



Chambre régionale des comptes
du Limousin

Le Président

Limoges, le 27 avril 2010

Ref : RP/BM/10/N°234

Objet : - transmission du rapport d'observations définitives sur la gestion
du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

Pièces jointes : - un rapport de 83 pages complété par une réponse (7 pages).

Monsieur le Directeur Général,

Par lettre du 23 mars 2010, j'ai porté à votre connaissance ainsi qu'à celle du Président du Conseil d'Administration et de vos prédécesseurs, les observations définitives, volet enquête inter juridictions financières sur la situation financière des hôpitaux, arrêtées par la chambre régionale des comptes sur l'examen de la gestion du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges à compter de l'exercice 2005 afin de vous permettre, si vous l'estimiez utile, d'apporter une réponse écrite à ces observations, en application des dispositions du code des juridictions financières.

Par lettre du 22 avril 2010 reçue le 23 avril 2010, vous m'avez fait part de vos observations, et par lettres du 21 avril 2010 reçues le 23 avril, vos prédécesseurs m'informent que ces observations n'appellent pas de réponses de leur part. En l'absence de réponse du Président du conseil d'administration, votre seul courrier est joint au rapport d'observations définitives qui vous est à nouveau adressé pour être communiqué au conseil d'administration dès sa plus proche réunion. En application des dispositions de l'article L.241-11 du code des juridictions financières, il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, être joint à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à débat.

.../...

Ce rapport d'observations définitives est également adressé au préfet et au trésorier-payeur général de la Région Limousin et du département de la Haute-Vienne ainsi qu'au directeur de l'Agence Régionale de la Santé du Limousin. Après sa communication au conseil d'administration, il est communicable de plein droit à toute personne qui en ferait la demande en application de l'article 2 de la loi du 17 juillet 1978. Aussi, je vous remercie de bien vouloir informer le greffe de la date à laquelle cette communication interviendra.

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

Christophe ROSENAU

Monsieur Hamid SIAHMED
Directeur général du
Centre Hospitalier Universitaire de Limoges
2, avenue Martin Luther King
87042 - LIMOGES Cedex



Chambre régionale des comptes
du Limousin

Le Président

Limoges, le 27 avril 2010

Ref : RP/BM/10/N°235

Objet : - transmission du rapport d'observations définitives sur la gestion
du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges.

Pièces jointes : - un rapport de 83 pages complété par une réponse (7 pages).

Monsieur le Président,

Par lettre du 23 mars 2010, j'ai porté à votre connaissance ainsi qu'à celle du Directeur général, les observations définitives, volet enquête inter juridictions financières sur la situation financière des hôpitaux, arrêtées par la chambre régionale des comptes sur la gestion du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges à compter de l'exercice 2005 afin de vous permettre, si vous l'estimiez utile, d'apporter une réponse écrite à ces observations, en application des dispositions du code des juridictions financières.

En l'absence de réponse de votre part à l'expiration du délai imparti, le rapport d'observations définitives complété de la réponse apportée le 22 avril 2010 par M. Hamid SIAHMED, Directeur général de l'établissement, vous est à nouveau adressé pour être communiqué au conseil d'administration dès sa plus proche réunion. En application des dispositions de l'article L.241-11 du code des juridictions financières, il doit faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour, être joint à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à débat.

.../...

Ce rapport d'observations définitives est également adressé au préfet et au trésorier-payeur général de la Région Limousin et du département de la Haute-Vienne ainsi qu'au directeur de l'Agence Régionale de la Santé du Limousin. Après sa communication au conseil d'administration, il est communicable de plein droit à toute personne qui en ferait la demande en application de l'article 2 de la loi du 17 juillet 1978.

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

Christophe ROSENAU

Monsieur Alain RODET
Président du Conseil d'Administration
du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges
2, avenue Martin Luther King
87042 - LIMOGES Cedex

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DU LIMOUSIN**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

**DAND LE CADRE DE L'ENQUETE
INTER JURIDICTIONS FINANCIERES
SUR LA SITUATION FINANCIERE DES HOPITAUX**

(à compter de l'exercice 2005)

<i>Sommaire</i>	<i>Pages</i>
1 – Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges	1 - 4
1.1 – Présentation générale du CHU	1 - 2
1.2 – Le CHU dans son environnement	2 - 4
1.2.1 – L'insertion du CHU dans son environnement	3
1.2.2 – Le territoire de santé	3
1.2.3 – L'environnement démographique	3 - 4
1.2.4 – L'attractivité sanitaire	4
2 – Le pilotage du CHU et sa certification	4 - 17
2.1 – Le pilotage externe	4 - 8
2.1.1 – Les schémas d'organisation sanitaire	4 - 5
2.1.2 – Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens	5 - 8
2.2 – Le pilotage interne	8 - 15
2.2.1 – Le projet d'établissement	8 - 10
2.2.2 – La nouvelle gouvernance	10 - 15
2.2.3 – Le tableau de bord "activité et finances"	15
2.3 – La certification du CHU	16 - 17
3 – L'activité	18 - 28
3.1 – Le court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)	18 - 22
3.1.1 – La médecine	19
3.1.2 – La chirurgie	19 - 20
3.1.3 – La gynécologie-obstétrique	21 - 22
3.2 – Les autres disciplines	22 - 25
3.2.1 – Les soins de suite et de réadaptation	22 - 23
3.2.2 – L'hospitalisation à domicile, l'unité de soins de longue durée et le service de soins infirmiers à domicile	23
3.2.3 – Les services médico-techniques	23 - 24
3.2.4 – Les urgences	24 - 25
3.3 – Le gestion des flux de patients à l'entrée et à la sortie	25 - 26
3.3.1 – L'entrée en hospitalisation	25
3.3.2 – La fluidification des flux	25
3.3.3 – La filière gériatrique	25 - 26

3.4 – La valorisation de l'activité en regard du PMSI	26 - 28
3.4.1 – Le codage	26 - 27
3.4.2 – Le codage au CHU de Limoges	27
3.4.3 – La valorisation de l'activité à partir du PMSI	27 - 28
4 – La situation comptable et financière	28 - 58
4.1 – La réforme du financement des établissements publics de santé	29 - 30
4.1.1 – Les dotations	29
4.1.2 - La répartition des mesures nouvelles déléguées en début de campagne	29 - 30
4.1.3 – Les forfaits annuels	30
4.2 – La section d'exploitation	30 - 40
4.2.1 – Le compte de résultat consolidé	30 - 31
4.2.2 – L'évolution des recettes et des dépenses du budget principal	31 - 39
4.2.3 – La capacité d'autofinancement	39 - 40
4.3 – L'investissement	40 - 43
4.3.1 – Les dépenses d'investissement et leur évolution	40 - 41
4.3.2 – Les indicateurs mesurant l'effort d'investissement	41 - 42
4.3.3 – Le financement de l'investissement	42
4.3.4 – L'endettement	42 - 43
4.4 – Le bilan	43 - 47
4.4.1 – Le bilan fonctionnel et ses indicateurs financiers	43 - 45
4.4.2 – La trésorerie	45 - 47
4.5 – Fiabilité et sincérité des comptes	47 - 53
4.5.1 – La sincérité des prévisions budgétaires	48
4.5.2 – Les reports de charges et de produits de 2004 à 2008	48 - 50
4.5.3 – Les provisions	50 - 52
4.5.4 – Les immobilisations et les amortissements	52 - 53
4.5.5 – La situation budgétaire réelle après retraitement comptable	53
4.6 – La comptabilité analytique	54 - 55
4.6.1 – L'état d'avancement de la comptabilité analytique	54
4.6.2 – Les résultats de la comptabilité analytique mise en œuvre	55
4.7 – La situation prospective	55 - 58
4.7.1 – Les enjeux pour le CHU	55 - 56
4.7.2 – L'EPRD 2009-12-10	56
4.7.3 – Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et la réorganisation des pôles	56 - 58
5 – Le personnel	58 - 64
5.1 – L'évolution des effectifs	58 - 60
5.2 – Le recrutement	60 - 61
5.3 – L'avancement	61 - 62
5.4 – L'absentéisme	62 - 64
Annexe 1 – Identité de l'établissement	65 - 66
Annexe 2 – Zone d'attractivité du CHU de Limoges	67
Annexe 3 – Extraits documents d'orientation	68 - 70
Annexe 4 – Le suivi comptable par pôle	71
Annexe 5 – Statistiques d'Activité de l'Etablissement	72 - 75
Annexe 6 – Section d'exploitation et résultats consolidés	76
Annexe 7 – Soldes intermédiaires de gestion consolidés	77
Annexe 8 – Tableau de bord : TBFEPS	78
Annexe 9 – Bilan fonctionnel	79 - 80
Annexe 10 - Le personnel	81 - 83

**CHAMBRE REGIONALE DES COMPTES
DU LIMOUSIN**

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LIMOGES

RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES

**DAND LE CADRE DE L'ENQUETE
INTER JURIDICTIONS FINANCIERES
SUR LA SITUATION FINANCIERE DES HOPITAUX**

(à compter de l'exercice 2005)

1 – Présentation du Centre Hospitalier Universitaire de Limoges

1.1 - Présentation générale du CHU

Le centre hospitalier régional universitaire (CHU) de Limoges est de taille moyenne comparativement aux autres CHU : 2005 lits et places, dont 1147 de court séjour, 264 de soins de suite, 510 de soins de longue durée et 84 « divers » (hémodialyse, hospitalisation à domicile,...). En annexe 1, une fiche d'identité retrace les caractéristiques générales de l'établissement.

Mis en service le 1er janvier 1976, il est implanté sur 5 sites :

- l'hôpital universitaire DUPUYTREN qui est l'établissement le plus important. Siège de la direction générale et de la plupart des services administratifs et logistiques, il exerce des activités dites "de court séjour" (de médecine et chirurgie), de radiologie, de radiothérapie, et de recherche. Il accueille un service d'urgences (hors pédiatrie et gynéco-obstétrique), le SAMU et le centre 15. Cet hôpital compte 863 lits et places ;

- l'hôpital Jean REBEYROL a une activité de "moyen et long séjour" : gérontologie clinique, médecine de suite d'aigu, médecine physique et réadaptation et odontologie. Il compte 465 lits et places ;

- l'hôpital LE CLUZEAU est spécialisé dans certaines activités de "court séjour" : pathologies respiratoires, endocrinologie, diabète et les maladies métaboliques. Il compte 108 lits et places ;

- l'hôpital de la mère et de l'enfant (HME) offre une activité de pédiatrie médicale, de chirurgie pédiatrique, de gynécologie-obstétrique, et de maternité. Il accueille un service d'urgences pédiatriques et gynécologiques. Il comprend 202 lits et places. ;

- l'hôpital Dr CHASTAINGT a une activité de gérontologie clinique et des unités de soins de long séjour. Il compte 379 lits.

Seul l'hôpital du Docteur CHASTAINGT est éloigné d'environ 4 km de l'ensemble universitaire, tandis que les quatre autres établissements ont été construits sur le même site, ce qui constitue un atout organisationnel pour le CHU de Limoges.

L'établissement remplit à la fois les missions d'un hôpital de proximité au profit du bassin de population de la région Limousin (plus de 700 000 habitants) et les missions de recours et de référence d'un CHU. Il dispose ainsi de toutes les filières de soins avec toutes les spécialités médicochirurgicales, d'une maternité de niveau 3, des soins de suite et de réadaptation (SSR), des soins de longue durée ainsi que d'une filière d'hospitalisation à domicile (HAD). Le CHU détient également les autorisations pour l'accueil et le traitement des urgences, l'activité de SMUR, la réanimation, les soins intensifs spécialisés et la surveillance continue, la néonatalogie et la réanimation néonatale, la procréation médicale assistée et le diagnostic prénatal, la neurochirurgie et neuroradiologie interventionnelle, la chirurgie cardiaque, les transplantations d'organes et de greffe, le traitement des affections cancéreuses par rayonnements ionisants de haute énergie, l'utilisation diagnostique et thérapeutique de radioéléments en sources non scellées, ainsi que le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.

La prise en charge de la santé mentale est réalisée par le CHS ESQUIROL de Limoges, situé en face du CHU.

Les plateaux médico-techniques comprennent 29 salles d'opération, un neuro-navigateur chirurgical, l'imagerie et la radiologie interventionnelle spécialisée (4 appareils d'angiographie numérisée, 2 IRM et 2 scanners), la biologie, les explorations fonctionnelles spécialisées et la médecine nucléaire (3 caméras à scintillation, 1 appareil de cobaltothérapie, 1 caméra TEP-scanner co-exploitée avec le centre de lutte contre le cancer, 2 accélérateurs linéaires de particules).

L'établissement remplit par ailleurs la mission de recherche d'un hôpital universitaire (un Institut Fédératif de Recherches de 400 chercheurs, 7 équipes INSERM, ainsi qu'un centre d'investigation clinique). Outre ses missions de recherche, le CHU assure également la formation initiale et continue des médecins et pharmaciens, et de personnels non médicaux dans 7 écoles formant chaque année 700 professionnels paramédicaux.

Le CHU est également le premier employeur de la région avec 5 100 agents et personnels non médicaux et 775 personnels médicaux

1.2 - Le CHU dans son environnement

Le CHU de Limoges est d'abord un hôpital de proximité : avec environ 37 % de parts de marché pour les séjours et près des trois-quarts pour les séances, il constitue l'établissement de soins le plus fréquenté de sa zone d'attraction (cf. annexe 2, zone d'attractivité), loin devant son principal concurrent, la clinique CHENIEUX de Limoges, assurant 13 % des séjours et 6,5 % des séances en 2007.

En 2008, 83,4 % des patients hospitalisés au CHU résident en Limousin et 67,3 % en Haute-Vienne ; 16,6 % viennent d'autres départements, dont 13,3 % des départements limitrophes. Le CHU de Limoges constitue donc le véritable pivot du système hospitalier du Limousin.

1.2.1 - L'insertion du CHU dans son environnement

Malgré son caractère rural, la région limousine (et le département de la Haute-Vienne plus particulièrement) est bien dotée en professionnels de santé libéraux. Ainsi, en 2007, la densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants s'élève à 129 dans le Limousin et 146 dans la Haute-Vienne contre 112 en moyenne nationale ; de même, les infirmiers sont également proportionnellement plus implantés dans la région (densité 1,47 ‰), le département (1,24 ‰) qu'en moyenne nationale (1,1 ‰).

Le taux d'équipement régional et départemental en lits MCO est supérieur à la moyenne nationale (en médecine, par exemple, 2,7 lits et places en Limousin, 2,96 en Haute-Vienne contre 2,11 en France métropolitaine pour 1 000 habitants).

Le CHU fait partie de nombreux réseaux (hospitaliers, ville-hôpital), en particulier le réseau périnatal et de sécurité périnatale, le réseau de cancérologie et des affections hématologiques (la région ne dispose pas d'un centre anticancéreux identifié), les réseaux des EHPAD et le réseau des personnes âgées, le réseau de soins palliatifs ainsi que le réseau ville-hôpital sur de nombreuses thématiques spécialisées.

Des coopérations inter-hospitalières spécifiques ont été signées entre le CHU et le centre hospitalier spécialisé voisin, les hôpitaux du département et de départements limitrophes, et avec des établissements de l'Indre et de la Charente. Des conventions de fonctionnement ou des conventions médicales existent aussi avec des administrations, des collectivités locales, des établissements publics et des établissements de santé privés. Des fédérations ont été constituées entre le CHU de Limoges et les CHU de Clermont- Ferrand, de Toulouse ou de l'APHP.

Le CHU coopère également avec de nombreuses structures privées, par exemple avec la CPAM pour le dépistage du cancer du sein, la clinique Chénieux pour les urgences et urgences psychiatriques et l'hématologie, la clinique des Emailliers pour la médecine nucléaire et le centre médical MGEN Saint Feyre pour l'oncologie.

1.2.2 - Le territoire de santé

Le territoire de plateaux techniques de la Haute-Vienne est divisé en 5 pôles hospitaliers de proximité, dont le pôle de Limoges concernant le CHU, les cliniques Chénieux, du Colombier et des Emailliers, le centre de soins de suite et de réadaptation (SSR) La Chênaie, l'hôpital de jour Baudin, le service hospitalisation à domicile "HAD SANTE SERVICE LIMOUSIN" et, pour les soins psychiatriques, le CH Esquirol et la clinique de la Jonchère.

1.2.3 - L'environnement démographique

La structure démographique de la population du Limousin, et dans une mesure un peu moindre de la Haute-Vienne, se caractérise par une population plus âgée que celle de la France métropolitaine. L'INSEE y recense ainsi en 2006 3 % de personnes de plus de 85 ans et 6 % de moins de 6 ans, contre respectivement 1,95 % et 7,5 % pour la France.

Le taux de natalité y est nettement inférieur (9,8 contre 13 ‰), le taux de mortalité (11,9 contre 8,4 ‰) et l'indice de vieillissement (113,2 contre 66,3 ‰) nettement supérieurs. Les taux de mort prématurée (avant 65 ans) sont légèrement plus élevés que pour la France (276,9 contre 270,7 ‰).

1.2.4 - L'attractivité sanitaire

Le solde entre les patients venant se faire soigner en Limousin et ceux en partant pour d'autres régions est positif pour la région (en 2007, respectivement 51 667 entrées et 22 710 sorties) ; les déplacements concernent très majoritairement les régions limitrophes.

Le territoire de la Haute-Vienne assure aussi une attractivité sur les populations de la région et de ses marches.

Tableau n° 1 Territoire Haute-Vienne

Chiffres clés	Chirurgie		Médecine		Obstétrique		TOTAL	
	>24h	<24h	>24h	<24h	>24h	<24h	>24h	<24h
<i>hors séances</i>								
Demande	23 233	10 115	36 654	49 704	4 535	1 019	64 422	60 838
Offre	32 415	13 890	49 895	68 988	5 338	1 148	87 648	84 026
Fuite	5%	3%	4%	2%	2%	4%	4%	2%
Attractivité	32%	29%	29%	30%	17%	14%	29%	29%

Sources : Fiches Flux par territoire ; Bases PMSI MCO 2007 – DHOS

La présence du CHU, établissement de recours régional, explique la forte attractivité du département, en chirurgie et en médecine. En 2008, la mesure de la MCO par l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH), illustre la position très favorable du CHU, par rapport à sa catégorie, pour ses parts de marchés, tant en médecine (43,9 contre une médiane de 38,8), chirurgie (27,5 au-dessus du 3^{ème} quartile (26,3), ou en obstétrique (50,9 contre 44,3 pour le 3^{ème} quartile). De surcroît, cette prépondérance se maintient dans le temps : ainsi, entre 2004 et 2007, les parts de marchés MCO (séjours et séances confondus) sont toujours supérieures à 72 %.

2 – Le pilotage du CHU et sa certification

2.1 - Le pilotage externe

2.1.1 - Les schémas d'organisation sanitaire

Aux termes de l'article L. 6121-2 du code de la santé publique (CSP), le schéma d'organisation sanitaire (SROS) a pour objet de prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs afin de répondre aux besoins de santé physique et mentale. Il inclut également l'offre de soins pour la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés. Il vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé. Il fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire.

Le SROS est fondé sur une régulation de l'activité et non plus sur une programmation des lits. Il détermine, en s'appuyant sur l'évaluation des besoins de santé de la population, la répartition territoriale des activités et des équipements lourds soumis à autorisation.

Alors que dans les SROS de 1ère et 2ème génération, la carte sanitaire et les indices étaient définis au niveau national, dans le SROS de troisième génération (SROS 3), ce sont les agences régionales d'hospitalisation (ARH) qui définissent les territoires de santé et qui fixent des objectifs quantifiés pour l'offre de soins pour les 5 années à venir.

Le SROS 3, qui couvre la période avril 2006 - avril 2011 vise une organisation sanitaire qui tienne compte des spécificités locales, notamment par le maintien et le développement d'activités de proximité, coordonnée avec les objectifs de la loi d'orientation de la politique de santé publique.

Il est constitué de 2 volets : le premier comprend l'arrêté et un document intitulé « l'annexe opposable », tandis que le second regroupe la synthèse du document « Etat des lieux-diagnostic partagé », les caractéristiques des territoires, les recommandations thématiques, les étapes de réalisation, le suivi et l'évaluation ainsi que le rappel méthodologique d'élaboration du schéma.

Le SROS du Limousin 2006-2011 a été arrêté par le directeur de l'ARH du Limousin le 15 mars 2006 et révisé par l'arrêté du 22 septembre 2008. Il comprend 16 volets retracés en I de l'annexe 3.

Les principaux thèmes du SROS opposables au CHU ont été repris dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Le CPOM, conclu obligatoirement entre les hôpitaux et l'ARH constitue donc un instrument de pilotage tant externe (ils déclinent en partie le SROS) qu'interne, en particulier pour le suivi des objectifs fixés par le contrat.

2.1.2 - Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

a) Définition et contenu

Le CPOM est défini aux articles L.6114-1 à L. 6114-5, D. 6114-1 à D. 6114-9, et R.6114-10 à R.6114-13 du CSP.

Le conseil d'administration du CHU de Limoges a adopté le 13 avril 2007 un CPOM "socle" incluant les orientations stratégiques de l'établissement.

Dans le cadre de la démarche de contractualisation, l'ARH et le CHU ont convenu d'actualiser le CPOM à la date du 1^{er} novembre 2008 et de compléter le contrat par des annexes qui faisaient défaut jusque là.

Le contrat prenant effet au 1^{er} janvier 2008 se compose de 3 titres :

- le titre I porte sur les fondements du contrat ;
- le titre II concerne son champ avec en particulier les orientations stratégiques, la satisfaction des patients et des usagers, le volet social, l'efficacité du fonctionnement, les mesures d'économie, la participation à la maîtrise médicalisée

des dépenses de santé, la nouvelle gouvernance, les systèmes d'information et le dossier du patient ;

- le titre III comprend la mise en œuvre du contrat : le financement des engagements contractuels, l'activité autorisée au titre des lits identifiés, les engagements communs à l'ensemble des établissements, les engagements spécifiques à l'établissement, le suivi et l'évaluation, la date d'effet ainsi que les voies de recours.

Le contrat permet aux parties de déterminer conjointement les priorités des orientations stratégiques, lesquelles doivent être conformes aux orientations du SROS et tenir compte du projet médical de territoire et du projet d'établissement. C'est un document évolutif dont les éléments peuvent être modifiés, en tant que de besoin, après accord entre les parties, et après décision de la commission exécutive de l'ARH, par voie d'avenant, notamment pour :

- traduire les évolutions et transformations de l'établissement et/ou du SROS ;
- tenir compte de l'évolution de l'offre de soins régionale ou infrarégionale ;
- mettre en œuvre de nouvelles orientations de politiques nationales.

Le CPOM détermine, pour chaque établissement de santé ses orientations stratégiques, les autorisations d'activités et d'équipements dont l'établissement est titulaire, les unités de soins intensifs et de surveillance continue, les lits identifiés soins palliatifs, les objectifs quantifiés de l'offre de soins autorisés en application du schéma régional d'organisation sanitaire, les missions spécifiques qui correspondent aux thèmes figurant au schéma d'organisation sanitaire, les missions d'intérêt général et les activités de soins dispensés à des populations spécifiques ainsi que les modalités de participation du titulaire de l'autorisation aux programmes de santé publique et de prévention.

En outre, le contrat fixe les objectifs relatifs à la sécurité des soins et à l'amélioration continue de la qualité, et, en ce qui concerne la gestion des risques, notamment la lutte contre les infections nosocomiales et la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, le respect des recommandations de bonnes pratiques, le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles ainsi que l'évaluation de la satisfaction des patients et des usagers. Le contrat indique également les opérations de restructuration et d'humanisation bénéficiant d'un financement spécifique. Enfin, le CPOM comporte un volet relatif à l'efficacité du fonctionnement incluant les objectifs institutionnels d'efficacité, les modalités du pilotage médico-économique, de la gouvernance de l'établissement, les éventuelles mesures d'économies et la participation de l'établissement à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le CHU de Limoges a identifié, au titre de sa mission de recours régional, ou d'établissement de territoire de plateau technique, mais aussi d'établissement de santé de proximité, 31 thématiques médicales, soit inspirées du SROS 3, soit constituant des axes de développement de la politique médicale à conduire durant la période 2007-2011. Le point II de l'annexe 3 retrace les thématiques du SROS ainsi que celles du Schéma Interrégional, tandis que les quatre orientations stratégiques contractualisées entre le CHU et l'ARH sont rappelées au III de la même annexe.

b) La mise en œuvre, les engagements de l'ARH et le suivi du CPOM

La mise en œuvre du CPOM est décrite dans 17 annexes précisant notamment les autorisations d'activité de soins et d'équipements lourds ainsi que le détail des alternatives à l'hospitalisation complète, les orientations stratégiques, la chirurgie de courte durée, les opérations de restructuration et d'humanisation bénéficiant d'un financement spécifique, l'efficacité du fonctionnement des blocs opératoires, les éléments financiers attribués au titre de chaque exercice budgétaire, les résultats du suivi de l'établissement ainsi que la satisfaction des patients et des usagers.

Pour accompagner la mise en œuvre du contrat (maintien ou poursuite des autorisations existantes, nouveaux projets...), l'ARH s'est engagée à favoriser la réalisation des engagements inclus dans le contrat dans le cadre des procédures administratives (autorisation, reconnaissance contractuelle d'activités, labellisation, recours au niveau national...), à travers un soutien aux structures de mutualisations de moyens, et à travers les financements sollicités.

Ces derniers sont attribués en tout ou partie, en fonction des disponibilités régionales, des priorités examinées annuellement dans le cadre de la campagne tarifaire, des crédits fléchés par les plans nationaux selon différentes modalités :

- financement lié à l'activité (T2A, dotation annuelle complémentaire, dotation annuelle de fonctionnement, prix de journée...),
- forfaits spécifiques,
- subventions FMESPP, crédits spécifiques liés au recueil d'activités,
- financements propres aux missions d'intérêt général et d'accompagnement aux contrats.

Le dialogue de gestion engagé entre l'établissement et l'ARH dans le cadre de la procédure d'allocation de ressources permet d'analyser chaque année les priorités de financement pour la mise en œuvre du contrat.

Conformément aux textes en vigueur, l'établissement s'engage à réaliser le suivi du CPOM. Les modalités régionales de ce suivi ainsi que les résultats annuels du suivi de l'établissement figurent dans l'annexe 14 du contrat. Le contrat incluant le socle et les annexes peuvent faire l'objet d'une révision annuelle par voie d'avenant.

En matière de chirurgie, par exemple, le CHU s'engage, conformément à la circulaire n° DHOS/01/F2/F3/F1/2008/147 du 29 avril 2008, à développer la chirurgie de courte durée (inférieure à 48 heures), pour 15 couples de groupe homogène de malades (GHM) ciblés. Par référence aux données issues du PMSI 2007, l'établissement s'engage, en matière de chirurgie de courte durée (< 48 h) sur un objectif global de 88,6 % à l'échéance 2011 en retenant des objectifs intermédiaires de 57,1 % en 2008, 67,1 % en 2009 et 77,6 % en 2010. A titre d'illustration, le tableau ci-après retrace les objectifs cibles pour la chirurgie ambulatoire.

Tableau n°2 objectifs cibles pour la chirurgie ambulatoire

Code geste	Libellé du geste marqueur	Objectif (%)
GM 1	arthroscopie du genou, diagnostique ou thérapeutique	30 %
GM 2	extractions dentaires	30 %
GM 3	Chirurgie de la cataracte	70 %
GM 4	Chirurgie des varices	5 %
GM 5	Adénoïdectomies	90 %

Pour accompagner la réalisation des objectifs visés, l'ARH pourra attribuer des moyens complémentaires en sus de la tarification à l'activité, en fonction des disponibilités régionales et des priorités examinées annuellement dans le cadre de la campagne tarifaire. Les activités de chirurgie de courte durée et de chirurgie ambulatoire donnent lieu à une évaluation dans le cadre de l'évaluation globale du contrat.

