



Inspection générale
des affaires sociales

Mission de contrôle du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion

Tome 1 : RAPPORT DEFINITIF

Établi par

Claude DAGORN, Jean-Robert JOURDAN, Angel PIQUEMAL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2017 -

2016-117R

SYNTHESE

[1] Par lettre de mission du 7 septembre 2016, la ministre de la santé a confié à l'IGAS une mission de contrôle du CHU de la Réunion depuis sa création en 2012 et portant sur quatre thèmes :

- L'examen du fonctionnement de la gouvernance et des instances de l'établissement,
- La gestion budgétaire et financière sous l'angle de la régularité, de la maîtrise et de la pertinence des opérations et des décisions,
- La vérification de la régularité des procédures de gestion des personnels du CHU,
- L'analyse de la conduite et du contenu des deux principaux projets immobiliers menés par le CHU.

[2] S'agissant du premier thème, la mission relève que le système de management mis en place a considérablement accru les risques de l'établissement, notamment sur le plan financier, sur le plan juridique et sur le plan de la maîtrise des processus de gestion.

[3] Le contenu des protocoles signés avant la création du CHU a enrayé la fusion en empêchant le CHU de dépasser les différences qui caractérisaient les deux établissements fondateurs de Saint-Denis et de Saint-Pierre, et en prolongeant la bipolarité ; si le CHU s'est fédéré délibérément autour du projet social, il n'a pas fait du projet médical le vecteur de mise en cohérence institutionnelle qu'il est sensé constituer habituellement.

[4] De plus, la présentation opacifiée de la réalité du CHU aux instances et à la tutelle a empêché de mettre en évidence l'aggravation continue de sa situation budgétaire et de son niveau d'activité, alors que les charges continuaient de croître de manière excessive, notamment la masse salariale sous l'effet conjugué de créations conséquentes d'ETP et de titularisations massives. Tandis que l'ARS manifestait une trop grande indulgence ainsi qu'une prudence difficilement compréhensible, le CHU n'a pas souhaité prendre les mesures que son redressement nécessitait, préférant voir dans son environnement les causes de son déficit et demeurer dans une logique de revendication d'aides financières extérieures.

[5] Enfermées elles aussi dans une forme de déni, les instances de l'établissement ont également contribué au système de management mis en place ; le conseil de surveillance et le comité technique d'établissement n'ont pas joué tous les rôles qui leurs sont dévolus par la loi, notamment sur le plan du contrôle de la politique générale et des effectifs.

[6] Cette politique a été déroulée sans tenir compte des jalons que posaient ou pouvaient poser, chacun dans leurs missions respectives, l'ARS, le COPERMO ou la CRC par exemple.

[7] Enfin, la mission a pu constater que les risques juridiques étaient accrus par une maîtrise insuffisante de certains processus de gestion particulièrement pour certains marchés et les délégations de signature.

[8] Sur le second thème abordé, la mission a fait le constat de la dégradation progressive mais marquée de la situation financière de l'établissement depuis l'année 2012 ; d'une situation excédentaire en 2011, l'année 2015 s'est soldée par un déficit de 20 M€ et l'exercice 2016 verra son résultat se dégrader.

[9] L'augmentation des charges de près de 5% par an en est la cause essentielle caractérisée avant tout par une croissance forte des effectifs tant médicaux que non médicaux- augmentation à fin 2015 de près de 700 équivalents temps plein (ETP) non médicaux par rapport à 2011 - qui a par ailleurs profondément affecté leur productivité. Elle se conjugue cependant à une activité qui a tendance à stagner en volume et qui se distingue par l'hypotrophie de l'ambulatoire tant en médecine qu'en chirurgie.

[10] La structure capacitaire du CHU constitue également une cause d'altération de sa performance, plus particulièrement sur le site de Saint-Pierre.

[11] Si le cycle d'exploitation se dégrade, il est clair que le financement des investissements ne peut que pâtir de cette spirale ; la capacité d'autofinancement nette sera quasiment nulle à la clôture de l'exercice 2016 et le fonds de roulement a déjà subi de lourds prélèvements.

[12] Les facteurs de déséquilibre n'ont pas été traités et donc corrigés et l'année 2016 n'aura vu aucune décision destinée à inverser la tendance alors que l'exercice 2015 a constitué un signal d'alerte particulièrement fort et que les projections 2016 ne permettaient aucun doute sur la poursuite mécanique de la dégradation. Les sureffectifs, pourtant connus du CHU, et la structure capacitaire n'ont fait l'objet d'aucun traitement particulier.

[13] Par ailleurs, la mission a constaté que les méthodes de gestion du CHU n'étaient pas suffisamment maîtrisées et robustes pour garantir la fiabilité des prévisions budgétaires tant en produits qu'en charges et que certaines pratiques, notamment sur la gestion des provisions, avaient singulièrement altéré la présentation des résultats des exercices antérieurs au détriment des principes de sincérité budgétaire. De surcroît, le "pilotage" infra annuel du résultat entraîne des mouvements et des opérations comptables d'une ampleur démesurée.

[14] Cette incertitude sur les comptes et une insuffisante maîtrise des processus de contrôle interne expliquent le refus de certification des comptes opposé par le certificateur pour l'exercice 2015.

[15] S'agissant du thème de la gestion des ressources humaines, la mission constate que la problématique la plus forte porte sur l'attribution de majorations de rémunération aux divers personnels concernés.

[16] La loi attribue une majoration d'environ 53% (comprenant l'index de correction) du traitement de base aux fonctionnaires et de 40% aux praticiens hospitaliers ainsi qu'aux médecins assistants. Or le CHU l'a étendue aux agents sous contrat à durée déterminée et indéterminée ainsi qu'aux praticiens contractuels, ceci générant un surcoût annuel de plus de 23 M€.

[17] De plus, certaines indemnités et primes allouées aux personnels non médicaux sont indument indexées, particulièrement la base de calcul de la prime de service servie aux titulaires et stagiaires, ce qui avait déjà été relevé par la chambre régionale des comptes en 2014 mais qui n'a jamais été rectifié par l'établissement ; le surcoût total de ces pratiques dépasse 3 M€ par an.

[18] Certaines situations individuelles analysées par la mission nécessitent des réajustements immédiats tant ils sont révélateurs de décalages par rapport à la réglementation ou d'abus, notamment pour ce qui concerne les déplacements.

[19] Par ailleurs, la mission note également que la gestion des praticiens contractuels et des "cliniciens hospitaliers" présente des écarts par rapport aux normes. De même, la gestion de la permanence des soins, outre l'absence de réorganisation envisagée par le CHU, dénote une insuffisance des procédures de contrôle.

[20] Enfin, concernant les deux projets immobiliers majeurs menés par le CHU, la mission constate qu'ils pâtissent tous deux des conséquences du système managérial de l'établissement : la poursuite d'une logique de site et, par déclinaison, l'absence de projet médical pensant le CHU comme entité unique. Aucune des deux opérations (bâtiment des soins critiques sur le site de Saint-Denis et bâtiment central sur le site de Saint-Pierre) n'a été conçue en référence à un projet d'ensemble.

[21] De plus, les deux opérations sont marquées par des défaillances de pilotage ; leur coût a régulièrement dérivé, ce qui engendre des décalages très sensibles par rapport au contrat d'objectifs et de moyens du CHU. La mission a également constaté que l'établissement n'était pas en mesure de présenter un suivi minutieux de ces opérations décomposant les coûts initiaux, travaux et maîtrise d'œuvre et les projetant en fin de chantier ; de même les plans de financement fluctuent régulièrement et comportent des données qui ne sont ni fiables, ni intangibles.

[22] L'opération de Saint-Denis est la poursuite d'une restructuration lourde entamée en 1997. Imprévue à l'origine, elle utilise néanmoins une tranche conditionnelle du marché de maîtrise d'œuvre initial dans des conditions juridiques infondées.

[23] L'opération de Saint-Pierre a, elle aussi, vu son coût prévisionnel s'accroître et passer de 82 M€ au moment de son inscription au contrat d'objectifs et de moyens (CPOM) à 110 M€ (estimation au démarrage des travaux). Les insuffisances ou l'absence des études techniques ont contribué à alourdir le coût prévisionnel. Par ailleurs le plan de financement n'a jamais été stabilisé et n'est toujours pas assuré. Les ordres de service pour le lancement des travaux ont été signés en mars 2016 alors que l'opération n'a jamais été présentée au COPERMO, qu'aucune étude socio-économique n'a été réalisée et poursuivie par une expertise indépendante. Le CHU de la Réunion a ainsi échappé aux règles que l'Etat a fixées pour maîtriser l'investissement public.

[24] Cette opération souffre de réelles insuffisances empêchant l'établissement de se projeter dans l'avenir avec un outil adapté à l'évolution des prises en charges. Anciennement conçue pour répondre à des problématiques de qualité d'hébergement, certes réelles, elle n'a pas été accompagnée par une réflexion pour rénover certaines organisations notamment médicales.

[25] Cette opération mériterait d'être suspendue quelques mois, le temps de repenser l'ambulatorio médical et chirurgical en le développant et en le regroupant et d'impliquer d'autres disciplines comme l'oncologie et l'hématologie. Cela nécessite de repenser un projet médical ; la mission estime que cela est possible et constate que la volumétrie du projet initial de même que la structure des plateaux d'hospitalisation sont compatibles avec une adaptation du projet.

SOMMAIRE

SYNTHESE.....	3
SOMMAIRE.....	7
RAPPORT.....	11
1 Le système de management a aggravé les risques encourus par le CHU dans son fonctionnement institutionnel et sa gestion.....	14
Le processus de fusion a été enrayé.....	14
1.1.1 Les protocoles préalables à la fusion ont figé le CHU et consacré le projet social.....	14
1.1.2 Le projet médical ne considère pas l'établissement comme entité unique.....	17
1.1.3 La gestion et le pilotage prolongent la bipolarité de l'établissement et ne poursuivent pas un objectif de mise en cohérence.....	18
1.1.4 Les risques liés à la gestion sont accrus par des méthodes dont la fiabilité est relative.....	20
1.2 La situation du CHU a été présentée de façon opacifiée aux instances et à la tutelle.....	21
1.2.1 Sa réalité financière n'est pas approfondie et certains arguments sont infondés.....	21
1.2.2 La réalité de ses activités est appréhendée superficiellement.....	23
1.2.3 Les mesures nécessaires au redressement sont fréquemment repoussées.....	23
1.3 Le fonctionnement des instances a été altéré.....	24
1.3.1 Le Conseil de surveillance n'assume pas sa fonction de contrôle.....	24
1.3.2 Certaines attributions du CTE sont ignorées.....	25
1.4 Le CHU a faussé ses rapports avec son environnement.....	26
1.4.1 Le CHU et l'ARS ne se situent pas dans un rapport conforme à leurs rôles respectifs.....	26
1.4.2 Dans ses présentations, la direction du CHU dénature la fonction du COPERMO.....	28
1.4.3 Les recommandations de la CRC sont négligées.....	30
1.4.4 Le CHU assume ses responsabilités vis-à-vis de l'Océan indien avec ambiguïté.....	31
1.5 L'établissement ne maîtrise pas suffisamment ses procédures administratives : examen de deux dossiers récents.....	34
1.5.1 Les procédures de délégation de signature liées au changement de direction n'ont pas été sécurisées, fragilisant les actes et les marchés.....	34
1.5.2 Des dépenses de communication dont l'intérêt pour l'établissement est incertain, engagées en dehors des règles des marchés publics.....	38

2	La politique menée a dégradé sévèrement la situation financière du CHU qui a fait l'objet de présentations comptables incorrectes.....	42
2.1	Les facteurs structurels de déséquilibre n'ont pas été corrigés ou ont été accentués depuis 2012	42
2.1.1	L'accroissement des effectifs PNM n'est pas justifié par l'évolution de l'activité.....	42
2.1.2	Le projet médical 2012-2016 est inadapté et ne permet pas de faire face à une concurrence forte	44
2.1.3	La productivité médicale est faible	47
2.2	La gestion de l'établissement en 2016 continue à aggraver sa dérive financière.....	48
2.2.1	Les projections financières s'aggravent tout au long de l'année 2016	48
2.2.2	L'établissement n'a pas adopté en 2016 les mesures de redressement nécessaires, et a pris plusieurs décisions de nature à accentuer les déséquilibres.....	51
2.3	L'écart entre les prévisions et les réalisations budgétaires et l'affichage du résultat réel ne sont pas conformes aux principes de la sincérité budgétaire.....	55
2.3.1	Les écarts entre les prévisions et les réalisations sont substantiels.....	55
2.3.2	Des écritures comptables incorrectes ont construit un résultat éloigné de la réalité des exercices et ont altéré la perception de la trajectoire financière de l'établissement.....	56
2.3.3	Le "pilotage" infra annuel du résultat.....	62
2.4	Après un refus de certification motivé par de profondes insuffisances, l'établissement a engagé un processus en direction de la certification des comptes, dont l'issue est encore incertaine.....	64
2.4.1	Le refus de certifier les comptes 2015 est motivé par de multiples incertitudes sur les comptes et les insuffisances du contrôle interne	64
2.4.2	Un travail de fond a été engagé visant à la certification des comptes	66
2.4.3	Les conditions de clôture de l'exercice 2016 demeurent incertaines, de même que l'exercice pour lequel la certification pourra être acquise.....	67
3	Les processus de gestion concernant les ressources humaines présentent des distorsions sensibles	67
3.1	La gestion des personnels médicaux.....	67
3.1.1	Le système de permanence des soins (PDS) est inflationniste et non maîtrisé	67
3.1.2	La majoration DOM est maintenue pendant les périodes de congés bonifiés	70
3.1.3	La pratique de recrutement des praticiens contractuels présente des non conformités et engendre des surcoûts importants	71
3.2	La gestion des personnels non médicaux.....	74
3.2.1	Le champ d'application des règles statutaires portant sur les majorations de rémunérations a été élargi.....	74
3.2.2	D'autres processus de gestion nécessitent des réajustements.....	77

3.2.3	Des situations individuelles repérées imposent le rappel des contraintes réglementaires.....	79
4	La conduite et le contenu des deux principaux projets immobiliers attestent d'un faible niveau de maîtrise	79
4.1	La conduite des investissements est insuffisamment rigoureuse	79
4.1.1	Les conditions de la fusion pénalisent les projets immobiliers	79
4.1.2	La conduite des procédures PPI-PGFP par l'ARS a manqué de rigueur.....	80
4.1.3	Les engagements de l'ARS sont insuffisamment adossés aux procédures en vigueur	84
4.1.4	Le financement demeure non maîtrisé	86
4.2	Site Nord : le "Bâtiment soins critiques" (BSC).....	88
4.2.1	Un projet qui s'inscrit dans la poursuite d'un schéma immobilier d'avant 2000.....	88
4.2.2	Des procédures administratives incertaines	89
4.3	Site Sud : le "bâtiment central" (ERBC).....	96
4.3.1	Un projet scellé par la négociation de fusion, lancé précipitamment et sans certaines études préalables.....	96
4.3.2	Un projet inadapté aux enjeux médicaux, et qui n'achèvera pas la reconfiguration du site	97
4.3.3	Les procédures administratives.....	101
	RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	105
	LETTRE DE MISSION	109
	LISTE DES PERSONNES RENCONTREES.....	111
	ANNEXE 1 : Détermination du coût d'une ligne de permanence de soins en astreinte opérationnelle.....	115
	ANNEXE 2 : Illustration des problèmes soulevés par les déplacements.....	117
	ANNEXE 3 : La poursuite des fonctions de M.XX,, présente des irrégularités.....	119
	ANNEXE 4 : La rémunération de Madame XX, directrice adjointe contractuelle, paraît inadaptée	121
	ANNEXE 5 : La situation de Madame XX interrogée sur le respect des règles d'avancement de grade et leurs conditions d'application	123
	ANNEXE 6 : La situation personnelle de Madame XX paraît exorbitante du droit commun	127
	SIGLES UTILISES	129
	Observations reçues et réponses de la mission à ces observations.....	131
1	Observations du directeur général du CHU de la Réunion au rapport provisoire et réponses de la mission à ces observations.....	133
1.1	Observations générales du directeur général du CHU et réponses de la mission à ces observations.....	135

1.2	Observations du DG du CHU relatives à des situations personnelles et réponses de la mission	172
1.3	Pièces jointes aux observations du DG du CHU	187
2	Observations du directeur général de de l'ARS-OI au rapport provisoire et réponses de la mission aux observations	279
3	Observations de Chantal de Singly, ancienne DG de l'ARS-OI et réponses de la mission aux observations	283
4	Observations de David Gruson, ancien directeur général du CHU de la Réunion, au rapport provisoire et réponses de la mission	285
4.1	Courrier du 17 mars 2017, pièces jointes et réponses de la mission	287
4.2	Courrier du 29 mars 2017, pièces jointes et réponses de la mission	303
4.3	Mails échanges entre la mission et David Gruson, ancien DG du CHU	315
4.4	Lettre du 3 mars 2017 à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, pièces jointes et réponse du 15 mars 2017	327

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions et pièces jointes non communicables ont été occultées

RAPPORT

Introduction

[26] Le CHU de la Réunion est issu de la transformation, le 29 février 2012, du Centre hospitalier régional (CHR) de la Réunion, créé en 2007, qui regroupait le centre hospitalier Félix Guyon de Saint-Denis et le groupe hospitalier Sud Réunion de Saint-Pierre. Ces deux établissements distants de 83 km ont été regroupés organiquement à la création du CHR, tout en gardant une grande autonomie de fonctionnement, puis fusionnés juridiquement par décret du 21 novembre 2011. L'ensemble forme un établissement de 1770 lits, établi sur 6 sites, qui a pris en charge 140 000 séjours en 2015, emploie plus de 900 personnels médicaux et 6 000 personnels non médicaux, pour un budget de 665 M€ en produits et un déficit de 20 M€.

