Chambre régionale des comptes
du Nord-Pas-de-Calais

Date d'envoi à fin de notification : 12/05/2010
Date de communicabilité : 29/06/2010

ROD.0458

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

- Centre hospitalier régional universitaire de Lille -

(Département du Nord)

SUIVI, LE CAS ECHEANT, DE LA REPONSE DE L'ORDONNATEUR ET DE LA PRESIDENTE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

14, rue du Marché au Filé - 62012 Arras cedex Téléphone : 03.21.50.75.00 Télécopie : 03.21.24.24.79

SOMMAIRE

I. PROCEDURE 7

II. OBSERVATIONS DEFINITIVES 7

I - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT 7

A - LE PROGRAMME CAPACITAIRE ET LA PLATEFORME BIOMEDICALE DU CHRU DE LILLE 8

B - EVOLUTION DE L'ACTIVITE MCO ET POSITIONNEMENT DU CHRU DANS LE RESEAU DES SOINS 9

1 - Les chiffres clés de l'activité MCO 9

2 - L'activité MCO et son évolution 9

3 - Le positionnement du CHRU dans la production de soins 12

C - LES MISSIONS D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE 14

D - ANALYSE GLOBALE DES FORCES ET FAIBLESSES DU CHRU 15

E - UTILISATION DE LA COMPTABILITE ANALYTIQUE POUR LA DETERMINATION DES RESULTATS DES POLES ET VISION GLOBALE DE LA PRODUCTIVITE MCO 16

1 - Méthodologie de la comptabilité analytique 16

2 - Les résultats par pôles 17

3 - La productivité globale MCO 17

II - LA GOUVERNANCE ET L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION 18

A - LES INSTANCES ET COMMISSIONS 18

B - LA DIRECTION 19

C - L'ORGANISATION EN POLES ET LEUR FONCTIONNEMENT 19

D - LE FONCTIONNEMENT D'ENSEMBLE 23

E - L'ACCOMPAGNEMENT DES DECIDEURS : L'EVOLUTION DES FONCTIONS SUPPORTS ET DES PROCESSUS 23

1 - Les fonctions achats et approvisionnements 23

2 - L'organisation des bureaux des entrées et des accueils médico-administratifs (AMA) 24

3 - L'évolution du processus de sélection et de mise en œuvre des investissements 25

4 - L'organisation du contrôle de gestion et la diffusion de la culture de gestion 25

III - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES 26

A - LA GESTION DES EFFECTIFS 26

1 - La problématique du temps passé à la recherche et l'enseignement 26

2 - La « photographie » des effectifs 26

3 - Analyse de l'évolution du personnel médical 27

4 - Analyse des effectifs non médicaux 29

B - L'ORGANISATION DU TEMPS DE TRAVAIL 35

1 - Les cadres de fonctionnement 35

2 - La durée et la planification du temps de travail : durée du temps de travail, travail à temps partiel, informatisation du temps médical 36

C - LA REDUCTION DE L'ABSENTEISME 38

D - LES GARDES ET ASTREINTES 39

E - LA GESTION DES REMPLACEMENTS 42

F - LA GESTION PREVISIONNELLE DES EMPLOIS ET DES COMPETENCES 43

1 - Le schéma directeur pour l'emploi 43

2 - La politique de motivation du personnel 44

IV - L'ORGANISATION DES SOINS 45

A - L'ADEQUATION DES RESSOURCES PHYSIQUES A L'ACTIVITE (APPROCHE QUANTITATIVE) 45
1 - La cohérence des locaux 45
2 - La gestion des lits, les goulets d'étranglement et les alternatives à l'hospitalisation 46
3 - L'efficience des services médico-techniques 48
4 - Etude ciblée de certains pôles et services cliniques 53

B - LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT (APPROCHE QUALITATIVE) 55
1 - La démarche d'accréditation 55
2 - Les principales réponses apportées par l'établissement 56

V - LA FIABILITE DES COMPTES ET LE NIVEAU DES RESULTATS DE FONCTIONNEMENT DU BUDGET H 58

A - LES REPORTS DE CHARGES 58

B - LE RATTACHEMENT DES PRODUITS EN 2007 ET EN 2008 59

C - LES PROVISIONS 60
1 - La provision pour dépréciation des comptes de tiers 60
2 - La provision pour compte épargne temps (CET) et heures supplémentaires 62
3 - La provision pour risques de litiges 63

D - LES AUTRES POINTS DE CONTROLE 64
1 - Les flux entre les budgets annexes et le budget principal 64
2 - La comptabilisation des stocks 65

E - CONCLUSION SUR LA FIABILITE DES COMPTES, SUR LES CORRECTIONS A FAIRE POUR L'ANALYSE FINANCIERE AINSI QUE SUR LE NIVEAU DU RESULTAT DE FONCTIONNEMENT 65

VI - LA SITUATION FINANCIERE AU 31 DECEMBRE 2008 66

A - ANALYSE DU RESULTAT DE FONCTIONNEMENT 66
1 - Le budget H (activité principale): évolution des résultats de fonctionnement 66
2 - Le budget consolidé : évolution des résultats de fonctionnement sur la période 2005 à 2008 75

B - ANALYSE DE LA CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT, DU TABLEAU DE FINANCEMENT, DE LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT ET DE LA DETTE FINANCIERE 76
1 - Analyse de la capacité d'autofinancement 76
2 - L'équilibre du tableau de financement, l'analyse des investissements et de la dette financière 77

C - ANALYSE DE LA STRUCTURE DU BILAN 82
1 - L'équilibre du bilan : le fonds de roulement net global (FRNG), le besoin en fonds de roulement (BFR), la trésorerie 82
2 - Conclusion sur la structure du bilan au 31 décembre 2008 85

VII - LES RELATIONS AVEC L'ARH 85

A - LES CPOM ET LEURS AVENANTS 85

B - LE PREMIER CONTRAT DE PROGRES : DES PREVISIONS PERFECTIBLES DANS UN ENVIRONNEMENT CHANGEANT MAIS DES EFFORTS DE GESTION REALISES 87

C - LE CONTRAT DE RETOUR A L'EQUILIBRE FINANCIER (CREF) ET LES PROJECTIONS FINANCIERES 89

VIII - LES PROJECTIONS FINANCIERES POUR 2009 91

A - LE CHOIX DE L'HOPITAL SUR LE « PROJET SUD » 91

B - LE « PREMIER » EPRD 2009 91
1 - Le financement de l'activité : des conditions a priori plus favorables 91
2 - Les chiffres de l'EPRD 2009 93

IX - CONCLUSION SUR LES PERSPECTIVES DE RETOUR A L'EQUILIBRE DU BUDGET H EN 2010, LA SITUATION FINANCIERE DU CHRU ET LES MESURES PROPOSEES PAR LA CHAMBRE 95

A - LA PERSPECTIVE DU RETOUR A L'EQUILIBRE EN 2010 DU BUDGET H 95

B - CONCLUSION SUR LA SITUATION FINANCIERE DU CHRU ET SUR LES MESURES DE REDRESSEMENT A PRENDRE 96

1 - Conclusion sur la situation financière du CHRU 96

2 - Les recommandations de la chambre pour le retour à l'équilibre 97

ANNEXE 1 – L'EFFICIENCE DES FONCTIONS SUPPORTS 103

ANNEXE 2 – LES RESULTATS 2008 DES POLES 104

ANNEXE 3 – SITUATION FINANCIERE 105

Résumé

Seul établissement hospitalo-universitaire de la région Nord- Pas de Calais, le CHRU de Lille dessert 1,5 million d'habitants vivant dans le bassin de vie de Lille-métropole et emploie près de 14 000 personnes. Il se situe parmi les quelques CHU « forts chercheurs ». Dans un contexte de pénurie de médecins, il s'est engagé à la fin des années 90 dans une politique active de gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales. Doté d'une plate-forme biomédicale et d'équipements de pointe, premier établissement public de la région en termes de séjours, le CHRU a une activité en soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) qui évolue depuis 2000 sur une tendance nettement à la hausse et particulièrement en 2008 (+ 4,7 % en nombre de séjours). Sa part de marché se maintient autour de 10,5 % de la production de soins MCO de la région. Il est, en règle générale, l'établissement le plus choisi par les habitants de la métropole lilloise et le principal établissement de recours. L'augmentation sensible de l'activité conjuguée à une offre de lits en légère croissance, a ainsi conduit à une nette amélioration, ces dernières années, du taux d'occupation MCO. L'indice de performance de la durée moyenne de séjour (DMS) en MCO reste globalement satisfaisant bien que l'établissement traite des cas sensiblement plus graves et « coûteux » que la moyenne des CHU. Le poids net des urgences et des consultations est aussi sensiblement plus important.

Issus d'une réflexion stratégique, le pilotage du CHRU de Lille a visé une meilleure valorisation des spécificités. Celle-ci repose sur l'élaboration d'un modèle MERRI (missions d'enseignement, de recherche, de recours et d'innovation), la recherche de partenariats pour l'utilisation des plateaux techniques et de « clients » pour les activités subsidiaires, l'adaptation des filières régionales, etc. Ces efforts se conjuguent avec le processus de contractualisation interne. Des objectifs fixent la contribution des pôles au retour à l'équilibre financier de l'hôpital. Celui-ci a intégré en 2008 le référentiel national des coûts (ENC) et sait identifier, selon ces nouvelles règles, ses pôles excédentaires et déficitaires. Par contre, il lui reste à répartir sur une base réelle le temps passé entre ses différentes missions de recherche, d'enseignement et de soins, cette démarche étant en cours.

Entre 2003 et 2008, les effectifs se sont accrus, en moyenne, d'un plus de 2 % par an. Les différentiels entre les entrées et sorties sur emplois permanents du personnel non médical deviennent négatifs pour la première fois en 2007, traduisant une politique caractérisée, en particulier, par une stabilité des recrutements. Début 2008, les 9 442 ETP (effectifs en équivalents temps plein) du personnel non médical se répartissaient pour 80,5 % sur les « activités » et pour 19,5 % sur les fonctions « supports ». Ces effectifs « supports » sont restés quasiment stables sur les quatre dernières années (- 0,9 %) et le CHRU a cherché à en accroître l'efficience avec des résultats inégaux. Si le « fonds pour l'emploi » a eu le mérite d'être un instrument original, pédagogique en ce qui concerne la lisibilité des « gains » en ETP induits par les démarches de réorganisation, ses résultats sont peu visibles en ce qui concerne la maîtrise de la masse salariale. L'orientation actuelle semble amorcer une tendance plus marquée vers une diminution des effectifs en termes nets. Dans les cinq ans à venir (2009-2013) près d'un quart des effectifs « supports » vont partir à la retraite. Il devrait en découler des marges de manœuvre qu'il faudrait évaluer, ce qui implique une connaissance approfondie des besoins résultant de l'achèvement du schéma directeur pour l'emploi. Des efforts ont été faits pour réorganiser et réduire le coût des gardes et astreintes, mais il reste encore des marges de progrès significatives, par exemple sur la réduction de l'absentéisme.

Le centre de biologie-pathologie constitue aujourd'hui le plus grand laboratoire de biologie hospitalière de France. Le coût total du projet a été de 44 M€ ; celui-ci a bénéficié d'une aide globale du plan « Hôpital 2007» de 16,8 M€. Les objectifs de ce regroupement étaient, par une centralisation améliorant le système d'information, de limiter le nombre de prélèvements effectués, de participer à la maîtrise des coûts et de contribuer à la structuration et au

développement d'un pôle régional consacré à la biologie spécialisée. Le centre n'a pas eu jusqu'à présent d'impact favorable sur le coût du B (analyse de biologie médicale) et les démarches auprès des centres hospitaliers pour obtenir des analyses « externes » prévues dans les calculs de « retour sur investissement » ont donné jusqu'à présent des résultats limités.

Le taux de performance, constaté en octobre 2007, est de 77,5 % pour les blocs opératoires. L'ensemble des blocs qui avaient en 2007 un taux de performance inférieur à 80 % devront avoir atteint cette cible d'ici à 2010.

En avril 2008, une direction déléguée à la qualité et à la sécurité des soins a été créée et l'organisation de la qualité impliquant de nombreux acteurs et instances a été formalisée. Le CHRU de Lille a mis en place diverses mesures en vue d'informer le patient et de répondre à l'obligation de suivi et d'évaluation de la prise en compte de sa satisfaction notamment sur ses conditions d'accueil et de séjour.

La situation financière de l'établissement, qui s'était dégradée dans les années précédentes, s'est améliorée sensiblement en 2008, à la fois du fait d'un régime de financement plus adapté et des efforts de gestion réalisés, notamment dans le cadre des deux contrats de progrès. La situation, plus favorable, de 2008 semble confirmer que le CHRU, dans un contexte de croissance d'activité, a été gagnant avec le passage à la T2A à 100 %. Pour autant, l'équilibre du budget H, qui semble possible en 2010 (avec la réserve d'un niveau adéquat de provisions), ne suffira pas à lever les hypothèques sur la situation financière. Le CHRU se trouve, en effet, face au projet d'investissement « Sud », de très grande ampleur, à partir de 2010. Pour y faire face, en sus de l'aide qui devrait être apportée dans le cadre d'« Hôpital 2012 », la capacité d'autofinancement devra impérativement progresser de manière importante dans les années futures.

Le constat d'une trésorerie fortement négative, conjuguée au fort niveau d'endettement déjà atteint et à un important besoin de fonds de roulement, est d'autant plus inquiétant.

Pour assainir de manière pérenne la situation financière, la chambre recommande de continuer les efforts entrepris et de les compléter par des mesures nouvelles dans le domaine de l'organisation du contrôle de gestion et du suivi des effectifs, de la valorisation des activités, de l'optimisation des fonctions supports, de la maîtrise des consommations externes à caractère médical ou général et hôtelier, du stock de produits généraux et hôteliers, de la gestion des investissements, de la dette financière et de la trésorerie, de l'amélioration de la facturation et du recouvrement. La masse salariale devra être contenue par des efforts de rationalisation. Il est notamment essentiel de planifier les recrutements sur la base d'un schéma directeur pour l'emploi et de prendre des mesures d'économies comme, par exemple, la suppression du lundi de braderie. La réduction de l'absentéisme doit également être à l'ordre du jour.

Une meilleure planification des activités, permise par les nouveaux outils informatiques, devrait aussi contribuer à cet objectif.

I. PROCEDURE

L'examen de la gestion du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille a porté sur la période courant à partir du 1er janvier 2003. Le contrôle s'est inscrit, notamment, dans le cadre de l'enquête de la Cour des comptes sur la situation financière des établissements publics de santé (EPS). L'entretien préalable avec l'ordonnateur, prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, s'est déroulé le 11 mars 2009.

Lors de ses séances du 18 mai 2009 et du 11 juin 2009, la chambre, a formulé des observations provisoires qui ont été communiquées à l'ordonnateur par un courrier du président daté du 5 août 2009, notifié le 7 août 2009.

Le directeur général du CHRU disposait d'un délai de deux mois pour apporter une réponse écrite, et/ou demander à être entendu par la chambre. Il a répondu dans les délais requis, par courrier du 5 octobre 2009, enregistré au greffe le 6 octobre 2009.

Suite à cette réponse, la chambre a, lors de sa séance du 16 février 2010, arrêté les observations définitives suivantes.

II. OBSERVATIONS DEFINITIVES

Après avoir présenté le CHRU (I), son organisation (II), la gestion des ressources humaines (III), l'organisation des soins (IV), la chambre s'est attachée à examiner la fiabilité des comptes (V), à effectuer une analyse financière (VI), à analyser les résultats des deux contrats de progrès (VII), les projections effectuées pour 2009 (VIII), avant de conclure sur la situation financière et sur des recommandations (IX).

I - PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT

Seul établissement hospitalo-universitaire de la région Nord - Pas-de-Calais (4 millions d'habitants) dont le contexte épidémiologique est nettement défavorable[1], le CHRU de Lille est composé de différentes structures de dimensions variées, réparties en onze établissements physiques, localisés sur trois sites. Neuf établissements sont implantés dans le parc d'activités Eurasanté de Lille-Loos (3ème pôle « Santé » de France). L'établissement dessert le million et demi d'habitants du bassin de vie de Lille-métropole. Il employait, au 31 décembre 2008, 13 789 personnes, toutes spécialités confondues, ce qui faisait de lui le premier employeur de la région, à peu près à égalité avec le conseil général du Nord.

[1] Cette situation s'explique en partie par un contexte économique et social plus difficile que la moyenne nationale (conduites liées à la précarité exposant davantage aux risques). Le Nord-Pas-de-Calais est notamment l'une des régions les plus touchées par le cancer et l'alcoolisme. La région comporte une part plus importante de médecins généralistes que de spécialistes, contrairement à la France métropolitaine, mais la densité de médecins généralistes reste légèrement en deçà de la moyenne nationale. Les médecins spécialistes, pas assez nombreux, sont plus fréquemment salariés hospitaliers. Les déficits en spécialistes les plus marqués concernent notamment la psychiatrie, la médecine interne, l'ophtalmologie, l'oto-rhino-laryngologie, la santé publique et la médecine du travail, la rhumatologie, la stomatologie, la dermatologie. La situation de la réanimation est particulièrement inquiétante (63 lits par million d'habitants au lieu de 97 lits en moyenne nationale) et devrait, à court terme, faire l'objet d'un plan spécifique de soutien.

A - Le programme capacitaire et la plateforme biomédicale du CHRU de Lille

Le CHRU propose une offre de soins en court et long séjour, en soins de suite et en hospitalisation à domicile (HAD) permettant une prise en charge multidisciplinaire. Les principales évolutions du programme capacitaire pour les années 2005-2008 ont résidé dans le développement des alternatives à l'hospitalisation (en médecine et en chirurgie pour les activités ambulatoires et à domicile) mais aussi dans l'augmentation du nombre de lits de soins de suite ou de réadaptation (notamment dans les filières d'aval soins de suites spécialisés).

LITS	Au 31/12 de l'année		
	2006	2007	2008
Médecine	1 044	1 059	1 066
Chirurgie	894	895	897
Gynécologie-obstétrique	158	169	169
Néonatalogie	62	62	62
Soins de suite et réadaptation	202	202	224
Soins de longue durée	280	280	240
Psychiatrie	145	161	161
Hors champ (UHSI, IVG…)	141	131	142
TOTAL	2 926	2 959	2 961

Source : CPOM et CHRU.

La plateforme biomédicale est, notamment, composée de 80 salles d'opérations réparties sur 13 blocs et d'autres équipements de pointe (centre hyperbare, gamma-caméras, gamma-knife…). L'hôpital partage ainsi avec le Centre Oscar Lambret (COL) de cancérologie (situé sur le site) quatre IRM, un TEP et le gamma-knife. Par ailleurs, il dispose d'un centre de biologie regroupant les laboratoires avec plateau commun de biologie moléculaire, plateau de culture cellulaire, centre de congélation des échantillons. En mars 2009, le CHRU a inauguré un morpho-TEP[2], pour un diagnostic hautement spécialisé des pathologies cancéreuses. La valeur d'achat du parc d'équipements médicaux coûteux (plus de 15 000 €) de moins de 5 ans équivalait fin 2007 à celle du parc de plus de 5 ans (45 M€ en médiane). L'achat d'équipement médical de valeur a été conséquent ces dernières années. Par ailleurs, pas moins de quarante-cinq conventions pour la co-utilisation de matériels ont été conclues notamment avec le GHICL (Groupe Hospitalier de l'Institut Catholique de Lille), les centres hospitaliers de Roubaix, Lens, Arras, Boulogne, Abbeville, Maubeuge, Beauvais, Hesdin, les CHU de Rouen, Amiens et Reims, des ophtalmologues et dermatologues libéraux.

[2] Tomographe à Emission de Positons couplé à un scanner. La Région a versé 1,1 M€ (43 % du coût total).

B - Evolution de l'activité MCO et positionnement du CHRU dans le réseau des soins

1 - Les chiffres clés de l'activité MCO

CHIFFRES CLES	Au 31 décembre de l'année		
	2006(1)	2007	2008
Patients hospitalisés	87 200	89 613	91 092
Entrées en hospitalisation	80 025	82 477	85 532
Journées d'hospitalisation	682 315	674 334	677 115
Séances d'hospitalisation	98 361	104 558	112 712
Passages aux urgences	90 039	94 194	NC
% hospitalisation post-urgences	38,6 %	36,9 %	NC
Patients en consultation	238 120	243 220	250 250
Venues en consultations	828 533	888 673	914 176
Naissances	4 841	4 994	5 213

(1) Chiffres du CPOM du CHRU.

2 - L'activité MCO et son évolution

De 2000 à 2006, l'indice d'évolution du volume d'activité pondérée[3] a progressé de manière plus soutenue (en moyenne de 3,4 % par an entre 2000 et 2006) que pour l'ensemble des CHU (+ 1,6 %), des établissements hospitaliers de la région (+ 2,1 %) ou nationaux (+ 1,6 %).

Indice d'évolution du volume d'activité pondérée	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
CHRU de Lille	100	102,9	105,9	106,6	112,2	118,3	120,6
CHR et CHU	100	100,9	100,3	100,3	103,8	106,9	109,3
NORD-PAS DE CALAIS (public et privé)	100	101,7	102,9	103,3	106,1	110,7	112,5
NATIONAL (public et privé)	100	101	100,6	101,3	104,2	107,7	109,7

Source : ATIH (Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation).

Selon les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), l'activité MCO, mesurée en termes de séjours d'hospitalisation complète et de séances, a augmenté de + 5,2 % en 2006 ce qui excède la progression moyenne déjà forte de 4,5 % pour l'ensemble de la région. Cette progression dépasse aussi la progression moyenne des CHU qui était de + 3,0 % en 2006 selon la base inter-CHU. En nombre de journées d'hospitalisation complète, la progression en 2006 est de + 3,3 % en médecine[4], de + 1,2 % en chirurgie tandis que le nombre de journées d'obstétrique diminuait de - 3,4 %, soit au total une progression de + 2,1 %. A titre de comparaison, l'évolution moyenne du total des journées MCO était pour l'ensemble des CHU en 2006 de + 0,3 % selon l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

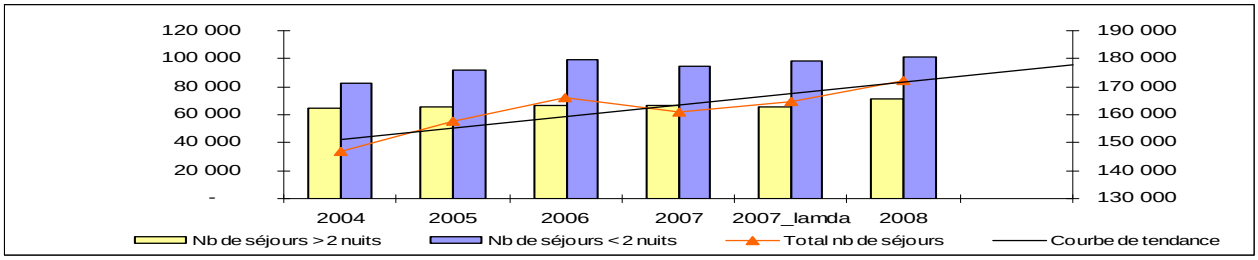
[3] Compte tenu du volume important de GHM (groupes homogènes de malades), pour pouvoir comparer les établissements entre eux, chaque GHM fait l'objet d'une pondération économique établie à partir de la dernière échelle nationale des coûts des GHM : le poids utilisé pour un GHM donné est le pourcentage correspondant au montant en euros de ce GHM dans l'ENC sur le total des coûts des GHM. En multipliant chaque GHM de l'EPS par ce coefficient et en les cumulant, on détermine un indice de volume d'activité pondérée dont on suit l'évolution.

[4] Cette augmentation est atypique car due en partie à une dizaine de séjours avec plus de 3 500 journées d'hospitalisation.

En 2007, la légère diminution (- 0,1 %) des journées MCO intègre un effet mécanique de la circulaire « frontière » du 31 août 2006[5] en année pleine, ainsi qu'une correction du niveau anormalement haut de 2006. L'évolution s'établit à - 5,6 % en journées d'hospitalisation complète de médecine, tandis que les journées de chirurgie et d'obstétrique s'accroissent respectivement de 6,8 % et de 8,6 %. En termes de résumés standards de séjour (RSS) MCO[6], la baisse est de - 0,7 %. Toutefois l'activité valorisée à 100 % de T2A a continué de croître, du fait de l'effet combiné de l'évolution du case-mix[7] et de la reconnaissance contractuelle de lits de surveillance continue et de soins intensifs.

En 2008, l'augmentation en nombre des séjours en 2008 a été particulièrement significative (+ 4,7 %). Le tableau et le graphique ci-dessous mettent en évidence la tendance à l'augmentation du nombre des séjours depuis 2004.

CHRU de Lille	2004	2005	2006	2007	2007 lamda	2008
Nb de séjours > 2 nuits	64 234	65 804	66 899	66 127	66 022	71 045
Nb de séjours < 2 nuits	82 448	91 743	98 979	94 954	98 638	101 300
Total nb de séjours (RSS)	146 682	157 547	165 878	161 081	164 660	172 345
Evolution		7,4 %	5,3 %	NS	- 0,7 %	4,7 %



Source : base de données PMSI MCO.

En 2008, les séjours de plus de 2 nuits représentent 41,2 % du total, contre 43,8 % en 2004, traduisant une certaine tendance à la décroissance des durées moyennes de séjours (DMS) (sauf en 2007). L'indice de la performance de la DMS (IP-DMS ou indice de productivité de la DMS) en MCO, reste ainsi sur la période 2004-2008 meilleur que la référence[8]. A titre de comparaison, en 2007 (hors lamda), l'IP-DMS moyen des CHU était de 0,98 contre 1,10 au CHRU de Lille

	2004	2005	2006	2007 lamda	2008
DMS (en jours)	3,55	3,27	3,17	3,20	3,13
DMS séjours > 2 nuits (en jours)	7,80	7,54	7,55	7,64	7,50
IP-DMS	1,12	1,14	1,14	1,10	Non connu

Source : CHRU.

[5] La circulaire « frontière » a précisé les conditions indispensables à la production d'un séjour PMSI facturable et a ainsi contraint à sortir du champ de l'hospitalisation certaines prises en charge jusqu'alors déclarées en hôpital de jour (consultations multidisciplinaires…) ; dans tous les EPS, il y a eu baisse des séjours de 0 nuit et, par bascule, une augmentation des consultations et actes externes. Cela a induit une baisse d'activité dans la catégorie majeure de diagnostic « CMD24 » (séjours de moins de 2 jours) médicale et obstétricale hors séances.

[6] Inclus les données de l'application lamda qui récapitule les facturations afférentes à l'année précédente, soit 3 579 séjours non comptabilisés sur l'exercice.

[7] Le case-mix est un anglicisme désignant l'éventail des cas traités décrits dans le classement en GHM des séjours réalisés dans les unités de soins de courte durée.

[8] L'IP-DMS (indicateur « flash ») correspond au rapport la durée moyenne de séjour(DMS) théorique que l'on pourrait observer si tous les établissements de santé adoptaient les mêmes pratiques de prise en charge des patients et la DMS effective de l'établissement. La référence pour l'IPDMS est 1.

L'augmentation sensible de l'activité conjuguée à une offre de lits en légère croissance, conduit à une amélioration sensible ces dernières années du taux d'occupation MCO.

	2004	2005	2006	2007 lamda	2008
Taux d'occupation MCO (gestion interne)[9]	82,37 %	84,63 %	88,53 %	87,77 %	88,70 %
Taux d'occupation MCO (SAE)	79,05 %	81,20 %	84,74 %	84,86 %	85,59 %

Source : CHRU.

En 2006, les principaux pôles d'activité OAP[10], représentant en cumulé 67,3 % de la valorisation totale GHS en T2A 100 %, figurent dans le tableau suivant.

Les principaux pôles activités OAP	En % valorisation totale	En % cumulé
AD Système nerveux médecine	7,9	7,9
AB Orthopédie Rhumatologie chirurgie	7,3	15,2
AG Pneumologie médecine	6,9	22,1
AX Autres Prises en charge (dont endoscopies) médecine	6,9	28,9
AA Digestif chirurgie	5,6	34,6
AE Cardiologie chirurgie	5,6	40,2
AD Système nerveux chirurgie	5,3	45,5
AL Nouveaux nés médecine	3,9	49,4
AE Cardiologie médecine	3,8	53,2
K Obstétrique	3,8	57,0
AA Digestif médecine	3,8	60,7
AC Uro-Néphrologie (inclus séances de dialyse) médecine	3,4	64,1
AM Hématologie médecine	3,2	67,3

Source : CHRU.

L'IGAS a noté que le poids moyen du cas traité (PMCT) est l'un des plus importants des établissements de sa catégorie, ce qui traduit la gravité des cas pris en charge. Le CHRU de Lille traite des pathologies sensiblement plus « coûteuses » que la moyenne des CHU. Ainsi, en 2006, avec un PMCT de 4 763 € pour les séjours de plus de 2 jours et de 599 € pour les séjours de moins de 2 jours, les recettes moyennes théoriques du CHRU de Lille étaient respectivement supérieures de + 7,3 % et + 16,2 % à la moyenne de la base inter-CHU. Cela s'explique notamment par une moindre pratique de la chirurgie ambulatoire. La part de séjours chirurgicaux de moins de 2 jours est plus faible, malgré une augmentation de 2004 à 2007, que dans le reste de la région en moyenne et dans le reste du bassin de vie de la métropole lilloise[11]. L'établissement est accompagné par la MeaH (Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalière) à ce sujet.

[9] Le taux d'occupation en gestion interne est le taux utilisé pour les objectifs des pôles. Il ne prend en compte au dénominateur que les journées de lits exploitables (ne sont pas inclus les lits fermés) et au numérateur la production des journées réalisées majorées du jour de sortie non facturé pour les HPDD (hospitalisation programmée à durée déterminée). Les lits 2008 comprenaient ainsi en 1 648 lits d'hospitalisation complète (HC), 338 lits d'HPDD, 260 lits d'hospitalisation de courte durée (HCD). Le taux « SAE » est le taux « officiel ».

[10] OAP : classification en Pôles d'Activité (classification OAP « Outil d'Analyse du PMSI ») comportant 26 éléments proches de la classification en CMD (Catégories Majeures de Diagnostic).

[11] L'activité chirurgicale de moins de deux jours est plus importante dans le secteur privé. Mais les types d'activité chirurgicale ne sont pas les mêmes : par exemple, l'activité de transplantation par définition non ambulatoire n'est réalisée qu'au CHRU de Lille. De plus l'activité de recours du CHRU, seul CHU de la région, explique au moins en partie que les prises en charge chirurgicales éligibles à l'ambulatoire soient moins fréquentes : patients habitant à une distance du CHRU incompatible avec les recommandations pour la chirurgie ambulatoire, patients fragiles ou ayant de nombreux facteurs de risque interdisant des sorties rapides après les interventions.

Part des séjours de moins de deux jours parmi les séjours chirurgicaux (classification OAP) de 2004 à 2007 au CHRU de Lille et dans la région Nord – Pas-de-Calais

	CHRU	Région
2004	30,7 %	45,7 %
2005	30,7 %	48,4 %
2006	34,1 %	50,9 %
2007	34,4 %	NC

Source : CHRU.

Une comparaison effectuée sur la base des comptes administratifs 2006 retraités montre que le poids dans le total des charges nettes de la section MCO était supérieur à la moyenne nationale à cause des urgences et des consultations. La section MCO « hospitalisation » représentait 33,41 % du total des charges nettes (versus 35,71 % nationalement) ; la partie MCO « consultations », 5,06 % de ce total (versus 3,31 %) ; les urgences 2,59 % (versus 1,66 %). En effet, le CHRU de Lille se caractérise par une activité importante de consultations externes. Selon les données 2006 de la FHF, les cinq CHU ayant la plus forte activité de consultations déclarées sont en effet Lyon, Marseille, Lille, Montpellier et Bordeaux et cette activité s'accroît expliquant le niveau des charges. Les consultations, les actes de soins externes et leur organisation[12] constituent un enjeu pour le CHRU qui a fait évoluer l'accueil des consultations. De plus, outre le nombre important, et en croissance, des passages aux urgences, leurs suites conduisent à un taux important d'hospitalisation (36,9 % en 2007).

3 - Le positionnement du CHRU dans la production de soins

Depuis 2000, le CHRU augmente son activité de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et maintient sa part de marché autour de 10 à 10,5 % de la production de soins de la région.

Evolution de la production régionale MCO et de la part de marché régionale du CHRU de Lille

Nombre de séjours	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Evolution annuelle - Région		1,4 %	1,9 %	1,5 %	3,5 %	5,2 %	4,5 %
Part de marché - CHRU global	10,5 %	10,4 %	10,2 %	10,1 %	10,2 %	10,4 %	10,5 %
Part de marché –CHRU - médecine	11,4 %	11,1 %	10,5 %	10,5 %	10,7 %	11,0 %	11,0 %
Part de marché –CHRU - chirurgie	9,1 %	8,9 %	9,3 %	9,1 %	9,1 %	9,1 %	9,3 %
Part de marché –CHRU - obstétrique	9,4 %	9,5 %	10,1 %	9,6 %	9,3 %	9,5 %	9,4 %

Source : CHRU.

En 2006, l'établissement était ainsi le premier établissement public de la région en termes de séjours[13] avec 22,1 % de l'activité publique MCO (21,4 % en médecine, 29,2 % en chirurgie et 14,7 % en obstétrique) et 10,5 % du total des séjours MCO dans les établissements de la région, quelque soit leur statut – public, PSPH, privé – (11,0 % en médecine, 9,3 % en chirurgie et 9,4 % en obstétrique).

L'hôpital est impliqué dans tous les types de prises en charge médicales et chirurgicales. Ses parts de marché dans la région diffèrent selon les disciplines. En 2006, par exemple, les taux de prise en charge par rapport à l'ensemble du secteur hospitalier étaient ainsi de 25 % en rhumatologie ou orthopédie médicale, 36,5 % en chirurgie thoracique et 67 % pour la prise en charge des brûlés. Le CHRU est en règle générale l'établissement le plus choisi par les habitants de la métropole lilloise (rang 1). Parmi ses principaux pôles d'activité, font exception la médecine digestive, la chirurgie orthopédique, la médecine d'uro-néphrologie, la stomatologie,

[12] Cette activité est distinguée du secteur médecine-chirurgie obstétrique (MCO) depuis la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), et rémunérée à l'acte selon la classification commune des actes médicaux (CCAM).

[13] 1 374 198 séjours ont été comptabilisés en MCO en 2006 dans la région.

l'endocrinologie (disciplines pour lesquelles il vient en rang 2) et la chimiothérapie (rang 3). Ses parts de marché régionales sont supérieures à 10 % pour dix de ses disciplines.

Le CHRU de Lille est non seulement un établissement de recours et de référence pour tous les habitants de la région mais aussi un établissement « de proximité » pour les habitants de son bassin de vie :

- un établissement de recours puisque 36 % de sa production de soins ont concerné en 2006 des patients de la région n'habitant pas à proximité ;

- un établissement de proximité puisque ses patients viennent principalement du bassin de vie « métropole » : 59 % des séjours produits en 2006 l'ont été pour des résidents de la métropole lilloise.

Depuis de nombreuses années, l'établissement a développé une politique active de coopération avec les acteurs sanitaires de la région qui se décline en quatre axes, à savoir : la gestion transversale de filières de prise en charge à travers l'émergence de projets médicaux communs et de fédérations interhospitalières par spécialités ; le soutien aux centres hospitaliers dans les activités évaluées comme critiques pour l'hôpital public et pour la population sur ce territoire ; l'articulation des actions de coopération et le soutien à la démographie médicale ; la permanence des soins, enjeu majeur de la coopération régionale. Cela s'est traduit par de très nombreux accords contractualisés. Outre les 45 accords de co-utilisation déjà mentionnés et 49 mises à disposition de personnel, au moment de l'instruction, il y a avait 124 accords de coopération. Par anticipation de la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires », le CHRU de Lille, a renforcé cette politique sur l'ensemble de la région et fait le choix de s'impliquer prioritairement dans une stratégie de groupe, en renforçant la collaboration avec les centres hospitaliers publics de la région.

Ainsi, les sept coopérations les plus significatives sont formalisées par des GCS[14] : le GCS « Urgences de la Main du Nord Pas-de-Calais », le GCS « TEP d'oncologie clinique Nord – Pas-de-Calais », le GCS centre régional de référence en cancérologie « C.R.R.C. », le GCS « G4 » avec les CHU d'Amiens, Caen et Rouen, le GCS « Pôle d'Infectiologie du Nord – Pas-de-Calais », le GCS « HPSM », le GCS « Neurochirurgie ». Le partenariat étroit entre le CHRU de Lille et le centre hospitalier de Seclin apparaît comme un modèle illustrant de manière concrète la stratégie : la coopération permet de renforcer l'offre de soins publics en proposant à travers un projet médical commun, la gestion des filières de patients dans une logique de graduation des soins.

[14] Ces orientations se sont traduites notamment de manière opérationnelle par plusieurs projets engagés ou finalisés au cours de l'année 2008 :

- sur le Hainaut, la constitution du groupement de coopération sanitaire (GCS) de Neurochirurgie entre le CHRU de Lille et le centre hospitalier de Valenciennes a été concrétisée (délibération du Conseil d'Administration en date du 24/10/08).
- sur l'Artois, le CHRU a concentré son action sur le centre hospitalier de Lens en portant une logique de réimplantation de la chirurgie vasculaire dans cet établissement.
- sur la métropole lilloise, un partenariat entre le CHRU de Lille, le CRRC et le centre hospitalier de Seclin a été officialisé dans le cadre du GCS dénommé « HPSM – Hôpitaux du Service Public du Sud de la Métropole Lillois » (délibération du conseil d'administration en date du 26/09/08). Ce partenariat vise à promouvoir, améliorer ou développer l'activité de ses membres, notamment dans les spécialités suivantes : odontologie – stomatologie et chirurgie maxillo-faciale ; chirurgie plastique et reconstructrice ; chirurgie urologique avec le support des fédérations d'anesthésie réanimation et d'imagerie du CHRU de Lille.

C - Les missions d'enseignement et de recherche

L'hôpital a vocation à former les futurs médecins de la région[15]. Son action se situe dans un contexte de forte augmentation du nombre des étudiants suite au relèvement du numerus clausus, qui a immédiatement entraîné une charge d'enseignement supplémentaire (+ 30 % en trois ans), et d'un taux d'encadrement d'emploi hospitalo-universitaire très nettement défavorable[16].

	Etudiants au CHRU					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Personnes physiques au 31 décembre de chaque année	646	695	763	809	907	925
ETP rémunérés moyen	596,2	619,5	741,1	722,6	784,9	835,4

La couverture normale des besoins élémentaires de formation des étudiants, dans toutes les disciplines médicales et en odontologie, reste difficile. L'ambition du CHRU est la poursuite du développement d'une pédagogie active mobilisant plus de temps d'enseignement. Malgré ce contexte, environ 24 % des étudiants lillois sont reçus dans les 1 500 premiers à l'Examen Classant National.

Par ailleurs, deux études nationales placent aujourd'hui le CHRU de Lille à la 4ème ou 5ème place nationale parmi les quelques CHU « fort chercheur »[17]. C'est un élément d'attractivité pour les jeunes médecins, scientifiques et pharmaciens qui y trouvent une formation « de pointe ». Depuis quinze ans, le CHRU a développé avec l'université Lille 2 et sa faculté de médecine un programme pour promouvoir des structures d'accueil pour la recherche, acté par la signature du volet « recherche » du contrat quadriennal 2006-2009 de l'université Lille 2. Des pôles d'excellence (Alzheimer, Parkinson, cancer, maladie inflammatoire chronique de l'intestin…) ont ainsi émergé au CHRU[18] et 34 équipes de recherche labellisées[19] sont groupées dans un institut de médecine prédictive et de recherche thérapeutique (IMPRT)[20], créé en 2000 conjointement par Lille 2, le CHRU et l'INSERM. L'établissement est notamment impliqué dans cinq projets phares (sur 12) inscrits dans le cadre du contrat de projet Etat-Région 2007-2013[21].

Bien que dans les premières places nationales, le CHRU a identifié une pénurie de « chercheurs statutaires » heureusement compensée actuellement par l'implication des praticiens travaillant dans les pôles cliniques, en termes de publications scientifiques. Le CHRU est ainsi dans une dynamique de créations d'unités fonctionnelles de recherche dans les pôles. En 2007,

---

15 Le CHRU de LILLE et la faculté de médecine de Lille sont liés par la convention de structure résultant des ordonnances de 1 958 concernant les CHU.

16 Le total des effectifs hospitalo-universitaires de l'interrégion nord-ouest se trouve à la 7ème et dernière position dans la quasi-totalité des critères alors que le territoire desservi se classe 3ème pour le nombre d'habitants et 2ème pour le numerus clausus des étudiants accueillis en PCEM2 ; la prise en charge des étudiants reste très inégale au regard des autres interrégions, le ratio nombre d'étudiants par enseignant allant de 2,14 en Ile-de-France à 4,30 pour les facultés du G4 : CHUs Amiens, Lille, Rouen, Caen ; les chances pour un interne en fin de cursus d'obtenir un poste de chef de clinique ou un emploi de post-internat sont les plus faibles de France.

17 La 1ère étude : menée par l'OST (observatoire des sciences et techniques) qui a dressé une cartographie de la recherche médicale et biomédicale en France situe, avec 8 500 publications sur les 10 dernières années, le CHU au 5ème rang en volume de publications ; la seconde étude menée par la DHOS analysant les publications dans le cadre des MERRI place le CHU en 4ème position sur la période 2002-2006.

18 La dynamique de la recherche, par ses thématiques, a par ailleurs été reconnue comme très cohérente entre les CHRU de Lille, Amiens, Caen et Rouen (le G4) ce qui favorise au niveau de l'inter région Nord-Ouest la constitution d'une « cohorte » de patients susceptibles d'être inclus dans des essais thérapeutiques industriels.

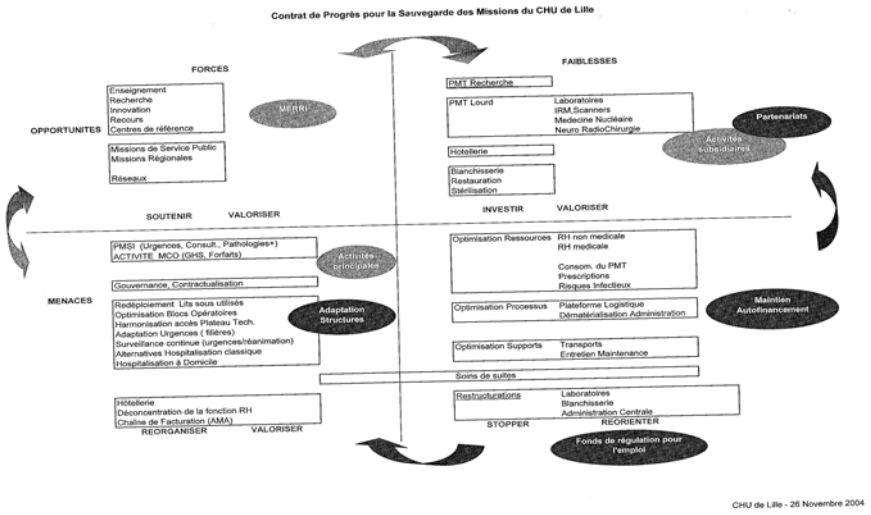
19 Par le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche, l'INSERM, le CNRS.

20 Toutefois, il existe aussi au CHRU une recherche au sein des pôles d'activité hors IMPRT ou participant à d'autres structures de recherche (par exemple sur le site de l'institut Pasteur à Lille).

21 A savoir IRENI (pollution, risques industriels, impact sur la santé), PRIM (pôle interdisciplinaire de recherche sur le médicament), CANCER, DEMENCE, Cardio diabète et obésité.

les activités de recherche se sont caractérisées par 879 publications, 2 PHRC (Programme hospitalier de recherche clinique) nationaux cancer et 2 PHRC nationaux hors cancer, 2 PHRC interrégionaux, 6 projets STIC (soutien aux techniques innovantes coûteuses), 12 bourses cofinancées par le Conseil Régional, 1 projet sur la thématique « Santé Publique et Cancer », 8 projets financés par des fonds européens.

D - Analyse globale des forces et faiblesses du CHRU



L'établissement a engagé une démarche stratégique pour analyser ses forces et ses faiblesses. On retrouve dans la matrice « MOFF » (Menaces, Opportunités, Forces, Faiblesses) ci-dessus, élaborée en 2004 à l'occasion du premier contrat de retour à l'équilibre par la direction de la stratégie, les grands thèmes qui guident son pilotage.

Les spécificités du CHRU qui font ses forces (recherche, enseignement, rôle de recours, centres de référence…) y sont analysées comme n'étant pas rémunérées à hauteur des coûts qu'elles entraînent. Il s'agit donc de chercher à les valoriser. C'est en particulier la démarche effectuée concernant les MERRI (Missions d'Enseignement de Recherche, de Recours et d'Innovation), qui a consisté en l'élaboration d'un modèle (voir plus loin) qui a ensuite été présenté à la DHOS et accepté pour une mise en œuvre nationale.

Le développement de la recherche, l'utilisation des plateaux techniques (laboratoires…) et des équipements de pointe, qui ont un impact lourd sur l'équilibre des comptes doivent être rentabilisés par la recherche de partenariats. Les activités connexes aux soins telles l'hôtellerie, la blanchisserie, la restauration, la stérilisation, qui permettent le fonctionnement de l'hôpital doivent se trouver des activités subsidiaires et de nouveaux « clients » pour diminuer leurs coûts.