2.2 - Le pilotage interne

2.2.1 - Le projet d'établissement

Depuis la loi portant réforme hospitalière de 1991, l'élaboration d'un projet d'établissement est une obligation réglementaire. Sa définition résulte de l'article L. 6143-2 du CSP qui précise : « *Le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche, de gestion et détermine le système d'information de l'établissement. Il comporte un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical et le projet de soins infirmiers, de rééducation et médico - techniques, ainsi qu'un projet social. - Le projet d'établissement, qui doit être compatible avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire, définit, dans le cadre des territoires de santé, la politique de l'établissement en matière participation aux réseaux de santé mentionnés à l'article L 6321-1 et d'actons de coopération. Il prévoit les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ses objectifs. Il comprend également les programmes d'investissement et le plan global de financement pluriannuel* » Le projet d'établissement du CHU pour les années 2007-2011 est donc composé : du projet médical, du projet de soins, du projet social, du projet qualité, du projet de gestion, du schéma directeur informatique, du plan pluriannuel d'investissement ainsi que du plan global de financement.

a) Le bilan du projet 2001-2005

Le projet médical 2001-2005 se déclinait selon quelques axes principaux et actualisait une dizaine de thèmes, notamment la filière de prise en charge des personnes âgées, l'oncologie, l'imagerie et à mis à l'étude 7 thèmes médicaux nouveaux, notamment la fonction de pôle régional de lutte contre le tabagisme et la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux et des affections cardio-vasculaires (voir annexe 3 point IV les thèmes du projet médical).

La plupart des objectifs du projet médical 2001-2005 ont été atteints, comme par exemple, la création d'un service de soins à domicile (SSIAD) pour personnes âgées de 15 places, l'organisation d'une filière AVC, avec la création d'une unité de 6 lits de soins intensifs et de lits de surveillance continue, la

spécialisation d'une unité de soins de suite et de réadaptation (SSR) ainsi que de 2 unités mobiles, une pour coordonner les services, l'autre pour le suivi et le maintien à domicile adossée à un réseau ville-hôpital, ainsi que le développement de la recherche clinique.

L'action la plus importante a consisté en la réorganisation pôle mère – enfant avec la création d'un pôle régional comprenant la néonatalogie et la réanimation néonatale dans un hôpital dédié à cet effet.

Hors CPOM, diverses missions de santé publique ont été réalisées, concernant la lutte contre le VIH, la tuberculose, les soins aux détenus de la maison d'arrêt de Limoges, l'accès à la contraception anonyme, l'éducation sexuelle dans les collèges et lycées ainsi que la détection des personnes âgées dépendantes.

b) Le projet en cours

Un premier projet n'a pas été approuvé par l'ARH au motif principal que la réorganisation des activités médicales n'était pas planifiée et de sa non faisabilité financière. Un projet alternatif de reconstruction sur CONDAT était jugé irréaliste et coûteux. L'ensemble du schéma directeur ne comprenait pas les financements suffisants. Un nouveau programme d'investissement, accompagné d'un plan global de financement pluriannuel (PGFP), a donc été élaboré en appui d'un nouveau projet immobilier, sur la base de deux dossiers prioritaires dans le cadre du plan Hôpital 2012 (projets pôle cœur-poumon-rein et pôle biologie) présentant les pré-requis nécessaires. Ce programme a été adopté par le Conseil d'Administration lors de sa séance du 30 janvier 2009 et a reçu l'approbation du Directeur de l'ARH, par courrier du 17 février 2009. Ce projet met à jour le Plan Pluriannuel d'investissements en se fondant sur une unité de lieu (le site de l'hôpital DUPUYTREN) ainsi qu'une actualisation du projet médical.

Le nouveau programme prévoit :

- la réorganisation des pôles fondée sur des logiques d'organe, de filière de prise en charge à l'exemple du pôle cœur / poumons / rein ;
- le développement de nouvelles modalités de prise en charge dans un cadre de mutualisation au sein des pôles ;
- le regroupement des consultations externes et celui de l'oncologie ;
- le développement de l'ambulatorio ;
- le transfert des activités de court séjour vers le bâtiment Dupuytren avec, à terme, la fermeture du site du Cluzeau ;
- ainsi que la réalisation du projet de pôle de biologie avec l'université.

S'agissant du projet médical, 33 thématiques regroupées en 7 chapitres ont été retenues (accueil en urgence, biologie-imagerie-hygiène, service de soins aigus, prises en charges émergentes, services de suite, prises en charge rares, recherche).

En plus des thématiques figurant au SROS, le projet médical comprend celles relatives à la biologie, la coopération sanitaire, le diabète, les filières de post-urgence, les maladies rares, la prévention et l'éducation sanitaire ainsi que les "Risques Nucléaire, Radiologique, Biologique, Chimique" (NRBC). De surcroît, il intègre des thématiques en coopération avec le Centre Hospitalier Esquirol : Centre

Mémoire de Ressources et de Recherches (CMRR), autisme, prise en charge des enfants et des adolescents.

Enfin, le projet d'établissement comprend un projet de soins, un projet social, un projet de gestion (centré sur l'organisation des pôles), ainsi qu'un projet de réorganisation du système d'informations.

2.2.2 - La nouvelle gouvernance

a) Le dispositif de l'ordonnance de 2005

L'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 prévoyant la simplification du régime juridique des établissements de santé, adapte en particulier l'organisation interne et le management de l'hôpital en vue de médicaliser la gestion et de responsabiliser les acteurs.

L'adaptation de l'organisation interne de l'hôpital repose tout d'abord sur la redéfinition du rôle des instances et la clarification des responsabilités. Le conseil d'administration est recentré sur un rôle de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre. Un conseil exécutif est créé. Cette instance est composée à parité de médecins et de responsables administratifs et présidée par le directeur de l'hôpital. Elle associe étroitement les partenaires médicaux et administratifs dans l'élaboration de tous les projets importants de l'hôpital. La commission médicale d'établissement (représentant les personnels médicaux) et le comité technique d'établissement (représentant les personnels hospitaliers) sont plus étroitement associés aux orientations stratégiques et au fonctionnement de l'établissement.

L'ordonnance vise en second lieu à donner davantage de souplesse et d'adaptabilité à l'organisation médicale en évitant les cloisonnements préjudiciables à la prise en charge des patients : la mise en place de pôles d'activité, unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité, doit contribuer à la déconcentration de la gestion. Ces pôles disposant d'une masse critique sont engagés dans une démarche de contractualisation interne afin de simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement. Les pôles cliniques sont dirigés par des médecins. Le conseil de pôle, composé de représentants médicaux et administratifs, permet l'association des personnels et favorise l'élaboration des orientations et des projets du pôle. Au sein des pôles, des structures internes, services, unités fonctionnelles ou autres structures, ont pour mission d'assurer l'organisation de la prise en charge médicale des malades et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles.

L'ordonnance permet enfin de refonder, dans les CHU, la collaboration hospitalo-universitaire en renforçant par la conclusion de nouvelles conventions les missions d'enseignement, de recherche et d'innovation. Ainsi, l'université sera partie prenante au contrat d'objectifs et de moyens des centres hospitaliers universitaires et l'hôpital pourra être appelé à participer au processus d'élaboration du contrat quadriennal entre les universités et l'Etat.

Une enquête sur la nouvelle gouvernance a été conduite en mai 2008 par la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) en partenariat

avec les ARH auprès des établissements publics de santé. Elle fait apparaître que le conseil exécutif a largement été mis en place dans les établissements (97 %) et que ceux-ci sont majoritairement découpés en pôles (81 %), mais ce processus reste évolutif, des redécoupages pouvant être effectués. Le nombre moyen de pôles cliniques dépend de la taille de l'établissement.

En revanche, les pôles d'activité n'ont pu que rarement définir des projets de pôle préalablement à leur constitution. Un tiers des établissements sont en train de les élaborer. Même s'ils progressent, les contrats de pôles sont encore minoritaires (au printemps 2008) et moins de 50 % des établissements ont mis en place des délégations de gestion. Celles-ci concernent essentiellement les ressources humaines et sont surtout en place dans les CHU. La comptabilité analytique, quant à elle, est principalement utilisée dans les plus gros établissements. Elle reste encore largement à décliner par pôles. Les différents outils : comptes de résultat analytiques (CREA), tableaux coût case-mix (TCCM)¹ et indicateurs qualité ou de gestion prévisionnelle de la charge de travail, doivent encore être développés et mieux utilisés.

b) Les pôles d'activité

Définition

Ils sont mis en place et définis par l'article L.6146-1 du CSP, modifié par la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 13.

En pratique, un pôle clinique ou médico-clinique est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Il doit être défini selon « une logique de simplification et de déconcentration ». Il est à noter qu'il existe également des pôles fonctionnels. Ainsi au CHU de Limoges, les fonctions de gestion sont regroupées en 3 pôles fonctionnels : "activité, finances et contractualisation", "investissements et fonctions supports" et "ressources humaines, organisation des soins et qualité".

Le pôle s'appuie sur des objectifs d'activité et de qualité, fondés sur un projet partagé entre les équipes et décliné dans le cadre d'un contrat conclu avec la direction. La création d'un pôle clinique ou médico-clinique peut répondre à plusieurs logiques : une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (ex : pôles mère-enfant, gériatrie...), une logique d'organes (ex : pôles thorax, tête-cou...), une logique généraliste (ex : pôles psychiatrie, urgences...) ou/et une logique de prestations (ex : pôles pharmacie, biologie).

Les contrats signés avec les responsables de pôles doivent s'accompagner d'une délégation de gestion (gestion du personnel, enveloppes

¹ Le tableau coût case-mix (TCCM) permet de comparer les données de coûts et d'activité d'un établissement avec les données de la base de l'Etude Nationale de Coûts (ENC). Cet outil a été conçu pour identifier les spécificités, en termes de structure de coûts ou d'activité, d'un établissement par rapport à l'échantillon des établissements de l'ENC faisant office de référentiel. Le principe du TCCM consiste donc à comparer - pour les séjours d'un établissement donné (case-mix) - les coûts et l'activité observés dans l'établissement avec ceux calculés dans le référentiel. Le regroupement des postes de dépenses et le niveau de découpage de l'activité clinique et médico-technique sont ceux de l'échelle de coûts.

d'investissement, contractualisation d'objectifs, etc...) ainsi que des modalités de fonctionnement, comme le dispose l'article L.6145-16 (version en vigueur du 3 mai 2005 au 23 juillet 2009) du CSP.

L'organisation en pôles du CHU de Limoges

Le CHU a appliqué les principes de la nouvelle gouvernance :

- par la mise en place du conseil exécutif. Cet organe placé près du directeur et composé de façon paritaire de médecins et de personnels de direction se réunit mensuellement et aborde tous les sujets relevant de sa compétence : préparer les mesures nécessaires à l'élaboration et à la mise en oeuvre du Projet d'Etablissement et du CPOM conclu avec l'ARH, coordonner et suivre l'exécution des délibérations prises par le Conseil d'Administration, préparer le Projet Médical et les plans de formation et d'évaluation mentionnés à l'article L.6144-1 du CSP, donner un avis sur la nomination des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique; ainsi que sur l'évaluation annuelle des conditions d'exécution des contrats internes, notamment la réalisation des objectifs assignés aux pôles,

- par la création de pôles d'activité. Quatorze pôles médico-techniques ont été créés par délibération du Conseil d'Administration du 22 mai 2006 et trois pôles de gestion supplémentaires au Conseil d'administration du 16 mai 2008.

Conformément à l'article "11-5 Nouvelle gouvernance" du CPOM, le CHU de Limoges s'est engagé à mettre en place des procédures de contractualisation interne avec l'ensemble des pôles d'activité qui devront bénéficier de délégation de gestion. Cette contractualisation interne doit porter sur des objectifs d'activité et de qualité, des objectifs financiers, les moyens et indicateurs de suivi des pôles d'activité, les modalités d'intéressement et les conséquences en cas d'inexécution

Contrairement à la mise en place du conseil exécutif, celle des pôles d'activité, bien que récente, ne donne pas satisfaction en matière de fonctionnement. Les 14 pôles constitués manquant parfois de cohérence, comme la cancérologie, répartie entre plusieurs pôles, contrairement au pôle cœur-poumon-rein, constitué sur une logique d'organe ou au pôle mère-enfant selon une logique de prise en charge.

De surcroît, si des réunions de dialogue de gestion se sont déroulées dans le cadre des contrats dits "de première génération", les principes et le contenu de la délégation de gestion sont encore en cours de définition, pour une première déclinaison en 2010

Aussi, le conseil d'administration du 30 janvier 2009 a-t-il présenté, une redéfinition du périmètre des pôles d'activité clinique et médico-technique de l'établissement.

Ces changements visent, en interne, à mettre en cohérence le périmètre des pôles avec une logique d'organe ou de filière de prise en charge, mais également à permettre une synergie entre services au sein d'un pôle dans le cadre des opérations de restructuration de l'hôpital Dupuytren. Ces regroupements fonctionnels et géographiques doivent permettre à chacun des pôles de construire un projet médical

autour d'un objectif d'amélioration de la performance dont les principaux leviers seront contractualisés.

Cette restructuration des pôles a également des visées externes : conforter les parts de marché, envisager des coopérations ou des complémentarités, notamment pour partager les plateaux techniques et les compétences (postes partagés). Elle se traduit par une mise à jour du Plan Pluriannuel d'Investissement en se fondant sur une unité de lieu et une actualisation du projet médical.

En 2010, les 14 pôles actuels seront remplacés par 11 pôles d'activités hospitalo-universitaires : trois pôles voient leur périmètre inchangé (pôle biologie-hygiène, pôle mère-enfant, pôle cœur-poumon-rein). Le tableau 3 ci-après présente cette restructuration résultant en dernier lieu d'une délibération de décembre 2009 du conseil d'administration.

Tableau n° 3 Pôles d'activité clinique et médico-technique

AVANT le 1 ^{er} janvier 2010		APRES	
Pôle Biologie – Hygiène	Pôle Cœur – Poumon – Rein	Pôle Cœur – Poumon – Rein	
Pôle Imagerie	Pôle Médecines Aigües spécialisées	Pôle Biologie – Hygiène	Pôle Clinique Médicale
Pôle Oncologie	Pôle Gériatrie	Pôle Onco – Hématologie	Pôle Personnes Agées et soins à domicile
Pôle Mère – Enfant	Pôle Urgences – Réa	Pôle Mère – Enfant	Pôle Urgences – Réa
Pôle Locomoteur	Pôle Anesthésiologie SAMU		
Pôle Viscéral	Pôle Délégation Médicale	Pôle Viscéral et Orthopédie	Pôle Santé Publique
Pôle Tête et Cou	Pôle Médico-Technique	Pôle Neurosciences / Tête et Cou	Pôle Plateau Technique

Source : plan de modernisation du CHU

La contractualisation avec les responsables des futurs pôles de l'établissement, selon une logique d'amélioration de l'organisation médicale, aura lieu en contrepartie de l'octroi d'une autonomie partielle aux responsables de pôles pour la gestion des moyens.

Par ailleurs, la délégation de gestion est définie à compter de 2010 et fait l'objet de fiches «règles du jeu » dans les domaines suivants :

- gestion des ressources humaines
- organisation de la prise en charge des patients
- droits des patients
- qualité, risque, évaluation
- gestion financière
- pilotage de l'activité

.../...

- travaux et équipements biomédicaux
- enseignement, recherche et innovation
- coopérations sanitaires

L'intéressement

La mise en œuvre de la nouvelle gouvernance s'accompagne d'une politique d'intéressement au niveau des pôles. L'atteinte des objectifs fixés dans les contrats de pôles doit permettre d'améliorer la performance du CHU et son résultat financier. Si le résultat annuel du CHU est excédentaire, une partie est redistribuée aux pôles qui ont atteint leurs objectifs. Liée à la mise en œuvre progressive de la contractualisation et de la délégation de gestion, la politique d'intéressement est présentée en deux étapes. La première étape a fait l'objet d'une délibération du conseil d'administration en 2008.

Le reversement éventuel d'une enveloppe à un pôle est fondé sur l'atteinte des objectifs fixés dans le contrat (objectifs d'activité et des objectifs organisation-qualité-processus). Les résultats atteints sont évalués au moyen d'indicateurs retenus dans les contrats, d'une auto-évaluation du pôle (rapport annuel d'activité) et d'une évaluation contradictoire lors des secondes rencontres annuelles pôle / direction.

La qualité et l'exhaustivité du codage réalisées par le pôle et mesurées par le Lot Quality Assurance Sampling (LQAS) sont deux conditions préalables au versement de l'enveloppe, puis, en fonction de la réalisation des objectifs, le binôme directeur général/ président de la CME intéresse différemment le pôle : si le pôle a atteint pleinement ses objectifs : versement de l'intégralité de l'enveloppe, en cas de réalisation partielle des objectifs, la moitié de l'enveloppe est versée, mais aucun versement n'est opéré si les objectifs ne sont pas atteints.

Les crédits obtenus dans le cadre de l'intéressement peuvent être utilisés par les pôles à des dépenses de fonctionnement, de l'achat d'équipements ou réalisation de petits travaux. Le pôle détermine librement l'utilisation de cette enveloppe, pourvu que la dépense ne soit pas pérenne et que l'acquisition d'équipements n'engendre pas de frais non couverts en consommables ou maintenance.

Le directeur général et le président de la CME fixent chaque année en janvier l'enveloppe allouée aux pôles sur la base du rapport d'activité du responsable du pôle et du bilan de l'évaluation contradictoire direction / pôle. Le montant total est provisionné en clôture et fait l'objet de reprises lorsque le pôle a déterminé l'utilisation de l'enveloppe. Un bilan annuel de la politique d'intéressement est présenté au conseil exécutif et aux instances.

En 2008, le résultat déficitaire n'a pas permis de mettre en œuvre la politique d'intéressement ainsi définie. Au surplus, son application met en évidence le problème du suivi comptable des pôles (voir en annexe 4 un exemple de suivi comptable par pôle) : les résultats de chaque pôle ne sont connus actuellement qu'environ 18 mois après la clôture de l'exercice, ce qui rend l'affectation de l'intéressement possible qu'au courant du 2^{ème} exercice suivant celui au cours duquel

le résultat est dégagé, c'est-à-dire à un moment où la situation a déjà pu significativement évoluer, voire se dégrader.

La chambre constate que le pilotage financier des pôles, les délégations de gestion et la politique d'intéressement ne pourront être mis en œuvre réellement que lorsque le CHU se sera doté d'un système d'information décisionnel plus contemporain de l'activité. La réalisation d'un tel système constitue un des 3 objectifs prioritaires (avec la restructuration de DUPUYTREN et les investissements biomédicaux) du Programme d'Investissement et Plan Global de Financement Pluriannuel (PGFP) 2008-2018.

2.2.3 - Le tableau de bord "activité et finances"

En plus du suivi et l'analyse de l'exécution de l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) présenté chaque quadrimestre au conseil d'administration et transmise à l'ARH (articles L. 6145-1 et R. 6145-6 du CSP), le CHU produit chaque mois un tableau de bord clair et concis (5 pages) qui regroupe dans un seul document sous forme de chiffres et de graphiques, en les comparant sur 2 ans :

les indicateurs traditionnels d'activité :

- en médecine, chirurgie et obstétrique : taux d'occupation, entrées, hospitalisations de jour, durée moyenne de séjour (DMS) ; naissances, interventions aux blocs, passages aux urgences adultes et pédiatriques, nombre d'entrées des plus de 75 ans ;
- en SSR et USLD : entrées, taux d'occupation, évolution ;
- le détail par service des entrées classées entre les séjours inférieurs et supérieurs à 24 h ;
- le détail par service de l'évolution des consultations externes, des DMS et des taux d'occupation (hors hospitalisation de jour).

les indicateurs PMSI :

- palmarès des catégories majeures de diagnostic (CMD) valorisées, évolution du nombre de séances, palmarès des services en nombre de résumés de sortie standardisés (RSS) et en valeur ;
- contrôle de qualité du codage, étude des co-morbidités associées (CMA) et taux de chirurgie ambulatoire ;

les indicateurs budgétaires :

- comparaison compte financier anticipé et analyse des écarts ;
- dotations MIG par pôle, évolution des dépenses par titre ;

les indicateurs financiers : suivi de trésorerie, taux de marge brute ;

les indicateurs d'investissement : par rapport à N-1 et aux autres CHU, le tableau des emplois et des ressources de la section.

2.3 - La certification du CHU

Réglementation

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a introduit en France l'accréditation des établissements de santé, des réseaux de soins hospitaliers et des groupements de coopération sanitaire. Cette accréditation, dénommée depuis 2004 « certification », est une procédure externe d'évaluation visant à mesurer le niveau de qualité et de sécurité des soins dispensés dans les établissements de santé et à apprécier l'engagement de ces derniers pour l'améliorer.

La certification mise en œuvre par la Haute Autorité de Santé (HAS) est une procédure d'évaluation externe. Elle est obligatoire et intervient périodiquement tous les 4 ans.

Le rapport de certification est transmis à l'ARH (Agence Régionale de Santé –ARS- à partir de 2010) et est rendu public.

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens signés par les établissements de santé et leur ARH/ARS définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins et comportent des engagements d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins qui font suite à la procédure de certification.

Certification du CHU de LIMOGES

La démarche de certification a donné les résultats suivants :

- en 2002 : rapport de certification avec réserves ;
- en 2004: rapport de suivi ; levée de réserves transformées en recommandations ;
- en février 2007, visite de certification aboutissant en juin 2007 à un rapport de certification, avec suivi invitant le CHU à évoluer avant un an sur un certain nombre de points.

La HAS demandait à l'établissement, avant un an, de garantir la confidentialité des informations relatives aux patients MCO, SSR, USLD, de garantir l'accessibilité aux professionnels de l'information contenue dans le dossier du patient en MCO et d'assurer la sécurité du circuit du médicament en MCO, SSR, SLD et HAD. Elle recommandait également au CHU de poursuivre sa démarche d'amélioration de la qualité en finalisant la déclinaison de la politique du dossier patient dans le projet qualité, en poursuivant la politique d'humanisation des locaux, en organisant la coordination de la gestion des risques, et celle des vigilances avec la gestion des risques, en finalisant les règles de tenue du dossier patient et en assurant leur diffusion.

Après un nouveau rapport de suivi en juin 2008, un additif au rapport a prononcé en novembre 2008 une certification avec abandon de deux des critères de suivi et requalification de deux autres en simples recommandations de poursuite de la démarche d'amélioration de la qualité. Les recommandations retenues en définitive concernent :

- la déclinaison de la politique du dossier patient dans le projet qualité et les règles de sa tenue tout en en assurant la diffusion ;
- la garantie de la confidentialité des informations relatives aux patients MCO, SSR et USLD ;
- la poursuite de la politique d'humanisation des locaux ;
- l'organisation de la coordination de la gestion des risques ainsi que sa coordination avec les vigilances ;
- la maîtrise des conditions de prescription, validation, dispensation et d'administration des médicaments.

Liste des actions exemplaires

Les experts-visiteurs ont classé dans "l'additif au rapport de certification" comme "*actions exemplaires*" (c'est-à-dire une action réussie et pérenne, susceptible de provoquer la mise en oeuvre d'actions similaires dans d'autres établissements) l'élaboration et la mise en oeuvre d'un outil original d'optimisation de la filière gériatrique et l'unité de recours de soins gériatriques.

L'unité de recours de soins gériatriques (URSG) comprend huit lits identifiés au sein du service de soins de suite gériatriques de l'hôpital CHASTAINGT. Cette unité permet la prise en charge paramédicale de la phase critique d'une pathologie du sujet âgé (déshydratation, état fébrile, agitation, agressivité, soins d'escarres, douleur, dénutrition, diabète déséquilibré, fausse route,...).

Il s'agit d'une prise en charge en urgence et par entrée directe pour un épisode aigu d'une affection diagnostiquée et suivie sur une brève durée dans cette unité, pour des résidents en EHPAD médicosociaux conventionnés avec l'établissement.

Cette prise en charge, organisée et formalisée sur le plan administratif, est d'une durée courte et prévisible avec un retour programmé sur l'EHPAD qui s'engage au retour de ce résident dans l'établissement pour personnes âgées d'origine, dès la fin de son traitement. L'URSG s'intègre dans le dispositif général d'organisation d'une filière gériatrique, fluidifiant les entrées gériatriques par les urgences puisqu'il s'agit d'une entrée directe, valorisant la prise en charge médicale des EHPAD qui, d'une part ont une structure de recours adaptée, et d'autre part, en retour, peuvent établir une conduite médicale à tenir aux cas semblables ultérieurs. Enfin, cette structure répond aux préoccupations du SROS et aux directives ministérielles concernant la prise en charge de la personne âgée.

Autres procédures

D'autres procédures existent pour reconnaître la qualité des services : ainsi, au CHU, la blanchisserie, la stérilisation et l'unité de production culinaire de DUPUYTREN sont certifiées depuis plusieurs années.

Par ailleurs, des démarches qualité et d'accréditation concernent les laboratoires de biologie médicale, le laboratoire de pharmacologie, le laboratoire d'immunologie et d'immunogénétique et le "registre des donneurs volontaires de moelle osseuse".

3 – L'activité

L'activité du CHU (voir en annexe 5 les statistiques d'activité de l'établissement 2005 à 2008) a été en général soutenue et en croissance entre 2005 et 2008, comme le montre les différents indicateurs classiques (nombre d'entrées, de journées, durée moyenne de séjour, taux d'occupation) ou tirés du PMSI (nombre de séjours et de séances). Les données fournies par la comptabilité analytique, comparées à celles base de référence, tenue par le CHU d'Angers, celles de l'ATIH et de la Banque de Données Hospitalière de France (BDHF), permettent au surplus de mesurer cette activité par rapport aux autres établissements sanitaires régionaux et nationaux, et surtout de situer le CHU de Limoges vis-à-vis des autres CHU : elles en confirment le bon niveau.

3.1 - Le court séjour : médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)

Mesuré grâce au PMSI, le nombre total des séjours et des séances a crû de 110 859 en 2005 à 115 410 en 2008 (+ 4,1 %), avec un fléchissement en 2007 (-2,2 %) suivi d'une nette reprise en 2008 (+5,3 %). Avec un taux global d'évolution de 10,2 %, le nombre des entrées est passé de 76 041 en 2005 à 83 841 en 2008. Le nombre des journées a progressé également, mais de façon moindre (+ 15 668 journées, soit + 5 %) répercutant la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS). Pour les 3 disciplines s'observent les mêmes constats :

- augmentation de l'activité, avec un fort développement de l'hospitalisation incomplète (et en particulier de la prise en charge ambulatoire). En 2008, sur 83 841 entrées en MCO, 55 095 concernent des hospitalisations supérieures à 24 h (+0,31 % par rapport à 2007), tandis que 28 746 entrées ont lieu pour moins de 24 heures (+ 19,4 % par rapport à 2007).

- de même, que ce soit en médecine, chirurgie ou gynécologie-obstétrique, les consultations connaissent également une progression sensible de 2008 par rapport à 2007, + 9,3 % (dont +7,3 % en médecine, +11,3 % en chirurgie, +9,3 % en gynécologie-obstétrique).

L'activité du court séjour mesurée par catégorie majeure de diagnostic (CMD) progresse de 1398 groupes homogènes de séjours (GHS), soit + 3,5 %, hors la CMD 24 (séjours de moins de 2 jours) qui augmente plus vite (+ 1 205, soit + 4,4%) que les autres CMD.

L'examen des séjours de courte durée montre le développement de la prise en charge ambulatoire, en médecine et en chirurgie. Ainsi, entre 2006 et 2008, les actes d'endoscopie ont progressé de 1920 à 2190 (+14,1 %), tandis que le nombre des interventions chirurgicales les moins lourdes (comme, par exemple, les traumatismes de l'appareil musculo-squelettique ou les libérations du canal carpien), est passé au cours de la même période de 590 à 813 (+ 37,8 %).

Toutefois, la chambre observe que cette évolution est moins marquée que dans les autres hôpitaux. En effet, selon l'ATIH, l'indicateur de l'activité MCO en 2008 (113,9) positionne le CHU de Limoges sous les valeurs régionales (115,2), nationale (115,8) et de la catégorie des CHU (114,4).

3.1.1 - La médecine

Cette discipline a une vocation tant régionale, puisque plus 82 % des patients hospitalisés proviennent du Limousin, qu'extrarégionale (environ 17 % des patients sont issus d'autres régions), mais aussi de proximité. Cette dernière caractéristique s'accroît puisque, en 2008, 35,1 % des patients étaient originaires de Limoges et de son agglomération, contre 27,3 % en 2005.

Depuis 2005, la capacité en lits a diminué de 11 lits, passant de 653 à 644 lits. Cette évolution résulte d'une diminution des lits d'hospitalisation complète (-16) et d'une augmentation des lits d'hôpital de jour (de 68 à 75).

L'augmentation de l'activité de 8 788 entrées (+ 4,7 %) concerne aussi bien l'hospitalisation partielle (qui croît de 1 671 journées + 8,2 % entre 2005 et 2008) que l'hospitalisation complète (+ 3 071 entrées, soit + 10,6 %).

La comparaison 2008 par rapport à 2007 confirme le dynamisme de l'hospitalisation à temps partiel, qui, avec 2957 entrées supplémentaires, progresse de 15,4 %, tandis que l'hospitalisation complète (et alternative) augmentait de 6,7 %.