Tableau 1 : Chiffres clés du CHU de La Réunion

IMPLANTATIONS	6 sites
CAPACITE EN LITS – rapport d'activité 2015	1 770
Médecine, chirurgie obstétrique	1 372
Santé mentale	154
Soins de suite et réadaptation	114
Hébergement pour les personnes âgées	130
ACTIVITE – 2015 -	
Nombre de séjours	140 546
dont séances	47 884
dont 0 nuit	23 095
dont 1 nuit et +	69 567
BUDGET DE FONCTIONNEMENT (Compte financier 2015 – budget H)	
Produits	665 M€
Charges	685 M€
	<i>Dont personnel</i> 418 M€
Résultat	-20 M€
EFFECTIFS (ETPRM 2015 – budget H)	
Total personnel médical	895
	<i>Personnel médical senior</i> 639
	<i>Personnel médical junior</i> 256
Total personnel non médical	5661

Source : CHU

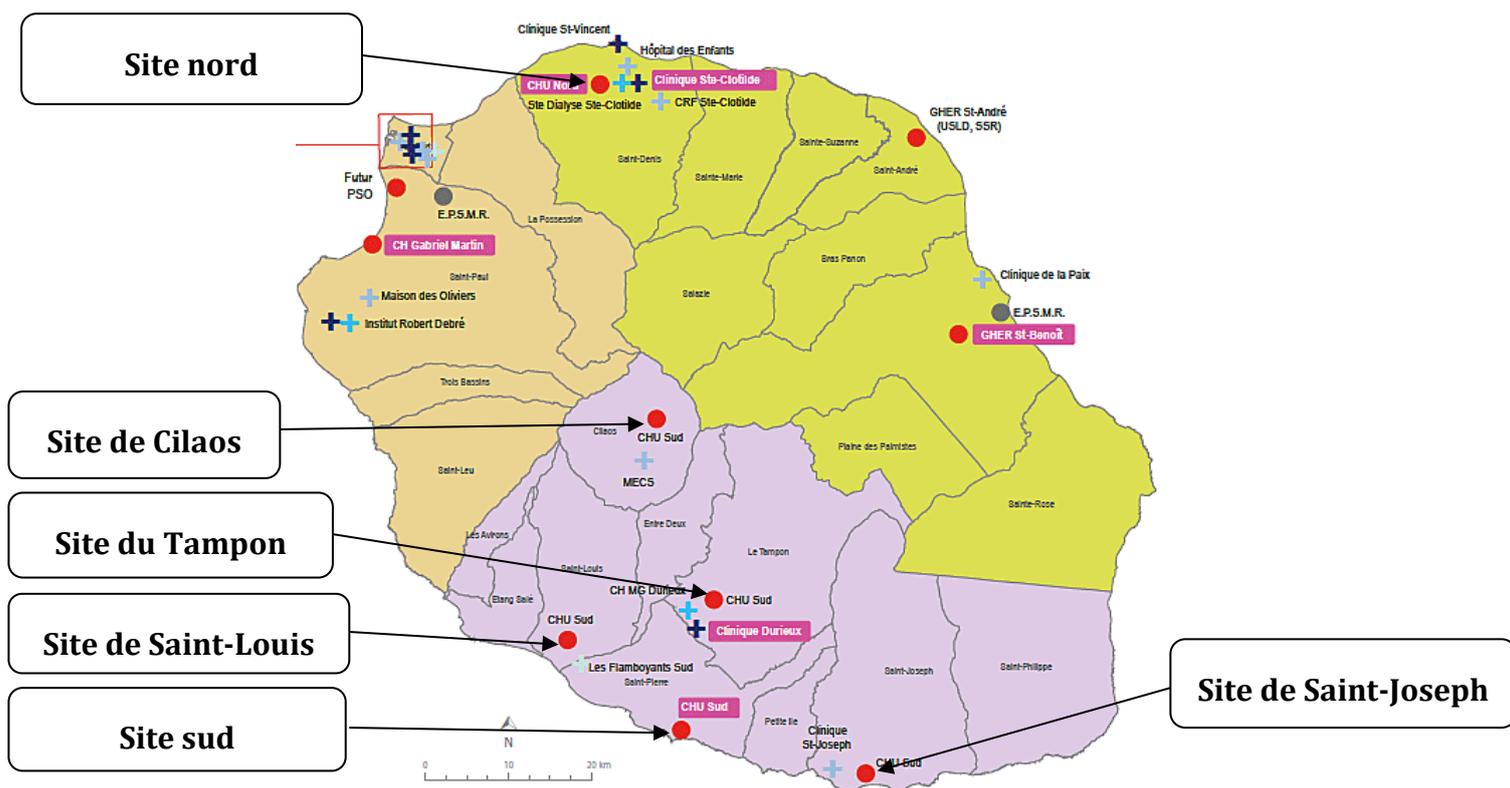
[27] Antérieurement au processus de fusion et de création du CHU les deux établissements qui allaient s'unir dominaient le paysage hospitalier et remplissaient la fonction de recours. Le CH Félix Guyon à Saint-Denis et le Groupe Hospitalier Sud-Réunion à Saint-Pierre couvraient le territoire. Deux établissements publics complétaient le dispositif avec les établissements privés implantés sur l'île ; à l'Est le CH de Saint-Benoît qui deviendra le Groupe Hospitalier de l'Est Réunion (GHER) et à l'Ouest le CH de Saint-Paul qui deviendra à l'issue de sa reconstruction le Pôle Sanitaire de l'Ouest (PSO).

[28] Cette répartition géographique ne relève en rien du hasard. Le relief très important de la quasi-totalité de l'île et la répartition de la population plutôt concentrée sur les côtes dominant l'organisation du territoire. Deux pôles urbains importants – Saint-Denis au Nord, Saint-Pierre au Sud- structurent fortement l'activité économique et la répartition des équipements et services publics. C'est ainsi que la création du CHU incluant les deux principaux établissements hospitaliers publics de l'île n'a pu effacer une polarité Nord-Sud fortement marquée et consubstantielle d'une géographie physique et humaine. Cette polarité se caractérise par des différenciations culturelles et politiques et des identités revendiquées des deux communautés hospitalières.

[29] La répartition des structures sur le territoire mérite d'être décrite. Pour ce qui concerne le pôle hospitalier Nord il est mono-site, implanté dans une zone très urbaine en proximité du centre-ville de Saint-Denis et proche de la sortie routière ouest de la ville. Le site de Bellepierre souffre cependant d'une emprise foncière réduite et proche de la saturation. Sa configuration en pente a fortement contraint sa restructuration entreprise depuis de longues années et encore en cours.

[30] Le pôle hospitalier Sud est constitué d'un site principal situé en zone urbaine périphérique de Saint-Pierre mais également de sites répartis dans sa zone d'attraction. Quatre sites extérieurs complètent l'équipement de Saint-Pierre.

Graphique 1 : Sites du CHU et autres implantations sanitaires



Source : *Présentation CHU de La Réunion*

■ Site du Tampon

[31] Les qualités du site orientent son activité vers des prises en charge de longue durée ou de rééducation. Comme l'indique le Plan directeur immobilier 2012-2016 le site a vocation à développer sa capacité d'accueil. C'est ce qui sera inscrit au SRIS en juillet 2013 à travers un projet de réhabilitation de l'unité d'éveil et RVC-EPR et construction des unités USLD Alzheimer et UCC. Ce projet est en cours de réalisation pour un coût total (hors équipement) de 12,6 M€.

- Site de Saint-Joseph

[32] Le site de Saint-Joseph est dédié à la prise en charge en court, moyen et long séjour gériatrique.

- Site de Saint-Louis

[33] Le site de Saint-Louis doit progressivement se vider de ses activités d'hospitalisation conventionnelle. La décision de maintien d'activités de consultations ou d'une désaffectation complète est à venir. Le projet d'établissement 2012-2016 prévoyait d'y maintenir des lits d'addictologie ainsi que des activités de santé mentale (appartements thérapeutiques par exemple). Une note récente¹ indique une intention nouvelle de désaffectation du site.

- Site de Cilaos

[34] La vocation de ce site est et demeurera spécifique compte tenu de son rôle de proximité pour une population isolée et enclavée sur un territoire aux accès difficiles.

¹ Note "Projet réactualisé de restructuration et extension du bâtiment principal du site de Saint-Pierre – CHU de La Réunion – 9 novembre 2016"

1 LE SYSTEME DE MANAGEMENT A AGGRAVE LES RISQUES ENCOURUS PAR LE CHU DANS SON FONCTIONNEMENT INSTITUTIONNEL ET SA GESTION

[35] Les constats opérés conduisent la mission à souligner que le système managérial a très sensiblement majoré les risques de l'établissement ; tout particulièrement, cela s'est traduit dans la dégradation financière du Centre hospitalier universitaire (CHU), dans la faiblesse de la maîtrise de ses activités et de ses processus de gestion illustrée notamment par le refus de certification de ses comptes en 2016.

[36] Le CHU n'a pas su profiter de l'opportunité de la fusion en prolongeant de son propre chef les politiques de site. Le système de management et les instances du CHU ont développé une logique de revendication d'aides qui les a empêchés de prendre les mesures de redressement qui s'imposaient, profitant d'une position globalement indulgente de l'ARS. Les retards accumulés imposent aujourd'hui au CHU de véritables conversions impliquant tous les composantes du management. Le plan présenté au COPERMO par l'établissement ainsi que les orientations retenues aujourd'hui par l'Agence régionale de santé (ARS) sont significatifs de ces ruptures et donc des efforts que le CHU va devoir désormais consentir.

Le processus de fusion a été enrayé

1.1.1 Les protocoles préalables à la fusion ont figé le CHU et consacré le projet social

➤ La volonté de sanctuariser les protocoles a prévalu

[37] La fusion s'est opérée sur la base d'un "protocole d'accord relatif à la fusion" (pièce jointe n°1) signé en mai 2011 qui maintient les structures de chaque site et prévoit des évolutions possibles après le 31/12/2015. Signé par le Directeur général, les Présidents des deux conseils de surveillance (CS) et des deux Commissions Médicales d'établissement (CME) et les organisations syndicales, le protocole indique qu'il est "*créateur de droit*" et "*opposable*".

[38] Le protocole a été complété par un accord social (pièce jointe n°2) signé au même moment par le Directeur Général et les organisations syndicales qui, outre la mise en chantier d'une série de mesures sociales dont un plan de titularisation, prévoyait également la préservation d'instances de site ; cet accord a lui aussi été considéré comme générateur de droits.

[39] Il est possible de comprendre que la perspective de la fusion ait nécessité quelques précautions pour que les deux établissements n'aient pas le sentiment d'être lésés et qu'il ait fallu sécuriser le processus et les acteurs.

[40] En revanche, il est beaucoup plus étonnant de constater que :

- le protocole conduit à figer les sites dans leur situation au moment de la fusion,
- la politique institutionnelle ne s'est pas attachée, depuis, à favoriser l'intégration et ainsi renforcer l'homogénéité et la cohérence de l'établissement. Aucune tentative de renégociation n'est perceptible.

[41] Les témoignages recueillis par la mission conduisent à considérer que les professionnels de l'établissement, médecins compris, n'étaient pas spontanément partisans de la fusion et même de la création du CHU, celle-ci semblant avoir été plus acceptée que voulue.

Les organisations syndicales, quant à elles, sont particulièrement attachées au strict respect des engagements de 2011.

[42] Toutefois, les divers entretiens menés par la mission démontrent que tous les acteurs rencontrés ont oublié le contenu d'un alinéa du préambule du protocole qui précisait : "*Le retour à l'équilibre financier constaté fin 2010 dans les budgets des deux établissements doit être pérennisé dans le futur CHU, cette condition étant garante de tous les développements des projets à venir*".

[43] Force est de constater (cf. *infra*) que le développement ininterrompu de projets, induisant de fortes hausses de charges notamment de personnels, n'a pas tenu compte des nombreuses alertes qui témoignaient de la dégradation financière.

[44] Les accords de 2011 ont eu pour effet de sécuriser les deux établissements sur leur périmètre initial et n'ont pas permis de générer une dynamique collective structurante ; les protocoles ne portent aucunement mention d'un quelconque projet médical.

[45] Tous les acteurs se sont réfugiés derrière ces protocoles, comme si la prétendue capacité de ceux-ci à générer du droit les destinait à être sanctuarisés. Pourtant, suite à un recours déposé par des professionnels du CHU en juillet 2011, le Tribunal Administratif de Saint-Denis, dans une décision du 20 février 2014, affirmait qu'"*il résulte de leurs propres écritures que ces deux protocoles visent à préparer la fusion, qu'il s'agit également d'actes préparatoires à la fusion...qui ne peuvent être regardés comme des actes administratifs faisant grief*".

[46] La mission considère donc que rien ne s'opposait à la réouverture du dossier pour accélérer le mouvement réel de la fusion et favoriser voire accélérer ainsi son assimilation par les professionnels des deux sites, notamment sur le plan de l'organisation médicale et des méthodes de gestion. Seules des actions visant à harmoniser certaines règles de gestion des personnels ont été menées.

[47] La notion de "*jeune CHU*" est très souvent invoquée mais ses protocoles de fusion ont inhibé ses capacités d'évolution et de gains en maturité ; ceci justifie amplement que le management du CHU ouvre très rapidement une nouvelle étape.

➤ Le projet social est devenu l'axe de rotation de l'établissement et non le projet médical

[48] La mission a pris connaissance de tous les comptes rendus, ou procès verbaux des conseils de surveillance et des comités techniques d'établissement (CTE) ; ils attestent de la position centrale du projet social. Les références au projet sont constantes, les débats sur le sujet sont récurrents et il n'y a pas une seule séance d'instance au cours de laquelle le sujet ne soit pas abordé.

[49] Par exemple, lors du CTE du 25/02/2014 et de l'examen du rapport *infra* annuel (RIA 3) de l'exercice 2013, constatant le très fort dépassement des charges du titre 1, le président estime qu'"*il s'agit là d'un signe fort de la dynamique du projet social*".

[50] Au cours de la séance du conseil de surveillance du 24/09/2014, le directeur général "*souligne que le projet social constitue le pacte fondateur du CHU et qu'il appartient à la direction de respecter les engagements pris à ce titre*." Comme cela sera évoqué *infra*, la CRC a recommandé de supprimer l'indexation de la prime de service puisqu'elle ne repose pas sur une base légale ; la chambre considérait également que cela permettrait une réduction des charges. Le CHU a indiqué que s'il était contraint d'appliquer cette recommandation, l'économie ainsi réalisée serait utilisée pour renforcer le projet social.

[51] Lors de la présentation du RIA 1 au CS du 02/10/2015, et alors qu'est annoncé un déficit prévisionnel de 12 M€, le directeur général "*espère que l'EPRD sera respecté* » à trois mois de la fin de l'exercice et maintient son engagement pour "*un suivi fidèle et précis du projet social*".

[52] Au cours de la séance du CS du 16/06/2016, le directeur général présente le projet social comme "*une donnée immuable*". De même, lors de sa séance du 31/03/2016, dans le cadre d'une motion à l'attention de la ministre de la santé, si le projet social est très nettement mis en avant, il n'y a en revanche aucune référence au projet médical.