Sont comptées parmi les forces les activités MCO valorisées avec les GHS[22] ou les forfaits, les urgences, consultations, l'instauration d'une gouvernance efficace (notamment près du terrain dans les pôles) conjuguée à un processus de contractualisation interne. Les moyens d'optimiser les activités de soins seront notamment le redéploiement des lits sous-utilisés, l'optimisation des blocs opératoires, l'adaptation des urgences (filières), la surveillance continue pour les urgences et les services de réanimation, les recherches d'alternatives à l'hospitalisation complète (hospitalisation à domicile…). La réorganisation de l'hôtellerie, la déconcentration de

[22] Groupes homogènes de séjours instaurés avec la tarification à l'activité (T2A).

la fonction RH, la chaîne de facturation qui devra être optimisée avec la réorganisation des AMA (accueils médico-administratifs, ex-bureaux des entrées) accompagneront en tant que fonctions supports cette évolution.

Sont considérés en l'état comme des faiblesses ou des risques : la gestion des effectifs, tant médicaux que non médicaux, la consommation des médicaments, les prescriptions, les processus en logistique, la dématérialisation, l'optimisation des fonctions supports (transports, entretien-maintenance), les soins de suite et les restructurations prévisibles de l'administration centrale, de la blanchisserie et des laboratoires. Selon le CHRU, l'instrument privilégié pour conduire les restructurations, est le « fonds pour l'emploi », dont il sera question dans la suite du rapport.

E - Utilisation de la comptabilité analytique pour la détermination des résultats des pôles et vision globale de la productivité MCO

1 - Méthodologie de la comptabilité analytique

Le CHRU de Lille a intégré le référentiel national des coûts (ENC)[23] en 2008. Globalement, les principes antérieurs de comptabilité analytique sont maintenus. Les nouveautés, par rapport à l'année 2006, portent principalement sur le découpage analytique de l'établissement, sur les unités d'œuvre et les règles de déversement des coûts. Un nouvel « arbre analytique » est donné par le guide méthodologique de l'ENCC permettant de déterminer les grandes fonctions de l'établissement : fonction clinique, médico-technique, logistique médicale, logistique générale.

Les règles d'affectations antérieures des charges hors logistique générale restent valables, sauf exception. En 2006, l'ensemble des coûts de logistique générale étaient déversés dans les pôles au prorata de leurs charges. En 2008, la comptabilité ventile en deux étapes les charges de logistique générale au niveau des pôles, après décomposition en onze sections. Pour chacune de ces sections, une clef de ventilation spécifique est utilisée. Cette clef permet de déterminer le coût de la section concernée alors affectée par champ d'activité : MCO, PSY, SSR, MIG, Consultations. Le guide de l'ENCC détermine ensuite les règles de déversement de ces coûts au niveau de chacun des séjours MCO. Le CHRU a adapté cette règle pour la transposer au calcul de la comptabilité analytique par pôle, en utilisant la journée d'hospitalisation ou la séance comme unité d'œuvre, et l'euro de charges pour les consultations. Par ailleurs, le nouveau modèle des MERRI a aussi conduit à revoir les règles de répartition des recettes de recherche.

Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires (ROP), l'établissement a indiqué que « *compte-tenu des évolutions significatives des règles de financements externes et du modèle interne des dépenses et des recettes, la comparaison d'une année sur l'autre des comptes d'exploitation n'est pas pertinente. Ce qui importe, c'est le positionnement médico-économique d'un pôle en tenant compte des règles de financement à un instant T. Ces informations ont été communiquées aux pôles dans le cadre de la démarche pluriannuelle de contractualisation interne afin d'identifier avec eux les leviers de convergence vers l'équilibre médico-économique.* ». La chambre regrette que nonobstant ces difficultés et ces considérations, le CHRU n'ait pas retraité les données des comptes d'exploitation des années antérieures avec les méthodes 2008 pour pouvoir comparer l'évolution de la situation économique des pôles.

[23] Et, pour cela à respecter le guide méthodologique national de l'étude nationale à méthodologie commune des coûts (ENCC) qui se substitue à l'ancien guide de comptabilité analytique hospitalière (BO 97/2bis réédité au BO 2004/4 bis).

2 - Les résultats par pôles

Le CHRU s'est doté de l'application informatique SEXTANT qui produit automatiquement la comptabilité analytique par pôle : coût par activité, coût par séjour et comptes de résultat analytique (CREA), ce qui permet aux pôles de comparer leurs dépenses aux recettes que génère leur activité. Ces tableaux sont élaborés en prenant en compte les postes de dépenses dits maîtrisables par le pôle. Viendront s'ajouter à ce périmètre, les dépenses de blocs et d'anesthésie pour les pôles de chirurgie. En 2008, après redistribution des recettes et des charges entre les pôles avec la méthode de comptabilité analytique décrite ci-dessus, les pôles se répartissent de la manière suivante (voir annexe 1) :

- 7 pôles ont un niveau de résultat supérieur à + 3 % de leurs recettes : le pôle de neurochirurgie (+ 6,2 M€, soit + 13,3 % de ses recettes), le pôle de néphrologie (+ 1,6 M€, soit + 9 % de ses recettes) ; le pôle ambulatoire (+ 0,2 M€, soit + 13,4 % de ses recettes), le pôle des spécialités chirurgicales odontologie Salengro (+ 2,2 M€, soit + 8,7 % de ses recettes), le pôle de neurologie (+ 2,3 M€, soit + 7,5 % de ses recettes), le pôle des maladies respiratoires (+ 0,6 M€, soit + 3,8 % de ses recettes) , les pôles des soins de suite et réadaptation (+ 0,7 M€, soit + 5,1 % de ses recettes) ;

- 9 pôles ont un niveau de résultat se situant entre - 3 % et +3 % de leurs recettes : le pôle de médecine légale et pénitentiaire (+ 0,1 M€, soit + 1,6 % de ses recettes), le pôle de chirurgie cardio-vasculaire (+ 0,8 M€, soit + 2,5 % de ses recettes), le pôle de médecine néonatale (+ 0,3 M€, soit + 2 % de ses recettes), le pôle de l'appareil locomoteur (+ 0,2 M€, soit + 0,7 % de ses recettes), le pôle de l'urgence (+ 0,1 M€, soit + 0,3 % de ses recettes), le pôle de médecine Huriez (- 0,3 M€, soit - 0,6 % de ses recettes), le pôle d'obstétrique (- 0,4 M€, soit - 1,4 % de ses recettes), le pôle enfants (- 0,5 M€, soit - 1 % de ses recettes), le pôle de chirurgie Huriez (- 0,6 M€, soit - 1,4 % de ses recettes) ;

- 11 pôles ont un niveau de résultat inférieur à - 3 % de leurs recettes : le pôle de réanimation chirurgicale d'Huriez (- 0,2 M€, soit - 5,9 % de ses recettes), le pôle GAPII (- 0,5 M€, soit - 36,4 % de ses recettes), le pôle de gérontologie (- 1 M€, soit - 3,5 % de ses recettes), le pôle de chirurgie thoracique (- 1,5 M€, soit - 20,8 % de ses recettes), le pôle d'endocrinologie diabétologie (- 1,8 M€, soit - 15,3 % de ses recettes), le pôle de gynécologie (- 1,9 M€, soit - 17,6 % de ses recettes), le pôle de neurophysiologie clinique (- 2,2 M€, soit - 68,2 % de ses recettes), le pôle des spécialités médico-chirurgicales d'Huriez (- 2,9 M€, soit - 11,4 % de ses recettes), le pôle de psychiatrie (- 2,4 M€, soit - 8,6 % de ses recettes), le pôle de réanimation (- 2,7 M€, soit - 11,4 % de ses recettes), le pôle cardio et maladies cardio-vasculaires (- 4,3 M€, soit - 9,5 % de ses recettes).

L'objectif est que les pôles excédentaires confortent leur positionnement et que la majorité des autres pôles puissent converger vers un positionnement médico-économique tel que leurs dépenses n'excèdent pas de plus de 3 % leurs recettes, de façon à atteindre un équilibre médico-économique global qui concourt au retour à l'équilibre financier.

3 - La productivité globale MCO

L'IGAS a noté que « l'appréciation de la productivité des services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique au regard des comptes administratifs retraités (CAR) et d'une rémunération de l'activité à 100 % T2A faisait apparaître une situation fortement déficitaire. A titre d'exemple, sur l'exercice 2005, les charges de la section MCO s'élevaient à 471,64 M€ pour une recette T2A (100 %) de 451,33 M€, soit un surcoût 20,3 M€, les recettes couvrant près de 96 % des charges (IPMCO de 0,96) ». Dans sa réponse, le CHRU contestait ce calcul de l'IPMCO (indice de performance MCO) du fait de l'insuffisance de financement des charges d'enseignement et de recherche, en indiquant que pour l'appréciation de la productivité, les charges réelles comprennent les charges de la section MCO, auxquelles on doit rajouter celles

des urgences et soustraire celles des charges d'enseignement et de recherche. Selon l'établissement, avec des recettes 100 % en T2A et un financement suffisant de la recherche et de l'enseignement, sur la base de la structure 2005 de l'activité, la partie MCO aurait été bénéficiaire de 9,7 M€ et l'IPMCO aurait été de 1,02. De plus, le CHRU soulignait que si les MIG hors listes étaient financées, le nouveau modèle MERRI mis en place et les suppléments sur la surveillance continue et sur les soins intensifs reconnus en 2008, l'indice IP-MCO aurait été de 1,05. L'établissement s'attendait donc à être gagnant avec une T2A à 100 %.

Indicateurs	2004	2005	2006	2007
IP MCO Indicateur de productivité MCO Bruts (sans corrections)	0,94	0,96	1,04	1,03

Source : CHRU (diagnostic flash).

L'indice de productivité MCO est supérieur à 1 en 2006 et 2007, ce qui signifie que les produits « court séjour » MCO ont excédé les charges correspondantes. Par ailleurs, la situation plus favorable de 2008 (voir plus loin) semble confirmer que le CHRU a bien été gagnant avec le passage de la T2A à 100 %.

II - LA GOUVERNANCE ET L'EVOLUTION DE L'ORGANISATION

A - Les instances et commissions

Le cadre réglementaire en vigueur pendant la période sous revue est respecté et il n'y a pas de réelles spécificités :

- le CHRU est administré par un conseil d'administration, présidé par le maire de Lille ou son représentant. Il délibère sur la politique générale, l'organisation et le fonctionnement de l'établissement (article L. 6143-1 du CSP). Plusieurs commissions non obligatoires ont été créées (commission du domaine privé, commission des finances…) ainsi que six conseils techniques (un par école : infirmières, sages femmes, puériculture, cadres, ambulanciers, infirmiers aides-anesthésistes) ;

- fixée dans le règlement intérieur, la composition du conseil exécutif (CE), dont le mandat est de quatre ans, est conforme aux dispositions de l'article L. 6143-6-1 du CSP et au décret du 10 mai 2005. Le CE prépare, coordonne et suit le projet d'établissement et le CPOM. Il prépare le projet médical, contribue au plan de redressement, donne un avis sur la nomination des responsables de pôle et des chefs de service… ;

- la commission médicale d'établissement (CME) comporte des sous-commissions comme celle de l'organisation et de la permanence des soins, celle des structures médicales, celle de l'équipement médical, celle du personnel médical, celle des bourses d'études et de la formation médicale continue, celle de l'activité libérale, celle de la qualité des soins. La CME examine notamment la politique générale (règlement intérieur du CHRU, contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, l'EPRD (Etat prévisionnel des recettes et des dépenses), le bilan des contrats de progrès, les comptes financiers, la démarche de certification qualité, les activités (évolutions de pôles, désignation des responsables de pôles, les actions et structures de coopération, etc.), des affaires statutaires et diverses ;

- les autres commissions ou représentations du personnel et des services ont été créées : commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, comité technique d'établissement (CTE) ; neuf CAP (décret n° 2003-655 du 18 juillet 2003) concernant les différentes catégories des personnels…

B - La direction

Outre la direction générale, elle est formée des directions déléguées aux pôles et fédérations, des directions de projets, d'une fédération médico-économique (FME), d'une direction des soins, d'une coordination générale des pôles hôteliers, de délégations et de transversalités, des départements de ressources et d'une direction du domaine privé.

La direction générale est composée d'un directeur de cabinet, d'un DGA pour les affaires institutionnelles, d'un secrétaire général responsable pour l'ensemble du management des ressources, de la directrice de la stratégie pour le management des activités, de la coordonnatrice générale des soins, du directeur adjoint chargé de la mise en œuvre de la politique régionale de coopération hospitalière, d'un directeur adjoint chargé de la conduite de la FME.

Les directions de projets sont pilotées par un directeur associé à un médecin référent. Leur coordination et leur animation sont confiées au directeur adjoint précité (FME). 19 directeurs « délégués aux pôles », placés sous l'autorité de la directrice de la stratégie, représentent le directeur général auprès des responsables de pôles ou de fédérations. La coordination générale des soins (CGS) est animée par des directeurs de soins, des cadres supérieurs de santé, des chargés de mission. Un directeur hôtelier est chargé de la coordination des cinq pôles hôteliers (voir ci-dessous).

Les responsables de délégations sont placés sous l'autorité du DG ou du DGA ou de la directrice de la stratégie ou du secrétaire général : délégation aux affaires juridiques, délégation aux relations internationales, correspondant de la délégation régionale FHF, délégation au management des risques… Les directions déléguées aux transversalités (personnes âgées, enfants, précarité, …) sont sous l'autorité de la directrice de la stratégie.

Les départements de ressources sont les suivants : DRH, département des ressources physiques (DRP-SI, logistique, travaux, marchés, affaires générales, qualité des ressources), département des ressources financières (DRFI) et direction du domaine privé.

Les mêmes personnes occupent souvent différentes fonctions dans l'organigramme.

C - L'organisation en pôles et leur fonctionnement

L'établissement apparaît comme un précurseur en matière de « nouvelle gouvernance », cette approche étant apparue très tôt au directeur général comme nécessaire compte tenu de la taille de l'établissement, de la multiplicité des structures et de la lourdeur de fonctionnement qui en résultait. Il a été le premier CHU à s'engager en 1988 dans le lancement d'une démarche stratégique concrétisée l'année suivante par la signature d'un contrat Etat/CHRU pour 1989-1993 et, pendant cette période, par la mise en place, selon une logique de projet médical commun des premières « cliniques » avec un règlement intérieur instaurant « le bureau de clinique » dirigé par un coordonnateur élu par les chefs de services pour trois ans. Ces cliniques étaient découpées en unités fonctionnelles (UF) dirigées par des responsables.

En 1995, un « conseil de Direction » a été créé ; il est assez semblable au conseil exécutif instauré par la nouvelle gouvernance. En 1997, outre la création du « comité stratégique du projet d'établissement », est intervenue celle du « comité technique des structures » chargé d'harmoniser le système d'information et de faciliter les croisements médico-économiques. En 1999, le CHRU signait un contrat d'objectifs moyens pour 1999-2003 avec l'ARH et les premiers contrats internes étaient signés avec certaines des cliniques. La relation interne de type clients-fournisseurs[24] a été instaurée en 2000 pour la restauration, le linge et le transport avec

[24] Sans toutefois la formaliser sous forme de prestations internes dans la comptabilité analytique.

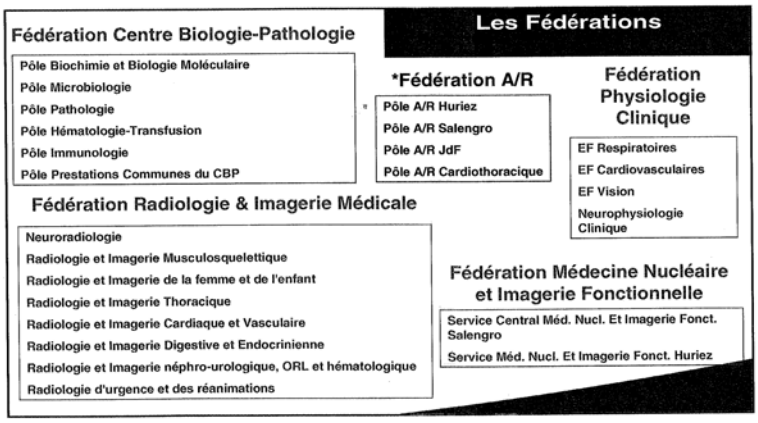
comme aboutissement en 2001 une organisation structurante autour d'un concept hôtelier et des directions prestataires. En 2002, les directions centrales sont positionnées autour du secrétaire général comme des départements ressources au service des cliniques. En 2003, le principe est posé de l'élection de conseils de clinique.

Dans ce contexte, la mise en place de la « nouvelle gouvernance » avec les pôles d'activité est apparue comme une poursuite naturelle de la logique de décloisonnement. L'ordonnance du 2 mai 2005 prévoyait la constitution des conseils exécutifs en 2006, la mise en place des pôles avant le 31 décembre 2006, la nomination des responsables de pôles (par élections) avant le 31 janvier 2007, la constitution des conseils de pôle avant le 30 juin 2007. Le CHRU a respecté le calendrier prévu dans l'ordonnance sauf pour la nomination des responsables de pôles qui a eu lieu avec un certain retard. Le conseil d'administration du 20 octobre 2006 a défini la structure cible de 2007. Lors de la CME et du CE du 26 juin 2007, il y a eu proposition de tous les responsables de pôles d'activité. Ils ont été nommés en septembre 2007 après élection et les « trios managériaux » identifiés.

Les principes retenus ont été de structurer les pôles d'activité autour d'un projet commun ou d'une filière de soins (médico-chirurgicale) et de constituer des pôles autour de secteurs d'activité (et non plus de services) comme regroupement intermédiaire d'unités fonctionnelles (unités de base de prise en charge des patients). Les anciennes cliniques déjà construites sur ce modèle se sont généralement muées en pôles. La responsabilité de chef de service a subsisté en tant qu'animateur de projet médical. Il a été décidé d'éviter au maximum d'intégrer un service médico-technique au sein d'un pôle clinique, de formaliser les liens entre pôles cliniques et pôles médico-techniques par des contrats internes ou des engagements conjoints, parfois une facturation interne ou une UF « miroir », de rechercher une taille critique des pôles et de privilégier le regroupement des services sur un même site géographique, de donner mission aux services centraux de fixer les règles dans le respect du principe de subsidiarité, présumant que les pôles d'activité sont compétents et mettent en place une gestion vertueuse, étant à proximité des patients.

Les 100 services qui existaient ont été transformés, d'abord en 32 cliniques et 34 services, puis en 24 pôles cliniques et 16 pôles médico-techniques au sein de cinq fédérations (centre de biologie-pathologie ; radiologie et imagerie médicale ; physiologie clinique ; médecine nucléaire et imagerie fonctionnelle ; anesthésie-réanimation). Le nombre de pôles ainsi constitué apparaît important, même au regard de l'activité de l'hôpital. Le directeur général a précisé que les expériences dans les CHU ont été très diverses en France, certains ayant créé moins de pôles, d'autres davantage. Le CHRU de Lille serait dans une position intermédiaire. Mais le directeur général estime qu'on pourrait diminuer le nombre des pôles. L'important est que le découpage ait été fondé sur la notion de projet médical partagé et que la dimension universitaire ait aussi été prise en compte dans le découpage choisi. La situation actuelle ne serait pas figée et la structure cible est de 20 pôles cliniques.

Dans les pôles « hétérogènes », c'est-à-dire fonctionnant dans plusieurs structures géographiques (Calmette, hôpital cardiologique, Salengro, Huriez, Jeanne de Flandre, autres) ou (et) regroupant des services « hétérogènes », il peut exister des fédérations ; c'est le cas pour tous les pôles médico-techniques.



La place de la fédération est importante pour l'articulation d'une discipline transversale : anesthésie, imagerie et radiologie, imagerie et médecine nucléaire, biologie-pathologie, physiologie clinique. Mais l'efficacité du système implique une clarification de la répartition des rôles entre fédération, pôle et secteur ce qui a été effectué le 3 février 2009 par le CE.

Par ailleurs, la constitution de cinq pôles hôteliers[25] regroupés dans le cadre d'une coordination générale des pôles hôteliers s'inscrit dans une perspective géographique de proximité avec les soins dispensés. Leur rôle est d'organiser l'accueil du patient et de sa famille et d'éviter aux pôles cliniques et médico-techniques les problématiques liées à l'intendance.

Le règlement intérieur type des pôles, validé lors du conseil d'administration du 27 janvier 2006, décrit le fonctionnement des pôles d'activité (conseils, bureaux, rôles des responsables de pôles et d'UF). Il est complété par un guide pratique décrivant les procédures à mettre en place. La délégation aux structures accompagne le volet institutionnel et traite de la cohérence du système d'information. La CME intervient également à travers la sous-commission des structures médicales.

L'ordonnance du 2 mai 2005 simplifiant la gestion et le régime juridique des établissements de santé dispose (article L. 6145-16 du CSP modifié) : « les EPS mettent en place des procédures de contractualisation interne avec leurs pôles d'activités qui disposent de la délégation de gestion de la part du directeur. » La démarche de contractualisation ne coïncide pas encore toujours avec les pôles mais les contrats signés s'imbriquent et il est toujours possible à des initiés de connaître l'ensemble des objectifs d'un pôle. Les contrats internes peuvent, dans le cas de pôles hétérogènes, être déclinés également par service. En revanche, un seul contrat de pôle est élaboré quand il s'agit d'un pôle homogène. Cette multiplicité éventuelle de contrats rend le suivi de la contractualisation lourd et mobilisateur en temps de ressources internes. Mais il s'agit du cœur du dispositif de pilotage démarré en septembre 2004 pour la mise en œuvre complète du projet d'établissement dans ses différentes dimensions : médicale et de recherche, organisation des soins, accompagnement social, conduite du changement, médico-économique.

Chaque responsable de pôle travaille avec les deux autres membres du « trio managérial » (cadre supérieur de santé, cadre gestionnaire), avec le bureau du pôle (cadres de proximité, responsables d'UF et chefs de service) et le conseil de pôle (instance interne d'expression des personnels). La nouvelle gouvernance contribue à faire partager une culture commune de management des activités et des ressources aux médecins et aux gestionnaires. Le responsable médical et le directeur délégué sont solidairement responsables de la mise en œuvre des projets et du respect des engagements inscrits au contrat et validés par le CE. Le responsable de pôle signe systématiquement le contrat. Dans les contrats figurent généralement un ou plusieurs

[25] Pôles hôteliers Huriez, Salengro, Cardiologie-Calmette, Jeanne de Flandre, « autres sites ».

projets du pôle mais des projets de service peuvent y être également déclinés. Des objectifs sont identifiés pour participer au « Contrat de Retour à l'Equilibre Financier » (CREF). Selon le principe de solidarité, chaque pôle doit contribuer, à son niveau, au retour à l'équilibre du CHRU : les pôles excédentaires doivent maintenir leur niveau d'excédent et les pôles déficitaires converger vers l'équilibre, l'important étant de tendre vers un équilibre général des pôles. En conclusion, la contractualisation interne a permis de développer sous une forme structurée des actions de transversalité[26].

Les délégations de gestion aux responsables de pôles visent à donner une autonomie de gestion à chaque structure dans l'exécution quotidienne de ses missions. Elles concernent notamment les ressources humaines, les charges hôtelières et générales. Les décisions d'investissement restent centralisées. S'agissant des ressources humaines, la délégation concerne le plan de formation, le planning des soignants mais ni les recrutements ni la gestion des carrières qui restent effectués au niveau de la DRH. Les propositions de transformation de postes sont faites par le pôle et arbitrées à la direction. Un budget est alloué au pôle pour l'attribution de la surprime en juin. Il n'a jamais été envisagé de déléguer la gestion des ressources humaines médicales[27]. Les délégations devraient à terme couvrir des domaines de plus en plus nombreux : dans un premier temps les effectifs non médicaux, les médicaments et DMI, la biologie, l'imagerie ; dans un deuxième temps les blocs et le biomédical et enfin l'accueil administratif, le service d'information et la logistique générale.

Un intéressement collectif a été mis en place pour les pôles en 2006 (article 8 du contrat interne). Il est conditionné à la réalisation des objectifs inscrits au contrat et peut émarger sur trois enveloppes différentes : équipement/travaux, fonds de régulation pour l'emploi, innovations médicales. Le montant de chaque enveloppe est déterminé annuellement par le CE, au regard de la situation financière du CHRU. L'intéressement -avec trois niveaux d'intéressement- porte sur l'ensemble de la mise en œuvre des projets : médicaux, de recherche, organisationnels, conjoints et concerne notamment l'atteinte de l'équilibre financier.

En août 2009, 19 contrats avec les pôles étaient signés, 9 étaient en cours d'élaboration, 2 restaient à élaborer (pôle de psychiatrie, secteur d'andrologie). Par ailleurs, deux accords cadre étaient signés (fédération de biologie pathologie et fédération de radiologie et d'imagerie médicale) et un accord cadre était en cours d'élaboration avec la fédération d'anesthésie réanimation. Un premier bilan, sur la base des 13 contrats signés entre 2005 et 2008, a été effectué par les trois membres responsables du conseil exécutif. Il est considéré comme nettement positif au regard de la démarche de contractualisation interne des pôles. Par ailleurs, au travers des nombreux documents concernant les résultats médico-économiques, les présentations dans les séminaires de responsables de pôles, la déclinaison des objectifs dans les contrats internes, l'existence de procédures d'intéressement, etc. transparaît l'importance accordée par l'équipe de direction à l'objectif prioritaire d'atteindre l'équilibre financier par une sensibilisation des acteurs de proximité. Cependant la contractualisation interne semble encore trop récente pour que la chambre puisse porter une appréciation objective sur son efficacité.

---

[26] Par exemple, les pôles de neurochirurgie et de neurologie ont formalisé des projets conjoints avec le pôle d'imagerie de Salengro afin d'améliorer l'accès à l'IRM des patients pris en charge en hospitalisation et en soins externes…

[27] En effet, « les règles de gestion de l'emploi médical ne peuvent être la simple déclinaison des règles déterminées pour l'emploi non médical. A travers l'emploi médical, c'est en effet le portefeuille des missions et des activités du CHRU de Lille qui se déclinent dans les trois dimensions du soin, de l'enseignement et de la recherche. Les règles de gestion de l'emploi médical résultent d'une réflexion discriminant ce qui relève du niveau institutionnel et stratégique, soumis à l'arbitrage du Conseil Exécutif et des Instances et de ce qui relève des nécessaires marges de manœuvre déléguées aux pôles d'activité, ce niveau entrant dans la logique de fongibilité intra pôles (article 5 type du contrat interne) ».

D - Le fonctionnement d'ensemble

Le management central paraît être un point fort du CHRU. Par exemple, la gestion des praticiens et cadres est dynamique et leur implication « institutionnalisée » bien réelle. Lille est le seul CHU où le directeur des affaires médicales (DAM) soit rattaché au DRH ce qui permet une meilleure synergie. Le pilotage des thèmes essentiels est assuré par un binôme (médecin-cadre) du conseil exécutif. La cohérence d'ensemble entre les institutions, les pôles et la direction, en tout cas leur information réciproque, semblent assurées par le « maillage » opéré et le retour d'information vers le conseil exécutif est assuré. Les réunions impliquant les structures opérationnelles (pôles notamment) sont formalisées et fréquentes.

Cette approche est aussi illustrée par la fédération médico-économique (FME) qui est une structure opérationnelle originale de pilotage, à vocation transversale placée sous l'autorité du conseil exécutif. Elle peut faire appel à tout type de ressources et de contributions et notamment de manière régulière au secteur PMSI, au DRFI, à la délégation aux structures et coopération, à la DSIH, à la délégation à la recherche clinique, au pôle du médicament, au département des ressources physiques, au département RH, à la délégation à la stratégie médicale. Le bureau de la FME se réunit une fois par mois pour faire le point des différents projets et chantiers, son comité opérationnel siège chaque semaine et l'« assemblée générale » de la FME sous la présidence conjointe du directeur général et du président de la CME une fois par an. Les sujets traités couvrent les différents projets médico-économiques.

Tout en reconnaissant la dynamique découlant d'une telle démarche, la chambre remarque la difficulté de coordonner des approches nombreuses et le rythme très soutenu, et par là même coûteux en temps, des réunions. La Haute Autorité de Santé (HAS), suite à une visite d'experts, indiquait notamment que les orientations stratégiques sont en synergie avec l'environnement, que l'organisation managériale est innovante et anticipatrice, qu'une réelle attention est portée à l'écoute des patients et à la réflexion éthique. Elle notait des réflexions expertes et évolutives en matière d'approche médico-économique, une politique de communication formalisée et structurée tant en interne qu'en externe, une cohérence d'ensemble en matière de gestion RH assortie de la volonté d'agir en support d'accompagnement des besoins des pôles, la permanence d'un dialogue social riche et diversifié et une maîtrise de l'adaptation des processus de gestion des RH aux évolutions organisationnelles de l'établissement. Elle souhaitait cependant une meilleure définition du cadre des évaluations.

E - L'accompagnement des décideurs : l'évolution des fonctions supports et des processus

Seuls certains points jugés particulièrement significatifs pour la situation financière sont retracés ci-après.

1 - Les fonctions achats et approvisionnements

En 2006, 32 CHU dont celui de Lille auxquels se sont joints 20 gros centres hospitaliers ont créé un GCS baptisé UNIHA pour réaliser des économies sur les achats, développer la coopération inter hospitalière et utiliser les expertises existantes dans le cadre d'une approche en réseau. Sur un plan opérationnel, l'animation des démarches d'achat groupé a été déléguée par le GCS aux centres hospitaliers les plus investis, répartis par « filières » c'est-à-dire par grands domaines d'achat. On recense aujourd'hui 13 filières gérant chacune plusieurs segments assimilables à des consultations. De 2006 à 2008, sur ces seuls achats groupés, avec la méthode d'évaluation du GCS, le CHRU a fait sur trois ans une économie de 2,3 M€, notamment en 2007 sur les médicaments anti-infectieux, les antalgiques et les produits d'hygiène corporelle.

Le projet SAM vise à simplifier, améliorer et moderniser la logistique par la refonte des 18 processus actuels d'approvisionnement en 4 ou 5 processus améliorés. Pour cela, l'établissement prévoit de mettre en place dans les unités fonctionnelles (UF) une organisation permettant de sécuriser les approvisionnements et de maîtriser les coûts et un système d'information capable de gérer efficacement ces processus. Ce projet est intimement lié à la mise en œuvre du circuit informatisé des médicaments et concerne aussi les directions supports.

2 - L'organisation des bureaux des entrées et des accueils médico-administratifs (AMA)

Avec le passage à la facturation directe, le CHRU devra facturer près de 60 % de ses recettes au fil de l'eau à l'Assurance Maladie. Il est donc essentiel que l'organisation du secteur de la facturation chez l'ordonnateur soit optimisée afin d'assurer tant l'exhaustivité de la facturation que la rapidité d'émission des dossiers à facturer. Cette organisation est aujourd'hui très hétérogène car elle inclut :

- des Bureaux des Entrées (BE) centralisés,
- des Accueils Médico-Administratifs (AMA) délocalisés mais non polyvalents,
- des AMA « cibles » polyvalents.

L'effectif du secteur est de 204,2 ETP dont 156 affectés à l'accueil et la facturation. L'augmentation de sa productivité au regard du nombre de dossiers traités depuis 2004 est de 10 %. La répartition des effectifs et l'amélioration de leurs performances restent un objectif essentiel. Les pratiques doivent être harmonisées et optimisées au regard du nombre de dossiers traités par agents, du volume d'activité par rapport aux ressources, des délais de traitement des dossiers, des encaissements à la sortie du patient.

Depuis 2005, les BE/AMA sont placés sous l'autorité du département des ressources financières, ce qui traduit la priorité mise sur l'optimisation et l'exhaustivité de la facturation. Des réunions de coordination bimensuelles, animées par le directeur adjoint du département et deux attachées de direction[28], sont organisées par le département. Des indicateurs d'activité analysés en équipes mensuellement créent une émulation entre les différents BE.

En parallèle au fonctionnement actuel, une démarche de projet BSC (Balance ScoreCard) a vu le jour en 2006. La finalité du BSC09 consiste à déployer des AMA à proximité des services de soins regroupés en pôles afin de rapprocher les administratifs des prestataires de soin et éviter des redondances de questions posées lors de l'accueil. Un audit de l'existant a été confié à une société afin de disposer d'un diagnostic organisationnel pour pouvoir entreprendre une réorganisation. L'étude de déploiement passe par la rédaction d'une nouvelle « fiche métier » qui fusionne les profils des agents de BE et des hôtesses d'accueil dépendant des cadres de soins afin d'accentuer la cohérence de l'accueil du patient puis pour former le personnel à ce nouveau métier. Le site d'HURIEZ est déjà organisé sous forme d'AMA. Les AMA des consultations de stomatologie et d'otoneurologie ont été mis en place en décembre 2008 et ont fait l'objet d'une première évaluation en février 2009[29]. Le département des ressources financières a finalisé un plan de formation de l'ensemble des acteurs de la facturation.

---

[28] L'une a en charge l'aspect réglementaire et la facturation et l'autre la gestion des ressources humaines des cadres des BE.

[29] Celle-ci qui a conclu, sur le test effectué, à une nette amélioration du délai d'attente des patients et du délai de prise en charge médico-administrative, à une saisie des actes dans des délais plus courts (+ de 95 % des dossiers saisis et facturables dans les 5 jours), à un délai de facturation réduit de 70 %, à un taux d'encaissement à la sortie en progression.

En sus de cette démarche, il semble y avoir une bonne collaboration avec le comptable : des tableaux de bord ont été mis en place pour l'équipe de direction, présentant notamment le taux de recouvrement par rapport à la facturation.

3 - L'évolution du processus de sélection et de mise en œuvre des investissements

Une sous commission des investissements de la CME a été créée récemment, avec comme mission de synthétiser les propositions émanant des différentes directions et de transmettre cette synthèse au conseil exécutif. Sur délégation de celui-ci, elle procède depuis le 1er janvier 2009 à des arbitrages sur les projets. Avant cette création récente, les priorités étaient déterminées par chaque direction. La nouvelle procédure est plus rationnelle et garantit mieux une sélection efficace des projets. Elle permet d'analyser et de donner un ordre de priorité aux projets, selon leur utilité et le critère d'un bon retour sur investissement, grâce à une vision globale de l'ensemble du portefeuille.

Le processus apparaît désormais (opportunité, instruction, arbitrage) très formalisé dans toutes ses phases. Chaque projet fera désormais l'objet d'un « EPRD pluriannuel ». Seront ainsi évalués par le BSCI (bureau de la sous-commission des investissements) la qualité des projections d'activité induites par le projet, leurs valorisations financières, l'exhaustivité des charges et la fiabilité des résultats prévisionnels.

4 - L'organisation du contrôle de gestion et la diffusion de la culture de gestion

La fonction contrôle de gestion centrale inclut quatre contrôleurs de gestion « stratégie » travaillant sur la contractualisation interne, le suivi des CREA[30] (comptes de résultats analytiques) de chaque pôle, l'intégration dans l'échelle des coûts, les actions sur les dépenses maîtrisables des pôles. Ces contrôleurs ont aussi participé à l'élaboration et à la mise en place récente du nouveau modèle MERRI et travaillent actuellement sur les coûts de la recherche. Leur approche se fonde sur la comptabilité analytique. En outre, deux contrôleurs de gestion « ressources humaines » travaillent sur les aspects budgétaires[31]. Il existe également un contrôleur de gestion à la direction des ressources physiques (DRP) qui comprend les achats, l'informatique, la restauration, la logistique, etc.

Il est question de faire évoluer le dispositif pour nommer un contrôleur de gestion sur le secteur « pharmacie », notamment pour suivre les remboursements des médicaments remboursables : médicaments sur listes qui ne sont désormais remboursés qu'avec l'information de l'identité (IEP) du patient (voir ci-dessous), et des particules onéreuses pour l'innovation, remboursées dans les missions d'intérêt général.

Au niveau des pôles, des contrôleurs de gestion opérationnels « de base » se réunissent quadrimestriellement et présentent, à partir d'une maquette pôle par pôle, les actions menées. Ils ne ménagent pas leurs efforts pour sensibiliser les responsables à la culture de gestion, comme en attestent les nombreuses présentations, séminaires, projets nombreux dont ceux BSC. La priorité de retour à l'équilibre financier peut ainsi être difficilement ignorée. En particulier, chaque responsable de pôle connaît son résultat à partir de son compte d'exploitation analytique et a, ou aura à court terme, des objectifs pour l'améliorer.

La chambre note la volonté d'intégrer le facteur rentabilité et surtout, depuis peu, de formaliser le raisonnement et le calcul dans les décisions prises dans le choix des investissements (généralisation sur les gros investissements du calcul du ROI - retour opérationnel sur

[30] Les recettes ont toujours été évaluées dans les CREA en T2A à 100 %.
[31] Une personne pour le personnel médical, l'autre pour le personnel non médical

investissement, fiche créée présentant les gains financiers et les coûts - …) ou des dépenses de fonctionnement. Les actions pour atteindre l'équilibre financier et les objectifs du CREF sont nombreuses. Elles sont désormais suivies individuellement de manière systématique et leur présentation, parfois un peu floue quant au suivi chiffré d'objectif, a été nettement améliorée.

III - LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

Le département des ressources humaines (DRH) regroupe depuis le 1er avril 2003 l'ensemble des ressources humaines (la DAM lui étant rattaché). Il a mis en place des responsables des ressources humaines (RRH) et des points d'accueil et de gestion des ressources humaines (PAGRH) pour aider les pôles dans leur gestion.

A - La gestion des effectifs

Compte tenu du poids de la masse salariale dans le total des charges, l'analyse de l'évolution et du niveau des effectifs est essentielle pour comprendre la situation financière.

1 - La problématique du temps passé à la recherche et l'enseignement

Le temps passé à la recherche et l'enseignement, par le personnel médical et non médical, ne fait pas actuellement l'objet d'un suivi. Il est donc aujourd'hui impossible de dégager des coûts précis pour la recherche et l'enseignement ni pour les soins, toutes ces activités étant exercées de manière simultanée par certaines catégories de personnel (notamment les PH-PU). Une activité de soins (opération chirurgicale par exemple) se déroule de manière très différente si elle est effectuée dans le seul but de soigner ou si elle a aussi l'objectif d'enseigner. Le CHRU estime qu'une intervention en bloc opératoire réalisée dans un cadre hospitalo-universitaire exige en moyenne 40 % de temps supplémentaire. Un travail vient d'être lancé en vue d'édifier une maquette d'organisation en matière de recherche, pôle par pôle, qui devait être opérationnelle pour fin 2009 afin de mesurer le temps passé par les personnels, tant médicaux que non médicaux, à l'aide du nouveau progiciel UPTIMIS (qui différencie désormais les types d'activité). Les résultats devraient amener à terme la réalisation d'un EPRD recherche, basé sur des coûts effectifs et non forfaitisés comme aujourd'hui.

Cette actuelle méconnaissance de la répartition du temps passé dans les CHRU impose la prudence dans le jugement qui pourrait être porté sur la « productivité » des effectifs concourant aux soins.

2 - La « photographie » des effectifs

	2003			2008			Evolution sur 5 ans	
Tous budgets confondus Toutes natures d'emploi confondues.	PM	PNM	Total	PM	PNM	Total	Valeur absolue	En %
a. Personnes employées au 31.12	2 842	9 697 (77,33 %)	12 539	3 366	10 423 (75,58 %)	13 789	+ 1 250	+ 9,96 %
b. ETP physiques au 31.12	2 110,2	9 097	11 207,2	2 482,8	9 853	12 335,8	+ 1 128,6	+ 10,06 %
c. ETP physique moyen sur année	2 036,9	9 020	11 056,9	2 383,0	9 828	12 211,0	+ 1 154,1	+ 10,43 %
e. ETP rémunéré moyen sur année	2 263,3	9 081	11 344,3	2 701,0	9 862	12 563,0	+ 1 218,7	+ 10,73 %

Source : bilan social et CHRU ; PM = personnel médical ; PNM = personnel non médical ; les ETP physiques sont l'équivalent en personnes du cumul des quotités de travail théoriques ; les ETP rémunérés diffèrent des ETP physiques du fait de la rémunération du personnel à temps partiel supérieur à 80 % qui excède leur quotité de travail.

Les ETP physiques moyens, sur la période de contrôle, se sont accru de + 10,4 % et de + 10,7 % en ETP moyens rémunérés soit d'un plus de 2 % par an en moyenne. L'évolution a été plus de deux fois supérieure pour le personnel médical que pour le personnel non médical ce qui aboutit en 2008 a une baisse de près de deux points du pourcentage de personnel non médical.

Evolution sur 5 ans	Personnes physiques au 31/12	ETP physiques au 31/12	ETP physiques moyens	ETP rémunéré
Personnel médical	18,4 %	17,7 %	17,0 %	19,4 %
Personnel non médical	7,5 %	8,3 %	9,0 %	8,6 %
Rapport d'évolution PM/PNM	2,5	2,1	1,9	2,3

Lille se situe au niveau des CHU de Bordeaux et Toulouse en ressources humaines permanentes (c'est-à-dire hors contractuels, FFI, étudiants…). En 2006 le personnel médical représente 9,2 % du total des personnels permanents, part qui excède celle des CHU comparables : Bordeaux (8,1 %), Strasbourg (7,7 %) et Toulouse (8,1 %). Mais, comme dans toute l'interrégion Nord-Ouest, le taux d'encadrement des étudiants par des praticiens permanents reste comparativement faible.

Par ailleurs, l'évolution globale du ratio ETP moyens rémunérés du budget H sur produits de l'assurance maladie, corrigés et hors aides exceptionnelles ou financements anticipés (voir plus loin), semble montrer un certain effort de productivité. Toutefois une partie de l'amélioration est due à celle des conditions de financement. En 2008, 18,3 ETP moyens rémunérés correspondent à 1 M€ de produits (corrigés et hors aides spécifiques) à comparer à 19,8 ETP en 2004, 19,5 ETP en 2005 et 2006, et 19,1 ETP en 2007.

Budget H	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution % 2004/2008
ETP rémunérés PM et PNM (1)	11 449	11 729	11 903	12 065	12 243	6,9 %
Produits de l'assurance maladie corrigés * (2) en M€ Hors aides spécifiques	578,1	600,8	610,5	631,7	669,9	15,9 %
Ratio (1)/(2)	19,8	19,5	19,5	19,1	18,3	- 7,7 %
Evolution annuelle du ratio (valeur)		- 0,3	0,0	- 0,4	- 0,8	

** Corrigés des reports de produits et des aide spécifiques (tels que définis dans la suite du rapport).*

3 - Analyse de l'évolution du personnel médical

a - Le contexte régional et le rôle du CHRU

Dans un contexte de pénurie de médecins, la problématique de la démographie médicale a constitué une préoccupation qui a très tôt mobilisé. En cohérence avec un positionnement stratégique validé par l'ARH, le CHRU de Lille s'est engagé à la fin des années 90 dans une politique active de gestion prévisionnelle des emplois et compétences médicales afin de pallier une fuite importante des médecins en post-internat[32], notamment en mettant en avant des logiques de coopération avec d'autres hôpitaux de la région via les réseaux.

La création de postes d'assistants spécialistes à temps partagé a pour objet de pourvoir les nombreux postes de praticiens hospitaliers vacants dans certaines disciplines dans les hôpitaux généraux et ainsi éviter la fuite de nombreux internes vers d'autres régions. Ces postes permettent d'organiser un post-internat avec programme de formation pour une période de deux ans. L'établissement conventionne avec les établissements volontaires pour accueillir les anciens

[32] Le déséquilibre entre le nombre d'emplois de chefs de clinique et le nombre d'internes formés génère mécaniquement cette situation.

internes recrutés comme assistants spécialistes. Les candidats bénéficient de l'encadrement hospitalo-universitaire et peuvent prendre des responsabilités au sein des centres hospitaliers. Au terme des deux ans, le praticien s'engage à passer le concours de praticien hospitalier et à postuler au sein de l'établissement d'accueil[33]. 75 postes ont ainsi été ouverts dans la région Nord – Pas-de-Calais depuis 2000 (13 en 2000, 6 en 2001, 13 en 2002, 20 en 2003, 5 en 2004, 10 en 2005 et 8 en 2006). Sur 58 projets arrivés à terme, 79 % des assistants sont restés dans la région. Ce résultat positif se décline avec succès dans trois bassins de vie sur quatre (Artois, Hainaut, Métropole), plus difficilement sur le bassin de vie du Littoral.

Une nouvelle expérimentation est en cours : les chefs de clinique des universités assistants des hôpitaux de Lille en région. Ce projet de gestion des ressources humaines médicales s'appuie sur « des filières hospitalo-universitaires de partage régional », cette opération venant en déclinaison du Contrat de Plan État-Région. Dans certaines disciplines et dans les quatre bassins de la région, il s'agit de structurer un réseau hospitalo-universitaire autour d'un professeur des universités-praticien hospitalier « référent de bassin de vie » dans la discipline concernée. L'activité d'enseignement demeure au CHU et l'activité hospitalière est partagée.

Les quatre CHU du G4 de l'interrégion nord-ouest favorisent aussi la mobilité des internes entre eux, en liaison avec les ARH et les DRASS, par la mise en place d'un projet visant à constituer un pool de postes de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitalo-universitaires, en s'appuyant sur les points forts de chacun des quatre CHU. Cette coopération permet aussi de diversifier et d'enrichir la trajectoire des futurs personnels hospitalo-universitaires.

b - Les effectifs médicaux

D'après les données de la FHF, le poids des personnels médicaux permanents du CHRU par rapport à l'ensemble de l'établissement se situe sensiblement dans la moyenne nationale des CHU[34]. Pour l'année 2008, le personnel médical du CHRU se répartit environ en un tiers sur emplois permanents et deux tiers sur autres emplois. Les praticiens attachés, internes et faisant fonction d'interne (FFI), et étudiants représentent ainsi 66,3 % du personnel médical en 2008. Le personnel enseignant et hospitalier est moins représenté dans le personnel médical permanent (ratio en 2007 de 42,8 %) que pour des CHU comparables comme Bordeaux (49,8 %), Strasbourg (51,8 %), Toulouse (44 %). En 2008, les personnels hospitaliers représentent 55,2 % des emplois médicaux permanents (contre 52,4 % en 2003) tandis que la part des personnels enseignants et hospitaliers diminue légèrement à hauteur de 44,8 % des effectifs permanents (contre 47,6 % en 2003).