Ce dynamisme n'est pas particulier au CHU de Limoges, puisque selon l'indicateur 2008 de l'ATIH, la valeur de l'indice d'activité de la médecine au CHU de Limoges (110,2 pour une base 100 en 2000) situe l'évolution de son activité sous la valeur régionale ou nationale (respectivement 114,8 et 117,2) et sous celle de sa catégorie (113,6).

La durée moyenne de séjour (DMS) baisse de 2,8 % passant de 5,52 à 5,37 jours entre 2005 et 2008 (y compris les urgences). Toutefois, pour la plupart des services, la DMS a très légèrement augmenté en 2008 par rapport à 2007 sous l'effet du développement de la prise en charge ambulatoire.

L'indicateur de performance² de la DMS pour la médecine s'élevait à 1,075, plaçant la discipline dans le dernier quartile des CHU (3^{ème} quartile : 1,054).

Le taux d'occupation s'améliore de 86,1 à 86,5 % au cours de la période. Il se situe au-dessus de la médiane 2007 des CHU (85,2 % selon les indicateurs nationaux ATIH).

3.1.2 - La chirurgie

Le recrutement des patients est similaire à celui de la médecine : plus de 80 % sont issus de la région, plus de 60 % de la Haute-Vienne, dont la moitié de Limoges et de son agglomération. Le recrutement extrarégional est également important, puisque plus de 20 % des malades proviennent d'autres régions (presque 30 % pour la neurochirurgie, par exemple).

² Cet indicateur compare la DMS réelle de l'établissement à celle théorique de la DMS de référence de chaque GHM.

Depuis 2005, la capacité en lits a diminué de 424 à 422 lits. Cette évolution résulte d'une diminution des lits d'hospitalisation complète (de 415 à 398 lits, soit - 17), et d'une augmentation des lits d'hôpital de chirurgie ambulatoire (de 9 à 19) et d'hôpital de jour (de 0 à 5), montrant ainsi l'adaptation du CHU aux nouvelles modalités de prises en charge des patients.

Le nombre d'entrées est passé de 21 244 en 2005 à 23 510 en 2008, (+ 2 266, soit + 10,7%). Tandis que les entrées en hospitalisation complète baissaient de 4,2 % (804), celles en chirurgie ambulatoire augmentaient de 90,7 % (+ 1 900). La création de lits d'hôpital de jour a permis 345 entrées en 2007 et 1 170 en 2008 (+ 152,7 %).

En 2008, l'indice d'activité de la chirurgie (118,4) la situe dans la médiane des autres hôpitaux et au-dessus des CHU (116,3). Mesurée par le PMSI, non seulement l'activité de la chirurgie a progressé de 2006 à 2008 (16 315 GHM en 2006, 17 600 en 2008, soit + 7,9 %), mais les cas traités sont plus complexes, ce que mesure la lettre W (co-morbidité associée - CMA) : l'effectif des GHM en W a crû de 23, 5%. Mesurée par l'indice "poids moyen du cas traité" (PMCT)³, la lourdeur des cas traités, toutefois, positionne en 2008 le CHU, avec 113,6, dans le 1^{er} quartile, sous la valeur de la catégorie (125).

Selon les indices calculés par l'ATIH, en 2008, le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (49,7) positionne cette modalité de prise en charge à la médiane, au-dessus du niveau régional (48,9) et de sa catégorie (48,2), mais sous le niveau national (54) des établissements de soins. Pour plusieurs "gestes marqueurs", comme l'arthroscopie du genou, le taux de prise en charge en chirurgie ambulatoire n'atteint pas les objectifs fixés par le CPOM.

La chambre observe que le CHU devra continuer à développer la chirurgie ambulatoire comme le prévoit le CPOM sous peine d'être sanctionné financièrement par la valorisation de l'activité résultant de la nouvelle version de la T2A (V11).

La part de l'activité chirurgicale provenant des urgences, si elle a peu varié de 2006 à 2008 en valeur absolue (+0,69 %), a régressé en valeur relative : rapportée à l'ensemble des actes chirurgicaux, elle passe de 20,3 à 19 % (3 337 sur 17 600 C en 2008).

Comme pour la médecine, le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète retentit sur la DMS qui passe de 5,73 jours en 2005 à 5,99 jours en 2008. L'indicateur de performance de la DMS de la chirurgie (0,903 en 2008) place la discipline sous la médiane des CHU (0,945).

Entre 2005 et 2008, le taux d'occupation s'améliore de 76,1 à 79,5 %. La baisse par rapport à 2007 (80,7 %) serait due, à l'instar de la médecine, selon l'établissement, aux fermetures de lits et à un absentéisme du personnel jugé important. Le taux d'occupation de la discipline situe le CHU de Limoges en 2007 parmi les plus élevés de sa catégorie dans le 9^{ème} décile (79,7).

³ L'indicateur du poids moyen du cas traité (PMCT) qui est la valeur moyenne en euros des séjours de l'établissement, permet de décrire la lourdeur des cas traités par un établissement (complexité technique du séjour, durée du séjour)

3.1.3 - La gynécologie - obstétrique

a) Evolution du service

Le service attire plus les patientes proches : ainsi, en 2008, 44 % proviennent de Limoges et de son agglomération, 74,2 % de la Haute-Vienne et 86,3 % de la région. La capacité a légèrement augmenté en 2008 (de 75 à 77 lits), le service comprend également 6 places d'hospitalisation incomplète.

L'activité progresse de façon continue, de 4 854 entrées en 2005 à 6 186 en 2008 (+ 27,4%). Entre 2007 et 2008, l'augmentation de 628 entrées (+ 11,9 %) résulte en grande partie de l'ouverture en 2007 de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME).

Cette progression de l'activité est plus marquée pour la gynécologie (+37,7 %) que pour l'obstétrique (+19,1 %). Pour la gynécologie, il est à noter que, alors que les entrées de plus de 24 heures régressent de 3 % (1542 contre 1590) entre 2007 et 2008, les entrées en hospitalisation incomplète (moins de 24 heures), connaissent un très fort accroissement (664 en 2005 contre 1 445 en 2008, soit + 117,6 %). La création en 2007 d'une activité de chirurgie ambulatoire en est à l'origine (870 entrées contre 575 pour l'hôpital de jour).

b) La maternité

Depuis 1998, toutes les maternités françaises, qu'elles soient publiques (hôpital) ou privées (clinique), sont répertoriées en fonction de leur niveau, ce terme indiquant la technicité de l'établissement.

Une maternité de niveau 1 accueille les femmes dont l'accouchement ne semble présenter aucune difficulté particulière, et donc dont la grossesse s'est déroulée de façon classique, soit la majorité des cas. 50 % environ des maternités de France métropolitaine sont de niveau 1. Outre les mêmes équipements que les établissements de niveau 1, les maternités de niveau 2 (2 000 accouchements en moyenne par an) sont équipées d'un service de néonatalogie et/ou de pédiatrie et peuvent accueillir les bébés prématurés à partir de 33 semaines.

Situées dans les centres hospitaliers universitaires, les maternités de niveau 3 sont dotées, en plus des équipements des maternités de niveau 1 et 2, de services de néonatalogie et de réanimation néonatale. Les patientes ayant une grossesse dite « à risques » sont automatiquement orientées vers les maternités de niveau 3.

Le CHU héberge une maternité de niveau 3 qui a la plus forte activité de la région. Avec la construction de l'HME en 2007, le nombre d'accouchements a connu une forte croissance, passant de 2115 en 2006 à 2389 en 2007 (+ 13 %) et 2590 en 2008 (+ 8,4 %), soit + 20,4 % entre 2005 et 2008. Au surplus, la construction de l'HME a permis au CHU de gagner des parts de marché depuis son ouverture en janvier 2007 : plus de 66 % des naissances à Limoges en 2008 (soit +2,9 points par rapport en 2007) ont lieu au CHU, et la progression continue en 2009, (en septembre + 2,9 points en cumul par rapport à 2008) permettant à la

maternité du CHU de conforter une activité en rapport avec son classement en niveau 3.

Toutes les comparaisons situent l'activité de l'obstétrique en 2008 (127,2) au-dessus des valeurs régionale (110,2), nationale (111,7) et catégorielle (108,3).

La DMS augmente de 1,8 % passant de 4,48 jours en 2005 à 4,56 jours en 2008, corollaire probable du développement de l'hospitalisation incomplète. En 2008, l'indice de performance de la DMS obstétrique (0,961) positionne la discipline au-dessus de la médiane des CHU (0,93). Entre 2005 et 2008, le taux d'occupation augmente de 75,8 % à 84,9 %, parmi les 20 % des CHU ayant le meilleur taux (en 2007, 7^{ème} décile : 84,1 %).

Le nombre de naissances par césariennes est passé de 17,5% en 1998 à 20,2 % en 2003 et 20 % en 2007 en France métropolitaine. Cette augmentation forte des césariennes était déjà sensible avant 1998, puisque le taux était de 15,9 % en 1995, et concerne les maternités de niveau 2 et 3 : en 2006, 2 césariennes sur 3 y étaient réalisées.

Au CHU, le nombre de césariennes (566, soit 21,9 % du nombre total d'accouchements en 2008, soit une progression de 13,9 % par rapport à 2005) augmente proportionnellement moins que celui des accouchements comme l'illustre le tableau n° 4 ci-après.

Tableau n° 4 obstétrique (CMD 14)

Indicateurs SAE	2005	2006	2007	2008	différence 2008-2005	%
% Nombre total d'accouchements	2 151	2 115	2 389	2 590	439	+20,4%
Nombre total de césariennes	497	466	545	566	69	+13,9%
Taux de césariennes	23,11%	22,03%	22,81%	21,85%	-1,26%	-5,5%

Source CHU SIME

Même si ce fort taux de césariennes s'explique par le profil des patientes accueillies en CHU, car il s'agit souvent de grossesses pathologiques ou présentant des risques particuliers, la chambre constate que l'établissement se situe au-dessus de la moyenne nationale.

3.2 – Les autres disciplines

3.2.1 - Les soins de suite et de réadaptation

Le recrutement des patients est majoritairement celui d'un hôpital de proximité : en 2008, sur 8 605 entrées, 8 063 soit 93,7 % provenaient du Limousin.

Le service réunit une unité de Médecine Physique et de Réadaptation comprenant 77 lits en 2008 (dont 9 de jour), une unité de médecine de soins de suite aigus (68 lits) et 2 unités de soins de suite gériatriques (119 lits dont 12 de jour).

.../...

Les capacités installées ont légèrement diminué : 274 lits en 2005 contre 264 en 2008 (- 3,6 %), et surtout par un changement de leur localisation : fermeture de 35 lits à l'hôpital CHASTAINGT et transfert progressif des patients à l'hôpital REBEYROL.

La réduction de la capacité, d'importants travaux et le transfert de lits ont provoqué un léger fléchissement de l'activité entre 2007 et 2008 (- 0,28 %) ; toutefois, l'activité générale a progressé de 8045 entrées en 2005 à 8605 entrées en 2008 (+ 7 %).

Comme pour la MCO, l'hospitalisation incomplète progresse fortement de 5 294 entrées en 2005 à 5 741 en 2008 (+ 8,4 %). L'hospitalisation de plus de 24 heures passe au cours de la même période de 2 751 entrées à 2 864 (+ 4,1 %).

Durant la même période, la DMS baisse globalement de 29,84 j à 27,09 j (- 9,2 %). Le taux d'occupation reste stable à plus de 96 %.

3.2.2 - L'hospitalisation à domicile, l'unité de soins de longue durée et le service de soins infirmiers à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD) comprend l'hospitalisation à domicile et le HAD monitoring dont l'activité est marginale (4 entrées en 2005, 0 en 2008 contre respectivement 363 et 805 pour l'hospitalisation à domicile). L'augmentation de la capacité de 25 à 40 places entre 2007 et 2008 (+60 %), n'a entraîné qu'une augmentation du nombre de journées de 17,8 %, malgré un accroissement de la DMS de 10,6 %. Le taux d'occupation est très variable : consécutivement à la création de places nouvelles, il a baissé de 98,53 % en 2007 à 65,1 % en 2008.

Le recrutement de l'USLD est surtout local (77,5% de Limoges et son agglomération). Ses capacités de 529 lits répartis sur 3 sites ont diminué en 2008 de 19 lits. La DMS est de 7 mois en 2008.

Le service de soins infirmiers à domicile a été créé fin 2008 (17 places), et a réalisé 1 017 journées.

3.2.3 – Les services médico-techniques

a) Les laboratoires

Entre 2005 et 2008, le nombre d'actes des laboratoires est passé de 2,86 à 3,27 millions d'actes (+ 14,3 %). Le prix de revient du B (mesurant le nombre d'unités d'œuvres pour un acte) qui s'élève à 0,14 € en 2007, se situe parmi les plus bas de la catégorie des CHU (2^{ème} décile en 2007 : 0,16 €, médiane à 0,18 €).

b) L'imagerie

Le nombre d'actes d'imagerie sous toutes ses formes progresse au cours de la période sous revue, de la radiologie conventionnelle (de 212 145 à 217 320 examens ; +2,4 %) ou des formes plus récentes d'imagerie : "Scanner" (de 19 268 à 21 528 examens, + 10,1 %), "IRM" (de 7 384 à 13143 examens, +78 %) au "Pet

scan" (de 510 à 2 786 examens, + 446 %). Il en est de même pour l'activité en radiologie interventionnelle (de 891 à 1253 séances, + 40,6 %).

Les différentes explorations fonctionnelles progressent également fortement. La majorité des secteurs voit leur activité en actes augmenter entre 2004 et 2008 et plus particulièrement l'ophtalmologie : 7 077 actes (contre 3099 en 2005), la cardiologie : 17 379 actes (contre 11 497 en 2005), les explorations fonctionnelles respiratoires : 11 572 en 2008 (contre 8 910 en 2005).

Seule l'activité de radiothérapie connaît une baisse de 21 792 en 2005 à 20 036 séances en 2008 (- 8,1 %).

c) Les blocs opératoires

L'étude "Gestion et organisation des blocs opératoires dans les hôpitaux et cliniques" réalisée par la Mission nationale d'Audit et d'Expertise Hospitaliers (MeaH) de mai 2004 à mai 2006 dans huit établissements volontaires a permis, à partir de l'observation du fonctionnement de 115 salles et du traitement d'une base de données portant sur un échantillon de plus de 8 300 interventions, d'élaborer notamment des indicateurs relatifs à l'utilisation des structures (capacité conventionnelle de production, temps de mise à disposition, temps réel d'occupation des salles). Il ressort notamment de l'étude que la problématique du bloc ne relève probablement pas d'un nombre insuffisant de salles (taux moyen d'occupation des salles en chirurgie conventionnelle de 50 %).

Le taux réel d'occupation des salles (TROS) s'élève au CHU à 58 % en 2008, contre 50 % pour la moyenne des CHU. Le rapport "TVO/TROS⁴" du CHU est 69,39% : il est très hétérogène avec un écart type de 38% à 87% selon les spécialités.

La chambre observe que l'activité augmente de 10 866 à 11 839 opérations (+ 9 %) entre 2007 et 2008 principalement du fait de la gynéco-obstétrique qui progresse de 4029 à 4983 interventions (+ 23,7 %), tandis que la chirurgie ORL baisse de 52 interventions (-2,9%), l'activité viscérale stagne (+ 4 opérations, + 0,3%) et la chirurgie orthopédique augmente faiblement (+ 67 interventions, soit + 1,8 %).

3.2.4 - Les urgences

Si, entre 2005 et 2008, le taux de passage aux urgences adultes n'a progressé que de 0,9 % (de 38 305 à 38 668 passages), celui des urgences pédiatriques a connu une très forte hausse de 10 555 à 19 312 passages (+ 81,3%), évolution principalement liée à l'ouverture de l'HME en janvier 2007. C'est le nombre des urgences sans hospitalisation qui représente la plus grande part des passages (en 2008, 15 285 contre 3 307 suivis d'une hospitalisation) et qui représente la plus grande part de la progression des urgences pédiatriques (+ 84,9 %).

⁴ Taux de vacation offert au praticien rapporté au temps réel d'occupation des salles.

Pour les adultes, les urgences sans hospitalisation (accueil porte) représentent, en 2008, 23 465 passages, soit 60,7 %, tandis que 30,1 % sont hospitalisés directement dans les services après leur passage.

Le nombre d'interventions du SMUR a baissé de 4 780 en 2005 à 4 470 en 2008.

Le taux de passage aux urgences 2007 (33,4) positionne le CHU parmi les 30 % des établissements les mieux placés.

3.3 – La gestion des flux de patients à l'entrée et à la sortie

3.3.1 - L'entrée en hospitalisation

La proportion importante des hospitalisations non programmées constitue un problème pour la gestion des entrées. La chambre constate que cette part, déjà importante en 2006 (40,7 %), progresse en 2007 et 2008 (42,6%)

Pour résoudre ce problème, le CHU estime les besoins journaliers à environ 48 lits de médecine et 18 lits de chirurgie (cf. conseil exécutif du 7 mai 2008) ; il propose d'agir tant sur la disponibilité des lits, que sur l'inadéquation des malades par rapport aux services les plus concernés (cardiologie, neurochirurgie, orthopédie et neurologie) et a entrepris une réflexion sur le sujet âgé poly pathologique. Il étudie également la possibilité « *de déplacer les praticiens concernés par la pathologie dans les services les accueillant* » ainsi que « *d'agir en amont sur les urgences* ».

3.3.2 - La fluidification des flux

Depuis 2003, le CHU dispose de statistiques mensuelles d'orientation des patients en soins de suites hors CHU afin d'en déceler les inadéquations. Une révision des tableaux de bord fournis a eu lieu en 2006 afin d'envisager des pistes d'amélioration à la problématique des lits d'aval. Ce travail a été mené conjointement avec le Service d'Information Médicale (SIME).

Afin de fluidifier les flux de sortie, le CHU a conclu de nombreuses conventions entre ses services et des structures d'aval comme la chirurgie cardio-vasculaire avec l'hôpital de Saint Yrieix, le service des Urgences avec l'hôpital de Bourgneuf et l'hôpital du Haut Limousin, etc...

3.3.3 - La filière gériatrique

L'établissement dispose de l'intégralité de l'offre de soins gériatriques à savoir : une consultation (dont une consultation mémoire), une équipe mobile de gériatrie, un service post urgence gériatrique, un service de court séjour médecine gériatrique (hospitalisation conventionnelle et hospitalisation de jour), un service de soins de suite et de réadaptation gériatrique doté d'une unité de recours de soins de suite gériatrique et un EHPAD.

L'équipe mobile de gériatrie (EMG) permet de diminuer le passage par le service des urgences dans le cas d'hospitalisation non programmée en aigüe,

de mieux orienter le sujet âgé (adéquation du service) et de faciliter, voire d'assurer l'accès à des lits adéquats.

L'unité de recours de soins de suite gériatrique (URSSG) permet une admission directe du domicile ou d'une structure médico-sociale vers une unité de soins de suite lorsque le diagnostic est posé et que le patient ne doit bénéficier que de soins de suite courts (durée séjour comprise entre 3 et 8 jours) avant un retour vers sa structure d'origine.

3.4 – La valorisation de l'activité au regard du PMSI

3.4.1 - Le codage

Le Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (P.M.S.I) est un outil de description et de mesure médico-économique de l'activité hospitalière. Dans chaque unité de soins de courte durée MCO, le médecin responsable du malade produit un résumé d'unité médicale (RUM) à partir de données médico-administratives codées selon les nomenclatures et classifications standardisées (classification internationale des maladies -CIM-, classification commune des actes médicaux, -CCAM-) et le transmet au Département d'informations médicales (DIM, appelé au CHU de Limoges Service d'Informations Médicales- SIME).

Ce service qui organise le recueil, la circulation et le traitement des données médicales est placé sous l'autorité d'un médecin. Son rôle en matière de centralisation des informations médicales est prévu par l'article L.710-5 du CSP.

Pour chaque séjour d'un patient hospitalisé, il est réalisé un résumé de sortie standardisé (RSS), le plus tôt possible après la sortie du patient, c'est-à-dire à la fin de tout séjour hospitalier MCO. Il contient obligatoirement un diagnostic principal, qui doit être le diagnostic (ou à défaut le symptôme ou le motif du séjour) qui a fait l'objet de la plus importante consommation de ressources. Le RSS peut aussi contenir un diagnostic relié (au motif du séjour), et des diagnostics associés ("significatifs" s'ils ont consommé des ressources, "documentaires" dans le cas contraire). Le RSS peut être constitué d'un ou de plusieurs RUM. A partir de ces RSS, sont produits périodiquement des groupes homogènes de malade (GHM), et à partir de ces GHM, des résumés de sortie anonyme (RSA).

La transmission d'informations médicales individuelles à tout acteur non autorisé à disposer d'informations nominatives, notamment au directeur de l'établissement de santé ou aux services de l'État, s'opère au moyen des RSA.

La production des RSA est automatique. À partir d'un fichier de RSS groupés, un module logiciel dit générateur de RSA (Genrsa), propriété de l'État, produit un fichier de RSA par transformation des RSS groupés. A la différence du RSS — c'est-à-dire quel que soit le nombre de RUM qui le constituent —, le RSA se présente toujours comme un enregistrement unique par séjour.

Outre les RSA, les hôpitaux doivent produire un ensemble des fichiers nommés "FICHSUP" et "FICHCOMP" qui contiennent des informations absentes du RSA : nombre de consultations et d'actes externes réalisés, consommation de certains médicaments et de dispositifs médicaux implantables (prothèses, implants).

Depuis 2004, dans le cadre de la tarification à l'activité (T2A), la transmission des données à l'ARH se fait par télétransmission grâce à une plateforme électronique «e-PMSI». Depuis 2007, les informations, auparavant transmises trimestriellement, doivent l'être mensuellement, dans un délai d'un mois après la fin de chaque mois civil. Les hôpitaux transmettent un fichier de RSA et les fichiers FICHSUP et FICHCOMP.

3.4.2 - Le codage au CHU de Limoges

La production des données du PMSI est gérée en trois grandes étapes : le recueil et le codage des données de manière exhaustive, la qualité et l'optimisation du codage. Pour la MCO et l'HAD, les personnels du SIME interviennent selon trois grandes modalités pour réaliser l'ensemble du codage :

- à partir du dossier patient informatique (dans CROSSWAY) ou dans certains cas, du dossier patient papier (lorsque le courrier de sortie du patient est manquant) ;
- soit par l'intermédiaire d'une saisie contrôlée des données (à partir de feuilles de recueil remplies par les médecins et collectées à une fréquence prédéfinie), soit au cours d'un « *staff dédié* » en présence des médecins qui s'accompagne d'un contrôle du codage à la source ;
- par le contrôle du codage décentralisé (effectué directement par le service clinique dans le logiciel PMSI).

Au CHU de Limoges, le taux d'exhaustivité (rapprochement des statistiques administratives et médicales) s'élevait pour la MCO en 2006, à 99,99 %, et 99,98 % en 2007 et 2008 (calculés à partir des GHM).

Les résultats des contrôles de codage montrent, entre 2006 et 2007 une diminution de la variation globale des écarts de cotation (de -3,37 au 1^{er} trimestre 2006 à - 0,88 au dernier trimestre 2007). Les contrôles internes du codage en 2008 indiquent une amélioration de la qualité des codages réalisés par le SIME ou par les services : augmentation du nombre des lots acceptés et diminution du nombre des erreurs.

Lors d'un contrôle du codage externe le 11 mars 2008, sur 329 dossiers contrôlés en externe, 45 "ont été pointés comme surcotés", induisant un remboursement indû de 61 650 € soit 13,7 %. Selon le CHU, la perte causée par le non codage par négligence ou refus des factures des consultations externes est estimée en 2007 à 42 600 €

Selon le SIME, les taux de rejets des flux B2 (télétransmission) par l'assurance maladie n'ont pas été mis en place et le taux des rejets des flux de factures « papier » par l'assurance maladie s'élève à 3,25 % en 2008.

3.4.3 - La valorisation de l'activité à partir du PMSI

L'analyse des informations administratives et médico-économiques (diagnostics, actes réalisés, co-morbidités éventuelles...) fournies par le PMSI permet de classer le séjour de chaque patient au sein d'un groupe homogène de malades (GHM). Chaque GHM se voit ensuite associé à un tarifposable à

l'assurance maladie obligatoire (le GHS, pour groupe homogène de séjours). Ces tarifs sont nationaux et publiés par arrêtés annuels du Ministre en charge de la Santé.

Avec la mise en oeuvre progressive de la T2A, la valorisation de l'activité à partir des données issues du PMSI ne dépend donc pas totalement de son niveau mesuré par les indicateurs classiques (nombre de journées, taux d'occupation) mais de la valeur / cotation des actes réalisés tels qu'ils se traduisent en GHS.

Divers facteurs comme les différences de tarifications entre les RSS, la valorisation des co-morbidité associées, la valorisation des suppléments (réanimation, soins intensifs, néonatalogie) et la fixation des bornes des séjours (l'application d'un coefficient de minoration du GHS pour les séjours particulièrement courts) font diverger activité et rémunération.

Si les recettes liées à l'activité ont progressé de + 6,1% entre 2005 (203 M€) et 2008 (212,5 M€), cette croissance a connu un plateau en 2008 (+ 0,1%), contrairement à l'évolution du nombre des séjours/séances (+ 5,3 %).

En 2007, l'établissement avait bénéficié d'un effet positif conjugué tarif / case-mix (classification des séjours des malades) qui avait permis de compenser l'effet volume négatif.

En 2008, il apparaît que les axes de la campagne budgétaire 2008 associés aux résultats globalement positifs de l'activité et à son case-mix, aient été beaucoup moins favorables à l'établissement qu'en 2007. En effet, malgré l'augmentation conjointe des tarifs et des séjours effectifs, la progression des recettes ne correspond pas à celle attendue. Si le nombre de séjours de l'établissement progresse de 3,9 % par rapport à 2007, alors que la croissance moyenne de l'activité en séjours des CHU est de 2,5 %, en revanche, la valorisation de cette même activité baisse légèrement de 0,8 % pour le CHU de Limoges, alors que celle moyenne des autres CHU est quasiment stable (+ 0,2 %).

Toutefois, l'indicateur de performance (qui compare les coûts de production de l'établissement aux recettes de l'établissement relatives à son activité MCO) situe le court séjour parmi les mieux classés de la catégorie des CHU en 2007 (105,2), soit au-dessus du 3^{ème} quartile des CHU (103,8).

En 2008, pour les séjours supérieurs à 48 H, 5 des 28 catégories majeures de diagnostic (affections de l'appareil respiratoire, affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettiques, affections du système nerveux, grossesses pathologiques, accouchements et affections du tube digestif) représentaient 50 % des séjours.

4 – La situation comptable et financière

La situation comptable et financière du CHU de Limoges ne peut se comprendre sans évoquer la réforme du financement des établissements publics de santé de 2005 (4.1). Elle sera examinée à travers la section d'exploitation (4.2), l'investissement (4.3) et de son bilan (4.4). L'analyse de la fiabilité et de la sincérité

des comptes (4.5) permettra d'affiner cet examen complété par un état des lieux de la comptabilité analytique (4.6).

4.1 – La réforme du financement des établissements publics de santé

Conséquence du nouveau découpage de l'ONDAM en 2005, trois dotations sont désormais notifiées aux régions pour les établissements antérieurement financés sous dotation globale. Leurs montants sont fixés en fonction de la part des recettes prises en charge par l'assurance maladie.

4.1.1 - Les dotations

La dotation annuelle complémentaire (DAC)

La DAC correspond à la part garantie des recettes MCO non soumises à l'activité. Cette ressource avait vocation à diminuer avec la montée en charge de la tarification à l'activité. En 2005, la DAC représente 75 % de la "base MCO" dont on a déduit les molécules onéreuses et dispositifs médicaux implantables facturés en sus des tarifs et les forfaits annuels. Avec le passage à 100 % à la tarification à l'activité, la DAC a été supprimée en 2008.

La dotation annuelle de financement (DAF)

La DAF englobe les ressources allouées aux secteurs psychiatrie, soins de suite et réadaptation et aux hôpitaux locaux, qui n'entrent pas, pour l'instant, dans la réforme de la tarification à l'activité.

La dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

La dotation MIGAC permet, de financer soit des missions non directement reliées à la production de soins, comme la recherche, l'enseignement, l'innovation médicale, l'activité de recours, soit des activités de soins dispensés à certaines catégories spécifiques (SAMU, SMUR,...).

