratios imposés par la réglementation fait l'objet d'un signalement au praticien concerné et la direction des ressources médicales en est informée sans délai.* »

De 2012 à 2015, la commission a pu examiner le cas de quatre médecins dont les modalités d'exercice n'étaient pas conformes aux dispositions réglementaires. Depuis trois ans, de nouveaux manquements n'ont pas été détectés.

b - L'information de la commission d'activité libérale sur les tarifs

Jusqu'à présent, la commission ignore la pratique des médecins en matière tarifaire et n'observe donc pas le degré des dépassements d'honoraires des praticiens qui en font usage. Cependant, dans sa réunion du 4 décembre 2017, elle a proposé de disposer des tarifs par spécialité.

La chambre souligne l'intérêt de cette démarche, qui pourrait permettre d'identifier d'éventuelles pratiques qui s'écarteraient des obligations de tact et mesure en matière tarifaire et de connaître les écarts de tarif avec ceux pratiqués par la concurrence.

c - L'information auprès des patients

Actuellement, la commission d'activité libérale ne s'assure pas de la qualité de l'information donnée aux patients dans les salles d'attente. Un contrôle par la chambre des dispositifs d'affichage qui sont prévus par l'article R. 1111-21 du CSP a révélé que deux praticiens ne respectaient pas complètement cette obligation. La chambre recommande donc au CHU de veiller à la qualité de l'information donnée aux patients.

La chambre invite également l'établissement à inclure une information plus explicite sur l'activité libérale de médecins dans la nouvelle version de son site internet.

d - La comparaison des délais de rendez-vous entre l'activité libérale et l'activité publique

Le CHU indique qu'il ne mesure pas les délais d'obtention de rendez-vous proposés par les praticiens exerçant une activité libérale, et précise que la réglementation ne l'impose pas. En conséquence, il ne lui est pas possible de fournir une analyse comparée des délais entre activité privée et publique.

Néanmoins, constatant l'intérêt de pouvoir procéder à ce type de contrôle, l'établissement a décidé, en commun accord avec le président de la commission, que ces délais seraient dorénavant évalués avant la tenue de la commission. La chambre souligne l'intérêt de cette démarche, car lorsqu'elle a effectué un contrôle auprès de deux médecins sélectionnés au hasard, elle a constaté des écarts de délais très significatifs au détriment de l'activité publique (délai d'attente augmenté de 51 jours ou de 67 jours).

e - L'absence de charte de l'activité libérale

Le décret du 11 avril 2017, qui modifie l'article R. 6154-3-1 du CSP, institue dans chaque établissement la rédaction d'une charte de l'activité libérale. Il appartient donc à chaque hôpital d'élaborer une charte, arrêtée par son directeur sur proposition de la commission de l'activité libérale.

Le directeur n'a pas encore arrêté cette charte car l'ARS, saisie de cette question par la conférence régionale des directeurs d'activité médicale, a décidé, en décembre 2018, d'engager un travail sur l'élaboration d'une trame type à l'attention des établissements normands afin qu'ils se dotent d'un document élaboré de façon collective et cohérent au niveau régional.

La chambre recommande au CHU de participer activement aux travaux d'élaboration de cette charte et de la mettre place dès qu'elle sera validée.

SIGLES ET ACRONYMES

ANAP	Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
ASH	Agent des services hospitaliers
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
BEAH	Bail emphytéotique administratif hospitalier
CAF	Capacité d'autofinancement
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CLCC	Centre de lutte contre le cancer
CHT	Communauté hospitalière de territoire
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
COPERMO	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPS	Carte de professionnel de santé
CRA	Centre de ressources sur l'autisme
CREA	Compte de résultat analytique
CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
CSP	Code de la santé publique
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
DNA	Dotation non affectée
DSEE	Direction des services économiques et de l'équipement
EHPAD	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GHS	Groupe homogène de séjour