Pour les prévisions de 2009 à 2011, l'hôpital estime qu'il y aura une stabilité des emplois permanents et une augmentation du nombre des internes et étudiants, due à la hausse du numérus clausus.

[33] L'ARH accompagne cette démarche de coopération et d'échange de temps médical depuis l'origine en assurant le financement temporaire et partiel destiné à soutenir des projets prioritaires (anticipation de départs, anticipation de créations ou de transformations de postes, …). A travers cette action, le CHRU démultiplie sa capacité de formation et les centres hospitaliers fidélisent des compétences médicales. Ce dispositif original n'efface pas le déficit régional en emplois de chefs de clinique des universités-assistants des hôpitaux et assistants hospitalo-universitaires mais il en limite les effets néfastes en termes de filière de formation sur la démographie médicale régionale.

[34] 8,4 % par exemple en 2006 à comparer à une moyenne des CHU de 8,3 %.

4 - Analyse des effectifs non médicaux

a - Impact de l'ARTT

La réforme de l'aménagement et de la réduction du temps de travail (ARTT ou RTT) a conduit à une augmentation de 517 emplois autorisés par l'autorité de tutelle, avec recrutement prévu pour s'échelonner sur les trois années 2002, 2003 et 2004. La quasi-totalité des postes, soit 510 postes, ont été dédiés au budget H, les sept autres au long séjour (hébergement). Leur décomposition par catégories socioprofessionnelles était la suivante :

Postes alloués dans le cadre de la RTT (tous budgets)

Postes alloués RTT	2002	2003	2004	Total	Pourcentage par rapport au Total
Personnels administratifs	11,00	26,90	15,30	53,20	10,29 %
Personnels soignants	140,00	151,10	104,40	395,50	69,61 %
dont IDE et IBODE	56,00	67,10	21,60	144,70	
dont AS, ASH et AP	82,00	62,00	37,50	181,50	
Personnel technique	20,00	23,00	25,30	68,30	13,21 %
Personnel médico-technique	---------	12,00	23,60	35,60	6,89 %
TOTAL POSTES ALLOUES RTT	171,00	201,00	145,00	517,00	100 %

Source : CHRU.

Environ 70 % des postes ont été affectés à des emplois de personnel soignants. Le CHRU a anticipé les recrutements ARTT : près de 70 % des recrutements, soit 289 ETP, ont été réalisés sur l'année 2002 pour 171 prévus. Les recrutements « ARTT » ont été gelés à partir de 2005 à titre d'effort de productivité pour 88 postes sur les 517 alloués. Ces 88 postes concernent le personnel administratif (10 postes), le personnel soignant (40 postes), le personnel technique (25 postes), le personnel médico-technique (13 postes).

Recrutements dans le cadre des allocations de ressources au titre de la RTT

Recrutement au titre des allocations de ressources RTT- tous budgets	2002	2003	2004	2005	TOTAL	% CSP/Total
Personnels administratifs	26	2	14,40	0,70	43,1	10,23 %
Personnels soignants	229,85	39	47,80	0,90	312,55	74,13 %
Personnel technique	27,70	4	4,30	7	43	10,19 %
Personnel médico-technique	10,50	10	2,50	0	23	5,45 %
TOTAL RECRUTEMENT	289,05	55	69	8,6	421,65	100,00 %
Répartition par années des recrutements effectifs	68,55 %	13,05 %	16,36 %	2,04 %	100,00 %	

Source CHRU.

Si l'on retire les recrutements « ARTT », la trajectoire devient la suivante :

PNM Tous budgets	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 07/03
A - Etp moyen de l'année	9 020*	9 272	9 432	9 622	9 779	
B - recrutements cumulés RTT	344	413	422	422	422	
A-B : ETP déflaté de l'effet RTT	8 676**	8 859	9 010	9 200	9 357	
Evolution annuelle nette en % hors RTT		2,1 %	1,7 %	2,1 %	1,7 %	7,8 %
Evolution avec RTT		2,8 %	1,7 %	2,0 %	1,6 %	8,4 %

** à comparer à 8 825 ETP rémunéré au 31 décembre 2002 (effet ARTT inclus).*
*** à comparer à 8 536 ETP rémunéré hors effet ARTT au 31 décembre 2002.*

Les recrutements RTT ont modifié de + 0,6 point (+ 8,4 % au lieu de + 7,8 %) la progression des effectifs non médicaux entre le 31 décembre 2003 et le 31 décembre 2007. La RTT en 2007 a « pesé » à hauteur d'environ 4,3 % sur les effectifs PNM du CHRU, ce qui correspond en premier ordre de grandeur[35] à un impact en poids final d'environ 17 M€ annuels sur la masse salariale. La partie la plus importante de cet impact s'explique par les recrutements opérés en 2002 (289 ETP sur un total de 421,6 ETP).

b - Les flux d'entrées et sorties et la répartition sur emplois permanents

Les différentiels entre les entrées et sorties sur emplois permanents du personnel non médical, après avoir été nettement positifs jusqu'en 2005, s'équilibrent pratiquement en 2006 et deviennent négatifs pour la première fois en 2007, alors que les entrées globales continuent à excéder les sorties, traduisant une inflexion vers un plus fort pourcentage de contractuels, ce qui est sans doute à corréler au manque de visibilité actuelle sur les besoins. Pour cibler les recrutements au niveau le plus efficient, dans le double objectif de satisfaire aux besoins et de parvenir à l'équilibre financier, dans une période qui offre des opportunités théoriques, la détermination des besoins par métier apparaît indispensable (voir ci-dessous).

Entrées et sorties de personnel non médical sur emplois permanents
En agents physiques

Années	Entrées (E)	Sorties (S)	Différentiels (E – S)
2003	770	600	+ 170
2004	669	438	+ 231
2005	730	618	+ 112
2006	618	611	+ 7
2007	622	657	- 35

Source : bilan social

Ventilation des entrées et sorties par grands motifs (permanents et non permanents)
En % pour l'année 2007

Année 2007/par grands motifs	Entrées	Sorties
Emploi (titulaire, contractuels)	80,5 % dont 79,7 % contractuels	26,2 %
Carrière (promotion, écoles)	3,7 %	10,2 %
Disponibilité /congé parental	6,5 %	20,6 %
Détachement/Mutation	9,3 %	12,00 %
Retraite	-	27,8 %
Décès	-	3 %
Autres	-	2,9 %

Source : bilan social.

Le pourcentage des agents sur emplois permanents et se situant dans un statut de titulaire/stagiaire s'élève en 2007 à 94 %, ce qui est significativement supérieur à la moyenne des CHU et le reflet d'un pourcentage de personnels contractuels faible. Par rapport à des CHU comparables et à l'ensemble des CHU, la répartition des effectifs permanents PNM par catégories socioprofessionnelles sur les années 2004 à 2006 montre une plus forte quote-part de personnels médico-techniques, une moindre proportion corrélative de personnels soignants et éducatifs. Les données recensées par la FHF sur la base de 31 CHU confirme cette sous représentation en personnels soignants et éducatifs et sociaux et cette surreprésentation relatives des personnels techniques-ouvriers et médico-techniques. Le CHRU de Lille se caractérise aussi par une plus forte proportion de catégorie A parmi le personnel administratif et un plus faible pourcentage de catégorie C.

[35] En calculant cet impact au coût moyen par effectif.

c - La pyramide des âges (effectifs non médicaux) et les marges de manœuvre sur le futur

La moyenne d'âge des effectifs non médicaux était de 41 ans en 2007 – ce qui est inférieur à celle des CHU comparables - mais la pyramide des âges révèle un vieillissement graduel : 683 personnes ont plus de 55 ans en 2007 contre 493 en 2003.

En 2008, le CHRU a réalisé une étude sur les départs à la retraite, en présumant ce départ à 60 ans. Le tableau ci-dessous, établi à partir des chiffres de cette étude, montre en particulier que, dans les cinq ans à venir (2009-2013), près d'un quart des effectifs administratifs et des effectifs technique et logistique vont partir à la retraite, d'où des marges de manœuvre potentielles qu'il faudrait évaluer en fonction d'une connaissance effective des besoins.

Moyenne annuelle des départs à la retraite (ETP)	1994-2003	2004-2008*	Prévu 2009-2013	Effectifs retraite 09-13 en % des effectifs au 29 fév. 2008
Personnel soignant	45,9	134,6	214	16,4 %
Personnel administratif	6,3	15,8	29,8	23,9 %
Personnel médico technique	4,3	13	25,4	10,4 %
Personnel technique et logistique	24,8	28,2	51	23,6 %

Chiffres 2008, en partie prévisionnel ; présupposé de départ à 60 ans.

d - Les fonctions « activités » et les fonctions « support » (ou « organisation »)

L'établissement a éclaté ses effectifs en deux grandes catégories : « activités » scindée en secteurs cliniques et médico-techniques, qui supportent les pôles et « organisation » qui regroupe les fonctions supports administratifs et techniques-logistiques.

Au 29 février 2008, les ETP du PNM se partageaient en 80,5 % d'effectifs « activités » (dont 69,1 % sur le secteur clinique et 11,5 % pour les supports techniques et logistiques) et 19,5 % en « organisation (dont 12,9 % sur le secteur médico-technique et 6,6 % en support administratif).

Les effectifs assurant l'activité administrative et technico-logistique sont recensés dans des fonctions supports réparties sur une dizaine de structures. La quasi-totalité des structures étant sur le même site, cela minore a priori les besoins en effectifs supports. Ces effectifs sont restés à peu près stables sur la période (- 0,9 % en 4 ans). La recomposition du centre de biologie pathologie (CBP) a conduit au transfert, dès 2007, en « soutien logistique » de 30 emplois concernant 28 personnes juqu'alors codifiées en « médico-techniques », ce qui a entrainé une hausse des effectifs logistiques. Les « gains » (dont 13 postes « gelés ») annoncés en ETP par cette réorganisation dans l'accord-cadre avec la Fédération de Biologie sur les fonctions de techniciens de laboratoire fléchés dans le CREF sur la période 2008/2010, ont été étalés jusqu'à la fin 2010. A terme, les postes transférés en logistique ne seraient pas destinés à être pérennes.

Fonctions supports	ETP au 31.12.2004	ETP au 31.12.2005	ETP au 31.12.2006	ETP au 31.12.2007	ETP au 31.12.2008	Evolution sur les 4 ans	Poids en % en 2008
Ressources humaines	124	126	136	130	134	8,06 %	7,2 %
Ressources physiques	954	955	930	933	934	- 2,10 %	50,5 %
Hôtellerie	339	337	338	338	341	0,59 %	18,4 %
Stérilisation	67	66	67	65	68	1,49 %	3,7 %
Ressources financières	246	245	234	232	228	- 7,32 %	12,3 %
Divers (sécurité, standard…)	136	136	138	138	144	5,88 %	7,8 %
TOTAL	1 866	1 865	1 843	1 836	1 849	- 0,91 %	100,0 %
Evolution annuelle		- 0,1 %	- 1,2 %	- 0,4 %	0,7 %		

De mi-2003 à mi-2008, l'hôpital a annoncé une diminution de 77,6 postes se répartissant en 36,2 ETP « au titre de la RTT », ce qui signifie que le CHRU renonce à des emplois négociés dans l'accord RTT (et non une diminution de la trajectoire existante d'ETP) et en 30 ETP « au titre du contrat de progrès », plus la suppression de 11,4 postes en blanchisserie soit au total une réduction de 41,4 ETP devant affecter la trajectoire d'effectifs. Cette décroissance ainsi prévue de 41,4 ETP a été réduite de 4,5 ETP par une création de postes, soit en termes réels une prévision de diminution d'environ 37 ETP en 5 ans et, compte tenu-de la recodification intervenue pour les laboratoires pour 28 personnes, d'environ - 9 ETP en terme nominal. La chambre constate qu'en 4 ans, entre le 31 décembre 2004 et le 31 décembre 2008 –après intégration de la recodification-, les ETP ont évolué de 1 866 ETP à 1 849 ETP (- 17 ETP). L'objectif est atteint mais la diminution des effectifs supports (- 45 ETP[36] à assiette comparable, soit - 2,4 % cumulés en 4 ans), alors que des marges de manœuvre existent, apparaît limitée particulièrement dans un contexte de difficultés financières.

La politique a été orientée vers une recherche d'efficience (voir l'évolution des ratios d'efficience sur 5 ans jusqu'au 31 décembre 2008 en annexe 1), découlant prioritairement de l'accroissement d'activité qu'elle vienne « naturellement » ou de nouvelles opportunités liées à des accords de coopération avec d'autres structures. Le CHRU ne raisonne pas en termes d'externalisation possible de certaines activités. L'exception a cependant été, partiellement, en 2001, la création du SIIH avec des personnels du CHRU. L'IGAS s'est étonnée, compte-tenu de cette création, de la trajectoire assez faiblement à la baisse des effectifs de la DSIH. Le CHRU a répondu en soulignant que l'activité sous-traitée est essentiellement l'installation, la maintenance et la gestion des incidents sur les équipements informatiques et que l'activité « projets » est restée au CHRU dans une période où la transformation du système d'information est importante.

La création de l'unité centrale de production culinaire (UPC) et sa modernisation en 2005 lui ont permis de prendre en charge la restauration des personnes âgées du CCAS de Lille depuis mai 2006. Cependant le nombre total de repas servis a stagné et le ratio mesurant l'efficience n'a progressé que très faiblement. L'hôpital se caractérise notamment par une part très importante de repas pour le personnel (plus de 40 %). D'après la base d'Angers 2007, le personnel coûte 3,328 € (dans un total du coût du repas servi de 6,318 €) à comparer à une moyenne de 3,248 € (et 6,138 €). Le coût du personnel moyen du premier quartile est de 2,816 € pour un coût de l'UO de 5,463 €. Des efforts complémentaires pourraient donc être faits en ce domaine.

Le secteur de la blanchisserie a bénéficié de nombreux aménagements pour automatiser davantage le secteur de tri (qui s'est accompagné en 2006 de la restitution des 11,4 postes précités au fonds de régulation pour l'emploi) et des vêtements de travail. Les perspectives sont la poursuite de la modernisation de l'outil industriel pour induire une capacité de production de 20 tonnes par jour avec des gains d'efficience appréciables (+ 26,9 %). D'après la base d'Angers, le personnel coûte 0,781 € (dans un total du coût du kilo de linge traité de 1,278 €) à comparer à une moyenne de 0,720 € et 1,343 €. Le coût du personnel moyen du premier quartile est de 0,635 € pour un coût de l'UO de 1,087 €.

Sur les transports, l'effectif a diminué d'une personne sur la période et l'efficience s'est accrue de manière modérée (+ 7,7 % en 5 ans). D'après la base d'Angers, le coût du personnel représente 1,646 € (dans un coût total du Km parcouru de 2,456 €) à comparer à une moyenne de 1,968 € et 2,674 €. Le coût du personnel moyen du premier quartile est de 1,235 € pour un coût de l'UO de 2,179 €. Ce secteur a fait l'objet d'actions : la fonction « transport des patients » a été identifiée et un projet BSC 22 « flux des patients » a été établi début 2006 pour élaborer les principes généraux de l'acheminement des patients, en 2008, a commencé le déploiement du « progiciel de transport en ambulance ». La démarche « flux patient » s'est orientée dans un premier temps sur deux thématiques : le transport des patients et le brancardage avec élaboration

[36] Soit - 17 ETP et - 28 ETP au titre des personnes travaillant en logistique en laboratoires (recodification).

de procédures. Pour l'axe brancardage, une priorité a été donnée au site Roger Salengro, liée, d'une part, à des dysfonctionnements organisationnels et, d'autre part, au projet de modernisation Sud.

S'agissant de la stérilisation, dont l'effectif a peu varié (de 67 ETP au 31 décembre 2004 à 68 ETP au 31 décembre 2008), la base d'Angers 2007 montre que le m3 stérilisé, soit 519 € (avec 403 € de personnel) est légèrement meilleur que la moyenne mais est plus cher que la médiane de 490 € avec 413 € de personnel. L'ordonnateur indique qu'un GCS de stérilisation commune, dénommé « STERINORD », réunissant les centres hospitaliers de Lille, Roubaix, Tourcoing et Seclin ainsi que le Centre Oscar Lambret a été constitué mi-2009 pour exploiter ce plateau commun qui devrait assurer la production de 220 000 boîtes d'instruments et de 1 400 000 sachets par an. Ce GCS a lancé une consultation des entreprises dans le cadre d'une opération de conception réalisation devant aboutir à une mise en service en fin d'année 2011.

Le directeur général a fixé l'objectif global aux fonctions supports d'être positionnées pour le ratio d'efficience dans le 1er tiers des CHU en 2010. Il serait souhaitable qu'il soit suivi dans un tableau de bord ce qui ne semble pas être le cas actuellement (néanmoins, selon l'ordonnateur, les résultats obtenus font l'objet d'une présentation en conseil exécutif chaque quadrimestre à l'occasion de l'examen de la mise en œuvre de l'EPRD) et que les fonctions qui évoluent peu, comme la restauration[37], fassent l'objet d'études. De manière plus générale, les perspectives de départ à la retraite apparaissant importantes, la question des effectifs devraient à court terme faire l'objet d'une évaluation. C'est une démarche que le CHRU a, de fait, commencé à engager. Il est prévu une réduction de 46 postes d'ici 2010 : 15 suite à la mise en place d'une plate forme de stérilisation, 31 en blanchisserie, restauration et entretien ménager.

La chambre note les mesures prises pour accroître l'efficience des actions supports mais estime néanmoins les résultats limités au regard des difficultés financières du CHRU. Un suivi plus systématique et des ratios d'efficience seraient utiles. En outre, des ratios « externes » au secteur de la santé pourraient aussi être intéressants compte tenu, par exemple, pour la restauration, de la part de repas personnel donc non spécifiques. Enfin, la marge de manœuvre future sur les départs en retraite pourrait aussi conduire, comme cela été le cas avec la création du SIIH, à se poser la question d'éventuels gains en matière d'externalisation de parties d'activité.

e - Le fonds de régulation pour l'emploi

Adopté en avril 2005, c'est un mécanisme de redistribution de l'emploi mis en place au sein du CHRU alors que l'établissement était encore soumis au budget global. Son fonctionnement en débit/crédits de postes vise à :

- fluidifier les emplois d'un secteur à un autre ;

- donner une lisibilité de toute évolution d'emploi par l'intermédiaire de la commission « emploi » du CTE ;

- équilibrer les mouvements internes de l'emploi.

[37] Alors même que son activité apparaît moins spécifique que dans d'autres hôpitaux du fait de l'importance du nombre de repas pour le personnel)

Il a pour vocation à retracer l'ensemble des mouvements des postes budgétaires, tant en entrées qu'en sorties, résultant *« à la fois des transferts d'emploi, conséquence des démarches de réorganisation, de la mobilisation de ces emplois en soutien à la mise en œuvre du projet d'établissement et des variations d'activité ou de corrections de dysfonctionnements objectivés*

- en crédit : les postes budgétaires gagnés lors de restructurations de service

- en débit : mesure de soutien dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement, croissance d'activité ou régulation de certains dysfonctionnements ».

Les résultats du fonds pour l'emploi ont été jusqu'à présent très limités en termes numériques. Les débits ont même excédé les crédits. La situation cumulée sur 3 ans fin 2007 conduit à des « gains de réorganisation » de 2 166 K€ (69,9 ETP au 31 décembre 2007) mais à des « coûts en débits structurels » de 1 924 K€ (43,7 ETP sur de nouveaux postes pérennes) et à des coûts en débits « conjoncturels » de 2 122 K€ (53,3 ETP non pérennes). Au total, il s'agit d'un déficit de 27,1 ETP au 31 décembre 2007, soit un coût net de 1 879 K€.

Si le fonds pour l'emploi a eu le mérite d'être un instrument original, pédagogique en ce qui concernait la lisibilité des « gains » en ETP induits par les démarches de réorganisation, si l'ordonnateur note en réponse au ROD que « *les opérations de réorganisation ont généré, à fin 2008, 100 rendus de postes correspondant bien à des suppressions de postes effectives dans les secteurs concernés…, que sans cet effort, l'accompagnement d'autres activités se serait traduit par une hausse des effectifs plus importante et que le Fonds pour l'Emploi a, à ce titre, contribué à contenir l'évolution de la masse salariale.* », au vu de la modicité des résultats apparents précités et de l'analyse des gels et rendus de postes (voir ci-dessous), la chambre observe que le fonds pour l'emploi a moins été un instrument efficace au service d'une politique de maîtrise de la masse salariale dans un contexte difficile qu'un outil de redéploiement des effectifs vers de nouvelles activités.

L'orientation actuelle semble plus marquée avec un nouveau « gel d'effectifs » qui pourrait se traduire par de « vraies » suppressions de postes (non redistribués), effectives dès la vacance du poste. Les redéploiements devraient, au moins pour l'essentiel, être limités aux activités productrices de marge. Le mécanisme du fonds pour l'emploi qui, de l'avis même des responsables, ne répond pas aujourd'hui à la logique des contrats de progrès et du financement par la T2A pourrait être réétudié voire abandonné.

f - Les gels et « rendus » de postes

Au total 196 équivalents postes sur 2004/2007 ont été gelés ou rendus (dont les 88 postes RTT précités). Il s'agit de postes « bruts », hors créations sur d'autres activités.

Emplois rendus (hors RTT)	2003	2004	2005	2006	2007	Cumul
Gels de postes occupés			11,5	20,8	75,4	107,70
Dont sur le fonds pour l'emploi			11,5	20,8	37,6	69,9
Dont sur les fonctions supports (sur les 30 annoncés)					16,8	16,8
Dont mensualités dans le cadre du contrat de progrès					21	21

Source CHRU.

Les prévisions du CHRU, en termes de rendus d'emplois sont présentées ci-dessous pour la période 2008-2011. Le rendu de postes n'implique pas une diminution immédiate des ETP mais souvent à terme après un départ naturel. En outre, d'autres postes sont susceptibles d'être créés et l'ont été dans la période récente, que ce soit à titre « conjoncturel » ou « structurel » (voir pratique retracée dans le fonds sur l'emploi). La chambre prend cependant note de l'affirmation de l'ordonnateur comme quoi « *tous les rendus de postes identifiés au titre du CREF correspondent bien à une diminution immédiate des ETP, à la date indiquée dans ledit CREF* ».

Il semble cependant que la politique du CHRU s'infléchisse dans le sens de plus de rendus « nets ». Des propositions d'actions sur la période 2008-2010 ont ainsi été présentées aux instances. L'établissement prévoit une diminution de 214 emplois sur les 3 années à partir d'un certain nombre de mesures dont la suppression du lundi de braderie qui perdurait encore en 2009[38].

Mesures permettant le rendu d'emplois	2008	2009	2010	Total
Gestion des moyens de remplacement	18,4	11,2	10	39,7
Gestion du temps de travail (suppression du lundi de braderie)		40		40
Optimisation de certaines organisations (stérilisation, blanchisserie, restauration, incidence du fonds pour l'emploi…)	70,8	32,2	31,0	133,9
Total des rendus d'emploi (ETP)	89,2	83,4	41	213,8

Source CHRU.

Des prévisions plus récentes données en fin d'instruction par la DRH conduisent aux différentiels suivants :

Années	Gains de postes	Créations de Postes	Ecarts (G – C)
2009	90,6	81,6	- 9
2010	66,5	0	- 66,5
2011	0	0	0
Total	157,1	81,6	- 75,5 postes

Source CHRU.

Mais après avoir estimé que le pic de croissance des ETP aurait atteint son point culminant au 31 décembre 2007, période à partir de laquelle les ETP diminueraient graduellement de 9 747 au 31 décembre 2007 à 9580 au 31 décembre 2010 (soit -167 ETP), le CHRU a revu ses prévisions qui décale d'une année, et à la hausse, le pic d'ETP (quasi stabilité en 2009 à 9 817 ETP[39] et 9 750 ETP au 31 décembre 2010, soit une variation de - 67 ETP).

B - L'organisation du temps de travail

1 - Les cadres de fonctionnement

La notion de cadre de fonctionnement est apparue avec la méthodologie d'élaboration des cycles de travail. Chaque secteur a défini un cadre de fonctionnement à partir de ses propres critères, sans qu'aucune définition ou règle institutionnelle n'ait été communiquée. Ces cadres de fonctionnement, et les cycles de travail qui en découlaient, ont été présentés et validés en CHSCT locaux. La conséquence de cette méthodologie a été de voir apparaître une très grande diversité et hétérogénéité des cadres de fonctionnement et, de fait, l'impossibilité de distinguer des cadres de fonctionnement type selon la nature de l'activité, le mode de prise en charge, l'environnement technique. La CGS (coordination générale des soins) a entamé une réflexion au regard des difficultés rencontrées par l'encadrement dans l'application des cadres de fonctionnement initialement définis ou des règles de gestion du temps de travail faisant fréquemment l'objet d'interventions de la part des organisations syndicales et aussi sur l'adéquation cadre de fonctionnement posé et effectif budgété.

Dans un contexte où le CHRU situe son action dans le cadre d'un retour à l'équilibre financier, le DRH, fin 2007, déclare qu' *« il ne s'agira pas en 2008 d'aborder les cadres de fonctionnement en tant que « normes » qui s'appliqueraient de façon homogène à l'ensemble de l'établissement mais plutôt de donner aux pôles d'activité des repères afin de pouvoir mener une réflexion sur leur organisation dans le cadre des contraintes budgétaires actuelles »*. Les

[38] Il avait été supprimé dans d'autres centres hospitaliers de la région.
[39] Prévision antérieure à l'EPRD 2009.

restructurations et réorganisations nécessiteraient de redéfinir ces cadres de fonctionnement à partir d'une base de référence commune. Le CHRU n'a pas encore abouti à une base de référence institutionnelle et les éléments recueillis auprès d'autres établissements sont jugés peu exploitables, l'indicateur prévalant restant le ratio ETP/lit que l'hôpital considère comme n'étant pas assez lié aux spécificités de chaque établissement. La réflexion de la CGS voudrait identifier un cadre de référence de base, puis des critères et indicateurs « non opposables » permettant de moduler à partir du mode de prise en charge, de la criticité de la pathologie, de la technicité, du type de patients. Ce travail, d'après les restitutions effectuées, ne paraît n'avoir réellement progressé que pour les cadres de santé en travail de nuit[40].

La logique de l'action de la direction est, plus généralement, de s'appuyer sur la contractualisation interne et les objectifs d'amélioration des résultats financiers des pôles pour évaluer, avec chaque responsable de pôles, les moyens en personnel nécessaires et déterminer des cibles. Tout en approuvant cette démarche, la chambre regrette l'inaboutissement partiel de la réflexion menée et le manque de base de données qui permettrait de juger du caractère volontariste ou non des objectifs en ce domaine. La poursuite de la démarche de réflexion et de comparaison engagée avec les autres établissements apparaît nécessaire, sur un sujet aussi essentiel. Dans sa réponse au rapport d'observations provisoires de la chambre, l'ordonnateur précise que « *le CHRU a décidé d'identifier cette thématique comme une orientation stratégique à renforcer et l'a positionnée comme un des projets BSC* [41] *dans le cadre de la mise en œuvre du projet d'établissement. Le BSC 10 propose ainsi une structuration institutionnelle de l'accompagnement des pôles d'activité et directions métiers sur la dimension des organisations et de leurs évolutions.* »

2 - La durée et la planification du temps de travail : durée du temps de travail, travail à temps partiel, informatisation du temps médical

Le protocole sur la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière du 27 septembre 2001 a ramené la durée hebdomadaire du travail de jour à 35 heures par semaine à compter du 1er janvier 2002 et la durée hebdomadaire du travail de nuit à 32 heures 30 par semaine à compter du 1er janvier 2004. Le protocole local du CHRU de Lille a été signé le 1er février 2002. Ce protocole a été négocié afin de permettre à chaque personnel de bénéficier de 17 journées de repos compensateurs programmées tout au long de l'année, ainsi que de six journées « RTT » gérées à l'identique des congés annuels, tant pour les personnels hospitaliers travaillant sur la base de semaine de travail de 39 heures que ceux à cycle prévisionnel de travail de durée hebdomadaire moyenne de 36 heures. De plus une seconde démarche a été initiée en août 2003 et a permis la signature d'un protocole local pour le travail de nuit, en date du 19 décembre 2003 sur une base de 136 nuits travaillées induisant 17 nuits de repos compensateurs et 8 nuits « RTT » gérées à l'identique des 18 nuits de congés annuels. Le tableau ci-après décrit la situation par catégorie de personnel non médical au 31 décembre 2007.

---

[40] Le travail sur ce point de la CGS a commencé en 2007. Les ratios choisis pour l'état des lieux de l'étude ont été le nombre de poste de travail par métier et le ratio poste de travail/10lits pour la période jour et la période de nuit en distinguant la semaine du week-end. En regard de l'objectif visant à identifier un cadre de fonctionnement type, le périmètre de l'étude a été restreint dans un premier temps aux IDE et AS au lit du patient pour l'hospitalisation conventionnelle en médecine et chirurgie. Les principes d'organisation de l'encadrement de nuit ont été fixés en arrêtant un effectif cible réparti en 5 équipes de 3 cadres de santé, soit 15 ETP avec affectation d'une équipe sur les urgences, une sur les Bateliers, et de 3 sur un groupement d'établissements. A titre de comparaison, le CHU de Toulouse a un effectif cible en cadres de santé de nuit de 16,5 ETP, celui de Bordeaux de 15 ETP, d'ordre de grandeur similaire. Un premier bilan à 5 mois de fonctionnement a été présenté en CTE en mars 2007 et a conclu que l'organisation effective depuis le 1er septembre 2006 avec 5 cadres de santé présents chaque nuit paraît avoir donné satisfaction. Une nouvelle évaluation devait avoir lieu courant 2009.

[41] Balanced ScoreCard.

Administratifs	Soignants, éducatifs et médico-techniques	Techniques et ouvriers
Plages horaires s'étalant de 7 à 21 heures. Horaires aménagés selon les besoins de services avec une amplitude, en générale de 9 heures.	Roulements variables avec des arrivées décalées selon les besoins et aménagements des services. Amplitude horaire pouvant atteindre 10 Heures 15	Tous types d'horaires : roulement, jour fixe, nuit fixe… Jour : de 6 heures à 21 heures Nuit : de 21 heures à 7 heures

Le CHRU pratique tous les modes de roulement et garde, pour chaque catégorie socioprofessionnelle, aussi bien en horaire de jour, horaire alternant, qu'horaire de nuit. Il axe ses efforts d'organisation sur un horaire fixe, tout en assurant la continuité des soins 24 heures sur 24. C'est d'ailleurs un des objectifs d'amélioration des conditions de travail, prévu dans l'accord local RTT. Sur les six dernières années, on observe une augmentation de l'effectif pratiquant des horaires fixes, aussi bien de jour que de nuit : de 52,77 % en 2003, le pourcentage est passé à 58,90 % en 2007, soit près de 6 personnes sur 10. Les roulements et gardes du CHRU font une part plus importante au travail de jour en horaire fixe, si l'on compare avec les données nationales 2005 de la DHOS. En 2007, les horaires de jour sont pratiqués en majorité par le personnel administratif (91,39 %), suivi des personnels techniques et ouvriers (74,33 %) et médico-techniques (34,94 %) et enfin dans une moindre mesure par les personnels soignants et éducatif (34,94 %), mais en 2003, seuls 28,49 % de l'effectif soignant travaillait sous cette forme. Les personnels soignants pratiquaient en 2007 à hauteur de 13,03 % les horaires de nuit et 52,02 % le roulement. Le CHRU a évolué quant à l'attribution de deux jours de repos consécutifs. En 2004, près de 4 770 personnels bénéficiaient de cette possibilité contre 4 590 en 2007. L'accent a été porté sur l'octroi de deux jours de repos consécutifs par quinzaine qui concernaient 4 800 agents en 2003 et près de 5 313 en 2007.

Le CHRU de Lille enregistre une forte proportion de personnel non médical travaillant à temps partiel :

Personnel en temps partiel Toutes quotités- tous budgets	2003	2007	Evolution 2003/2007
Administratifs	271	280	3,32 %
Soignants et éducatifs	1 329	1 539	15,80 %
Médico-technique	175	190	8,57 %
Technique et ouvrier	78	86	10,26 %
Total	1 853	2 095	13,06 %

Le temps partiel à quotité de 80 % est le plus largement utilisé. En 2007, il représente près de 75 % du temps partiel et a augmenté de près de 21 % par rapport à 2003. Cette répartition du travail à temps partiel a un impact sur la masse salariale dans la mesure où s'applique à partir de cette quotité la règle de la retenue[42], plus avantageuse pour la personne rémunérée que la règle du prorata appliquée pour les autres quotités de temps de travail (de 50 % à 79 %). Au vu des comparaisons de CHRU comparables, Lille est un établissement qui accorde comparativement beaucoup de temps partiel avec une quotité égale ou supérieure à 80 %, avec ses conséquences sur la masse salariale.

[42] 6/7^{e} de la rémunération pour le 80 % : sur-rémunération de 5,71 % et 32/35 de la rémunération pour le 90 % : sur-rémunération de 1,43 %.

Quotité parmi les agents à temps partiel au 31 décembre 2007

Rémunérations sur les quotités	CHU BORDEAUX	CHU TOULOUSE	CHRU LILLE	CHU STRASBOURG
Règle du prorata (quotité inférieure à 80 %)	30,34 %	31,24 %	18,47 %	30,05 %
Règle de la retenue (quotité égale ou supérieure à 80 %)	69,66 %	68,76 %	81,53 %	69,95 %

Le personnel médical travaille essentiellement à temps plein. Seuls 13 % travaillent à temps réduit. Cette proportion a évolué à la hausse (+ 5,4 points) sur les huit dernières années. Si l'on applique aux données du CHRU le mode de calcul utilisé par l'IFRAP (Institut français pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques), la règle de la retenue conduit à verser environ 1,7 M€ en sur-rémunération soit l'équivalent de 40 postes de travail estimé au coût moyen de 41 000 € et, par rapport aux autres CHRU comparables, le surcroît de pourcentage, d'environ 12 points, coûte à l'hôpital environ 250 000 € par an.

En réponse au ROP, l'ordonnateur indique que cette politique a des impacts favorables notamment en terme de fidélisation des professionnels et que son surcoût est limité pour le CHRU (environ 1,3 M€ en 2008) compte tenu de la prise en charge par le Fonds pour l'Emploi Hospitalier de la sur-rémunération à hauteur des 2/3 du surcoût. La chambre fait remarquer que l'établissement cotise à ce Fonds et que si le but recherché est la fidélisation des professionnels, cette politique devrait être essentiellement ciblée vers certaines catégories et/ou structures.

Actuellement, ni les maquettes d'organisation ni le temps médical ne sont informatisées. Cette situation devait changer fin 2009 avec l'utilisation du logiciel UPTIMIS pour le personnel médical qui devrait permettre la répartition du temps passé entre les différents types d'activités par chaque médecin (activités de soin, d'enseignement, de recherche, de réseau, de management) mais aussi les congés annuels, les RTT, voire les maladies et maternité. Le « module organisationnel » d'UPTIMIS permettra de gérer un aller-retour ex-ante entre les tableaux de service individuels prévisionnels établis pour chaque médecin du pôle et pour le pôle. Il s'agit de repérer un éventuel « trou » dans l'organisation médicale. Ce développement du paramétrage du logiciel le fait basculer d'un outil de gestion des temps vers un outil de gestion des organisations médicales. Il serait ainsi possible, en conséquence, de fiabiliser à court terme le coût des activités.

C - La réduction de l'absentéisme

Le taux de présence au travail du personnel PNM reste dans la fourchette nationale des EPS.

PNM	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taux de présence au travail à LILLE	0,876	0,881	0,891	0,883	0,888	0,888
Taux national (DHOS)	0,89	0,89	0,89	0,88	NC	NC

Source : bilan social.

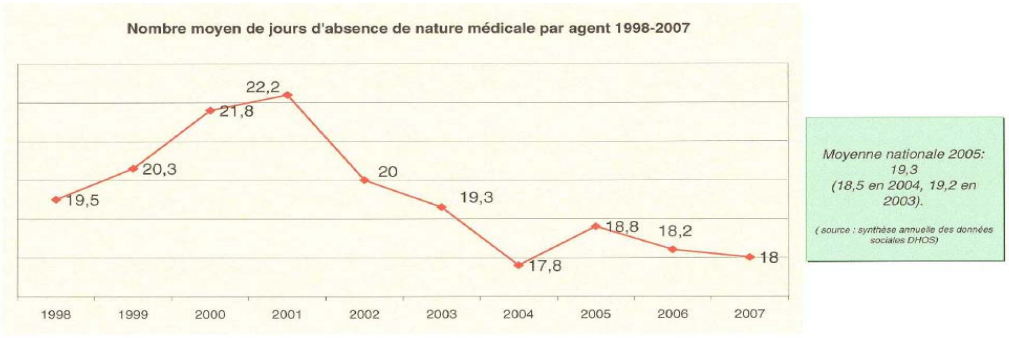
Par rapport à des CHU similaires, pour le personnel médical, le CHRU se situe dans une position médiane.

Données 2006	CH Bordeaux	CH Toulouse	CH Lille	CH Strasbourg
Absentéisme médical toutes causes	8,89 %	8,81 %	9,07 %	9,60 %

L'absentéisme global au 31 décembre 2007 correspond à l'équivalent de 758 ETP physiques, soit un coût d'environ 34 M€ sur une base moyenne. Au vu du tableau et du graphique ci-dessous, la réduction d'un jour en moyenne des absences pour maladie ordinaire équivaudrait à un gain d'environ 1 M€.

Au 31.12.2007	Maladie	Maternité	Congé longue maladie	Congé longue durée	Accident de service et trajet	Maladie profess.	Total
Total des jours d'absence	149 360	52 592	18 288	19 981	26 688	7 118	274 027
Poids en % des absences par motif	54,1 %	19,1 %	6,6 %	7,2 %	10,4 %	2,6 %	100 %
ETP moyen absent (arrondi)	409	144	50	55	79	19	758

Les maladies ordinaires représentent plus de 54 % des arrêts pour cause médicale. Les données FHF relatives à l'absence des personnels non médicaux, toutes catégories pour toutes causes médicales, en jours, placent le CHRU en position plus défavorable que la moyenne nationale. Par catégories socioprofessionnelles et pour cause de maladies ordinaires, l'établissement a un écart défavorable de deux points par rapport à la moyenne. L'absentéisme de nature médicale a cependant diminué nettement de 2000 jusqu'en 2004. Il est remonté en 2005 avant de redescendre à 18 jours fin 2007. Il y aurait une légère dégradation de ce ratio en 2008. Des actions ont été mises en œuvre pour arriver à un taux « raisonnable » d'absentéisme pour cause médicale mais la DRH pense que seule la remise à plat de la prime de service, avec un impact accentué du présentéisme serait vraiment efficace, le CHRU attendant le moment « opportun » pour modifier cette indemnité. Il reste en dessous des moyennes nationales en 2003-2004-2005 de source DHOS.



.

D - Les gardes et astreintes

L'organisation de la permanence des soins s'inscrit dans le cadre du SROS 2006-2011 (volets « prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins » et « démographie des professionnels de santé ») et du Projet Médical de Territoire (maintien d'une offre de soins de proximité). Elle est confrontée aux problématiques de démographie médicale. Le CHRU a un rôle régional en matière de permanence des soins et des groupements de coopération sanitaire sont créés sur ce thème. A l'avenir, cette orientation pourrait compenser en partie les évolutions tendancielles de la démographie médicale. L'hôpital exerce sa mission de recours en proposant une graduation des soins avec les centres hospitaliers de la région qui assurent le premier niveau de prise en charge. La notion de recours s'entend ici par filière régionale de soins et vise la capacité du CHRU de Lille à mobiliser des ressources humaines médicales pluridisciplinaires pour prendre en charge les cas les plus complexes ou les plus lourds.

L'établissement assume une position de quasi monopole régional dans l'activité et dans la capacité à structurer la permanence des « trauma center »[43] pour l'accueil du polytraumatisé aux urgences, la neurochirurgie, le prélèvement d'organes et la greffe, la réanimation pédiatrique, les urgences pédiatriques, le SMUR pédiatrique, le SAMU, le SMUR héliporté, le centre antipoison, le centre des brûlés, le caisson hyperbare, le centre régional de transfusion hémophilie, les urgences chirurgicales vasculaires lourdes, la radiologie interventionnelle spécialisée, etc. Par le SAMU et via la régulation libérale, l'hôpital est aussi partie prenante de l'organisation de la permanence des soins de la médecine de ville du département du Nord.

Le CHRU constitue aussi souvent l'ultime recours pour garantir la permanence des soins lorsque d'autres établissements de la région ne peuvent plus assurer cette mission dans certains disciplines et dans des périodes creuses (nuit, congés, week-end). Il mobilise de ce fait un potentiel de ressources médicales très important axé sur 35 lignes de permanence sur place, 35 lignes d'astreinte opérationnelle, 32 lignes d'astreinte de sécurité et 40 lignes de garde d'interne. Le DAM indique que, si l'on applique les directives européennes[44] sur le temps de travail médical, les besoins correspondraient à 90 ETP médicaux pour tenir le plan de permanence. Ce plan, en première analyse important, doit ainsi être apprécié au regard du nombre de lits desservis, du rôle de recours régional et de la labellisation des activités (programme capacitaire de réanimation, de soins intensifs, surveillance continue). Le plan de permanence tel que décrit ici est, selon le DAM, nécessaire pour répondre à l'obligation de prise en charge des patients 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24. Le CHRU serait d'ailleurs contraint à l'avenir de renforcer ce plan afin de respecter les normes des décrets sur la réanimation et à l'installation des lits de surveillance continue.

Nombre total de gardes et permanence (déclarées et rémunérées au 31 décembre de l'année)

Toutes catégories confondues (Etudiants, juniors et senior)	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 2003/2007
Gardes permanentes	33 203	32 606	32 128	35 191	27 529	- 17,09 %
Gardes samedi après-midi	3 179	3 594	3 387	3 796	3 465	9,00 %
Astreintes	48 302	48 828	44 095	49 392	27 819	- 42,41 %
Gardes étudiants	4 825	4 078	4 974	5 339	5 748	19,13 %
TOTAL	89 509	89 106	84 584	93 718	64 561	- 27,87 %

Source : bilan social.

En 2007, on constate une remise en ordre des gardes et astreintes. Les gardes rémunérées sont en nette diminution sur les cinq derniers exercices (- 27,87 %), et plus particulièrement les astreintes qui reculent de - 42,41 %. Des efforts de gestion - c'est une priorité du CREF - importants et un suivi plus fin des informations transmises expliquent cette évolution.

On retrouve aussi une forte baisse des gardes et astreintes assurées par les seniors. Elles passent de 18 724 gardes permanentes en 2006 à 11 812 en 2007, tandis que les astreintes passent de 48 305 à 27 368 et les gardes du samedi après midi de 1 583 à 1 400. Les astreintes s'équilibrent désormais avec les gardes permanentes (respectivement 42,64 % et 43,09 %).

[43] Il s'agit de la réunion des urgences médicales, psychiatriques, chirurgicales, soins intensifs, radiologie et blocs opératoires pour les urgences.

[44] Directive européenne 93/104/CE du 23 novembre 1993 modifiée par la DE 2003-88/CE (nouvelle qualification du temps de travail, nécessité d'un report compensateur immédiatement à l'issue de la garde résidente).

Répartition par type	2003	2007
Gardes permanentes	37,09 %	42,64 %
Gardes samedi après-midi	3,55 %	5,37 %
Astreintes	53,96 %	43,09 %
Gardes étudiants	5,39 %	8,90 %

Source : bilan social.

Les gardes sont encore essentiellement assurées par les seniors (praticiens) à hauteur de 69 % en 2007, contre 28 % par les juniors (internes) et un peu moins de 10 %, sous une forme encadrée, par les étudiants. Mais de 2003 à 2007, une organisation différente a conduit à augmenter le recours aux juniors. Ce changement s'explique par une volonté d'économie et par une meilleure appréhension des besoins.

Par niveau de personnel Gardes déclarées et rémunérées	2003	Répartition	2007	Répartition
Sénior	66 338	74,11 %	40 580	62,86 %
Junior	18 346	20,50 %	18 233	28,24 %
Etudiants	4 825	5,39 %	5 748	8,90 %
TOTAL	89 509	100 %	64 561	100 %

Source : bilan social.

Le coût de la ligne de garde varie selon le niveau du praticien et la période. Il s'étale du simple au quadruple comme le démontre le tableau récapitulatif ci-dessous. Ces coûts ne reflètent pas forcément le coût économique total et doivent de ce fait être interprétés avec prudence (voir ci-dessous).

Coût de la ligne de garde en € en 2008

Chargé de la garde/période	Garde H Senior	Garde HU Senior	Garde Junior
Jour semaine	391,82	654,96	170,36
Samedi	587,72	982,44	255,54
Dimanche	783,63	1 309,92	340,72
Coût annuel	173 183,40 €	289 492,32 €	75 299,12 €
Part relative chargé de garde/coût annuel	32,19 %	53,81 %	14,00 %

Source : DAM.