[53] Alors que les résultats financiers de l'exercice 2015 se sont largement dégradés (déficit de 20 M€, contre une prévision à -12 M€), le directeur général signe, en juillet 2016, avec les organisations syndicales un nouveau projet social prévoyant 300 mises en stage supplémentaires sur trois ans, complétées par 36 fiches action spécifiques (pièce jointe n°3).

[54] Par ailleurs, la mission relève que lors des débats du CTE du 25/02/2015 commencent à se manifester chez les représentants du personnel les prémices d'une certaine inquiétude sur "*la soutenabilité financière du projet social*"; le président s'engage à organiser une séance exceptionnelle du CTE consacrée au sujet avant la fin du premier semestre. La même inquiétude est repérable lors de la séance du CS du 31/03/2016. Il n'y aura en définitive aucune séance spéciale sur l'évaluation et les conséquences financières du projet social.

[55] Enfin, il n'y a eu ni évaluation financière prévisionnelle du nouveau projet social ni évaluation de la réalisation du premier ; malgré sa requête renouvelée aucun document n'a été fourni à la mission.

➤ Le CHU n'a pas impliqué l'ARS dans ces protocoles mais l'a néanmoins sollicitée pour financer le projet social.

[56] Ce sujet concernait la politique générale de l'établissement ; à ce titre l'ARS ne s'est peut-être pas cru autorisée à interpeller le CHU sur les impacts de la mise en œuvre de ces protocoles. Toutefois, au-delà de ce premier niveau d'analyse, on peut également avancer qu'il s'agissait à la fois d'une opération de fusion impliquant nécessairement l'ARS et de la création d'un CHU, présentant donc des enjeux particulièrement forts sur les plans régional et national.

[57] En complément, le coût de ces mesures devenait de plus en plus incompatible avec les dépassements des crédits de personnel du CHU qui bénéficiait déjà de taux de progression (cf. *infra*) particulièrement avantageux.

[58] A ces divers titres, l'ARS aurait du intervenir auprès du CHU pour réenvisager les conditions d'application de ces protocoles qui freinaient sensiblement l'assimilation de la fusion. La mission n'a pas eu connaissance de documents allant en ce sens.

[59] Enfin, il faut souligner que le directeur général de l'ARS a appris la signature du projet social de 2016 par la mission elle-même. Cela signifie que l'ARS n'a pas été informée du résultat des négociations qui avaient débuté au cours du premier semestre 2015. Cela n'a pas empêché le directeur général du CHU de demander des aides pour financer ce projet et de solliciter de l'ARS une rencontre avec les organisations syndicales de l'établissement au moment de la grève lancée en octobre 2016 (courrier du directeur général du CHU du 05/10/2016- pièce jointe n°4) ; le financement du projet social est au cœur des revendications présentées par le directeur général qui rappelle de plus les "*engagements de l'Etat*".

[60] La mission regrette que le processus de création du CHU, compte tenu de l'importance de ses enjeux et de son caractère inédit, n'ait pas fait l'objet d'un reporting et d'une évaluation réguliers et pilotés par le Ministère et l'ARS.

1.1.2 Le projet médical ne considère pas l'établissement comme entité unique

[61] Le projet médical 2012/2016 s'est attaché à distinguer la dimension universitaire et à souligner le rôle du CHU sur la zone de l'Océan Indien.

[62] En revanche, il a ignoré, à quelques exceptions près, la mise en cohérence des activités médicales sur les deux sites, tout se passant comme si chacun des deux reproduisait ses acquis et poursuivait sa propre politique.

[63] A cet égard, il est indispensable de rappeler qu'aucun des deux protocoles préalables à la fusion n'a mentionné le projet médical. Si la fusion a été perçue par certains comme une opportunité pour élaborer un projet social ambitieux, force est de constater que cela n'a pas été le cas pour le projet médical.

➤ L'organisation médicale n'est pas pensée globalement

[64] La plupart des disciplines sont présentes sur les deux sites compte tenu de la fonction de proximité que chacun doit assurer.

[65] Cependant, on peut estimer que toutes les activités de chaque discipline n'ont pas à être pratiquées sur chacun des deux sites et que certaines spécificités fortes peuvent être développées tant sur le site Nord que sur le site Sud.

[66] Par exemple, si la cardiologie est exercée sur les deux sites, la rythmologie interventionnelle est pratiquée sur le site Sud et l'interventionnel sur les coronaires et l'angioplastie sur le site Nord. De même, on perçoit une volonté de développer sur le site Sud les activités de neurosciences, même si le schéma ne semble pas abouti.

[67] Toutefois, la mission a pu constater que les autres disciplines n'ont pas fait l'objet de telles réflexions, ni bénéficié de projets de ce type.

[68] Par ailleurs, l'organisation de la permanence des soins (PDSE) n'a pas été pensée globalement sur le CHU, mais reprise par l'ARS dans le cadre du volet spécifique du Schéma Régional de l'Offre de Soins (SROS) de 2012.

[69] Enfin, le management des disciplines n'a pas été unifié entre les deux sites au sein d'un seul service ou département et placées sous la responsabilité d'un praticien unique ; il n'existe pas de fédération inter site ou même de pôle qui regrouperait des activités des deux sites².

[70] La mission a bien perçu que la préservation, voire la sanctuarisation de chacun des sites constituait non seulement la préoccupation essentielle mais aussi la condition assumée de la fusion.

[71] La distance entre les deux sites ou le temps nécessaire à parcourir la distance en fonction des moments de la journée constituent les arguments mis en avant mais aussi les prétextes pour ne pas engager le débat.

Cette réflexion n'a pas été menée et le projet médical ne l'a pas considérée comme une nécessité, empêchant ainsi une appréhension aboutie et mature de la problématique.

➤ Les axes forts susceptibles de mobiliser les deux communautés ne sont pas perceptibles

[72] Le projet médical n'a pas mis en avant des axes de développement capables de donner du sens à un avenir partagé par les deux sites et générant une mobilisation convergente des deux communautés médicales.

² Toutefois une réflexion semble en cours concernant les activités de biologie

Il ne dégage pas de priorités institutionnelles capables de donner du sens aux professionnels de l'établissement, sauf à considérer que toutes les actions demeurent prioritaires.

[73] Pensé en 2011 et 2012, donc très récemment, on aurait pu considérer que le projet médical puisse mettre en exergue le développement de l'ambulatoire, de la cancérologie, ou de la prise en charge des personnes âgées par exemple. Ces axes, même s'ils sont partiellement affichés, ne sont pas considérés comme des priorités autour desquelles les projets de service doivent s'ordonner et se consolider.

[74] Enfin, il est étonnant de constater que le projet médical constitue un sujet qui n'a jamais été abordé devant les instances de l'établissement ; la mission a relevé, à la lecture des CS et des CTE depuis 2013, l'absence totale de débats sur cette question, comme si elle ne relevait que de la seule Commission Médicale d'établissement (CME). Il n'y a jamais été présenté un bilan d'étape faisant ressortir les avancées et les obstacles éventuels. Les instances ont ignoré le projet médical.

[75] C'est certainement ce qui a fait dire à un représentant du personnel le 22 novembre 2016, répondant à une question du Journal de la Réunion : "*Il n'y a pas de projet médical autour duquel on peut se retrouver*".

Recommandation n°1 : Le CHU doit très rapidement redéfinir les axes stratégiques de son projet médical pour réorienter ses activités et ses organisations. Il doit mettre en place des structures médicales regroupant les disciplines des deux sites et unifier les responsabilités médicales.

1.1.3 La gestion et le pilotage prolongent la bipolarité de l'établissement et ne poursuivent pas un objectif de mise en cohérence

[76] Les protocoles préalables à la fusion ont prévu de manière particulièrement précise l'organisation des instances et de la direction de l'établissement en conservant systématiquement sur chaque site toutes les instances (CS, CME, CTE, CHSCT, CAP...). Cette volonté de sécuriser chacun des deux sites a conduit à prolonger l'hétérogénéité des méthodes et des outils de gestion, rendant ainsi impossible un pilotage cohérent. La mission n'a pas trouvé au sein de la direction de l'établissement une volonté affichée de construire une nouvelle étape après la fusion en s'affranchissant progressivement, y compris par la négociation, des dispositions du protocole de 2011.

➤ La direction est encore trop "territorialisée" et donc trop segmentée

[77] Si la direction des affaires financières, celle des services économiques et celle des affaires médicales sont communes aux deux sites selon l'organigramme, la mission a constaté que la direction des ressources humaines (DRH) et la direction des soins (DS) n'étaient pas encore unifiées ou étaient en voie de l'être, dans un domaine où la lisibilité de la politique est capitale. Cette unité pourrait, par ailleurs, être totalement compatible avec la présence d'un DRH et d'un directeur des soins sur chaque site pour favoriser la proximité. La CRC a recommandé en 2014 cette transversalité mais la direction s'y est opposée (cf. *infra*).

[78] La mission a constaté à maintes reprises que cette segmentation empêchait la mise en œuvre d'une politique identifiable et cohérente.

➤ Le maintien des instances de site fait obstacle au développement d'un sentiment de communauté

[79] Quelques exemples concrets, à forte charge symbolique, conduisent à ce constat :

- La présidence du conseil de surveillance du CHU est assurée à tour de rôle par deux élus, l'un issu du Nord et l'autre du Sud, ce qui ne saurait constituer un facteur d'homogénéisation de la politique de l'instance, conséquence aggravée par l'annualité de la rotation. De plus, sur chaque site existe une commission consultative du conseil de surveillance.
- La direction générale n'est pas installée sur un des deux sites mais sur la commune de Saint-Paul (dans des locaux loués à l'établissement public de santé mentale de la Réunion- EPSMR), équidistante de Saint-Denis et de Saint-Pierre - 30 minutes de transport. Ceci est destiné à privilégier un sentiment de neutralité par rapport aux deux sites mais rend la direction générale particulièrement éloignée des professionnels de l'établissement. Outre le coût de la location à l'EPSM (100 k€/an), il paraît essentiel pour des raisons symboliques et pratiques que la direction s'installe rapidement sur un site hospitalier.
- La CME et le Comité Technique d'établissement (CTE) sont doublés par un comité médical consultatif et un CTE par site.
- Les instances comme le CTE ou le CHSCT ne se réunissent pas sur un des deux sites, ni même à la direction générale mais dans des salles louées dans des lieux privés.
- Jusqu'au début de l'année 2016, chaque site disposait de son propre directoire.
- Le protocole signé en 2011 empêchait toute mobilité du personnel entre les deux sites, sauf accord ou demande de l'agent concerné.

[80] Toutes les réunions des instances transversales, sauf le conseil de surveillance, ont lieu dans des sites extérieurs au CHU, dans des salles louées appartenant à des entreprises spécialisées dans l'organisation de séminaires ou au Comité de gestion des œuvres hospitalières de la Réunion (COGOHR) et situées sur la côte Ouest à La Souris chaude ou à La Souris blanche (à titre d'exemple, pièce jointe n°5). Le coût de ces locations de salles et parfois de chambres ne sont pas prohibitifs mais au total dépassent largement 10 k€ par an.

[81] La mission considère que la direction devrait mettre un terme à ce système qui n'apporte aucune plus value au développement du CHU. Sur cette question également, le retour à l'utilisation d'un site hospitalier aurait une valeur symbolique non négligeable.

Recommandation n°2 : La direction générale du CHU et ses instances doivent être réintégrées sur un site hospitalier.

➤ Les outils de gestion ne favorisent pas l'intégration

[82] La confection des EPRD, tout en obéissant aux contraintes réglementaires, intègre une présentation par site.

[83] La capacité d'autofinancement (CAF) est sanctuarisée pour chacun des deux sites et ce depuis la création du CHU.

[84] La politique de gestion des ressources humaines est spécifique aux deux sites, même si l'homogénéisation a été présentée comme acquise pour ce qui concerne la gestion statutaire. Les créations de postes et leurs impacts budgétaires ont été présentés à la mission par site sans qu'il n'y ait de consolidation au niveau de l'établissement. Les outils de gestion sont spécifiques à chaque DRH et à chaque DS et ont été présentés comme tels à la mission.

[85] Il en est de même pour l'activité du CHU dont les données ont été communiquées par site. Ceci a empêché la mission d'obtenir spontanément une vision de l'activité globale du CHU et l'a contrainte à solliciter, de manière itérative, des statistiques complémentaires.

[86] Les deux opérations immobilières majeures ont été conçues et développées au niveau de chaque site concerné, sans participation active de la direction générale et de la direction des affaires financières, tout ceci conduisant à des modalités de gestion hétérogènes ; au cours de l'entretien avec la mission, le directeur général lui a confirmé que les directions de site géraient ces projets, y compris la signature des marchés et des ordres de service.

[87] Ces différences, voire ces divergences conduisent la mission à s'interroger sur la nature et la pertinence du pilotage de l'établissement ; ces diverses illustrations concourent à démontrer une volonté de maintenir le statu quo entre les deux sites, contraire à la nécessité de privilégier un projet commun portant le CHU de la Réunion dans son ensemble.

Recommandation n°3 : Sur la base de son nouveau projet médical, le CHU doit, dès le premier semestre 2017, finaliser la fusion en supprimant les instances de site, en rendant transversales toutes les directions fonctionnelles et en homogénéisant tous les processus de gestion.

1.1.4 Les risques liés à la gestion sont accrus par des méthodes dont la fiabilité est relative

➤ Les processus RH sur la gestion des effectifs ne sont pas tous maîtrisés

[88] La mission a entretenu des échanges nourris avec les équipes de l'établissement sur les données relatives aux ressources humaines, et en particulier aux effectifs (sur la notion même d'ETP par exemple). Les incohérences entre les données du Nord et du Sud ou entre les données d'effectifs et de paie, les imprécisions techniques, les variations d'un document à l'autre, l'absence de standardisation des productions ont mobilisé une énergie excessive. Les retards de production des données et les difficultés à projeter les conséquences des décisions prises sont considérables.

[89] L'évaluation des effectifs, fiable et partagée avec l'établissement et l'ARS, a été laborieuse.

[90] La qualité technique du suivi des effectifs est très insuffisante pour un établissement hospitalier. L'existence jusqu'à présent de deux directions des ressources humaines (Nord et Sud) est un facteur important de complexité. Mais, alors que les charges de personnel ont été déterminantes dans la dégradation des équilibres financiers et constituent l'élément principal d'une stratégie de retour à l'équilibre, la maîtrise des effectifs devra passer par la consolidation des outils et des méthodes utilisés par le CHU.

➤ L'analyse des données d'activité est trop administrative

[91] Sur les données d'activité également, la mission a eu des nombreux échanges avec l'établissement, afin d'éclaircir les écarts entre les différentes sources de données : différentes productions pour la mission, rapport d'activité, ATIH...

[92] Il ressort de ces débats une grande variabilité des concepts et des outils utilisés par l'établissement, alors qu'une homogénéité et une cohérence des indicateurs et de leurs traductions dans les présentations et les discours sont des conditions de la clarté du pilotage.

[93] La mission constate également que l'établissement se fonde fréquemment sur des notions médico-administratives pour décrire son activité (entrées dites administratives, description de l'activité par structure et par Identifiant Externe Patient (IEP) et non pas par mode d'hospitalisation, ce qui empêche par exemple l'établissement d'avoir une vision précise de son activité ambulatoire et de l'activité en séances (absence d'agrégation entre les séances en tant que telles, celles effectuées en hospitalisation de jour et/ou en hospitalisation complète (cf. *infra*).

[94] L'utilisation standardisée de notions purement médicales dans le suivi de l'activité serait à l'évidence de nature à alimenter un dialogue fructueux et une large appropriation des questions de pilotage d'activité au sein de la communauté hospitalière, en se fondant sur les données des Résumés de sortie anonymes (RSA) transmis à l'ATIH. Ceci faciliterait aussi les comparaisons avec les autres CHU.

[95] Ces distorsions confirment également l'absence de réflexion commune entre le CHU et l'ARS sur l'activité réelle de l'établissement qui aurait nécessité un accord sur des indicateurs partagés.

1.2 La situation du CHU a été présentée de façon opacifiée aux instances et à la tutelle

[96] La mission doit souligner que la situation, notamment financière, du CHU est régulièrement abordée lors des réunions d'instances ; les ordres du jour en témoignent.

[97] Cependant, la présentation de cette situation n'est pas totalement transparente, ce qui ne permet pas une appropriation objective de la réalité du CHU ; ceci explique aussi les réactions de surprise observées en 2016 chez certains partenaires sociaux ou membres du conseil de surveillance, à la diffusion de certaines informations, notamment sur le déficit budgétaire.

[98] La mission estime que le brouillage dans la perception de la situation du CHU a accru fortement les risques financiers de l'établissement en favorisant une forme de déni qui a entraîné le refus des mesures de redressement.