4.1.2 - La répartition des mesures nouvelles déléguées en début de campagne

Les crédits nouveaux délégués dans la circulaire budgétaire de début de campagne sont ventilés, par catégorie de mesure, selon le cas entre les différentes dotations DAC, DAF ou MIGAC. Ainsi, pour la campagne budgétaire 2005, en était-il pour :

- les mesures salariales correspondant à l'augmentation des traitements dans la fonction publique (0,5 % à compter du 1^{er} février 2005), à la revalorisation des filières, à l'augmentation de la cotisation CNRACL, ainsi qu'à la contribution pour les retraites des aides-soignants ;

- les mesures en faveur des personnels médicaux au titre de la RTT, l'intégration des gardes, la rénovation du statut des attachés et les transformations de postes de praticiens adjoints contractuels en postes de praticiens hospitaliers.

- les dépenses hôtelières générales.

Sont également attribués les moyens relatifs aux programmes de santé publique, en 2005 par exemple, les trois grands plans de lutte contre le cancer, d'amélioration des urgences et d'amélioration de la prise en charge périnatale.

Peuvent s'y ajouter d'autres mesures de santé publique comme, par exemple, la prise en charge des états végétatifs chroniques ou Alzheimer et surtout celles relatives au plan hôpital 2007, attribuées en MIGAC pour les surcoûts d'exploitation.

D'autres dispositions réduisent les crédits des EPS, ainsi :

- les économies sur les achats : cette mesure affecte principalement la DAC et dans une moindre mesure la DAF et s'inscrit dans le cadre de l'objectif national d'économies ;
- la déduction de la recette supplémentaire des établissements suite à l'augmentation du forfait journalier.

4.1.3 - Les forfaits annuels

En plus du forfait annuel urgence et du forfait pour la coordination des prélèvements d'organes, un forfait destiné à l'activité de transplantation d'organes et de greffe de moelle osseuse, est attribué à compter de 2005.

4.2 – La section d'exploitation

4.2.1 – Le compte de résultat consolidé

Au 31 décembre 2008, les dépenses de fonctionnement consolidées qui intègrent 5 budgets annexes s'élevaient à 442,8 M€ et les recettes à 440,1 M€ (voir annexe 6 : section d'exploitation et résultats de fonctionnement consolidés). Les dépenses totales ont progressé de 19,3 % contre 16,8 % pour les recettes au cours de la période 2005-2008.

Les cinq budgets annexes présentent en 2008 globalement une situation financière équilibrée. Ne représentant qu'environ 7,2 % du budget consolidé de l'établissement, les évolutions constatées des comptes consolidés vont donc être principalement imputables aux évolutions au sein du budget principal. Les analyses ci-après porteront sur le budget consolidé ou sur le budget principal (« budget H »).

La situation financière du CHU se dégrade au cours de la période 2005 à 2008 : d'excédentaires (+ 5,68 M€) en 2005, les résultats deviennent déficitaires en 2008 (-2,74 M€), ceux de 2006 et 2007 s'élevant respectivement à 2,3 et 2,7 M€

Les budgets annexes, ont permis de réduire, en 2008, le déficit global de 436 k€. Toutefois, les résultats du budget annexe le plus important (EHPAD), s'ils sont encore positifs en 2008 (+ 200 k€), ont nettement diminué au cours de la période.

La dégradation des résultats du CHU est la conséquence de celle du budget H qui passe d'un excédent de 4,94 M€ en 2005 à un déficit de 3,18 M€ en 2008.

C'est l'évolution des charges, de 343,7 à 410,9 M€ (+19, 6%) plus rapide que celle des produits (de 349 à 407,8 M€ + 17 %), qui est à l'origine de la baisse des résultats : au surplus, la progression des charges s'est accélérée (+ 6,1% en 2006, + 7,9 % en 2008).

Dans leurs réponses, les deux ordonnateurs sortis de fonction précisent que c'est la politique de provisionnement réalisée en fin d'exercice budgétaire 2008 qui a contribué à la création d'un déficit sur cet exercice. La chambre observe que les charges du titre IV : « charges d'amortissement, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles » ont bien progressé de 25,9 M€ en 2005 à 32,8 M€ en 2008, toutefois cette évolution est irrégulière, puisqu'elles s'élevaient à 31 M€ en 2006, avant de baisser à 24,9 M€ en 2007. Mais surtout, comme il ressort du point 4.5 ci-après relatif à la fiabilité des comptes, il a été constaté une insuffisance des dotations aux provisions pour les exercices 2005 à 2007, ce qui justifie les provisions passées en 2008. Les résultats retraités (point 4.5.5 ci-après) font apparaître un excédent 2005 fortement diminué et des exercices déficitaires depuis 2006, celui de 2008 étant presque à l'équilibre après retraitement provisionnant à bonne date à compter de l'exercice 2005.

Les résultats du CHU de Limoges évoluent à l'inverse de la majeure partie des CHU, qui selon la base de données de la catégorie, s'améliore en 2008. Selon les données du « Diagnostic Flash », avec - 3, 17 M€ le CHU de Limoges se situe toutefois parmi 10 % des CHU les mieux placés, le déficit cumulé de la catégorie s'est dégradé de 396 M€ en 2007 à 397,9 M€ en 2008, et plus de la moitié ont un déficit supérieur à 1,23 % contre 0,62 % pour Limoges.

4.2.2 - L'évolution des recettes et des dépenses du budget principal

L'analyse d'un compte de résultat peut utilement être menée au niveau de grandes masses que constitue les soldes intermédiaires de gestion (chiffre d'affaires, marge brute, valeur ajoutée, excédent brut d'exploitation, capacité d'autofinancement) qui sont présentés en annexe 7.

a) les soldes intermédiaires de gestion (SIG) consolidés

La valeur ajoutée ne progresse que de 10,6 % entre 2005 et 2008 en raison de l'accroissement des consommations intermédiaires plus rapide (28,4 %) que celle des produits bruts d'exploitation (15,3 %).

L'excédent brut d'exploitation (EBE) est pour l'analyse financière le critère majeur d'une situation financière saine sur le long terme. En effet, il traduit directement en termes financiers le résultat de fonctionnement courant de l'établissement et indique les moyens dont celui-ci dispose pour financer le renouvellement de ses investissements par les dotations aux amortissements, ainsi que des investissements nouveaux grâce à l'autofinancement dégagé. L'excédent brut d'exploitation évolue de façon irrégulière entre 2005 et 2008 : il progresse de 20,9 M€ en 2005 à 23,3 M€ en 2006, puis baisse à 16 M€ en 2007 et se redresse à 17,9 M€ en 2008.

Le ratio des charges de personnel dans la valeur ajoutée progresse entre 2005 et 2008 passant de 93,1 % en 2005 à un niveau près de 96,3 % en 2008 alors

qu'au-delà de 95 % ce ratio de charges de personnel est constitutif d'un risque pour l'EPS. Cet accroissement des charges de personnel est notamment consécutif à l'ouverture de l'HME, à la consommation de jours CET et au protocole Jacob.

Entre 2005 et 2008, la marge brute qui mesure la marge que l'établissement dégage sur son exploitation courante pour financer ses charges financières, d'amortissements et de provisions, c'est-à-dire pour financer ses investissements, s'est moins dégradée que la capacité d'autofinancement (respectivement - 8,1 % et -12,9 %), compte tenu d'une progression des autres produits de gestion. Le CHU de Limoges ne peut pas couvrir en totalité ses amortissements, ses provisions et les intérêts de la dette avec sa seule marge brute.

Le résultat d'exploitation, affecté par la baisse de l'EBE et par la progression des dotations aux amortissements et aux provisions, passe de 6,3 M€ à -1,7 M€

Les charges financières progressent de 25,9 % plus particulièrement entre 2006 et 2008 en raison de la dégradation des conditions financières sur les marchés financiers et de l'utilisation plus intense d'une Ouverture de Crédit à Long Terme (OCLTR).

b) le budget principal

L'évolution des recettes par titre fonctionnel

Les recettes progressent en moyenne de 5,4 % par an. Le titre 1 "produits de l'assurance-maladie" qui avec 330,8 M€ en 2008 en représente 81,1 % progresse moins vite (4,6 % en moyenne annuelle), alors que la croissance est plus rapide pour le titre 2 "produits de l'activité hospitalière" (+ 10,9 %) et le titre 3 "autres produits" (+ 7,8 %).

Tableau 5 : l'évolution des produits 2005-2008

BUDGET H TITRES	2005 M€	%	2006 M€	%	2007 M€	%	2008 M€	%	Variation moy annuelle
TITRE 1 produits de l'assurance maladie	289,1	82,9	302,5	82,8	314,2	82,3	330,8	81,1	4,6 %
TITRE 2 produits de l'activité hospitalière	18,9	5,4	22,0	6,0	24,2	6,3	25,8	6,3	10,9 %
TITRE 3 autres produits	38,0	10,9	38,2	10,4	40,6	10,6	47,6	11,7	7,8%
TITRES 1 à 3	346,0		362,7		379,0		404,2		5,3%
Variation de stocks	2,6	0,7	2,8	0,7	3,0	0,7	3,6	0,8	11,5%
TOTAL GENERAL DES PRODUITS	348,6		365,5		382,0		407,8		5,4%

Montants exprimés en M€

Source comptes de gestion

Le volume et la répartition des recettes ont répercuté la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) : 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007 et 100 % en 2008 entraînant ipso facto la suppression de la dotation annuelle complémentaire (DAC). Les recettes de l'EPRD ont également subi, d'une part, les effets d'une baisse des tarifs 2007 de 3,7 % au 1^{er} janvier 2008 et, d'autre part, l'application d'un coefficient de transition égal à :

$$\frac{\text{Recettes 2007 : DAC + activité 50 \% tarifs}}{\text{Recettes théoriques 100\% tarifs}}$$

Ce coefficient s'élève pour l'établissement à 0,9777 en 2008 et à 0,9849 en 2009 et entraîne une sous-dotation estimée par l'établissement à 2,4 M€ en 2008 et 3 M€ en 2009, ce que l'établissement confirme dans sa réponse.

La part de la tarification à l'activité s'élève à 250,2 M€ en 2008. Cette somme représente près de 75,6 % des crédits notifiés en 2008 contre 25,4 % en 2005.

La comparaison des montants notifiés au titre de la production de soins en 2005 (289,1 M€) avec ceux notifiés en 2008 (330,8 M€), montre que le passage au nouveau mode de financement a été profitable au CHU. En effet, les produits d'activité en MCO ont augmenté de 41,7 M€ (+ 14,4 %), alors que dans le même temps son activité progressait de 4,1 % (de 110 859 en 2005 à 115 410 séjours/séances en 2008).

Dans une autre approche, la diminution de la dotation annuelle de compensation enregistrée entre 2005 et 2008 (- 153,6 M€) a été plus que compensée par l'augmentation du financement à l'activité (+ 166,7 M€).

La chambre constate que le CHU a été «gagnant» avec le passage à 100 % de la tarification des actes réalisés, pour un montant de 13,1 M€ entre 2005 et 2008 à périmètre constant d'activité. En déduisant l'évolution de cette activité mesurée par le PMSI à + 4,1 % (source epmsi : tableaux MaT2A), ce gain peut être ramené à 12,6 M€ au cours de la période examinée

L'évolution des produits versés par l'assurance maladie (titre 1)

Depuis la réforme des financements des hôpitaux de 2005, les recettes de titre 1 peuvent être classées en trois grandes catégories :

- les produits de l'activité : il s'agit des recettes directement liées à l'activité réalisée,
- les forfaits annuels : forfaits destinés à financer des activités spécifiques qui ne peuvent être financées exclusivement en fonction de l'activité,
- les dotations : ce sont des financements qui échappent à l'activité en raison de l'application progressive de la T2A (DAF) ou parce qu'il s'agit de missions d'intérêt général (MIGAC).

Les produits de l'activité hospitalisation ont augmenté de 48,9 M€ à 198,2 M€ au cours de la période examinée, sous l'effet de la progression de leur part tarifée à la T2A. L'ensemble de l'activité comprenant également la Dotation annuelle Complémentaire (DAC) et la tarification spécifique (report des activités tarifées T2A sur les "actes frontière" définis par la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006) a progressé de 6,2 %.

Cette augmentation (3,4 % de moyenne annuelle) des produits résulte, selon la période considérée, soit principalement de l'« effet volume », soit de « effet prix ».

Dans un premier temps, la croissance des recettes de l'activité entre 2005 et 2008 (6,1 %) est supérieure à celle des séjours et des séances (4,1 %). Ce rapport s'inverse entre 2007 et 2008, où une croissance de l'activité de 5,3 % n'entraîne que

0,12 % d'augmentation des recettes, alors qu'en 2007, malgré une baisse des séjours (- 2,22 %) les recettes avaient crû de 3,3 %.

En comparaison avec les autres CHU, si l'activité 2008 par rapport à 2007 (+ 3,9 %) a crû plus vite au CHU de LIMOGES, la valorisation des recettes a évolué moins rapidement (- 0,8 % contre + 0,2 %, source : base des CHU) que la moyenne en raison de la structure du case mix plus riche en séjours courts, dont les tarifs sont inférieurs.

L'analyse de l'activité PMSI 2008 permet d'identifier, entre 2007 et 2008 la moindre évolution des séjours de plus de 48 h (+1,39 %), moins bien rémunérés (- 1,08 %) alors que les séjours de moins de 48 heures croissaient de 5,42 %, entraînant une recette supplémentaire de + 2,72 %. Les causes en sont l'application de la circulaire frontrière, la volonté nationale de développer les alternatives à l'hospitalisation, ainsi que l'insuffisance du développement de la chirurgie ambulatoire.

De surcroît, l'activité hospitalière a engendré en 2008 moins de 31,5 % de la hausse des recettes (13,2 M€ sur 41, 7 M€). Entre 2005 et 2008, la croissance du titre 1 (4/5^{èmes} des recettes) résulte donc majoritairement de recettes sans rapport avec l'activité : Missions d'Intérêt Général (+ 4,4 M€), les Actions de Contractualisations (+ 12,7 M€) et le remboursement des Molécules Onéreuses (+ 2,8 M€).

Les MIGAC

Bien que le CHU ne suive pas les charges afférentes aux missions d'intérêt général dans une unité fonctionnelle systématique permettant de décrire chacune des missions, il récapitule, comme prévu par le CPOM, des "fiches de suivi et de pilotage MIG" pour les 54 MIG, mission par mission, et compare de façon globale et détaillée les recettes et les dépenses.

En 2008, la dotation globale MIGAC s'élevait à 61,2 M€ soit 18 % des produits du titre 1 ; elle se décompose pour près de 11 M€ pour les MIG *stricto sensu*, 10,4 M€ pour la part variable des missions d'enseignement, de recherche et d'innovation (MERRI), 22 M€ part modulable et socle fixe des MERRI, et 18,5 M€ pour l'Aide à la Contractualisation. La part de crédits non reconductibles est importante et croissante : 26,3 % contre 21,7 % en 2007.

La chambre observe que la part croissante des MIGAC dans les ressources du CHU présente un triple risque :

1) le caractère optionnel du financement des MIGAC : en effet, selon l'article D.162-6 du code de la sécurité sociale : « *Peuvent être financées par la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnée à l'article L. 162-22-13 les dépenses correspondant aux missions d'intérêt général suivantes..* » ; or, une part croissante des MIGAC est composée de crédits non reconductibles : 9,4 M€ en 2005 pour 16,1M€ en 2008, (soit + 70,5 %) qui en composent plus du quart du total ;

2) le caractère partiel de leur financement. ; l'article D.162-8 précise que "*Cette dotation participe au financement de ces missions dans la limite des*

dépenses y afférentes à l'exclusion de la part incombant à d'autres financeurs en application de dispositions législatives ou réglementaires et de celle déjà supportée par l'assurance maladie en application des dispositions législatives ou réglementaires relatives à la prise en charge des soins." Les charges liées à ces missions sont constamment supérieures aux produits. Ainsi, en 2008, le résultat général des MIGAC est déficitaire de 3,8 M€ (25,6 M€ de produits contre 29,4 M€ de charges) ;

3) le niveau élevé du financement des MIGAC en Limousin ; selon le cabinet Ernst & Young, « *il existe un risque élevé sur la pérennité des financements MIGAC pour le CHU à leur niveau actuel et avec le même dynamisme, dans un contexte de débasage de la région Limousin (en lien avec son poids démographique et sa dotation historiquement élevée)*".

L'évolution des autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)

Issus du paiement par les usagers du ticket modérateur et du forfait hospitalier, avec 25,8 M€ ils représentent en 2008 6,3 % des recettes totales (contre 5,4 % en 2005) et progressent de 10,9 % en moyenne annuelle. Leur évolution de 6,6 % en 2008 par rapport à 2007 est inférieure à la moyenne des CHU (7 %).

En progression de 7 % par rapport à 2007, le CHU a émis 278 500 titres de recettes en 2008. Le délai moyen de création varie entre 2 et 3 jours ouvrés pour les hospitalisés mais atteint 8 à 12 jours pour la plupart des consultations externes (3 jours à CHASTAINGT et REBEYROL).

L'évolution des autres produits (titre 3)

Avec 47,6 M€ les produits de titre 3 représentent en 2008 11,7 % du total des produits contre 10,9 % en 2005. Il comprend essentiellement la rétrocession des médicaments (dispensation de médicament à des patients ambulatoires) pour 13,3 M€, le remboursement des frais par les budgets annexes pour 8,7 M€, les reprises sur amortissements et provisions, et les produits exceptionnels pour 3 M€. Les autres produits de gestion courante comprennent principalement les recettes de l'ANFH (2,6 M€), les remboursements des contrats aidés (0,5 M€) et les retenues et versements sur l'activité libérale (0,4 M€). En 2008, ce titre a également été abondé d'une subvention d'exploitation de 2,9 M€ correspondant à des crédits destinés au financement du compte épargne temps.

Les activités subsidiaires augmentent au CHU de 13,8 % entre 2007 et 2008 au-dessus de la médiane de la catégorie (7,10 %), seuls 10% des établissements font mieux. Il s'agit de tous les produits accessoires que le C.H.U. recouvre au titre des prestations annexes qu'il fournit à des usagers ou établissements tiers : repas, vente de médicaments, traitement des déchets, blanchissage du linge, remboursement de salaires dans le cadre de conventions.

c) L'évolution des charges par titre fonctionnel

Entre 2005 et 2008, les charges d'exploitation du compte de résultat principal augmentent de 343,7 M€ à 410,9 M€ (+67,2 M€ soit + 19,6 %). Avec une progression de 7,9 % en 2008 le CHU de Limoges se situe parmi les 4 CHU ayant eu

la plus forte progression des charges et leur croissance s'est accélérée par rapport au début de la période.

Dans le détail, selon la nature des charges, le rythme de progression diffère comme l'illustre le tableau 6 ci-après. Ainsi, les charges à caractère médical ont progressé de 66,1 M€ à 87,6 M€ (+ 32,6 %), celles du titre 4 (amortissement, provisions...) de 25,9 à 32,8 M€ (+ 26,6 %), les charges hôtelières de 26,6 à 31,4 M€ (+ 18 %) et les charges de personnel de 222,8 à 256,1 M€ (+ 15 %).

Tableau 6 : l'évolution des charges 2005-2008

Titres	2005		2006		2007 ⁽¹⁾		2008		Evol 2005/2008	2009 ⁽²⁾
	M€	%	M€	%	M€	%	M€	%		
Titre 1 – Charges de personnel	222,7	64,8	231,2	63,4	244,3	64,2	256,1	62,3	15,0 %	259,3
Titre 2 – Charges à caractère médical	66,1	19,2	72,5	19,9	79,4	20,9	87,6	21,3	32,6 %	92,5
Titre 3 – Charges hôtelières	26,6	7,7	27,3	7,5	29,4	7,7	31,4	7,6	18,0 %	33,3
Titre 4 – Dotations provisions	25,9	7,5	31,0	8,5	24,9	6,6	32,8	8,0	26,6 %	25,4
sous-total	341,3		362,0		378		407,9		19,5 %	410,5
stocks	2,4	0,7	2,6	0,7	2,8	0,7	3,0	0,7		2,4
total	343,7		364,6		380,9		410,9		19,6 %	412,8

Sources: Comptes de gestion et comptes financiers compte financier anticipé septembre 2009

Les charges de personnels (titre 1)

Premier poste des charges avec 256,1 M€ en 2008, les dépenses de personnel ont progressé de 15 % depuis 2005, soit une moyenne annuelle de 4,8 %. Leur croissance a été inégale, les dépenses ont crû en moyenne de + 3,8 % entre 2005 et 2006, de 5,7 % entre 2006 et 2007 et de 4,8 % en 2008.

La hausse des dépenses de personnel est plus rapide que dans les autres CHU (médiane en 2007 et 2008 à 3,4 %). Selon la BDHF⁵, depuis 2005, la part des dépenses de personnel est plus grande au CHU de Limoges que dans la moyenne de sa catégorie (64,8 % contre 62,9 % en 2007).

L'accélération de la croissance entre 2006 et 2007 correspond à l'ouverture de l'HME en janvier 2007 ; en 2008, et surtout en 2009, l'augmentation des dépenses de personnels ralentit : au compte financier anticipé 2009, elles s'élèvent à 259,3 M€ (+1,8 %) en deçà de la prévision (262,5 M€). Toutefois, en ratio de structure, les charges de personnel s'élèvent en 2008 à 62,4 % du total des charges contre 64,8 % en 2005.

L'évolution des dépenses de personnel par statut (voir annexe 10, tableaux 1a et 1b).

Les charges de personnel médical sont passées de 42,6 M€ en 2005 à 50,2 M€ en 2008 (+ 17,7 %). Leur progression annuelle s'est accélérée de (+ 1,4 %

⁵ Banque de Données Hospitalières de France constituée par les établissements volontaires de la Fédération Hospitalière de France

en 2005 et + 8,1 % en 2008). Cette augmentation résulte principalement de l'augmentation de l'effectif (+ 7,4 %) et de la consommation de jours de compte épargne temps (CET) (2,5 M€ en 2008).

La part des rémunérations des personnels médicaux de l'établissement se situe sous la moyenne des CHU de 2005 à 2007. Au surplus, toujours selon les données 2007, le ratio mesurant l'emploi de personnels médicaux contractuels à durée déterminée (4,2 %) se situe au minimum de la catégorie (médiane à 9,3 %). Enfin, la productivité du personnel médical, mesurée en 2007 par l'ATIH (recettes T2A par ETP médical) situe ce personnel parmi les 30 % les plus productifs de la catégorie des CHU (911 k€ pour un septième décile de 904 k€).

Les charges de personnel non médical ont augmenté entre 2005 et 2008, pour l'ensemble de l'établissement, de 180,1 M€ à 205,9 M€ soit + 14,3 %. Cette croissance a été particulièrement rapide en 2007 (6,7 M€ soit + 5,9 %)

Trois facteurs principaux expliquent cette forte accélération :

- l'ouverture de l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (+ 113,25 ETP supplémentaires, soit un coût estimé de 4,2 M€) ;
- la mise en œuvre du "Protocole JACOB"⁶ (surcoût estimé selon un audit d'Ernst & Young de 2 M€ en 2007 et 1 M€ en 2008) ;
- comme pour le personnel médical, mais dans une moindre mesure, la consommation des jours de CET (0,44 M€ en 2008).

Les demandes de paiement de CET ont pu être réglées en 2008 pour près de 2 M€. Compte tenu du total des jours en CET au 31 décembre 2008, valorisés à 6,1 M€, et du montant des provisions constituées à ce titre (C/143) (4,6 M€), une provision supplémentaire de 1,5 M€ devrait être constituée afin que le bilan reflète fidèlement les engagements de l'établissement.

Parmi les autres facteurs, la chambre relève le coût de l'avancement effectué au CHU à une durée intermédiaire comprise entre la durée minimale et la durée moyenne. Le coût de ce mode de gestion non statutaire analysé au point 5 ci-après s'est élevé à 1,1 M€ entre 2005 et 2008 (voir annexe 10 le tableau n° 1c).

Les charges à caractère médical (titre 2)

Les charges à caractère médical connaissent la plus forte progression : de 66,1 M€ à 87,6 M€ entre 2005 et 2008, soit + 32,5 %. De surcroît, cette progression s'est accélérée et atteint + 10,3 % entre 2007 et 2008. Cette augmentation des dépenses est due essentiellement aux médicaments dérivés du sang et aux anticancéreux, compte tenu du rôle de recours et de référence assumé par le CHU dans la région.

⁶ Le protocole du 25 janvier 2006 sur l'amélioration des carrières dans la fonction publique, en 2006-2008 (Protocole JACOB) transposées à la Fonction publique Hospitalière et le Protocole du 19 octobre 2006 sur les statuts des personnels de la fonction publique hospitalière, en 2006-2009 (Protocole BERTRAND) prévoient une rénovation des statuts des personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière et notamment : une amélioration des carrières pour la catégorie C, une architecture simplifiée de corps dans certaines filières, avec par exemple le regroupement du corps des aides-soignants et des agents de service hospitalier qualifiés (ASHQ) dans la filière soignante, l'amélioration des ratios de promotion du corps des aides-soignants, l'amélioration des carrières concernant le corps des adjoints des cadres hospitaliers, le corps des éducateurs techniques spécialisés, le corps des éducateurs de jeunes enfants, une revalorisation de la prime spécifique attribuée à certains agents des filières soignante médico-technique et de rééducation, une amélioration des carrières et du régime indemnitaire concernant notamment le corps des attachés d'administration hospitalière, le corps des cadres socio-éducatifs, la revalorisation de la prime d'encadrement et de la prime spécifique attribuées aux cadres soignants.

Le poste des dispositifs médicaux à usage unique et stérile s'élève à 10 M€ en 2008 et celui des prothèses et stimulateurs à 7 M€

En 2008, la progression du titre 2 place le CHU de Limoges dans les 10 % les plus élevés de sa catégorie (médiane 5,62).

les charges à caractère hôtelier et général (titre 3)

Avec 31,4 M€ le titre 3 "charges à caractère hôtelier" représente en 2008, 7,6 % des dépenses. Depuis 2005, il a progressé de 5,7 % de moyenne annuelle et sa part (7,7 %) dans le total des charges demeure constante.

Depuis 2006, un effort d'économies sur les achats est demandé aux établissements de santé publics et privés, sur le principe d'un débasage à travers les tarifs et les dotations. Pour l'exercice 2008, l'effort d'économies demandé au CHU de Limoges s'élève à 421 k€, représentant 29,7 % de l'effort régional (contre 339 k€ et 27,3 % en 2007).

Trois postes de dépenses concourent à la hausse des dépenses sur la période : dépenses de chauffage, dépenses des ateliers généraux et dépenses d'électricité. Entre 2007 et 2008, ce sont les dépenses d'énergie (+ 21 %), d'assurances (+ 17,8 %) et d'alimentation (+ 11,3 %) qui augmentent le plus fortement.

Grâce à son adhésion au GACAH (groupe d'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière) ou base d'Angers qui permet d'établir des coûts par secteur d'activité (27 secteurs d'activité), la tenue d'une comptabilité analytique permet au CHU de connaître l'évolution des coûts des unités d'œuvre et de se comparer aux autres établissements. Il ressort de la comparaison des données du CHU de Limoges aux moyennes de cette base que des économies peuvent être réalisées en matière de restauration, de transport de biens et d'entretien hors jardin qui correspondent à des secteurs d'activité dont les coûts des unités d'œuvre sont significativement (toujours plus de 10 %) supérieurs à la moyenne recensée et établie par le GACAH. Il en est de même, hors titre 3, pour les explorations fonctionnelles et la radiothérapie.

Concernant les autres secteurs d'activité, le CHU est en général bien placé, sauf pour les explorations fonctionnelles (valeur de l'indice de coût relatif – ICR, 3 contre 2,55) et la radiothérapie (valeur de l'ICR 1,47 contre 1,35).

La comparaison avec les autres CHU est défavorable au CHU de Limoges : la valeur moyenne nationale de la part du titre 3, nettement plus élevée en 2005 (9,556) a diminué à 8,010 en 2006 et 7,633 en 2007, alors que le CHU de Limoges, nettement inférieur en 2005 (7,842) décroît en 2006 à 7,549, toujours sous la moyenne de la catégorie, mais remonte en 2007 à 7,786 au-dessus de la part moyenne du titre 3 dans les budgets des CHU.

Amortissement, provisions, charges financières et charges exceptionnelles (titre 4)

Les dépenses de titre 4 rassemblent les charges liées aux investissements : charges financières des emprunts et dotations aux amortissements.

Elles comprennent aussi les dotations aux provisions et les charges exceptionnelles. Leur montant s'élève en 2005 à 25,9 M€ contre 31 M€ et 32,8 M€ en 2006 et 2008, exercices au cours desquels le CHU a bénéficié de dotations additionnelles liées à l'HME (6,1 M€ en 2006) et au CET (3,2 M€ en 2008).