GHT	Groupement hospitalier de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
IPDMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
IPP	Identifiant permanent du patient
MCO	Activité de court séjour en médecine, chirurgie et obstétrique
MIGAC	Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
PAAT	Plan d'actions achat territorial
PHARE	Performance hospitalière pour des achats responsables
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMP	Projet médical partagé
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PRS	Projet régional de santé
PSLA	Pôles de santé libéraux ambulatoires
PU-PH	Professeur des universités-praticien hospitalier
RPI	Revue de projet d'investissement
RTC	Retraitement comptable analytique
SNIR	Système national inter régimes
SROS	Schéma régional d'organisation des soins (à compter du PRS-SROS I ; auparavant, il s'agissait du schéma régional d'organisation sanitaire)
SSR	Soins de suite et de réadaptation
T2A	Tarifification à l'activité
UDM	Unité de dialyse médicalisée
URML	Union régionale des médecins libéraux
USLD	Unité de soins de longue durée

ANNEXES

Annexe 1 : Déterminants démographiques, économiques et épidémiologiques .	66
Annexe 2 : Evolution des activités de soins	66
Annexe 3 : Données sur la situation comptable et financière.....	70
Annexe 4 : Commande publique	73
Annexe 5 : Personnel	74
Annexe 6 : Enquête sur les actes et consultations externes	75

Annexe 2 : Evolution des activités de soins**Tableau n° 1 : Parts de marché en MCO (hors séances) des établissements, relatives aux patients résidant sur le territoire de santé du Calvados**

Etablissement ⁽¹⁾	2012		2017		Evolution		
	Séjours	Part de marché	Séjours	Part de marché	Séjours		Part de marché
					Nombre	Taux	
CHU de Caen	54 588	31,2 %	63 161	33,2 %	8 573	15,7 %	2,0 points
CH privé Saint-Martin (Caen)	25 988	14,8 %	28 092	14,8 %	2 104	8,1 %	0,0 point
Polyclinique du Parc (Caen)	19 216	11,0 %	21 556	11,3 %	2 340	12,2 %	0,3 point
CH de Lisieux	14 940	8,5 %	14 692	7,7 %	-248	-1,7 %	-0,8 point
CH de Bayeux ⁽²⁾	10 241	5,8 %	12 584	6,6 %	2 343	22,9 %	0,8 point
CH de Falaise	7 601	4,3 %	6 890	3,6 %	-711	-9,4 %	-0,7 point
CLCC François Baclesse (Caen)	5 511	3,1 %	5 464	2,9 %	-47	-0,9 %	-0,2 point
Polyclinique de Deauville-Cricqueboeuf	4 256	2,4 %	3 470	1,8 %	-786	-18,5 %	-0,6 point
Clinique de la Miséricorde (Caen)	4 219	2,4 %	6 281	3,3 %	2 062	48,9 %	0,9 point
Autres	28 544	16,3 %	27 965	14,8 %	-579	-2,0 %	-1,5 point
Total	175 104	100,0 %	190 155	100,0 %	15 051	8,6 %	

(1) Classement suivant les parts de marché décroissantes en 2012.

(2) y compris le syndicat interhospitalier du Bessin en 2012.

Source : Outil Scan santé de l'ATIH

Tableau n° 2 : Parts de marché en médecine (hors séances) des établissements, relatives aux patients résidant sur le territoire de santé du Calvados