1.2.1 Sa réalité financière n'est pas approfondie et certains arguments sont infondés

[99] Les questions budgétaires sont régulièrement abordées tant au conseil de surveillance qu'au comité technique d'établissement, au travers non seulement de la présentation de l'EPRD et du compte de résultat mais aussi des rapports infra annuels.

➤ L'évolution particulièrement forte de la masse salariale est valorisée positivement

[100] Le tableau des effectifs tant prévisionnels que réels n'est jamais présenté alors que les créations de postes ont été considérables :

Tableau 2 : Créations de postes en ETPRM

	2011	2012	2013	2014	2015	Total
ETPRM supplémentaires	174,6	178,9	152,5	167	199	872

Source : Documents CHU

[101] La mission n'a repéré aucun débat sur les ETP créés, ni en CS, ni même en CTE.

[102] Lorsque les dépenses du titre 1 sont évoquées, comme au CTE du 25/02/2014 à l'occasion de l'examen du RIA 3 de 2013, le président estime "*qu'il s'agit là d'un signe fort de la dynamique du projet social*" contribuant ainsi à justifier positivement cette croissance et à la faire considérer comme inéluctable.

[103] Au cours du CTE du 30/06/2014, à l'occasion de la comparaison avec les CHU de Bordeaux et de Strasbourg, le président estime que "*la dynamique des effectifs est plus importante à la Réunion*", donnant ainsi une connotation positive aux accroissements d'effectifs décidés au CHU de la Réunion ; le terme de dynamique revient très régulièrement dans les discours.

[104] Les créations de postes sont considérées comme normales puisque justifiées par les fiches action³, supports du développement des activités. Les fiches action ont une symbolique forte car elles sont présentées comme les témoins de la dynamique du CHU et donc sanctuarisées. Le directeur général du CHU évalue leur nombre à plus de 100. La mission n'a pu prendre connaissance d'aucune évaluation de ces fiches action, de leurs résultats et de leur coût.

➤ Les explications fournies sont souvent légères

[105] Lors de la présentation du RIA 2 au cours de la séance du conseil de surveillance du 02/12/2015, le diaporama annexé au procès verbal indique que les dépenses du Titre 1 ont évolué de 4,2% par rapport aux prévisions de l'EPRD qui fixait pourtant un taux de progression de 3%. Les explications suivantes sont fournies dans le diaporama : *"ce dépassement est compensé par une augmentation des recettes liées à la gestion des ressources humaines (mises à disposition...). Hormis les facteurs réglementaires (titularisations, GVT, cotisations à la CNRACL...) la tendance est à une stabilisation des dépenses de personnel non médical"*.

[106] Cette affirmation est fautive ; ces explications passent sous silence les 199 ETP créés au cours de l'année.

[107] De même, lors de la séance du CS du 24/06/2015, concernant le PGFP, qui ne donne lieu qu'à des débats succincts, il est bien indiqué une prévision de croissance des dépenses du titre 1 de 1,5%. Toutefois, aucun plan d'action qui serait de nature à permettre d'assurer cette évolution, n'est présenté. Ceci est difficilement compréhensible compte tenu du fait qu'on ne passe pas d'un taux de croissance de la masse salariale supérieur à 4% à un taux de 1,5% sans que des mesures drastiques ne soient prises. On évoque simplement le fait que la croissance d'activité pourrait desserrer cette contrainte.

[108] Une situation similaire est repérée en 2014, au moment de la présentation de l'EPRD en CTE. Le PGFP est élaboré sur une perspective de croissance des charges de 1,5 à 2% par an.

Toutefois, alors que l'EPRD est présenté avec un déficit de 5 M€ et que la hausse des charges que connaît l'établissement est supérieure à 4%, rien ne vient expliquer la manière dont le PGFP pourra être respecté ; il faut également remarquer qu'aucune demande n'est exprimée en ce sens.

[109] Ce déni de réalité est encore perceptible au cours de la séance du CS du 31/03/2016 ; un représentant de la CME évoque *"la performance de l'ancien directeur général...pour avoir su maintenir un équilibre budgétaire et une paix sociale dans un contexte de contraintes budgétaires et de restriction en terme d'effectifs"*. Cette déclaration paraît symptomatique de la manière dont le déni est profond et partagé par les membres des instances ; cela témoigne de l'oubli des 872 ETP créés entre 2011 et 2015, des 1500 titularisations et de l'augmentation de 20,6% des charges d'exploitation sur la période.

[110] Enfin, la mission remarque qu'au cours de la même réunion du CS, la motion votée aborde bien le déficit du CHU mais en fait porter la responsabilité sur *"notamment les dépenses occasionnés par les soins à la population mahoraise, comorienne et malgache"*. Cette remarque est d'autant plus tendancieuse qu'elle est infondée (cf. *infra*). Il s'ensuit une comparaison avec les établissements hospitaliers des Antilles qui justifie *"la mise en œuvre de mesures d'accompagnements financiers"* au nom de *"l'égalité réelle de la république"*.

[111] Concernant la situation de l'établissement, les débats des instances du CHU témoignent d'un déni de la réalité, expliquant le refus de mesures de redressement et la revendication permanente d'aides financières.

³ Les fiches actions sont des documents présentant des projets portant notamment sur le développement médical, évaluant les moyens nécessaires au regard des objectifs attendus

1.2.2 La réalité de ses activités est appréhendée superficiellement

[112] L'activité du CHU a été analysée par la mission au travers des RSA transmis à l'ATIH, les données utilisées par le CHU n'étant ni consolidées ni fiabilisées.

[113] Le nombre de séjours a augmenté de 2,9% en 2015 et de 5,3% entre 2012 et 2015. Il faut remarquer que cette évolution est essentiellement portée par les séances qui ont progressé de 7,7% en 2015, alors que l'ambulatoire n'a évolué que de 0,5% ; l'analyse de l'activité en 2016 amène à des constats identiques (cf. *infra*). L'activité du CHU présente donc des signes de fragilité préoccupants.

[114] L'analyse de l'activité n'a jamais été approfondie devant les instances ; les tableaux ne sont pas homogènes et utilisent des indicateurs qui n'offrent pas une vision instantanée et cohérente de l'activité (à titre d'exemple pièce jointe n°6) La mission n'a pas pu prendre connaissance de présentations claires et compréhensibles.

[115] Souvent, de plus, il y a amalgame et donc confusion entre l'activité mesurée en volume donc en séjours et les recettes générées par cette activité.

[116] Mais, surtout, la mission constate une présentation erronée des données. Ainsi, au cours du CS du 02/12/2015, concernant le RIA 2, le directeur général adjoint se réjouit "*des données encourageantes liées à une dynamique d'activités...s'élevant à 4,5%*" ; ce qui n'est absolument pas le cas pour 2015 puisqu'elle sera de 2,9% en volume. Les données présentées en séance, dans un diaporama, sont confuses, mêlent des indicateurs variés et ne font jamais ressortir clairement les composantes de l'activité : séances, hospitalisation de jour et hospitalisation complète. Dans une interview accordée au Journal de la Réunion le 3 mai 2016, il reprendra les mêmes affirmations, avançant même que la progression d'activité est de 4% par an depuis 4 ans.

[117] Concernant l'activité ambulatoire, alors que l'activité stagne en 2015, le directeur général, dans son courrier au personnel du 15/06/15, indique que le CHU est résolument engagé dans cette voie et qu'il soutiendra les projets présentés par les équipes de soins.

[118] Il s'agit d'un discours incontestablement rassurant mais qui ne présente aucun plan de développement permettant la mobilisation nécessaire des professionnels et la mise en place de mesures d'appui. Ceci illustre également l'insuffisance du portage de l'ambulatoire que la mission a pu constater et qui a été préjudiciable à sa croissance.

1.2.3 Les mesures nécessaires au redressement sont fréquemment repoussées

[119] La mission constate que les mesures à prendre pour limiter l'évolution de la masse salariale et la contraindre à rentrer dans les prévisions de l'EPRD ne sont jamais prises en compte.

[120] Au cours de la séance du conseil de surveillance du 02/12/2015, alors que le RIA 2 présente une augmentation des dépenses du titre 1 de 4,2% pour une prévision de 3%, le directeur général adjoint déclare que "*la marge de manœuvre du CHU sur l'évolution de la masse salariale reste très limitée*". De même, il avance "*qu'il n'est pas opportun de procéder à une réduction du capacitaire*", alors que le coefficient d'occupation moyen sur le site sud par exemple n'a pas excédé 78% en 2015.

[121] Alors même que le plan de retour à l'équilibre envisagé en juin 2015 était particulièrement timide, le président déclare en CTE au cours de sa séance du 01/10/2015 que "*la vigilance incite à mettre en œuvre de manière attentive les mesures du plan de retour à l'équilibre mais en étant dans un esprit raisonnable et raisonné pour ne pas impacter le développement des activités et ne pas avoir*

de suppression nette de postes". De fait, on assistera en 2015 à la fois à une croissance forte des effectifs et à une stagnation de l'activité, sans que cela ne suscite une quelconque interrogation.

[122] Dans son courrier au personnel du 15/06/2015 (pièce jointe n°7), le directeur général ne présente pas un plan de retour à l'équilibre qui serait de l'initiative du CHU mais plutôt comme la conséquence du plan ministériel sur l'ONDAM, notamment pour maîtriser l'évolution de la masse salariale des établissements hospitaliers. Il avance le non remplacement des départs à la retraite pour les fonctions hors soins mais réaffirme l'engagement portant sur la mise en œuvre du projet social 2012/2015 et la mise en chantier du prochain projet social portant sur 2016/2019. Il indique clairement qu'il n'y aura pas de suppression de postes. Il annonce le déblocage d'une enveloppe de 400 k€ pour le paiement d'heures supplémentaires et des crédits complémentaires pour amplifier l'accompagnement des pôles. La mission note le paradoxe apparent entre le fait de prévoir le non remplacement des départs en retraite dans certains services au nom du retour à l'équilibre et celui de décider de créer au cours du même exercice 144 postes ; les impacts seront considérables pour la suite puisque sur le premier semestre 2016, le nombre moyen d'ETP rémunérés est supérieur à celui du premier semestre 2015 de 156 ETP selon les données propres à l'établissement. La dégradation financière très marquée des exercices 2015 et 2016 trouve donc notamment sa source dans les recrutements massifs de 2015.

1.3 Le fonctionnement des instances a été altéré

[123] De toute évidence, les instances du CHU, Conseil de surveillance et comité technique d'établissement, fonctionnent ; elles se réunissent fréquemment sur des ordres du jour larges et denses. Pour autant, outre une certaine superficialité dans l'approche des questions soumises, leurs débats manifestent une réelle indulgence qui ne leur permet pas d'assumer le fondement de leurs fonctions.

1.3.1 Le Conseil de surveillance n'assure pas sa fonction de contrôle

1.3.1.1 L'absentéisme constaté est significatif

[124] Il faut tout d'abord remarquer le phénomène très particulier d'absentéisme chronique de la part de certains de ses membres, attesté par les comptes rendus de séances.

[125] En effet, Madame Nassimah Dindar, présidente du conseil départemental de la Réunion et représentant ce dernier au conseil, assure une année sur deux la présidence du conseil de surveillance du CHU. Pourtant, au cours de l'année 2014, elle n'a assisté à aucune des cinq séances du conseil ; il en a été de même pour les quatre séances de l'année 2015 (y compris celle du 9/04/15 au cours de laquelle la présidence lui a été à nouveau confiée), ainsi que pour le premier semestre 2016, excepté la séance du 31/03 à laquelle elle n'aura assisté aux débats que sur le premier point de l'ordre du jour.

[126] De même, Monsieur Michel Fontaine, sénateur, maire de Saint-Pierre et personne qualifiée désigné par le préfet, n'a assisté à aucune des séances de 2014, 2015 et 2016.

[127] L'absentéisme régulier d'élus importants, dont la présidente du conseil elle-même, n'est pas de nature à permettre une bonne connaissance de la réalité du CHU et à faciliter l'exercice de la mission de contrôle.

[128] Il existe une disposition réglementaire permettant de gérer ce type de situations. En effet, l'article D 1432-19 du code la santé publique précise que "*Lorsque le membre titulaire du conseil de surveillance n'a pas assisté personnellement à trois réunions consécutives, le président du conseil de surveillance procède à son remplacement...*".

Recommandation n°4 : L'ARS doit rappeler aux membres du conseil de surveillance leur obligation de siéger ; si cette démarche reste sans effet, la présidente du conseil départemental et le préfet devront être saisis par l'ARS pour que deux nouveaux membres du conseil de surveillance soient désignés.

1.3.1.2 Sa fonction de contrôle est mineure

[129] Les ordres du jour du conseil de surveillance sont variés et contiennent tous les sujets liés à sa compétence.

[130] Toutefois, l'analyse des débats retracés dans les procès verbaux fait ressortir une approche superficielle des sujets, les membres du conseil se contentant d'approches sommaires très éloignées de présentations exhaustives. Seul le président tente parfois d'approfondir les sujets comme ce fut le cas au cours de la séance du 16/06/2016 au sujet de la décision du commissaire aux comptes de ne pas certifier ceux du CHU.

[131] Or, la loi confère au conseil de surveillance dans le cadre de sa compétence générale un rôle de contrôle de la gestion de l'établissement. Le guide publié en 2011 par le ministère de la santé et l'ANAP intitulé "*La loi HPST à l'hôpital- les clefs pour comprendre*" le rappelle autour de deux actions déterminantes :

- Les observations transmises à l'ARS sur le rapport de gestion du directeur et la gestion ;
- La possibilité de se faire communiquer les documents nécessaires à l'accomplissement de sa mission.

[132] La mission n'a trouvé aucune trace de ces échanges. Les procès verbaux attestent d'un niveau d'exigence très limité et témoignent fréquemment de soutiens sans réserve à la politique menée.

[133] Ainsi, le conseil de surveillance n'a jamais connu de débats sur les réalisations du projet médical, sur l'évolution des effectifs, sur les caractéristiques du déficit, sur le coût précis de la prise en charge des patients de Mayotte...

1.3.2 Certaines attributions du CTE sont ignorées.

[134] La mission observe que les ordres du jour du CTE sont denses et couvrent des champs très variés ; les questions financières sont très régulièrement abordées, y compris au travers des rapports infra annuels (RIA), de même que les sujets concernant la politique Qualité.

[135] Bien évidemment, les sujets dominants touchent aux ressources humaines puisque cela constitue la mission majeure de cette instance de concertation avec les représentants du personnel. Les questions relatives au projet social 2012/2015 ou le suivant figurent dans les débats de chaque séance ; il est même possible d'avancer qu'il s'agit du thème essentiel et récurrent du CTE.

[136] Néanmoins, deux thématiques n'apparaissent que rarement dans les comptes rendus de séances :

- Les questions sur "*les conditions et l'organisation du travail dans l'établissement, notamment les programmes de modernisation des méthodes et techniques de travail*" (article R 61446-40 du CSP sur les attributions du CTE) : mis à part des sujets touchant à l'instauration de postes de travail en amplitude de 12 heures ou quelques points très circonscrits, les ordres du jour et les débats ne font jamais apparaître des présentations pour avis sur les plannings et roulements, sur les effectifs par service et les modifications de postes.

- Les effectifs malgré les dispositions du dernier alinéa de l'article susvisé : "*le comité est régulièrement tenu informé de la situation budgétaire et des effectifs prévisionnels et réels de l'établissement*" : les points budgétaires y sont fréquents mais il n'y a aucune présentation des effectifs, ni au moment de l'information sur l'EPRD, ni à celui de la présentation du compte de résultat. Les sujets touchants aux mouvements de titularisations et à l'évolution de la masse salariale sont régulièrement abordés mais sans qu'ils s'appuient sur une vision précise des effectifs, même lorsque les dépassements budgétaires sur le titre 1 sont évoqués et alors-même que les créations de postes ont été considérables comme cela a été présenté *supra*. Aucune présentation du tableau prévisionnel des effectifs rémunérés (TPER) ou d'un document équivalent ne figure dans les comptes rendus d'instances.

[137] L'absence de données précises sur les effectifs et leur évolution altère sensiblement la nature des débats en CTE puisque cela ne permet pas l'objectivation des situations et leur approche éclairée.

1.4 Le CHU a faussé ses rapports avec son environnement

[138] Dans un processus habituel, un établissement hospitalier fonctionne en entretenant des rapports avec l'ARS qui assure sa tutelle ainsi qu'avec les directions d'administration centrale, notamment la DGOS ; à ce titre, il doit aussi rendre compte. Par ailleurs, il fait l'objet de contrôles externes réguliers de la chambre régionale des comptes. Il doit s'inscrire dans des procédures et des dispositifs auxquels il doit se soumettre puisque la gestion des risques appelle aussi la conformité aux règlements et l'application des directives.