NOTA : Il convient de noter que le coût économique total d'une garde senior H, n'est pas forcément inférieur à celui d'une garde senior HU. En effet, la permanence sur place peut générer du temps additionnel (coût monétaire additionnel) ou une récupération le lendemain (perte potentielle d'activité).

Après un audit réalisé en interne courant 2008, le CHRU de Lille a décidé de modifier les saisies des gardes et astreintes pour viser un suivi par le contrôle de gestion (par ligne de garde et par ligne d'astreinte). L'ambition est de produire en routine à la DAM (direction des affaires médicales) un tableau de bord par ligne de permanence sur la totalité du tableau de permanence ainsi que la mise en place de tableaux de bord par pôles, pilotés par des référents au sein du pôle « gardes et astreintes »[45] . L'ensemble du processus est effectif depuis le 1er janvier 2009[46].

[45] La Commission de l'Organisation de la Permanence des Soins (COPS) a établi en avril 2007 un référentiel de règles de déclaration précis permettant d'homogénéiser et de contrôler les pratiques de déclarations, méthode qui risque d'être revue à l'avenir en raison de la modification du mode de comptabilisation des plages suite aux directives européennes précitées. La Direction des Affaires Médicales procède actuellement à des contrôles par sondage mais le nombre de tests trop limité ne permet pas de s'assurer que ces résultats sont représentatifs.
Ce chantier est en cours : le Président de la COPS et le DAM ont sollicité, par courrier en date du 3 avril 2008, chaque responsable de pôle pour permettre la nomination d'un référent « permanence des soins ». Ce sont ces référents qui seront mobilisés dans le déploiement des process de gestion informatisée (développement d'UPTIMIS) et qui seront les garants du bon déroulement du projet « informatisation » dans chaque pôle.

[46] L'ancien processus de gestion des gardes et astreintes s'établissait en deux phases, à savoir le recueil par la DAM de la liste des gardes et astreintes sous format papier auprès des responsables de pôles, et l'indemnisation

UPTIMIS permet de tracer les temps additionnels et devient l'outil universel de déclaration des activités médicales de jour comme de nuit. Un premier module des gardes et astreintes a été testé dans deux pôles (Urgences et « Anesthésie-Réanimation Huriez ») pour une généralisation en 2009.

Le coût direct de la permanence des soins, temps additionnel inclus, dépasse les 10 M€ (hors charges). Le CHRU considérait que « la spécificité des missions et le rôle de recours du CHU entraînent un ratio nombre de tours de permanence/lits MCO important objectivant un sous financement par les tarifs » et que le tableau de permanence devra évoluer « au fur et à mesure de l'avancée du plan de modernisation de l'hôpital dit « Projet Sud » et des évolutions d'un programme capacitaire rendant nécessaire le renforcement de la permanence des soins en anesthésie réanimation et en réanimation médicale ». En 2009, le financement de la permanence des soins a évolué (voir la suite du rapport).

E - La gestion des remplacements

Le nombre de mensualités de remplacement (en ETP) est en augmentation de 21 % en 2007 par rapport à 2003, malgré la volonté du CHRU de les contenir. Ces mensualités équivalent à environ 118 ETP.

Evolution de mensualités de remplacement

Catégorie socioprofessionnelle	2003	2004	2005	2006	2007	Evolution 2003/2007
Administratifs	192,16	199,14	174,24	196,20	235,80	22,71 %
Soignants et rééducateurs	637,23	615,62	581,76	690,60	674,40	5,83 %
Médico-techniques	36,19	56,34	92,40	29,88	32,52	- 10,14 %
Techniques et ouvriers	300,90	301,82	297,72	529,32	470,28	56,29 %
TOTAL CHRU (mensualités)	1 166,48	1 172,92	1 146,12	1 446,00	1 413,00	21,13 %
En ETP	97,2	97,7	95,5	120,5	117,8	21,13 %

Le remplacement concerne à plus de 47,4 % le personnel soignant et à 33,5 % le personnel technique, le reliquat se répartissant entre les administratifs (16,8 %) et les médico-techniques (2,3 %). L'hôpital a mis en place une politique de gestion des moyens de remplacement qui s'efforce de privilégier le remplacement par redéploiement interne. Elle se décline suivant la nature de l'absence :

- pour les absences longues (congés maternité, congé longue durée et longue maladie) : compensation par une équipe commune de suppléances. Cette équipe est constituée de 168 personnes de niveaux et métiers différents. Les besoins prévisionnels sont transmis à la DRH qui évaluent les modalités de couverture au regard des ressources disponibles ;

- pour les absences courtes (congés annuels, autorisations d'absence, maladie, CET de moins de 20 jours : compensation par le biais des mensualités de remplacement (voir tableau précédent). La mobilisation de la ressource auprès du service de recrutement se réalise après accord et validation du service de la gestion prévisionnelle des emplois et des effectifs.

sur une base déclarative. A défaut d'indication sur l'imprimé de l'unité fonctionnelle de la garde, c'est sur le pôle d'origine que s'imputait l'indemnisation.

F - La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences

1 - Le schéma directeur pour l'emploi

La mise en place de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) est un objectif majeur de la politique de gestion des ressources humaines et du management du CHRU. Elle est notamment indispensable pour une anticipation des besoins futurs. Elle fait partie du projet d'établissement de 2004-2008 et plus particulièrement du volet 5 relatif à l'accompagnement social abouti au 15 mai 2004 après une période de gestation de deux ans qui recense l'ensemble des actions ayant pour finalité :

- d'adapter l'hôpital aux évolutions sociales ;

- de mobiliser l'ensemble des ressources pour la mise en œuvre des orientations médicales, de soins et de recherche ;

- de capitaliser les avancées du champ social.

Un comité de pilotage des métiers et compétences a été institué à compter du 1er avril 2004, pour mettre en place une « véritable » gestion prévisionnelle des emplois, des métiers et des compétences (GPMC) en lien avec le projet d'établissement, afin de *« permettre le maintien d'un potentiel de croissance de l'établissement tout en continuant d'adapter les moyens humains aux évolutions technologiques et économiques* ». La mise en place de ce comité avait pour objectif de créer des outils d'analyse pour l'aspect qualitatif, en déterminant les segments « métiers » à prendre en compte, l'articulation entre une « approche métier et les leviers politiques », la formation et les enjeux de l'établissement, tout en l'adaptant à un niveau quantitatif. Ce comité s'est réuni environ deux fois par an depuis sa création.

Un préalable à l'évaluation qualitative des besoins par métiers est de définir un référentiel des compétences requises pour l'ensemble des métiers du CHRU sur la base du répertoire national des 280 métiers publié par la DHOS et de positionner l'ensemble du personnel sur ces métiers. Le recensement de l'ensemble des métiers a concerné environ les 2/3 du personnel non médical soit environ 6 000 agents. Une date butoir avait été arrêtée officiellement à fin 2008, soit environ quatre ans après la création du comité, puis repoussée à fin juin 2009. Le retard s'expliquerait, selon le CHRU, par des problèmes concernant les métiers supports qui enregistrent 20 % des effectifs. Le progiciel Evoluance RH de Mac Phesson qui devait remplacer l'actuel courant 2009 devrait aussi faciliter la gestion de ce dossier.

Bien que comprenant l'existence de difficultés techniques, la chambre regrette le délai nécessaire à cet état des lieux, alors que, à raison, l'évaluation des besoins sur les métiers dont cette étape est la première, a été annoncée dans le projet d'établissement comme indispensable. Dans l'état actuel, le manque de lisibilité sur un schéma directeur pour l'emploi est un obstacle majeur à la détermination de la nature des besoins et à la fixation du volume optimum de recrutements. En effet, ce schéma directeur devait anticiper sur une durée de cinq ans les recrutements à venir y compris sur les métiers ou fonctions a priori difficiles à remplacer et passer par l'édification d'un différentiel prévisionnel entre les entrées et les sorties par métiers, la définition d'hypothèses sur les tendances d'évolution par métiers, le calcul de projections par métiers. Son absence actuelle explique sans doute, en grande partie, la difficulté qu'a le CHRU à établir des prévisions précises de recrutements autrement qu'à court terme.

Dans sa réponse d'octobre 2009, l'ordonnateur déclare que la cartographie des métiers serait achevée de manière exhaustive fin 2009 et que l'établissement a parfaitement identifié ses besoins par métiers, en déclinaison des orientations stratégiques à 3/5 ans. L'établissement bénéficierait donc d'ores et déjà d'une prévision pluriannuelle de ses recrutements lui permettant d'utiliser, dans une gestion anticipée, les flux naturels par métiers et les marges de manœuvre induites. Ces éléments n'ont pu être vérifiés par la chambre.

2 - La politique de motivation du personnel

La pratique des entretiens d'évaluation est aujourd'hui assez répandue pour le personnel non médical (75 % selon une enquête 2006) et la contractualisation devrait élever ce chiffre à 100 % à court terme. Une bourse des emplois vacants a été mise en place à partir de 1993. Elle permet la transparence de l'ensemble des vacances de postes et organise la mobilité interne, favorise l'évolution des carrières et le décloisonnement des services. Cette bourse peut également favoriser des gains de productivité si elle établit des priorités en ce qui concerne les départs de postes « rendus » vers d'autres postes. Quand le projet sera mené à terme, la base de données concernant le personnel devrait aussi, dans le cadre de la GPEC, favoriser les carrières en précisant les choix offerts aux agents et faciliter l'élaboration de cursus professionnels.

Lors de la réunion de la CME du 4 mars 2008, un projet de renforcement de la protection sociale complémentaire des personnels médicaux a été présenté assurant aux praticiens du CHRU de Lille qui le souhaiteraient, des tarifs préférentiels de compagnies d'assurance, ce qui est un élément non négligeable en termes d'attractivité pour le CHRU.

La formation du personnel non médical entre dans un cadre beaucoup plus formalisé que celle du personnel médical qui ne repose que sur une mise à disposition de « droits de tirage » de formation professionnelle. Elle est structurée selon trois axes et s'appuie sur un plan de formation triennal. Ainsi, pour la période 2004-2008 :

- la déclinaison des différents volets du projet d'établissement 2004-2008 ainsi que des prescriptions réglementaires ;

- les actions spécifiques en lien avec les projets des pôles d'activité, les départements ressources et les actions communes à plusieurs pôles et départements ;

- les actions répondant aux souhaits d'évolution personnelle et professionnelle des salariés.

Le nombre de journées de formation du personnel non médical représente en 2007 une moyenne de 2,3 jours par an par ETP moyen. Par ailleurs, 69 personnes se sont inscrites dans le dispositif de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

Au regard de la diversité des disciplines, la formation médicale continue est régie selon le principe de libre choix des médecins quant à la nature de la formation et de l'organisme prestataire : 779 actions de formation ont été déclarées par le personnel médical en 2007 dont 43 % de participations à des congrès et colloques.

L'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est une obligation législative et réglementaire pour l'ensemble des professionnels de santé, à titre individuel et collectif, mais aussi fondamentale quant à ses implications pour le professionnel et pour le patient. L'EPP peut se définir comme une analyse des pratiques professionnelles en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS). A cet effet, le CHRU a institué en 2006, conjointement avec la faculté de médecine de Lille, une commission mixte hospitalo-universitaire, chargée de la Formation Médicale Continue (FMC), de l'évaluation et de l'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles qui se scinde en

deux sous commissions dont l'une (formation médicale continue) évalue la pertinence des demandes et propose les financements adaptés, et l'autre a pour mission de mettre en place et de faire fonctionner le dispositif d'évaluation et d'accréditation de la qualité des pratiques professionnelles des professionnels de santé. La commission mixte hospitalo-universitaire FMC-EPP s'est réunie à plusieurs reprises et a relevé 24 actions d'EPP dans le cadre de la certification V2 de l'établissement par la HAS.

IV - L'ORGANISATION DES SOINS

A - L'adéquation des ressources physiques à l'activité (approche quantitative)

1 - La cohérence des locaux

La modernisation de l'hôpital Huriez (« Projet NORD ») qui a comporté une partie rénovation en site occupé et des constructions neuves s'est accompagnée du transfert d'activités vers d'autres sites de 1993 à 1997. Elle a pris fin en 2008 avec la modernisation de l'aile Est d'Huriez et en 2009, avec l'installation de certaines activités dans les étages restés vacants dans l'aile Ouest. Cette modernisation sur la période 1993-2008 aura coûté environ 135 M€ dont 121,6 M€ de travaux et 13 M€ d'équipements. Le regroupement des activités devrait se poursuivre à moyen terme. Les projets architecturaux du « Projet Sud », si cette option se confirme à court terme, sont fédérateurs de projets organisationnels et médicaux communs. Ainsi, il s'agira :

- d'identifier de grandes zones d'activité : des plateaux techniques regroupés au centre de l'hôpital distincts de l'hébergement avec le passage final à deux sites au lieu de trois et aussi des zones dédiées aux activités d'enseignement et de recherche et aux activités tertiaires.

- de développer l'ambulatoire dans de vrais « centres » par l'association des plateaux techniques programmés aux secteurs d'hébergement dédiés.

- de créer une porte unique de l'urgence desservant les urgences générales et spécialisées cardiologiques et neurovasculaires.

- de regrouper les réanimations médicales (50 lits) à proximité des Urgences et d'installer 30 lits de surveillance continue.

L'identification du bâtiment cardio-pulmonaire permettra le regroupement des activités de l'hôpital cardiologique et de l'hôpital Calmette et donc le rapprochement des activités chirurgicales et réanimatoires autour des activités médicales du cœur et du poumon, sur de mêmes plateaux communs. Il intégrera le SAMU et le centre anti-poisons. Le nouveau bâtiment sera relié par une galerie au bâtiment des réanimations chirurgicales et de surveillance continue.

Ce regroupement et celui des activités liées à la « fertilité » à Jeanne de Flandre permettront la fermeture et le déclassement de l'hôpital Calmette puis sa vente.

- de moderniser les hôpitaux cardiologique et Salengro. A Salengro, se situeront notamment les salles d'urgence et les blocs opératoires appareil locomoteur (8 salles), neurochirurgie (8 salles), ambulatoire (3 salles), d'urgences chirurgiques enfants (6 salles), d'urgences et le plateau d'imagerie associé. Les circuits ambulatoires adultes et enfants disposeront à Salengro d'un plateau technique commun.

- et de regrouper les prises en charge de tous les enfants sur un site unique (Jeanne de Flandre). Le plateau médico-technique (blocs et imagerie lourde) dédié à l'enfant, situé à Salengro, sera relié par une galerie à Jeanne de Flandre.

Le « Projet Sud » s'est accompagné d'une étude sur les flux de communication (déposes, accès spécifiques y compris le flux provenant de l'hélistation, l'accès des malades couchés aux urgences…). Un retour sur investissement est attendu par l'optimisation des organisations. Le projet s'insère aussi dans la perspective d'un meilleur confort hôtelier avec des chambres à un lit plus nombreuses dont la facturation attendue correspond annuellement à un gain de 1 M€ en vitesse de croisière. Le développement d'activités prévu dans ce cadre a été évalué lors de la présentation le 21 mai 2008 à l'équipe dirigeante comme suit :

Action : impact en M€	2011	2012	2013	2014	2015
Mise en œuvre des 30 lits de surveillance continue autorisés	0,7	0,7	0,7	0,7	0,7
Mise en œuvre des lits de surveillance continue pédiatrique autorisés		0,5	0,5	0,5	0,5
Mise en œuvre de 20 lits de médecine polyvalente post-urgences	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Effet « rebond » de la chirurgie ambulatoire		0,55	0,55	0,55	0,55
TOTAL	1,3	2,4	2,4	2,4	2,4

En outre, les gains en emplois seraient, à l'issue des réorganisations rendues possibles par le projet, d'au moins 55 à 60 ETP[47]. La réalisation du « Projet Sud » devait commencer en 2009 ; elle sera retardée au moins d'un an à cause de l'objectif d'équilibre financier du CHRU qui est un préalable à l'éligibilité au plan Hôpital 2012 (voir partie sur la situation financière).

2 - La gestion des lits, les goulets d'étranglement et les alternatives à l'hospitalisation

Un des problèmes se posant au CHRU est de bien évaluer les lits nécessaires, tout en cherchant à en réduire le nombre en développant des alternatives à l'hospitalisation. Il s'agit aussi de diminuer les files d'attente pour les consultations. Les délais d'attente pour des consultations, s'échelonnent de deux jours (consultation de pédiatrie) à sept mois (consultation de mémoire en neurologie) et sont régulièrement évalués et repérés dans 14 pôles. Les praticiens s'appuient sur un logiciel « maison », pour programmer leurs actes chirurgicaux et réguler les plages opératoires trimestriellement.

L'hôpital transmet quotidiennement ses disponibilités en lits par service et par pôle en temps réel grâce à une saisie centralisée. Les données sont transmises à l'ARH et à la DHOS tous les soirs, pour faire un état complet des lits disponibles sur la région (logiciel ARDAH). Dans un contexte d'une permanence 24 heures sur 24 de l'accueil des patients à la fois pour des prises en charge de proximité et hyperspécialisées, il s'agit de travailler à harmoniser les capacités de l'urgence et de l'hospitalisation programmée, en facilitant les liens entre le pôle de l'urgence et les autres pôles cliniques et, ainsi, de fluidifier les filières de prise en charge, de définir des niveaux d'alerte et de procédure commune en cas de difficultés de placement des patients. Un tableau de synthèse de la situation est envoyé quotidiennement par la direction aux directeurs délégués aux pôles, aux directeurs des soins et chargés de missions ainsi qu'aux cadres gestionnaires des pôles d'activité.

La circulaire 195/DHOS/O1/2003 du 16 avril 2003 relative à la prise en charge des urgences a institué une commission des admissions et des consultations non programmées (CACPN) au sein des établissements jouant un rôle pivot dans ce domaine. Elle examine les propositions de fermetures de lits par pôle et par discipline, ces données étant validées en conseil exécutif deux fois par an. La commission tient compte des préconisations en matière de maintien de lits ouverts en fonction de leur typologie (réanimation, soins intensifs, pédiatrie, cardiologie, etc.) mais également de l'activité (part d'activité programmée) et des ressources disponibles

[47] Dont 20 ETP pour la pédiatrie par le passage d'unités de 15 lits à 26 lits, 5 à 10 ETP sur les blocs opératoires, 8 ETP sur les unités communes d'hospitalisation programmées, 7 ETP logistique par la fermeture de Calmette, 2,5 ETP sur les urgences.

(congés, etc.). Ce sont essentiellement les lits d'hospitalisation de semaine et les hôpitaux de jour qui sont fermés pendant les périodes de congés annuels. Cette commission qui n'a été mise en place au CHRU qu'en juillet 2007, établit un rapport annuel et ses préconisations ont un caractère obligatoire. Mais la chambre relève que l'établissement n'est pas resté inactif avant la création de la CACNP. Dès 1995, le conseil de l'Urgence s'est saisi de la question de l'organisation des filières de soins internes et dès 2000, le CHRU de Lille a contribué avec l'appui de la FHF à la mise en place d'un recensement régional des prévisions de lits estivales.

Une étude interne a été menée sur l'activité non programmée sur deux mois[48] et le CHRU a accueilli aux urgences une mission de la MeaH fin 2008, avec l'objectif d'analyser et de comparer la durée des passages des patients aux urgences, tant au niveau quantitatif que qualitatif. Les réflexions abordées en 2008 ont concerné la procédure d'alerte, la permanence téléphonique, l'adaptation de la capacité d'accueil et l'analyse des lits en période hivernale ou en été. Une ouverture inutile de lit étant « coûteuse », un dosage précis doit réaliser une bonne adéquation des lits aux besoins, car il s'agit à la fois d'éviter un goulet d'étranglement aux urgences ou des transferts dans d'autres établissements et un nombre de lits vacants trop important[49]. Plusieurs indicateurs ont été récemment définis comme le nombre de patients venant des structures d'urgence du CHU, par type de prise en charge ; le nombre de patients « non programmés » en entrée directe (extérieur CHU), par type de prise en charge, le nombre de patients refusés/réorientés par manque de places disponibles ou du fait de capacités inadaptées (outil de recueil spécifique pour le nombre de patients refusés).

L'un des moyens de diminuer le nombre de lits consiste à développer les alternatives à l'hospitalisation (AAH). Le tableau suivant indique les capacités en AAH au 31 août 2009.

AAH	Lits autorisés au CPOM socle		Lits installés au 31/08/2009	
	AAH	HAD	AAH	HAD
Médecine	165	60	157	30
Chirurgie	70		64	

L'hospitalisation à domicile (HAD)[50] constitue une alternative à l'hospitalisation traditionnelle qui permet d'assurer, au domicile du malade et pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés[51]. Les malades pris en charge nécessitent une coordination des soins, une évaluation médicale au moins hebdomadaire, des soins techniques quasi-quotidiens (infirmiers, kinésithérapie, orthopédie, psychologues,…). Le volume de l'activité globale de l'hospitalisation à domicile proposée par le CHRU de Lille est évalué à 22 000 journées par an. La structure HAD « HOPIDOM » accueille des patients (futures mamans en grossesse pathologique, rééducation médicale ou postopératoire, soins palliatifs, chimiothérapies à domicile, ce qui est innovant…) depuis le 12 janvier 2009 et a une capacité de soins de 30 patients par jour depuis le 1er juillet 2009. La prise en charge des enfants, dans le cadre d'une HAD pédiatrique, a été reportée à 2010.

---

48 Du 1er décembre 2007 au 31 janvier 2008.

49 L'étude de l'activité sur les années antérieures par la commission est l'un des moyens utilisés pour programmer les fermetures de lits. A titre illustratif, en 2006, l'été a été marqué par une vacance moyenne de 367 lits en juillet et 346 lits en août sur l'ensemble du CHRU de Lille ce qui est révélateur d'une mauvaise prévision ayant mobilisé trop de ressources. Une estimation plus fine de la capacité d'accueil sur la période hivernale 2007 et sur la période estivale 2008 par grands secteurs (médecine, chirurgie, réanimation, soins suite) a été réalisée grâce à l'analyse des 4 années antérieures.

50 Le gouvernement souhaite donc renforcer le développement des structures d'HAD et a affiché l'objectif de 15 000 places d'ici 2010. Le projet d'établissement du CHRU de Lille prévoit un effort en ce domaine.

51 Les soins réalisés en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes : l'HAD concerne des malades atteints de pathologies graves, aigues ou chroniques et/ou instables, qui, en l'absence d'un tel service, seraient hospitalisés.

3 - L'efficience des services médico-techniques

a - Les blocs opératoires

Les 14 blocs opératoires du CHRU comportent 84 salles d'interventions chirurgicales et sont répartis sur cinq bâtiments, proches des lieux d'hospitalisation dont ils relèvent. Le CHRU dispose de l'outil « Horizons blocs » de la MeaH qui permet de déterminer le dimensionnement cible des plateaux techniques dans le cadre d'un projet architectural. Il a, en plus, développé des outils permettant de visualiser le déroulement du programme opératoire par jour dans un bloc donné et d'évaluer l'adéquation entre les ressources humaines et l'activité.

L'analyse détaillée de l'occupation du bloc (TROS : temps réel d'occupation des salles) au regard de ses plages d'ouverture (TVO : temps de vacation offert au praticien) permet d'élaborer un diagnostic des dysfonctionnements et de proposer des actions correctives pour chacun des blocs. Cela permet d'identifier les retards dans le démarrage du programme opératoire, les temps « perdus » entre chaque intervention, le nombre d'équipes « IBODE-IADE » (infirmières de bloc opératoire diplômées d'Etat ; infirmières-anesthésistes diplômées d'Etat) rapporté au nombre de salles ouvertes simultanément et donc les pratiques de triangulation, les horaires de fin de programme opératoire et les créneaux parfois peu utilisés en fin de vacation, les débordements qui génèrent des heures supplémentaires. L'adéquation entre les ressources humaines et l'activité est recherchée par un plan d'actions spécifique à chaque bloc, suivi dans la démarche de contractualisation interne, s'appuyant sur les bonnes pratiques organisationnelles définies par la MeaH et sur un diagnostic organisationnel préalable ciblé[52]. Le CHRU n'a cependant pas été en capacité de produire une mesure globale de l'écart entre les ressources humaines disponibles et l'activité réalisée dans les blocs opératoires. Les premiers travaux de la CGS ont abouti sur l'approche de l'organisation des blocs opératoires par des indicateurs et initié une prise de conscience des points forts et des points faibles. La CGS estime que les actions menées jusqu'alors ont permis d'engager dans de bonnes conditions l'ensemble des blocs opératoires et sites interventionnels sur l'opération « Benchmark blocs » conduit par l'ARH. On a pu notamment mettre en lumière des temps de chevauchement parfois importants, un écart entre les horaires d'arrivée des personnels et l'ouverture des salles ainsi qu'entre les horaires de départ des personnels et la fermeture des salles. Une étude menée en 2005 a aussi permis de mesurer le taux d'instrumentation des différents blocs opératoires. Ainsi, pour un bloc opératoire dans lequel 50 % des interventions sont instrumentées, 1 heure d'intervention requiert 1 heure 30 minutes de temps IBODE. En ce qui concerne les IADE, on considère qu'1 heure d'intervention requiert 1 heure de temps IADE.

Les pistes d'amélioration pour adapter les effectifs et les organisations de travail à l'activité sont relativement similaires dans l'ensemble des blocs opératoires de l'établissement. Elles reposent sur la mise en œuvre des bonnes pratiques définies par la MeaH : processus de planification permettant d'affiner la composition des équipes IBODE-IADE nécessaires pour la réalisation de l'activité prévue, modulation des amplitudes d'ouverture en fonction des salles au regard du type d'intervention réalisée et des besoins de la spécialité. L'amélioration du processus de programmation de l'activité opératoire doit permettre de remplir au mieux ces temps de vacation offerts aux praticiens (TVO). Il s'agit d'optimiser l'enchaînement des interventions sur une même salle en limitant les temps « perdus » entre deux interventions (modalités d'appel des patients au sein des unités de soins…). La pérennité de ces actions est également conditionnée par la mise en œuvre d'un système de supervision du déroulement de l'activité opératoire et

[52] L'adéquation effectifs/activité a été mesurée de manière exhaustive et globale dans le cadre de l'étude de benchmarking de la MEAH. Les indicateurs proposés (ratios ETP/activité) dans ce cadre sont néanmoins apparus trop généraux. C'est pourquoi le CHRU de Lille a privilégié la conduite de projets de réorganisation « ciblés » pour chacun de ses blocs opératoires. Le résultat des actions menées est suivi dans le cadre de la démarche de contractualisation interne.

d'enregistrement des dysfonctionnements. L'informatisation des blocs opératoires du CHRU, qui devrait être effective en fin d'année 2010, permettra l'enregistrement des dysfonctionnements, la « traçabilité » des actes, le recueil des données indispensables à l'ajustement de la planification et au suivi des indicateurs de performance.

Ces résultats permettent par ailleurs de négocier avec les équipes médicales et paramédicales des blocs opératoires le développement d'activités à moyens constants. Enfin, le regroupement des blocs opératoires et des sites interventionnels au sein de plateaux techniques redimensionnés et mutualisés devrait avoir un impact positif dans le cadre du projet architectural « Sud ». Les blocs aujourd'hui dispersés sur différents sites seront regroupés au sein de plateaux techniques mutualisés dimensionnés à partir de l'outil. Le nombre de salles diminuerait de 6 % tout en permettant, par une adaptation de l'organisation, d'assurer les évolutions prévisibles de l'activité (notamment par une amplitude d'ouverture revue en fonction des spécialités). Le taux de performance constaté par l'étude MeaH d'octobre 2007 était de 77,5 % pour les blocs opératoires du CHRU de Lille (hors salles dédiées à l'urgence). Ce taux était le meilleur des dix CHU participant à l'étude.

La cible pour 2010 a été fixée dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre. L'ensemble des blocs ayant en 2007 un taux de performance inférieur à 80 % devront avoir atteint cette cible d'ici à 2010 et ce taux, après informatisation de l'ensemble des blocs opératoires et réalisation des regroupements de plateaux techniques prévus dans le cadre de l'opération architecturale « Sud », devrait atteindre 85 % à terme. Ces objectifs sont suivis dans le cadre de la contractualisation interne.

b - Le regroupement des laboratoires : le centre de biologie

1) Une opération effectuée dans le cadre d'« Hôpital 2007 »

Le centre de biologie-pathologie (CBP) de Lille constitue aujourd'hui, le plus grand laboratoire de biologie hospitalière de France. Il regroupe sur 18 000 m², 23 laboratoires du CHRU, plus de 750 professionnels et huit millions d'actes. Les objectifs du regroupement étaient « de contribuer à améliorer la prise en charge du patient, en permettant d'apporter la réponse la plus rapide et la plus complète aux demandes d'analyses, et, par une centralisation permettant l'amélioration du système d'information, de contribuer à limiter le nombre de prélèvements effectués ; de participer à la maîtrise des coûts par l'optimisation de moyens matériels et humains au sein de plateaux techniques ouverts et partagés ou d'unités logistiques communes ; favoriser la réalisation d'analyses nouvelles au sein de chaque discipline, notamment à travers la confrontation des travaux de recherche interdisciplinaires ; promouvoir le rôle de recours du CHRU dans les différents domaines de la biologie ou de l'anatomopathologie, et contribuer à la structuration et au développement d'un pôle régional consacré à la biologie spécialisée. ».

Auparavant, l'hôpital disposait de 23 laboratoires répartis sur sept établissements ayant chacun sa propre organisation. Tous les laboratoires ont été regroupés dans le centre, à l'exception des laboratoires de génétique médicale et de biologie de la reproduction, situés à l'hôpital Jeanne de Flandre, et des EFR, de la spermiologie et du CECOS situés à Calmette. A l'instar des autres, ils font partie de la fédération de la biologie. L'opération de regroupement s'est déroulée en deux phases.

La première phase a consisté à regrouper de manière transitoire plusieurs laboratoires (biochimie endocrinologique, biochimie et biologie moléculaire de l'hôpital Huriez, immunologie, anatopathologie, une partie du service de biochimie et biologie moléculaire de l'hôpital Roger Salengro) sur le site d'Eurasanté. Faute de locaux disponibles sur le site, la première phase a entraîné la location de locaux par bail ferme conclu le 14 janvier 2003, pour une opération « tiroir ». Dans une décision en date du 9 octobre 2004, l'ARH a, par ailleurs,

confirmé l'éligibilité du projet au titre du « Plan Hôpital 2007 ». Dans deux avenants au CPOM signés avec l'ARH le 15 décembre 2003 et le 29 septembre 2006, le regroupement des laboratoires est prévu au plus tard le 1er janvier 2007 et l'ARH s'engage à payer la somme de 1 358 249 € TTC pour couvrir un an de loyer. Cette aide de l'ARH a ensuite été pérennisée pour la location.

La deuxième phase a consisté en la construction du centre de biologie regroupant l'ensemble des laboratoires, l'installation des paillasses, la rénovation du réseau informatique inter-établissements, la mise en place du réseau de transport automatique léger (TAL). Ce système pneumatique de transport automatique léger pour le transport des prélèvements est le plus long d'Europe (20 réseaux/18 Km de tuyaux).

Le CBP est positionné au cœur du dispositif de soins, à proximité des principaux hôpitaux, notamment Roger Salengro pour les urgences. Le chantier du bâtiment, débuté en juillet 2005 après la procédure d'appel d'offres, s'est achevé par la livraison le 15 février 2007[53]. Les déménagements ont été achevés en juillet 2007, la première tranche du TAL a été livrée en mai 2007 et la deuxième en décembre 2007. L'année 2007 a donc été une année de transition avec une activité en partie perturbée.

Le coût total du projet a été de 44 M€ se décomposant en 34,7 millions de coût de construction, 5,1 millions d'équipements (médical et non-médical), 1,7 million pour le système informatique, 2,6 millions pour le TAL. Le financement à hauteur des 41,4 millions (hors TAL), a été assuré par autofinancement pour 23,2 millions, une subvention régionale pour 0,8 million ainsi qu'un emprunt (remboursement par aide du plan Hôpital 2007) de 16,8 millions.

2) *Principaux objectifs et apports du regroupement des laboratoires*

Les apports du projet consistent en premier lieu en une plus grande rapidité des analyses. Le TAL assure un transport des échantillons en moins de trois minutes entre les différents sites hospitaliers et le centre. Le projet SILCEB (système d'information des laboratoires) a permis la mise en œuvre de l'informatisation de la prescription entre les services de soins et les laboratoires et une optimisation de l'environnement informatique des activités de biologie. A ce jour, le centre[54] est le seul à avoir mis en place une informatisation des prescriptions et un tri automatisé des échantillons permettant d'optimiser les flux de prélèvements et facilitant ainsi les échanges clinico-biologiques et la prise en charge des patients. Des secteurs techniques automatisés rendent possibles le traitement de plusieurs milliers d'analyses en l'espace de quelques heures, avec un temps de rendu de résultat très court (de l'ordre de 15 minutes) pour les urgences vitales.

Le projet a notamment permis la création d'un plateau technique intégré de diagnostic biologique et pathologique, en mutualisant les compétences et moyens des deux pôles. Il a facilité l'accès à de nouvelles technologies dans le domaine de la génomique fonctionnelle de l'hémostase ou de l'imagerie cellulaire et a favorisé la synergie des différentes équipes réunies

[53] Les délais prévus de 18 mois ont été à peu près respectés.

[54] Le centre dispose d'un plateau d'urgence et de routine intégré, d'un secteur tri enregistrement et préanalytique entièrement automatisé et de moyens logistiques et administratifs communs aux différents laboratoires. En effet, le bâtiment est réparti sur 5 niveaux (dont un sous-sol) et comporte des secteurs techniques spécialisés qui possèdent les locaux et équipements nécessaires à la réalisation des analyses propres à chaque discipline, des plateaux techniques ouverts et partagés, une zone de réception-tri-enregistrement automatisée, assurant l'orientation et l'acheminement rapide des prélèvements vers les postes de travail, une unité commune de conservation des échantillons, une laverie stérilisation qui permet de standardiser les méthodes de travail et les contrôles de qualité, un centre d'approvisionnement qui offre les garanties de sécurité indispensables au stockage des produits réactifs, un secteur tertiaire qui se répartit en bureaux et locaux collectifs pour les activités administratives, d'encadrement, d'organisation et de formation.

sur des plateaux communs de biologie moléculaire et de physicochimie. Le regroupement en une fédération, facilité par le regroupement, a impulsé une meilleure synergie entre les laboratoires, favorisé les coopérations interdisciplinaires et l'adoption de méthodes de travail harmonisées.

La Fédération du Centre de Biologie-Pathologie s'est engagée dans un accord cadre (2007/2011) avec la direction à développer la biologie régionale, à développer la recherche et l'expertise, à réduire ses coûts (objectifs à atteindre dès 2010 dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre du CHRU), pour l'équivalent de 3,3 M€ annuels à production constante (voir ci-dessous), ce qui implique une réduction effective de ses dépenses de personnel (- 2,2 M€) et d'équipement médical, de ses consommations de réactifs et consommables (- 1,1 M€). Les contrats avec les différents pôles[55] de la fédération ont été signés le 27 mars 2009.

Le regroupement a pour objectif le renforcement de la vocation régionale, voire sur certaines analyses très spécialisées, interrégionale, de la biologie de l'hôpital. La capacité du centre a été dimensionnée dans cette optique, notamment par l'acquisition de machines de pointe et très rapides. Les laboratoires d'immuno-hématologie indispensables pour les actes de transfusion faisaient lors de l'instruction l'objet d'une démarche de partenariat avec l'Etablissement Français du Sang (EFS) pouvant se concrétiser sous forme d'un plateau commun au CHRU. Le responsable de la Fédération est en train de faire le point des besoins de l'ensemble des CH de la région dans le domaine de la biologie. La chambre pense cependant qu'une telle démarche aurait logiquement dû précéder la construction du centre et son dimensionnement. A la connaissance de la chambre, jusqu'à présent seul le centre hospitalier de Seclin a répondu favorablement à cette offre de services, en ayant engagé une coopération pour les activités biologiques.

3) Bilan financier du regroupement des laboratoires

➢ Les coûts du B (analyse de biologie médicale) et du P (acte d'anatomie et cytologie pathologique)[56]

En 2006, avant le regroupement des laboratoires, le coût du B des laboratoires hors morphologie était de 0,20 € pour une activité de 242 millions de B et équivalents. Le coût élevé du B, surtout pour une production importante a été un motif du regroupement des pôles. L'objectif était de revoir l'organisation et le système d'information. En effet, pour la moyenne des CHU ayant intégré la base, ce coût était de 0,19 € pour une production de 134 millions de B et équivalents et, pour tous les établissements de la base de 0,19 € pour une production moyenne de 37 millions de B et équivalents. En 2006, le coût du B à Lille comprend notamment :

- en 47 % de dépenses de personnel non médical, à comparer pour l'ensemble des CHU à 45 % ;

- en 23 % de dépenses de personnel médical, à comparer pour l'ensemble des CHU à 18 % ;

- en 24 % de fournitures pour laboratoires, à comparer pour l'ensemble des CHU à 21 %.

Au vu du tableau suivant, la performance 2007 en ce qui concerne le coût du B est médiocre. Cependant, il n'est pas encore possible d'en tirer des conclusions car 2007 a été une année de transition (déménagements) qui a entraîné une baisse d'activité. Selon les informations du CHRU, le coût 2008 serait en baisse de - 5 %, ce qui ramènerait à peu près à la situation de 2006.

[55] Pôles : la biochimie, l'hématologie, la microbiologie, l'immunologie, la pathologie.
[56] Le B et le P servent d'unités d'œuvre (base d'Angers).

Hors labo de morphologie

2007	CHRU Lille	Moyenne 19 CHU	Médiane 19 CHU	2006 CHRUL
Coût du B et équivalents (€)	0,210	0,194	0,197	0,20 €
production en millions B	230,694	147,082	119,763	242
% PM	22,19 %	19,76 %	20,51 %	23 %
% PNM	47,03 %	44,51 %	45,71 %	47 %
% fournitures labos	21,71 %	19,05 %	22,31 %	24 %

NB : 19 CHU hors Besançon, Nantes et Montpellier.

Pour le laboratoire de morphologie, en 2006 le coût du P est de 0,17 € pour 25 millions de P et équivalents, nettement meilleur que la moyenne des autres établissements (0,22 € pour une production de 15,6 millions de P pour la moyenne des CHU et 0,22 € pour une production de 7 millions tous établissements). En 2007, les résultats sur les P et équivalents (coût 0,188 €) restent meilleurs que la moyenne mais se sont dégradés.

Laboratoire de morphologie

2007	CHRU Lille	Base inter CHU		2006 CHRUL
		Moyenne 19 CHU	Médiane 19 CHU	
Coût du P et équivalents (€)	0,188	0,209	0,197	0,17 €
production en millions de P et éq.	26,282	17,085	13,987	25
% PM	34,52 %	31,44 %	33,25 %	
% PNM	48,16 %	48,79 %	48,59 %	
% fournitures labos	10,76 %	9,29 %	10,72 %	

NB : 19 CHU hors Besançon, Nantes et Montpellier.

➢ Le retour prévu sur investissement (ROI)

La chambre note que le projet présenté dans le cadre d' « Hôpital 2007 », après validation de l'ARH, était attendu depuis longtemps par les professionnels du CHRU et que ses apports en termes d'efficacité pour les analyses sont réels. Mais elle regrette qu'un calcul prévisionnel de retour sur investissement (ROI)[57] n'ait pas été déposé avec le dossier ce qui aurait pu servir de base plus objective à la décision de sélection et de point de départ à l'évaluation des résultats. Des calculs de ROI ont bien été effectués mais postérieurement, par le contrôle de gestion. Le tableau de calcul se présente comme un tableau en différentiel des flux de trésorerie, par rapport à l'année 2006, présentant par année des écarts sur les produits et les charges de la biologie, écarts qui sont imputés par construction au regroupement des laboratoires dans le centre de biologie. Le tableau distingue la partie des recettes et dépenses sur lesquels ont porté les objectifs de l'accord cadre, des autres recettes et dépenses.

Le calcul inclut la subvention labellisée « Plan hôpital 2007 » à hauteur de 1,344 M€ chaque année. Il est prévu un retour sur investissement en 2017, c'est-à-dire en onze ans, ce qui apparaît optimiste à la chambre, notamment parce que le contexte explicité plus haut conduit à douter de la réalisation des objectifs en ce qui concerne les recettes sur analyses extérieures, partant d'une prévision de 0,397 M€ en 2008 avec une montée en charge rapide (de 0,500 M€ en 2009, 0,800 M€ en 2010 et 1 M€ à partir de 2011).

[57] Ce calcul, selon le département DRFI n'était pas demandé dans le cadre d' « Hôpital 2007 » et le dossier a dû être déposé rapidement.

➢ La réalisation de l'accord cadre

Les principales données sur la biologie sont retracées dans le tableau ci-dessous. Le centre estime qu'il tiendra ses engagements de gains sur les postes « structurels » (hors autres financements) de 2,2 M€ en 2010. Il pense qu'il aura « rendu » en cumulé 46,6 ETP fin 2010 (fin 2008, il atteignait un cumul de - 22,1 ETP par rapport au 1er janvier 2006). Il estime aussi que la réorganisation a permis de ne pas investir dans certains équipements à hauteur de 0,720 M€ entre 2007 et 2013, soit 0,103 M€ par an d'économies et qu'elle génère des économies de maintenance d'environ 0,230 M€ de 2007 à 2010 au total. En conséquence, le CBP pense pouvoir atteindre l'objectif de 3,3 M€ d'économies annuelles fin 2010.

	2006	2007	2008	Evolution 08/06
Total B/BHN	263 427 380	252 121 904	269 995 527	+ 2,4 %
Recettes analyses extérieures (€)	4 920 195	5 001 022	5 317 562	+ 8,1 %
Réactifs et consommables (hors activités spécifiques) (€)	9 525 471	9 115 125	9 434 936	- 1,0 %
Réactifs et consommables (activités spécifiques) (€)	9 797 829	9 464 391	10 168 881	+ 3,8 %
ETP médical	NC	89,8	89,4	NC
Vacations attachés	NC	78	66	NC
ETP non-médical hors autres financements	459,4 (mars 06)	460,1 (oct. 07)	443,4 (déc. 08)	- 16
ETP non-médical : autres financements	34,8 (mars 06)	47,1 (oct. 07)	56,6 (déc. 08)	+ 11,8
ETP non-médical : effectifs conjoncturels	8,8 (mars 06)	30,2 (oct. 07)	4,6 (déc. 08)	- 4,2

Source : CHRU/CBP.

Nota = 2008 : prévision fin d'année ; Les « autres financements » concernent toute une liste d'études (PREMEVA…), recherches STIC, les analyses extérieures.

En conclusion, le regroupement des laboratoires avait des objectifs d'amélioration des analyses et des soins, ce qui semble avoir été effectif, ainsi que de diminution des coûts. Pour le moment – le fonctionnement du centre n'a commencé en année pleine qu'en 2008 –, les résultats sur les coûts du B et du P sont plutôt décevants. L'absence de processus de sélection sur des bases économiques dans le cadre de « Plan hôpital 2007 » ne permet pas d'affirmer (ni d'ailleurs d'infirmer) que ce projet était prioritaire en terme de retour sur investissement. Le nombre d'années nécessaire, en dépit de l'aide obtenue, pour un retour sur investissement dépasse certainement la dizaine d'années prévue a posteriori, d'autant plus que la croissance des activités externes semble devoir être plus limitée que prévue.

4 - Etude ciblée de certains pôles et services cliniques

Les principaux points forts des disciplines MCO sont la qualité des plateaux médico-techniques et des équipes pluridisciplinaires. Le principal point noir est l'offre de soins régionale en réanimation et surveillance continue (voir début du rapport). La chambre a centré ses développements sur quelques points qui lui sont apparus importants et concernent trois exemples pris parmi les plus significatifs, à savoir le pôle chirurgie thoracique, le pôle réanimation tous deux très déficitaires en 2008 et la maternité.

a - Le pôle « chirurgie thoracique »

Son compte de résultat d'exploitation 2008 fait apparaître un déficit de - 1,57 M€, soit - 20,8 % de ses recettes. L'analyse du CHRU est que la lourdeur des cas[58] et la situation sociale défavorable des patients ne sont pas valorisées dans les GHS. De ce fait, la situation médico-économique du pôle risque de rester structurellement déficitaire, alors même que le service a une organisation optimisée.

Si l'on isole les GHM regroupés dans l'outil d'analyse du PMSI pour la chirurgie thoracique[59] et que l'on observe la lourdeur des séjours, on constate que le pourcentage de séjours de lourdeur « a » dans la base inter CHU est de 78 % en moyenne, contre 75 % dans la base nationale des EPS et de 81 % dans le pôle de chirurgie thoracique du CHRU. Des tarifs calculés sur un coût moyen de séjours ne permettraient pas de couvrir la lourdeur plus importante des séjours assurés à Lille. Le Nord – Pas-de-Calais est une région où le cancer du poumon reste un des problèmes majeurs de santé, où les patients sont le plus fragiles, et le CHRU est un établissement de recours pour ces prises en charge.