Etablissement ⁽¹⁾	2012		2017		Evolution		
	Séjours	Part de marché	Séjours	Part de marché	Séjours		Part de marché
					Nombre	Taux	
CHU de Caen	34 266	34,7 %	42 739	37,9 %	8 473	24,7 %	3,2 points
CH privé Saint-Martin (Caen)	11 912	12,1 %	14 282	12,7 %	2 370	19,9 %	0,6 point
CH de Lisieux	10 919	11,1 %	10 496	9,3 %	-423	-3,9 %	-1,8 point
Polyclinique du Parc (Caen)	6 845	6,9 %	8 368	7,4 %	1 523	22,2 %	0,5 point
CH de Bayeux ⁽²⁾	6 177	6,3 %	8 393	7,4 %	2 216	35,9 %	1,1 point
CH de Falaise	4 828	4,9 %	4 745	4,2 %	-83	-1,7 %	-0,7 point
CLCC François Baclesse (Caen)	3 607	3,7 %	3 636	3,2 %	29	0,8 %	-0,5 point
CH de Vire	3 546	3,6 %	2 901	2,6 %	-645	-18,2 %	-1,0 point
CH de la Côte-Fleurie	3 204	3,2 %	2 836	2,5 %	-368	-11,5 %	-0,7 point
Autres	13 466	13,6 %	14 442	12,8 %	976	7,2 %	-0,8 point
Total	98 770	100,0 %	112 838	100,0 %	14 068	14,2 %	

(1) Classement suivant les parts de marché décroissantes en 2012.

(2) y compris le syndicat interhospitalier du Bessin en 2012.

Source : Outil Scan santé de l'ATIH

Tableau n° 3 : Parts de marché en chirurgie (hors séances) des établissements, relatives aux patients résidant sur le territoire de santé du Calvados

Etablissement ⁽¹⁾	2012		2017		Evolution		
	Séjours	Part de marché	Séjours	Part de marché	Séjours		Part de marché
					Nombre	Taux	
CHU de Caen	15 320	23,9 %	15 607	23,2 %	287	1,9 %	-0,7 point
CH privé Saint-Martin (Caen)	14 073	22,0 %	13 810	20,6 %	-263	-1,9 %	-1,4 point
Polyclinique du Parc (Caen)	9 783	15,3 %	10 971	16,3 %	1 188	12,1 %	1,0 point
Clinique Notre-Dame (Vire)	3 147	4,9 %	2 954	4,4 %	-193	-6,1 %	-0,5 point
CH de Bayeux ⁽²⁾	3 074	4,8 %	3 376	5,0 %	302	9,8 %	0,2 point
Polyclinique de Deauville-Cricqueboeuf	3 016	4,7 %	2 410	3,6 %	-606	-20,1 %	-1,1 point
CH de Lisieux	2 656	4,1 %	2 957	4,4 %	301	11,3 %	0,3 point
CH de Falaise	2 210	3,4 %	2 107	3,1 %	-103	-4,7 %	-0,3 point
Polyclinique de Lisieux	2 194	3,4 %	3 320	4,9 %	1 126	51,3 %	1,5 point
Autres	8 596	13,4 %	9 615	14,5 %	1 019	11,9 %	1,1 point
Total	64 069	100,0 %	67 127	100,0 %	3 058	4,8 %	

(1) Classement suivant les parts de marché décroissantes en 2012.

(2) y compris le syndicat interhospitalier du Bessin en 2012.

Source : Outil Scan santé de l'ATIH

Tableau n° 4 : Parts de marché en obstétrique (hors séances) des établissements, relatives aux patients résidant sur le territoire de santé du Calvados

Etablissement ⁽¹⁾	2012		2017		Evolution		
	Séjours	Part de marché	Séjours	Part de marché	Séjours		Part de marché
					Nombre	Taux	
CHU de Caen	5 002	40,8 %	4 815	47,3 %	-187	-3,7 %	6,5 points
Polyclinique du Parc (Caen)	2 588	21,1 %	2 217	21,8 %	-371	-14,3 %	0,7 point
CH de Lisieux	1 365	11,1 %	1 239	12,2 %	-126	-9,2 %	1,1 point
CH de Bayeux ⁽²⁾	990	8,1 %	815	8,0 %	-175	-17,7 %	-0,1 point
CH de Falaise	563	4,6 %	38	0,4 %	-525	-93,3 %	-4,2 points
CH de la Côte-Fleurie	544	4,4 %	49	0,5 %	-495	-91,0 %	-3,9 points
CH de Vire	347	2,8 %	0	0,0 %	-347	-100,0 %	-2,8 points
CH de Flers	270	2,2 %	285	2,8 %	15	5,6 %	0,6 point
Hôpital mémorial de Saint-Lô	254	2,1 %	260	2,6 %	6	2,4 %	0,5 point
Autres	342	2,8 %	472	4,4 %	130	38,0 %	1,6 point
Total	12 265	100,0 %	10 190	100,0 %	-2 075	-16,9 %	