La mission a pu constater que le CHU de la Réunion a dénaturé les modalités et le sens de ces rapports.

1.4.1 Le CHU et l'ARS ne se situent pas dans un rapport conforme à leurs rôles respectifs

1.4.1.1 Le suivi effectué par l'ARS n'a pas été suffisamment rigoureux

[139] Les évolutions de l'établissement n'auraient pas été possibles sans une attitude indulgente de sa tutelle, qui s'est montrée tolérante face aux dérives, alors même qu'elle les avait identifiées, et a souhaité préserver le projet du CHU dans un contexte parfois délicat. Cette indulgence se manifeste notamment sur les questions budgétaires, de pilotage des instruments contractuels et de projets immobiliers et capacitaires (traités par ailleurs).

➤ La dégradation budgétaire n'a pas été stoppée

[140] L'ARS a toujours eu conscience des risques liés à la gestion de l'établissement. De nombreux écrits alertent la direction générale du CHU sur la nécessité de maîtriser les charges, et en particulier la masse salariale, sur la faible fiabilité des hypothèses budgétaires, sur le coût des programmes d'investissement ou sur la nécessité de respecter les procédures.

[141] Mais les EPRD sont approuvés chaque année, avec, sous une forme ou une autre, des réserves ou des conditions, dont la tonalité devient plus sévère au fil des années (courriers des directeurs généraux successifs de l'ARS aux directeurs généraux du CHU, pièce jointe n°8).

[142] La mission note les conditions d'approbation des deux derniers EPRD :

[143] - pour 2015 : "Sur la base des remarques ci-dessus, je décide d'approuver votre EPRD 2015 et vous engage à renforcer les efforts de redressement entrepris".

La mission n'est pas en capacité de percevoir les efforts déjà entrepris ni sur l'exercice 2014, ce qui sera traité infra, ni sur le début de l'année 2015.

[144] - Pour 2016 :

Sur la base des remarques précédentes, je décide de valider votre EPRD sous les réserves suivantes :

- **d'une part, me faire parvenir les éléments de justifications concernant les dépenses et recettes de titre 1. Je vous demande d'être très vigilants en lien avec mes services pour que les créations de postes (ou de remplacement de personnel à la retraite) se limitent à la réalisation de recettes supplémentaires pérennes sans dépasser votre projection de +3%,**
- **d'autre part, la validation de votre EPRD 2016 malgré un résultat dégradé est soumise à la régularisation des écritures comptables sur le compte financier 2015 telle que préconisé dans le cadre de la certification. Cela permettra de confirmer la sincérité de votre EPRD 2016. Au-delà de la sincérité des éléments apportés et à venir, il est indispensable que votre établissement mette en œuvre l'ensemble des efforts et mesures nécessaires à la maîtrise et à l'amélioration du résultat déficitaire attendu qui seront autant de pistes d'action à faire valoir lors de l'examen du CHU par le COPERMO.**

[145] Cette attitude plus ferme se traduit notamment par le refus d'approuver le PGFP 2016-2020, pour les motifs suivants :

Sur la période du PGFP, on constate un dépassement des seuils des indicateurs financiers fixés à l'article D 6145-70 du code de la santé publique à savoir :

- un ratio de dépendance financière à 60% versus un seuil maximum préconisé de 50%
- une durée apparente de la dette à 12 ans en 2018 contre un seuil maximum de 10 ans
- un encours de la dette d'environ 40% versus un taux de 30% maximum.

A cela s'ajoute une trésorerie qui reste négative sur l'ensemble de la période.

Au regard de ces éléments et au terme de l'article D 6145-67, je m'oppose au projet de PGFP pour les motifs suivants :

- **Le résultat prévisionnel des 5 exercices du plan fait apparaître un déséquilibre financier au regard des critères définis par le décret pris en application de l'article L 6143-3.**
- **L'évolution des résultats prévisionnels du plan est incompatible avec le maintien à l'équilibre ou le redressement de l'établissement.**

Par ailleurs, nous serons vigilants que le prochain PGFP proposé par l'établissement soit conforme aux tendances financières agréées par le COPERMO.

➤ Les rapports contractuels ont été peu suivis

[146] Les objectifs du CHU ont été contractualisés dans deux documents successifs : un contrat de performance passé avec l'Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP) signé le 6 juin 2011, qui a couvert la période de 2011 à 2013 et un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) avec l'ARS signé le 25 février 2013 qui a couvert la période 2013/2017.

[147] Ces contrats proposent des objectifs importants et généralement pertinents pour l'établissement, assortis de nombreux indicateurs ayant vocation à mesurer l'atteinte des objectifs.

[148] Pour l'un comme pour l'autre de ces contrats, la mission n'a pas obtenu de document retraçant un dispositif organisé de suivi de l'atteinte des objectifs, ni de compte rendu d'instances de gouvernance.

[149] L'établissement ne s'est pas organisé pour suivre les objectifs contractualisés dans les principaux documents encadrant son activité, pas plus qu'il n'a été sollicité par sa tutelle en ce sens.

[150] A titre d'exemple l'opération du bâtiment central à Saint-Pierre a été inscrite au CPOM du CHU en février 2013 avec la prévision de financements régionaux spécifiques dont certains étaient

provisoires dans l'attente des décisions du COPERMO. L'opération n'a pas fait l'objet d'un suivi minutieux et n'a jamais été présentée au COPERMO. Pourtant, le CHU a lancé les travaux en mars 2016.

[151] La mission déplore que cette opération ait échappé, pendant trois ans, aux procédures de contrôle dont l'Etat s'est doté pour maîtriser les investissements publics, générant de ce fait une situation d'exception au bénéfice du CHU de la Réunion.

[152] Le CHU a donc régulièrement négligé les indications portées par l'ARS mais le suivi opéré par celle-ci n'a pas été suffisamment rigoureux.

1.4.1.2 Le CHU n'a cessé de revendiquer des aides financières

[153] Le CHU a toujours mis en avant l'absence ou la faiblesse des dotations allouées par l'ARS pour expliquer l'amplification des difficultés budgétaires et l'augmentation du déficit : sous financement de certaines missions d'intérêt général et des MERRI, baisse de la dotation portant sur la permanence des soins, absence de financement du projet social...

[154] Au cours de la réunion du conseil de surveillance du 2/10/2015, au sujet de la présentation du RIA 1, après que le directeur général ait constaté un "*tendancier moins bien orienté*", les causes "*exogènes*" sont amplement décrites et privilégiées : patients en provenance de Mayotte, accompagnement insuffisant de l'ARS et du niveau national. Il est également fait mention de la nécessité "*d'un lobbying auprès de la tutelle*".

[155] De plus, au cours de la séance du CTE du 01/10/2015, il est largement débattu du contenu de la rencontre des organisations syndicales et de la direction avec le nouveau directeur général de l'ARS, très rapidement après sa prise de fonction. La perspective d'intégrer le nouveau projet social dans le CPOM est considérée comme une avancée positive ; cependant certains représentants du personnel estiment que le projet social devrait intégrer le budget dédié par le CHU pour accompagner le plan de mises en stage.

[156] Le vocabulaire utilisé est significatif des ambiguïtés qui président aux rapports avec l'ARS. Le président du CTE, le 01/10/2015, "*relève (...) les prises de positions de l'ARS avec un sentiment de disjonction cognitive*". Dans la même séance, il "*appelle à jouer groupé pour pouvoir faire entendre nos points de vue et nos demandes*".

[157] La volonté ostensible d'associer les représentants du personnel aux "*demandes*" auprès de l'ARS doit être soulignée.

[158] Toutes les organisations syndicales reprennent cette antienne ; une intersyndicale reçue par la mission a évalué à 36 M€ les dettes de l'Etat à l'égard du CHU.

[159] Au final, si le CHU ne respecte pas les prescriptions de l'ARS notamment dans la conduite du budget et le respect des masses budgétaires approuvées, il poursuit sa revendication de dotations complémentaires, sans se résoudre à prendre les mesures adéquates pour assurer l'équilibre budgétaire et le financement de l'investissement.

1.4.2 Dans ses présentations, la direction du CHU dénature la fonction du COPERMO

[160] Au cours de l'année 2015, il a été envisagé que le COPERMO procède au suivi du CHU de la Réunion ; un dossier a été élaboré en décembre 2015 car la situation du CHU devait être analysée au cours de la réunion de février 2016, avant que le dossier ne soit en définitive retiré au motif, selon la DGOS, que sa construction n'était pas aboutie et donc non satisfaisante.

[161] Lors de la séance du conseil de surveillance du CHU du 02/12/2015, le directeur général présente le COPERMO comme une "*instance interministérielle destinée à examiner les demandes de financement complémentaires présentées par les hôpitaux*". Effectivement, au cours du CTE du 17/12/2015, le président présente les demandes du CHU qui s'élèvent à 55M€ pour les investissements, 7 M€ pour le cycle d'exploitation, sans compter l'aide non chiffrée pour la mise en œuvre du projet social.

[162] Cependant, s'agissant des investissements, le CHU oublie totalement le processus d'étude des dossiers d'investissement par le COPERMO, de la phase d'éligibilité à la phase d'autorisation en passant par le dossier d'évaluation socio-économique ainsi que son rôle dans le contrôle du format des opérations et de leur adéquation aux orientations ministérielles, notamment sur le développement de l'ambulatoire ; la circulaire DGOS- DSS- DGFIP du 5 juin 2013 sur le COPERMO n'est même pas citée.

[163] De plus, il n'est absolument pas fait référence à la mission confiée au Commissariat Général à l'Investissement (CGI)⁴ ainsi qu'aux modalités de traitement des opérations dont le coût prévisionnel dépasse 100 M€ ; ceci aurait été opportun puisque l'opération de reconstruction du bâtiment central du site de Saint-Pierre avait jusqu'alors échappé à toute instruction et à toute expertise.

[164] De la même manière, il n'est pas fait référence au COPERMO Performance, alors que le déficit du CHU était en augmentation sensible, que les prévisions commençaient à devenir alarmantes et que le plan de retour à l'équilibre envisagé par le CHU ne présentait aucun effet positif.

[165] Ainsi, le COPERMO est exclusivement présenté comme un levier d'attributions d'aides financières sans que cela soit susceptible de créer des obligations particulières pour l'établissement et de lui créer des contraintes notamment pour assurer sa performance.

[166] De plus, le rapport entre l'établissement et le COPERMO est présenté de manière tellement inhabituelle que le CTE est appelé à soutenir le CHU dans ses démarches.

[167] Au cours de la séance du 17/12/2015, le président "*propose au secrétaire du CTE d'examiner avec les membres du CTE l'opportunité d'une motion sur l'appui à l'accompagnement du CHU concernant la mise en œuvre du projet social dans le contexte du prochain examen national du dossier COPERMO*".

[168] Tout est en effet mis en œuvre jusqu'au cours de l'année 2016 pour accréditer l'idée selon laquelle la solution des problèmes de l'établissement ne réside que dans des aides extérieures. Un plan de retour à l'équilibre est néanmoins présenté en novembre 2016 pour être soumis à la séance du COPERMO de décembre ; il rompt d'évidence, sous la pression de la tutelle, avec la stratégie habituelle, puisqu'il intègre une réduction sensible des charges. Toutefois, les organisations syndicales jouent sur la crainte du risque social pour obtenir de l'Etat le maximum d'aides, cela étant relayé par la direction du CHU auprès de l'ARS et du Préfet (cf. courrier du DG du CHU du 5/10/2016, pièce jointe n°4).

⁴ Article 17 de la loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 et décret d'application du 23 décembre 2013 cf. *infra*

1.4.3 Les recommandations de la CRC sont négligées

[169] La CRC a publié en juillet 2014 son rapport définitif sur le CHU portant notamment sur les charges et les ressources humaines. Parmi ses recommandations, deux présentaient un caractère particulier : *supprimer l'indexation des primes et indemnités sans base légale* » et *"créer une direction des ressources humaines transversale"*.

[170] Cette préconisation était motivée par les constats opérés par la Chambre sur l'absence de consolidation et de fiabilisation des modalités de gestion entre les deux établissements composant le CHU. Parmi les primes, la CRC visait tout particulièrement l'indexation de la base de calcul de la prime de service.

[171] Au cours de la réunion du conseil de surveillance du 24/09/2014, le directeur général indiquait qu'il *"sollicitera le ministère pour connaître les suites à donner aux opinions en droit émises par la CRC... Il ajoute que les moyens identifiés par la CRC pourraient être réalloués afin de répondre aux enjeux prioritaires que sont l'attractivité médicale... et la mise en œuvre du projet social"*.

[172] Même si la notion d'opinion peut être pertinente dans le champ lexical du contrôle financier, le fait de l'utiliser dans ce contexte est de nature à dévaloriser les constats, l'analyse et les conclusions de la Chambre.

[173] Au cours d'une réunion du CTE le 15/06/2015, près d'un an après, le président *"rappelle que les orientations de la CRC ne seront pas mises œuvre avant un accord national* ». C'est ainsi que la mission constate qu'à ce jour ces recommandations n'ont pas été mises en œuvre ; elle ne possède pas non plus les documents attestant d'une saisine de l'ARS et du ministère pour obtenir leur positionnement sur la question.

[174] De plus, alors que la CRC considérait dans son rapport que la désindexation de certaines primes contribuerait également à une réduction des charges (*"Le respect plus strict de la réglementation relative au versement des primes devrait permettre de dégager des possibilités d'alléger les charges"*), le directeur général indiquait au cours de la séance du conseil de surveillance visée *supra* que les dépenses éventuellement évitées seraient redéployées notamment pour mettre en œuvre ou accélérer le projet social. Ceci est confirmé au cours de la séance du CTE du 23/09/2014 lorsque le président affirme que *"dans le schéma de récupération du régime indemnitaire, il y aura une réallocation des moyens dans l'objectif du projet social"*.

[175] Enfin, la recommandation de la CRC sur la création d'une DRH transversale se heurte à une opposition claire. Au cours de la réunion du conseil de surveillance citée *supra*, le directeur général déclare qu' *"une direction des ressources humaines commune semble également prématurée avant le terme prévu par le projet social"*, alors que la chambre indiquait que *"Les politiques de performance organisationnelle sont menées de façon indépendante sur les deux sites"*.

[176] La mission constate que sur le dernier trimestre 2016, la DRH transversale n'est pas encore clairement mise en place, avec une organisation structurée même après le refus de certification des comptes et les constats opérés par la mission sur l'hétérogénéité des outils de gestion.

Recommandation n°5 : L'ARS, dans sa fonction de contrôle, doit s'investir dans un suivi rigoureux de la politique de gestion du CHU.

1.4.4 Le CHU assume ses responsabilités vis-à-vis de l'Océan indien avec ambiguïté

[177] Comme toute structure hospitalo-universitaire sur sa région, le CHU de la Réunion a une mission de recours qu'il met volontiers en avant mais qu'il stigmatise comme génératrice du déficit.

1.4.4.1 Cette mission est présentée comme cause du déficit de l'établissement

[178] L'établissement fait état avec constance d'un lien direct entre la dégradation de sa situation financière et son activité de recours pour les patients de l'océan indien, en particulier en provenance de Mayotte.

[179] Le rapport d'activité pour 2015 présente ainsi le déficit : *"Le CHU présente en 2015 un déficit du budget principal de -20,21 M€ soit -3,04 % du total des produits ; le budget consolidé est quant à lui déficitaire de -20,37 M€ (-2,97 % du total produits consolidés). Cette dégradation du résultat de l'établissement est notamment liée à la poursuite d'activités réalisées par l'établissement au titre de sa mission de service public de recours pour la prise en charge des patients de la zone Océan Indien."*

[180] Le 9 février 2016, le site Hospimedia, repris par la presse réunionnaise, rapportait les propos du directeur général du CHU : *"le CHU réunionnais porte encore dans ses comptes 10 M€ de crédits afférents aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) qui restent non couverts par les financements alloués par l'ARS Océan Indien. Sans compter l'impact, qui ne cesse de s'accroître, de son appui régional à la couverture sanitaire de Mayotte. Ainsi, 2 M€ de créances au titre de l'aide médicale d'État (AME) sont non couverts l'an dernier. Et se greffe à cela l'impact budgétaire des évacuations sanitaires, au nombre de 800 en 2015 et qui devraient atteindre sous peu les 1000. S'il reste difficilement quantifiable, il est toutefois certain qu'il pèse en négatif sur les comptes du CHU. La chambre régionale des comptes le pointait d'ailleurs du doigt en juin dernier. Et la bascule depuis le 1er janvier d'une tarification journalière en groupe homogène de séjours pour les assurés sociaux mahorais pourrait bien engendrer, dès l'exercice 2016, à nouveau 7 M€ de pertes de recettes supplémentaires pour le CHU"*.