En 2008, le titre 4 comprend essentiellement les dotations aux amortissements et provisions (29,7 M€ soit 91 %), les charges exceptionnelles s'élèvent à 1,4 M€ et les charges financières à 1,4 M€.

Entre 2005 et 2008, la part du titre dans le total des charges est passée de 7,5 % à 8 %. Depuis 2007 cette part est inférieure à la valeur moyenne nationale.

Au sein du poste "amortissements et provisions", les amortissements représentent en 2008 18,5 M€ (62 %), montant en augmentation par rapport à 2007 (+ 16,7 %) en raison de l'amortissement de l'HME.

Le rapport entre le poids des frais financiers et la marge (en 2007 : 7,5 contre 21,4 pour les autres CHU) illustre le caractère sain du financement des investissements du CHU et la faiblesse relative de sa dette.

4.2.3 - La capacité d'autofinancement

La capacité d'autofinancement mesure la différence entre les encaissements et les décaissements effectivement réalisés dans le cycle d'exploitation. Cet indicateur permet de vérifier si l'établissement peut rembourser ses emprunts et financer sa politique d'investissement. Son montant doit être supérieur au capital de la dette qui est remboursé chaque année.

Comme il ressort du tableau ci-après, la CAF du CHU de Limoges se situe à un niveau important au cours de la période et permet de financer la grande partie ses investissements. La baisse de la CAF en 2007 correspond à la provision réalisée sur l'exercice 2006 pour l'ouverture de l'HME.

Tableau n° 7: la capacité d'autofinancement du CHU de Limoges

Capacité brute d'autofinancement (Montants exprimés en K€)	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable de l'exercice	5 682	2 324	2 439	-2 741
+ Valeur comptable des éléments d'actif cédés (c/675)	66	47	18	57
+ Dotations aux amortissements et aux provisions (c/68)	23 723	29 391	22 645	30 786
- Produits des cessions d'éléments d'actif (c/775)	25	99	6	154
- Quote-part des subventions d'investissement virées au compte de résultat (c/777)	0	0	0	0
- Reprises sur amortissements et provisions (c/78)	2 588	2 913	3 509	4 554
Capacité brute d'autofinancement	26 857	28 749	21 587	23 394

Capacité nette d'autofinancement	2005	2006	2007	2008
CAF brute	26 857	28 749	21 587	23 394
Remboursement des dettes financières (hors CLTR)*	9 119	3 956	3 772	3 083
CAF nette ou excédent (+) ou besoin de financement (-) des frais financiers	17 739	24 793	17 814	20 311

Source: rapports d'activité, comptes administratifs et comptes financiers

* le CHU de Limoges a souscrit en 2006 et 2007 une ouverture de crédit long terme renouvelable OCLTR d'un montant total de 13,5 M€ intégralement remboursée à l'occasion de la souscription d'un emprunt obligataire en mai 2009 (voir point ci-après).

Malgré le caractère déficitaire du résultat comptable en 2008, la CAF représente 73 % des ressources d'investissement. En définitive, le CHU de Limoges garde une capacité à financer son développement car ses ressources internes viennent financer les investissements 2008 à près de 89 %. La CAF du CHU de Limoges reste constamment au-dessus de la moyenne de sa catégorie.

4.3 – L'investissement

4.3.1 - Les dépenses d'investissement et leur évolution

Au cours de la période 2005-2008, les dépenses d'investissement concernent :

- l'Hôpital Mère-Enfant : 35 M€ de travaux ;
- les remboursements d'emprunts, notamment par anticipation en 2005, pour un total de 22,2 M€ ;
- la mise en œuvre d'une politique de sécurité et la rénovation des locaux notamment la réfection des blocs opératoires pour 26 M€ dont 18 M€ pour le bâtiment et les aménagements et 8 M€ pour les équipements.
- les acquisitions et renouvellements de matériels (montant moyen annuel 1,3 M€) ;

Annuellement, le montant total des dépenses d'investissement oscille entre 47 M€ (en 2005, lié aux travaux de HME) et 27,9 M€ en 2007. La politique d'investissements de l'établissement se caractérise par :

- un taux de réalisation atteignant 73 % en 2008 ;
- une mobilisation de la capacité d'autofinancement qui demeure élevée ;
- une maîtrise des charges d'amortissement financier (revenues de 9,1 M€ en 2005 à 3,8 M€ en 2007 avant de progresser à 5,4 M€ en 2008) ;
- une conduite en régie de la maîtrise d'œuvre des opérations.

L'effort d'investissement mené ces dernières années a eu une incidence sur les charges d'exploitation en induisant une progression des dotations aux amortissements de 13,6 M€ en 2005 à 18,5 M€ en 2008 (+ 36 %), ces montants représentant une part croissante lorsqu'on les rapporte aux produits versés par l'assurance maladie (titre I des recettes) comme il ressort du tableau n° 8 ci-après.

Tableau 8 : les charges d'exploitation liées à l'investissement

Part des charges d'exploitation liées à l'investissement /aux recettes T2A	2005	2006	2007	2008
Dotations aux amortissements (c/6811)	13,6	14,4	17,1	18,5
Sous-total des charges d'exploitation liées à l'investissement	13,6	14,4	17,1	18,5
Titre I produits versés par l'assurance maladie	289,1	302,5	314,2	330,8
Part en % des charges liées à l'investissement / recettes T2A	4,7%	4,7%	5,4%	5,6%

Montants en M€

Source : comptes de gestion

4.3.2- Les indicateurs mesurant l'effort d'investissement

Ces indicateurs sont principalement constitués par le taux de renouvellement des immobilisations et le taux de vétusté. Ce dernier peut être apprécié en distinguant le ratio global de celui de différentes catégories d'immobilisations (agencement, aménagement de terrains, bâtiments, installations générales, aménagement et agencement de construction - IGAAC).

a) le taux de renouvellement des immobilisations

Selon l'ATIH, «*ce ratio mesure l'évolution des actifs immobilisés bruts par rapport au haut de bilan, en donnant le pourcentage de renouvellement d'immobilisations réalisés dans l'année (débits des opérations budgétaires des comptes 20 à 24) par rapport aux actifs bruts totaux des mêmes comptes. Ce ratio est d'une interprétation simple : il traduit le rythme des investissements de l'hôpital (et correspondant le plus souvent aux investissements de renouvellement, tant en travaux qu'en équipements). Ceci étant, le niveau de ce ratio est, au delà de sa stabilité, significatif du niveau d'investissement de l'hôpital. Un ratio de 2 % signifie qu'on renouvelle les constructions et autres actifs en 50 ans. Un ratio de 5 % qu'on les renouvelle en 20 ans. Ce ratio doit être adapté à l'obsolescence des immobilisations*».

En réalisant en début de période examinée l'HME, ce ratio est très significativement impacté et s'élève à 10,8 % en 2005 pour décroître à 7,3 % en 2006 et davantage encore en 2007 et 2008 (6,55 et 6,8 %), où il ressort à un niveau inférieur à la valeur médiane des CHU (8,3 %).

b) le taux de vétusté

Le taux de vétusté des équipements rapporte le total des amortissements des comptes d'actifs d'équipements aux comptes d'actifs bruts concernés. Il mesure la part moyenne des équipements déjà amortis et permet de déduire l'âge moyen des équipements. Il faut distinguer le taux de vétusté global de ses différentes composantes.

L'évolution du taux de vétusté global est légèrement défavorable au CHU, puisqu'il passe de 56,3 % en 2005 à 57,1 % en 2008, mais il reste néanmoins nettement sous la médiane des CHU (76,5 % en 2008) suite à la construction de l'HME.

Par contre, le taux de vétusté des équipements (voir annexe 8 TBFEPS) est moins favorable à l'établissement. Même si ce taux s'améliore de 2005 (73 %) à 2008 (70 %), il demeure constamment au-dessus de la norme (< 65%), toutefois, ce taux situe le CHU de Limoges encore parmi les 10 % des CHU ayant les équipements les plus récents (médiane de la catégorie : 76,5 %).

4.3.3 - Le financement de l'investissement

Le CHU finance ses investissements grâce à sa CAF et à des prélèvements sur son fonds de roulement. Comme il ressort du tableau n° 9 ci-après, la CAF nette représente plus de 50 % du montant des investissements en 2005 et 76,3 % en 2008.

Tableau n° 9 : financement des investissements

Financement de l'investissement (k€)	2005	2006	2007	2008	Diff 05/08
CAF brute	26 858	28 750	21 587	23 395	-12,9%
remboursement des emprunts hors CLTR (-)	9 119	3 957	3 773	3 083	-66,2%
Remboursement CLTR				32	
CAF nette	17 739	24 793	17 814	20 280	14,5%
investissements (débit des c/20, 21 et 23 net) (-)	35 076	25 518	24 106	26 561	-24,3%
<i>Part de la CAF nette dans le financement des investissements</i>	<i>50,6%</i>	<i>97,2%</i>	<i>73,9%</i>	<i>76,3%</i>	<i>51,2%</i>
Besoin de financement des investissements	17 337	725	6 291	6 250	-63,9%
produit cession des immobilisations crédit 775 (+)	25	99	6	154	516,0%
apports et subventions de l'année (inclus le 10682) (+)	3 885	3 444	1 092	526	-86,5%
emprunts nouveaux hors CLTR (+)	4 582				-100,0%
Emprunts CLT	0	4 051	9 484		
Total financement de l'investissement	8 492	7 594	10 582	680	-92,0%
Apport (+) ou prélèvement (-) sur fonds de roulement	-8 845	6 869	4 291	- 5 601	-37,0%
Taux d'emprunt sur les investissements	13,06%	15,88%	39,34%	0,00%	

Le financement des investissements est également assuré par un prélèvement sur le fonds de roulement (8,8 M€ en 2005, 5,6 M€ en 2008) ; le recours à l'emprunt (4,6 M€ en 2005) et à une ouverture de crédit à long terme renouvelable (OCLTR) de 4 M€ en 2006 et 9,5 M€ en 2007 ne contribuent significativement qu'en 2007 au financement des investissements.

4.3.4 - L'endettement

L'encours de la dette est stable (33,2 M€ en 2005, 33,4 M€ en 2008). Le taux actuariel de l'encours se positionne à 3 % (ce qui est conforme au marché) et la dette est peu exposée au risque de taux sauf en 2007 et 2008 à travers l'OCLTR converti en 2009 en emprunt obligataire. Les emprunts à taux variable représentent un encours de 7,5 M€ au 31 décembre 2008, un seul emprunt s'élevant à 343 k€ libellé en francs suisses présente un risque de change.

En 2009, l'OCLTR porté en 2008 à 13,5 M€ a été remboursé par un emprunt obligataire contracté en mai 2009 conjointement et sans solidarité avec 23

autres établissements hospitaliers. La part du CHU de Limoges s'élève à 20 M€ (19,9 M€ encaissé compte tenu de la prime d'émission) au taux de 4,375 %. Le remboursement étant in fine en mai 2019, le CHU devra, conformément à la circulaire n°DHOS/F4/DGFIP/CL1B/2009/14 du 16 janvier 2009, mentionner dans l'EPRD synthétique l'équivalent de l'amortissement des emprunts et prolonger le plan global de financement prévisionnel (PGFP) jusqu'à l'extinction de cet emprunt, ce dont l'établissement est convenu.

Le recours à cet emprunt obligataire -qui représente en octobre 2009 54,5 % de la dette- allège à court terme la charge de remboursement de la dette du CHU, mais implique la programmation de son remboursement en 2019.

Les ratios d'endettement TBFEPS de 2007 indiquent que le CHU de Limoges se situe toujours dans une situation plus favorable au regard de la médiane. La durée apparente de la dette est de 1,4 année en 2008 contre 6,58 années pour la médiane en 2007.

La politique constante de financement des investissements principalement par la CAF et des prélèvements sur le fonds de roulement est traduite par un taux d'indépendance financière selon lequel, au-delà de 50 %, l'établissement devient dépendant des organismes prêteurs. Pour le CHU, ce ratio varie de 24,1 % en 2005 à 22,7 % en 2008 et se place constamment sous la médiane des établissements de sa catégorie (42,5 % en 2007).

Le coefficient d'autofinancement (95,2 % en 2008 contre 98,7 % en 2007 pour la médiane des CHU) est légèrement plus favorable que celui de la médiane, traduisant le fait que le CHU couvre par ses produits de fonctionnement les charges d'amortissement de la dette. Inférieur à 1, ce ratio signifie que le CHU peut dégager des ressources sur ses produits de fonctionnement afin de financer une partie de ses investissements.

4.4 – Le bilan

4.4.1 - Le bilan fonctionnel et ses indicateurs financiers

L'analyse du bilan porte principalement sur le fond de roulement et la trésorerie du CHU (voir annexe 9 Bilan fonctionnel)

Le tableau n° 10 ci-après retrace l'évolution entre 2005 et 2008 du fonds de roulement, du besoin en fonds de roulement et de la trésorerie.

Tableau n° 10 : bilan fonctionnel synthétique

Structure financière	2005	2006	2007	2008	Diff 2005/2008	
Fond de roulement d'investissement (FRI)	-45,6	-56,1	-55,2	-64,0	- 18,4	- 40 %
Fond de roulement d'exploitation (FRE)	32,0	42,9	46,4	67,0	+ 35	+ 109%
Fond de roulement net global (FRNG)	-13,6	- 13,2	- 8,8	3,0	+ 16,6	+ 122 %
Besoin en fonds de roulement (BFR)	-14,1	-10,8	-11,1	2,6	+ 16,7	+ 118 %
TRESORERIE	0,5	-2,4	2,4	0,35	-0,2	- 34,8 %

Montants exprimés en M€

Source: rapports d'activité, comptes administratifs et comptes financiers

Fonds de roulement d'investissement

Le fonds de roulement d'investissement (FRI) mesure l'excédent des ressources stables (apports, excédents affectés à l'investissement, subventions, emprunts et amortissements) sur l'actif immobilisé. Au cours de la période 2005-2008, le FRI, calculé au niveau des emplois et financements stables, est systématiquement négatif et se dégrade de - 45,6 à - 63,9 M€ alors qu'en principe il devrait être positif. Le rapport des ressources sur les emplois au niveau du FRI baisse de 86 % à 83,6 %.

Ce déséquilibre accru est la conséquence de la politique conduite par le CHU qui consiste à privilégier le financement de ses investissements en utilisant ses ressources propres dans un souci de maîtrise de son endettement.

Fonds de roulement d'exploitation

Le fonds de roulement d'exploitation (FRE) mesure la différence entre les ressources stables liées à l'exploitation (en particulier la réserve de trésorerie, les résultats et les provisions pour risques et charges d'exploitation) et la créance dite de l'article 58.

La réforme de financement intervenue en 2004, avec la disparition de la dotation globale, a relancé le débat sur le paiement par l'assurance maladie des créances dites de l'article 58. Ces créances des hôpitaux sur la sécurité sociale dues au passage en 1984 de la tarification à la journée au budget global ont longtemps été reclassées dans les valeurs immobilisées au niveau de l'actif du bilan, car elles étaient, de fait, irrécouvrables jusqu'en 2007. Mais la circulaire interministérielle du 5 décembre 2008 a permis la compensation partielle entre les créances exigibles et le remboursement des avances 2005 et 2006 accordées par l'assurance maladie pour le passage à la T2A. C'est pourquoi, au 31 décembre 2008, le montant des créances de l'article 58 ne s'élève plus qu'à 1 051 808 € correspondant à la part de la créance non exigible au titre des activités soins de suite et psychiatrie.

Au CHU, les provisions pour risques et charges et les provisions réglementées constituées en vue du renouvellement des immobilisations et du financement du compte épargne temps contribuent également à un FRE élevé. Avec un montant de 67 M€ en 2008, le FRE est en progression de plus de 44 % sur l'année précédente, suite à l'apurement des créances de l'article 58 qui passent de 17,8 M€ en 2007 à 1,05 M€ en 2008. Le rapport des ressources du FRE sur les emplois est de ce fait particulièrement élevé (6 467 %), alors que la médiane au niveau des indicateurs TBFEPS est de 136 %. Au 31 décembre 2008, le FRE représentait plus de 44,4 jours d'exploitation, contre près de 6,8 jours pour la médiane des hôpitaux de la strate, soit un écart de 37,6 jours d'exploitation.

Fonds de roulement net global

Le fonds de roulement net global (FRNG) représente la différence entre les ressources stables et l'actif immobilisé brut. En principe positif, il permet de couvrir le besoin de financement du cycle d'exploitation.

Dans le cas du CHU de Limoges, le FRNG est négatif entre 2004 et 2007. L'équilibre du haut du bilan ne peut être assuré mais cette situation défavorable ne compromet cependant pas l'équilibre général du bilan grâce à l'apport d'une ressource en fonds de roulement conséquente qui provient du bas de bilan. En 2008, le FRNG devient positif à hauteur de 3 M€ en raison de la baisse des créances au titre de l'article 58 de 16,7 M€ et de la hausse des amortissements et des provisions.

Hors variation de la créance dite de l'article 58, la variation du fonds de roulement entre 2007 et 2008 est de - 5 M€. Après prise en compte de la variation de cette créance de 16,7 M€, la variation totale du fonds de roulement s'élève à 11,8 M€.

Le besoin de fonds de roulement

Le bilan fait apparaître une absence de besoin de fonds de roulement (BFR) sauf pour l'année 2008. Les dettes couvrent très largement les créances et permettent ainsi de dégager un excédent de financement.

Le CHU bénéficie d'une importante ressource en fonds de roulement essentiellement due aux dettes d'exploitation : celles-ci correspondent, d'une part, au report de paiement des charges URSSAF et CNRACL en l'absence de trésorerie suffisante en fin d'année, en 2005 et 2006 et, d'autre part, à l'avance provisoire consentie depuis 2005 par l'assurance maladie dans l'attente des versements effectués au titre de la fraction de tarification à l'activité. Cette avance isolée sur le compte 41913 a été réduite en 2008 de 10 M€, ce qui a entraîné un besoin en fonds de roulement cette même année de 2,6 M€.

4.4.2 - La trésorerie

a) la gestion de la trésorerie

Le montant de la trésorerie figurant au bilan fonctionnel correspond aux liquidités de l'établissement minorées des financements immédiatement exigibles (intérêts courus non échus, fonds déposés par les malades, dettes sur immobilisations en attente de paiement chez le comptable) et majorées des dotations à très court terme (DGF attendue jusqu'en 2005). Il varie de 540 k€ en 2005 à 352 k€ en 2008.

Bien que le fonds de roulement net global soit négatif entre 2005 et 2007, le maintien d'une importante ressource en fonds de roulement permet de conserver une trésorerie positive à l'exception de l'année 2006 où on observe une dégradation de la trésorerie consécutive à l'augmentation des délais de recouvrement des créances. La chambre constate qu'à la fin de l'exercice 2006 (voir bilan fonctionnel en annexe 9), la ligne de trésorerie réalisée sous forme d'« ouverture de crédit à long terme renouvelable » n'a pas été consolidée, contrairement aux dispositions de l'instruction comptable M 21.

Comparée aux indicateurs TBFEPS, la trésorerie du CHU s'élève à 352 k€ (contre 77 k€ pour la médiane des CHU) en raison d'une politique de gestion active de la trésorerie, appelée « Trésorerie Zéro », pratiquée depuis 2001, elle évite la

mobilisation de fonds non rémunérés sur le compte du trésor public et toute rupture de paiement en ayant recours à une ligne de trésorerie s'élevant à 20 M€ en 2008. Cette dernière permet d'assurer un paiement accéléré à 15 jours aux fournisseurs en contrepartie d'escomptes accordés au CHU. En moyenne annuelle, le CHU obtient un peu plus de 300 k€ d'escomptes de ses fournisseurs (344 k€ en 2008), les frais financiers résultant de la ligne de trésorerie ne devenant significativement supérieurs qu'au cours des exercices 2007 et 2008, en raison de l'OCLTR mis en place pour financer l'investissement et de la tension sur les taux à l'automne 2008 (voir tableau n° 11 ci-après).

Tableau n° 11 : gestion active de la trésorerie

Années	2005	2006	2007	2008
Escomptes	288	313	322	344
Frais financiers ligne de crédit	77	175	417	693
Gains nets ou pertes nettes	211	138	- 95	- 349

(montants en k€)

Sources : rapports d'activité et finances

b) le recouvrement des créances

Le taux de recouvrement sur l'exercice 2008, au 31 mai 2009, s'établit à 94,2 % pour les hospitalisés et consultants (moyenne nationale de 88,2 %) et à 98,1 % pour les autres débiteurs (moyenne nationale de 96,2 %). Pour l'exercice 2007, au 31 mai 2008, ces taux étaient respectivement 94,5 % et 99,1 %, c'est-à-dire très légèrement supérieurs.

Le tableau n° 12 ci-après analyse les délais de recouvrement de créances : dans le détail une aggravation est constatée essentiellement pour les mutuelles et, dans une moindre mesure, les caisses d'assurance maladie. En ce qui concerne les particuliers, on constate une augmentation du nombre de retours "N'habite plus à l'Adresse Indiquée" (767 en 2008 contre 394 en 2006).

Tableau n° 12 : délais de recouvrement des créances

Délais de recouvrement des créances (en jours)	2006	2007	2008	Variation 2006 -2008
Caisse pivot	34,9	38,2	35,2	+0,3
Hospitalisés et consultants	269	88,2	81,2	-187,8
Caisses de sécurité sociale	78,4	71,7	84,4	+6
Département	70,4	75,5	72,3	+1,9
Autres tiers payants	84,4	69,4	86,6	+2,2
<u>Délais de recouvrement des créances</u> (hors caisse pivot)				
Créances liées à l'activité	53,2	43,7	50	-3,2
Créances diverses	71,9	80,3	98,3	+26,4

Source CHU

Avec la mise en place de la télétransmission "B2NOEMIE" à compter du 1er juillet 2009, le règlement et la rapidité d'émargement des caisses de maladie devraient accélérer.

Pour les mutuelles, les services de la trésorerie éprouvent de plus en plus de difficultés à obtenir le détail des titres réglés par les plates formes qui se généralisent au sein de la mutualité. Dans les faits, il ne s'agit pas de véritables restes à recouvrer, car les versements non identifiés sont précisément imputés sur un compte d'attente dont le solde créditeur fin 2008 est en augmentation de 41 % par rapport à l'année 2007.

S'agissant des créances sur exercices antérieurs, on constate, pour les particuliers, un faible taux de recouvrement réel après passage en contentieux (taux de recouvrement sur saisies-ventes 9,6 %).

L'irrecouvrabilité des créances a tendance à augmenter du fait de l'augmentation de l'activité du CHU, mais aussi de la dégradation de l'environnement économique et social. Les cas de surendettement sont plus fréquents et la jurisprudence, en les intégrant désormais dans les jugements d'effacement des dettes, ne les considère plus comme des dettes alimentaires.

c) le paiement des fournisseurs

Le ratio illustrant le délai de paiement des fournisseurs situe le CHU nettement au-dessus de la moyenne de sa catégorie (43,9 jours au CHU en 2007 contre 33,3 pour la moyenne de la catégorie), mais ce constat résulte directement de l'existence de deux circuits de paiement (à 15 jours en cas d'escompte ou à l'issue du délai réglementaire de 45 jours).

4.5 – Fiabilité et sincérité des comptes

Après avoir examiné la situation financière de l'établissement, il convient d'apprécier la qualité de sa comptabilité générale sous l'angle de la vérification du respect des principes comptables de régularité, de sincérité, d'image fidèle et de prudence.

L'instruction budgétaire et comptable n° 07-004-M21 du 16 avril 2007 qui régit la comptabilité des établissements publics de santé s'inspire directement des principes retenus par le plan comptable général et rappelle que : « l'objectif de la comptabilité est de donner une image fidèle de la situation financière de l'établissement. La comptabilité doit donc être régulière en respectant les règles qui s'appliquent et, sincère en étant tenue de bonne foi ».

Selon une quarantaine de critères portant sur la tenue et le suivi de la comptabilité du CHU qui contribuent à la formation d'un indice agrégé de suivi qualitatif des comptes locaux (IASQCL), le niveau de qualité comptable n'a pas significativement varié, les principaux constats demeurant :

- la non comptabilisation dans les délais (décembre 2008) des amortissements et des cessions d'immobilisations ;
- ainsi que, comme en 2007 et malgré les demandes répétées de la trésorerie hospitalière, la non contrepassation des intérêts courus non échus (ICNE) compte 1688 et des écritures du compte 4181 « Redevables - Produits à recevoir - Hospitalisés et consultants » au 31 juillet (inhérent au logiciel utilisé par le CHU).

Le contrôle de fiabilité des comptes effectué par la chambre s'est attaché à examiner les aspects susceptibles, le cas échéant, d'avoir eu ou d'avoir à l'avenir un effet sur la situation financière du CHU. Ainsi, les comptes ont été analysés en tenant compte de plusieurs éléments affectant leur sincérité, notamment, les prévisions budgétaires, les reports de charges et de produits d'un exercice à l'autre, les provisions pour le paiement des jours épargnés par les personnels au titre de leur compte épargne temps (CET), ainsi que le suivi et l'imputation des aides exceptionnelles accordées par la tutelle pour la réduction des tensions budgétaires et pour l'investissement hospitalier.

4.5.1 - La sincérité des prévisions budgétaires

Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) prévu en déficit en 2005 (- 381 k€) et 2006 (- 83 k€) a été excédentaire respectivement de + 4 937 k€ et de + 905 k€. En 2007, le déficit prévisionnel de 2,5 M€ est devenu un excédent de 1,1 M€ principalement en raison de la progression des recettes de l'activité (+ 5,9 M€, soit + 3,9 %) et de celles provenant des usagers (+ 2,3 M€), plus fortes que la progression des charges (+ 5,4 M€).

En 2008, l'EPRD prévoyait également un déficit (- 3,74 M€, soit 0,9 %) et le déficit réel s'est élevé à 3,18 M€ (soit 0,8 % du réalisé).

Au cours des exercices 2005 à 2008, les prévisions budgétaires initiales des produits étaient sous-estimées de 6,8 % en 2005 (22,3 M€), de 7,9 % (26,7 M€) en 2006, de 5,3 % (19,3 M€) en 2007 et de 3,7 % (14,7 M€) en 2008.

S'agissant des charges, l'écart entre les prévisions budgétaires et les réalisations a diminué de 6,8 % (22,3 M€) en 2005 à 3,7 % en 2008 (14,7 M€). Il provient essentiellement du titre 2 "Charges médicales", constat comparable à celui effectué dans d'autres centres hospitaliers, les dépenses à caractère médical, par nature, échappent à la maîtrise budgétaire.

En conclusion, la chambre constate une amélioration des prévisions budgétaires entre 2005 et 2008.

4.5.2 - Les reports de charges et de produits de 2004 à 2008

Selon l'instruction M 21, le rattachement des charges et des produits à l'exercice auquel ils se rapportent, est effectué en application du principe d'indépendance des exercices. Il vise à faire apparaître dans le résultat d'un exercice donné toutes les charges et tous les produits qui s'y rapportent et uniquement ceux-ci.

a) Les reports de charges

Les données figurant dans le tableau n° 13 ci-dessous font apparaître que l'essentiel des reports de charges se concentre en 2008 sur les charges de personnel et sur les charges à caractère hôtelier et général.

Tableau n° 13 : les reports de charges

Report de charges - Budget consolidé (k€)		2005	2006	2007	2008
N° de cpte	Libellé charges sur exercices antérieurs				
67281 6721*	au personnel	94	71	232	469
67282 6722*	à caractère médical	83	15	39	80
67283 6723*	à caractère hôtelier et général.	187	73	71	164
67288 6728*	Autres charges	66	0	59	36
TOTAL DES REPORTS DE CHARGES		431	159	401	749

Source comptes de gestion

* A compter de l'exercice 2006, nouvelle numérotation des comptes

Alors qu'en 2005, les reports de charges représentaient 0,12 % du total des charges d'exploitation de l'établissement, ils correspondent en 2008 à 0,18 % des charges d'exploitation. Deux indices illustrent cette dégradation: d'une part, le taux de charge est au niveau de la médiane des CHU en 2008, alors qu'il était mieux placé les années antérieures et, d'autre part, le taux d'évolution des charges rattachées qui a augmenté de 89 en 2005 à 127,6 en 2008 plaçant le CHU nettement au-dessus de la médiane de la catégorie (107,3). (Voir annexe 8 TBFEPS). En réponse, le CHU précise que l'augmentation du report de charges, concernant essentiellement le personnel, était ponctuelle, et qu'en 2009, avec 119 k€, leur montant avait retrouvé le niveau de 2005.