(1) Classement suivant les parts de marché décroissantes en 2012.

(2) y compris le syndicat interhospitalier du Bessin en 2012.

Source : Outil Scan santé de l'ATIH

Tableau n° 5 : Indicateurs de performance en chirurgie ambulatoire

Indicateurs	CHU de Caen					National 2017		Région 2017		CHR 2017	
	2013	2014	2015	2016	2017	2e décile	8e décile	2e décile	8e décile	2e décile	8e décile
Indicateur composite	31,0	33,6	34,1	37,1	36,1	16,3	33,0	14,7	31,9	14,5	33,7
Volume ambulatoire	5 757	6 345	6 523	7 152	6 953	1 188	5 463	1 090	4 817	1 114	5 951
Indice d'organisation	0,86	0,88	0,87	0,90	0,89	0,91	1,08	0,89	1,05	0,81	1,01
Volume ambulatoire innovant	222	293	263	231	227	19	129	10	125	28	225

Source : Scan santé de l'ATIH

Tableau n° 6 : Analyse des types de séjour et de leur modalité d'entrée au CHU de Caen

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Séjours de type « recours et référence »	5,4 %	5,2 %	5,1 %	5,0 %	5,0 %	5,1 %
Séjours avec entrées en provenance des urgences	39,6 %	39,4 %	41,0 %	40,2 %	39,6 %	41,9 %

Source : Outil Hospidiag, indicateurs A8 et A12

Tableau n° 7 : Evolution des capacités en lits et places du CHU entre 2012 et 2017

Capacités au 31 décembre		2012	2013	2014	2015	2016	2017
Médecine	Nombre de lits	678	691	691	658	663	660
	Nombre de places	72	101	70	91	109	120
Chirurgie	Nombre de lits	365	352	356	344	335	341
	Nombre de places	16	31	31	31	31	29
Obstétrique	Nombre de lits	103	97	80	80	80	80
	Nombre de places	19	6	6	6	2	2
Sous-total MCO	Nombre de lits	1 146	1 140	1 127	1 082	1 078	1 081
	Nombre de places	107	138	107	128	142	151
Psychiatrie	Nombre de lits	63	63	63	63	63	63
	Nombre de places	20	20	20	20	20	20
SSR	Nombre de lits	17	17	17	17	0	0
	Nombre de places	0	0	0	0	0	3
USLD : Nombre de lits		100	100	100	100	100	100
EHPAD : Nombre de lits		160	160	160	160	160	160
Sous-total long séjour		260	260	260	260	260	260
HAD : Nombre de places		17	5	5	5	5	5
Sous-total en lits		1 486	1 480	1 467	1 422	1 401	1 404
Sous-total en places		144	163	132	153	167	179
Capacité totale		1 630	1 643	1 599	1 575	1 568	1 583