Sur les 1 590 séjours[60] que le pôle de chirurgie thoracique a assurés en 2007, 861 ont duré 48 heures ou plus. La classification OAP des séjours applicable indique que 76 % de ces séjours de 48 heures ou plus étaient de lourdeur « a ». De plus, le pôle de chirurgie thoracique assure une forte activité en ce qui concerne les séjours de moins de 48 heures, pour lesquels le codage des comorbidités n'a aucun impact tarifaire, même si les patients sont poly-pathologiques et fragiles. En clair, l'augmentation du nombre des séjours de ce type n'amène pas de valorisation supplémentaire proportionnelle couvrant les coûts des prises en charge. Ce constat est susceptible d'évoluer avec la V11 en vigueur à partir du 1er mars 2009.

b - La réanimation

Une étude médico-économique a été réalisée à partir des données portant sur l'ensemble des secteurs adultes en réanimation polyvalente et spécialisée. En 2007, la réanimation polyvalente médicale comporte 50 lits, la réanimation chirurgicale 10 lits, celle de neurochirurgie 18 lits et celle de chirurgie cardio-vasculaire 14 lits. Le supplément de réanimation était de 838 € en 2007 alors que le coût n'aurait été compensé, selon le CHRU, qu'avec un tarif de 928 €. Le coût plus élevé s'expliquerait par des cas plus graves compte tenu du déficit en lits de la région. De plus, l'établissement indique que l'approche moyenne nationale de ce tarif ne prend pas en compte le surcoût dû à la prescription des analyses de biologie et des actes d'imagerie - liées à la gravité des cas traités, que le personnel est appréhendé sur la base d'hypothèses minimalistes de cadre de fonctionnement ne prenant pas non plus en compte les coûts de personnel « autres » participant à l'activité : ASH, secrétaire, kinésithérapeute, etc.

Le déficit du pôle de réanimation serait donc ainsi dû, au moins en partie, en 2008, à cette sous-valorisation des tarifs. Cette situation a sans doute évolué avec la reconnaissance des lits de surveillance continue.

---

58 Notamment le pôle effectuant de plus en plus de pneumonectomies élargies sur des patients avec des comorbidités associées, les complications sont inéluctables. Cela nécessite également du temps opératoire conséquent, compte tenu de la haute technicité demandée et la mobilisation de l'équipe soignante et médicale. Une prise en charge mieux adaptée en hôpital de jour serait souhaitable.

59 04C01S, 04C02V, 04C02W, 04C03V, 04C03W, 04M16V, 04M16W, 24C08Z.

60 Les prises en charge sont majoritairement dédiées aux cancers pulmonaires ou mésothéliaux.

c - La maternité de niveau III

Le CHRU de Lille propose une maternité de niveau 3 qui correspond à la prise en charge des cas les plus lourds en termes de pathologie maternelle et fœtale ; il est positionné en recours régional.

Nombre d'accouchements au CHRU de Lille

	Nombre	Taux de césariennes
2005	4 282	17,0 %
2006	4 443	15,6 %
2007	4 802	19,6 %

En 2006, avec 101,2 ETP sages femmes, le ratio nombre d'accouchements par sage-femme est de 47,1. En 2007, il est de 48,9 au regard de l'augmentation significative du nombre d'accouchements réalisés et d'une diminution des effectifs du pôle d'obstétrique (- 2 ETP en 2006 et en 2007). Le nombre d'accouchements, du même ordre que dans les CHRU comparables (sauf Strasbourg), le ratio de sages-femmes par accouchement et par lit, est dans la moyenne. Les naissances sans complications ont été de 71,9 % des 4 616 accouchements pratiqués. Une des caractéristiques de l'hôpital est le nombre d'hospitalisations hors accouchements, ce qui est dû à l'activité de l'unité de pathologie maternelle et fœtale.

B - La prise en charge du patient (approche qualitative)

1 - La démarche d'accréditation

Suite à la première procédure (2003-2004), le collège de l'accréditation de la Haute Autorité de Santé (HAS) avait décidé de lever les réserves et d'émettre notamment les recommandations suivantes :

- assurer et évaluer le respect des droits et information du patient ;

- renforcer la mise en œuvre et l'évaluation de la politique du dossier patient harmonisé en veillant à l'application des bonnes pratiques relatives à la prescription médicale et à l'absence de sa transcription ainsi qu'à la « traçabilité » de tous les actes réalisés et des consentements.

Dans le cadre de la seconde procédure (visite en juin-juillet 2007), la HAS a envoyé un rapport de certification présenté au CA, à la CME et au CTE en avril 2008. Elle prononçait une certification avec suivi (visite ciblée en 2009)[61] . Sur la qualité et la gestion des risques, elle notait un système qualité en refonte totale (direction, pilotage, correspondants, outils, évaluation…) à la coordination éclatée, et un plan qualité de 15 actions prioritaires, issu de l'autoévaluation, qui venait d'être validé. Elle mettait en évidence des points positifs, notamment un programme global de gestion des risques structuré et presque abouti (qui restait cependant à finaliser pour les risques liés aux soins et à hiérarchiser) ainsi qu'un dispositif de veille sanitaire structuré, opérationnel.

En revanche, la HAS :

- demandait la clarification des responsabilités et l'affichage d'objectifs visibles. En effet « un choix institutionnel d'une politique Qualité transversale, intégrée, redéfinie en 2004 dans le projet d'établissement a été fait mais elle est difficilement lisible en particulier en matière de hiérarchisation des objectifs » ;

[61] Avec l'analyse suivante : 37 % des 446 points observés obtiennent la note maximale A, 49 % la note B et 14 % la note C.

- demandait l'élaboration et la mise en place d'un programme de management de la qualité : mise en place à terme d'une organisation de la qualité par pôle ; programme qualité coordonné au niveau de l'établissement. Cette organisation a été récemment mise en œuvre (voir ci-dessous) ;

- estimait nécessaire de renforcer les règles d'hygiène au bloc opératoire ;

- préconisait la sécurisation du circuit du médicament de la prescription jusqu'à son administration au patient et la traçabilité de ce circuit. Elle notait l'absence de validation pharmaceutique et d'évaluation d'ensemble du dispositif ;

- demandait aussi l'application systématique des protocoles ;

- relevait les nécessaires améliorations dans le traitement du dossier patient : multiplicité des dossiers sur l'ensemble des établissements de tenues très hétérogènes, un archivage fractionné ne permettant pas la traçabilité des dossiers, un manque de confidentialité des soins (feuilles de température au pied du lit), des supports de prescriptions hétérogènes[62].

2 - Les principales réponses apportées par l'établissement

Le conseil d'administration d'avril 2008 a créé une direction déléguée à la qualité et à la sécurité des soins. L'organisation est désormais formalisée et implique de nombreux acteurs. Notamment, des objectifs qualité ont été intégrés aux contrats de pôle et un binôme de référents qualité cadre –médecin a été désigné par pôle. En résultante de ses actions, la visite de suivi de la HAS dont les résultats ont été transmis en juin 2009, lève sept des huit recommandations mais passe en recommandation de niveau 1 le fait que « *tout acte diagnostic et /ou thérapeutique fait l'objet d'une prescription écrite, datée et signée.* »

Une campagne d'examen de la qualité de la tenue des dossiers de soins a été réalisée annuellement depuis mars 2003. La restitution des résultats détaillés est effectuée vers les équipes des pôles, les conseils de pôles et les objectifs sont établis et suivis sous la responsabilité des directeurs des soins référents. Les priorités pour 2007 portaient sur un taux d'exhaustivité de 100 % de la mise à disposition du guide d'utilisation du dossier de soins, de l'identification des fiches aux nom et prénom de la personne soignée, de la traçabilité de l'identité de la personne à prévenir, de l'identification et signature de l'infirmier(ère) et de l'aide-soignant(e) dans le diagramme de soins, de l'identification du médecin référent.

L'élaboration du dossier patient unique informatisé a été réalisée en 2008[63] et l'application SILLAGE est en cours d'implantation.

Le CHRU a mis en place diverses mesures, inscrites dans les volets 3 et 4 du projet d'établissement 2004-2008, en vue d'informer le patient et de répondre à l'obligation de suivi et d'évaluation de la prise en compte de la satisfaction du patient notamment sur ses conditions d'accueil et de séjour. La reconnaissance du malade comme acteur de sa santé et co-auteur de ses soins doit se concrétiser par ses droits à être informé directement et à consentir aux soins : droit à la confidentialité, à la dignité (lutte contre la douleur et soins palliatifs), à être indemnisé de l'aléa thérapeutique ; à être accompagné par la personne de son choix.

---

[62] Certaines prescriptions sont effectuées par téléphone et les retranscriptions des prescriptions de biologie ne sont pas assez contrôlées.

[63] Un même patient pouvait auparavant avoir plusieurs dossiers médicaux élaborés à l'occasion de plusieurs séjours et le système d'information ne permettait pas de synthèse aisée.

Cette politique s'articule autour de trois axes : le développement de la place des représentants des usagers dans la gestion de l'hôpital, le soutien des associations de malades et des familles et l'information et la formation du personnel aux droits et à la représentation des usagers.

La CRUQ (Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la prise en charge) a vu son rôle défini par l'article L. 1112-3 du code de la santé publique. Elle est consultée sur la politique menée pour l'accueil et la prise en charge, fait des propositions en ce domaine et est informée de l'ensemble des plaintes ou réclamations et des suites données. Le conseil d'administration délibère au moins un fois par an sur la politique de l'établissement sur la base d'un rapport présenté par la commission. La CRUQ se réunit au CHRU de manière régulière.

Dans son projet d'établissement (2004-2008), l'hôpital a aussi prévu d'installer des dispositifs adaptés pour favoriser l'écoute active des professionnels. Depuis 2005, sous la gestion du directeur délégué aux affaires juridiques, six correspondants des affaires juridiques (CAJ) (soit 3,4 ETP) ont été nommés auprès des services d'accueils de divers bâtiments. Ils ont un rôle de médiation, de réponse aux réclamations, de gestion des questionnaires, relations avec les services médicaux, traitement des litiges. La délégation aux usagers, qui s'est substituée en ce domaine à la délégation de la qualité en 2007, élabore des tableaux de bord envoyés aux pôles tous les trois mois. Pas moins de 39 associations interviennent auprès des patients pris en charge. Associations de soutien ou pour l'animation, dans le cadre d'une convention type souscrite avec le CHRU, elles peuvent bénéficier de subventions de l'établissement. Elles disposent depuis janvier 2008 d'un bureau situé au sein de la délégation aux usagers[64]. La réglementation prévoit d'ailleurs la participation des représentants des usagers dans de nombreuses commissions : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN), le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), etc.

En 2007, le plan de formation médicale continue a prévu une conférence relative aux « Responsabilités des professionnels et droits des usagers » pour tous les agents du CHRU et un module spécifique étalé sur trois ans dans le cadre de la formation « accueil » a été élaboré. Le CHRU a retenu dans son projet d'établissement d'organiser les modalités d'information du patient dans chaque unité de soins et de favoriser la concertation avec le patient et la famille. Des actions concrètes ont été réalisées telles que la sensibilisation des agents d'accueil et des personnels soignants à l'évaluation de la satisfaction, la présentation des résultats en conseils de pôles, leurs affichages dans les lieux de passage, l'intégration de la satisfaction de l'usager comme objectif des contrats internes des pôles.

L'établissement s'est doté d'une politique de retour d'informations des usagers, au moyen de distribution de questionnaires[65]. En 2005, 88 % des patients ayant répondu se déclarent satisfaits des informations données sur leur état de santé, leurs traitements et les examens d'imagerie. Outre ces questionnaires, le CHRU a participe à l'enquête SAPHORA début 2007 de satisfaction des patients hospitalisés effectuée dans 23 CHU de France. Les résultats de cette enquête confirment la pertinence du thème de l'information[66].

---

[64] La délégation initie des actions comme leur participation à des articles dans le journal interne « Contact », organise avec la DRH l'introduction dans les plans de formation de thèmes mixtes, ouverts conjointement aux personnels et aux associations, l'organisation de demi-journées de rencontres entre personnels et associations. Il est prévu, en effet, d'organiser des manifestations telles qu'un forum des associations, de mettre en place une maison des usagers et enfin d'intégrer les usagers dans les groupes de réflexion du CHRU.

[65] Dont le taux de retour se situe entre 13 et 15 %.

[66] Les thèmes qui recueillent le taux le plus élevé d'insatisfaction chez les patients du CHRU de Lille qui y ont répondu sont l'information sur les activités après la sortie (34 %), l'information sur les prescriptions de médicaments (28 %), l'information sur les effets indésirables des examens (25 %) et le manque d'information sur les signes ou complications devant les amener à recontacter l'hôpital ou un médecin après la sortie (19 % des usagers).

Le CHRU dispose d'un service de communication qui gère aussi la communication externe[67] auprès de ses partenaires et des professionnels de santé. La politique de communication « générale » s'exerce au moyen de différents supports : livret d'accueil donné depuis 2003 au patient, audiovisuel (TV interne, site Internet en janvier 2007), affichages pour des campagnes. Le patient est censé être ainsi toujours informé de ses conditions de séjour et de la charte des patients hospitalisés.

Pour permettre d'améliorer la qualité mais aussi de répondre aux attentes des usagers, l'hôpital suit les évènements indésirables et dysfonctionnements en les classant en cinq catégories, ayant chacune un circuit de recueil et d'analyse propre. Le progiciel « Vigilink » mis en service début 2006 dispose d'une interface intranet pour le signalement en ligne. Une cellule contentieux/conciliation de trois personnes, rattachée au directeur des affaires juridiques, est en charge des dossiers concernant les dommages corporels, matériels et du secrétariat de la CRUQ ainsi que du suivi du contrat d'assurance de l'établissement (SHAM). Les contentieux restent limités, la résolution des réclamations se situant souvent en amont. Sur les trois dernières années, les dossiers concernant des dommages corporels[68] sont de l'ordre de 85 chaque année ce qui porte le stock à environ 650 dossiers. Les doléances pour des dommages matériels sont en nette croissance, l'encours dépassait 170 dossiers en 2008[69]. Mais, au vu des seuls éléments de comparaison disponibles qui proviennent de la SHAM, il semble que le CHRU de Lille maîtrise plutôt bien les risques liés aux soins.

V - LA FIABILITE DES COMPTES ET LE NIVEAU DES RESULTATS DE FONCTIONNEMENT DU BUDGET H

A - Les reports de charges

Jusqu'en 2005, comme les autres établissements hospitaliers, l'établissement a procédé à des reports de charges. Un taux de report de charges (indicateur R45 du « diagnostic flash ») de 2,21 en 2004 et de 3,06 en 2005 plaçait le CHRU entre les 10 % à 20 % de CHR ayant les plus forts reports. Notamment, l'hôpital n'a pas été en mesure dans les années 90 de rattacher la prime de service au bon exercice d'affectation. Le montant de la prime de service, payé sur les chapitres de rémunération 64, était afférent à l'année précédente[70]. La réforme de l'EPRD, applicable au 1er janvier 2006 mettant fin - en principe - aux reports de charges, a conduit l'établissement à anticiper la régularisation afférente à la prime de service à partir de l'exercice 2005. En 2005, en sus de la prime de service 2004, la prime de l'année a été rattachée à l'exercice mais sans les charges sociales reportées sur 2006. Les charges 2006 ont ainsi comporté la totalité de la prime de service 2006, plus cette part relative à 2005. Depuis 2007, chaque exercice ne comporte plus que la prime de service qui lui est relative. Il y a eu des reports

---

67 Visant à promouvoir les activités spécifiques du CHRU, ses innovations, ses réalisations et ses objectifs auprès de ses patients, auprès des usagers (via les médias).

68 Pour les préjudices corporels subis par les patients, le CHRU ne règle lui-même aucune somme : tous les préjudices sont indemnisés par son assureur. La franchise n'est prévue que depuis le 1er janvier 2007 ; elle est limitée à 7 500 € par sinistre (15 000 € depuis le 1/01/09) et elle ne s'applique qu'aux sinistres déclarés postérieurement au 1/01/07. Aucune somme n'a encore été réglée à ce titre par le CHRU car aucun sinistre corporel postérieur à cette date n'a encore été clôturé. Une provision au titre de la franchise a été intégrée dans les comptes 2008.

69 Les résolutions de dossiers fluctuent entre 60 et 100 dossiers par année. En 2008, une centaine de dossiers ont été clôturés : 43 % par une indemnisation de l'assureur, 18 % par une indemnisation du CHRU, 35 % ont fait l'objet d'un rejet de la demande et 4 % ont été classés sans suite. Le bilan chiffré total des indemnisations laisse apparaître une indemnisation croissante de la SHAM (415 K€ en 2005, 727 K€ en 2006 et 1 544 K€ en 2007).

70 A partir de 2004, le versement de la prime de service de l'année antérieure a été correctement comptabilisé en charges sur exercices antérieurs au compte 672.

de charges de 2006 sur 2007 et de 2007 sur 2008 mais dans de plus faibles proportions. En 2008, elles représentent 0,16 % des charges. La chambre n'a pas effectué de retraitement de reports de charges de 2008 sur 2009.

Budget H : Charges de N-1 imputées en N (en euros)	2004	2005	2006	2007	2008
6728-1 charges de personnel (prime de service notamment) puis 6721-8	12 831 529	17 962 660	4 310 474	1 667 610	681 398
6728-2 charges à caractère médical puis 6722-8	1 271 437	2 473 742	1 560 742	377 535	972 937
6728-3 charges à caractère hôtelier puis 6723-8	796 290	1 417 052	2 623 739	1 147 473	363 346
Total	14 899 255	21 853 454	8 494 955	3 192 618	2 017 681
Charges de N payées en N+1 (2)	21 853 454	8 494 955	3192618	2017681	0
Charges de N-1 payées en N (3)	14 899 255	21 853 454	8 494 955	3 192 618	2 017 681
Retraitements à effectuer (+ en ajout des charges) (2-3)	6 954 199	- 13 358 499	- 5 302 337	- 1 174 937	- 2 017 681

Les retraitements[71] consistent à retrancher les reports en provenance des exercices précédents (N-1 sur N) dans le titre du budget où elles étaient imputées, à savoir dans les trois premiers titres selon leur nature en 2005 et dans le titre 4 pour la totalité à partir de 2006, puis de rajouter les charges reportées sur l'exercice suivant (N sur N+1) selon leur nature à l'un des trois titres concernés de l'exercice N.

B - Le rattachement des produits en 2007 et en 2008

L'ensemble des produits 2007 n'a pu être rattaché à l'exercice. Depuis cet exercice, le logiciel « Lamda », mis au point par l'ATIH, permet de différer jusqu'à deux années suivant le fait générateur, la prise en compte des facturations qui n'ont pu être complétées à temps pour être rattachées à l'exercice qui les a générées. Ces produits sont traités, sur une base évaluative, en produits à recevoir. En 2007, outre un effet rattrapage des GHS, le report de produits ainsi constaté a été dû au renforcement de la réglementation[72]. Le logiciel de recueil des données administratives de la pharmacie a dû être remis à jour en 2008[73].

Il a été ainsi comptabilisé dans les comptes du CHRU en 2007 une estimation de 1,507 M€ (0,720 M€ pour la facturation des GHS et 0,787 M€ pour la facturation des médicaments et DMI) au titre des produits à recevoir non facturés en 2007. En fait, les produits effectivement facturés en 2008 ont été de 4,335 M€ (2,447 M€ pour la facturation des GHS, 0,237 M€ sur les consultations et 1,650 M€ pour la facturation des médicaments et DMI). Ces 2 827 498 € excédentaires sont, pour l'analyse, à rattacher à l'exercice 2007 et à extourner des produits du titre 1 de 2008. Par ailleurs, dans les comptes 2008, 2,888 M€ (0,4 M€ pour la facturation des GHS et 2,488 M€ pour la facturation des médicaments et DMI) ont été inclus en produits à recevoir dans les produits 2008 et donneront lieu à facturation en 2009[74].

---

71 En outre, plusieurs reports de charges pour les budgets annexes, d'ampleur beaucoup plus limitée, sont à retraiter au niveau du budget consolidé (rajout de 463 K€ en charges en 2004, de - 470 K€ en 2005, de 92 K€ en 2006, de - 75 K€ en 2007 et de - 32 K€ en 2008).

72 Notamment l'obligation de préciser l'identité du patient bénéficiaire d'une prescription et l'obligation de rattachement des molécules onéreuses au bon séjour pour le remboursement des médicaments et DMI (dispositifs médicaux implantables).

73 On peut donc considérer que l'ampleur du « lamda » facturé en 2008, non provisionné à cette hauteur en 2007, est atypique. Il est dû, outre le manque d'exhaustivité sur les GHS, en partie à cette mise à jour des bases indispensable. Un tel impact ne devrait pas se renouveler sur l'exercice 2008, d'autant que l'exhaustivité sur les données PMSI est estimée en 2008 a pratiquement 100 % (seulement 50 RSS non complets).

74 Pour prendre en compte le risque de non acceptation d'une partie de la facturation, une dotation aux provisions de 350 000 € a aussi été constituée dans les comptes 2008. A partir du 1er juillet 2011, la facturation à l'assurance maladie ne pourra plus comporter de rattrapage.

C - Les provisions

Provisions au 31 décembre (en K€)	2004	2005	2006	2007	EPRD 2008	2008
15 (hors 157 et 158) - Provisions pour risques	206	206	0	0	0	350
157 - Pour charges à répartir	18 001	71	0	0	0	0
158 - Pour charges	2 053*	2 397 (dont charges de personnel 12 374*)	1 134	1 787	1 019	4 782
49 - Dépréciation comptes tiers	1 240	86	431	81	81	281
143 - Provisions pour CET	0	0	0	0	0	2 230
144 – Provisions réglementées pour propre assureur	0	0	0	0	0	300
TOTAL	21 500	2 760	1 565	1 868	1 100	7 943

** Dont 1 700 annoncé a posteriori comme provision CET.*

En 2005, le CHRU a repris 17,93 M€ sur le compte 157 (provisions pour charges à répartir sur plusieurs exercices) afin de neutraliser l'impact sur le résultat 2005 du rattachement de la prime de service. Il a aussi procédé à une reprise quasi-totale de la provision pour dépréciation des comptes de tiers.

Par contre, en 2008, le CHRU a augmenté ses provisions de 6,8 M€[75]. Une provision de 0,3 M€ relative aux dommages, correspondant à un risque sur litiges, aurait dû être imputée, sur le compte des provisions pour risques (compte 15) et non sur celui des provisions réglementées (compte 14). L'ordonnateur a précisé dans sa réponse qu'un changement d'imputation allait être réalisé.

La prévision de provision au 31 décembre 2008 dans l'EPRD 2008 était d'un montant global de 1,1 M€. L'ampleur de la différence avec les 7,9 M€ effectivement comptabilisés conduit à s'interroger sur l'objectivité des modalités de provisionnement mises en oeuvre. C'est en tenant compte de ce fait qu'il convient d'interpréter les remarques qui suivent.

1 - La provision pour dépréciation des comptes de tiers

Budget principal H - En K€	2004	2005	2006	2007	Moyenne 2004/2007	2008
Compte 654 non-valeurs	703	1122	769	730	831	894
En % des créances antérieures à l'exercice	14,4 %	26,9 %	17,6 %	16,3 %	18,6 %	12,0 %
Créances « hospitalisés et consultants » des années précédentes au bilan 31/12	4 868	4 176	4 361	4 483	4 472	4 794
Dont titres de plus de 4 ans	1 663	1 348	1 497	1 412	1 480	1 085
Provision au 31 décembre de l'année	1 240	86	431	81	460	281
Ratio provision bilan n/654 n+1	1,11	0,11	0,59	0,09	NS	NC
Ratio provision bilan n/ titres consultants années antérieures	25,5 %	2,1 %	9,9 %	1,8 %	10,3 %	5,9 %
Ratio provision bilan n/ titres de plus de 4 ans	74,6 %	7,7 %	28,8 %	5,7 %	31,1 %	25,9 %

[75] La provision pour risques fin 2008 inclut ainsi 300 K€ au titre des assurances (voir ci-dessous) et 350 K€ au titre de non recouvrement du financement de médicaments et DMI sur listes. Au 31 décembre 2008, outre les 2 230 K€ pour CET, évaluée par le CHRU sur la base de son expérience sur les coûts estimés du remplacement du personnel ayant des jours CET (sans les heures supplémentaires), le CHRU a constitué une provision pour risque de non recouvrement des DMI et médicaments sur liste (300 K€), une provision réglementée pour les risques de litige (compte 144 : 300 K€) ; il a au bilan de fin d'exercice une provision pour créances irrécouvrables de 281 K€ et une provision pour charges (compte 158) de 4 782 K€ avec de nombreuses composantes dont une provision de 1,994 M€ pour PHRC et STIC et une autre de 1,2 M€ pour les charges à payer pour les internes.

Le tableau ci-avant montre que la provision pour dépréciation de comptes de tiers a fluctué sur la période 2004-2008 passant de 1,2 M€ en 2004 au niveau très faible de 0,86 M€ en 2005, remontant à 0,431 M€ en 2006, revenant à 0,81 M€ en 2007 pour aboutir à 0,281 M€ en 2008. De l'avis de la chambre, ces évolutions ne se justifient pas par une analyse des risques de non recouvrement. Par exemple, sans même parler des autres créances, le montant imputé en 2007 ne représente que 1,8 % des créances des hospitalisés et consultants de plus de quatre ans dans le compte de résultat alors qu'il est inévitable qu'une part plus importante ne puisse être recouvrée. Ces provisions sont visiblement minorées depuis 2005. Pour fixer un niveau de provision correspondant au niveau de risque, il faudrait soit effectuer une analyse créance par créance, ce qui est peu praticable compte tenu de leur nombre, soit tenir compte de l'historique du recouvrement par année d'émission afin de déterminer par tranches d'ancienneté des taux de provisionnement à appliquer. En effet, faute de méthode statistique définie mais aussi du fait de sa situation financière, le CHRU affecte, depuis 2005, de manière empirique un montant en provision, selon sa perception de ses possibilités financières. Au vu du tableau ci-dessus, il semble qu'actuellement une provision d'au minimum 0,7 à 0,8 M€ aurait dû être comptabilisée au bilan, ce qui aurait amené une charge supplémentaire de dotation dans les comptes depuis 2005 au minimum de l'ordre de :

En M€	2005	2006	2007	2008
Surcroît de dotation	0,6	0,3	0,6	0,4

La chambre prend note de la volonté de l'ordonnateur de procéder à une dotation aux provisions pour dépréciation de créances dans les comptes 2009 (alors que cela n'a pas été prévu dans l'EPRD initial).

Un effort a été réalisé pour apurer les créances les plus anciennes (1,085 M€ de titres de plus de quatre ans fin 2008 au lieu de 1,412 M€ fin 2007 pour les hospitalisés et consultants) mais le volume financier global des créances des particuliers antérieures à l'exercice a augmenté de 6,9 % passant de 4,483 M€ à 4,794 M€ fin 2008. Si l'on compare les créances sur les hospitalisés et consultants et autres tiers payants aux produits 2008 de l'activité hospitalière non facturée à l'assurance maladie, celles-ci en représentent 37,3 %, soit l'équivalent de 136 jours de produits, parmi lesquels 34,2 jours (9,3 % des produits de l'année) au titre de créances de plus d'un an (inclus 6,8 jours, soit 1,9 % pour des créances de plus de quatre ans). C'est loin d'être négligeable et traduit un problème sur le recouvrement en dépit des efforts fournis.

Les actions actuellement entreprises sont de divers ordres :

- élaboration depuis le 1er semestre 2008 d'un tableau de bord mensuel commun à la trésorerie et à l'ordonnateur ;

- mise en place avec la CPAM de Lille (en attendant sa généralisation aux autres CPAM) depuis décembre 2008 des échanges dématérialisés par B2 Noëmie, ayant permis de réduire le délai de recouvrement de 60 à 5 ou 7 jours ;

- essai de mise en place avec les principales mutuelles de la même procédure (seules trois sur les 150 les plus actives ont, pour le moment, accepté la proposition) ;

- concernant les créances sur des particuliers , il a été instauré une régie pour les parkings payants, la suppression du visa préalable à la prise en charge des titres de recettes (recouvrement amiable), le balayage mensuel des phases comminatoires quand la créance est supérieure à 150 €, l'adressage de dossiers à des groupement d'huissiers, le chainage automatique des OTD – oppositions à tiers détenteur- (recouvrement contentieux), une étude en cours sur les rythmes de paiement des partenaires… ;

2 - La provision pour compte épargne temps (CET) et heures supplémentaires

Une provision de 1,7 M€, au titre du risque encouru, a été comptabilisée en 2004 et 2005 mais a été reprise en 2006. Dans une lettre au directeur de l'ARH du 14 février 2008, le directeur général explique qu'elle a été totalement utilisée au titre de la gestion du temps de travail. En 2006 et 2007, le CHRU n'a plus eu de provision dans ses comptes au titre du CET. Il a ensuite comptabilisé à ce titre en 2008 une provision pour un montant total de 2,23 M€, en y intégrant notamment les sommes dues au titre des demandes effectuées en 2008 qui seront payées en 2009[76] et le résultat d'un calcul basé sur les flux annuels en jours de CET et d'une évaluation des besoins de remplacement. Tout en prenant acte de l'argumentation du CHRU, la chambre estime que la provision ne peut se limiter à cette approche des demandes de rémunération et de remplacement de l'année suivante. En effet, la totalité des droits acquis représente une dette à payer en temps (ou en numéraire si la possibilité en est à nouveau offerte) et, au plus tard au moment de la retraite, les jours résiduels seront à prendre et donneront lieu à remplacements, donc à décaissements. L'approche de l'établissement qui indique dans sa réponse avoir constitué à partir de 2008 une provision de 150 000 € pour les non médicaux, montant *« correspondant à la réalité des moyens déjà mobilisés annuellement, et donc à la réalité du risque »* et de 500 000 € pour le personnel médical « ce qui correspond à un éventuel remplacement intégral de 1 000 jours de CET pris par des médecins (chiffre maximum observé ces dernières années) », en précisant aussi que fin 2009 une provision de 1,3 M€ est disponible au titre des CET, est donc insuffisante. A la décharge du CHRU, il y a lieu de relever l'imprécision des textes au sujet du provisionnement du CET.

La valorisation par la chambre de la provision CET a été effectuée, conformément au principe général de prudence qui régit la comptabilité des provisions, en référence aux tarifs d'indemnisation et modalités complémentaires prévus par les dispositions des décrets 2008-454 et 2008-455 du 14 mai 2008. En incluant une majoration de 50 % pour charges sociales, cela correspond pour le personnel non médical à 187,50 € par jour pour les catégories A, 120 € pour les catégories B et 97,50 € pour les catégories C et à 450 € pour le personnel médical[77]. Le calcul a été fait à partir de l'estimation en jours fin 2008 de la DRH et de la répartition 2007, la seule connue à ce jour par le CHRU. La chambre remarque à cette occasion la lourdeur du système de remontée de ces données vers la DRH.

Par ailleurs, un montant de 20 € (chargé des charges sociales), par heure supplémentaire effectuée et non payée, a été retenu au vu des précisions apportées par l'hôpital et conduit à une provision calculée par la chambre dans le tableau ci-dessous. Dans sa réponse, l'ordonnateur indique, s'agissant des heures supplémentaires, que *« Par ailleurs, le volume des heures supplémentaires, rapporté par agent, reste minime et n'a pas varié entre 2002 et 2008 : 17,2 heures par agent en 2002, 18,6 heures en 2007, 17,9 heures estimées en 2008. Ces heures sont récupérées sans aucun problème dans l'organisation des plannings de travail et il ne parait donc pas justifié de prévoir une provision pour ce poste qui ne correspond pas à un risque réel de dépense. »* La chambre remarque que le stock d'heures supplémentaires qui était environ de 155 000 heures fin 2002 a progressé jusqu'à 195 000 heures fin 2007 (+ 25,8 % par rapport à 2002) et reste encore, selon les données estimatives pour 2008 lors de l'instruction de 181 000 heures (+ 16,8 % par rapport à 2002). Dans ces conditions, la résorption de ce stock de la manière indiquée par l'établissement hospitalier paraît problématique à la chambre.

[76] Cela résulte d'un accord avec le personnel médical d'être payé sur deux ans.
[77] Hors charges sociales : diviser par 1,5.

On obtient ainsi la provision qui aurait due être constituée dans les comptes.

Provision théorique à constituer (euros) (charges sociales incluses)	Au 31/12/2002	Au 31/12/2003	Au 31/12/2004	Au 31/12/2005	Au 31/12/2006	Au 31/12/2007	Estimatif au 31/12/2008
TOTAL CET + HS (1)+(3)	6 735 740	9 643 939	13 637 580	17 585 368	21 572 392	25 246 640	24 053 790

Ainsi, si le CHRU avait provisionné au fil de l'eau à un niveau suffisant, il aurait été amené à reprendre 1 193 K€[78] en 2008 (dont 923 K€ pour les jours CET). Mais tel n'a pas été le cas. En conséquence, il aurait dû théoriquement constituer en 2008 une dotation complémentaire de 18 197 890 € au titre des jours CET et de 3 625 900 € au titre des heures supplémentaires soit au total une dotation complémentaire de 21 823 790 € (voir tableau ci-dessous). Mais, dans les comptes, figurent seulement des montants (insuffisants) constitués pour les jours sur CET et rien pour les heures supplémentaires.

Ecarts (en €) sur provisions au	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007	31/12/2008
provision constituée (CET)	1 700 000	1 700 000	1 700 000	0	0	2 230 000
écart sur provision CET (1)	4 844 499	8 917 960	12 695 088	18 208 332	21 351 300	18 197 890
écart sur provision HS (2)	3 099 440	3 019 620	3 190 280	3 364 060	3 895 340	3 625 900
TOTAL écarts sur provision (1+2)	7 943 939	11 937 580	15 885 368	21 572 392	25 246 640	21 823 790

Pour calculer la correction à apporter aux comptes et imputer de manière tendancielle (au fil de l'eau) les dotations ou reprises correspondant à l'évolution de chaque exercice, il conviendrait de compléter l'analyse de la situation financière par les montants présentés ci-dessous en dotations (+) ou en reprises (-)[79]. La chambre précise que ces retraitements ne sont pas ceux qui auraient dû être apportés au résultat comptable 2008 qui aurait dû tenir compte du retard de provisionnement (voir tableau ci-dessus).

Après ces retraitements « tendanciels », on obtient une vision cohérente de ce qu'aurait dus être les résultats de fonctionnement et de leur véritable évolution si la comptabilisation avait été conforme à la méthode préconisée.

Correction tendancielle (pour l'analyse) pour provision CET et HS	2004	2005	2006	2007	2008
En €	3 993 641	3 947 788	5 687 024	3 674 248	- 3 422 850

3 - La provision pour risques de litiges

Le CHRU est assuré auprès de la SHAM pour la responsabilité civile hospitalière depuis 1972. Jusqu'au 1er janvier 2007, ce contrat ne prévoyait aucune franchise et le coût des accidents médicaux se limitait au montant de la prime à régler annuellement à l'assureur sans aucune

[78] Calcul : 24 053 790 € - 25 246 640 € = - 1 192 850 €

[79] Il s'agit donc de calculer la différence entre les écarts sur provisions de N+1 et N calculés au tableau précédent. Par exemple en 2004, cette différence est de 11 937 580 - 7 943 939, donc il s'agit d'une dotation de 3 993 641 €.

répercussion possible du nombre ou du coût des sinistres sur le budget de l'hôpital. Pour limiter l'augmentation des primes d'assurance, l'établissement a souscrit pour 2007[80] – pour la première fois – un contrat d'assurance prévoyant une franchise de 7 500 € par sinistre, corporel ou matériel, sauf quelques exceptions. En application de la loi About du 30 décembre 2002, relative à la responsabilité civile médicale, ce nouveau contrat s'applique exclusivement aux sinistres déclarés à compter du 1er janvier 2007 et ce quelle que soit la date du fait générateur. Aucune franchise ne peut donc être envisagée pour les dossiers antérieurs.

Le calcul de la provision a été effectué en se basant sur le montant des sommes réglées et provisionnées par la SHAM pour l'ensemble des dossiers qui lui ont été déclarés chaque année depuis dix ans. La moyenne obtenue donne une indication des sommes que le CHRU pourrait avoir à supporter chaque année au titre des franchises désormais prévues par le contrat, soit des sommes de l'ordre de 140 000 € pour une franchise à 7 500 € et de 210 000 € pour une franchise à 15 000 €. En conclusion, la provision à constituer fin 2008 serait d'environ 350 000 €. La provision constituée a été de 300 000 €, soit 50 000 € de moins que cette évaluation.

En conclusion de ce qui précède, les retraitements des comptes de provisions à prendre en compte pour l'analyse financière sont les suivants :

Correction tendancielle pour l'analyse pour les provisions (€)	2005	2006	2007	2008
CET et HS	3 947 788	5 687 024	3 674 248	- 3 422 850
Créances douteuses	600 000	300 000	600 000	400 000
Litiges				50 000
TOTAL (+ dotation ; - reprise)	4 547 788	5 987 024	4 274 248	- 2 972 850

D - Les autres points de contrôle

1 - Les flux entre les budgets annexes et le budget principal

Le budget du CHRU comporte un budget principal (H) et des budgets annexes à savoir, le budget B : unité de soins de longue durée (USLD) ; le budget P1 : toxicomanie ; le budget C : Ecoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et de sages-femmes créé en 2005 ; le budget A : Dotation non affectée (DNA). Les flux[81] entre budgets sont par définition neutres sur l'équilibre global de l'hôpital, mais peuvent modifier, s'ils ne correspondent pas à la réalité des opérations, le résultat du budget H. Un contrôle des flux entre ses budgets a montré qu'il n'existait pas de comptabilisation fine des charges engagées par le budget général et que les transferts se font sur une base forfaitaire. La chambre recommande un changement de méthode qui établisse de manière claire les flux correspondant à des coûts réels.

Elle prend note de la volonté de l'ordonnateur de renforcer la fiabilité du calcul des reversements inter-budgets notamment par une actualisation, à la clôture de chaque exercice, des coûts de chacune des activités intervenant dans le calcul de la quote-part.

[80] Par courrier du 17 juillet 2008, le CHRU a indiqué à la SHAM que, compte tenu du montant de l'augmentation proposée en dehors des prévisions contractuelles, il se trouvait contraint de résilier le contrat d'assurance responsabilité civile hospitalière et de lancer un nouvel appel d'offres. Le marché a finalement été réattribué à la SHAM en retenant une formule avec une franchise de 15 000 € par sinistre sauf exceptions et un taux de prime de 0,302 %, soit une prime de 2,8 M€ TTC pour 2009.

[81] Entre 2,5 M€ et 3,6 M€ entre 2004 et 2007 inclus.

2 - La comptabilisation des stocks

En comparant le taux d'entrée des stocks du CHRU de Lille en 2005 par rapport au volume, avec celui de huit autres CHU, une étude a mis en évidence une sous-évaluation des stocks[82]. Ainsi, il était fréquent que les dispositifs médicaux soient sortis des stocks dès réception pour être acheminés dans les services (sans être comptabilisés en entrées de stocks). Ils étaient donc considérés consommés sur l'exercice d'achat avec pour effet une diminution non justifiée du résultat. L'étude précitée a permis une remise à niveau de la valorisation des stocks à partir de 2005.

En M€	2003	2004	2005	2006	2007	2008
stocks et en cours	2,9	2,9	5,1	6,9	7,7	8,5

E - Conclusion sur la fiabilité des comptes, sur les corrections à faire pour l'analyse financière ainsi que sur le niveau du résultat de fonctionnement

La chambre tient à souligner la nécessité de raisonner sur les provisions, en évaluant de manière précise le risque et non pas à les ajuster et ou les reprendre en fonction des résultats. Faute d'avoir pratiqué « au fil de l'eau » cette comptabilisation, le CHRU aurait dû constituer des dotations aux provisions supplémentaires dans les comptes 2008 à hauteur de 22 273 790 €[83]. Ainsi corrigé, le résultat 2008 du budget H n'aurait cependant pas été significatif de l'évolution de 2008 car il aurait intégré l'impact exceptionnel de remise à niveau de la provision pour CET depuis sa création. Dans les comptes actuels (non corrigés), le bilan offre une situation trop flatteuse en minorant les provisions et en surévaluant les fonds propres. Pour régulariser la situation comptable, les comptes 2008 étant arrêtés, la chambre recommande, dès les comptes 2009, de commencer une mise à niveau des provisions et notamment de la provision CET, un préalable nécessaire étant de faire valider une méthode « officielle » de calcul des provisions par la tutelle, méthode qui pourrait être uniformément appliquée et servirait de référence. Dans le cas spécifique de la provision CET dont le fait générateur a été constituée au fil de nombreux exercices, à défaut d'une mise à niveau complète dans les comptes d'un seul exercice[84], il s'agirait :

- d'afficher en toute transparence auprès des instances, de la tutelle et du receveur des finances une trajectoire de remise à niveau à partir d'une méthode définie, validée par la tutelle et affichée dans les comptes en annexe au compte financier ;

- d'effectuer à partir de 2009, à la fin de chaque exercice, le calcul de la provision théorique nécessaire pour être à niveau ;

- d'effectuer cette remise à niveau en lissant éventuellement sur un nombre limité d'exercices prédéterminé (cinq ans par exemple).

---

[82] Le CHRU valorise les stocks centraux en conformité avec la M21 (valorisation au prix moyen pondéré, inventaire tournant hebdomadaire journalier ou annuel selon le type de produits stockés). Pour la valorisation des stocks décentralisés dans de nombreuses unités fonctionnelles (UF) et, du fait du nombre de produits (40 000 lignes de produits actifs distribués dans 1 040 UF), le CHRU utilise depuis cette étude, un inventaire partiel à partir de méthodes d'échantillonnage et d'une extrapolation de la valeur ainsi obtenue selon l'article D6 du code du commerce. Pendant les années antérieures à 2005, les stocks ont certainement été sous-estimés ce qui a induit un impact défavorable - non chiffrable - sur le résultat.

[83] 21 823 790 € de provisions pour CET et heures supplémentaires, 400 K€ pour créances douteuses et 50 K€ pour risques de litiges.

[84] Remise à niveau qui ne traduirait pas en tant que telle une dégradation de la situation financière mais un retour explicable et souhaitable à une orthodoxie comptable et financière.

Pour l'analyse, plusieurs niveaux de résultats de fonctionnement sont retracés dans l'annexe 3 : un résultat comptable « apparent », un résultat corrigé des reports de produits et de charges, un résultat corrigé des reports de produits et de charges et des dotations aux provisions « tendancielles », ce même résultat défalqué des aides spécifiques et financements anticipés.

Globalement, la situation que font apparaître les chiffres bruts et retraités est :

- Pour les résultats comptables apparents, une dégradation progressive (déficit de - 1,1 % des produits en 2005, - 1,4 % en 2006 et - 1,9 % en 2007) de 2005 à 2007 suivie d'un redressement en 2008 (- 0,9 %), le déficit restant néanmoins encore conséquent.

- Les chiffres retraités montrent une dégradation plus forte de 2005 à 2007, partant d'un meilleur résultat 2005 et un net redressement en 2008.

Les aides spécifiques et financements anticipés (voir la suite du rapport) ainsi que le manque de provisionnement ont empêché le franchissement formel du seuil de - 2 % (déclenchement obligatoire d'un plan de redressement au sens du CSP suite au décret D. 6143-39) pendant la période. Toutefois, l'ARH a anticipé cette dégradation en contractualisant avec le CHRU en 2004.

VI - LA SITUATION FINANCIERE AU 31 DECEMBRE 2008

A - Analyse du résultat de fonctionnement

1 - Le budget H (activité principale): évolution des résultats de fonctionnement

La chambre a concentré l'analyse financière rétrospective (voir annexe 2) sur les exercices 2005 à 2008 avec des aperçus sur 2004 quand ils s'avérèrent utiles. Les chiffres 2008 sont définitifs.

a - Analyse des évolutions des produits retraités

1) Les évolutions des produits de l'assurance maladie (titre 1)

Evolution des produits du titre 1 entre 2004 et 2008

(en K€)	2004	2005	2006	2007	EPRD 2008	2008	Réalisé 2008/ EPRD
Produits de la tarification à l'activité		131 770	180 542	250 029			
Dotation annuelle complémentaire (DAC)		305 522	250 490	189 884			
Sous total champ MCO et HAD (hors forfaits)		437 852	431 032	439 914	451 685	472 630	20 945
Retraitement des reports de produits				2 827		- 2 827	- 2 827
MCO hors forfaits après retraitements		437 852	431 032	442 741	451 685	469 803	18 118
Evolution avant retraitements		NS	- 1,40 %	2,10 %	2,70 %	7,40 %	- 1,40 %
Après retraitements des reports		NS	- 1,40 %	2,70 %	2,70 %	6,10 %	- 1,40 %
Forfaits annuels	509	5 482	5 474	6 340	6 736	6 736	0
MIGAC/MERRI		124 094	140 829	153 178	149 871	159 574	9 703
Dotation annuelle de financement/DGF	588 065	38 417	41 011	40 474	42 710	43 793	1 083
TOTAL Titre 1 avant retraitements	588 574	605 845	618 346	639 906	651 002	682 733	31 731
TOTAL retraité	588 574	605 845	618 346	642 733	651 002	679 906	28 904
Evolution avant retraitements des reports		2,9 %	2,1 %	3,5 %	1,7 %	6,7 %	
Evolution après retraitements des reports		2,9 %	2,1 %	3,9 %	1,3 %	5,8 %	

(a) Les produits de l'activité MCO ; comparaison entre le réalisé et l'EPRD 2008

Représentant un poids important (80,3 % en 2008), les produits de l'assurance-maladie sont composés des produits de l'activité MCO, de différents forfaits annuels, de la dotation annuelle de financement et des dotations forfaitaires MIGAC et MERRI. Les produits MCO (et HAD) donnent lieu à un double système de facturation, d'une part, la facturation « externe » des soins au patient et à sa mutuelle à partir des prix de journées et de la valorisation d'actes et, d'autre part, la facturation à la sécurité sociale, sur la base de la part de la T2A sur les GHS[85], les remboursements de médicaments et DMI (dispositifs médicaux implantables) et, jusqu'en 2007 inclus, une dotation annuelle complémentaire (DAC). En 2008, la part MCO représente ainsi 55,5 % du total des produits.