[181] Dans le contexte sanitaire et social extrêmement instable que connaît actuellement Mayotte, qui fait émerger des craintes dans le corps social réunionnais, il est important de clarifier ce débat. Sur ce point, la mission intervient après la CRC qui avait noté l'impossibilité d'objectiver certaines situations dans son rapport d'avril 2015.

1.4.4.2 L'intervention du CHU en appui à Mayotte est réelle, mais modeste

[182] A plusieurs reprises, des interlocuteurs de la mission, à tous les niveaux de l'établissement, ont présenté l'intervention en soutien de Mayotte comme une charge pour l'établissement.

[183] Il a été nécessaire de rappeler que le soutien médical dans la zone de l'océan indien et le recours pour les patients de la zone font intrinsèquement partie des missions d'un centre hospitalier universitaire créé notamment pour faire face aux engagements de la France dans l'Océan Indien.

[184] Le CHU indique disposer en 2015 de 11 postes d'assistants partagés, qui exercent à mi-temps avec Mayotte, et avoir organisé 140 jours de missions médicales.

Au total, c'est donc de l'ordre de 6 ETP médicaux que le CHU consacre sur place à Mayotte. Il développe de plus, en lien avec l'ARS, un projet de télémédecine.

[185] Ce dispositif de soutien, s'il est réel et important sur le fond, est donc modeste dans les moyens humains déployés.

[186] Selon l'ARS, une demande d'envoi de sages-femmes en urgence à Mayotte au premier semestre 2016, pour faire face à une grave crise sanitaire, s'est heurtée à une réponse très partielle du CHU (un sage-femme pendant 15 jours), alors que des établissements privés de moindre importance ont dégagé des moyens.

1.4.4.3 Le CHU a longtemps été bénéficiaire sur la facturation des assurés mahorais

[187] Jusqu'au 31 décembre 2015, les patients originaires de Mayotte, couverts par la Caisse de sécurité sociale de Mayotte ou par l'aide médicale d'Etat, étaient facturés au tarif journalier de prestation. Le CHU et l'ARS estiment à près de 15 M€ le montant des recettes annuelles à ce titre. Soit, pour sensiblement 1 % des séjours en hospitalisation complète, 3 % de l'ensemble des produits perçus sur l'assurance maladie. Cette valorisation trouve son origine d'une part dans des tarifs journaliers de prestation avantageux pour le CHU, mieux rémunérés que la T2A ou les GHS (par exemple, l'hospitalisation complète est tarifée 888 € par jour et la chirurgie 1 744 €/jour), d'autre part dans des durées moyennes de séjour (DMS) plus élevées.

[188] Compte tenu de la DMS de 16,8 jours estimée par l'ARS, la recette provenant d'un séjour chirurgical peut être estimée à 29 300 € et celle d'un séjour médical à 14 900 € ; ces produits doivent être rapportés au poids moyen du cas traité qui est de 4 423 € au CHU de la Réunion.

[189] Depuis le 1er janvier 2016, les mêmes séjours sont tarifés selon le droit commun au groupe homogène de séjour, en application de la LFSS pour 2015. L'établissement et l'ARS convergent pour estimer la perte de recettes pour l'établissement, toutes choses égales par ailleurs, à environ 6 M€.

[190] *A contrario*, cela signifie que le CHU dégagait sur les patients originaires de Mayotte, un bénéfice qui a atteint jusqu'à 6 M€ en 2015 par rapport à la situation de patients tarifés selon le droit commun.

[191] Cela signifie également que le déficit de 2015, si les patients mahorais avaient été tarifés selon le droit commun qui s'applique depuis 2016, n'aurait pas été de 20 M€ mais de 26 M€.

1.4.4.4 Les risques pour créances irrécouvrables sont largement provisionnés

[192] Le CHU est dans l'incapacité de chiffrer précisément le coût des soins donnant lieu à des créances irrécouvrables concernant les patients en provenance de Mayotte, quelque soit leur statut et leur nationalité. Dans une note du 18 juin 2016, il précise : *"S'il est difficile d'isoler les créances irrécouvrables en tant que telles, il faut prendre en considération l'ensemble de la facturation non soldée dans le cadre des soins urgents, de l'AME H et de l'AME : à fin 2015, les créances depuis 2008 sur ces soins urgents se chiffraient à 8,8 M€."*

Les difficultés sont certainement encore un peu supérieures car tous les soins aux étrangers qui n'ont pu être facturés en soins urgents ou AME l'ont été directement au patient, et ne seront pas recouverts compte tenu de l'insolvabilité de ces patients. Par ailleurs, le CHU détient une créance auprès de la caisse de Mayotte d'un montant de 8,4 M€ correspondant à des soins effectués sur des patients de Mayotte au cours des années 2014 et 2015»

[193] Deux notions cohabitent dans les documents du CHU :

- Pour un montant de 17,2 M€, le CHU est titulaire de créances concernant des patients dont les droits sont reconnus ou ont vocation à l'être, et qui doivent être couvertes par la mise en œuvre des procédures de droit commun ;

- Pour un montant indéterminé, le CHU doit faire face à des créances irrécouvrables concernant des patients étrangers dont le droit à une couverture sociale n'a pas pu être établi.

[194] Le rapport de la CRC de 2015 indique en synthèse que *"la gestion de la procédure d'EVASAN entre Mayotte et la Réunion souffre d'une absence de coordination. Les défaillances des cellules logistiques, notamment le défaut de communication entre les services administratifs du CHU, du CHM, de la direction régionale de la jeunesse et des sports et de la cohésion sociale (DRJSCS), sont à l'origine de pertes de recettes substantielles pour ces hôpitaux ainsi que pour la caisse générale de la sécurité sociale de la Réunion (CGSS) et la caisse de sécurité sociale de Mayotte (CSSM) qu'il n'est pas possible aujourd'hui d'évaluer."*

[195] Des provisions pour créances irrécouvrables sont établies pour couvrir des situations, en fonction des taux de recouvrement constatés pour chaque type de créances :

- 0 % pour les patients couverts par la CSSM
- 69 % pour les DJSCS (AME), soins urgents, EVASAN, DRASS, etc.
- 71% pour les particuliers, cette catégorie étant constituée pour les particuliers étrangers de la zone Océan indien (Comores, Maurice, Seychelles, Madagascar), les particuliers réunionnais non couverts par une prise en charge sociale (personnes sans domicile fixe, indigents, personnes sans couverture) et les particuliers payants classiques.

[196] Le risque financier auquel le CHU est exposé pour les patients en provenance de Mayotte est donc très largement couvert par des provisions.

1.4.4.5 Des mesures de bon sens sont nécessaires pour accompagner les familles et faire face à une petite proportion de séjours d'une durée excessive

[197] Le CHU a accueilli, en 2015, 668 patients mahorais, pour 1 177 séjours et séances. Cette activité est en hausse d'un tiers entre 2014 et 2015. Elle représente 1,27 % des séjours et séances du CHU en 2015. 14,4 % des séjours de patients originaires de Mayotte correspondaient à une activité de recours.

[198] La durée moyenne de séjour des patients mahorais est plus longue que celle des autres patients. Les éléments recensés par l'ARS conduisent à penser qu'un séjour adulte sur 6 et un séjour enfant sur 5 aurait une durée excessive pour une raison non médicale.

[199] Ces séjours d'une durée excessive, mais peu nombreux, sont avant tout liés à une difficulté opérationnelle à organiser la fonction d'hébergement et d'accompagnement des familles en aval de l'hospitalisation, comme l'ont souligné l'ARS et la CRC. Ils sont inutilement traumatisants pour les patients et leur famille, et alimentent au sein de la communauté hospitalière le sentiment d'une saturation des services par des patients mahorais.

[200] Le CHU travaille actuellement sur des projets d'hébergement extra hospitalier et d'accueil familial thérapeutique qui vont dans le sens d'un traitement non hospitalier des questions hôtelières. Ces projets semblent ralentis par la lourdeur des parcours institutionnels, notamment pour les mineurs, et par la complexité du dispositif introduit par l'article 53 de la LFSS pour 2015⁵, qui conduit plusieurs ARS à anticiper l'expérimentation officielle. Le pragmatisme et le bon sens appellent à privilégier la souplesse des conditions d'accueil, la non institutionnalisation des hébergements et l'autonomie des familles. Ainsi, des logements du parc hospitalier mis à disposition des familles contre un loyer modeste représenteraient un gain qualitatif pour les

⁵ La LFSS pour 2015 prévoit que l'Etat peut autoriser à titre expérimental le financement par le fonds d'intervention régional de dispositifs optimisant les prises en charge de patients sur la base d'un appel à projets national.

patients et une économie substantielle pour les finances publiques, en réduisant la durée de séjours hospitaliers inutiles.

[201] En conclusion, le CHU a été bénéficiaire jusqu'en 2015 sur les patients CSSM, et le montant des créances irrécouvrables cumulées fin 2015, quel qu'en soit l'exercice d'origine, est très largement provisionné. Sur le passé, le CHU n'a donc pas été pénalisé financièrement de sa fonction de recours pour Mayotte.

[202] Pour les années 2016 et suivantes, le retour au droit commun l'expose à de moindres recettes, mais le développement de solutions pragmatiques pour l'hébergement des patients et de leurs familles serait de nature à minimiser cette charge.

1.5 L'établissement ne maîtrise pas suffisamment ses procédures administratives : examen de deux dossiers récents

[203] Le système de management mis en place par la direction de l'établissement ne permet pas une maîtrise efficiente des risques. La mission a particulièrement examiné à ce titre deux dossiers récents. Les procédures de délégation de signature liées aux changements intervenus sur le poste de directeur général n'ont pas été mises en œuvre dans de bonnes conditions, fragilisant les actes et les marchés de février à novembre 2016. Des commandes à une agence de communication, dont l'intérêt public n'est pas établi, ont été passées en dehors des règles des marchés publics.

1.5.1 Les procédures de délégation de signature liées au changement de direction n'ont pas été sécurisées, fragilisant les actes et les marchés

1.5.1.1 Le régime juridique des délégations de signature est clairement établi par le code de la santé publique et la jurisprudence

[204] Le régime des délégations de signature du directeur général du CHU est défini par les articles D6143-33 à D6143-35 du code de la santé publique⁶. Il est complété par deux règles constamment rappelées par la jurisprudence administrative :

- la délégation de signature est donnée intuitu personae et tombe de plein droit lorsque le délégant ou le délégataire cesse ses fonctions⁷ ;
- les délégations de signature sont des actes réglementaires, donc leur publicité est une condition de leur entrée en vigueur⁸.

1.5.1.2 En 2016, le renouvellement des délégations de signature suite aux deux changements de directeur général a été tardif

[205] Le poste de directeur général a connu trois titulaires en 2016 :

⁶ Article D6143-33 : *Dans le cadre de ses compétences définies à l'article L. 6143-7, le directeur d'un établissement public de santé peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature.*

Article D6143-34 : *Toute délégation doit mentionner :*

1° *Le nom et la fonction de l'agent auquel la délégation a été donnée ;*

2° *La nature des actes délégués ;*

3° *Eventuellement, les conditions ou réserves dont le directeur juge opportun d'assortir la délégation.*

Article D6143-35 : *Les délégations mentionnées à la présente sous-section, de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables. Elles sont communiquées au conseil de surveillance et transmises sans délai au comptable de l'établissement lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur des dépenses.*

⁷ Voir par exemple en ce sens Conseil d'Etat, SSR, 21 décembre 1994 Société des grands magasins Galeries Lafayette

⁸ Voir par exemple en ce sens Conseil d'Etat, 14 févr. 2001, Centre hospitalier régional de Reims.

- M. David Gruson, en poste depuis le 18 avril 2012, nommée par un décret du 13 avril 2012 ;
- M. Lionel Calenge, nommé directeur général par intérim par un arrêté du 8 février 2016 ;
- M. Lionel Calenge, nommé directeur général par un décret du 30 mai 2016.

[206] Les deux règles jurisprudentielles rappelées ci-dessus s'appliquent avec une particulière acuité à ces périodes. En premier lieu, toutes les délégations de signature antérieures devenant caduques lors du changement de directeur général, de nouvelles délégations doivent être prises par le nouveau titulaire du poste.

[207] En second lieu, la publicité des nouvelles délégations de signature est soumise au régime particulier de l'article D6143-35 du code de la santé publique, qui prévoit quatre moyens cumulatifs de publicité : la communication aux intéressés et la publication par tout moyen les rendant consultables sont la reprise de la jurisprudence générale du Conseil d'Etat sur la publicité des délégations de signature⁹. La communication au conseil de surveillance et la transmission sans délai au comptable lorsqu'elles concernent des actes liés à la fonction d'ordonnateur sont des dispositions spécifiques aux délégations de signature d'un directeur d'hôpital.

[208] Ces principes ont été respectés en avril 2012 lors de la nomination de M. David Gruson par décret du 13 avril. Les délégations de signature des principaux cadres ont été établies en date du 18 avril 2012 et portées à la connaissance du conseil de surveillance lors de sa séance suivante du 7 juin 2012.

[209] A la cessation de fonctions de M. Gruson, toutes les délégations de signature sont devenues caduques.

[210] Deux délégations de signature ont été établies par M. Calenge, directeur général par intérim, entre le 8 février et le 29 mai 2016 :

- n°16-2016 du 23 février 2016 portant délégation de signature à M. Georges Mauguin, directeur adjoint chargé de la direction du système d'information et de l'organisation ;
- n°22-2016 du 9 mars 2016 portant délégation de signature à M. Geoffroy Charrier, directeur adjoint chargé des affaires financières, du contrôle de gestion et de la gestion administrative du patient du CHU.

[211] Ces délégations n'ont pas été communiquées au conseil de surveillance. Elles ont été affichées "*dans les secrétariats de direction des sites Félix Guyon et Sud Réunion* » pour la première, "*à la direction générale et aux directions de site du CHU*" pour la seconde.

[212] Seize délégations de signature ont été établies par M. Calenge, directeur général, à la suite de sa prise de fonctions le 30 mai 2016 : une le 13 juillet 2016, onze le 29 juillet, deux le 21 octobre et deux le 10 novembre. Ces délégations de signature ont été communiquées au conseil de surveillance du 28 novembre 2016.

⁹Voir par exemple en ce sens, sur une délégation de signature établie sous le régime de l'ancien article R6143-38 du code de la santé publique (les décisions "*sont affichées sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet et aisément consultables par les personnels et les usagers*"), antérieur au décret du 30 décembre 2009 qui a créé l'actuel article D6143-35 : Conseil d'Etat, SSR, 21 mai 2008, Groupe hospitalier Sud Réunion : "*Considérant que la décision par laquelle le directeur d'un établissement public hospitalier délègue son pouvoir de signer a un caractère réglementaire et n'entre en vigueur que si elle a fait l'objet d'une mesure de publicité suffisante ; que, s'agissant des établissements publics hospitaliers locaux, l'affichage de la décision de délégation de signature sur des panneaux spécialement aménagés à cet effet, aisément consultables par les personnels et les usagers, constitue une mesure de publicité suffisante ; (...)*Considérant que si le Groupe hospitalier Sud Réunion soutient que la décision de délégation de signature du 6 août 2001 est entrée en vigueur lors de son affichage sur des panneaux de l'établissement, il n'établit toutefois ni les conditions dans lesquelles cet affichage a eu lieu, ni sa durée ; que cet affichage ne peut donc être regardé comme ayant constitué une mesure de publicité suffisante"

Elles ont été affichées à la direction générale et aux deux directions de sites du CHU. Le comptable en a reçu copie le 27 octobre pour les délégations concernant les directeurs des deux sites et la direction des affaires financières et entre le 17 et le 21 novembre pour les autres délégations.

1.5.1.3 Une faible attention a été portée aux obligations de publicité

[213] Depuis le conseil de surveillance du 27 juin 2012 qui a été informé des délégations de signature décidées par le directeur général nouvellement nommé, seuls 5 arrêtés de délégation de signature ont fait l'objet d'une information, par messagerie électronique, aux membres du conseil de surveillance.

En 2016, le comptable n'a été spontanément informé que de 4 délégations de signature sur les 16 intervenues entre juillet et novembre. Pour les 12 autres, l'information lui a été communiquée à sa demande le 9 novembre, lui-même ayant été sollicité le 8 novembre par la mission afin de vérifier la liste.