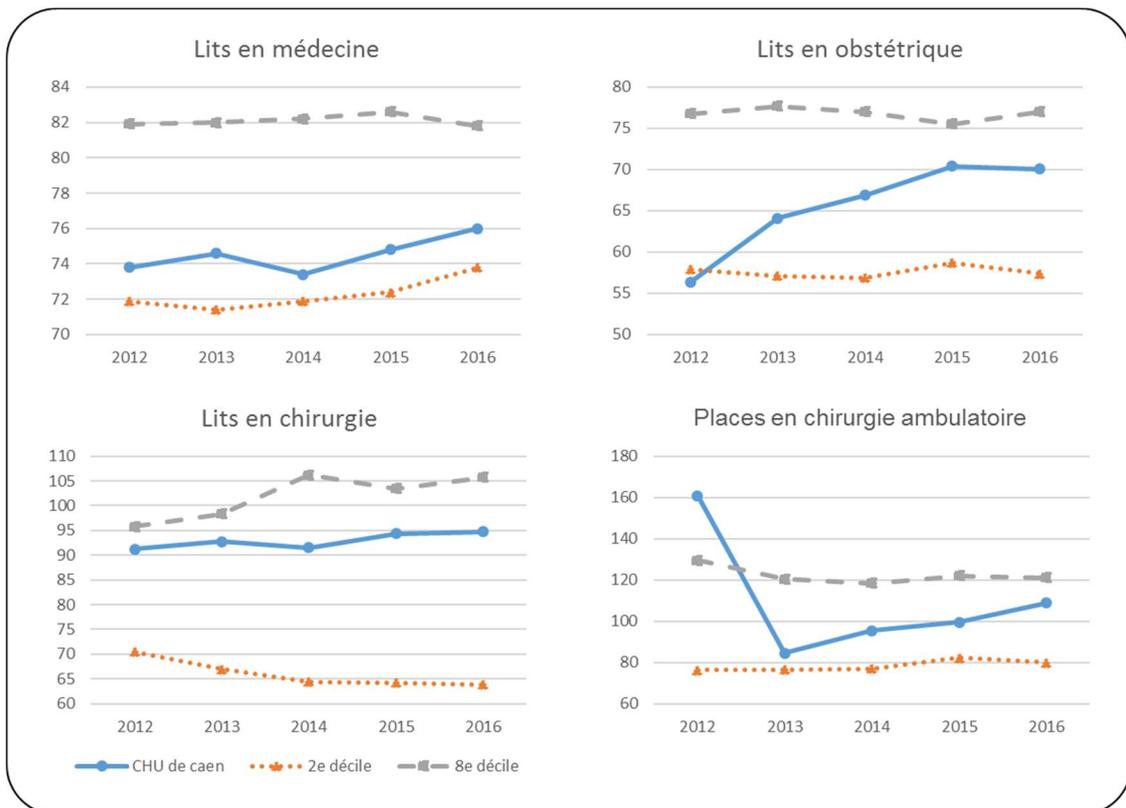
Source : Données du CHU de Caen

Tableau n° 8 : Taux d'occupation sur la période 2012 à 2016 comparés avec la cible 2017

Activité	Réalizations du CHU de Caen					Cible 2017	Variation 2016/2012	Ecart 2016 /cible 2017
	2012	2013	2014	2015	2016			
Lits de médecine	73,8	74,6	73,4	74,8	76,0	85	2,2 points	-9,0 points
Lits de chirurgie	91,2	92,7	91,5	94,4	94,7	95	3,5 points	-0,3 point
Lits d'obstétrique	56,4	64,1	66,9	70,4	70,1	80	13,7 points	-9,9 points
Places de chirurgie ambulatoire	160,9	84,6	95,3	99,4	108,8	n/a	-52,1 points	n/a

Source : Pour les réalisations : Hospidiag, indicateurs A13, A14, A15 et P14. Pour la cible 2017 : CPOM 2013-2018

Graphique n° 1 : Taux d'occupation sur la période 2012 à 2016 comparés avec ceux du groupe des établissements réalisant le même volume d'activité que le CHU de Caen



Source : Hospidiag, indicateurs A13, A14, A15 et P14 avec comparaison selon la typologie d'établissement