Quoique autorisée jusqu'en 2005 par l'instruction budgétaire et comptable M21, la mise en œuvre des reports de charges a donné une vision tronquée des résultats budgétaires de l'hôpital. Selon l'instruction n° 07-004 M21 du 16 janvier 2007, l'utilisation du compte 672 – Charges sur exercices antérieurs *"doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné : elle a donc un caractère tout à fait exceptionnel"*.

b) les reports de produits

Au cours des exercices 2005 à 2008, les reports de produits ont concerné dans une proportion croissante des ordres de recettes annulés au titre d'un exercice et réemis sur l'exercice suivant. Comme il ressort du tableau ci-après, le montant moyen des reports de produits s'est établi à plus de 2, 6M €, soit 0,7 % des recettes de fonctionnement de la moyenne des exercices.

Tableau n° 14 : les reports de produits

Report de produits- Budget consolidé (k€)		2005	2006	2007	2008
N° de cpte	Libellé				
7723	réémission titres annulés	220	301	521	367
7728	produits / ex .antérieur (autres)	2 201	2 458	1 844	2 499
TOTAL DES REPORTS DE PRODUITS		2 421	2 759	2 365	2 866

Source : comptes de gestion et comptes financiers.

4.5.3 - Les provisions

Les provisions au titre du compte épargne temps

Le compte épargne-temps (CET) a été institué pour les personnels médicaux par le décret n° 2002-1358 du 18 novembre 2002 et pour les personnels non médicaux par le décret n° 2002-788 du 3 mai 2002. Ce dispositif permet aux personnels médicaux d'épargner jusqu'à 30 jours par an et aux personnels non médicaux jusqu'à 20 jours par an. Le CET peut être cumulé avec d'autres congés (congés de maternité, d'adoption, de paternité, congés annuels, etc). Dès lors, les droits attachés au compte épargne-temps représentent une dette comptable pour l'hôpital.

Aussi, la mise en œuvre du dispositif a-t-elle conduit le CHU à constituer des provisions qui ont été budgétairement inscrites au compte 143 « provisions réglementées pour charges de personnel liées à la mise en œuvre du CET ». Le tableau n° 15 ci-après retrace l'évolution 2005-2008 du nombre de jours épargnés, de leur valorisation et du montant des provisions utilisées et constituées.

En application des décrets n°2008-454 et 455 du 14 mai 2008, les personnels non médicaux et les personnels médicaux peuvent obtenir le paiement de la moitié des jours épargnés sur leurs comptes épargne-temps. Le coût de chaque journée épargnée, tel qu'il est fixé par les arrêtés du 14 mai 2008, est de 300 € pour un médecin, de 65 € pour un agent de catégorie C (agent de services hospitaliers), de 80 € pour un agent de catégorie B (infirmière) et de 125 € pour un agent de catégorie A (cadre supérieur de santé).

Les personnels non-médicaux et médicaux ont bénéficié de cette possibilité en 2008 puisqu'ils ont demandé le paiement d'un nombre de jours capitalisés supérieur aux droits ouverts pour l'année, soit un excédent sur 2008, de 2 031 jours pour les personnels médicaux représentant 914 k€ et 439 jours pour les personnels non médicaux représentant 81 k€. De ce fait, le solde en nombre de jours du compte épargne temps est revenu à 16 680 (contre 19 150 en 2007).

Tableau n° 15 : situation des comptes épargne-temps

Compte épargne temps	2005	2006	2007	2008
<i>Personnels non médicaux</i>				
1 - nbre de jours au 31/12 n-1	1 891	2 848	3 755	5 711
2 - nbre de jours épargnés en n	957	907	1 956	- 439
3 - solde au 31/12	2 848	3 755	5 711	5 272
<i>Valorisation financière (k€) au 31/12 (a)</i>	<i>524</i>	<i>691</i>	<i>1 051</i>	<i>970</i>
<i>Personnels médicaux</i>				
4 - nbre de jours au 31/12 n-1	0	7 540	9 993	13 439
5 - nbre de jours épargnés en n	7 540	2 453	3 346	- 2 031
6 - solde au 31/12	7 540	9 993	13 439	11 408
<i>Valorisation financière au 31/12 (k€) (b)</i>	<i>3 393</i>	<i>4 497</i>	<i>6 048</i>	<i>5 134</i>
Solde en jours au 31/12 (3+6)	10 388	13 748	19 150	16 680
7 - Total valorisation financière (k€) (a+b)	3 917	5 188	7 099	6 104
8 - Dotations au 31/12 de n-1	2 075	2 060	2 034	2 012
Reprises sur provisions en n	15	26	22	902
Dotations aux provisions en n	0	0	0	3 518
Variation de n	- 15	- 26	- 22	2 616
9 - Solde cumulé de provisions de n	2 060	2 034	2 012	4 628
10 - Insuffisance de dotation de l'exercice n	3569	1297	1933	- 3611
11 - Insuffisance de dotation cumulée au 31/12	1857	3154	5087	1476

(en k€)

Sources : CHU

légende :

ligne 9 = ligne 8 + variation de n

ligne 10 = ligne 7 de n - ligne 7 de n-1 + reprise sur provision en n - dotation de n

ligne 11 = ligne 7 - ligne 9 = ligne 11 de n-1 + ligne 10 de n

Ces dispositions se traduisent pour l'hôpital par une charge supplémentaire qui a été insuffisamment provisionnée comme il ressort des lignes 10 et 11 "insuffisance de dotation" du tableau ci-dessus. Cumulée au 31 décembre 2008, l'insuffisance de dotation s'élève à 1476 k€

Les provisions pour le renouvellement des immobilisations

Aux termes de l'instruction codificatrice n° 07-006-M21 du 16 janvier 2007, "cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aide destinée à la couverture des surcoûts d'exploitation générés par les nouveaux investissements, sous forme de dotations budgétaires supplémentaires versées par l'assurance maladie. Ce principe repose sur l'idée que pour lisser le plus efficacement les surcoûts liés aux investissements nouveaux, les dotations budgétaires en compensation des charges nouvelles d'amortissements et de frais financiers doivent l'être en amont des investissements à réaliser. En effet, ces dotations permettent de constituer des provisions tant que les surcoûts du titre 4 en dépenses d'exploitation ne dépassent pas les prévisions budgétaires du même titre 4. En cours d'exécution de l'opération, à partir du moment où les crédits budgétaires ne suffisent plus à faire face aux surcoûts constatés en titre 4, l'établissement procède à des reprises sur la provision réglementée pour couvrir lesdits surcoûts".

Selon détail ressortant du tableau n° 16 ci-après relatif aux dotations et provisions pour l'investissement hospitalier, le CHU de Limoges a été doté entre

.../...

2005 et 2008 de 0,86 M€ de crédits reconductibles au titre de l'investissement hospitalier et de 6,3 M€ au titre de crédits non reconductibles. Au cours de la même période, le CHU a provisionné pour le renouvellement des immobilisations au compte 142 6,8 M€, soit une insuffisance de provisions de 396 k€. Toutefois, l'examen du compte 1518 "autres provisions pour risques" révèle la présence de 5,7 M€ destinés entre autres au plan directeur, tandis que le compte 158 "autres provisions pour charges" comprend 10,5 M€ très majoritairement destinés au financement de travaux et d'équipement (restructuration DUPUYTREN, campus de santé, équipements de salles, achat spectromètre de masse, ...). L'imputation de ces provisions au chapitre 15 ne répond pas strictement à la définition de la M21 "les provisions pour risques et charges sont des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise. Les provisions pour risques et charges sont constatées dès lors qu'il existe une obligation légale, réglementaire, conventionnelle ou reconnue par l'établissement, vis-à-vis d'un tiers, dont il est certain ou probable qu'elle entraînera une sortie de ressources au profit de ce tiers, sans contrepartie au moins équivalente attendue de celui-ci...".

Tableau n° 16 : dotations et provisions pour l'investissement hospitalier.

Dotations perçues au titre de l'investissement hospitalier (en k€)	2005	2006	2007	2008	TOTAL
Crédits reconductibles	-	542,8	251,6	66,1	860,5
Crédits non reconductibles au titre de l'investissement hospitalier	2 523,6	375,0	1 303,0	2 110,0	6 311,6
1 - TOTAL	2 523,6	917,8	1 554,6	2 176,1	7172,1
2 - Provisions pour renouvellement des immobilisations c/142	3 433,0	1 321,1	-	2 022,0	6 776,1
Insuffisance de provisions (1 – 2)	- 909,4	- 403,3	1 554,6	154,1	396,0

En k€

Source CHU

Dans ces conditions, on peut considérer que la totalité des dotations de crédits reconductibles ou non pour l'investissement hospitalier a bien été provisionnée et mise en réserve par l'établissement, mais pas au bon compte. La Chambre prend acte de l'engagement du CHU de veiller à l'avenir à une plus grande rigueur dans le suivi et l'affectation de ces crédits et du fait qu'il est déjà procédé, en liaison avec la trésorerie principale, à des réimputations plus conformes à la nomenclature et cohérentes avec le plan global de financement pluriannuel (PGFP).

4.5.4 - Les immobilisations et les amortissements

Les amortissements sont pratiqués régulièrement. Les immobilisations en cours sont virées régulièrement au compte 21, lorsqu'elles sont réalisées. La dotation a progressé de + 0,1% en 2006, 18,4 % en 2007 (lié à la mise en service de l'HME) et de + 8,9 % en 2008 où, avec 18,8 M€, elle représente 4,3 % du total des charges d'exploitation. L'indicateur « poids/marge brute » (voir annexe 9 TBFPS) a progressé de 56,3 en 2005 à 83,5 en 2008, mais demeure encore sous la médiane des CHU (107,9).

.../...

La forte augmentation du compte 28 « amortissement des immobilisations », en 2007, de 423,6 k€ à 6882,1 k€ s'explique par la création et l'équipement de l'unité « Mère-Enfant ».

4.5.5 - La situation budgétaire réelle après retraitement comptable

Compte tenu des constats effectués ci-dessus relatifs aux reports des charges et produits et à l'insuffisance de provisionnement du compte épargne temps, les résultats comptables, tels qu'ils sont retracés dans les comptes de l'hôpital (cf. tableau n° 17 ci-dessous), sont différents de la situation retracée par les comptes du CHU (compte principal).

Tableau n° 17 résultats retraités

Sources : CHU et retraitement CRC

BUDGET H (k€)	2005	2006	2007	2008
Résultat comptable de l'exercice (1)	4937	905	1111	-3178
- Reports de charges de N sur N+1	151	385	740	265
+ Reports de charges de N-1 sur N	966	151	385	740
+ Reports de produits de N sur N+1	2482	2117	2602	2030
- Reports de produits de N-1 sur N	4142	2482	2117	2602
insuffisance des provisions CET*	-1857	-1297	-1933	
résultat au sens de l'article D 6143-40 du CSP (2)	2235	-991	-692	-3275
Différence (1)-(2)	2702	1896	1803	97
recettes CRPP	348 639	365 526	382 034	407 774
différences/recettes	0,78%	0,52%	0,47%	0,02%

* par référence au tableau 15, il s'agit de l'insuffisance de dotation au titre de l'exercice n, sauf pour 2005 où ce sont les chiffres d'insuffisance cumulée, car la provision constituée au 31 décembre 2004 était excédentaire par rapport aux engagements (il n'est pas justifié de provisionner tout le flux de l'année lorsque le compte de provision est surdoté).

Le retraitement ci-dessus est effectué hors compte 142 (point 4.5.3 ci-dessus) dès lors qu'il n'y a pas d'insuffisance globale de provisions pour renouvellement des immobilisations, mais avec les nouveaux éléments produits par le CHU en ce qui concerne les reports de charges et produits, ainsi qu'avec l'insuffisance de provision du compte épargne temps.

Au final, si l'on neutralise les reports de charges et de produits ainsi que les impacts de provisions comme le prévoient désormais les dispositions du décret n° 2007-47 du 10 janvier 2007 codifiées à l'article D. 6145-63 du code de la santé publique, les résultats retraités sont affectés à la baisse principalement par l'insuffisance du provisionnement du compte épargne temps (CET). Pour le budget H, l'exercice 2005 serait encore excédentaire (2,23 M€ au lieu de 4,9 M€ en résultat comptable), mais les exercices suivants auraient été déficitaires : en 2006, de - 0,99 M€ (excédent comptable 0,9 M€) et de 0,7 M€ en 2007 (pour un excédent comptable de 1,1 M€). Toutefois, l'exercice 2008 au titre duquel une provision CET rattrapant partiellement les provisions non passées au cours des exercices antérieurs est atypique dans cette série, car le retraitement correspondant ramènerait le résultat quasiment à l'équilibre. A l'issue de ces retraitements, les différences rapportées aux recettes, à l'instar des déficits, représentent toujours moins de 1 % et font ressortir que le CHU présente un résultat très faiblement déficitaire depuis 2006.

4.6 - La comptabilité analytique

4.6.1 L'état d'avancement de la comptabilité analytique

Aux termes de l'article R. 6145-7 du C.S.P., « *l'ordonnateur tient une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement (...) Le directeur élabore également pour l'analyse de l'activité et des coûts (...) un tableau faisant apparaître, après répartition analytique des charges directes, le montant des crédits d'exploitation consacrés, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico techniques et logistiques de l'établissement (...)* ».

La mise en place de la comptabilité analytique doit donc permettre de déterminer le coût des séjours des patients, élément essentiel de la tarification à l'activité.

La comptabilité analytique au CHU de Limoges est réalisée au sein du pôle « activité-finances-contractualisation » par le contrôle de gestion. Elle s'articule autour de deux principaux outils, les coûts par activité (base d'Angers) et les coûts par séjours (Etude Nationale de Coûts à Méthodologie Commune MCO - ENC).

L'établissement a adhéré en 1995 au groupe de travail pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (GACAH), installé au CHU d'Angers. Ce groupe de travail reçoit chaque année les tableaux de coûts par activité fournis par les établissements adhérents comme le coût du repas, du kilo de linge lavé, coût du B (laboratoire), de l'indice de coût relatif (ICR) et leur en restitue une synthèse. Le CHU peut ainsi cibler ses comparaisons avec les résultats du groupe des CHU (22 établissements en 2007). Toutefois, ces comparaisons ne sont pas toujours pertinentes, les bases n'en étant pas toujours précisément définies et certaines unités d'œuvre peu adaptées à une activité (exemple : organisation des services économiques). Au surplus, le nombre d'établissements renseignant la base pour certains coûts peut être non significatif, car trop faible ou fluctuant.

Le CHU adhère également à la base échelle nationale des coûts (ENC) depuis 2003 (première année de restitution des coûts : année 2000). Cet outil permet de comparer, à case-mix⁷ identique, les coûts d'une structure (établissement ou pôle médical) à ceux de même nature d'une entité fictive ayant la même activité en GHS et qui seraient déterminés par référence à l'ENC. Ceci permet donc d'obtenir et de comparer des coûts complets par séjours pour le secteur MCO.

Ces coûts sont composés des coûts directs des services de soins et des services médico-techniques auxquels s'ajoutent les coûts indirects de logistique et de gestion générale (répartis au prorata d'unité d'œuvre définies) et de structure.

Les tableaux «coût case-mix» permettent d'adresser les résultats aux pôles et aux services, en rapprochant leurs recettes d'activité (GHS, suppléments) aux coûts des GHM.

Ils servent également à la réalisation d'études médico-économiques en partenariat avec le SIME. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation a lancé en 2008 une étude des coûts de l'hospitalisation à domicile à laquelle le CHU de Limoges participe depuis 2009 pour une première restitution des coûts des séjours en HAD à l'automne 2010.

⁷ Système de classification des malades permettant de comparer l'ensemble des cas traités groupés en GHM

4.6.2. Les résultats de la comptabilité analytique mise en œuvre

a) Suivi et contrôle de l'activité

Pour le suivi et le contrôle de l'activité, le CHU a associé l'ensemble de l'équipe de direction, le service du contrôle de gestion à la direction des affaires financières, le département d'information médicale (SIME), le service de la facturation et les attachés d'administration hospitalière. Les informations exploitées concernent l'ensemble des données d'activité administratives (indicateurs classiques : entrées, journées, DMS, taux d'occupation...) et les indicateurs PMSI fournis par le DIM (séjours, taux d'exhaustivité...). Ces données sont transmises aux responsables de pôle au moyen d'une revue trimestrielle de gestion.

b) Suivi et contrôle budgétaire

L'établissement a mis en place un suivi des dépenses engagées et des recettes prévisionnelles. Dans ce cadre, il a réuni la totalité des informations budgétaires de l'ensemble des budgets qui sont analysés par groupe de dépenses et de recettes, par pôle et par service. Un tableau de bord est élaboré mensuellement et chaque quadrimestre, une revue de gestion associant les données budgétaires et les données d'activité est communiquée aux responsables de pôle. A cette occasion, les objectifs d'activité et de coût qui avaient été définis en début d'année sont vérifiés et revus si nécessaire.

Le calcul des coûts à partir des données de la comptabilité analytique requiert encore des délais significatifs même si ceux-ci se réduisent (les coûts 2008 sont disponibles en novembre 2009), mais ce décalage atténue leur intérêt comme outil de gestion des pôles.

4.7 – La situation prospective

4.7.1 - Les enjeux pour le CHU

Le CHU doit relever deux défis tant pour assurer son fonctionnement que pour financer ses investissements :

- d'une part, développer son activité et conséquemment ses recettes dans un contexte rendu difficile par :

- une baisse possible de ses crédits non issus de son activité (nouveaux calculs des MIGAC) ;

- la possibilité pour les établissements privés d'exercer des missions d'enseignement et de recevoir des étudiants stagiaires et de recevoir des crédits (MIGAC et MERRI) ;

- une restructuration de l'offre de soins privée, risquant de lui faire perdre une partie de son activité, ;

- un départ de ses praticiens vers la concurrence et donc, une perte corrélative d'activité ;

- ainsi qu'un financement T2A ne suivant pas l'augmentation de son activité (conséquence de la V11) ;

- d'autre part, maîtriser ses charges de fonctionnement, malgré l'accroissement des charges de personnels (GVT, CET), des dépenses hôtelières (matières premières) et des charges du titre IV, tant d'amortissement de provisions ou financières qui vont croître pour permettre la restructuration et la modernisation du CHU.

S'agissant des risques pesant sur son activité (et des recettes qui en résulte), le CHU, à travers son projet d'établissement, a décidé de restructurer son offre de soins, tant par une relocalisation des services selon le schéma directeur, que par un redécoupage des pôles en 2010 selon une logique de « filière d'organes ».

Pour faire face au problème général du recrutement de médecins à l'hôpital public, le CHU pilote, au niveau régional, depuis 2009, la mise en place d'une gestion régionale des ressources humaines médicales. Cette action fait suite aux conclusions des travaux menés par les établissements publics de santé (EPS) du Limousin, dans le cadre de l'audit stratégique régional. Les objectifs de cette démarche visent à impulser une dynamique régionale en matière de gestion des ressources humaines médicales, à pérenniser les actions entreprises (assistants partagés notamment), à promouvoir les métiers médicaux offerts par l'hôpital public, à harmoniser les différentes pratiques publiques, à gérer les recrutements et à évaluer les besoins.

Toutes ces mesures se traduisent dans les deux instruments de pilotage dont dispose l'établissement : l'état prévisionnel de recettes et de dépenses (EPRD) et le plan global de financement prévisionnel (PGFP).

4.7.2 - L'EPRD 2009

Si l'année 2008 a été marquée d'une part, par un déficit des comptes consolidés dus à une valorisation non proportionnelle à l'augmentation de l'activité et, d'autre part, par une augmentation des charges supérieure à celle des produits, notamment du fait de la constitution de provisions, l'exercice 2009, bien que ses produits baissent par rapport aux prévisions de l'EPRD (- 3,2 M€) devrait être équilibré grâce à la maîtrise des charges (gain de 6,3 M€) qui suffirait à résorber le déficit prévisionnel de 3,1 M€

4.7.3 - Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) et la réorganisation des pôles

a) le programme d'investissements et le PGFP 2009 – 2018 (CA mai 2009)

Dans sa séance du 30 janvier 2009, le conseil d'administration a adopté le programme d'investissement et le PGFP 2009-2018, approuvé par le Directeur de l'ARH le 17 février 2009.

Ce programme tient compte, d'une part, de l'avancée du projet immobilier en cours, en vue de la restructuration complète de l'hôpital

DUPUYTREN et, d'autre part, de la nécessaire rénovation et mise en conformité des installations qui devront l'accompagner, à savoir :

- le réajustement des investissements biomédicaux et hôteliers qui en découlent ;
- la nécessité d'améliorer les conditions d'hébergement des personnes âgées sur les sites de CHASTAINGT et de Jean REBEYROL ;
- la consolidation et la rationalisation du système d'information.

Afin notamment de financer au meilleur niveau possible les surcoûts liés à son programme d'investissement, le CHU poursuit une démarche organisationnelle, fondée sur un projet médical, pour l'ensemble de ses pôles d'activité clinique et médico-technique. Par rapport au projet initial, une redéfinition a permis de réviser à la baisse de près de 27 M€ le coût d'ensemble de cette opération qui s'inscrit dans le cadre de l'Hôpital 2012.

Le programme d'investissement présenté correspond à l'aboutissement de la réflexion engagée pour redéfinir un projet architectural fondé sur un projet médical renoué. Il permet également au CHU de disposer des conditions matérielles pour assumer les missions de proximité et de recours dans tous les domaines et en particulier pour les missions dévolues par le SROS 3 et le SIOS 2006-2010 et de dispenser des soins de qualité en toute sécurité. Il contribue enfin à améliorer les conditions d'accueil des patients et de travail des personnels médicaux et non médicaux.

Le plan d'investissements (354 M€ pour la période 2009-2018) comprend trois axes :

- un projet immobilier comprenant les restructurations architecturales et la mise aux normes des installations techniques ;
- des investissements en matériels notamment biomédicaux pour le développement de l'activité, de la performance et de la sécurité (72 M€) ;
- un système d'information structurant, indispensable pour accompagner la modernisation et le renouvellement des organisations (28 M€).

Les principales opérations d'investissement concerneront la restructuration de l'hôpital DUPUYTREN, pour le moderniser et améliorer le confort des patients. Elle nécessite la réalisation des surfaces supplémentaires nécessaires pour augmenter le nombre de chambres individuelles et améliorer les conditions d'hébergement des patients (suppression des chambres à 3 lits) dans le bâtiment principal, ainsi qu'un phasage précis compatible avec la réalisation des travaux dans un site qui restera en service. En termes de travaux, elle concerne une surface de 13 400 m² et se déroule (opérations tiroirs comprises) de 2009 à avril 2013.

b) la réorganisation des pôles hospitalo-universitaires

Le projet architectural procède d'une démarche organisationnelle fondée sur une stratégie médicale dont le projet de regroupement fonctionnel du pôle Cœur – Poumon – Rein est une première illustration : les projets de pôle

d'onco-hématologie, de pôle biologie santé ou du pôle clinique médical prolongent cette démarche.

L'optimisation des ressources induite par des structures d'hospitalisation adaptées et les regroupements (par exemple des consultations, des soins intensifs et de surveillance continue) engendrent, par les économies d'échelle et la mutualisation des moyens, des gains de productivité importants tout en améliorant les conditions de prise en charge des patients par les équipes.

C'est dans ce contexte que la CME et le conseil d'administration se sont prononcés favorablement pour une redéfinition cohérente du contour des pôles d'activité clinique et médico-technique. En effet, la seconde phase de restructuration de l'hôpital DUPUYTREN permet de reconsidérer le contour des pôles autour d'une logique d'organe ou de filière de prise en charge afin d'en améliorer la performance. En interne, les regroupements permettent à chacun des pôles de construire un projet médical autour d'un objectif d'amélioration de la performance dont les principaux leviers seront contractualisés. En externe, l'efficacité permet de conserver ou de conforter le statut d'établissement de santé de référence. Une coopération ou des complémentarités avec le secteur privé sont envisagées, notamment pour partager les plateaux techniques (ophtalmologie, rythmologie) et les compétences (postes partagés) : ce développement de l'efficacité des pôles s'inscrit parfaitement dans le projet médical de territoire.

5 – Le personnel

5.1 - L'évolution des effectifs

Au 31 décembre 2008, le CHU comptait, en équivalent temps plein (ETP), 775 personnels médicaux dont 332 permanents, et 5100 personnels non médicaux (voir annexe 10 effectifs tableaux 1b, 2a et 2b).

Les effectifs médicaux ont crû de 8 % entre 2006 et 2008. Comparé aux autres CHU, le poids du personnel médical par rapport à l'ensemble du personnel se situe, de 2005 à 2007 (source BDHF) toujours sous la moyenne de la catégorie (0,067 contre 0,085 en 2007). La faible densité médicale relative est confirmée par exemple en MCO, puisque celle-ci est constamment sous la moyenne de la catégorie de 2005 à 2007, (en 2007 : 0,54 contre 0,67).

Le personnel médical est composé, en 2008, d'environ 43 % de médecins permanents.

Les personnels non médicaux sont passés de 4776 à 5100 ETP au cours de la même période, soit une augmentation de 324 agents (+ 6,4 %). Cette croissance a été surtout importante en 2007 (188 ETP, +4,2 %), en grande partie (113, 2 ETP) recrutés pour l'ouverture du HME en 2007.

La création de l'ensemble immobilier séparé de l'établissement principal est coûteuse en personnels pour 4 raisons :

1) la création de surfaces et de volumes supplémentaires, la multiplication des divers matériels et installations techniques a été forcément génératrice d'un recrutement de personnel d'entretien et de maintenance ;

2) la séparation d'avec DUPUYTREN est facteur de doublement d'installations, donc de personnels médico-techniques ;

3) la création du nouveau service des urgences pédiatriques ;

4) la perte de temps pour transporter personnes et biens pour les services non doublonnés.

Nombre et performance des personnels

Selon l'indicateur BDHF mesurant le poids des personnels médicaux des CHU, avec 0,67, celui des personnels du CHU de Limoges est inférieur en 2006 et 2007 à la moyenne des CHU (supérieure à 0,83).

La mesure, à travers les indicateurs PMSI, et plus précisément de l'indicateur performance de l'ATIH (indicateur recettes T2A/ masse salariale des personnels médicaux MCO 2007), montre que le personnel médical en MCO est bien plus productif que celui des CHU (indice 15,28, médiane de la catégorie 11,9).

En revanche, pour les personnels non médicaux, le même indicateur situe la productivité des PNM de l'établissement légèrement sous celle des autres CHU. Selon l'indicateur P6 du « Diagnostic Flash » 2007 qui mesure l'effectif de personnel non médical des services cliniques nécessaire pour générer 5 millions d'€ de recettes, la productivité des soignants place le CHU de Limoges parmi les 10 % des CHU les moins performants.

Si le poids relatif des soignants se situe près de la médiane des CHU, celui des personnels techniques est nettement supérieur (en 2007 : 0,160 contre 0,119), mais cette comparaison doit être relativisée en fonction du taux d'externalisation de la logistique.

La productivité des services

Selon l'ATIH, le ratio mesurant la productivité des personnels non médicaux (PNM) est légèrement défavorable puisque, avec un indice de 3,24, le CHU se situe sous la médiane (3,25). Selon les indicateurs 2007 "PROCESSUS / ORGANISATION" du Diagnostic Flash (ATIH), le personnel non médical "Logistique et administration" se situent parmi les 20 % les moins productifs.

En réponse à l'observation de la chambre relative à l'efficacité de ses services, le CHU indique que dans le cadre de son projet d'extension, il est prévu de revoir les différentes organisations et de mutualiser les ressources. Un travail sur la structure de l'emploi IDE/AS et ASH est également mené au regard de comparaisons avec d'autres CHU.

Paiement d'indemnités de nuit

Le conseil d'administration du CHU a délibéré à trois reprises sur l'attribution d'une indemnité spéciale de nuit sans fondement réglementaire aux IDE et laborantins en 1967, 1973 et 2004. Selon le CHU, cette indemnité concernait 381 personnes. En 2004, le directeur de l'ARH avait déféré au Tribunal Administratif une délibération du conseil d'administration de 2004 actualisant le dispositif, et ce dans le délai réglementaire de deux mois. Par jugement du 25 novembre 2004, le Tribunal Administratif de Limoges a annulé cette délibération, mais considéré qu'il ne pouvait plus se prononcer sur celles de 1967 et 1973.