Extraits tableau CHRU (en T2A à 100 % par CMD)

CMD (catégorie majeure de diagnostic) : T2A à 100 %	Evolution RSS	Evolution unitaire moyenne par CMD	Effet tarif[86]	Effet case-mix[87]	Evolution en montant des GHS en T2A à 100 %
2006/2005	5,3 %	- 3,9 %	- 1,4 %	+ 2,7 %	1,2 %
2007 lamda/2006	- 0,5 %	2,4 %	2,8 %	- 0,9 %	1,9 %

Les effets tarifs et case mix ont été calculés à partir du tarif moyen des CMD.

Les produits des GHS ont diminué de - 1,4 % en 2006, et en termes réels (c'est-à-dire corrigés des reports) augmenté de + 2,7 % en 2007 et de 6,1 % en 2008[88]. En 2006, l'évolution d'activité en volume mesurée par les RSS a été de + 5,3 %. En T2A à 100 %, l'évolution en recettes aurait été de + 1,2 % ce qui s'explique par un effet « case-mix » (qui inclut à la fois l'évolution de l'activité dans chaque CMD (en nombre de RSS) et l'effet composition à l'intérieur de chaque CMD) de + 2,7 % et un effet tarifaire de - 1,4 %.

En 2007 (avec lamda), l'évolution des RSS a été de - 0,5 %. En T2A à 100 %, l'évolution des recettes aurait été de + 1,9 %, du fait d'un effet tarifaire de + 2,8 % et d'un effet case-mix de - 0,9 %[89]. L'évolution tarifaire à la hausse en 2007 en T2A à 100 % s'explique notamment par le fait que, pour financer les mesures du protocole Jacob, les tarifs ont doublé cet impact[90]. L'effet pénalisant que peut avoir la DAC (qui reste sur une logique historique DGF assortie de plans d'économies éventuels) quand l'établissement est en croissance d'activité est ici apparent. En effet, le CHRU aurait pu s'attendre en T2A à 100 % à une partie MCO en croissance (de l'ordre de + 1,2 %) en 2006. En fait, avec une T2A à 25 % en 2005 et 35 % en 2006, elle est en décroissance en 2006 de - 1,4 %. En 2007, l'écart est plus réduit et dans le sens contraire. En très légère décroissance d'activité (avec le changement de périmètre de la circulaire frontière) et l'évolution tarifaire, il aurait pu s'attendre à une progression de 1,9 % environ en T2A à 100 %. Or sa croissance réelle dépasse sensiblement ce niveau (+ 2,7 %). En 2008, alors que le financement est effectué en T2A à 100 % au lieu de 50 % en 2007 et malgré la baisse des tarifs 2008 pour récupérer la part comptée en sus en 2007 pour le protocole Jacob, la progression très sensible de l'activité conduit à une progression réelle de 6,1 % des recettes MCO. Dans ce bon résultat, le passage en T2A à 100 % est un facteur important ; il avait été prévu qu'il soit comme favorable à l'établissement.

---

85 Dont le taux s'est accru : 2005 : 25 % ; 2006 : 35 % ; 2007 : 50 % ; 2008 : 100 %.

86 Effet tarif = comparaison de la valorisation des données de l'année N aux tarifs de l'année N, à la valorisation des données de l'année N aux tarifs de l'année N-1.

87 Effet case-mix = comparaison de la valorisation des données de l'année N-1 aux tarifs de l'année N-1, à la valorisation des données de l'année N aux tarifs de l'année N-1.

88 En termes apparents respectivement de + 2,1 % et + 7,4 %.

89 Effet expliqué en partie par l'application de la circulaire frontière en 2007 induisant une perte de recettes.

90 Le financement en 2007 n'étant qu'en T2A à 50 %.

La sous-estimation des produits dans l'EPRD initial 2008, notamment celle des produits MCO (hors forfaits) a été de 21 M€, soit de + 4,6 % par rapport à la prévision initiale et encore de 12,6 M€ (+ 2,76 %) hors effet Lamda par rapport à la dernière actualisation de l'EPRD. Toutefois, la prévision se situait dans un contexte nouveau de T2A à 100 %. Cet écart de 21 M€, qu'il faut d'ailleurs relativiser s'explique, en effet pour partie par le report de produits qui a minoré la base 2007 (effet lamda) mais aussi par une prudence due au mécanisme de construction de l'EPRD constitué à partir des prévisions des responsables de pôles.

(b) Les aides spécifiques et les financements anticipés versés au CHRU

Ces financements expliquent en partie l'évolution des MIGAC depuis 2004 et sont retracés dans le tableau ci-dessous :

- dans le cadre des CREF : 10 M€ en 2004 en dotation globale de fonctionnement (DGF), 5 M€ en 2005, 1,836 M€ en 2006 et 5 M€ en 2007 en aides à la contractualisation (AC) ;

- en 2008, un financement ministériel de 4 M€ a été donné en anticipation (AC), qui gommait l'aspect progressif de la mise en place du nouveau modèle MERRI (voir ci-dessous). Le CHRU a demandé sa reconduction pour 2009 ;

- en outre, le ministre de la santé a accordé le 20 juin 2006 une « *aide spécifique complétant dans l'immédiat les crédits d'exploitation* » devant être « *affectée à la mise en œuvre d'un plan d'investissement accompagnant ses projets de restructuration* ». Ce financement de 6 M€ a abondé la partie « AC » des crédits MIGAC 2006. Sa pérennité a été contractualisée dans l'avenant n° 2 au CPOM (CREF).

Aides exceptionnelles, financements anticipés et spécifiques versées au CHRU depuis 2004

En M€	2004	2005	2006	2007	2008	TOTAL 2004-2008
CREF (avenant 1 CPOM)	10	5	1,836	5		21,836
Aide ministérielle « MERRI »					4	4
Aide spécifique ministère « soutien à l'investissement »			6	6	6	18
TOTAL	10	5	7,836	11	10	43,836
Enveloppe	DGF	AC	AC	AC	AC	

Evolution des MIGAC/MERRI depuis 2004 ; le nouveau modèle des MERRI

En M€	2004	2005	2006	2007	2008	2008 en % Total des recettes retraitées
MERRI FIXES	62,76	58,68	58,68	58,74	Répartition Non connue	
MERRI VARIABLES				10,49		
MIG	52,08	51,94	53,65	56,85		
AC	2,83	5,36	23,06	15,77	19,8	
TOTAL MIGAC-MERRI	117,67	115,98	135,39	141,85	159,57	18,84 %

Le financement au titre des MIGAC/MERRI a beaucoup augmenté sur la période 2005/2008 passant globalement de 116 M€ à 159,6 M€ (+ 43,6 M€, soit + 37,6 %). Avant 2007, le système des MIGAC/MERRI (missions d'intérêt général et aides à la contractualisation/missions d'enseignement, de recours, de recherche et d'innovation) était plutôt opaque et l'ARH du Nord – Pas-de-Calais a été la première à avoir détaillé en 2007 ces financements. Fin 2006, on pouvait seulement dire que l'hôpital était l'un des CHU de France pour lequel la part de la valorisation MIGAC était, en montant, la plus importante mais, globalement sur la région, le ratio de financement MIGAC en 2006 était de 78 € par habitant

contre 88 € en moyenne nationale, la région et particulièrement le CHRU recevant de nombreux patients en position de précarité dans un contexte de situation sanitaire dégradée. Le 10 juillet 2007, le CHRU a signé un CPOM avec l'ARH dit de « première génération ». La modification et l'éclaircissement du volet MIGAC/MERRI est intervenu, conformément aux objectifs décrits dans son avenant n° 1 du 17 janvier 2008, dans l'avenant n° 2 signé le 20 juin 2008.

En 2007, les MIG pour un montant de 56,8 M€ financent plusieurs missions[91]. Les 15,77 M€ d'aide à la contractualisation comprennent notamment les 6 millions d'« aide à l'investissement », 1,73 M€ au titre du plan hôpital 2007 (centre de biologie et projet RAMUR), 6,4 M€ dits de « financements régionaux non rattachables aux autres rubriques » et 1,238 M€ de crédits « écoles » en attente de transfert au conseil régional. Ces derniers sont donnés en toute fin d'année. Pour les « sauvegarder », le CHRU les paye au conseil régional l'année suivante (décalage d'un exercice). Outre ce système particulier de « transfert », il est critiquable de voir figurer ces sommes dans le compte de résultat, tant en recettes qu'en charges (dotation à une provision pour charges inscrite au bilan).

L'évolution des MERRI correspond à la mise en œuvre du modèle de financement de la recherche, de l'enseignement et de l'innovation, modèle qui vient en 2008 de fortement évoluer (nouveau modèle créé sous l'impulsion du CHRU de Lille) après validation de la DHOS. Ce nouveau modèle sera progressivement mis en œuvre (15 % en 2008, 35 % en 2009, 65 % en 2010 et 100 % en 2011), mais l'établissement a perçu 4 M€ comblant cette progressivité en 2008 (voir ci-dessus). Cependant, il fait valoir que les aides accordées lors du CREF doivent être comparées aux mesures qui ont conduit à des abattements des bases des produits versés par l'assurance-maladie, dont elle évalue l'impact cumulé sur la période 2004-2007 à 16,6 M€. La chambre estime que ce type de raisonnement n'est qu'en partie acceptable car il n'intègre pas tous les facteurs (les décisions d'augmentation du forfait journalier qui impactent le titre 2, etc.) et remarque, par ailleurs, que la diminution des bases mentionnée a été généralisée à tous les EPS.

(c) Les forfaits annuels et la DAF (dotation annuelle de financement)

Les forfaits annuels[92] et la DAF représentent en 2008 respectivement 0,8 % et 5,2 % du total des produits retraités. Les forfaits annuels ont évolué de 22,9 % depuis 2005 notamment du fait du développement de l'activité des urgences. La DAF concerne le moyen séjour, les SSR, la psychiatrie, les soins palliatifs. Ces financements ont augmenté de 14 % sur la période.

(d) Conclusion sur les produits retraités du titre 1

Après avoir progressé de 17,2 M€ (+ 2,9 %) en 2005, les produits réels du titre 1 se sont accrus de 12,5 millions (+ 2,1 %) en 2006, 24,4 millions (+ 3,9 %) en 2007 et 37,2 millions (+ 5,8 %) en 2008. Sur les quatre dernières années, leur progression a ainsi été de 91,3 M€ (+ 15,5 %, soit une moyenne annuelle de + 3,6 %).

Part de la composante MCO et des MIGAC/MERRI dans la progression des années 2005 à 2008

	Evolution 08/05	Poids dans le titre 1 En 2008
Part MCO	7,3 %	69,1 %
MIGAC/MERRI	28,6 %	23,5 %

[91] Exemple : le SMUR pour 6,8 millions, le SAMU pour 7,6 millions, un labo de génétique moléculaire pour 9,1 millions, les centres antipoison 2,4 million, les actions de prévention et d'éducation liées à la nutrition, l'asthme et le diabète pour 2,7 millions, etc.

[92] Selon les analyses, ils sont inclus ou non dans la part MCO : forfaits urgences, hémodialyse, etc.

La progression des produits du titre 1 sur les quatre dernières années est davantage due à la remise à niveau du financement des MIGAC/MERRI qu'à la part MCO. Cette remise à niveau paraissant pour l'essentiel achevée[93], il peut paraître prudent de ne pas anticiper à court terme, toutes choses égales par ailleurs, et, sauf forte poussée de l'activité, des progressions du même ordre qu'en 2008.

2) *Les produits des titres 2 et 3*

Budget H Produits du titre 2	2005	2006	2007	EPRD 2008	2008	Ecart Réalisé 2008/EPRD	2008 en % total produits
Produits de l'activité hospitalière non pris en charge par l'assurance-maladie (Titre 2)	35 708	51 992	57 836	61 420	61 175	- 245	7,2 %
Evolution	5,5 %	45,6 %	11,2 %	6,2 %	5,8 %	- 0,4 point	
Dont tarification hospitalisation	21 978	25 415	28 161	30 590	29 809	- 781	3,5 %
Dont forfaits journaliers	7 830	8 442	8 937	9 130	9 196	66	1,1 %
Dont tarifications spécifiques		6 824	7 684	7 633	7 854	221	0,9 %
Dont prestations au profit malades autres établissements	5 901	6 338	6 473	6 658	6 934	276	0,8 %
Dont patients étrangers non assurés AM en France		4 425	6 260	6 720	6 712	- 8	0,8 %

Nota = le changement de plan comptable en 2006 n'a pas permis lors de l'instruction de répartir le détail des produits du titre 2 sur une base entièrement comparable aux autres exercices

Un changement d'assiette est intervenu en 2006 qui a consisté à transférer du titre 3 au titre 2 les actes externes de laboratoires, les produits de co-utilisation…, ce qui explique l'essentiel de la forte progression du titre 2 sur cet exercice, avec l'augmentation des tarifs des prestations.

L'augmentation des tarifs a, en effet, été très importante mi-2005 (+ 30 %), elle a continué de manière sensible mi-2006 (+ 8,5 %), plus modérée (+ 3,9 %) mi-2007, pour s'élever à 8 % mi-2008 et, pour information, elle redescendra à 4 % mi-2009. L'évolution moyenne annuelle de mi-2004 à mi-2008 a donc été très sensible (14,6 %).

Le titre 2 augmente en 2007 de + 11,2 % et en 2008 de + 5,8 %, et notamment sur sa principale composante (3,5 % du total des produits en 2008 et la moitié des recettes du titre 2) les « recettes de journées d'hospitalisation » pour laquelle l'évolution est de 10,8 % en 2007 et de 5,8 % en 2008. L'augmentation des autres composantes ne modifie que peu cet impact. Sur les produits des journées d'hospitalisation, outre les augmentations de tarif précitées, a joué l'évolution du nombre des journées (- 1,2 % en 2007 et + 0,4 % en 2008).

Le tableau ci-dessous indique les principaux produits du titre 3 :

Budget H Produits du titre 3 : « Autres produits » (en K€)	2005	2006	2007	EPRD 2008	2008	Ecart réalisé 2008/EPRD	2008 en % Total des produits retraités
Produits du titre 3	103 622	92 349	91 845	105 462	105 695	233	12,5 %
Evolution	23,6 %	- 10,9 %	- 0,6 %	14,8 %	15,1 %		
Dont rétrocession de médicaments	36 995	37 720	38 085	38 462	36 558	- 1 904	4,3 %
Dont subventions d'exploitation	3 683	7 687	7 761	16 354	17 813	1 459	2,1 %
Dont produits des activités annexes	10 367	15 456	16 052	17 893	19 325	1 432	2,3 %
Dont produits de la gestion courante	16 011	6 653	9 135	11 679	10 800	- 879	1,3 %
Dont produits financiers	632	464	1 108	600	1 274	674	0,2 %
Dont produits exceptionnels	9 791	12 664	6 079	6 379	5 932	- 447	0,7 %
Dont reprise sur provisions	19 052	640	515	768	652	- 116	0,1 %

[93] Il reste toutefois essentiellement le problème du financement des BHN (B hors nomenclature).

Les divers changements d'assiette[94] expliquent l'essentiel de l'évolution des lignes « produits des activités annexes » et « produits de la gestion courante » entre 2005 et 2006.

La diminution après 2006 de la liste des médicaments dispensés en milieu hospitalier et la forfaitisation de la marge contribuent, malgré la croissance d'activité, à la baisse, non anticipée dans l'EPRD 2008 (car publiée en cours d'année 2008), de - 4 % des produits de rétrocessions de médicaments. Le CHRU précise dans sa réponse que « *la baisse de cette marge en 2009 et déjà décidée pour 2010, contribuera de nouveau à réduire les marges constatées en deçà des coûts de revient de cette activité* ». La chambre note la nécessité d'une comptabilité analytique permettant l'évaluation et le suivi des coûts de revient de cette activité pour savoir si cette affirmation se révèlera exacte.

Les produits financiers sont composés essentiellement des gains sur swaps (voir ci-dessous). La reprise de provision atypique en 2005 est due à la prime de service (voir plus haut). On peut aussi noter la forte progression des subventions d'exploitation obtenues. Compte tenu des changements d'assiette intervenus il est utile de regarder globalement l'évolution du total des titres 2 et 3.

En K€	2005	2006	2007	2008
TOTAL titres 2 et 3	139 330	144 341	149 681	166 870
Evolution		3,6 %	3,7 %	11,5 %
Hors produits exceptionnels et reprises de provisions	110 487	131 037	143 087	159 723
Evolution		18,6 %	9,2 %	11,6 %

Hors produits exceptionnels et reprises de provisions (qui sont aléatoires), la croissance de ces produits a été rapide sur les trois dernières années, en moyenne annuelle de + 13,1 %. Les causes essentielles de cette évolution sont, en premier lieu, l'accroissement des subventions (+ 14,1 M€) et en second lieu, celle des produits de la tarification de l'hospitalisation (+ 7,8 M€) qui évoluent notamment du fait des progressions des tarifs. La décroissance des rétrocessions de médicaments en 2008 peut paraître a priori un peu inquiétante, compte tenu de l'importance financière de ce poste.

3) Conclusion sur l'évolution des produits retraités du budget H

Les produits du budget H ont évolué, en termes réels, de 15,9 M€ en 2006 (+ 2,1 %), 29,7 M€ en 2007 (+ 3,9 %) et 54,4 M€ en 2008 (+ 6,9 %) sous l'effet essentiellement de la revalorisation des MIGAC/MERRI, de la croissance de l'activité MCO et/ou des tarifs des GHS et d'une augmentation soutenue, hors produits exceptionnels et reprises de provisions des titres 2 et 3 notamment du fait de l'accroissement des subventions et de la hausse des tarifs des prestations. La croissance des MIGAC/MERRI (hors financement possible des BHN) devrait probablement se réduire mais la partie MCO est susceptible de continuer sa progression si l'activité continue à croître. Le niveau de croissance des titres 2 et 3 devrait notamment dépendre des subventions à venir et du niveau auquel l'hôpital fixera les tarifs de ses prestations. On rappelle que celui-ci est moins soutenu en 2009 (+ 4 %).

[94] Les mises à disposition de personnel ont été transférées des produits de la gestion courante aux produits des activités annexes à partir de 2006. Par contre, comme indiqué ci-dessus, les recettes relatives aux actes de laboratoires et à la co-utilisation des équipements ont été transférées la même année des activités annexes vers le titre 2.

b - Analyse des évolutions des charges retraitées

1) Les charges de personnel retraitées (groupe 1)

La composante essentielle des charges de personnel, au sens du groupe 1, est la masse salariale.

MASSE SALARIALE (compte 64)[95] en M€	2004	2005	2006	2007	2008
Sous-total rémunérations PNM (1)	228,2	245,1	254,6	261,6	269,7
Sous-total rémunérations PM (2)	81,0	84,0	87,4	89,9	95,1
Dont gardes et astreintes	*10,9*	*10,1*	*12,6*	*10,7*	*9,0*
Charges sociales et autres charges de personnel(3)	107,8	115,4	120,5	125,6	130,7
TOTAL MASSE SALARIALE (1+2+3)	416,9	444,4	462,5	477,1	495,5
Evolution		6,6 %	4,1 %	3,2 %	3,8 %
Dont évolution rémunérations du PNM		7,4 %	3,9 %	2,7 %	3,1 %
Dont évolution rémunérations du PM hors gardes et astreintes		5,5 %	1,2 %	5,9 %	8,8 %
Dont évolution gardes et astreintes		- 7,6 %	24,4 %	- 15,0 %	- 16,0 %

Pour le personnel non médical, outre les évolutions d'effectifs analysés plus haut et les effets GVT[96] , l'évolution de 2004 à 2005, est principalement due à 10,8 millions d'augmentation générales (dont 1,8 au titre des retraites additionnelles), celle de 2005 à 2006 à 7,8 millions d'augmentation générales (dont 1,5 au titre de la refonte de la grille des C et 3,5 d'effets reports), celle de 2006 à 2007 inclut 3,5 millions de « protocole Jacob »[97] (revalorisations de beaucoup de catégories de personnel, grilles administratives plus favorables, augmentations des ratios de promotions, mesures « aides soignantes », etc.), celle de 2007 à 2008 inclut 3,3 millions de « protocole Jacob » et 2 millions de règlement de jours CET. A ces effets s'ajoutent des mesures réglementaires : par exemple, les indemnités de sujétions des aides soignantes (0,7 million en 2008) ou le rachat des années d'études à partir de 2007.

Pour le personnel médical, le montant des gardes, astreintes et temps additionnels tend à baisser reflétant en fin de période les efforts engagés (décrits dans le rapport). Les augmentations générales ont eu un impact de 1,7 million en 2005, de 3 millions en 2006, de 2,3 millions en 2007 et de 2,7 millions en 2008. Les jours de CET payés en 2008 se sont élevés à 2,9 M€.

En conséquence, l'évolution des charges de personnel, au sens du groupe 1 de l'EPRD corrigées des reports de charges, si l'on retranche pour l'analyse l'effet des mesures du « protocole Jacob » et des versements CET, s'élève à + 3,6 % en 2006, + 3,2 % en 2007 et + 2,9 % en 2008, soit encore à + 10,1 % entre 2005 et 2008. En 2007 puis en 2008, la chambre note un infléchissement vers une meilleure maîtrise des charges de personnel, la croissance des charges ayant tendance à se ralentir, hors éléments « exogènes ». Le poids du groupe 1 (charges de personnel) a tendance depuis 2006 à baisser par rapport aux ressources de l'assurance-maladie (valeurs retraitées des reports). Cette baisse est encore plus apparente hors versement CET. En 2008, ce ratio s'est amélioré du fait des efforts de gestion du CHRU et d'un meilleur financement. Il reste à un niveau très élevé (79,6 %), ce qui traduit un niveau de charges de personnel présentant un vrai risque financier pour l'équilibre de l'exploitation.

---

95 Pour reboucler avec les charges du groupe 1, il convient de rajouter à la masse salariale des charges qui y sont assimilables pour l'analyse ou induites directement par elles et de rajouter les remboursements de personnel.

96 Glissement vieillesse technicité : le CHRU sera en mesure à court terme, avec son nouveau logiciel « évoluance RH » de calculer par lui-même son GVT, actuellement donné par l'ARH.

97 L'impact des mesures du protocole Jacob a été financé dans le tarif des GHS (voir plus loin).

97 Celle-ci devant cependant être prise avec précaution du fait des ajustements et des changements de méthodologie en cours (période de transition du modèle T2A, évolution des modèles MIGAC et MERRI…).

Ratio charges de personnel retraitées / produits groupe 1 retraité	2005	2006	2007	2008	Evolution 2008/2005
Ratio charges de personnel retraitées des reports/produits G1 AM retraité des reports	81,11 %	82,36 %	82,32 %	80,79 %	- 0,32 pt
Ratio précédent hors versement CET	81,11 %	82,36 %	82,32 %	79,59 %	- 1,52 pt

Dans sa réponse, le CHRU actualise les données de comparaison des principaux agrégats financiers avec les CHU de Lyon, Marseille, Bordeaux, Toulouse, Strasbourg et Montpellier pour les années 2007 et 2008 (voir suite du rapport). La part des charges de personnel dans les produits bruts diminue de - 1,2 point en deux ans passant de 70,4 % en 2006 à 69,2 % en 2008 alors que la situation ne s'améliore pour la moyenne de la comparaison que de 0,5 point. Entre 2006 et 2008, le ratio charges de personnel sur valeur ajoutée évolue à Lille de 97,8 % à 97,4 % (- 0,4 point) confirmant qu'un certain effort a bien eu lieu corrélativement à la progression des produits bruts. Le même ratio s'est dégradé pour la moyenne de l'échantillon et passe de 94,9 % en 2006 à 96,5 % en 2008.

En valeurs brutes (non retraitées), les charges de personnel du titre 1 par rapport aux recettes de l'assurance- maladie du CHU de Lille se situent en 2007 à 79,33 % pour une moyenne des autres CHU de la comparaison de 80,03 % (soit un écart favorable de 0,7 point) et pour 2008 à 80,46 % pour une moyenne de 79,81 % (soit un écart défavorable de 0,6 point). Ce ratio, intrinsèquement élevé, est donc en fin de période supérieur à la moyenne.

2) *Les charges du groupe 2 (à caractère médical) et du groupe 3 (à caractère hôtelier et général)*

Une fois retraités des reports, les charges à caractère médical, avec un montant de 183,1 M€, représentent en 2008 respectivement 21,4 % du total des charges et 21,6 % des produits. Les principales composantes sont les achats de produits pharmaceutiques et à usage médical et les achats de petit matériel médical et de fournitures médicales qui représentent respectivement 12,1 % et 7,8 % du total des charges. Ces deux postes augmentent fortement en 2007 et 2008, en moyenne respective de +8 % et de + 7,8 % par an, les consommations externes évoluant de manière très similaire aux achats[98]. La forte consommation du petit matériel médical et fournitures médicales excède l'évolution de l'activité ce qui induit un surcoût pour le CHRU.

En 2008, les charges à caractère hôtelier et général (groupe 3) représentent globalement un montant de 65,8 M€ (valeurs retraitées). En légère augmentation en 2007 (+ 2 %) et en diminution l'année précédente (- 4,4 %), elles augmentent de 11,1 M€ (+ 21,3 %), essentiellement en raison de subventions accordées qui augmentent de 4,6 M€, passant de 0,792 M€ à 5,419 M€ et dans une moindre proportion aux achats d'énergie (+ 2,4 M€ passant de 16,1 M€ à 18,5 M€, soit + 14,9 % hors retraitement) et aux services extérieurs (+ 2,3 M€ passant de 27 M€ à 29,3 M€, soit + 8,5 % hors retraitement). En 2008, la progression très importante du compte 657 « subventions » est due, notamment, au développement de projets de coopération et de recherche (en 2008, 2,8 M€ ont été versés à ce titre pour le projet européen PSIP).

Le stock de produits généraux ou hôteliers est de 1,692 M€ au 31 décembre 2008. Il représente 73 jours de consommation (contre 66 jours en 2007). Si, selon le CHRU, une partie, soit l'équivalent de 19 jours, peut s'expliquer par le stockage de matériels de protection contre la grippe aviaire, il n'en reste pas moins que le niveau atteint apparait important et nécessiterait selon la chambre des actions d'optimisation.

[98] Les consommations de produits pharmaceutiques et fournitures à caractère médical représentent, en 2008, 169,5 M€ (près de 20 % des charges totales) et évoluent en moyenne sur les deux dernières années de + 8,2 %. Les niveaux du stock au 31 décembre 2008 pour les produits pharmaceutiques et à usage médical et pour le petit matériel médical et de fournitures médicales sont respectivement de 3 614 K€ et 3 208 K€ (soit respectivement 12,8 jours et 17,5 jours de la consommation 2008) ce qui n'appelle a priori pas d'observation.

3) *Les charges du groupe 4 : dotations, charges financières, charges exceptionnelles*

En K€	2005	2006	2007	2008
Titre 4 (valeurs comptables)	40 862	50 524	48 677	57 571
Dont charges financières	3 516	4 927	7 600	8 959
Dotations aux amortissements	33 151	33 136	32 444	33 789
Dotations aux provisions	344	800	804	7 206
Dont charges exceptionnelles (hors groupe inclus en 2005 et 2006)	*3 851*	*11 661*	*7 828*	*7 617*
Retraitement des reports		*- 8 495*	*- 3 193*	*- 2 018*
Charges exceptionnelles retraitées des reports	3 851	3 166	4 635	5 599
Titre 4 avec hors groupe et retraité des reports	40 862	42 029	45 483	47 936

En retraitant uniquement les reports de charges et en y incluant le hors groupe en 2005 et 2006, les charges du groupe 4 évoluent de 40,9 M€ en 2005 à 47,9 M€ en 2008. Les charges exceptionnelles comptables comprennent essentiellement, à partir de 2006, les reports de charges de l'année précédente ainsi que les annulations de titres[99]. Les charges financières ont été multipliées par 2,5 en quatre ans (+ 5,4 M€) du fait de l'évolution de la dette. Les amortissements augmentent de 1,4 M€ en 2008. L'évolution des dotations aux provisions, en s'attachant à améliorer la valorisation des risques, traduit une meilleure santé financière.

4) *Conclusion sur l'évolution des charges du budget H*

Retraitées des reports, les charges évoluent de 2005 à 2008 de 15,2 % (soit une moyenne annuelle de près de 5 %) dont 3,5 % en 2006, 4,6 % en 2007 et 6,5 % en 2008.

Cette forte progression est répartie sur l'ensemble des charges : charges de personnel compte tenu de leurs poids dans l'ensemble, mais aussi consommations externes médicales et à caractère général et groupe 4 (notamment dotations aux provisions et charges financières).

En 2007 puis en 2008, malgré certains efforts réalisés sur les charges de personnel (sur les gardes et astreintes…), le ratio charges de personnel sur produits de l'assurance-maladie est encore trop élevé, et par ailleurs, les consommations médicales et à caractère hôtelier ou général augmentent à un rythme qui excède l'évolution de l'activité. Les dotations aux provisions ont progressé fortement en 2008 mais sans atteindre le niveau souhaitable, sur le CET notamment.

c - Conclusion sur les situations apparentes et réelles du résultat de fonctionnement du budget H

La situation comptable « apparente » du résultat, qu'on ne peut ignorer car elle est utilisée, notamment, pour des consolidations régionales et nationales et des comparaisons, fait apparaître sur les trois dernières années une progression des charges et des produits en moyenne annuelle respectivement de 4,4 % et de 4,3 %. Le différentiel des progressions devient favorable en 2008, faisant apparaître une meilleure situation fin 2008, mais le résultat reste encore négatif (- 7,5 M€). Après correction des reports, les charges continuent à progresser fortement et elles excèdent en 2008 de 1 % le total des produits retraités (déficit de - 8,3 M€). Ceci traduit une amélioration en fin de période, moindre cependant que dans les chiffres non retraités.

	2006 apparent	2007 apparent	2008 apparent	2006 corrigé des reports	2007 corrigé des reports	2008 corrigé des reports
Evolutions des produits	2,1 %	3,5 %	7,6 %	2,1 %	3,9 %	6,9 %
Evolutions des charges	2,4 %	4,1 %	6,5 %	3,5 %	4,6 %	6,5 %
Différentiel de croissance	- 0,3 %	- 0,6 %	1,1 %	- 1,4 %	- 0,7 %	+ 0,4 %

[99] En 2005, par contre ces reports étaient inclus dans les groupes qu'ils concernaient.

2 - Le budget consolidé : évolution des résultats de fonctionnement sur la période 2005 à 2008

a - Les résultats consolidés ; importance du budget DNA

Résultat consolidé avant et après retraitements des reports (en M€)	2005	2006	2007	2008
Résultats cumulés bruts	- 6,373	- 6,330	- 11,969	- 3,249
Résultats cumulés retraités	7,455	- 1,119	- 7,892	- 4,027

Le CHRU dispose d'un patrimoine immobilier privé important constitué au fil du temps (certains datent de l'Ancien Régime) par des dons et legs. L'hôpital puise dans cet ensemble pour vendre quand il a des besoins de financement. L'importance de ce patrimoine DNA (dotation non affectée) est un atout pour l'hôpital qui peut à peu près « calibrer » le financement dont il a besoin, à hauteur au moins de 3 ou 4 M€ chaque année. Les résultats du budget annexe DNA compensent ainsi partiellement les déficits du budget principal grâce à des opérations de cessions de terrains et d'immeubles.

b - Comparaisons 2008 avec d'autres CHU et l'approche par les soldes intermédiaires de gestion en 2007 et 2008

Avec les réserves sur les ajustements et la méthodologie cités plus haut, il est possible d'effectuer des comparaisons entre CHU sur la base des soldes intermédiaires de gestion (SIG) :

SIG 2008 Consolidés (M€)	Lyon	Marseille	Bordeaux	Toulouse	Montpellier	Strasbourg	Lille	Moyenne
Produits bruts (PB)	1 327	1 017	840	813	637	649	813	871
Valeur ajoutée en % PB	72,1 %	70,0 %	69,8 %	72,0 %	71,9 %	68,5 %	71,1 %	70,8 %
EBE en % PB	- 0,7 %	2,4 %	4,2 %	6,3 %	3,2 %	- 0,1 %	4,6 %	2,8 %
Marge brute en % PB	1,2 %	3,8 %	5,3 %	7,8 %	4,2 %	0,4 %	4,9 %	3,9 %
Charges de personnel	995	643	573	553	451	415	563	599
En % PB	75,0 %	63,3 %	68,1 %	68,0 %	70,8 %	63,9 %	69,2 %	68,3 %
En % de la VA	104,1 %	90,5 %	97,6 %	94,4 %	98,5 %	93,3 %	97,4 %	96,5 %
Résultat exceptionnel % PB	- 0,2 %	0,2 %	- 0,8 %	- 1,3 %	- 0,4 %	- 0,8 %	- 0,1 %	- 0,5 %
Résultat net consolidé	- 106	- 35	- 1	- 3	- 10	- 32	- 7	- 28
En % PB	- 8,0 %	- 3,5 %	- 0,1 %	- 0,4 %	- 1,6 %	- 4,9 %	- 0,9 %	- 2,8 %

Source : CHRU ; avec retraitements d'origine.

La valeur ajoutée du CHRU en 2008 représente 71,1 % des produits bruts. Ce pourcentage est supérieur de 0,3 point à la moyenne (70,8 %), se situant derrière Lyon (72,1 %), Toulouse (72 %), Montpellier (71,9 %) mais nettement supérieur aux trois autres CHU. Cela signifie que les consommations externes 2008 de l'établissement sont comparables à la moyenne des autres CHU ci-dessus. Il n'en reste pas moins que la part de la valeur ajoutée dans les produits bruts a diminué de près d'un point en deux ans, passant de 72 % en 2006 à 71,1 % en 2008, cette dégradation ayant cependant été supérieure pour la moyenne de la comparaison (- 1,7 point). La chambre pense que l'hôpital doit porter une attention particulière à l'évolution de ses consommations externes.

L'excédent brut d'exploitation avec 4,6 % des produits bruts est, en 2008, après Toulouse, le meilleur de l'échantillon, la moyenne se situant à 2,8 %. La position relative du CHRU s'est ainsi nettement améliorée en deux ans car le ratio 2006 qui s'établissait à 3,2 %, était le plus bas de la comparaison, à l'exception de Marseille (2,8 %). Cette amélioration comparative est due tout à la fois à l'évolution de la part de la marge brute et à celle des charges de personnel dans les produits bruts (voir analyse sur les charges de personnel plus haut).

En 2008, pour la première fois depuis 2004, la marge brute (44 M€, soit 4,9 % des produits bruts) permet de couvrir les frais financiers et les charges d'amortissement.

B - Analyse de la capacité d'autofinancement, du tableau de financement, de la politique d'investissement et de la dette financière

1 - Analyse de la capacité d'autofinancement

Capacité brute d'autofinancement (en K€) (non retraitée)	2004	2005	2006	2007	2008	2009 EPRD
Résultat consolidé de l'exercice	- 639	- 6 373	- 6 330	- 11 969	- 3 249	314
+ Valeur comptable des éléments d'actifs cédés (VCEAC)	44	13	48	58	68	0
+ Dotations aux amortissements et provisions	39 541	34 457	35 315	34 309	42 138	36 677
- Produits de cessions des éléments d'actif cédés (PCEAC)	1 489	1 185	3 500	2 739	3 200	3 200
- quote part des subventions virées au compte de résultat	51	49	51	43	41	0
- reprises sur amortissements et provisions	703	19 084	2 340	515	1 131	3 291
CAPACITE BRUTE D'AUTOFINANCEMENT	36 794	7 779	23 142	19 101	34 587	30 501
En des produits consolidés (non corrigés)	5,1 %	1,0 %	2,9 %	2,3 %	3,9 %	3,4 %
Remboursement des annuités de dette financière	6 205	6 339	7 157	8 837	11 020	13 477
CAF NETTE	30 499	1 441	15 985	10 264	23 567	17 024

La capacité brute d'autofinancement de l'exercice (non corrigée des reports de charges et de produits) est calculée dans le tableau ci-dessus. Elle fluctue de manière importante entre 1 % des produits consolidés en 2005 et 5,1 % en 2004 pour revenir à un niveau de 3,9 % des produits consolidés en 2008 (34,6 M€). La prévision 2009 prévoit une CAF en retrait de - 3,9 M€ représentant 3,4 % des produits consolidés. La CAF dégagée est, pour une partie complémentaire, due à l'apport du budget DNA. La CAF nette varie, de manière encore plus sensible, entre 1,4 M€ en 2005 et 30,5 M€ en 2004, du fait de la croissance du remboursement des annuités des emprunts, ceux-ci progressant fortement (voir ci-dessous). En 2005, la CAF nette était à peine positive (1,4 M€) et seulement du fait du budget DNA, ce qui signifie que le CHRU en était presque arrivé à un point où il aurait dû emprunter pour rembourser ses emprunts. Malgré l'amélioration observée, la CAF nette en 2008 (23,6 M€) n'a pas retrouvé le niveau de 2004 et ne représente que 2,7 % des produits consolidés.

Pour estimer la tendance de la CAF il faut néanmoins la corriger des reports de charges et de produits (tableau ci-dessous). La CAF brute corrigée se situe alors entre 21,6 M€ en 2005 et 33,8 M€ en 2008 et évolue toujours de manière contrastée d'un exercice à l'autre. Au vu de cette tendance, la prévision d'une CAF à hauteur de 30,5 M€ dans l'EPRD 2009 ne parait pas a priori aberrante (voir suite du rapport). Cependant, malgré une progression en 2008, la CAF reste intrinsèquement à un niveau faible qui place l'établissement dans une position financière où il est obligé d'emprunter une part importante du financement de ses investissements.

ANALYSE DE LA CAF (évolution corrigée des reports)	2004	2005	2006	2007	2008	2009 EPRD
CAF BRUTE CORRIGEE DES REPORTS	29 287	21 608	28 352	231 78	33 809	30 501
Evolution		- 26,2 %	31,2 %	- 18,2 %	45,9 %	- 9,8 %
CAF NETTE CORRIGEE DES REPORTS	23 082	15 269	21 195	14 341	22 789	17 024
Evolution		- 33,9 %	38,8 %	- 32,3 %	58,9 %	- 25,3 %

Dans la comparaison ci-dessous, le taux de capacité d'autofinancement brut dans les produits bruts du CHRU s'élève à 3,8 % en 2008 contre 2,9 % en 2006, ce qui confirme l'amélioration de sa situation financière. Le tableau montre qu'en 2008, il a le 3ème ratio le plus favorable. Cette situation de la capacité d'autofinancement est à mettre en regard des financements nécessaires (voir ci-dessous).

CAF 2008 consolidés (en M€)	Lyon	Marseille	Bordeaux	Toulouse	Montpellier	Strasbourg	Lille	Moyenne
CAF en % des produits bruts d'exploitation	- 0,8 %	1,6 %	4,4 %	5,8 %	3,7 %	- 0,5 %	3,8 %	2,6 %

Source CHRU ; après retraitements effectués dans le tableau d'origine.

2 - L'équilibre du tableau de financement, l'analyse des investissements et de la dette financière

a - L'équilibre global du tableau de financement des investissements

En K€	2005	2006	2007	2008	TOTAL	moyenne annuelle	2009 EPRD
CAF BRUTE	7 779	23 142	19 101	34 587	84 609	21 152	30 501
Remboursement des annuités de dette financière	6 339	7 157	8 837	11 020	33 353	8 338	13 477
CAF NETTE	1 441	15 985	10 264	23 567	51 257	12 814	17 024
Acquisitions d'immobilisations (hors financières)	43 537	59 552	51 348	45 207	199 644	49 911	49 000
A - Besoin de financement des investissements	42 096	43 567	41 084	21 640	148 387	37 097	31 976
Cessions d'immobilisations	1 185	3 501	2 739	3 200	10 625	2 656	3 200
Apports et subventions	621	2 965	3 557	6 438	13 581	3 395	5 440
Emprunts nouveaux	22 750	29 752	41 000	24 002	117 504	29 376	23 337
B - Total financement des investissements	24 556	36 218	47 296	33 640	141 710	35 428	31 977
C=A-B - Solde besoin moins financement investissements	17 540	7 349	- 6 212	- 12 000	6 677	1 669	0
Autres emplois	77	48	4	558	687	172	0
Autres ressources	57	1 122	265	62 806	64 250	16 063	0
C - Solde autres emplois et ressources (besoin si +)	20	- 1 074	- 261	- 62 248	- 63 563	- 15 891	0
Apport au fonds de roulement (+) ou prélèvement (-)	- 17 561	- 6 276	6 473	74 247	56 883	14 221	0

Le tableau ci-dessus fait apparaître un prélèvement sur le fonds de roulement de 17,6 M€ en 2005, de 6,3 M€ en 2006 et des apports de 6,5 M€ en 2007 et 74,3 M€ en 2008. L'endettement a fortement augmenté (voir l'analyse plus loin). La variation de 2008 est atypique dans la mesure où le comptable a compensé la créance de l'article 58 avec les avances reçues de l'assurance-maladie, à hauteur de la totalité de ce que l'assurance maladie a prévu de débloquer (62,8 M€)[100]. La créance de l'article 58 ayant été classée en « haut de bilan » en fonds de roulement d'exploitation (du fait de son gel), sa diminution entraîne mécaniquement, pour ce même montant, l'augmentation du fonds de roulement (ligne « autres ressources ») et symétriquement la disparition des avances de l'assurance-maladie entraîne mécaniquement à cette hauteur une augmentation du besoin en fonds de roulement Il s'agit d'une opération

[100] Il reste 4 462 K€ au titre de la partie encore gelée relative à la psychiatrie de la créance de l'article 58 au bilan du CHRU.

purement comptable qui n'a pas d'impact sur la trésorerie. Pour soutenir la trésorerie des EPS, l'ARH a, en fait sinon en droit et en comptabilité, commencé à dégeler la créance de l'article 58 dès 2005, par la pratique des avances.

Sur quatre ans, hors cette opération de compensation, la variation du fonds de roulement aurait été proche de zéro. Il n'est donc pas anormal de prendre cette hypothèse[101] pour l'EPRD 2009.

Pour comprendre la manière dont sont financés les investissements, il est significatif de regarder l'évolution du solde C (« besoin – financement des investissements ») du tableau précédent[102] et la colonne donnant le cumul des quatre années 2005 à 2008 :

- Les remboursements d'annuités d'emprunts sur ces années ont consommé 39,4 % de la capacité d'autofinancement brute. Il est prévu un taux de consommation de 43,9 % en 2009, malgré une CAF supérieure de 44,5 % à la moyenne de la période, compte tenu de la montée des remboursements (+ 61,4 % par rapport à la moyenne de la période).

- Les 199,6 millions d'investissements de 2005 à 2008 inclus ont été financés par 51,3 millions de CAF nette (25,7 %), 117,5 millions d'emprunts nouveaux (58,9 %), 13,6 millions d'apports et subventions (6,8 %) et 10,6 millions de cessions en provenance de la DNA (5,3 %)[103].

Sans commencer « l'opération Sud » (voir plus loin), le CHRU prévoit en 2009 de financer 49 M€ d'investissement (à peu près dans la moyenne des années précédentes) par 17 millions de CAF nette (34,6 %), 23,3 millions d'emprunts nouveaux (47,6 %), 5,4 millions d'apports et subventions (11 %) et 3,2 millions de cessions (6,5 %).

La chambre note que la montée de l'endettement amenuise de plus en plus la part de la CAF disponible pour le financement des immobilisations. Aussi l'hôpital doit-il nécessairement faire progresser sa CAF brute (d'autant que l'endettement augmente les frais financiers), s'il veut éviter une augmentation mécanique de la dette.

La progression de la dette financière a été la suivante sur la période :

En K€	2005	2006	2007	2008	TOTAL	Moyenne annuelle	2009 EPRD
Augmentation de la dette financière	16 411	22 595	32 163	12 982	84 151	21 038	9 860

L'année 2008, du fait à la fois des meilleurs résultats en CAF et de la limitation des investissements à hauteur de 45,2 M€, traduit une moindre progression de l'endettement et une rupture par rapport à la tendance particulièrement inquiétante jusqu'en 2007 inclus. La prévision 2009 confirme cette décélération mais la limitation des investissements à 49 M€ est due au report du « Projet Sud ».

b - La politique d'investissement

Les taux de vétusté des équipements et des constructions du CHRU sont les suivants :

	2004	2005	2006	2007	2008
Taux de vétusté des équipements	71,2 %	74,8 %	76,7 %	72,3 %	70,3 %
Taux de vétusté des constructions	59,9 %	60,4 %	58,6 %	58,5 %	58,3 %

[101] D'ailleurs « traditionnelle » compte tenu de la difficulté de faire une prévision sur ce point.

[102] Qui correspond à peu près (modulo les immobilisations financières) à la variation du fonds de roulement d'investissement.

[103] Les 6,7 millions de besoin de financement restants sont comblés par le paiement de 6,2 millions payés au titre de la créance de l'article 58 plus des ressources nettes diverses : il n'y a pas eu de prélèvement sur le fonds de roulement.

En 2006, le taux de vétusté des équipements de 76,7 % est à comparer à celui des CHR de 78,1 %. Il est donc légèrement inférieur à la moyenne tandis que celui des constructions (58,6 %) est de 3,3 points supérieur à la moyenne des CHU[104]. Bien que ces taux de vétusté semblent importants, ils ne sont donc pas très éloignés de la situation moyenne des CHR. Sur la période, ils tendent à diminuer pour les équipements et les constructions. En effet, l'établissement a réalisé, de 1999 à 2003 inclus, 223 M€ d'investissement (44,6 millions en moyenne par an), soit un taux moyen de renouvellement de 12,3 % en dessus de la moyenne de 9,0 % des cinq CHU comparables (cf. supra). Mais il s'agissait de rattraper un retard de renouvellement du patrimoine. De 2004 à 2008 inclus, le CHRU a acquis 244,3 M€ d'immobilisations sur cinq ans (48,9 millions en moyenne annuelle) avec des fluctuations selon les années et notamment un net accroissement en 2006 (+ 16,1 M€) avant de décroître progressivement en 2007 (51,3 M€, soit - 8,3 M€) puis 2008 (45,2 M€, soit - 6,1 M€) et retrouver à peu près le niveau de 2004 (44,7 M€) et 2005 (43,5 M€).