Tableau n° 9 : IPDMS sur la période 2012 à 2017 comparés avec la cible 2017

Activité	Réalizations du CHU de Caen						Cible 2017	Variation 2017/2012	Ecart / cible
	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
Médecine	1,02	1,02	0,96	0,98	0,93	0,94	0,96	-8 points	-2 points
Chirurgie	0,98	0,97	0,96	1,01	0,97	0,98	0,96	0 point	2 points
Obstétrique	1,13	1,14	1,13	1,10	1,10	1,13	<1	0 point	> 13 points

Source : Pour les réalisations : Hospidiag, indicateurs P1, P2 et P3. Pour la cible 2017 : CPOM 2013-2018

Annexe 3 : Données sur la situation comptable et financière

Tableau n° 1 : Montants des corrections effectuées sur le haut de bilan dans le cadre de la fiabilisation des comptes, puis de leur certification

Montants en milliers d'€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Apports	-13 431		-2 306			
Excédents affectés à l'investissement	237	-75	-2 380	-1 741	-764	4 953
Subventions d'investissement	4 843	3	119	-39	-1 152	-49
Emprunts	102 747					
Amortissements	9 196		11 003	1 689	-45 430	1 774
Dépréciations						
Réserve de trésorerie						
Réserve de compensation						
Report à nouveau excédentaire	973		-53	-7	-12	-13
Report à nouveau déficitaire	10 572	-3 256	-3 797	-1 688	310	-6 665
Résultat comptable			-5 388			
Provisions réglementées	15 245			-619	-1 282	
Provisions pour risques et charges	-15 563	3 253	-781	-670	600	
Autres dépréciations						
Total des ressources stables	114 819	-75	-3 583	-3 075	-47 730	0
Actif immobilisé	114 819	-75	-8 015		-47 776	
Créance article 58						
Total des emplois stables	114 819	-75	-8 015	0	-47 776	0
Fonds de roulement	0	0	4 432	-3 075	46	0

Source : Comptes financiers du CHU de Caen

Tableau n° 2 : Résultats présentés par le CHU

Montants en milliers d'€	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Taux de marge brute hors aides	4,2 %	5,3 %	6,7 %	5,7 %	6,6 %	6,5 %
Résultat net	10 237	40 119	14 797	5 640	6 875	7 415
Résultat hors aides	-13 526	-8 131	-5 203	-6 993	-125	1 351

Source : Comptes financiers du CHU de Caen

Tableau n° 3 : Tableau de financement

Montants en milliers d'€		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Ressources	CAF	36 387	74 210	43 915	31 394	33 078	27 753	246 736
	Emprunts	107 247	13 750	468	0	25 100	30 000	176 565
	Dotations et subventions	18 026	6 430	492	18 726	8 944	7 395	60 013
	Autres ressources	353	1 853	10 918	3 552	703	1 459	18 838
	Total des ressources	162 013	96 243	55 792	53 672	67 825	66 607	502 152
Emplois	Remboursement des emprunts	19 679	20 407	21 627	20 102	17 646	19 815	119 277
	Immobilisations	124 439	21 606	32 554	36 838	29 151	22 515	267 104
	Autres emplois	6 169	1	3	3 080	2	2	9 257
	Total des emplois	150 287	42 014	54 184	60 020	46 800	42 333	395 637
Variation du FDR		11 726	54 229	1 608	-6 348	21 025	24 274	106 515

NB : Les opérations de fiabilisation sont intégrées (exemple : part investissement du BEH).