A l'occasion de la création des emplois liés à la mise en service de l'HME, le directeur de la DHOS, par courrier du 20 septembre 2006, invitait le directeur général du CHU à "*procéder à la remise à plat des dysfonctionnements existants, notamment le paiement d'éléments de rémunérations indues aux IDE et aux techniciens de laboratoire travaillant de nuit*". Un protocole d'accord signé le 28 novembre 2006 a permis d'articuler la régularisation d'une situation critiquable (octroi de l'indemnité spéciale de nuit) avec l'apparition de besoins supplémentaires, notamment d'heures supplémentaires, et plus particulièrement d'heures supplémentaires de nuit. Par rapport au dernier exercice (2005 : 1 415 k€) au cours duquel a été versée cette indemnité spéciale de nuit, les montants payés au titre du protocole de novembre 2006 (412 k€ en 2007, 437 k€ en 2008) font ressortir une économie annuelle de l'ordre de 1 M€. Il appartient à l'établissement de veiller à ce que, dans le strict respect des dispositions du protocole, les nuits supplémentaires payées sous forme d'heures supplémentaires bénéficient exclusivement à des agents auxquels l'indemnité spéciale de nuit a été supprimée.

5.2 - Le recrutement

Conformément à la réglementation, le recrutement de CDI n'est autorisé que lorsque la nature des fonctions ou des besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions. Il est également autorisé lorsqu'il s'agit de pourvoir des fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances hautement spécialisées. De même, ce recours est permis, lorsqu'il s'agit d'emplois permanents à temps complet inférieurs au mi-temps, ou lorsque l'agent ne possède pas la nationalité française, mais de l'Union européenne ou de l'espace économique européen.

En 2005, l'effectif des contractuels à durée indéterminée est très élevé (405 ETP) et progresse sensiblement en 2006 et 2007 (+ 42) pour atteindre 458,7 ETP en 2008, soit 9 % des effectifs du PNM. (voir annexe 10 tableau 2). Le CHU, explique partiellement l'augmentation entre 2006 et 2007 « *par plusieurs facteurs conjoncturels, et notamment le recrutement de 21 Attachés de Recherche Clinique* ».

Si le CHU a pu, en partie, recruter par contrats pour des motifs juridiquement fondés (limite d'âge, nationalité, poste à temps non complet, fonctions nouvellement prises par l'administration ou nécessitant des connaissances hautement

spécialisées, informatique, qualité, communication et finances), l'examen des fonctions exercées par les contractuels en durée indéterminée ne justifie pas la plupart des recrutements : ainsi, au 30 juin 2009 sont sous contrat à durée indéterminée 73 adjoints administratifs, 58 aides-soignants, plus de 120 agents de service, mais également plusieurs dizaines d'ouvriers et d'agents d'entretien, de nombreux techniciens et techniciens de laboratoire.

Si le CHU estime dans sa réponse que l'article 9 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ne réserve pas exclusivement à des fonctionnaires les postes nécessaires au bon fonctionnement de l'activité hospitalière et à la continuité des soins, la chambre -qui en est convenue comme il est rappelé ci-dessus- n'en considère pas moins que le recrutement significatif de contractuels sur des postes permanents, ne présentant aucune difficulté particulière à être pourvus est contraire à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 (statut de la fonction publique hospitalière) qui prévoit que ce sont les fonctionnaires qui occupent les emplois permanents à temps complet ou à temps non complet dont la quotité de travail est au moins égale au mi-temps.

Au surplus, des personnels qualifiés dont le recrutement aurait dû donner lieu à des concours régionaux (demandés régulièrement à l'autorité compétente en la matière selon la réponse du CHU) ont également été recrutés par cette voie : c'est le cas de 46 sur 50 ingénieurs hospitaliers et de trois psychologues exerçant à temps plein.

5.3 - L'avancement

Les statuts des personnels hospitaliers précisent trois modalités d'avancement des agents :

- l'avancement à la durée moyenne d'échelon : cette durée moyenne est fixée par les dispositions statutaires ;
- l'avancement avec une durée minimale dans l'échelon : cette durée minimale correspond à la durée moyenne diminuée d'un quart et le nombre des promotions à durée minimale est strictement limité à une sur trois ;
- l'avancement à la durée maximale, accordé de plein droit, qui s'effectue à la durée moyenne majorée d'un quart.

Au CHU, en se fondant sur une circulaire du 3 décembre 1959 relative au recrutement et à l'avancement du personnel administratif qui dispose que « *rien ne s'oppose à ce que l'avancement d'échelon des agents ayant obtenu une note supérieure à la note moyenne de 12,5 mais ne pouvant faire l'objet d'une promotion au minimum d'ancienneté soit prononcé après une durée de service comprise entre la durée minimum et la durée moyenne d'ancienneté.* », l'avancement s'effectue, en plus, à une durée intermédiaire résultant de l'octroi de réductions significatives de durée dans l'échelon à tous les agents dès lors que leur note administrative est supérieure à 15 (au CHU la notation s'effectue sur 25). Le tableau n° 19 ci-après retrace les conditions d'avancement au CHU étant précisé que le nombre d'agents du CHU ayant une note administrative inférieure à 15 est marginal.

Tableau n° 19 : règles de l'avancement intermédiaire au CHU de Limoges

Durée moyenne échelon	Réductions Catégories C				Réductions Catégories B et A			
	Durée minimale si	Durée intermédiaire si			Durée minimale si	Durée intermédiaire si		
	Note > à la moyenne du grade (étant dans le 1 ^{er} tiers)	Note > à la moyenne du grade (n'étant pas dans le 1 ^{er} tiers)	Note > 15 Egale ou < à la moyenne du grade de moins d'un point	Note > 15 mais < à la moyenne du grade de un point et plus	Note > à la moyenne du grade (étant dans le 1 ^{er} tiers)	Note > à la moyenne du grade (n'étant pas dans le 1 ^{er} tiers)	Note > 15 Egale ou < à la moyenne du grade de moins d'un point	Note > 15 mais < à la moyenne du grade de un point et plus
24 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois	6 mois	5 mois	4 mois	3 mois
36 mois	12 mois	10 mois	8 mois	6 mois	9 mois	8 mois	8 mois	6 mois
48 mois	12 mois	10 mois	8 mois	6 mois	12 mois	10 mois	8 mois	6 mois

Eu égard aux textes législatifs et réglementaires intervenus depuis 1959, il est peu probable qu'un dispositif, fondé sur une circulaire applicable au personnel administratif, ait encore une base légale suffisante pour justifier la poursuite de l'application qui en est faite au CHU de Limoges en matière d'avancement, sous réserve de l'appréciation souveraine de la juridiction compétente. Une estimation du surcoût de cette gestion est donnée en annexe 10 tableau 1c (270/280 k€/ an).

Si le CHU observe en réponse que les comités techniques paritaires de juin 1981 et septembre 1982 ont entériné ces règles d'avancement intermédiaire, et indique fonder sa pratique d'avancement à la durée intermédiaire sur la circulaire du 3 décembre 1959 et sur l'article 67 de la loi du 9 janvier 1986 qui fait état de l'avancement d'échelon à "l'ancienneté réduite", la chambre maintient que les textes en vigueur ne connaissent pas d'avancement d'échelon à "l'ancienneté réduite" autre que l'avancement à l'ancienneté minimale, dans un cas sur trois comme rappelé ci-dessus et que la circulaire de décembre 1959 applicable au personnel administratif constitue une base juridique fragile pour fonder la définition de l'avancement du personnel du CHU. Elle invite l'établissement à revenir à une gestion de l'avancement d'échelon conforme à la réglementation.

5.4 - L'absentéisme

En l'absence de données complètes pour 2005, l'examen concerne la période 2006-2008 (selon détail donné par le tableau n° 20 ci-après et en annexe 10, tableau 3a). L'absentéisme du personnel non médical permanent croît de façon significative au CHU au cours de cette période, passant de 115 696 à 131 397 journées d'arrêt, toutes causes confondues. (+ 13,6 %). Par agent il augmente de 23,3 à 26,2 jours.

Selon le CHU les absences non liées à un motif médical ont augmenté de façon importante et plus particulièrement les absences pour service non fait, les absences pour motifs syndicaux et surtout les congés autorisés (+ 21 %) comme le congé de paternité (mis en place janvier 2008), ainsi que les congés de maternité et d'adoption (+ 24,2 %).

En excluant les causes d'absence sans rapport direct avec la santé des agents, il apparaît que, dans les absences pour causes médicales, représentant 83 % des absences :

- les arrêts pour maladie ordinaire, première cause d'arrêt en 2008 avec 43 117 jours (45,1% des arrêts pour maladie en 2008), ont crû de 15,6 %. Dans sa réponse le CHU indique que si le nombre des jours d'absence a bien augmenté globalement (partiellement en raison, selon la chambre, de l'augmentation des effectifs), le nombre de jours et la durée d'absence par agent baissent de 2006 à 2008, situant l'établissement, avec 11,87 j/agents sous la moyenne des CHU en 2008. Le CHU précise qu'une des causes de cette augmentation réside dans l'accroissement des congés pré et post maternités (1/4 des congés pour maladie ordinaire). Cela étant, la chambre constate que ces informations ne figurent pas dans le bilan social qui fait état d'une augmentation du nombre de jours d'absence pour maladie ordinaire des personnels permanents de 2006 (7,52 j) à 2008 (8,59 j), et concomitamment d'une baisse pour les contractuels entre 2006 (5,10) et 2008 (4,11).

- les congés pour maternité ont également fortement progressé entre 2006 et 2008 (22 067 jours en 2008 en augmentation de 24 %), entraînant conséquemment un accroissement des congés pré et post maternité, expliquant probablement, au moins partiellement, l'augmentation des absences pour maladie ordinaire ;

- les arrêts de travail pour longue maladie et longue durée (2ème cause d'arrêt en 2008) ont augmenté globalement de 34 056 à 35 401, soit + 3,8 % depuis 2006 ; le CHU indique que, par agent, l'évolution est inverse puisque le nombre de jours d'absence passe de 11,25 en 2005 à 8,68 en 2008 tandis que le nombre d'agents en congé de longue maladie et de longue durée baisse parallèlement de 5,2 à 3,6%. La chambre rappelle que le bilan social 2008 fait pourtant état d'une augmentation du nombre de jours d'absence par agent de 6,87 en 2006 à 7,05 en 2008 pour les personnels permanents (de 0 à 0,70 pour les personnels non permanents).

- les arrêts pour accidents de travail et de trajet (6 255 jours, soit 6,5 % des arrêts maladie) ont augmenté de + 8,2 % et sont surtout provoqués par des affections chroniques du rachis liées aux manutentions ; leur durée croît avec l'âge.

- les arrêts pour maladie professionnelle (y compris nosocomiales) et maladies imputables au service ont quadruplé entre 2006 et 2008 ; la reconnaissance par la commission de réforme des affections du rachis par suite des manutentions en explique partiellement l'évolution. Toutefois, avec 2815 jours en 2008, leur part ne représente que 2,9 % des arrêts.

Tableau n° 20 : absentéisme des personnels permanents pour raisons médicales

Années	2006	2007	2008	Evolution	
				Nombre	%
CLM et CLD	34056	33114	35401	1345	3,9%
Part dans le total	35,6%	34,6%	37,0%		
Maladie ordinaire	37274	36713	43117	5843	15,7%
Part dans le total	39,0%	38,4%	45,1%		
Maladie professionnelle	732	118	2815	2083	284,6%
Part dans le total	0,8%	0,1%	2,9%		
AT et de trajet	5781	6347	6255	474	8,2%
Part dans le total	6,0%	6,6%	6,5%		
Maternité et adoption	17762	20449	22067	4305	24,2%
Part dans le total	18,6%	21,4%	23,1%		
Total motif médical	95605	96741	109655	14050	14,7%

(en journées)

Source bilan social 2008

La chambre invite le CHU à vérifier la cohérence des données sur l'absentéisme et à étoffer le bilan social par l'étude des arrêts maladie par durée, fréquence et service soumise au CTE et CHSCT. Elle prend acte du travail de prévention réalisé par les sous-commissions émanant de ces instances.

*
* *

En conclusion, même si le CHU de Limoges a des fondamentaux plutôt satisfaisants, et dont l'évolution récente de l'exécution de son EPRD 2009 confirme leur solidité, le plan global de financement pluriannuel (PGFP) de l'établissement devra faire face aux défis en prenant des mesures de réorganisation profonde notamment :

- revoir le périmètre de ses pôles ;
- mettre en place une politique d'investissement en ligne avec les possibilités de l'établissement ;
- réorganiser son fonctionnement en diminuant ses capacités d'hospitalisation complète au profit des activités de semaine ou ambulatoire ;
- enfin, moderniser son système d'informations

Délibéré par la chambre le 2 mars 2010

Le Président

Christophe ROSENAU

Annexe 1

Identité de l'établissement (*)

Tableau 1

I Fiche d'identité de l'hôpital (joindre à l'appui, la fiche de synthèse (SAE))				
Fiche d'identité de l'établissement	2005	2006	2007	2008
1 Nombre total de lits installés	1 852	1 842	1 825	1 791
2 Nombre de places	109	110	123	130
3 Nombre de journées et venues MCO	293 158 journées 23 540 venues	295 364 journées 23 907 venues	299 825 journées 14 848 venues	303 229 journées 18 651 venues
4 Nombre de séjours de MCO	110 858	112 011	108 691	112 951
5 Nombre de séances	45 639	45 764	42 532	44 255
6 Valorisation 100% T2A des séjours de MCO	206 531 K€	205 499 K€	211 249 K€	209 539 490 K€
7 Valorisation 100% T2A des séances	13 947 K€	14 115 K€	13 730 K€	14 053 K€
8 Dépenses fonctionnement H	371 103 K€	393 775 K€	441 469 K€	442 878 K€
9 Recettes de fonctionnement H	376 785 K€	396 098 K€	410 883 K€	440 135 K€
10 Crédits MIGAC reçus	44 047 K€	53 370 K€	56 976 K€	61 213 K€
11 Crédits MERRI reçus (CHU)	nc	nc	nc	32 554 K€
12 ETP totaux PNM	3932,41	3926,22	4488,1	4676,12
13 ETP totaux PM		717,62	735,05	775
14 ETP MCO PM cliniques		299,62	295,95	298,89
15 Dont internes		363,5	376,5	406
16 ETP MCO PNM cliniques				
17 L'établissement dispose-t-il d'une comptabilité analytique (oui/non)				
II Les retraitements comptables				
Le rattachement des charges à l'exercice (k€)				
18 Total des charges reportées (de n-1 sur n)	720	423	151	385
19 Total des charges reportées (de n sur n+1)	151	385	740	265
20 Taux de charges reportées		0,1	0,1	0,2
Les dotations aux provisions sous évaluées ou omises dont :				
Nombre de jours de CET valorisés (PM+ PNM)	3917	5188	7099	6104
Les provisions au titre du compte épargne temps (CET)				
21 Nombre jours de CET PNM cumulés	2848	3755	5711	5272
22 Nombre jours de CET PM cumulés	7540	2453	3446	-2031
23 Montant total des crédits inscrits au compte 143	2075	2034	2012	4628
24 Insuffisance des inscriptions au compte 143	-1842	-3154	-5087	-1476
Les provisions au titre du compte 15				
25 Insuffisance des inscriptions au compte 1511 (litiges et contentieux)				
25 Insuffisance des inscriptions au compte 15 (créances douteuses)				
Les provisions au titre du compte 145 (différé de remboursement de dettes financières)				
26 Insuffisance des inscriptions au compte 145				
Les reprises de provisions par anticipation				
27 Montant des reprises sur provision par anticipation				
Les dotations aux amortissements sous évalués				
28 Insuffisance des inscriptions au compte 68 (et 28)				
Le rattachement des produits à l'exercice				
29 Total des produits reportés (de n-1 sur n) (k€)	2016	1997	2482	2117
30 Total des produits reportés (de n sur n+1)	2482	2117	2602	2530
titres annulés puis réémission sur l'exercice suivant				
Les produits exceptionnels (équilibre, reductibles ou à provisionner - titre 4 pour surcoûts d'investissement,,)				
31 Total des subventions exceptionnelles (à détailler)				
32 Total des autres dotations exceptionnelles (à détailler)				

* cette annexe constitue un document normalisé correspondant à l'annexe 3 de l'enquête sur la situation financière des EPS.

Annexe 1 (suite)

Identité de l'établissement

(Détail subventions et dotations exceptionnelles)

Tableau 2

Les produits exceptionnels (équilibre, reconductibles ou à provisionner - titre 4 pour surcoûts d'investissement) en k€	2005	2006	2007	2008
c/142				
- Mise en conformité sécurité incendie (rc1 08)				1 000
- Mise en conformité sécurité incendie (rc2 08)				500
- Sécurité incend. restr° SAMU/SMUR (rc2 08)				22
- SIH équipement terminaux multimédia (rc1 08)				500
- Hôpital mère-enfant (hôpital 2007)		1 291		
- Aide à la structuration matérielle de la consultation d'oncogénétique		20		
- SAMU 87 gestion risques : équipement locaux accueil asso°s usagers		10		
C/1518				
- P.P.I.		3 212		
- P.P.I.	2 000			
- Plan directeur	500			
c/158				
- Urbanisation site Marcland (EPRD 08)				60
- Etude patrimoniale (rc2 08)				50
- Plan cancer - maison du cancer (rc2 08)				30
- Alzheimer - musicot., médic., (rc2 08)				200
- SIH - DMP, rés. AMO téléradiolo. (rc2 08)				50
- Restructuration Dupuytren			800	
- Campus de santé			30	
- Soins palliatifs (équipements salles)			60	
- Unité de soins palliatifs (capacité 10 lits)			458	
- Insem/maladies rares (10 moniteurs apnée)			32	
- Restructuration hospit. : audit labos			15	
- Mise en œuvre UNVR			383	
- Informatisation urgences ligne SDIS SAMU			30	
- Ouverture HME		6 100		
- Informatisation des échanges assurance maladie et trésor public		40		
- Informatisation dossier médical néphrologie-hémodialyse		465		
- Ouverture HME	1 362			
- Cancéropole	19			
- Passage laboratoires P2 en P3	10			
- Achat spectromètre de masse - plan Région/CHU	96			
- Installation centre régional de lutte contre la douleur	100			
- Restructuration et centralisation de la reconstitution des cytotoxiques	135			
- Prix qualité 2005 - rhumatologie	10			
TOTAL	4232	11138	1808	2412

Annexe 2

Zone d'attractivité du C H U de LIMOGES

Parts de marché 2007 des 15 premiers établissements sur cette zone							
Raison sociale	Catég.	Nb séjours 2007	Nb séances 2007	Part de marché	Part de marché	Part de marché	Part de marché
		dans la ZA	dans la ZA	2007	2006	2007	2006
		(séances)					
C H U DE LIMOGES	CHR	53 544	37 202	36,8	36,2	72,1	74,9
CLINIQUE CHENIEUX	OQN	18 810	3 319	12,9	13,3	6,4	6,1
CLINIQUE DES EMAILLEURS LIMOGES	OQN	12 064	3	8,3	8	0	-
CLINIQUE DU COLOMBIER LIMOGES	OQN	11 736	-	8,1	8,5	-	-
CENTRE HOSPITALIER DE GUERET	CH	9 210	3 871	6,3	6	7,5	4,3
CENTRE HOSPITALIER DE ST-JUNIEN	CH	7 158	784	4,9	4,9	1,5	2
CLINIQUE DE LA MARCHE GUERET	OQN	4 012	701	2,8	2,9	1,4	1,3
CENTRE HOSPITALIER DE TULLE	CH	2 655	57	1,8	1,8	0,1	0,1
CENTRE HOSPITALIER DE CHATEAUROUX	CH	2 675	545	1,8	1,8	1,1	1
CTRE HOSPITALIER J BOUTARD ST YRIEIX	CH	2 393	113	1,6	1,6	0,2	0,3
CENTRE MEDICO-CHIR LES CEDRES BRIVE	OQN	1 787	-	1,2	1,1	-	-
CENTRE HOSPITALIER DUBOIS BRIVE	CH	1 501	2 655	1	1	5,1	5,5
CENTRE MEDICAL NATIONAL SAINTE FEYRE	EBNL	1 380	240	0,9	0,8	0,5	0,2
HOPITAL LABAJOUDERIE -CONFOLENS	CH	1 099	-	0,8	0,7	-	-
CL. MED.OBST.CHIR."ST FRANCOIS"	OQN	1 098	32	0,8	0,8	0,1	0
Autres publics et privés sous DGF		8 370	1 557	5,7	5,6	3	3,3
Autres privés sous OQN		6 107	545	4,2	5,8	1,1	1
		145 599	51 624				

source Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) : bases 2007

I – Les 16 volets du SROS 2006-2011 du Limousin

Médecine, chirurgie, périnatalité, soins de suite, rééducation et réadaptation fonctionnelle, hospitalisation à domicile, prise en charge des urgences et articulation avec la permanence des soins, réanimation, soins intensifs, soins continus, imagerie médicale, techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale, prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, psychiatrie et santé mentale, prise en charge des personnes âgées, prise en charge des enfants et des adolescents des personnes atteintes de cancer, soins palliatifs ainsi que des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

II – Thématiques des Schémas d'organisation sanitaire

Thématiques du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS) : accidents vasculaires cérébraux: cancérologie, cardio-vasculaire, chirurgie, douleur et soins palliatifs; HAD / SSIAD; imagerie, insuffisance rénale chronique, médecine; périnatalité; personnes âgées, réanimation; soins de suite et de réadaptation; urgences; patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires; recherche.

Thématiques du Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire (S10S) : Traitement des grands brûlés : chirurgie cardiaque, neurologie, transplantations.

III – Orientations stratégiques contractualisés entre le CHU et l'ARH dans le CPOM

1 - Conforter le rôle universitaire et régional :

Prioriser des axes de recherche sur des créneaux innovants , stabiliser et pérenniser l'équipe de recherche du centre de recherche clinique en vue de sa prochaine labellisation INSERM, participer à la politique de répartition régionale des internes et de gestion du post-internat, poursuivre la politique de labellisation des services des établissements périphériques publics et PSPH, développer la coopération en matière d'imagerie médicale.

2 - Améliorer l'efficacité des pratiques hospitalières :

Améliorer le dispositif de gestion interne (généraliser la mise en place des pôles d'activité et la contractualisation interne) ; développer les alternatives à l'hospitalisation, dont la chirurgie ambulatoire ; améliorer la prise en charge du cancer ; organiser l'activité d'allogreffes au sein de l'établissement ; regrouper géographiquement les activités douleur et soins palliatifs et organiser le réseau régional douleur et soins palliatifs, à partir de l'unité de soins palliatifs de 10 lits et du centre régional de la douleur.

3 - Améliorer et fluidifier la filière gériatrique à partir d'un pôle d'activités sur le site de Dupuytren/Rebeyrol :

Développer l'activité de médecine interne gériatrique, le secteur de post-urgences gériatriques, et l'intervention de l'unité mobile gériatrique, tout particulièrement en extrahospitalier, organiser une unité de recours de soins gériatriques, individualiser les secteurs spécialisés de soins de suite et de réadaptation (SSR) gériatriques, développer les alternatives à l'hospitalisation ; améliorer le partenariat et le travail en réseau avec les structures médico-sociales et le secteur libéral et mettre en œuvre fin 2007/début 2008 le service de soins infirmiers à domicile pour les personnes âgées et handicapées (SSIAD).

4 - Structurer la filière de prise en charge graduée des assistants vasculaires cérébraux (AVC) à partir de la mise en place de l'unité neuro-vasculaire (UNV) :

Mettre en œuvre l'UNV (26 lits dont 6 lits de soins intensifs) ; renforcer les coopérations avec la clinique du Colombier pour valoriser et mutualiser les compétences existantes ainsi qu'avec les autres établissements de santé de la région concernés (hospitalisation de proximité et structures d'aval de l'hospitalisation aiguë) ; structurer et organiser le fonctionnement de la filière régionale de prise en charge des AVC, notamment par l'harmonisation des procédures et la mise en œuvre d'une politique d'information (grand public, généralistes...) ; structurer les SSR par l'organisation d'une unité spécialisée de réadaptation des AVC (20 lits), la création d'une équipe mobile de coordination entre services pour optimiser la réadaptation, et la création d'une unité mobile de suivi et de maintien à domicile adossée à un réseau Ville / Hôpital.

IV – Les thèmes du projet médical 2001-2005 du CHU de Limoges

- les axes principaux du projet médical 2001-2005 : la prise en charge globale dans un véritable pôle naissance des activités d'obstétrique, de néonatalogie et de réanimation néonatale, la mise en commun des secteurs d'urgence médico-chirurgicale pédiatrique, l'aménagement d'un plateau technique partagé et une réponse adaptée à la gradation des soins (HME).

Les actions mises en œuvre ont été les suivantes :

- individualisation d'une unité de grossesses pathologiques ;
- mise en place du développement de la chirurgie reconstructrice du sein ;
- maillage régional pour améliorer la coordination entre les professionnels de la naissance ;
- communication facilitée permettant de faire vivre le réseau de périnatalité ;
- consolidation de sur-spécialités pédiatriques ;
- développement de techniques chirurgicales non invasives de l'enfant ;
- développement des techniques de micro-injections (ICSI) en AMP ;

– création d'une unité fonctionnelle d'urgences pédiatriques et individualisation de temps médical dédié à l'accueil des urgences.

- l'actualisation des dix thèmes du projet médical : les filières de prise en charge des personnes âgées ; l'oncologie ; les soins intensifs / réanimation ; l'imagerie (radiologie, imagerie médicale et médecine nucléaire) ; la réorganisation pôle mère-enfant et des soins de suite ou de réadaptation ; l'adéquation des malades provenant des urgences vers les services MCO ; le regroupement des activités à vocation identique ou complémentaire ; la mise en place d'un système d'évaluation de la qualité des soins et de gestion des risques, ainsi que le développement des partenariats avec les établissements et les professionnels de santé.

- l'application du SROS du Limousin : 7 nouveaux thèmes médicaux : la fonction de pôle régional ; la lutte contre le tabagisme ; la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux à visée régionale ; prise en charge des affections cardio-vasculaires ; l'hospitalisation à domicile ainsi que la lutte contre la douleur et soins palliatifs.