Les investissements réalisés, outre la maintenance, la mise aux normes des bâtiments et la mise à niveau du parc des équipements médicaux, ont concerné le centre de biologie, l'imagerie les blocs opératoires, l'anesthésie, la pharmacie, la rationalisation des circuits patients, les urgences. Les investissements ont aussi concerné le « plateau technique logistique » : le projet hôtelier dans le cadre du projet d'établissement 2004-2008, la modernisation de la blanchisserie et de l'unité de production culinaire. Le tableau ci-dessous précise la nature des investissements réalisés entre 2004 et 2007.

Montants en M€	Période 2004-2007 inclus	En %
Travaux	114,7	57,6 %
Equipement médical	44,9	22,6 %
Systèmes d'information	24,3	12,2 %
Equipement non médical	12,5	6,3 %
Autres (immobilisations financières, incorporelles…)	2,6	1,3 %
TOTAL	199	100,0 %

Sur 43,8 M€ réalisés fin octobre 2008 (96,9 % du total des investissements de 2008, 12,5 M€ ont concerné l'urbanisme, 4,7 M€ le système d'information, 4,9 M€ l'extension du parc médical d'équipements, le reste étant essentiellement des programmes de maintien en fonctionnement.

Pour l'avenir, le « Projet Sud » constitue la principale incertitude et, par son ampleur, il conditionne le futur équilibre financier du CHRU.

c - La dette financière : son niveau et la « gestion active de la dette »

1) Le niveau atteint par la dette

Montant en K€	2004	2005	2006	2007	2008	Evolution 2008/2005	Moyenne	EPRD 2009
A - Encours de la dette financière au 31 décembre	84 446	100 857	123 451	155 614	168 595	99,6 %	126 593	178 455
B - CAF brute	36 704	7 780	23 142	19 101	34 587	- 5,8 %	24 263	30 501
Durée apparente de la dette A/B	2,3	13,0	5,3	8,1	4,9	111,9 %	6,7	6,5

[104] Source de comparaison : le rapport du comité experts finance de la BDHF pour 2006.

L'encours de la dette financière a doublé en cinq ans et la durée apparente de la dette s'établit en 2008 à 4,9 ans contre 2,3 ans en 2004, ratio qui varie notablement sur la période du fait des fluctuations de la CAF. La prévision de l'EPRD 2009 aboutit à un ratio élevé de 6,5 années.

En euros	2004	2005	2006	2007	2008
Taux d'indépendance financière	34,7 %	45,9 %	57,5 %	75,2 %	78,3 %

Le rapport entre la dette financière et les capitaux permanents mesure le taux d'indépendance financière. Selon un rapport du comité d'experts finance de la BHF, en moyenne, ce taux était pour les CHR de 35,6 % en 2006 (32,3 % en 2005 et 31,4 % en 2004) alors qu'il était de 57,5 % pour le CHRU en 2006, 45,9 % en 2005 et de 34,7 % en 2004. A partir de 2004, le ratio se dégrade à la fois du fait de la forte progression de la dette financière et de la diminution des capitaux permanents (sauf en 2008 où ceux-ci progressent légèrement). En 2007, ce ratio se dégrade encore plus fortement que les deux années précédentes et atteint 75,2 % pour continuer à s'accroître mais beaucoup plus faiblement en 2008 (78,3 %).

La situation apparaît ainsi dégradée pour l'établissement qui dépasse largement les 50 % considéré par les analystes financiers comme un plafond pour une bonne indépendance financière vis-à-vis des banques. C'est aussi un facteur de renchérissement des intérêts.

2) La gestion active de la dette

Le CHRU a entrepris, depuis 1996, une gestion active de sa dette dans le but de minimiser les charges financières relatives aux intérêts d'emprunt. Pour atteindre ces objectifs, les services financiers utilisent des techniques telles que la mise en œuvre d'appels d'offres ouverts permettant une diversification des prêteurs, l'utilisation mixte de taux fixes et taux variables et la pratique de swaps, opérations, en principe, de couverture de risque de taux. La dette au 31 décembre 2008, avant swaps, est composée de 26 emprunts pour un montant de 168,6 M€ répartis auprès de cinq prêteurs principaux[105]. Seize emprunts ont été contractualisés à taux fixe pour un capital restant dû (CRD) de 83 M€ (49 %) et dix à taux variable pour un CRD de 85,4 M€ (51 %). L'hôpital a contractualisé en 2006 deux contrats de type structuré :

- l'un indexé sur l'écart de pente Euro/Dollar 10 ans contre Euro/Dollar 2 ans avec une période sécurisée de trois années durant lesquelles, le CHRU bénéficie d'un taux garanti bonifié. Ce contrat a été annulé fin octobre 2008 contre un taux fixe de 4,05 %.

- dans le cadre du réaménagement d'un emprunt, l'autre emprunt structuré a été contracté auprès de la Caisse d'épargne de Flandre (n° 702). D'un CRD (capital restant dû) de 11,02 M€ au 31 décembre 2008, cet emprunt permet de bénéficier d'un taux fixe garanti de 3,25 % pendant neuf ans. Mais, à partir de la 10ème échéance, le taux reste de 3,25 % si la différence entre le CMS 10 ans[106] et le CMS 2 ans est positive, sinon, il s'élève à 6,5 % - 6*(CMS 10 – CMS 2).

Pour le moment, ce contrat est dans sa première phase, favorable au CHRU qui aurait pu s'attendre en 2006 à un taux d'environ 3,7 % (voir tableau ci-dessous) alors que le contrat le fait bénéficier d'un différentiel favorable d'un demi-point, mais il est potentiellement dangereux dans la deuxième phase. Si le CMS 10 devient inférieur au CMS 2, l'indexation rajoute à 6,5 % un taux de six fois cette différence. Ce contrat, pour un gain relativement minime en termes de taux fait peser un risque évident de forte majoration des intérêts, en particulier dans la période de

[105] CDC (3 % de l'encours), DEXIA (15 %), Société générale (21 %), Caisse d'épargne (27 %), Crédit Agricole (34 %)

[106] Le CMS (Constant Maturity Swap) 10 ans (ou 2 ans) correspond au taux de swap à 10 ans (2 ans) contre Euribor 6 mois calculé par l'international Financing Review.

turbulence des marchés financiers actuelle. L'ordonnateur a indiqué dans sa réponse que, comme le préconise la chambre, une étude est en cours de renégocier un taux classique fixe ou variable sur l'emprunt Caisse d'Epargne.

Dans les années antérieures le CHRU a enregistré des gains nets non négligeables sur ses swaps[107] de taux ce qui a diminué le coût de sa dette financière pour un total de 4,1 M€ en sept ans. Sans ces swaps, le taux d'intérêt moyen de la dette aurait été supérieur chaque année (gain compris entre 0,22 point à 0,91 point sur la période 2004-2008 sur les taux moyens) :

Calcul du coût moyen de la dette (€)	2004	2005	2006	2007	2008
Coût de la dette après swap en %	2,91 %	2,68 %	3,46 %	4,03 %	4,28 %
Coût de la dette sans swap en %	3,82 %	3,36 %	3,68 %	4,35 %	4,68 %
Différentiel en point	- 0,91	- 0,68	- 0,22	- 0,32	- 0,40

Sur 168 M€ de dette, 33 %, soit 57 M€ (45,9 M€ de type « swapable » et 11 M€ de type « structuré »), de l'encours a été « retravaillé ». Après prise en compte des opérations de swaps, les taux fixes représentent un pourcentage de l'encours supérieur de un point à celui avant swaps soit 48 % du total (au lieu de 47 %) contre 52 % de l'encours en taux variables (au lieu de 53 %). Les swaps ont donc conduit à augmenter le pourcentage des emprunts à taux fixes.

Il apparaît cependant que les swaps envisagés au 31 décembre 2008 sont, pour certains d'entre eux, potentiellement risqués en cas d'évolution erratique des indices de référence, et sont plus des instruments de spéculation (pour saisir des opportunités sur le marché financier) que des instruments de simple couverture des risques d'évolution des taux. Sur les sept opérations de couverture existant au 31 décembre 2008, deux opérations de swaps ont particulièrement retenu l'attention de la chambre :

- une opération sur un CRD de 19 M€ échangeant un taux fixe de 4,75 % contre un taux fixe de 1 % jusqu'au 25 octobre 2014. A partir de cette date et jusqu'au 25 octobre 2027, le taux est de 1 % plus l'écart s'il est positif entre l'Euro/Dollar - l'Euro/francs suisses - 23,2 % ;

- une opération sur un CRD de 8 M€ échangeant un taux variable de Euribor 12 mois 0,04 contre un taux variable bonifié de Euribor 12 mois - 0,35 % jusqu'en décembre 2008. Ensuite, pendant sept ans, le taux reste Euribor 12 mois - 0,35 % tant que la somme des différences CMS 10 ans - CMS 2 ans reste supérieure à 0,624 %, sinon le taux devient Euribor 12 mois + 3,5 % - 5* (EUR CMS 10ans - EUR CMS 2 ans). Le CHRU indique dans sa réponse que la formule « structurée » ne serait pas mise en œuvre et qu'il se trouvera dans le cas favorable, au regard des anticipations des marchés, d'un taux d'intérêt d'Euribor - 0,35 % sur le reste de la période de remboursement.

Dans les deux cas, contre un avantage en taux bonifié pendant la première période (avantage limité s'agissant du deuxième swap à 0,39 %), le CHRU prend le risque dans la deuxième période d'un taux qui n'a pas de plafond si la limité fixée est franchie.

S'agissant d'un autre emprunt, l'intérêt d'échanger un taux fixe de 5,74 % contre un taux d'intérêt variable de 2*Libor[108] CHF 12 mois + 2,22 % n'apparaît pas car cela suppose, pour être favorable, que le Libor CH12 mois reste constamment inférieur à 1,76 % (emprunt au CRD de

[107] Le principe d'un swap de taux d'intérêt est de comparer un taux variable et un taux garanti et de se verser mutuellement les différentiels de taux d'intérêt sans échange en capital. Le marché des swaps a connu un essor considérable et les banques occupent un rôle déterminant dans l'animation de ce marché. Le swap conclu avec une banque peut être liquidé à tout moment en calculant la valeur actuelle des flux fixes prévus au taux du marché et en la comparant au notionnel initial.

[108] Le Libor (London lnterbank Offered Rate) désigne le taux moyen offert sur le marché interbancaire de Londres, pour des échéances de 1 à 12 mois. Moyenne arithmétique arrondie au 1/16 de 12 taux pratiqués par 16 banques de Londres après élimination des 4 cotations les plus élevées et des 4 cotations les plus basses.

2,4 M€ fin 2008) et fait peser un risque non négligeable de dégrader le premier taux. Le CHRU précise que cet emprunt, en fin de vie, sera forclos au 31 juillet 2010 et que sur trente et une échéances (du 31/01/2003 au 31/07/2010), dix ont effectivement été indexées sur un Libor CHF supérieur à 1,76 dégradant le taux payé. Il ajoute que sur la durée de vie de l'opération, les économies en frais financiers sont estimées à 468 814 € au 31 juillet 2010 dont 423 508 € réalisés au 31 décembre 2008.

L'hôpital indique qu'afin de couvrir un risque potentiel sur l'emprunt structuré Caisse d'Epargne des Flandres et l'opération de swap Euro/Dollar – Euro/Francs suisses, il procédera, à titre prudentiel, à une dotation aux provisions pour risques, de l'ordre de 50 % des gains générés.

La chambre prend note de la volonté du CHRU, comme elle le demandait, de « *limiter les opérations de swaps à des prises de risques à la fois bornées et raisonnablement proportionnées aux gains attendus* ». Il rappelle que *« des actions ont été entreprises ces trois dernières années sur ce domaine par :*

- La mise en œuvre d'opérations d'échanges de taux dans la limite prudentielle de 30 % de l'encours de la dette,

- Par opération unique (non simultanée sur plusieurs emprunts) dans un souci de limitation du risque et de diversification,

- Par la prise d'option sur des opérations simples à analyser (taux fixe contre taux variable et inversement). »

C - Analyse de la structure du bilan

1 - L'équilibre du bilan : le fonds de roulement net global (FRNG), le besoin en fonds de roulement (BFR), la trésorerie

a - L'équilibre global du budget fonctionnel

L'équilibre global du budget fonctionnel se traduit dans le tableau suivant.

TRESORERIE (en K€)	2005	2006	2007	2008
FRNG (1)	- 22 595	- 28 869	- 22 395	51 852
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT(2)	- 15 384	- 10 400	5 214	83 390
TRESORERIE (1-2)	- 7 211	- 18 469	- 27 609	- 31 538
dont disponibilités (trésorerie actif)	145	144	242	172
dont lignes de trésorerie (trésorerie passif)	5 900	16 800	25 200	28 700
dont autres concours : ICNE et fonds en dépôt (trésorerie passif)	1 456	1 813	2 651	3 011

En quatre ans, de 2005 à 2008 inclus, la quasi-totalité de l'amélioration globale ayant lieu en 2008 - le fonds de roulement net global (FRNG) a progressé de 74,4 millions du fait :

- d'impacts « favorables » qu'il s'agisse d'augmentations des financements dont les principaux portent sur les augmentations d'emprunts (+ 67,6 millions), d'apports (+ 12,5 millions), d'excédents affectés à l'investissement (9,3 millions) ou de diminution de la créance de l'article 58 pour 62,8 millions ;

- d'impacts « défavorables » atténuant les précédents comme la diminution des réserves de trésorerie et de compensation (- 9 millions), du report à nouveau (- 24,5 M€) ou de l'augmentation de 50,4 M€ des immobilisations brutes aux bilans.

En 2008, sans la diminution de 62,8 millions de la créance de l'article 58, le FRNG se serait élevé à - 10,4 M€ et donc serait resté négatif mais en amélioration de + 12 M€.

Malgré sa progression sur la période (+ 37,2 M€), le niveau atteint fin 2008 par le FRI (fonds de roulement d'investissement), soit 37,7 M€, reste très faible par rapport aux investissements prévus dans les PPI (plans pluriannuels d'investissement) et va induire, si ces plans sont maintenus, la nécessité d'inscrire certains investissements (au moins le « Projet Sud ») dans les financements « hôpital 2012 » afin de limiter la progression de l'endettement. On peut aussi rappeler que fin 2008 les provisions pour risques et charges ne sont pas à niveau.

Bien que la dégradation du FRNG ait touché l'ensemble des EPS, le FRNG 2007 (- 22,4 M€) positionnait le CHRU dans les 20 % de CHU ayant le plus faible fonds de roulement correspondant à - 11 jours de charges courantes contre + 1,6 jour pour la médiane.

b - Le besoin en fonds de roulement (BFR)

Le tableau de l'annexe 3 retrace les principaux postes du BFR exprimés en jours de produits bruts de l'année, retraités des reports de produits[109]. Ses créances nettes retraitées[110] vis-à-vis de l'assurance-maladie dont l'impact est le plus important, sont exprimées ci-dessous en nombre de jours de produits bruts retraités des reports de produits.

Avances vis-à-vis des Caisses de Sécurité Sociale en créances nettes	2005	2006	2007	2008
En nombre de jours de produits bruts retraités	13,9	12,2	18,7	51,8

Les paiements décalés de l'assurance-maladie sont la principale cause du besoin en fonds de roulement. Le rythme de paiement a été fortement perturbé sur la période d'examen[111]. Ces changements de rythme ont été atténués jusqu'en 2008 par la pratique des avances de la caisse qui a ensuite donné lieu en 2008 à compensation avec la créance de l'article 58. Cette pratique n'étant plus justifiée désormais par la créance 58, c'est bien un BFR de l'ordre de 88 M€ auquel il faut s'attendre dans les années à venir.

On note sur la période à la fois des tendances favorables pour le BFR et des tendances défavorables :

- Les tendances « favorables » sont surtout la décroissance relative des créances des mutuelles et tiers payants (- 1,1 jour) et plus faiblement des créances sur hospitalisés et consultants (- 0,4 jour), ainsi que l'augmentation des dettes sociales et fiscales (+ 0,6 jour).

On constate ainsi une amélioration sensible du recouvrement, dû aux efforts d'organisation tant chez l'ordonnateur (bureaux des entrées) que chez le comptable et au déploiement en 2008 de Noëmie B2. Cependant le niveau du recouvrement est encore insuffisant et les montants en instance sont importants concernant les créances des années antérieures.

- Les tendances « défavorables » sont l'augmentation des stocks (+ 1,2 jour) et un paiement plus rapide des fournisseurs (- 4,3 jours).

[109] Les avances reçues sont quasiment exclusivement les avances de la sécurité sociale et on négligera pour l'analyse l'impact des avances fournisseurs (quelques centaines de K€). Dans le tableau, il convient de retraiter l'année 2005. En effet, une évaluation du 4ème trimestre d'activité (34,6 M€) a été rattachée à la ligne « autres créances » en 2005 au lieu de l'être sur la ligne « caisses de sécurité sociale ».

[110] Retraitées du rattachement précité et diminuées pour l'analyse des avances versées par l'assurance-maladie.

[111] En effet, la réforme de la T2A s'est d'abord traduite par une liquidation trimestrielle de l'activité réelle, versée ensuite mensuellement avec un décalage de 3 mois puis le rythme a été souvent modifié.

La remise à niveau des stocks ayant été faite en 2005, leur augmentation est à surveiller ce qui renvoie notamment au stock trop élevé de produits généraux et hôteliers déjà signalé.

L'amélioration des délais de paiement des fournisseurs (exploitation) dû tout à la fois au système plus souple de l'EPRD et à un lissage des mandats s'explique par un effort d'organisation interne et de motivation des services, la volonté étant de respecter la réglementation en payant à 50 jours mais pas en deçà pour ne pas accroître le BFR. La chambre suggère de négocier des escomptes de règlement avec les fournisseurs. L'hôpital indique dans sa réponse que sur le premier semestre 2009, les délais de paiement (hors mandats de paie) se sont stabilisés à 50 jours et qu'en outre, des actions sont en cours pour obtenir des escomptes. Un test a ainsi été effectué sur des fournisseurs importants sur le secteur pharmacie. Il a permis d'économiser 130 000 € de frais financiers mais a aussi mis en évidence les difficultés de mise en œuvre de l'escompte d'un point de vue organisationnel. Un suivi centralisé commun au CHRU et à la Recette des Finances apparait nécessaire.

c - La trésorerie : son niveau, sa prévision et la gestion des lignes de trésorerie

La trésorerie s'est régulièrement dégradée de 2005 à 2008. Mesurée en nombre de jours de charges courantes, la trésorerie évolue ainsi (ratio F12 du « diagnostic flash » qui mesure la solvabilité courante) :

TRESORERIE (en jours de charges courantes – ratio F12)	2004	2005	2006	2007	2008
Nombre de jours	- 0,72	- 3,74	- 9,15	- 13,06	- 14,15

La dégradation, qui est néanmoins plus limitée en 2008 que les années antérieures, provient tout à la fois :

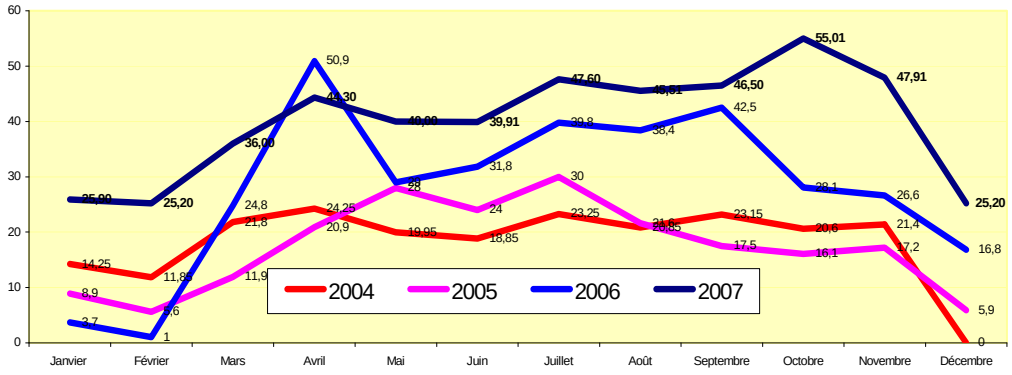
- de la dégradation régulière du fonds de roulement (à assiette comparable c'est-à-dire hors compensation de l'article 58) jusqu'en 2006 inclus, le CHRU ayant notamment prélevé sur le fonds de roulement 2,3 millions en 2004, 17,5 millions en 2005, 6,2 millions en 2006 pour financer ses investissements. En 2007 et 2008, le montant emprunté permet de financer et au-delà (apport de 6,5 millions au fonds de roulement) les investissements ;

- de l'amélioration puis de la dégradation constante depuis 2006 du besoin en fonds de roulement qui est passé d'un excédent de 15,3 millions fin 2005 à un besoin de 5,7 millions fin 2007 à comparer (hors changement d'assiette du à la compensation de la plus grande part de la créance de l'article 58) à un besoin de 21,2 M€ en 2008. Les avances de l'assurance maladie et leur remboursement sont une des causes essentielles de cette évolution (amélioration puis dégradation), conjuguées à un recouvrement des créances encore insuffisant bien que s'étant amélioré.

La chambre note l'existence d'un plan de trésorerie et de son suivi en collaboration avec la recette des finances. En effet, l'établissement établit un plan annuel de trésorerie construit notamment à partir des données anticipées d'encaissements et décaissements importants.

Les contrats concernant la ligne de trésorerie sont renégociés tous les ans par appel d'offres. En 2007, par exemple, l'encours de mobilisation de la ligne de trésorerie a été en moyenne de 37,9 M€. Le niveau de mobilisation de la ligne de trésorerie a eu tendance à s'accroître entre 2005 et 2007. Par ailleurs, l'établissement a utilisé en 2007, pour un montant de 41 M€, la possibilité qu'il avait de transformer une ouverture de crédits long terme (OCLT) en un emprunt classique.

Evolution mensuelle du solde mobilisé de la ligne de trésorerie pour la période Janvier 2004-Décembre 2007



La structure du bilan a été sur la période insuffisamment financée par des capitaux long terme (FRI) ce qui a obligé l'établissement à mobiliser une part de sa ligne de trésorerie à cet effet, ce qui ne correspond pas à la gestion classique de la trésorerie et minore artificiellement d'autant la dette financière.

2 - Conclusion sur la structure du bilan au 31 décembre 2008

La couverture du BFR par le FRNG est de 62 % en 2008, en nette amélioration, mais la situation normale serait un fonds de roulement couvrant le BFR et conduisant à une trésorerie positive, ce qui n'est toujours pas le cas.

Le CHRU a un taux d'indépendance financière défavorable du fait de sa dette financière et de l'insuffisance de ses capitaux permanents. Il s'y adjoint une trésorerie négative à cause d'un besoin en fonds de roulement important depuis l'arrêt des avances de l'assurance-maladie et d'un fonds de roulement net global insuffisant (bien qu'en amélioration nette de 12 M€ hors effet de la compensation sur la créance de l'article 58, en 2008). Malgré des emprunts contractés durant la période 2006-2008, la situation de la trésorerie est devenue inquiétante L'ensemble de ces éléments, malgré l'amélioration de 2008, conduit au 31 décembre 2008 à une structure du bilan encore nettement défavorable.

L'hôpital indique partager les recommandations de la chambre quant à la nécessité *« de lever un emprunt destiné à sécuriser la structure financière, après étude des taux proposés, dans la perspective également de la facturation directe à l'assurance maladie »* et évalue à 15,8 M€ la recapitalisation nécessaire du fonds de roulement par emprunt long terme.

VII - LES RELATIONS AVEC L'ARH

A - Les CPOM et leurs avenants

L'ARH et le CHRU ont, sur la période examinée, signé deux contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) et leurs avenants concernant l'amélioration de la situation financière (en application de l'article 6114-1 du CSP). Le CPOM en vigueur en début de période a été complété par le projet d'établissement qui détaille les différents volets de la politique de l'établissement et intègre son projet médical. Un premier « contrat de progrès », a été approuvé par le conseil d'administration puis signé avec l'ARH le 16 décembre 2004.

Un second CPOM, dit de « première génération », a été conclu le 10 juillet 2007 pour une période allant du 31 mars 2007 au 31 décembre 2011. Le 17 janvier 2008, un avenant n° 1 à ce contrat était signé portant sur les orientations stratégiques, notamment sur la partie « recherche-développement » et sur la clarification des actions éligibles à l'enveloppe « MIGAC » conditions indispensables à une politique de redressement. Cet avenant révisait également les OQOS (objectifs quantifiés de l'offre de soins) du CPOM, objectifs portant :

- pour les activités de soins relevant du SROS : sur les volumes minimum et maximum de soins pour la période 2006-2011, en médecine complète et hôpitaux de jours, en hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire en sus des activités hors MCO (SSR, soins de longue durée, psychiatrie, insuffisance rénale) ;

Volumes 2006-2011 : en nombre de séjours annuels (avenant n° 1)	Médecine	Chirurgie	Obstétrique
Minimum	87 042	26 203	Non précisé
Maximum	100 720 + 1 474 (opération Sud et infectiologie)	29 735 (inclus impact opération Sud)	Non précisé

- les activités de soins relevant du SIOS (Schéma interrégional d'organisation sanitaire) en cours d'élaboration étaient énumérées (chirurgie cardiaque, greffes et transplantations, grands brûlés, neurochirurgie) ;

- les équipements matériels lourds et leurs horaires d'ouverture étaient inscrits au CPOM ainsi que les unités médicales autorisées.

Le CPOM de 2007 spécifiait aussi les autorisations d'ouverture de lits. L'avenant n° 1 mettait en œuvre une facturation de la surveillance continue pédiatrique concernant dix lits de surveillance continue d'hématologie pédiatrique et huit lits de surveillance continue de chirurgie et orthopédie de l'enfant. Le CREF inclus dans l'avenant n° 2 au CPOM, qui était aussi relatif au « Projet Sud », voir ci-dessous), a été signé entre le CHRU de Lille et l'ARH le 20 juin 2008 et couvre la période 2008-2011. Un troisième avenant, signé en août 2008, a précisé les modalités de financement des dépenses d'investissement des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA).

Les principaux éléments retenus dans l'avenant n° 1 étaient :

- une stratégie d'investissement pour favoriser la modernisation des plateaux médico-techniques (projet architectural Sud) et le système d'information dans le cadre du « Plan hôpital 2012 ». Le « Plan hôpital 2012 » conditionne l'attribution de subvention à un engagement de l'établissement de retour sur investissement et d'équilibre. Le dossier alors présenté pour « l'opération Sud » était de 307 M€ d'investissement. Il indiquait un retour sur investissement de 5,5 millions par an dont 3,5 millions au titre de l'amélioration de l'efficience des organisations et des développements d'activités liés à la mise en œuvre des autorisations (correspondant à 178 lits et places) permises par cette opération, pour 2 millions annuels. La demande de subvention portait sur 80 M€, pouvant aller le cas échéant jusqu'à 50 % (soit 91,5 M€) du montant labellisé par l'ARH. En outre, le volet SIH (coût cumulé 2008-2012 de 14,19 M€), présenté pour une aide de 7,1 millions, concernait un outil de programmation des blocs opératoires, le dossier patient, l'informatisation du circuit du médicament, le système d'information des urgences ;

- la base MIGAC/MERRI était arrêtée à 141,85 M€. Le financement du coût des actes hors nomenclatures (en biologie) n'était pas pris en compte, l'ARH considérant que ce financement ne pourrait être abordé que nationalement. De même les MIG « hors listes » (c'est-à-dire non prévues dans l'arrêté du 23 mars 2007) - médecine légale, unité mobile de l'enfance en danger, le centre de dépistage et de traitement de la surdité - faisaient l'objet d'une demande de financement sous peine d'être abandonnées.

B - Le premier contrat de progrès : des prévisions perfectibles dans un environnement changeant mais des efforts de gestion réalisés

Ce contrat incluait, du côté de l'ARH, l'engagement d'une aide exceptionnelle de 4 M€ pour 2005, après celle de 10 M€ déjà perçue en fin d'année 2004, en contrepartie de l'engagement du CHRU de réaliser des actions contribuant au retour à l'équilibre. Le contrat prévoyait une révision éventuelle du contrat, qui n'a pas eu lieu, après réception de l'aide exceptionnelle précitée. Les résultats devaient être évalués sur la base du résultat de fonctionnement 2007. Le plan s'étalait sur la période 2005 à 2007 inclus et devait conduire à un résultat en 2007 de 7,05 M€ avec l'hypothèse d'une T2A à 50 %. La présentation des objectifs et des résultats était peu claire dans la mesure, par exemple, où ni les projections de comptes financiers aboutissant au résultat ni le détail de la valorisation des différents impacts prévus n'ont pas pu être présentés lors de l'instruction. Le scénario « tendanciel » partait de la base 2004 en référence et aboutissait à un déficit d'environ 50 M€ non clairement explicité. Les effets en économies attendus de ces actions sur l'année 2007 étaient de 11, 9 M€ (dont 8 M€ à enregistrer dès 2005 et 3,9 M€ supplémentaires en 2006). En outre, les effets attendus au titre du fonds pour l'emploi c'est-à-dire en « économies » globales de personnel cumulés en 2007 étaient contrebalancées par leur coût (« dotation ») pour aider aux restructurations. Aucune prévision d'ETP n'était affichée.

Impact financier en 2007 (T2A à 50 %) prévu dans le premier contrat de progrès

Données ayant un impact par rapport à la situation tendancielle évaluée sur 2004	Impact prévu 2007 sur le résultat de fonctionnement (M€)
Revalorisation des MIGAC (1)	24,55
Projet 45 lits de SSR (2)	2,36
Apport de la croissance d'activité au taux de T2A à 50 % en 2007 (3)	10,02 (dont 13,95 en recettes et - 3,93 en charges)
Augmentation des recettes subsidiaires (4)	3,42
Optimisation des dépenses (5)	16
Dotation au fonds de régulation pour l'emploi (6)	- 4,12
IMPACT PAR RAPPORT A SCENARIO TENDANCIEL : Sous-total (1+2+3+4+5+6)	52,23
Résultat après ces impacts	2,05
Financement par l'ARH des surcoûts dus aux nouveaux investissements (frais financiers….)	5,00
Résultat prévu	7,05

A l'occasion de ce contrat, les conditions pour retrouver « un équilibre des moyens et les conditions de la croissance » ont été définies par la présidente du conseil d'administration. Après avoir rappelé que le CHRU se caractérisait, en 2004, par des surcoûts par rapport à des CHU comparables et un PMCT le plus lourd de France, une dépense de médicaments et de dispositifs coûteux parmi les plus fortes des CHU, sa forte implication en innovation, recours, référence, elle indiquait que les MIGAC lui apparaissaient comme sous-évaluées de 44 M€. Pour elle, les solutions passaient notamment par :

- la création d'un « fonds de régulation pour l'emploi » abondé des postes potentiellement disponibles (restructurations en biologie, blanchisserie, administration centrale…) pour les réattribuer à des secteurs en expansion.

- la création du centre de biologie devant conduire à l'amélioration du travail et à la diminution du coût du B et l'optimisation à moyen terme de 60 ETP (avant prise en compte de la partie recherche et du recours régional). La création du centre devait favoriser la connexion de la prescription avec le dossier médical informatisé (ce qui devait entraîner une baisse du surcoût).

- le développement des coopérations interhospitalières notamment pour le partage des équipements lourds.

- le développement de l'efficience des fonctions supports accompagnée par la modernisation des équipements (blanchisserie…).

- la modernisation de l'administration centrale.

- la diminution de l'absentéisme pour raison médicale (objectif 16 jours en 2006).

- une politique de prescription directe du médicament.

- le redéploiement des lits sous-utilisés (secteurs ayant un taux occupation inférieur à 70 %).

- l'optimisation des sites opératoires.

- l'organisation de filières de prise en charge par pôles d'activité et le volet architectural « plan hôpital 2007 » aux urgences.

- le développement des alternatives à l'hospitalisation classique.

- l'augmentation d'activité sur des GHS à définir.

- l'amélioration du recueil et du codage des données médicales.

- l'amélioration de processus des consultations externes.

- une meilleure organisation du service du patient et de sa prise en charge, etc.

La présidente du conseil d'administration concluait en disant que « *le contrat de progrès ne pourra se décliner qu'au travers d'engagements d'objectifs et de moyens contractualisés à trois ans avec pour contrepartie la garantie de la solidarité institutionnelle* ».

Alors que le contrat de progrès prévoyait un résultat H de 7 M€ en T2A à 50 %, celui-ci s'est établi à - 15,2 M€. Les 22,2 millions d'écart avec la réalisation effective s'expliquent partiellement par la non création de 45 lits de SSR (- 2,4 millions), des impacts externes (plans d'économies, réductions sur les listes de médicaments). Cependant des impacts favorables ne pouvaient également être prévus comme les augmentations du forfait journalier par exemple. L'imprécision des hypothèses du contrat de progrès ne permet pas, de l'avis de la chambre, de dresser un bilan chiffré et complet satisfaisant des résultats obtenus et des causes d'écarts.

Le CHRU estime avoir réalisé des gains : 12,8 millions sur le personnel, 3,4 millions sur les dépenses médicales, 1,6 million sur les dépenses hôtelières, 0,62 million de diminution d'intérêt par une « gestion active de la dette » et 0,24 million de recettes dû à la mise à disposition des équipements de restauration. Sans prétendre à l'exhaustivité, le bilan de certaines actions a été précisé lors de l'instruction (contrats de sous-traitance revus, tâches de maintenance de premier niveau reprises en régie, économies sur les prestations assurées par le SIIH, politique d'utilisation des génériques et démarche d'achats groupés, politique d'extension de garantie sur des équipements ciblés, gains d'efficience réalisés sur les fonctions supports, efforts de gestion de la dette).

La chambre note que des fiches par action ont été formalisées dans le cadre du deuxième contrat de progrès. Si des efforts de gestion ont bien été effectués, comme on le perçoit dans ces exemples et notamment dans le domaine des marchés, la chambre regrette l'imprécision des hypothèses et l'absence d'évaluation des gains à partir d'un document clair annexé au contrat indiquant pour chaque action le niveau de dépense (et non le différentiel par rapport à une base qui n'est pas souvent précisée), de postes de personnel à atteindre en 2007 et d'un bilan officiel et exhaustif effectué sur les mêmes bases. Globalement, l'ARH a cependant considéré, lors de la négociation du CREF en 2008, que les économies prévues jusqu'en 2007 étaient réalisées.

C - Le contrat de retour à l'équilibre financier (CREF) et les projections financières

Le CREF, retracé dans l'avenant n° 2 au CPOM signé le 20 juin 2008, a été présenté au conseil d'administration du 21 septembre 2007, soit avant la fin du premier contrat de progrès mais alors que l'écart avec le réalisé pouvait être anticipé.

Le CHRU s'engage à améliorer sa capacité d'autofinancement, soutenir la politique d'investissement et améliorer le fonds de roulement de l'établissement pour des résultats suivants, en l'absence de modifications majeures du système de financement et avec la montée en charge des MERRI :

- -10 M€ en 2008 prévu pour le budget H ;

- équilibre le 31 décembre 2010 du budget H ;

- en 2009 = résultat consolidé entre - 0,48 M€ et 2,64 M€ ;

- en 2010 = résultat consolidé entre + 3,43 M€ et 9,12 M€.

La situation financière devrait être saine fin 2010, le ratio endettement/CAF devrait être de 5 pour un endettement de 209,5 M€ et une capacité d'autofinancement de 41,92 M€ contre 19,10 M€ en 2007.

Contrairement au premier contrat de progrès, il inclut en annexe des projections de comptes en euros constants sur la période 2008 à 2016, sans prise en compte de la croissance d'activité. On peut cependant regretter que des scénarios de croissance n'aient pas aussi été donnés, notamment pour connaître l'évolution prévisible des charges de personnel dans ces scénarios. A activité constante, la trajectoire prévue pour la masse salariale était en décroissance entre 2008 et 2011 :

(en M€) - budget H	2008	2009	2010	2011
Charges de personnel	544,7	539,9	537,7	537,6

Les effectifs sous-jacents à cette évaluation ne sont pas précisés. Sur ces hypothèses sans évolution d'activité la projection conclut à un déficit du budget H à hauteur de - 10 M€ en 2008, l'équilibre (+ 0,6 M€ en 2009, + 4,6 M€ en 2010 et + 10 M€ en 2011). Compte tenu d'un résultat DNA de + 3,8 M€ en 2008, 3,3 M€ en 2009, 2,3 M€ en 2010 et 1,8 M€ en 2011, les résultats d'exploitation consolidés prévisionnels s'établissaient respectivement à - 6,2 M€, 3,9 M€, 6,9 M€ et 11,8 M€. Ces projections reposaient notamment sur l'hypothèse d'une diminution de la provision pour risques et charges de - 0,768 M€ en 2008 et le maintien au niveau de 2007 des autres provisions (ce qui est critiquable), sur des produits nets de cessions d'actifs cumulés sur la période de 13 M€, sur une créance de 1,8 M€ au titre du coefficient de transition qui sera honorée progressivement de 2008 à 2012, sur la facturation des chambres particulières, des places de stationnement et la revalorisation de certains tarifs (réanimations polyvalentes, consultations pluridisciplinaires…).

La projection incluait également un tableau de financement prévisionnel à activité constante qui, avec 286,4 millions d'investissements (dont 136,7 millions pour le « Projet Sud » sur un total jusqu'en 2013 de 182,2 millions) sur les quatre années 2008 à 2011, conduisait à un endettement complémentaire de 114,4 millions, soit une dette prévue au 31 décembre 2011 de 270 millions (à comparer à 155,6 millions fin 2007) et à un ratio « dette/CAF » fin 2011 de 6,2.

Contrairement au premier contrat de progrès, les actions et les indicateurs de suivi (indicateurs d'activité, ratio de performance) ont été formalisés. A chaque fin d'exercice, il était prévu une analyse du résultat et de la CAF qui, si ces résultats ne sont pas conformes, pouvait

conduire à des actions complémentaires pour l'équilibre ou (et) au réexamen du rythme d'investissement (opération Sud). Les actions pour l'équilibre de 2010 ont porté sur :

- des actions de développement d'activités pour un total 2008-2010 de 9,479 millions (reconnaissance d'activité de surveillance continue pédiatrique, meilleure facturation des actes externes, facturation des chambres particulières, facturation des parkings (à partir de 2009), reconnaissance des urgences gynécologiques, recherche de nouveaux financeurs pour les MIG (conseils général et régional, fondations), développement des activités extérieures de la biologie (voir plus haut), optimisation des blocs opératoires :

- des actions de « recherche d'efficience » pour un total 2008-2010 de 11,662 M€ (diminution des charges de biologie pour 2,64 millions, suppression du lundi de braderie pour 1,6 million, réajustement de la politique d'études promotionnelles pour 1,6 million, efficience des équipes d'entretiens, temps médical – voir plus haut – pour 0,6 M€, stérilisation, blanchisserie, restauration, gel de 30 postes fonctions supports, moyens de remplacement…) ;

- des actions de poursuite de la croissance en volume pour un total 2008-2010 de 11,135 millions (croissance annuelle à hauteur de 1,5 %) et maintien des parts de marché pour 8,851 millions, création de 10 lits de soins palliatifs (0,419 M€), extension de la réanimation chirurgicale (0,073 M€), 4 lits d'infectiologie (0,072 M€), création de 30 lits de suites neurologiques (1 M€), développement externe de l'imagerie (0,487 M€), UNAD (0,233 M€). Ces diverses actions sont été suivies dans des fiches.

Les simulations financières, bien qu'effectuées sur une hypothèse de constance de l'activité, sont intéressantes par comparaison au résultat 2008 et à ceux anticipés dans l'EPRD 2009 (voir ci-dessous) afin de juger, sur ces points de passage, la vraisemblance du retour à l'équilibre en 2010. Le niveau des dotations aux provisions en 2008 (7,2 M€) nettes des reprises de 6,1 M€ a été, comparativement aux années précédentes, assez important ce qui est une indication de l'amélioration de la situation financière du CHRU même s'il ne correspond pas au niveau que pourrait souhaiter la chambre. L'annexe au CREF ne les anticipait pas à ce niveau ce qui explique notamment l'écart plus favorable sur la CAF que sur le résultat.

En M€	Réalisé 2008	Prévision annexe CREF	Ecart
Résultat de fonctionnement du budget H	- 7,5	- 10	+ 2,5
Résultat de fonctionnement consolidé	- 3,2	- 6,2	+ 3
Dont DNA	4,1	3,8	+ 0,3
CAF	34,6	25	+ 9,6

Les résultats enregistrés en 2008 vont au-delà de ce qui était prévu, néanmoins la simulation avait été effectuée sans évolution de l'activité. La croissance observée et les actions menées ont permis ce résultat encourageant.

VIII - LES PROJECTIONS FINANCIERES POUR 2009

A - Le choix de l'hôpital sur le « Projet Sud »

Selon la possibilité, ou non, d'être retenu dans le plan Hôpital 2012, le « Projet Sud » sera d'ampleur différente. Les hypothèses sans subvention seraient un investissement de 84 M€ (voir tableau ci-après). La partie hôpital cardiologie - extension Est et USIC - (83,2 M€) et Jeanne de Flandre (13,7 M€) ne seraient alors pas réalisées sur la période. Avec subvention, dans le cadre d' « Hôpital 2012 », le « Projet Sud » serait de 195,5 M€[112]. L'hôpital ne pourra prétendre à être retenu dans « Hôpital 2012 » que s'il remplit son contrat de retour à l'équilibre.

« Projet Sud » (M€)	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	TOTAL
Prévu dossier Hôpital 2012	0,3	9,8	49,2	77,3	43,7	2,9		183,1
Scenario sans subvention		2	15,1	28,5	26,4	12		84,0
Scenario avec subvention		2,4	19,1	36,9	63,2	53,3	20,6	195,5

Source : DRFI CHRU en mars 2009 (préalable à l'EPRD 2009).

Le projet sera en définitive décalé au moins d'un an[113] par rapport au tableau précédent et devrait débuter en 2010 hors études préalables faites en 2008. Ce décalage est effectif dans l'EPRD 2009 qui ne prévoit pas d'investissement pour le « Projet Sud ».

B - Le « premier » EPRD 2009

1 - Le financement de l'activité : des conditions a priori plus favorables

Après le passage de l'activité en T2A à 100 % en 2008, l'année 2009 se caractérise par :

- une nouvelle classification du PMSI dite « V11 » qui prend en compte les niveaux de sévérité de l'état du patient. Cette classification passe de 800 tarifs à 2 291 tarifs ;

- la poursuite de la convergence des tarifs du secteur public et privé en finançant les spécificités du secteur public par « débasage » des tarifs : la précarité, la permanence des soins.

Depuis le 1er mars 2009, la V11 PMSI est en vigueur et constitue la troisième grande étape de l'adaptation de la classification des GHM à la tarification à l'activité. La V11 introduit quatre niveaux de sévérité, ce qui doit permettre notamment de mieux valoriser les séjours les plus lourds regroupés dans les niveaux 3 et 4. Elle élargit aussi la liste des comorbidités associées. Cette nouvelle classification produira des effets de redistribution des recettes entre établissements à hauteur de 200 M€ représentant 0,7 % de la recette globale des établissements avec des effets de dispersion importants. Les premières simulations communiquées par la DHOS et l'ATIH montrent que le CHRU, se situant au 3ème rang des CHU bénéficiaires, devrait bénéficier significativement d'effets revenus.

[112] Le montant estimé dans le dossier « Hôpital 2012 » de 183,1 M€ a été revu à la hausse suite aux études effectuées.

[113] Tant semble-t-il pour des raisons techniques et de planification que pour des raisons financières.

Dans le cadre du passage à 100 % de la tarification à l'activité, il a été mis en place en 2008 un coefficient de transition pour atténuer les effets revenus et redistributifs entre les établissements sanitaires publics. Lors de la notification de ce coefficient, le CHRU est apparu sous-doté, avec un coefficient de 0,9952 porté au 1er mars 2008 à 0,9969. Il est attendu une nouvelle convergence qui générera en 2009, toutes choses égales par ailleurs, 419,2 K€ de recettes supplémentaires certaines au titre de la T2A.

En ce qui concerne la prise en compte des situations de précarité, l'hôpital a répondu à une enquête sur les moyens dédiés et devrait être l'un des CHU les « mieux placés » en ce domaine. Il a aussi répondu à une enquête sur la permanence des soins mettant en évidence les coûts engagés, soit 12,2 M€ annuels. La décision de la DHOS - que le CHRU conteste - serait de financer 90 % du prorata de cette somme sur mars à décembre 2009, soit 8,4 M€.

L'établissement a répondu à une enquête de la DHOS fin 2008. Il est susceptible de bénéficier, sur la base de ses séjours, de la démarche de paiement supplémentaire via l'enveloppe MIG « recours ». Au moment de l'élaboration du « premier EPRD », la situation n'était pas totalement éclaircie à ce sujet. Dans l'enquête, le CHRU a valorisé ces coûts à 934,9 K€, la DHOS a accepté de prendre en compte seulement 500,6 K€[114] en base, sur lequel elle ne financera en 2009 que 82,5 %, soit 412,9 K€. L'hôpital demande le financement intégral du surcoût constaté.