Source : Comptes financiers du CHU de Caen

Tableau n° 4 : Investissements réalisés

Montants en milliers d'€		2012	2013	2014	2015	2016	2017	Total
Renouvellement courant et modernisation	Biomédical	5 729	5 749	4 630	5 151	7 802	7 500	36 561
	Système d'information	3 973	2 831	3 076	2 379	2 008	3 178	17 445
	Equipement hôtelier	1 028	1 162	939	1 180	1 057	1 328	6 694
	Travaux	1 656	2 611	6 501	7 967	6 973	7 883	33 591
	Sous-total	12 386	12 353	15 146	16 677	17 840	19 889	94 291
Travaux obligatoires de sécurité	Amiante	2 677	1 842	8 575	5 510	1 876	95	20 575
	Sécurité incendie	4 054	6 083	4 793	6 867	2 782	770	25 349
	Sous-total	6 731	7 925	13 368	12 377	4 658	865	45 924
Mise aux normes des installations	Plan d'urgence	164	244	3 582	5 740	3 300	1 527	14 557
	Gros entretien renouvellemen	0	1 066	270	603	717	1 316	3 972
	Blocs	0	18	87	937	2 442	1 147	4 631
	Sous-total	164	1 328	3 939	7 280	6 459	3 990	23 160
Total		19 281	21 606	32 453	36 334	28 957	24 744	163 375

Source : Comptes financiers du CHU de Caen

Tableau n° 5 : Niveau d'endettement et frais financiers associés

Montants en milliers d'€		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nouveaux emprunts		XXXXX	4 500	13 750	0	0	25 100	30 000
Capital restant dû au 31/12	Emprunts hors BEH	135 146	123 728	120 975	103 570	87 001	97 817	111 538
	BEH	0	98 985	95 082	91 010	87 795	84 432	80 896
	Total	135 146	222 713	216 057	194 580	174 796	182 249	192 434
Remboursement annuel en capital	Emprunts hors BEH	XXXXX	15 917	16 504	17 405	16 569	14 284	16 279
	BEH	XXXXX	3 762	3 903	4 072	3 533	3 363	3 536
	Total	XXXXX	19 679	20 407	21 477	20 102	17 646	19 815
Frais financiers	Emprunts hors BEH	XXXXX	4 268	3 737	3 835	3 027	2 500	2 398
	BEH	XXXXX	4 646	4 505	4 364	4 903	5 073	4 900
	Court terme	XXXXX	580	370	0	0	0	0
	Total	XXXXX	9 494	8 612	8 199	7 930	7 573	7 298
Capacité de désendettement en années		XXXXX	6,1	2,9	4,4	5,6	5,5	6,9
Ratio d'indépendance financière		XXXXX	90,1 %	82,0 %	73,1 %	63,8 %	63,0 %	63,7 %
Poids de la dette rapporté aux produits		XXXXX	45,0 %	39,5 %	37,0 %	33,3 %	34,1 %	35,1 %

Source : Comptes financiers du CHU de Caen

Annexe 4 : Commande publique

Tableau n° 1 : Les leviers de l'achat :

- **Action de progrès** : l'action vise à optimiser l'usage d'un marché ou à encourager des comportements.
- **Action logistique** : l'action consiste à optimiser ses montants/nombre de commande, son nombre de points de livraison, le cadencement des commandes en négociant avec les fournisseurs des remises supplémentaires, mais aussi à passer ses commandes par EDI, à optimiser ses circuits de livraison interne.
- **Action sur un marché** : sans passer par la mutualisation, l'action consiste à agir sur le marché en le relançant ou en le résiliant au moment opportun ; ou en agissant sur le contenu du DCE (ajout et/ou suppression de clauses).
- **Action sur les prix** : l'action consiste à négocier avec le fournisseur le prix unitaire d'un produit, voire à obtenir la gratuité de certains produits.
- **Levier financier** : l'action consiste à générer des gains en procédant à des escomptes, à agir sur les délais de paiement, à optimiser les solutions de financement de matériels ou services.
- **Juste besoin** : l'action consiste pour l'acheteur à dialoguer avec le prescripteur pour que ce dernier exprime son besoin en termes fonctionnels et de performance.
- **Massification des volumes d'achat** : réduction du nombre des contrats (regroupement), extension du périmètre contractuel, allongement des durées de contrat.
- **Optimisation de la segmentation** : allotissement. Levier utilisé pour optimiser le niveau de compétition en visant une meilleure adéquation entre segments et offre industrielle.
- **Optimisation des stocks** : l'action consiste à réduire ou adapter les stocks en fonction du besoin réel actuel. Les gains pourront être réalisés sur les coûts de stocks et de stockage.
- **Standardisation** : l'action vise à mettre en place une référence unique afin de massifier et simplifier l'achat.
- **Substitution** : l'action consiste à remplacer une référence par une autre moins coûteuse mais qualitativement équivalente.