[214] Enfin, la mission s'interroge sur le caractère "*suffisant*" de la publicité par par affichage des arrêtés uniquement à la direction générale et dans les directions de site au regard de la jurisprudence du Conseil d'Etat (21 mai 2008, Groupe hospitalier Sud Réunion), qui rappelle la nécessité de "*panneaux spécialement aménagés à cet effet, aisément consultables par les personnels et les usagers*", selon les termes de la réglementation de l'époque, et insiste sur la vérification des "*conditions dans lesquelles cet affichage a (eu) lieu*" et sur "*sa durée*". Les locaux des directions de site et de la direction générale sont séparés des activités hospitalières, et donc des flux habituels des personnels et des usagers.

1.5.1.4 Un risque réel pèse sur les actes du CHU entre le 8 février et le 28 novembre 2016

[215] L'ARS a, par mail du 9 mars, alerté le directeur général par intérim sur les risques liés à l'absence de délégation de signature.

[216] Pour la période d'intérim au poste de directeur général, du 8 février au 29 mai 2016, seuls les secteurs des systèmes d'information (à compter du 23 février) et des affaires financières (à compter du 9 mars) ont été couverts par des délégations de signature, pour lesquelles les conditions de publicité posées par le code de la santé publique n'ont pas été respectées. Sur l'ensemble des autres secteurs, les actes signés par les collaborateurs du directeur général l'ont été sans délégations de signature

[217] Pour la période postérieure à la nomination du nouveau directeur général, les premières délégations de signature datent du 29 juillet¹⁰. La publicité auprès du comptable intervient le 27 octobre pour les directeurs de sites et la direction financière. La communication au conseil de surveillance a eu lieu le 28 novembre. Du 30 mai au 28 juillet 2016¹¹, les actes signés par les collaborateurs du directeur général l'ont été sans délégation de signature. Entre le 29 juillet (le 21 octobre pour les ressources humaines du site sud et le service biomédical, le 10 novembre pour les travaux et services techniques et les affaires médicales, la stratégie et le service social) et le 28 novembre, les collaborateurs disposaient de délégations de signature, pour lesquelles les conditions de publicité posées par le code de la santé publique n'avaient pas été respectées.

[218] En ne procédant pas au renouvellement des délégations de signature dans des conditions normales de diligence, le directeur général a fragilisé l'ensemble des actes passés par ses

¹⁰ Du 13 juillet pour la direction de la recherche, de l'innovation, de la coopération et des fonds européens

¹¹ Au 12 juillet pour ce qui concerne la direction de la recherche, de l'innovation, de la coopération et des fonds européens

collaborateurs entre le 8 février et le 28 novembre 2016 et placé l'établissement dans une grande insécurité juridique.

[219] Cette fragilité, doublée d'une grande confusion, est particulièrement marquée sur les travaux du site sud. Le lot 01/01/01 est un marché de travaux d'un montant de 37,9 M€. L'ordre de service a été signé le 2 mars 2016 par le directeur de site, avec la formule "*pour le directeur général et par délégation*". Le 17 mars, l'entreprise titulaire du lot a demandé au maître d'œuvre "*la copie du pouvoir du signataire représentant la maîtrise d'ouvrage*" dans le cadre d'une réserve sur cet ordre de service. Le 4 avril, le CHU a répondu à l'entreprise, sous la signature de l'ingénieur chef de projet, en communiquant la copie de la délégation de signature 67-2015 du 8 octobre 2015 au bénéfice du directeur du site sud.

[220] Cette délégation était devenue caduque le 8 février 2016 à la nomination du directeur général par intérim.

[221] En l'absence de nouvelles délégations, le directeur de site n'avait pas délégation pour signer les ordres de service lançant les travaux du bâtiment central, dont le montant cumulé s'élève à 78,6 M€ TTC. De même, l'ingénieur chef de projet n'avait pas délégation pour apporter une réponse à l'entreprise. Enfin, la réponse apportée à l'entreprise était juridiquement inexacte.

1.5.1.5 La chronologie des délégations n'est pas cohérente

[222] La mission, au regard de la chronologie des actes liés à l'établissement des délégations de signature depuis l'été 2016, s'interroge sur les conditions et les dates réelles de leur élaboration.

[223] Les délégations de signature sont, dans leur majorité, datées du 29 juillet 2016, date à laquelle le directeur général était en congés annuels et avait confié son intérim à un directeur de site.

[224] La numération des arrêtés de délégation de signature n'est pas en cohérence avec la chronologie.

Tableau 3 : Dates des arrêtés de délégation de signature pris à la suite de la nomination du directeur général

n° décision	date décision
48-2016	29/07/2016
49-2016	29/07/2016
50-2016	29/07/2016
52-2016	29/07/2016
53-2016	10/11/2016
54-2016	29/07/2016
55-2016	29/07/2016
56-2016	29/07/2016
57-2016	13/07/2016
58-2016	10/11/2016
59-2016	29/07/2016
60-2016	21/10/2016
61-2016	29/07/2016
62-2016	29/07/2016
63-2016	21/10/2016
66-2016	29/07/2016

Source : Source CHU

[225] La décision 59-2016 vise la décision 48-2016 en date du 27 juin 2016 et la décision 60-2016 vise la décision 49-2016 en date du 28 juin 2016. Or les décisions 49-2016 et 50-2016 communiquées par le CHU portent la date du 29 juillet 2016.

[226] Les décisions 50-2016 et 52-2016 qui portent respectivement délégation de signature à la directrice adjointe et au directeur des finances définissent des périmètres de délégation rigoureusement identiques, la délégataire principale sur la décision 50-2016 devenant délégataire secondaire sur la décision 52-2016.

[227] Le comptable n'a reçu que le 27 octobre les délégations de signature datées du 29 juillet portant sur les directions de sites (48-2016 et 49-2016) et la direction financière (50-2016 et 52-2016). Ce n'est qu'après une interrogation du comptable que les autres actes lui ont été transmis, entre le 17 et le 21 novembre.

[228] La mission a pour sa part demandé le 27 octobre au CHU les délégations de signature depuis 2012. Elle a reçu le 7 novembre les délégations établies de 2012 à mai 2016. Ce n'est qu'après une relance ferme qu'elle a reçu, le 8 novembre, copie des délégations datées de juillet et octobre 2016.

1.5.2 Des dépenses de communication dont l'intérêt pour l'établissement est incertain, engagées en dehors des règles des marchés publics

1.5.2.1 Des commandes de communication dont l'intérêt pour l'établissement est incertain

[229] Le CHU a passé en 2015 et 2016 trois commandes à l'agence de communication GBO, agence réunionnaise spécialisée en conseil, création et influence¹² :

- *"surveillance de l'e-réputation de l'organisation et de la direction" : bon de commande du 01/10/2015, d'un montant de 15 732,50 € TTC (14 500 € HT), sans période d'exécution spécifiée ;*
- *"veille image et e-réputation renforcée" pour la période du 1er au 31 mars 2015 : bon de commande du 17/03/2016, d'un montant de 27 016,50 € TTC (24 900 € HT) ;*
- *"veille image" pour la période du 1er avril 2016 au 31 janvier 2017 : bon de commande du 06/04/2016, d'un montant de 26 213,60 € TTC (24 160 € HT).*

[230] La mission a demandé à plusieurs reprises la communication des productions de l'agence GBO. Le CHU n'a pas donné suite à cette demande.

[231] Il s'est contenté d'adresser un document établi par l'agence GBO intitulé "*Octobre 2015 / Octobre 2016 Prestations Agence GBO CHU Réunion*" (pièce jointe n9) et d'assurer qu' "*un reporting régulier a été mis en place entre le CHU et GBO pendant toute la durée des prestations réalisées, ce qui a permis d'évaluer les résultats de façon régulière et constante*"¹³.

[232] L'agence GBO décrit son intervention de la façon suivante :

[233] De façon générale, une "*prestation de veille stratégique et monitoring e-réputation : collecte et analyse d'informations stratégique visant à alimenter la stratégie du CHU ; surveillance de l'e-réputation de l'organisation*".

[234] Cette prestation se décomposerait de la façon suivante :

- *"revue de presse quotidienne » recensant les articles "collectés et qualifiés" sur les mots-clés et thématiques de la veille CHU-GHER ;*

¹² Site internet de l'agence www.groupegbo.com

¹³ Mail du 25 octobre 2016

- *"alertes e-réputation" : envoi automatisé par la plateforme de veille d'une alerte dès la collecte d'articles sur twitter, facebook, journaux et google+ contenant un mot-clé sensible parmi lesquels : CHU Réunion, erreur médicale, Lionel Calenge, FSEI, fiche d'événements indésirables, GHER, groupe hospitalier Est Réunion ;*
- *"note d'étonnement" : envoi d'un courriel si le veilleur détecte sur un nouveau sujet qui pourrait potentiellement nuire à la réputation du CHU-GHER ;*
- *"accès à la plateforme de veille Digimind" et aux articles "collectés et qualifiés" pour la veille "CHU-GHER" et "e-réputation CHU-GHER".*

L'agence GBO indique ensuite un "renforcement de la veille stratégique" : "Au début du mois de février 2016, le CHU de la Réunion a souhaité mettre en place un dispositif de veille renforcée pour une période d'un mois, en complément de la prestation de veille stratégique.

Cette prestation de veille renforcée a été décidée afin de surveiller la couverture et la réception médiatique du départ de David Gruson du poste de directeur général du CHU- GHER et du mouvement "Tir Sa" du collectif militant "La Klarté".

La veille renforcée consistait-en:

- *Détection des sujets polémiques, alertes par mail du client et mise sous surveillance des sujets détectés*
- *Mise sous surveillance des commentaires suites aux articles polémiques (sections commentaires des sites d'actualités, sur les réseaux sociaux, forums, ...)*
- *Identification et mise sous surveillance (compte sociaux, médias, ...) des détracteurs*
- *Envoi de 3 reporting de crise par semaine.*

La veille renforcée a été mise en place du 01/02/2016 au 10/03/2016."

[235] L'agence GBO indique également que *"dans un contexte d'arbitrages sur la prochaine génération de fonds européens, une prestation ponctuelle complémentaire a été souhaitée par le CHU : accompagnement dans les relations avec les médias avec pour objectif d'adoucir la coloration des articles par une meilleure communication sur les actions du CHU. Un dispositif composé de trois personnes a été mis en place pour accompagner le CHU afin de faire évoluer sa stratégie. Il s'agissait de passer d'un silence installé et mettre les médias en "stéréo" -> ils n'avaient jusque là que le son de cloche des détracteurs. Rapidement la couverture médiatique est passée de très négative à négative puis de négative à neutre".*

[236] La mission constate que les contrats successifs avec l'agence GBO ont représenté, pour la période d'un an entre le 1^{er} octobre 2015 et le 30 septembre 2016, un coût TTC de 64 593,54 € (59 533 € HT), et pour l'ensemble des prestations un engagement financier de 68 962,60 € (63 560 € HT). Elle note que la matérialité des prestations n'est pas établie en l'absence de toute transmission de pièces en ce sens.

[237] La mission considère que l'ensemble des prestations de veille relève des fonctions classiques d'un service de communication, tel que celui qui est placé auprès du directeur général du CHU, et que ces fonctions sont aisément automatisables par un tel service.

[238] La mission estime donc que l'intérêt public de la prestation de l'agence GBO n'est pas établi.

1.5.2.2 Des contrats passés hors des règles de la commande publique

► Une absence de mise en concurrence

[239] La mission a interrogé l'établissement sur les conditions de passation des contrats avec l'agence GBO : mode de mise en concurrence et cahier des charges pour chaque contrat, consultations effectuées, propositions reçues, analyses des offres. Elle a reçu, à la signature d'une attachée d'administration affectée à la direction générale¹⁴, la réponse suivante :

[240] *"Concernant les pièces relatives à une mise en concurrence, celle-ci n'a pu être mise en œuvre pour les raisons justifiées, rappelées ci-dessous :*

En premier lieu, le CHU n'a pas sollicité le groupe GBO de manière continue, mais à l'occasion de missions ponctuelles et de durée variable, dont la nature a évolué, alternant des missions de e-réputation de l'organisation et de la direction, de veille image, de lobby dans le portage des dossiers Feder, et des missions distinctes d'assistance par des consultants.

Cette variation résulte de l'expression de besoins différents de l'établissement, résultant de circonstances ponctuelles qui ne pouvaient pas être anticipées d'un bon de commande à l'autre, de sorte que le CHU ne pouvait anticiper la passation d'un marché plus global dès octobre 2015 ou en début d'année 2016.

En deuxième lieu, le groupe GBO est sur l'île de La Réunion le seul opérateur en capacité de répondre au besoin de veille et de conseil spécialisé exprimé par le CHU. [Ainsi, en l'absence de concurrents, le juge administratif a déjà eu l'occasion de préciser que le pouvoir adjudicateur peut légalement décider que les marchés puissent être passés en l'absence de publicité et de mise en concurrence préalable, sans méconnaître les principes de liberté d'accès à la commande publique et d'égalité de traitement des candidats (CE, 28 janvier 2013, n°356670).]

En troisième lieu, il convient de relever que pour les bons de commande délivrés sous l'empire du code des marchés publics (n° NE204008 du 1er octobre 2015 et n° NE 230776 du 17 mars 2016), le pouvoir adjudicateur pouvait décider que le marché serait passé sans publicité ni mise en concurrence préalable si son montant estimé est inférieur à 25.000 € HT.

S'agissant du bon de commande n° NE 232880 du 6 avril 2016, ce marché a été engagé sous le régime de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 et de son décret d'application n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, qui organisent un régime identique (article 30) en précisant que "les acheteurs peuvent passer un marché public sans publicité ni mise en concurrence préalables (...) 8° pour les marchés publics répondant à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 25 000 € HT."

[241] La mission note que la prestation confiée est principalement une mission continue de veille sur l'image et la e-réputation de l'établissement. Dès lors, cette prestation devait faire l'objet d'une analyse de besoin comme celle dont est chargée le service achat-marchés de la direction des affaires économiques, et conduire à une procédure de commande publique correspondant à un besoin permanent.

[242] La mission considère que si un accompagnement des relations presse sur des moments sensibles était nécessaire, il relèverait d'une prestation spécifiquement déclenchée à partir d'un marché à bons de commande.

[243] Le coût de cette mission est de 59 533 € HT pour la première année. La mission en cours a un coût de 24 160 € HT pour 9 mois, soit 32 213 € HT pour un an.

¹⁴ La mission relève qu'elle n'a pas reçu de réponse du directeur général sur le sujet des prestations GBO, à l'exception d'une réponse d'attente.

Le découpage de la commande à l'agence GBO en trois prestations d'un montant inférieur à 25 000 € HT correspond manifestement à une volonté de s'affranchir des règles de mise en concurrence.

[244] Le découpage en plusieurs commandes est en contradiction avec le bilan annuel présenté par l'agence qui illustre lui-même le caractère global de la prestation.

[245] Sur l'absence d'opérateurs à la Réunion, une rapide recherche permet de constater qu'une agence française de rayonnement mondial a ouvert en novembre 2015 une agence locale après rachat d'un opérateur réunionnais, lui-même auparavant membre du réseau d'un opérateur américain international. Par sécurité et compte tenu de la nature de la prestation souhaitée, le CHU aurait dû organiser une consultation ouverte également sur la métropole. En effet, les procédures de gré à gré pour des achats inférieurs à 25 000 € HT ne nécessitent pas de publicité formelle. Toutefois, l'organisme public doit consulter directement des fournisseurs pour mise en concurrence; il est recommandé de consulter trois fournisseurs, selon la procédure dite « de demande de trois devis ».

[246] Sans cahier des charges préalable ou tout document contenant la description du besoin et des attendus (cf. *infra*), le devis daté du 14 septembre 2015 conduisant à la première commande à l'agence GBO porte un "*bon pour accord*" daté du même jour et signé de la main du directeur général ; ceci interroge la mission sur les conditions de sélection du prestataire.

► Des commandes signées sans délégation valide

[247] Les bons de commandes des 17 mars et 6 avril 2016 ont été signés par un cadre de la direction des affaires économiques. A cette date, les délégations de signature antérieures étaient caduques du fait de la cessation de fonctions du directeur général précédent¹⁵, et les délégations de signature prises par le directeur général par intérim ne couvraient pas la direction des affaires économiques.

► Certaines pièces sont sujettes à caution

[248] Le CHU, sur la demande insistante de la mission, a produit¹⁶ 3 documents présentés comme les cahiers des charges des 3 commandes passées à l'agence GBO.