Au 1er janvier 2008, le nouveau modèle de financement des MERRI déjà évoqué a été instauré. Sa montée en charge est prévue sur quatre ans : 15 % sur l'exercice 2008, 35 % sur l'exercice 2009, 65 % sur l'exercice 2010, 100 % en 2011. La notification 2008 a permis de mettre en évidence, que par rapport à la base historique MERRI de 66,13 M€, l'effet revenu à horizon 2011, était de 4,4 M€ pour le CHRU de Lille, avec une base corrigée qui serait alors de 70,53 M€. Le mécanisme de montée en charge progressive de 15 % a conduit à une revalorisation de 0,66 M€ en mars 2008, mais l'ARH a apporté une aide « ponctuelle » de 4 M€. Outre le taux de progressivité, le modèle évolue pour l'exercice 2009 en actualisant la part modulable 2009 au vu des données d'activité (scores des publications, brevets, étudiants), par l'intégration des essais cliniques et des effets prix des exercices 2007 et 2008 et des mesures nouvelles 2008 et 2009, dans la part modulable ou variable. L'effet revenu à 100 % progresserait ainsi de 4,4 M€ à 6,8 M€ avec ces données. L'écart de financement dû à la progressivité de la mise en place du modèle reste supérieur à 4 M€ et le CHRU a demandé la reconduction de cette aide à cette même hauteur. Il l'a intégré dans l'EPRD 2009 alors qu'elle ne fait pas encore partie des ressources notifiées par l'ARH. La chambre note le caractère non réglementaire de cette intégration qui aurait pu alors conduire à un rejet de l'EPRD.

La chambre note aussi que l'encadrement des médicaments et DMI sur listes à partir de 2009 fait peser un risque financier. Au regard d'une progression moyenne de plus de 15 % ces deux dernières années, la loi de financement de la sécurité sociale a prévu la création d'un objectif de dépenses (maximum d'évolution de 10 % en 2009) pour les produits pris en charge en sus des GHS. Le CHRU, dont la progression était beaucoup plus forte, devra réguler ces dépenses sauf à subir une perte.

Bien que cela n'ait pas encore d'impact sur le financement 2009 des actes de biologie hors nomenclatures (BHN), il est à noter dans la perspective des résultats futurs, que la conférence des directeurs généraux de CHU et la DHOS ont lancé une démarche commune pour coder l'ensemble des productions selon une même nomenclature à compter du 1er janvier 2009. Ces données serviront de modèle pour un financement des BHN des campagnes 2010 ou 2011. La production annuelle des BHN coûterait au CHRU de l'ordre d'une dizaine de millions.

[114] Ce qui représente 1,65 % du total de ces coûts en national.

Globalement, hormis la question des BHN, cette réforme du financement paraît satisfaire l'établissement et être susceptible de faire évoluer, toutes choses égales par ailleurs, sa situation financière dans un sens favorable. Sur ce plan, les objectifs posés en 2004 de correcte valorisation des activités paraissent être quasiment atteints.

Cependant, les incertitudes sur la manière dont seront « débasés » les tarifs et le manque d'historique sur la codification nouvelle font qu'exceptionnellement, bien qu'attendant notamment de la V11 des impacts nettement positifs, le CHRU a pris la décision de proposer un premier EPRD sur la base de la V10, en attendant d'extrapoler quelques mois en V11 pour proposer une révision de l'EPRD en septembre. Il s'agit d'une démarche a priori réaliste et prudente.

2 - Les chiffres de l'EPRD 2009

Pour les produits du budget H, l'EPRD prend comme hypothèse une croissance des activités des séjours et suppléments financées par l'assurance maladie de 2,4 % dont 0,9 % au titre de la croissance physique des activités en cours et 1,1 % pour des activités nouvelles, plus 0,4 % au titre de financements pour des causes diverses (coopérations[115], coefficient de transition, changement de périmètre sur l'addictologie qui était auparavant en psychiatrie). Compte tenu de la croissance observée jusqu'alors, cette prévision apparaît raisonnable. Partant d'une base 2008 de 384 489 657 €, le CHRU parvient ainsi à un total 2009 pour les séjours et suppléments de 393 652 083 € (+ 2,4 % par rapport à 2008). Mais en retirant l'impact qu'avaient auparavant la précarité et la permanence des soins, l'hôpital aboutit en définitive à un total de 383 789 012 €, soit à une quasi stabilité (- 0,2 %) par rapport à 2008.

Les recettes d'activité relatives aux consultations et actes externes seraient en 2009 de 36 199 648 € à comparer à 33 832 172 € en 2008, soit une augmentation faciale de 7 %. Cette augmentation n'est due en réalité qu'à hauteur de 2,9 % à l'augmentation d'activité prévue par les pôles et les fédérations. Le CHRU attend un impact de 1,4 M€ (4,1 %) des effets exhaustivité des actes de laboratoires (notamment un meilleur codage en biologie) facilité par le regroupement des laboratoires. Les prévisions financières d'augmentation de médicaments et DMI remboursables ont été retenues à hauteur de 6,8 %, soit un total de 54,99 M€. C'est un point de vigilance[116].

La circulaire tarifaire du 17 mars 2009 a notifié des crédits à l'ARH pour actualiser les dotations forfaitaires : MIGAC, MERRI, SSR, psychiatrie, forfaits annuels urgences, greffes et prélèvements d'organes.

Les recettes du titre 2 sont prévues à hauteur de 65,015 M€ en augmentation de 6,3 % par rapport aux comptes 2008. Cette évaluation est faite sur la base de la croissance de 2 % précitée et d'une revalorisation des prix de journée de 4 % auxquels s'ajoutent des recettes externes supplémentaires du centre de biologie de 0,2 M€.

Les autres produits s'élèvent à 101, 359 M€, soit en diminution apparente de - 4,1 % par rapport à 2008 (105,7 M€). Retraité des recettes conjoncturelles (CET, subventions), le niveau de recettes reconductible peut être évalué à 95 M€ ce qui conduit à une évolution réelle en 2009 de + 6,7 %, progression due essentiellement aux reprises de provisions (CET et rémunération des internes) et à la facturation des chambres particulières et des parkings au 1er juillet 2009.

[115] Principalement avec le CH de Seclin.

[116] Pour ne pas dépasser les 10 % qui sont désormais le plafond de financement, sachant que l'augmentation a été forte en 2007 (+ 20,6 %) et 2008 (+ 14,4 %).

Au total, les produits du budget H 2009 de l'EPRD s'élèvent à 858 230 533 €, en progression de 1 % par rapport aux comptes 2008 (mais de + 3,9 % par rapport à la base reconductible).

Les charges de personnel du budget H (titre 1), hors impacts des versements CET se sont élevées en 2008 à 544,49 M€. Les prévisions d'augmentation dues aux effets prix[117] sont de + 10,4 M€ (+ 2 % par rapport à la base retraitée). Les effets volumes prévus s'élèvent à 9,55 M€, dont 4,3 M€ d'effets en année pleine des recrutements 2008, 5,1 M€ au titre des recrutements prévus en 2009, plus 0,1 M€ pour la permanence des soins. Il y a en effet un recrutement prévu de 122,5 ETP de PNM (dont 80 % en soutien de la croissance d'activité et 20 % pour la mise en œuvre de crédits notifiés) correspondant à 98,2 ETP moyens sur l'exercice 2009 et à 4,4 M€ en charges 2009. En outre, s'ajoute la création de 16,3 postes, la majorité par transformation, pour le personnel médical (assistants à temps partagés…). Hors internes et étudiants, les effectifs médicaux sont quasiment stables. Les « mesures d'efficience » prévues seront mises en œuvre pour un total estimé à - 3,8 M€ (suppression du lundi de braderie et rendus de postes en logistique, biologie…). L'ambiguïté déjà relevée entre effectifs et postes continue d'exister.

Les charges de personnel devraient s'élever en 2009 à 562,047 M€ en progression de 3,2 % dont 1, 9 % d'effets prix et 1,3 % d'effets volume (560,7 M€ hors versement CET, soit une progression tendancielle de 3 % dont 2 % d'effets prix). Dans ces conditions, le ratio charges de personnel / recettes de l'assurance-maladie devrait s'établir à 81,2 % à comparer avec les prévisions du deuxième contrat de progrès fin 2009 de 82,2 % et au réalisé 2008 retraité des reports de 80,8 %. Ce budget ne semble pas anticiper d'amélioration du ratio.

Les charges du titre 2 du budget H évoluent de 3,4 % dans l'EPRD 2009 et s'établissent à 188,8 M€ contre 184 M€ en 2008. Les médicaments et DMI s'élèvent à 174,9 M€ et comprennent des médicaments et DMI sur listes à hauteur des produits correspondants (+ 6,8 %), les rétrocessions de médicaments, dont les produits se retrouvent dans le titre 2, (+ 0,3 %) et les médicaments et DMI non remboursés (+ 3,9 %). Les deux tiers de cette dernière augmentation correspondent à des consommations dans les budgets innovation. Les autres charges du titre 2 (déstockage, sous-traitance, etc.) sont globalement en diminution.

Les charges du titre 3 du budget H se sont élevées à 65,9 M€ en 2008 dont 61,5 M€ reconductibles en 2009. A ces charges, se rajoutent une augmentation de + 5,8 % des charges de sous-traitance, maintenance, locations déjà décidées en 2008 et de nouveaux travaux (entretiens, dépollution, nettoyage, etc.). Par rapport aux comptes 2008, le titre 3 est en légère diminution (- 1,7 %) et s'établit à 65 M€.

Les charges du titre 4 du budget H sont en diminution de - 20,6 % par rapport à 2008, à hauteur de 45,732 M€. Les amortissements progressent de 1 M€, les frais financiers progressent aussi du fait de l'augmentation de la dette. En revanche, les reports de charges, non négligeables de 2007 à 2008, disparaissent pratiquement dans les comptes 2009 et l'annulation des titres de recettes, compte tenu des efforts fournis, est réduite dans la prévision. Un montant de non-valeurs est prévu à hauteur de 1 M€. Le CHRU ne prévoit pas à ce stade, hors une reconstitution limitée de la provision CET (0,65 M€), d'autres dotations aux provisions. Pour autant, il ne parait pas exclure de les augmenter selon ses « possibilités », en particulier, si comme c'est probable, la nouvelle classification V11 apporte un financement pour l'instant non prévu dans l'EPRD. Dans la présentation de l'avant projet, il était ainsi dit « *Globalement les marges bénéficiaires des actions internes entreprises et les effets revenus dont le CHRU doit bénéficier en 2009 seront en partie atténués des provisions à réaliser pour les charges à venir concernant le CET, les créances irrécouvrables, les primes d'assurance ainsi que l'éventuel différentiel*

[117] Ces effets sont détaillés sur une liste et valorisés (effet report 2008 des augmentations salariales, augmentations 2009, GVT…).

entre les moyens de reconduction financés et ceux réellement constatés. ». La chambre souhaite une remise à niveau des provisions en concertation avec la DHOS et l'ARH dès la révision de l'EPRD et, comme déjà indiqué ci-dessus, la fixation de méthodes préétablies et claires.

Le résultat prévisionnel pour le budget H est de - 3 499 326 € (- 0,31 % des recettes) à comparer à - 7 464 825 € en 2008, soit une diminution du déficit de près de 60 %. Avec les réserves qui précèdent sur les provisions et, en sens contraire, sur une possible « bonne surprise » de la V11, cette prévision apparaît réaliste. Après consolidation avec les budgets annexes et une prévision de bénéfice du domaine privé (+ 3,81 M€), le CHRU prévoit un résultat positif de + 0,32 M€ conforme aux engagements de juin 2008 : « *2009, un résultat compris entre - 0,5 M€ et + 2,6 M€* ».

Le programme d'investissement de l'année 2009 (qui ne comprend pas le « Projet Sud ») est arrêté à 49 M€ dont 19 M€ pour la réalisation de travaux, 14 M€ pour les équipements médicaux, 9 M€ pour le système d'information et 7 M€ pour l'équipement non médical. Il n'est prévu ni apport ni reprise sur le fonds de roulement. Compte tenu des prévisions ci-dessus, l'exercice 2009 devrait dégager une capacité d'autofinancement de 30,5 M€. Comme déjà indiqué, cela semble une estimation a priori vraisemblable compte tenu de la capacité d'autofinancement dégagée en 2008 de 34,6 M€ (mais seulement de 19,1 M€ en 2007).

EPRD 2009	En M€
Capacité d'autofinancement brute	30,5
Remboursement des emprunts	13,4
Capacité d'autofinancement nette	17,1
Acquisitions des immobilisations	49
Reste à financer	31,9
Par nouveaux emprunts	23,3
Par subventions	5,4
Par autres ressources (cessions DNA)	3,2

Fin 2009, la dette devrait s'établir à 178,3 M€, soit 5,85 fois la CAF brute ce qui est nettement supérieur au ratio anticipé dans les projections annexées au CREF, du fait non de la dette qui se situe sensiblement au niveau indiqué mais d'une capacité d'autofinancement brute inférieure.

IX - CONCLUSION SUR LES PERSPECTIVES DE RETOUR A L'EQUILIBRE DU BUDGET H EN 2010, LA SITUATION FINANCIERE DU CHRU ET LES MESURES PROPOSEES PAR LA CHAMBRE

A - La perspective du retour à l'équilibre en 2010 du budget H

Mis à part le problème posé par le niveau des provisions, l'année 2009 devrait se traduire par un net redressement du budget H. Compte tenu des résultats attendus en 2009, l'équilibre ne semble pas hors d'atteinte en 2010 notamment du fait que :

- le CHRU dispose désormais d'un financement des MERRI plus favorable qu'auparavant ;

- il devrait encore bénéficier du coefficient de convergence en 2010 ;

- il devrait aussi bénéficier du changement de version PMSI car les cas qu'il traite ont des degrés de gravité comparativement importants ;

- l'évolution de son activité semble être sur une tendance d'accroissement forte.

Des financements complémentaires non négligeables sont susceptibles d'intervenir en 2010 notamment celui des BHN et, de façon plus marginale, le financement de certaines activités spécifiques (centres de référence), etc.

Le CHRU n'avait pas lors de l'achèvement de l'instruction de ce rapport de vraie visibilité pour projeter ses résultats sur 2009 et a fortiori sur 2010, car il ne dispose d'aucun historique en V11. L'exercice d'analyse sera plus facile quand il disposera d'une base de données de quelques mois. Cependant les financements complémentaires possibles en 2010 (BHN), l'analyse des mesures prises en 2009 pour suivre le contrat de progrès et les actions de redressement dont il a été question tout au long de ce rapport (économies prévues sur les laboratoires, …) laissent à penser que la CAF pourrait sensiblement s'améliorer par rapport à la prévision actuelle de 2009. Les amortissements ne devraient pas trop s'accroître en 2010 du fait du prorata temporis qui ne fera jouer l'impact du « Projet Sud » (s'il débute réellement en 2010) qu'en 2011. Une inconnue, outre celle exogène des tarifs pratiqués par l'assurance-maladie, reste le niveau des provisions.

Ces divers éléments, avec cette réserve, laissent à penser que le résultat du budget H pourrait être à l'équilibre en 2010 si les efforts de gestion se poursuivent et s'amplifient comme le CHRU s'y est engagé.

B - Conclusion sur la situation financière du CHRU et sur les mesures de redressement à prendre

1 - Conclusion sur la situation financière du CHRU

La situation financière de l'hôpital, dégradée dans les années précédentes, s'est améliorée sensiblement en 2008, à la fois du fait d'un régime de financement plus favorable et des efforts de gestion réalisés. Pour autant, l'équilibre du budget H, qui semble possible en 2010, hors considérations sur le niveau des provisions, même s'il se réalise, ne suffit pas à lever toutes les hypothèques sur cette situation financière.

Après le projet Nord et le regroupement des laboratoires, le CHRU se trouve face à un projet d'investissement de très grande ampleur à partir de 2010, le « Projet Sud », projet qui semble une nécessité pour l'organisation des soins. D'après la projection réalisée à activité constante par le DFI, non encore réactualisées, la dette est susceptible d'évoluer rapidement à la hausse après le commencement du « Projet Sud » pour passer au 31 décembre 2009 de 178 M€ à 209,5 M€ fin 2010 et à 269,3 M€ fin 2011.

Si la capacité d'autofinancement progresse sur les années futures de manière satisfaisante ce qui impliquera notamment de contenir la masse salariale par des efforts de rationalisation ainsi que les consommations externes et autres dépenses réelles, une partie importante et croissante de cet autofinancement, compte tenu d'un niveau accru d'endettement, servira à rembourser des intérêts de la dette et des remboursements d'annuités en capital.

La ligne de trésorerie a été est de plus en plus sollicitée jusqu'en 2007 du fait d'un besoin en fonds de roulement structurellement important (37,4 jours de produits bruts en 2008) occulté depuis 2005 et jusqu'à fin 2008 par la pratique des avances de l'ARH. Cette sollicitation de la ligne de trésorerie (moyenne d'environ 35 M€ en 2007) génère des intérêts qui se rajoutent aux précédents et, à ce niveau, constitue un emprunt « revolving » qui devrait être rajouté aux emprunts traditionnels pour l'analyse et l'appréciation des ratios d'endettement. Une telle situation d'une trésorerie constamment négative conjuguée à un niveau d'endettement « traditionnel » fort doit amener une grande prudence quand au financement de nouveaux investissements, sauf à faire croître dans de fortes proportions la capacité d'autofinancement et à diminuer significativement le besoin en fonds de roulement.

L'EPRD 2009 prévoit un ratio « dette/CAF » de 6,5 avec un déficit de trésorerie persistant, sans commencement de l'opération Sud. Une dégradation importante de ce ratio déjà élevé conduirait à court terme à « un mauvais risque » susceptible de détériorer les conditions de financement par les banques ce qui, via les intérêts, diminuerait encore la CAF nette, (effet de cercle vicieux). Avec une simulation de 269,3 M€ de dette financière en 2011 et un déficit moyen de trésorerie supposé de 35 M€, pour le ratio « réel » (simulation en trésorerie « zéro ») d'endettement (élevé) de 6,5 ans prévu fin 2009, la CAF brute devrait être de 46,8 M€. Sur ce montant, ne resteraient disponibles en CAF nette qu'environ 32 M€ dont environ un tiers utilisé à payer des intérêts. Le niveau restant ne suffirait pas à payer les investissements sans subventions notamment du « Plan hôpital 2012 ». Par ailleurs, un niveau de CAF brut important exige des efforts conséquents mais n'est pas forcément hors d'atteinte.

Dans ces conditions, la chambre note la réelle amélioration de la situation financière que les efforts déployés par le CHRU, en liaison avec l'ARH, ont permis ainsi que les possibilités de retour à l'équilibre dès 2010. Elle note aussi la relative fragilité de ce redressement, du fait notamment des besoins en investissement de l'hôpital qui impliquent de faire à la fois s'accroître fortement la capacité d'autofinancement (par la diminution significative du ratio charges de personnel/recettes de l'assurance-maladie notamment) et de diminuer le besoin en fonds de roulement faute de quoi l'endettement deviendrait tout à fait excessif.

2 - Les recommandations de la chambre pour le retour à l'équilibre

La chambre recommande différentes mesures qui s'inscrivent le plus souvent dans le prolongement d'efforts déjà déployés.

a - L'animation du contrôle de gestion et le suivi des actions

La structuration actuelle du contrôle de gestion a été retracée dans le rapport. Le pilotage est assuré par 4 contrôleurs de gestion « stratégie », 2 contrôleurs de gestion « ressources humaines » et 1 contrôleur de gestion pour l'optimisation des fonctions supports. Les contrôleurs de gestion « opérationnels » dans les pôles sont, par ailleurs, réunis tous les quatre mois pour présenter les actions. Les résultats au niveau du CHRU des actions planifiées dans le contrat de progrès sont suivis dans des fiches devant être tenues à jour au secrétariat général. Cette formalisation s'est améliorée récemment quant au chiffrage des résultats.

La chambre recommande d'améliorer la coordination quotidienne et transversale des différents secteurs de contrôle de gestion[118] par la nomination d'un responsable de haut niveau éventuellement placé près de la FME. Il pourrait notamment être chargé de réunir fréquemment les contrôleurs de gestion « opérationnels » pour impulser et suivre les actions menées, en dehors de réunions plus institutionnalisées dans le cadre de la contractualisation auxquelles il assisterait. De même, il pourrait s'assurer, en coordination avec le DRFI et en amont de la sous-commission des investissements de la CME, de la vraisemblance des projections financières de retour sur investissements et valider les « EPRD pluriannuels » des projets.

Comme cela a été évoqué par le CHRU en cours, compte tenu des dépenses importantes en médicaments, la création d'un poste de contrôleur de gestion spécialisé en ce domaine apparaîtrait effectivement nécessaire.

La mise en place d'un tableau de bord de « pilotage », de préférence mensuel, pour le directeur général et ses principaux collaborateurs, présentant sur une forme plus succincte que les fiches, ciblé sur l'essentiel notamment les aspects chiffrés des indicateurs clés concernant le retour à l'équilibre avec des commentaires (notamment sur les difficultés) qui seraient à valider par le responsable du contrôle de gestion. Ce tableau de bord devrait inclure une vision globale

[118] Ce qui ne signifie pas obligatoirement un rattachement hiérarchique.

des ETP par pôles et directions, de leurs évolutions, vision qui devrait être complétée par une vision plus spécifique et détaillée des effectifs dans les secteurs pouvant donner lieu à gains de productivité.

b - La valorisation et la rationalisation des activités « cœur de métier »

La recherche de la valorisation des activités a été l'un des axes majeurs des efforts faits par le CHRU pour retrouver son équilibre financier. S'agissant de son cœur de métier, la revalorisation des MERRI et des MIGAC est en partie le résultat de ces efforts. L'hôpital a notamment effectué le recensement des BHN dans l'objectif de les voir valoriser à leur niveau réel quand ils seront financés.

Par l'organisation mise en place autour du médecin responsable du département DIM, à savoir plusieurs médecins spécialisés dans un certain nombre de pôles, l'établissement a semble-t-il, impulsé une meilleure codification des GHM et des actes. L'adéquation de cette codification sera essentielle en V11 pour indiquer le bon niveau de gravité et les comorbidités associées. Le processus de formation des médecins à la codification va certainement demander des efforts importants.

S'agissant des analyses, le système d'information permis par le regroupement des laboratoires devrait permettre de noter une meilleure facturation et éviter des doublons coûteux. La recherche de débouchés pour les analyses extérieures, prévu dans le calcul du retour sur investissement qui n'a semble-t-il pour le moment donné de résultats que pour le CH de Seclin, devrait être amplifiée. Peut être pourrait-elle être aussi orientée vers les laboratoires privés. Les économies prévues dans le cadre du regroupement des laboratoires doivent être menées à leur terme dans les délais contractualisés.

L'organisation du circuit des consultations et des urgences devrait faire l'objet d'études suivies de plans d'actions.

Par ailleurs, les démarches de coopération avec d'autres établissements hospitaliers (instauration de filières) et la contractualisation interne avec les pôles, fortement engagés sont au cœur du processus d'adéquation des ressources. L'achèvement de cette contractualisation, la poursuite de la démarche de pilotage d'évaluation des résultats des différents projets médicaux sont essentiels pour rationaliser la production de soins et renforcer aussi la coopération interne, source d'économies et de qualité des soins. L'intéressement des pôles mis en place apparaît comme une démarche tout à fait positive.

Les efforts pour accroître la part des AAH moins coûteuses que les hospitalisations, les efforts d'ajustement des lits aux besoins, vont aussi dans un sens favorable.

c - L'optimisation des fonctions supports

De 2009 à 2013, 16,4 % du personnel soignant, 23,9 % du personnel administratif, 10,4 % du personnel médico-technique et 23,6 % du personnel technique et logistique seront en âge de partir à la retraite. C'est pratiquement le quart du personnel support (ou « organisation ») qui est concerné.

L'optimisation des fonctions supports doit s'appuyer sur une connaissance des besoins de ces fonctions afin de ne remplacer que les postes correspondant à des besoins réels. Ces estimations devraient être fondées sur des comparaisons avec d'autres CHU mais aussi avec d'autres structures quand une partie de l'activité n'apparaît pas très spécifique. A titre d'exemple, la restauration comprend à Lille une part importante de repas pour le personnel (plus de 40 % des repas) et, pour ces repas au moins, les solutions ne sont pas spécifiques.

Les solutions d'externalisation partielle de ces activités devraient être étudiées a priori (même si c'est pour les rejeter), comme cela a déjà été fait apparemment avec succès avec la création du SIIH dans le domaine de l'informatique. En effet, la croissance d'activité, si elle est la solution la plus séduisante, n'est pas toujours possible. Pour reprendre l'exemple de la restauration, malgré l'effort de location au CCAS de la cuisine des Bâteliers, le nombre de repas servis a décru de - 0,9 % sur les cinq dernières années et les effectifs sont restés quasiment stables, les coûts de personnel étant par ailleurs supérieurs à la moyenne des CHU.

Les ratios d'efficience, avec leurs composantes unités d'œuvre au numérateur et ETP au dénominateur, et l'objectif commun donné par le directeur général de se situer pour toutes les fonctions supports a minima dans le premier tiers des CHU en 2010 devraient être suivis régulièrement dans le tableau de bord de la direction avec des comparaisons sur les coûts issues de la base d'Angers. Ces éléments seraient à assortir de commentaires sur le niveau de réalisation de l'objectif.

d - La maîtrise de la masse salariale

Compte tenu du poids financier de la masse salariale, la chambre recommande de chercher de manière plus volontariste à faire baisser à brève échéance, et de plusieurs points, le rapport entre les charges de personnel et les produits du titre 1 par la combinaison de différentes mesures :

Mesures concernant les effectifs

Il apparaît particulièrement nécessaire, dans le cadre des marges de manœuvre actuellement ouvertes par la perspective des départs nombreux à la retraite, de disposer d'une vision précise sur les besoins quantitatifs et qualitatifs sur les différents métiers et donc d'achever rapidement le schéma directeur pour l'emploi et les compétences.

Les mesures souhaitables devraient également s'attacher à :

- faire évoluer les effectifs dans tous les services où cela est possible vers un accroissement de l'efficience. Pour les services de soins, la démarche sur les cadres de fonctionnement, ou une démarche similaire, apparaît essentielle et devrait être accélérée ;

- à cibler les recrutements sur les postes où ils sont nécessaires idéalement sur la base du schéma directeur pour l'emploi établi à l'aide de comparaisons avec d'autres EPS. Pour cela il est nécessaire que la DRH dispose d'un plan pluriannuel d'effectifs pour chacun des différents métiers et en déduise les recrutements nécessaires.

La masse salariale étant assise sur les effectifs présents, un suivi des ETP moyens (EMA) doit être effectué mensuellement et devrait être intégré au tableau de bord pilotage comme indiqué ci-dessus. Le suivi des gels de postes serait aussi à effectuer régulièrement pour s'assurer que les rendus de postes sont effectifs. Le CHRU devrait veiller à ce que les mesures transitoires concernant des effectifs « conjoncturels » dans le cadre d'une réorganisation ne soient pas pérennisées.

Mesures concernant les effets prix ou l'optimisation du temps de travail

La suppression du lundi de braderie semble avoir été décidée pour 2009. Cette initiative tardive n'en reste pas moins opportune dans l'optique d'un redressement financier.

L'acceptation ou le renouvellement d'une quotité de travail supérieure ou égale à 80 % qui entraîne un surcoût devrait à l'avenir être fondée sur un examen systématique et attentif de la situation de l'agent et du service, le CHRU ayant une proportion nettement plus forte à accepter ces quotités que les hôpitaux comparables.

La réduction de l'absentéisme pour maladie ordinaire devrait faire l'objet d'actions nouvelles pour atteindre l'objectif de 16 jours, prévu pour 2006 par la présidente du conseil d'administration, sachant que cela représente un gain de deux jours et qu'un jour représente environ 1 M€. En particulier, il faudrait instaurer un impact accentué du présentéisme sur la prime de service.

Une remise en ordre des gardes et astreintes du personnel médical a eu lieu en 2007 avec une réduction très significative des coûts, par une diminution en volume et par un transfert partiel vers les juniors. La production envisagée du tableau de permanence « en routine » piloté par des « référents » apparaît comme une évolution positive pour poursuivre cette amélioration.

Une meilleure connaissance de la répartition des activités et de l'organisation du temps médical~~,~~ l'utilisation d'outils comme le logiciel UPTIMIS, une organisation optimisée devraient conduire à des progrès sensibles et des gains de productivité~~.~~

L'ajustement des effectifs et la programmation des opérations dans les blocs opératoires devraient continuer à être optimisés grâce aux outils et études en cours.

e - La maîtrise des consommations externes à caractère médical ou général et hôtelier, des subventions et du stock de produits généraux et hôteliers

L'examen de la situation financière a montré :

- une augmentation sensible sur les deux dernières années des consommations de produits et fournitures à caractère médical (+ 8,2 % en moyenne annuelle) tant sur les produits, même si l'impact sur le résultat peut être limité, que sur le petit matériel. Le plafonnement à partir de 2009 des remboursements de médicaments refacturables et DMI est une raison supplémentaire de demander l'instauration d'un contrôle de gestion strict sur l'ensemble des processus (circuit du médicament, utilisation du petit matériel, etc.) et la poursuite des actions déjà engagées (contrôle interne du pôle de la pharmacie, reporting quadrimestriel…) ;

- pour les charges à caractère général et hôtelier, il peut être noté un accroissement de + 8,5 % des services extérieurs en 2008. C'est donc un point à surveiller. La chambre préconise la mise à niveau du stock des produits généraux et hôteliers dès 2009 qui représentait, fin 2008, 73 jours de consommation ce qui semble important, même en tenant compte du stockage de matériel de protection contre la grippe aviaire (54 jours de stock hors cet effet).

f - Mesures pour améliorer la gestion des investissements, de la dette financière et de la trésorerie

Pour parvenir à un niveau acceptable de sa dette (qui serait à déterminer de manière objective par un plafond du ratio dette financière/CAF à ne pas franchir), de ses remboursements et des intérêts, le CHRU doit impérativement sélectionner ses investissements les plus prioritaires en tenant compte du retour sur investissement attendu. C'est ainsi que le rythme du « Projet Sud » sera vraisemblablement modulé en fonction de ses résultats financiers et de son éligibilité ou non dans le « Plan hôpital 2012 ». L'hôpital semble avoir compris cette nécessité mais la chambre insiste sur ce nécessaire pilotage des investissements en fonction de la situation financière.

La gestion de la dette financière a jusqu'à présent globalement apporté des gains nets, notamment en diminuant les intérêts à l'aide de swaps. Cependant, certains emprunts et swaps sont apparus trop spéculatifs pour une saine gestion et seraient désormais à proscrire.

La trésorerie est constamment et fortement négative du fait notamment du besoin en fonds de roulement trop important et de l'insuffisance du fonds de roulement net global. De fait, la ligne de trésorerie s'apparente à un emprunt « revolving » soumis potentiellement à plus d'aléas de taux que les emprunts à moyen et long terme, surtout dans une période où la montée probable de l'endettement risque de surenchérir les conditions de crédit. La chambre suggère d'envisager un emprunt classique (après examen des propositions de taux d'intérêt) pour le financement d'emplois à long terme, ce que l'ordonnateur pense mettre en œuvre, pour une partie du montant moyen de tirage sur cette ligne.

g - Mesures pour réduire le besoin en fonds de roulement

Avec 88 M€, le besoin en fonds de roulement représente en 2008 environ 37,4 jours de produits bruts d'exploitation retraités. L'importance de ce BFR, revenu à son niveau « normal » qu'occultait auparavant la politique d'avances exceptionnelles de la sécurité sociale, s'explique par la disparition de ces avances avec la compensation de la quasi-totalité de la créance de l'article 58.

La réduction des stocks à caractère général et hôtelier a déjà été évoquée.

Des efforts ont été faits (projet recouvrement, Noëmie B2) qui ont amélioré notamment le recouvrement des créances vis-à-vis des mutuelles et des hospitalisés et consultants. Toutefois, avec une moyenne de recouvrement de 90,4 jours de titre 2 pour les mutuelles et autres tiers payants et de 56,1 jours pour les hospitalisés et consultants, les efforts doivent s'amplifier. Sur ces types de débiteurs les créances étaient fin 2008 les suivantes :

Créances au 31 décembre 2008 (en M€)	Autres tiers payants	Hospitalisés et consultants
TOTAL dont	13,4	9,4
Créances émises en 2008	12,4	4,6
En 2007	0,8	1,9
En 2005 et 2006	0,1	1,8
Antérieures à 2006	-	1,1

Pour améliorer le besoin en fonds de roulement, il faut continuer à accélérer le recouvrement des créances et notamment celle sur des consultants, des hospitalisés et des mutuelles. Pour le paiement des actes prescrits en biologie, le nouveau système d'information plus performant doit permettre une facturation rapide, que ce soit aux patients ou aux laboratoires extérieurs.

Côté ordonnateur, cela commence par la réorganisation du bureau des entrées et la généralisation des AMA (organisation décrite dans le rapport) pour recueillir les informations nécessaires à l'entrée du patient et envoyer la demande de facturation rapidement. Notamment le cas des étrangers et des personnes sans couverture sociale assez nombreux au CHRU demanderait une attention spéciale. Le processus de facturation aux mutuelles (validation des affections de longue durée…) serait aussi à étudier. La chambre recommande de tenir systématiquement à jour les informations sur les délais de facturation et de les suivre dans le tableau de bord de la direction. Les réunions d'information et d'émulation des bureaux d'entrée et AMA menées par le département DFI sont à encourager et à pérenniser.

Chez le comptable, en renforcement des efforts déjà déployés (notamment la spécialisation d'un cadre A et d'une équipe sur le recouvrement, avec mission de revoir les procédures et méthodes), quand les créances ne sont pas acquittées au premier envoi et au-delà des relances réglementaires, il pourrait être nécessaire de mettre en place une stratégie de relance adaptée à l'importance de l'impayé, notamment pour les créances dont les chances de recouvrement diminuent du fait de leur ancienneté. Il est souhaitable d'éviter leur prescription.

Il convient toutefois de payer dans les délais réglementaires les fournisseurs mais sans anticiper la date limite, en contrôlant le processus ou de négocier avec eux des escomptes de règlement.

*

* *

ANNEXE 1 – L'EFFICIENCE DES FONCTIONS SUPPORTS

Fonctions supports – évolution des ratios d'efficience

	31/12/2003	31/12/2004	31/12/2005	31/12/2006	31/12/2007	31/12/2008	
	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	ETP	Ratio d'efficience
Département RH	127	124	126	136	130	134	
Nature Unité Œuvre	Nombre de bulletins de paie moyens sur l'année						
Nombre Unités d'œuvre	13 367	13 573	14 089	14 074	14 605	14 847	
Ratio UO / effectifs	105	109	112	103	112	111	+ 5,3 %
Fonction RP							
Restauration	236	249	253	239	245	244	
Nature Unité Œuvre	Nombre de repas servis						
Nombre Unités d'œuvre		2 606 787	2 563 941	2 564 177	2 558 467	2 584 591	
Ratio UO / effectifs	0	10 469	10 134	10 729	10 443	10 593	+ 1,2 %
Blanchisserie	130	127	124	115	115	113	
Nature Unité Œuvre	Kg de linge traités						
Nombre Unités d'œuvre	4 153 800	4 073 840	4 159 734	4 230 914	4 241 369	4 580 677	
Ratio UO / effectifs	31 952	32 077	33 546	36 791	36 881	40 537	+ 26,9 %
Transports	85	83	84	80	86	84	
Nature Unité Œuvre	Kms parcourus par les équipes de transport						
Nombre Unités d'œuvre	1 802 324	1 804 783	1 847 546	1 884 923	1 884 012	1 917 453	
Ratio UO / effectifs	21 204	21 744	21 995	23 562	21 907	22 827	+ 7,7 %
DSIH	78	80	72	71	70	69	
Nature Unité Œuvre	Montant des investissements informatiques (en M€)						
Nombre Unités d'œuvre	2,8	4,1	6,6	6,8	8,2	6,9	
Ratio UO / effectifs	0,04	0,05	0,09	0,10	0,12	0,10	+ 178,6 %
Maintenance des bâtiments	212	205	199	191	193	190	
Nature Unité Œuvre	Surface du parc immobilier						
Nombre Unités d'œuvre	424 352	422 588	430 278	433 908	455 526	459 906	
Ratio UO / effectifs	2 002	2 061	2 162	2 272	2 360	2 421	+ 20,9 %
Maintenance biomédicale	41	41	41	42	40	37	
Nature Unité Œuvre	Valeur du parc biomédical (en M€)						
Nombre Unités d'œuvre	110	114	119	123	130	134	
Ratio UO / effectifs	2,7	2,8	2,9	2,9	3,3	3,6	+ 35,0 %
Hôtellerie	331	339	337	338	338	341	
Nature Unité Œuvre	Surface du parc immobilier du CHRU (en M²)						
Nombre Unités d'œuvre	424 352	422 588	430 278	433 908	455 526	459 906	
Ratio UO / effectifs	1 282	1 247	1 277	1 284	1 348	1 349	+ 5,2 %
Effectifs ci-dessus	1 240	1 248	1 236	1 212	1 217	1 212	
En % effectifs supports		66,9 %	66,3 %	65,8 %	66,3 %	65,5 %	

ANNEXE 2 – LES RESULTATS 2008 DES POLES

2008	NEUROCHIRURGIE	NEPHROLOGIE	POLE AMBULATOIRE	POLE DES SPECIALITES CHIRURGICALES ODONTOLOGIE	POLE NEUROLOGIE
Résultat	6 218 412 €	1 617 885 €	272 630 €	2 233 459 €	2 350 638 €
En % recettes	+ 13,3 %	+ 9 %	+ 13,4 %	+ 8,7 %	+ 7,5 %
	POLE DES MALADIES RESPIRATOIRES	POLE SSR	POLE MEDECINE LEGALE ET PENITENTIAIRE	POLE CCV	POLE MEDECINE NEONATALE
Résultat	649 486 €	736 897 €	104 443 €	876 199 €	314 117 €
En % recettes	+ 3,8 %	+ 5,1 %	+ 1,6 %	+ 2,5 %	+ 2 %
	POLE APPAREIL LOCOMOTEUR	POLE URGENCE	POLE MEDECINE HURIEZ	POLE OBSTETRIQUE	POLE ENFANTS
Résultat	267 751 €	136 064 €	- 342 768 €	- 417 741 €	- 513 819 €
En % recettes	+ 0,7 %	+ 0,3 %	- 0,6 %	- 1,4 %	- 1 %
2008	POLE CHIRURGIE HURIEZ	REANIMATION CHIRURGICALE HURIEZ	POLE GAPII (Uniquement activité Clinique)	POLE DE GERONTOLOGIE	POLE CHIRURGIE THORACIQUE
Résultat	- 668 018	- 297 058 €	- 585 006 €	- 1 005 432 €	- 1 568 807 €
En % recettes	- 1,4 %	- 5,9 %	- 36,4 %	- 3,5 %	- 20,8 %
	POLE D'ENDOCRINOLOGIE DIABETOLOGIE	POLE DE GYNECOLOGIE	NEUROPHYSIOLOGIE CLINIQUE	POLE DES SPEC. MEDICO-CHIRURGICALES HURIEZ	POLE DE PSYCHIATRIE
Résultat	- 1 856 642 €	- 1 955 484 €	- 2 217 556 €	- 2 942 855 €	- 2 479 454 €
En % recettes	- 15,3 %	- 17,6 %	- 68,2 %	- 11,4 %	- 8,6 %
	POLE DE REANIMATION	POLE CARDIO ET MALADIES CARDIO-VASCULAIRES			
Résultat	- 2 774 254 €	- 4 327 585 €			
En % recettes	- 11,4 %	- 9,5 %			

ANNEXE 3 – SITUATION FINANCIERE

RESULTATS 2005-2008 DU BUDGET H

Résultats comptables et retraités pour l'analyse : des reports de produits, de charges et des dotations (€)	2005	2006	2007	2008	2008 En % produits	évol 2008/ 2007	évol 2007/ 2006
DEPENSES							
Groupe 1= charges de personnel	505 003 439	507 628 377	528 422 272	549294671	64,7%	3,9%	4,1%
Retraitement des reports de charges	-13 652 186	1 667 610	681 398	0			
charges de personnel retraitées	491 351 253	509 295 987	529 103 670	549 294 671	64,9%	3,8%	3,9%
Groupe 2= charges à caractère médical	154 962 025	160 176 454	172 633 146	183 991 627	21,7%	6,6%	7,8%
Retraitement des reports de charges	-913 000	377 535	972 937	0			
charges à caractère médical retraitées	154 049 025	160 553 989	173 606 083	183 991 627	21,7%	6,0%	8,1%
Groupe 3= charges à caractère général et hôtelier	54 485 979	54 722 687	55 075 669	66211748	7,8%	20,2%	0,6%
Retraitement des reports de charges	1 206 687	1 147 473	363 346	0			
charges à caractère hôtelier retraitées	55 692 666	55 870 160	55 439 015	66 211 748	7,8%	19,4%	-0,8%
Groupe 4= charges financières, dotations	37 892 873	47 397 432	48 676 879	57570631	6,8%	18,3%	2,7%
Retraitements des reports de charges		-8494955	-3192618	-2017681			
Groupe 4 retraité des reports de charges	37 892 873	38 902 477	45 484 261	55 552 950	6,6%	22,1%	16,9%
Retraitements « tendanciels » groupe 4 : provisions	4547787	5987024	4274248	-2 972 850	6,2%	5,7%	10,8%
Groupe 4 retraité des reports et provisions	42 440 660	44 889 501	49 758 509	52 580 100			
HG	2 968 720	3 126 083	0	0	64,7%	3,9%	4,1%
Total avant retraitements	755 313 036	773 051 033	804 807 966	857068677	100,9%	6,5%	4,1%
Total après retraitements des reports	741 954 537	767 748 696	802 920 348	855 050 996	101,0%	6,5%	4,6%
Total après retraitements des reports et provisions	746 502 324	773 735 720	807 194 596	852 078 146	100,6%	5,6%	4,3%
RECETTES							
Groupe 1= produits versés par l'assurance maladie	605 845 305	618 345 828	639 905 647	682733494	80,4%	6,7%	3,5%
retraitement des produits	0	0	2827498	-2827498			
Groupe 1 retraité	605 845 305	618 345 828	642 733 145	679 906 018	80,3%	5,8%	3,9%
Groupe 2 = autres produits de l'activité hospitalière	35 708 432	51 991 698	57 835 652	61175344	7,2%	5,8%	11,2%
Groupe 3= autres produits	103 622 322	92 348 559	91 844 629	105695014	12,5%	15,1%	-0,5%
HG	1 643 425	0	0	0			
Total avant retraitements	746 819 484	762 686 085	789 585 928	849603851	100,0%	7,6%	3,5%
Total après retraitements des reports	746 819 484	762 686 085	792 413 426	846 776 376	100,0%	6,9%	3,9%
Résultat comptable" apparent"	-8 493 552	-10 364 948	-15 222 038	-7464825			
Résultat retraité des reports	4 864 947	-5 062 611	-10 506 922	-8 274 620			
Résultat retraité des reports et provisions	317 160	-11 049 635	-14 781 170	-5 301 770			
Résultat avec remise à niveau provisions en 2008*	-8 493 552	-10 364 948	-15 222 038	-30 548 410	* pour ordre		
ratio charges de personnel retraitées des reports/ produits G1 AM retraités	81,11%	82,36%	82,32%	80,79%			

RESULTATS CORRIGES POUR L'ANALYSE

BUDGET H	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable	- 8 493 552	- 10 364 948	- 15 222 038	- 7 464 825
en % des produits	- 1,1 %	- 1,40 %	- 1,90 %	- 0,88 %
Résultat comptable retraité des reports	4 864 947	- 5 062 611	- 11 219 603	- 8 274 642
en % des produits	0,7 %	- 0,7 %	- 1,30 %	- 1,0 %
Résultat retraité dotations aux provisions « tendanciels » et reports	317 160	- 11 049 635	- 14 781 170	- 5 301 792
en % des produits	0,0 %	- 1,45 %	- 1,87 %	- 0,63 %
Résultat précédent hors aides spécifiques et financements anticipés	- 4 682 840	- 18 885 635	- 25 781 170	- 15 301 792
en % des produits	- 0,6 %	- 2,5 %	- 3,3 %	- 1,8 %

PRINCIPALES COMPOSANTES DU BFR

BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (BFR) (en nombre de jours de produits bruts retraités des reports de produits)	2005	2006	2007	2008
Créances et stocks (1) dont	68,1	77,1	70,4	76,3
Stocks	2,6	3,4	3,7	3,8
Hospitalisés et consultants	4,6	4,7	4,7	4,2
Caisses de Sécurité Sociale	26,2	49,6	45,6	51,8
Mutuelles et autres tiers-payants	7,9	7,9	7,1	6,8
Autres créances	25,3	10,4	8,6	9,0
Dettes et assimilés(2) dont	76,1	82,2	68,0	39,0
Dettes fournisseurs et comptes rattachés	18,1	16,5	13,9	13,8
Dettes fiscales et sociales	17,8	18,8	19,0	18,4
Avances reçues	30,3	37,3	26,8	0,1
Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	4,2	3,4	5,4	4,3
BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT (1)-(2)	- 8,0	- 5,1	2,5	37,4

Chambre régionale des comptes
du Nord-Pas-de-Calais

ROD.0458

REPONSE AU RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

- Centre hospitalier régional universitaire de Lille -

(Département du Nord)

Ordonnateur en fonction pour la période examinée :

- M. Didier Delmotte : Réponse de 25 pages.

Président du conseil d'administration :

- Mme Martine Aubry : Pas de réponse.

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

14, rue du Marché au Filé 62012 - Arras Cedex Téléphone 03.21.50.75.00 Télécopie 03.21.24.24.79