Source : CHU de Caen

Annexe 5 : Personnel**Tableau n° 1 : Les taux d'absentéisme par pôle et service**

Pôles et services	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Biologie et pharmacie	6,05	5,78	5,01	5,17	6,26	6,58
Chirurgie	5,94	6,7	7,42	8,29	6,76	7,94
Ecoles	2,34	3,88	2,55	6,99	6,61	4,96
Femme-enfant	7,25	7,58	7,27	7,83	7,46	7,03
Imagerie médicale	5,55	4,68	6,31	4,97	3,55	4,47
Médecine de spécialité et SSR	6,99	6,78	7,28	8,14	9,23	9,25
Médecine d'organes et cancérologie	6,76	6,71	9,71	18,91	20,19	7,29
Neuro-cardio sciences et urgences		7,16	6,7	6,33	7,17	886
Réanimation - anesthésie SAMU-SMUR	6,77	5,41	6,8	6,97	5,74	6,86
Recherche	3,66	2,05	3,53	4,33	4,55	2,35
Santé mentale	4,41	6,05	4,12	5,49	6,48	8,96
Services administratifs	4,69	4,38	4,97	5,03	5,07	5,25
Services support	8,23	10,29	9,64	8,85	7,93	8,98
Total	6,26	6,37	6,54	6,89	6,6	7,14

Source : Bilans sociaux du CHU de Caen

Tableau n° 2 : Ecart entre les prévisions et les réalisations pour les charges de personnel

Exercices	EPRD initial	Réalisations	Ecart	En % de l'EPRD
2012	292 374 930 €	293 219 962 €	845 032 €	0,3 %
2013	298 963 139 €	300 426 502 €	1 463 363 €	0,5 %
2014	304 508 426 €	303 445 987 €	-1 062 439 €	-0,3 %
2015	307 202 369 €	305 779 486 €	-1 422 883 €	-0,5 %
2016	307 351 727 €	309 859 925 €	2 508 198 €	0,8 %
2017	311 169 884 €	315 353 526 €	4 183 642 €	1,3 %

Source : Comptes financiers 2012-2017

Annexe 6 : Enquête sur les actes et consultations externes**Tableau n° 1 : Activité libérale**

	2013	2014	2015	2016	2017
Total exerçant une activité libérale	10	11	13	13	20
dont activité externe libérale	9	10	12	12	17
Taux d'activité externe libérale	90 %	91 %	92 %	92 %	85 %
dont hospitalo-universitaire	8	8	7	7	11
Taux d'hospitalo-universitaire	80 %	73 %	54 %	54 %	55 %
dont gestion par le CHU	4	4	6	6	8
Taux de gestion par le CHU	40 %	36 %	46 %	46 %	40 %
Nombre de consultations privées	4 240	4 377	4 980	5 046	
Nombre de consultations publiques	9 023	10 341	11 336	11 071	
Taux d'activité libérale	32 %	30 %	31 %	31 %	
Honoraires perçus par les médecins	250 863	272 787	289 046	302 525	
Redevance versée au CHU	40 138	43 646	46 247	48 404	
Nombre d'actes privés	1 356	2 054	2 758	2 836	
Nombre d'actes publics	6 749	8 521	8 873	8 211	
Taux d'activité libérale	17 %	19 %	24 %	26 %	
Honoraires perçus par les médecins	485 136	621 539	922 464	1 007 750	
Redevance versée au CHU	227 172	271 673	404 758	452 156	

Source : CHU de Caen avec calculs et mise en forme par la CRC Normandie