Le suivi comptable par pôle
L'exemple du pôle oncologie – année 2007

Année 2007
Pôle ONCOLOGIE

Services Oncologie - Radiothérapie - dermatologie - Urologie

Dépenses (hors MIG et MERRI part variable)		Recettes (hors dotation MIG + MERRI + AC)	
1- HOSPITALISATION		1- HOSPITALISATION	
Le case-mix de l'année retenue valorisé au coût par GHM (ENC)		GHS	19 911 874,84
- Dépenses de Personnel Médical	891 101,51	bornes basses	-6 149,05
- Dépenses de Personnel Non Médical	5751 00 017	bornes hautes	243 897,32
		soins continus	757 246,93
		suppléments radiothérapie	103 937,83
Total dépenses de personnel	6642 118,93		
- Consommables médicaux	2416 00 429		
- Amortissements, maintenance,...	880 578,99		
- Prestations médico-techniques	4154 336,43		
- Blanchisserie	241 769,42		
- Restauration	427 910,03		
- Logistiques autres	4420 596,44		
TOTAL HOSPITALISATION	19183 739,64		
<i>Abattement Merri part fixe et AC -12,48%</i>	<i>-2394 130,71</i>		
TOTAL NET HOSPITALISATION	16789 608,93	TOTAL NET HOSPITALISATION	21 10 807,87
Excédent net Hospitalisation	4221 198,94		
2- ACTIVITE EXTERNE		2- ACTIVITE EXTERNE	
- Consultations externes	1160 268,12	Activité facturée en coefficients valorisée au tarif NGAP et CCAM	711 297,51
- Explorations fonctionnelles	160 582,26		
- Quote-part logistique générale	55 00 608		
<i>Abattement Merri part fixe et AC</i>	<i>-171 781,98</i>		
TOTAL ACTIVITE EXTERNE	1204 00 676	TOTAL ACTIVITE EXTERNE	711 297,51
		déficit net Activité Externe	493 378,69
TOTAL DEPENSES	17994 285,13	TOTAL RECETTES	21 722 105,38
EXCEDENT	3727 820,25	DEFICIT	

Tableau 1 : statistique annuelle de l'établissement 2005

SAE 2005

Q02A - Activité réalisée

Entité Finess sélectionnée : 870000015 - C H U DE LIMOGES

Type de calcul : EJ consolidées

Nombre d'entrées, venues, journées, consultations et séances	Nombre de	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO	Psychiatrie		Total psy.	Soins de suite ou de réadaptation		Total soins de suite (champ calculé)	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
						Psy. générale	Psy. infanto- juvénile		Réadapt. Fonction- nelle	Soins de suite				
Code discipline		2110	2120	2130	2100	220A	220B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000

Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)

Hospitalisation complète (TA 03)	journées réalisées	156141	105411	17686	279238				19213	62885	82098	187036		548372
	entrées directes	25249	15428	3604	44281				574	2151	2725	360		47366
	entrées totales	25252	15428	3604	44284				576	2159	2735	367		47386

Hospitalisation de semaine (si unité individualisée)

Hospitalisation de semaine (TA 20)	journées réalisées	8565	4271	1084	13920									13920
	entrées directes	4410	2239	574	7223									7223
	entrées totales	4410	2239	574	7223									7223

Alternatives à l'hospitalisation complète : nombre de venues (TA 23, TA 04, TA 05), séances (TA 19) ou journées de prise en charge (TA 06)

Anesthésie ou chirurgie ambulatoire (TA 23)	venues	1398	696		2094									2094
Hospitalisation de jour (TA 04) yc chimiothérapie	venues	19936		980	20916			2313	2981	5294				26210
Hospitalisation de nuit (TA 05)	venues	530			530									530
Traitements et cures ambulatoires (TA 19) yc radiothérapie	séances	20803			20803								16507	37310
Hospitalisation à domicile (TA 06)	journées de prise en charge	5849			5849								1039	6888

Consultations

Consultations, soins externes (TA 07)	consultations	109114	87548	33160	229822	2798		2798	3314	12	3326		22851	258797
Consultations dentaires et soins dentaires (TA 28)	consultations												7078	7078

Accueil des urgences : nombre de passages

Accueil des urgences (TA 10)	passages												48860	48860
------------------------------	----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	-------

Activités des structures extra-hospitalières (psychiatrie) : nombre de journées (TA 24, TA 37, TA 38, TA 39, TA 16) ou de venues (TA 21)

Accueil familial thérapeutique (TA 24)	journées													
Accueil en appartement thérapeutique (TA 37)	journées													
Accueil en centre de post cure (TA 38)	journées													
Accueil en centre de crise (TA 39)	journées													
Accueil de jour (TA 21)	venues													
Prestation sur le lieu de vie (TA 16)	journées													

file active

Patients vus au moins une fois dans l'année en hospitalisation	Patients				40608	4339							115074	
---	----------	--	--	--	-------	------	--	--	--	--	--	--	--------	--

Annexe 5

Tableau 2 : statistique annuelle de l'établissement 2006

SAE 2006

Q02A - Activité réalisée

Entité Finess sélectionnée : 870000015 - C H U DE LIMOGES

Type de calcul : EJ consolidées

Nombre d'entrées, venues, journées, consultations et séances	Nombre de	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO	Psychiatrie		Total psy.	Soins de suite ou de réadaptation		Total soins de suite (champ calculé)	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
						Psy. générale	Psy. infanto- juvénile		Réadapt. Fonction- nelle	Soins de suite				
Code discipline		2110	2120	2130	2100	220A	220B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000
Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)														
Hospitalisation complète (TA 03)	journées réalisées	155988	106416	17786	280190				17543	62040	79583	187325		547098
	entrées directes	23932	15780	3641	43353				509	2263	2772	341		46466
	entrées totales	23932	15780	3641	43353				509	2270	2779	350		46482
Hospitalisation de semaine (si unité individualisée)														
Hospitalisation de semaine (TA 20)	journées réalisées	9947	4218	1009	15174									15174
	entrées directes	5144	2223	524	7891									7891
	entrées totales	5144	2223	524	7891									7891
Alternatives à l'hospitalisation complète : nombre de venues (TA 23, TA 04, TA 05), séances (TA 19) ou journées de prise en charge (TA 06)														
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire (TA 23)	venues	1451	859		2310									2310
Hospitalisation de jour (TA 04) yc chimiothérapie	venues	19678		1313	20991				2390	3176	5566			26557
Hospitalisation de nuit (TA 05)	venues	606			606									606
Traitements et cures ambulatoires (TA 19) yc radiothérapie	séances	21043			21043								15618	36661
Hospitalisation à domicile (TA 06)	journées de prise en charge	7655			7655								453	8108
Consultations														
Consultations, soins externes (TA 07)	consultations	107188	94364	34997	236549	5167		5167	3851	8	3859		16332	261907
Consultations dentaires et soins dentaires (TA 28)	consultations												7437	7437
Accueil des urgences : nombre de passages														
Accueil des urgences (TA 10)	passages												50478	50478

Tableau 3 : statistique annuelle de l'établissement 2007

SAE 2007

Q02A - Activité réalisée

Entité Finess sélectionnée : 870000015 - C H U DE LIMOGES

Type de calcul : EJ consolidées

Nombre d'entrées, venues, journées, consultations et séances	Nombre de	Médecine	Chirurgie	Gynécologie Obstétrique	Total MCO	Psychiatrie		Total psy.	Soins de suite ou de réadaptation		Total soins de suite (champ calculé)	Soins de longue durée	Autres disciplines de la section hôpital	Total section hôpital (champ calculé)
						Psy. générale	Psy. infanto- juvénile		Réadapt. Fonction- nelle	Soins de suite				
Code discipline		2110	2120	2130	2100	220A	220B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000
Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)														
Hospitalisation complète (TA 03)	journées réalisées	158514	106588	19368	284470				18718	59772	78490	186908		549868
	entrées totales	23311	15250	4019	42580				518	2328	2846	390		45816
Hospitalisation de semaine (si unité individualisée)														
Hospitalisation de semaine (TA 20)	journées réalisées	10374	4080	901	15355									15355
	entrées totales	5220	1986	481	7687									7687
Alternatives à l'hospitalisation complète : nombre de venues (TA 23, TA 04, TA 05), séances (TA 19) ou journées de prise en charge (TA 06)														
Anesthésie ou chirurgie ambulatoire (TA 23)	venues	1504	2054		3558									3558
Hospitalisation de jour hors chimiothérapie (TA 04)	venues	8952	268	1519	10739				2383	3391	5774			16513
Hospitalisation de nuit (TA 05)	venues	551			551									551
Séances de chimiothérapie	séances	8134			8134									8134
Séances de radiothérapie	séances	18597			18597									18597
Séances d'hémodialyse	séances	15770			15770									15770
Séances de transfusion sanguine	séances	1739			1739									1739
Autres traitements et cures ambulatoires (TA 19)	séances													
Hospitalisation à domicile (TA 06)	journées de prise en charge	8099			8099								242	8341
Consultations														
Consultations, soins externes (TA 07)	consultations	126297	108222	38655	273174	4380		4380	5272	5	5277			282831
Consultations dentaires et soins dentaires (TA 28)	consultations												7886	7886
Accueil des urgences : nombre de passages														
Accueil des urgences (TA 10)	passages												54045	54045

Annexe 5

Tableau 4 : statistique annuelle de l'établissement 2008

FINISS : 870000015 - C H U DE LIMOGES Bordereau: Q02A - Activité réalisée															
Campagne : SAE 2008															
Nombre d'entrées, venues, journées, consultations et séances		code discipline	Médecine	Chirurgie	Gynécologie	Total MCO	Psychiatrie		Total	Soins de suite	Total soins de	Soins de	Autres	Total	
					Obstétrique	(champ calculé)	psychiatrie	ou de réadaptation	suite	longue	disciplines	section			
						Psychiatrie	Psychiatrie	(champ calculé)	Réadaptation	Soins de	(champ calculé)		hôpital	(champ calculé)	
						générale	infanto-juvénile		fonctionnelle	suite			hôpital		
			2110	2120	2130	2100	220A	220B	2200	2410	2420	2400	2500	2600	2000
			A	B	C	D	P	Q	M	I	J	N	K	L	O
Hospitalisation complète (hors hospitalisation de semaine)															
Hosp.	journées	1	161243	105917	20308	287468				22995	54595	77590	184821	-	549879
complète	entrées														
	totales	3	23567	14751	4086	42404				725	2104	2829	438	-	45671
Hospitalisation de semaine (si unité individualisée)															
Hosp.	journées	4	10505	3965	1291	15761								-	15761
semaine	entrées														
	totales	6	5192	2022	613	7827								-	7827
Alternatives à l'hospitalisation complète : nombre de venues, séances ou journées de prise en charge															
Anesthésie ou chirurgie ambulatoires		7	1279	2704	870	4853	-	-	-	-	-	-	-	-	4853
Hospitalisation de jour hors chimiothérapie		8	10806	905	1560	13271				2364	3377	5741	-		19012
Hospitalisation de nuit		9	527	-	-	527									527
Séances de chimiothérapie		22	9362	-	-	9362	-	-	-	-	-	-	-	-	9362
Séances de radiothérapie		23	19149	-	-	19149	-	-	-	-	-	-	-	-	19149
Séances d'hémodialyse		24	16376	-	-	16376	-	-	-	-	-	-	-	-	16376
Séances de transfusion sanguine		25	1793	-	-	1793	-	-	-	-	-	-	-	-	1793
Autres traitements et cures ambulatoires		10		-										-	
Hospitalisation à domicile en journées		11	9537	-		9537									9537
Consultations															
Consultations, soins externes		12	116308	96837	31019	244164	4741		4741	2123	8	2131	-		251036
Consultations dentaires et soins dentaires		13	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7389	7389
Accueil des urgences : nombre de passages															
Accueil des urgences		14	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	57800	57800

.../...

Section d'exploitation et résultats consolidés de fonctionnement

Compte consolidé Montants exprimés en M€	2005	2006	2007	2008
DEPENSES DE FONCTIONNEMENT				
Budget principal H	343,7	364,6	381,0	411
Budget annexe A - DNA	~	~	~	~
Budget annexe E - EHPAD	23,8	24,9	26,1	27,3
Budget annexe C - Ecoles	3,5	3,8	4,0	4,3
Budget annexe P - Autisme	0,1	0,4	0,4	0,3
Budget annexe N - SSIAD*	-	-	-	~
TOTAL DES DEPENSES	371,1	393,7	441,5	442,9
RECETTES DE FONCTIONNEMENT				
Budget principal H	348,6	365,5	382,0	407,8
Budget annexe A - DNA	~	~	~	~
Budget annexe E - EHPAD	24,7	26,0	27,2	27,5
Budget annexe C - Ecoles	3,2	4,0	4,2	4,3
Budget annexe P - Autisme	0,1	0,5	0,5	0,5
Budget annexe N - SSIAD*	-	-	-	~
TOTAL DES RECETTES	376,8	396,1	410,9	440,1
RESULTAT CONSOLIDE dont	5,7	2,3	2,4	- 2,7
Compte de résultat principal H	4,9	0,9	1,1	-3,1
Compte de résultat annexe E - EHPAD	0,9	1,0	1,0	0,2
Compte de résultat annexe C - Ecoles	-0,2	0,2	0,1	~
Compte de résultat annexe P - Autisme	~	0,1	0,1	0,1
Compte de résultat annexe N - SSIAD	-	-	-	~
Compte de résultat annexe A - DNA	~	~	~	~

*SSIAD depuis sept 2008

Source comptes de gestion

Soldes Intermédiaires de Gestion consolidés

Soldes consolidés	2 005	2 006	2 007	2 008
Produits de la tarification à l'activité (A)	70 398	98 716	138 145	246 673
Dotation annuelle complémentaire (DAC) (B)	153 589	129 444	97 631	0
Sous total champ MCO & HAD (A + B)	223 987	228 160	235 776	246 673
Produits de l'act hosp non pris en charge par l'ass-	19 133	21 964	24 238	25 826
Sous-total variable selon l'activité (A + C)	89 531	120 679	162 383	272 499
MIGAC	44 047	53 369	56 976	61 213
Forfaits annuels	2 960	3 059	3 337	3 563
Dotation annuelle de financement (DAF)	17 918	17 908	18 074	19 365
Produits afférents aux soins (CRA)	12 065	12 936	13 219	13 418
Produits afférents à la dépendance	3 273	3 273	3 403	3 568
Produits de l'hébergement	8 807	9 322	9 746	9 556
Autres produits de tarification des CRA	123	374	500	541
Ventes de marchandises	12 537	11 229	11 917	13 692
Autres produits	5 448	5 983	5 907	6 613
Produits bruts d'exploitation	350 298	367 577	383 093	404 028
Consommations en provenance de tiers	76 510	83 716	90 918	100 430
Charges externes	14 411	21 299	23 532	23 462
Remboursements des frais des B A	-45	6 213	6 661	6 687
- Consommations intermédiaires	90 966	98 802	107 789	117 205
VALEUR AJOUTEE	259 332	268 775	275 304	286 823
+ Subventions d'exploitation	3 060	5 009	4 900	7 591
- Impôts et taxes	45	46	371	387
- Charges de personnel	241 468	250 410	263 856	276 168
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION	20 879	23 328	15 977	17 859
+ Autres produits de gestion courante	6 214	4 769	6 496	7 357
- Autres charges de gestion courante	2 526	1 981	1 943	2 631
MARGE BRUTE	24 567	26 116	20 530	22 585
+ Reprises sur amortissements et provisions et	1 374	636	646	1 007
- Dotations aux amortissements	13 840	14 611	17 301	18 850
- Dotations aux provisions et dépréciations	5 808	12 263	1 420	6 396
RESULTAT D'EXPLOITATION	6 293	-122	2 455	-1 654
+ Produits financiers	294	321	351	390
- Charges financières	1 370	1 375	1 549	1 725
RESULTAT COURANT	5 217	-1 176	1 257	-2 989
+ Produits exceptionnels	5 855	6 621	6 301	7 263
- Charges exceptionnelles	5 390	3 121	5 119	7 016
RESULTAT EXCEPTIONNEL	465	3 500	1 182	247
RESULTAT NET	5 682	2 324	2 439	-2 742

Tableau de bord financier de l'établissement public de santé (TBFEPS)

VOLET 1 - FICHE FINANCIERE		2005	2006	2007	Médiane	2008
1	GRANDEURS BILANTIELLES AU 31.12					
10	FRI (ressources / emplois) (en %)	86.0	84.0	85.0	99,20	83.6
11	FRE (ressources / emplois) (en %)	280.2	341.3	361.3	135,92	6 467.1
12	FRNG (en Keuros)	-13 621	-13 184	-8 762	-1 558	3 000
13	FRNG (ressources / emplois) (en %)	96.0	96.4	97.7	99,64	100.8
14	BFR (en Keuros)	-14 138,0	-10 823,0	-11 135,0	-1 435,0	2 648,0
15	Trésorerie (en Keuros)	540	-2 361	2 373	77	352
2	RATIOS LIES A LA DETTE					
20	Durée apparente de la dette (en années)	1.2	1.0	1.7	6,6	1.4
21	Indépendance financière	22.7	18.6	21.2	42,5	19.5
22a	Remboursement annuité K / Amortissements (en %)	28.8	27.1	21.8	39,2	16.4
22b	Coefficient d'autofinancement courant (en %)	93.7	93.5	95.5	98,67	95.2
23	Taux d'intérêt de la dette en nombre)	3.4	3.7	3.5	3,55	3.0
3	INVESTISSEMENTS					
30	Actifs immobilisés bruts (en Keuros)	325 555	350 603	367 831	535 060	390 143
31	Amortissements de l'exercice (en Keuros)	13 840	14 611	17 301	23 034	18 850
32	Taux de renouvellement des immobilisations en %)	10.8	7.3	6.6	8,31	6.8
33	Taux de vétusté des équipements en %)	72.9	71.7	70.9	76,49	70.3
34	Taux de CAF (en %)	7.4	7.5	5.4	3,86	5.5
35	Taux de marge brute (en %)	6.8	6.9	5.2	4,59	5.4
36	Poids des amortissements / Marge brute (en %)	56.3	55.9	84.3	107,9	83.5
37	Poids des frais financiers / Marge brute en)	5.6	5.3	7.5	21,4	7.6
4	EXPLOITATION					
40	Evolution des produits bruts (Indice base N-3)	104.5	109.7	114.3	110,47	115.3
41	Evolution des produits 74 et 75 (Indice base N-3)	93.7	98.8	115.2	95,15	161.2
42	Evolution des consommations intermédiaires (Indice base N-3)	105.0	114.0	124.4	113,06	128.8
43	Evolution des charges de personnel (Indice base N-3)	102.8	106.7	112.4	111,21	114.4
44	Evolution des amortissements (Indice base N-3)	100.1	105.7	125.2	124,28	136.2
45	Taux de charges sur exercices antérieurs (en %)	0.1	0.0	0.1	0,21	0.2
46	Taux d'évolution des charges rattachées (Indice base N-3)	89.0	88.2	96.5	107,27	127.6
47	Résultat net comptable (en Keuros)	5 682	2 324	2 439	-6 389	-2 741
48	Capacité d'autofinancement (en Keuros)	26 857	28 749	21 587	16 887	23 394
49	Evolution de la CAF (Indice base N-3)	105.6	113.0	84.9	71,220	87.1
5	RECOUVREMENTS ET REGLEMENTS					
50	Restes à recouvrer / produits bruts (en %)	0.2	0.2	0.2	0,54	0.2
51	Délai de rotation des dettes fournisseurs (en jours)	39.0	46.3	39.6	43,2	34.9
52	Régularité du mandatement de la taxe sur les salaires (en %)	9.7	9.7	9.6	9,59	9.6
6	EQUILIBRE FINANCIER ANNUEL					
60	Taux de couverture annuel des emplois par les ressources (en %)	74.5	101.5	115.9	100,50	84.5
11	FRE en nombre de jours d'exploitation	34,77	43.64	44.40	5,96	60.49
12	FRNG en nombre de jours d'exploitation	-14,79	-13.42	-8.38	-1,58	2.71
14	BFR en nombre de jours d'exploitation	-15,37	-11.01	-10.64	-1,46	2.39
15	Trésorerie en nombre de jours d'exploitation	0,59	-2.40	2.27	0,06	0.32

Bilan fonctionnel – exercices 2005 à 2008

BIENS					FINANCEMENTS				
	2005	2006	2007	2008		2005	2006	2007	2008
Biens stables	0	0	0	0	<i>Financements stables</i>				
Immobilisations incorporelles et charges à répartir					Apports - Dotations	46 103	47 147	47 518	48 041
IMMOBILISATIONS FINANCIERES	41	41	40	41	Excédents affectés à l'investissement	17 760	21 094	21 815	22 634
					Subventions d'investissement	0	0	0	0
					Provisions pour R&C à caract. Immo	0	0	0	0
					Emprunts et dettes assimilées	33 244	29 306	35 892	33 429
					Amortissements	182 846	197 033	207 453	222 110
I - Biens stables	325 596	350 644	367 872	390 184	I - Financements stables	279 953	294 580	312 677	326 214
					FONDS DE ROULEMENT D'INVESTISSEMENT (FRI)	-45 644	-56 063	-55 194	-63 970
Créances de l'article 58	17 767	17 767	17 767	1 052	Report à nouveau déficitaire	-151	-239	0	0
Créances de la sectorisation psychiatrique	0	0	0	0	Report à nouveau excédentaire	3 523	5 923	7 056	8 757
					Réserve de trésorerie (106-85)	15 363	15 363	15 363	15 363
					Réserve de compensation	185	221	452	370
					Excédent affecté:* à la réduction des charges				
					* au financement des mesures d'exploitation	5 682	2 324	2 439	-2 741
						24 980	25 270	27 531	30 158
					Provisions pour risques et charges	24 980	25 270	27 531	30 158
					Aures provisions	0	11 533	11 124	15 562
					Résultat comptable	5 682	2 324	2 439	-2 741
					Autres dépréciations	208	252	235	552

Annexe 9 (suite)

II - Biens stables d'exploitation	17 767	17 767	17 767	1 052	II - Financements stables d'exploitation	49 790	60 646	64 199	68 021
					FONDS DE ROULEMENT D'EXPLOITATION (FRE)	32 023	42 879	46 432	66 970
					FONDS DE ROULEMENT NET GLOBAL (FRNG)	-13 621	-13 184	-8 762	3 000
Stocks	2 593	2 803	3 045	3 564	Dettes fournisseurs et comptes rattachés	10 841	14 428	14 659	15 097
Hospitalisés et consultants	3 227	3 330	3 978	3 387	Dettes fiscales et sociales	20 397	23 588	23 720	25 307
Caisses de Sécurité Sociale	38 208	57 756	42 792	50 308	Avances reçues	27 302	35 658	26 705	16 739
Départements	943	1 087	687	531					
Mutuelles et autres tiers-payants	4 673	5 601	4 993	6 251					
Créances irrécouvrables admises en non-valeur	0	0	0	0					
Etat et collectivités locales	49	114	202	35	Dettes sur immobilisations et comptes rattachés	5 160	5 825	2 535	2 070
Autres créances	6 413	4 507	7 416	7 159	Autres dettes diverses	1 944	2 710	3 002	4 908
Dépenses à classer	50	12	130	127	Recettes à classer ou à régulariser	4 650	3 823	3 758	4 593
III - Créances	56 156	75 209	63 243	71 362	III - Dettes	70 294	86 032	74 378	68 714
					BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT	-14 138	-10 823	-11 135	2 648
					Dettes court terme/immobilisation	0	0	0	0
Valeurs mobilières de placement	0	0	0	0	Fonds déposés par les malades	575	872	827	882
Disponibilités	1 234	802	207	1 336	ICNE	119	120	114	103
DGF attendues	0	0	3 108	0	Ligne de trésorerie	0	2 170	0	0
IV - Liquidités	1 234	802	3 315	1 336	IV - Financements à court terme	695	3 162	942	984
Trésorerie positive (compte 51)	1 234	802	195	1 324	Trésorerie négative	0	0	0	0
Total besoin de financements (ACTIF)	400 753	444 421	452 196	463 934	Total des financements (PASSIF)	400 731	444 421	452 196	463 934

Source : comptes de gestions

Annexe 10

Le personnel

Tableau 1 - LES DEPENSES DE PERSONNEL (source compte financier)

1a : DONNEES GENERALES

comptes consolidés	2005	2006	2007	2008	diff 2005/2008
Dépenses totales	348 639	365 526	382 034	410 952	17,9%
dont titre (D1)	222 855	231 250	244 337	256 082	14,9%
Recettes totales	348 639	365 526	382 034	407 774	17,0%
dont titre 1 (R1)	289 097	302 497	314 163	330 813	14,4%
D1/Dépenses	63,9%	63,3%	64,0%	62,3%	-2,5%
D1/R1	77,1%	76,4%	77,8%	77,4%	0,4%

1b : DETAIL PAR CHAPITRE

Compte de résultat principal	2005	2006	2007	2008	Evolution	
					%	Valeur
Personnel Non Médical						
621 - Personnel extérieur à l'établissement	13	18	50	23	71,0%	10
631 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (admin. des imp.)	11 272	11 584	12 108	12 489	10,8%	1 217
633 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres orga.)	4 057	4 219	5 595	6 278	54,7%	2 221
641 - Rémunération du PNM (sauf 6411, 6413 et 6415)	1 081	1 324	1 423	1 031	-4,6%	-50
6411 - titulaire et stagiaire	104 634	107 015	111 335	116 203	11,1%	11 569
6413 - CDI	2 418	8 744	9 786	9 908	309,8%	7 490
6415 - CDD	10 892	5 643	6 632	7 187	-34,0%	-3 705
645 - Charges de sécurité sociale et de prévoyance	42 890	45 199	48 063	49 689	15,9%	6 799
647 - Autres charges sociales	1 994	2 134	2 152	2 241	12,4%	247
648 - Autres charges de personnel	862	1 004	759	857	-0,6%	-5
Sous-total PNM	180 114	186 882	197 902	205 906	14,3%	25 793
Personnel Médical						
621 - Personnel extérieur à l'établissement	270	318	309	363	34,5%	93
631 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (impôts)	3 330	3 459	3 601	3 895	17,0%	565
633 - Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres orga.)	256	265	337	422	64,8%	166
642 - Rémunération du PM (sauf 6421, 6422, 6425)	5 606	5 915	7 445	8 001	42,7%	2 395
6421 - PH temps temps plein et temps partiel	19 636	20 401	19 982	21 472	9,3%	1 836
6422 - Praticiens attachés renouvelables	1 237	1 361	1 501	1 752	41,7%	516
6425 - Permanence des soins	4 073	3 944	4 117	4 348	6,8%	275
645 - Charges de sécurité sociale et de prévoyance	8 207	8 588	9 023	9 791	19,3%	1 584
648 - Autres charges de personnel	36	117	118	132	267,2%	96
Sous-total PM	42 651	44 368	46 435	50 176	17,6%	7 525
TOTAL TITRE 1	222 765	231 250	244 337	256 082	15,0%	33 318
672 - Charges sur exercice antérieur PNM	41	58	130	435	965,6%	394
672 - Charges sur exercice antérieur PM	50	5	89	31	-38,8%	-19
Sous-total 672	91	63	218	466	412,6%	375
TOTAL GENERAL	222 855	231 313	244 555	256 548	15,1%	33 693

1c : Coût de l'avancement intermédiaire*

Années	valeur brute *
2005	289,2
2006	241,7
2007	308,6
2008	272,3
	1111,7

Montants en k€ Source CHU

*traitement brut indiciaire au 1er janvier de chaque année

Tableau 2 : les effectifs

2 a : PERSONNEL NON MEDICAL Budget H

Personnel non médical	2004	2005	2006	2007	2008	diff 2005 / 2008
Personnel titulaire et stagiaire	424,85	426	433,1	446,2	449,5	5,8%
	12,24	10,0	11,9	13,2	11,1	-9,2%
Personnel soignant et éducatif	2577,88	2608,1	2652,9	2723,1	2803,6	8,8%
Personnel technique	585,97	591,3	582,9	599,6	608,9	3,9%
Personnel médico-technique	279,26	280,6	284,8	291,3	307,0	9,9%
TOTAL 1	3867,96	3905,69	3953,7	4060,3	4168,9	7,8%
Contrats à durée indéterminée (1)						
Personnel administratif	61,72	66,04	75,77	76,0	99,3	60,9%
Personnel soignant et éducatif	186,92	196,97	200,44	201,0	178,8	-4,4%
Personnel technique	132,02	120,71	114,99	160,6	170,4	29,0%
Personnel médico-technique	24,48	21,18	28,85	28,1	10,3	-57,9%
TOTAL 2	405,14	404,90	420,05	465,7	458,7	13,2%
Contrats à durée déterminée (2)						
Contrats à durée déterminée			299,7	345,7	367,5	
TOTAL 3	211,0	278,5	299,7	345,7	367,5	74,1%
sous-total	4484,12	4589,04	4673,48	4871,65	4995,14	11,4%
Contrats soumis à disposition particulière	75 (au 31/12/04)	42 (au 31/12/05)	100,5	135,0	103,0	
Apprentis			2,0	2,0	2,3	
TOTAL 4	0,0	0,0	102,5	137,0	105,3	
TOTAL GENERAL	4559,12	4631,04	4775,96	5008,67	5100,42	

Source, bilan social de l'établissement (effectifs en ETP)

2 b : PERSONNEL MEDICAL Budget H

STATUT	2006	2007	2008	2006/2008
HU permanents	42,5	42,5	43,375	0,88
PH temps plein	238,5	239,5	242,1	3,6
PH temps partiel	6,3	7,6	7,2	0,9
Praticiens attachés renouvelables	30,92	37,35	39,325	8,405
Total 1	318,22	326,95	332	13,78
HU temporaires	27	28	33,5	6,5
Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	8,9	3,6	3,5	-5,4
Internes et étudiants	363,5	376,5	406	42,5
Total 2	399,4	408,1	443	43,6
TOTAL GENERAL	717,62	735,05	775	57,38

Tableau 3 : absentéisme

3 a : Absentéisme et contractuels de remplacements

	2006	2007	2008	2006/2008
Journées théoriques travaillées individuelles	207	207	207	0,00%
Effectif moyen annuel	4 955	5 110	5 020	1,31%
Journées théoriques travaillées totales	1 025 685	1 057 770	1 075 363	4,84%
Journées d'absence (R1)	115 696	118 580	131 397	13,57%
Taux d'absentéisme	6,59%	6,54%	6,94%	5,31%
Nombre de contractuels de remplacement (ETP)	369	410	427	15,48%
Journées travaillées par les contractuels (R2)	75 804	83 439	55 048	-27,38%
Différence R1-R2	39 892	35 141	76 349	91,39%

Source : bilans sociaux – budgets consolidés

Remarques du CHU en 2008 les modalités de collecte des données ont évolué en lien avec le nouveau logiciel de gestion des RH d'où des écarts concernant les contractuels

3 b - Mouvement de personnel

	2006	2007	2008	2006/2008
Nombre total d'agents permanents	5 000	5 162	5 356	356
Agents de + de 55 ans	265	293	316	51
Ratio	5,3	5,68	5,90	
Nombre de départs	244	263	350	106
Nombre d'arrivées	317	396	479	162
Solde	73	133	129	56

Source : bilans sociaux – budgets consolidés