[249] Plusieurs éléments matériels doivent être relevés :

- Ces documents portent comme mention de signataire "*le service de communication*" ou "*le service communication*", mais aucun n'est signé ;
- Les trois documents sont établis avec de nombreuses approximations dans la rédaction, qui évoquent une rédaction précipitée ;
- Le premier cahier des charges est daté du 15 septembre 2015 ; il est donc postérieur au devis du 14 septembre 2015, signé le même jour par le directeur général.

[250] Devant ces constats la mission tient à exprimer ses plus grands doutes sur la validité des documents présentés. Elle considère que ces commandes ont été passées sans intérêt public avéré, sans prestations démontrées et en contradiction avec les règles de la commande publique.

¹⁵ De surcroît, le champ de la délégation de signature donnée à ce cadre par la décision n°71-2015 ne s'étendait pas à la matière concernée.

¹⁶ Mail du 25 octobre 2015 cf. *supra*

2 LA POLITIQUE MENEÉ A DEGRADE SEVEREMENT LA SITUATION FINANCIERE DU CHU QUI A FAIT L'OBJET DE PRESENTATIONS COMPTABLES INCORRECTES.

[251] La situation financière du CHU de la Réunion s'est profondément dégradée depuis sa création. Issu de la fusion en 2012 de deux établissements qui présentaient en 2011 un résultat positif cumulé de 5,5 M€, le CHU a constaté au compte financier de 2015 un déficit de 20,2 M€. Les prévisions de l'établissement portaient fin novembre 2016 sur un déficit 2016 de 26,7 M€. Les distorsions constatées dans certaines présentations comptables ont altéré l'observation de cette dégradation et en conséquence ont gravement retardé la prise de conscience de la situation et l'engagement de mesures de redressement.

2.1 Les facteurs structurels de déséquilibre n'ont pas été corrigés ou ont été accentués depuis 2012

[252] La mission a identifié les principaux déterminants de cette dérive financière.

2.1.1 L'accroissement des effectifs PNM n'est pas justifié par l'évolution de l'activité

[253] Les effectifs non médicaux ont été accrus considérablement depuis la création du CHU. Entre 2011¹⁷ et 2015, le nombre d'ETP moyens rémunérés sur l'année est passé de 4 964 à 5 662, soit une augmentation de 698 ETP (14,1%). Le nombre de titulaires et stagiaires a progressé de 18,3%. Dans le même temps, l'activité de l'établissement ne progressait que de 12,2% globalement, l'évolution du nombre de séjours étant due majoritairement à l'augmentation des séances (+18,8%), qui nécessitent peu de personnel et secondairement à l'hospitalisation complète (+9,8%), plus consommatrice en postes de travail.

Tableau 4 : Evolution de l'activité de 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015	2011 à 2015
Nbre séjours	125 271	131 928	128 704	136 544	140 546	+12,2%
Séances	40 306	45 071	38 693	44 466	47 884	+18,8%
0 nuit	21 606	21 429	23 692	22 977	23 095	+6,9%
1 nuit & +	63 359	65 428	66 319	69 101	69 567	+9,8%

Source : ePMSI ATIH

[254] De plus, il ne pouvait s'agir de rattrapages. En effet, la CRC dans son rapport de juillet 2014 notait que les dépenses de personnels non médicaux avaient progressé de 3,4% en moyenne annuelle de 2009 à 2012 et que les effectifs avaient cru, eux, de 3,8% en moyenne par an sur cette période.

[255] Ces augmentations régulières d'effectifs ont fortement pénalisé la productivité du personnel du CHU ; dans Hospidiag, l'indice rapportant le coût des personnels non médicaux aux recettes provenant de l'Assurance maladie est de 27,7 pour le CHU, se situant au-delà du 8^{ème} décile de la catégorie (26,9) alors que le 2^{ème} décile est à 22,4. Cela est également confirmé par la base ressources humaines inter-CHU de Poitiers, gérant les données de tous les CHU sauf celui de la Réunion qui n'y adhère pas ; la mission a reconstitué le ratio masse salariale /recettes du budget H : la moyenne est de 44% et il est de 47,4% pour la Réunion, positionnant ainsi l'établissement au 8^{ème} décile de la catégorie.

¹⁷ 2011 est l'année qui précède la création du CHU. La mission prend donc cet exercice comme référence pour la situation initiale de l'établissement.

[256] L'augmentation des effectifs a concerné toutes les fonctions du CHU.

Tableau 5 : Evolution des effectifs non médicaux de 2011 à 2015

STATUTS / FILIERES	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution de 2011 à 2015	
						en ETP	en %
Titulaires et stagiaires	3530	3682	3822	4048	4176	647	18,3%
<i>Personnels de direction et administratifs</i>	471	517	516	545	558	87	18,5%
<i>Personnels des services de soins</i>	2381	2473	2573	2736	2830	449	18,8%
<i>Personnels éducatifs et sociaux</i>	47	47	52	56	61	14	29,6%
<i>Personnels médico-techniques</i>	252	254	278	292	294	42	16,8%
<i>Personnels techniques et ouvriers</i>	378	390	402	418	433	55	14,4%
Contractuels	1362	1357	1395	1323	1368	5	0,4%
CDD	1282	1274	1301	1225	1267	-15	-1,1%
<i>Personnels de direction et administratifs</i>	151	125	142	140	152	2	1,2%
<i>Personnels des services de soins</i>	919	929	957	877	912	-6	-0,7%
<i>Personnels éducatifs et sociaux</i>	24	27	26	22	21	-3	-11,8%
<i>Personnels médico-techniques</i>	75	82	64	71	83	7	9,7%
<i>Personnels techniques et ouvriers</i>	114	112	113	115	99	-15	-13,0%
CDI	80	83	93	97	100	20	24,8%
Contrats à disposition particulière	72	104	79	92	118	46	63,0%
Total général	4964	5143	5296	5463	5662	698	14,1%

Source : CHU, présentation mission

[257] En 2016, la progression de l'effectif se poursuit. Selon les prévisions de l'établissement communiquées à la mission, les créations de poste auront un effet de 100 ETP rémunérés moyens en 2016, dont 67 ETP par effet report des créations de 2015 et 33 ETP par effet initial des créations de 2016.

[258] De 2012 à 2015, 1 270 agents en CDD ont été mis en stage.

Tableau 6 : Nombre d'agents en CDD mis en stage de 2012 à 2015

	2012	2013	2014	2015	Total
CDD mis en stage	356	321	344	249	1270

Source : CHU

[259] Ce nombre considérable de mises en stage d'agents contractuels est le résultat du premier axe du projet social 2012-2015 du CHU, lui-même issu du protocole d'accord de 2011 relatif au volet social (pièce jointe n°2) de la fusion des établissements de Saint-Pierre et Saint-Denis :

"L'objectif général est d'avoir en 2015, sur la très grande majorité des postes nécessaires au fonctionnement de l'hôpital, des agents titulaires ou stagiaires avec un grade correspondant aux responsabilités exercées.

Il s'agit, notamment, de revenir dans les quatre ans à une situation plus conforme à celle de la majorité des établissements publics de santé, à savoir n'avoir en permanence qu'un pourcentage limité de contractuels (plutôt de l'ordre de 10 à 15 % que de l'ordre de 25 %, l'essentiel des postes étant donc couvert par des agents titulaires ou stagiaires) et ne plus prolonger des agents en situation précaire – sauf bien sûr s'ils ne peuvent être, de par leur qualification, titularisés ou s'ils ne souhaitent pas l'être, pour des raisons personnelles.

Il s'agit aussi de ne pas réalimenter "inutilement" le vivier de contractuels au cours de la période, et donc de n'utiliser le recours au recrutement en tant que contractuels que lorsque cela est vraiment nécessaire.

Et il s'agit enfin de régulariser dans les meilleurs délais les situations de faisant fonction sur les métiers d'aide-soignant et d'infirmier, mais aussi de limiter les situations de faisant fonction sur les postes de cadres en aval des études promotionnelles."

[260] Sur la période 2011/2015, le nombre d'agents contractuels n'a pas évolué. Les CDD représentent toujours en 2015 22,4% de l'effectif, leur part dans l'effectif global (24,8% en 2012) ne baissant qu'en proportion de la hausse globale des effectifs.

Contrairement à l'objectif du protocole, l'effectif d'agents contractuels recrutés (en ETPR) a été quasiment équivalent à l'effectif d'agents contractuels progressivement mis en stage.

[261] Selon un chiffre avancé communément par la direction du CHU et les organisations syndicales, 176 mises en stage supplémentaires ont été programmées pour 2016 au titre de la fin de la mise en œuvre du projet social initial¹⁸, portant le total à 1446.

[262] De plus, l'échec facial du projet social de 2012 sur la baisse de la part de contractuels a débouché sur un nouveau protocole social signé le 20 juillet 2016 prévoyant 300 nouvelles mises en stage : 100 en 2016, 100 en 2017, 100 en 2018.

[263] Au total, le dispositif porte donc sur 1776 mises en stage : 1270 de 2012 à 2015, 476 de 2016 à 2018.

Tableau 7 : Nombre de mises en stage au titre des protocoles sociaux de 2012 et 2016

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Protocole 2012	356	321	344	249	176			1446
Protocole 2016					100	100	100	300
Total	356	321	344	249	276	100	100	1746

Source : CHU

2.1.2 Le projet médical 2012-2016 est inadapté et ne permet pas de faire face à une concurrence forte

[264] Le projet médical 2012-2016 est marqué par la structuration en deux établissements très autonomes dans leur projet et leur fonctionnement. Ni le directoire ni les instances n'ont donné d'impulsion décisive dans la période pour redéfinir un projet médical commun, adapté aux enjeux d'un CHU.

➤ Le CHU ne prend pas le virage ambulatoire

[265] Le CHU de la Réunion n'a pas pris le virage ambulatoire. Sa structure d'activité est marquée par une forte activité d'hospitalisation complète (5^{ème} rang des CHU/32) et une faible activité ambulatoire (26^{ème} rang). Alors qu'en moyenne les CHU réalisent un séjour ambulatoire pour deux hospitalisations complètes, le CHU de la Réunion ne réalise qu'une entrée ambulatoire pour trois hospitalisations complètes, se plaçant au 29^{ème} rang/32.

¹⁸ Chiffre cité dans le protocole de sortie de grève du 17 octobre 2016

Tableau 8 : Structuration comparée de l'activité CHU Réunion / tous CHU (2015)

	% CHU Réunion	% total des CHU*	Rang Réunion
Séances	34,6%	31,9%	16
Hospitalisation de jour	15,6%	22,8%	26
Hospitalisation complète	49,9%	45,4%	5
Rapport HC/HJ	3,2	2,0	29

Source : Base inter-CHU traitement mission

* Hors AP HP

[266] Cette structure contraire aux orientations nationales se renforce, et le CHU de la Réunion décroche : de 2011 à 2015, son activité ambulatoire n'a progressé que de 6,9% et depuis 2014, son activité ambulatoire stagne ou baisse, alors que celle de la moyenne des CHU, qui pour la plupart prennent le virage ambulatoire, progresse. Une baisse est constatée en 2016.

Tableau 9 : Evolution de l'activité ambulatoire de 2011 à 2015

	2011	2012	2013	2014	2015	2011 à 2015
0 nuit	21 606	21 429	23 692	22 977	23 095	+6,9%

Source : ePMSI ATIH

Tableau 10 : Evolution comparée des activités ambulatoires Réunion / tous CHU

	CHU Réunion	Tous CHU
Evolution ambulatoire 2014/2013	-3%	+2,6%
Evolution ambulatoire 2015/2014	+0,5%	+3,6%
Evolution ambulatoire 2016/ 2015	-1,4% (à M10)	+8,4% (à M10)

Source : Base inter-CHU&ATIH, traitement mission

➤ La structure capacitaire est sous-utilisée

[267] L'utilisation des capacités installées est très insuffisante : alors même que les durées moyennes de séjour sont performantes et ne viennent donc pas prolonger indûment les hospitalisations, les taux d'occupation moyens pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) sont faibles : 78% au Groupe hospitalier Sud Réunion, 85% à Félix-Guyon, pour des taux cible autour de 90%.

Tableau 11 : Taux d'occupation moyen MCO 2015

Groupe de disciplines	CHFG (Saint-Denis)	GHSR (Saint-Pierre)
Médecine	88%	82%
Chirurgie	77%	72%
Obstétrique	79%	73%
Total MCO	85%	78%

Source : CHU

[268] Les contraintes de la structure immobilière du site sud peuvent expliquer partiellement cette situation mais l'établissement n'en a pas tiré les conséquences notamment sur les effectifs mis à disposition de ces services. Un document de la direction des soins atteste du nombre excessif de postes de travail lorsqu'on prend en compte l'activité réelle.

➤ La concurrence du privé est dynamique sur les secteurs que devrait occuper le CHU

[269] Le CHU réalise 57 % des séjours hospitaliers de la Réunion, dont 36 % de l'ambulatoire et 55 % de l'hospitalisation complète.

Il existe par ailleurs à la Réunion deux hôpitaux publics, dont le Groupe hospitalier Est Réunion (GHER) qui partage une direction commune avec le CHU, et cinq établissements privés, qui réalisent la moitié de l'activité ambulatoire de l'île.

Tableau 12 : Activité des établissements hospitaliers de la Réunion (2015)

	Tous séjours	Evolution en %	Séjours 0 nuit	Evolution en %	Séjours 1 nuit et +	Evolution en %
CHU	140 546	+2,9 %	23 095	+0,5 %	69 567	+0,7 %
<i>Part du CHU en %</i>	<i>57 %</i>		<i>36 %</i>		<i>55 %</i>	
GHER¹⁹	18 435	+8,2 %	4 775	+9,7 %	12 564	+7,7 %
CHGM²⁰	19 849	+1,7 %	4 025	+8,5 %	15 200	-0,4 %
St Vincent	7 000	-3,3 %	5 644	+0,3 %	1 326	-16 %
J. d'Arc	4 725	+3,2 %	1 188	+2,9 %	3 483	+3,7 %
Durieux	15 069	+1,4 %	9 900	+4,5 %	5 120	-4,2 %
Orchidées	13 213	+10,2 %	7 303	+8,3 %	3 656	+12,3 %
St Clotilde	29 087	+2,6 %	7 870	+4,2 %	15 865	+0,7 %
<i>Part du privé en %</i>	<i>28 %</i>		<i>50 %</i>		<i>23 %</i>	
TOTAL	247 924		63 800		126 781	

Source : e PMSI- ATIH

[270] La concurrence du secteur privé est forte, en particulier sur l'ambulatoire : sur les 10 premiers mois de l'année 2016, alors que l'activité²¹ du CHU diminue de 1,4 % par rapport aux mêmes mois de 2015, l'activité de la clinique Durieux progresse de 7,7 % et celle de la clinique Les Orchidées de 16,7 %.

[271] Le CHU a une activité particulièrement faible en cancérologie.

La part de la cancérologie dans les activités d'hospitalisation (en dehors des séances) est de 9,8% pour l'année 2015 selon Hospidiag alors que le 2^{ème} décile de la catégorie des CHU est de 12,5% et le 8^{ème} décile est de 15,5%. Ceci distingue fortement, de façon péjorative, le CHU de La Réunion. Cette tendance est confirmée par l'analyse des parts de marché dans les activités de chimiothérapies ; ainsi, sur le bassin Nord de l'île, la clinique Sainte Clotilde réalise 62,7 % de ces activités sur sa zone d'attractivité selon Hospidiag .

Le relevé des productions de cytostatiques du CHU constitue un indice supplémentaire d'une implication insuffisante de l'établissement dans cette activité (sauf pour ce qui concerne l'hématologie, activité dont le CHU détient le monopole).

[272] Concernant la chirurgie, si le CHU détient 29,3 % des parts de marché en 2015 selon Scan santé, les trois cliniques Durieux, les Orchidées et Sainte Clotilde dépassent largement l'établissement. La tendance est encore davantage marquée pour la chirurgie ambulatoire, le CHU détenant 15 % des parts de marché et les trois cliniques citées 52 %.

[273] Enfin, dans le domaine de la cardiologie, la clinique Sainte Clotilde détient 58 % des parts de marché des cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels contre 34 % au CHU.

¹⁹ GHER : Groupe Hospitalier Est Réunion

²⁰ CHGM : Centre Hospitalier Gabriel Martin

²¹ Mesurée par le nombre de RSA transmis à l'ATIH

[274] Le CHU occupe donc une place beaucoup trop faible dans l'ambulatoire, la cancérologie et la cardiologie, qui sont des domaines sur lesquels il devrait être particulièrement actif pour garantir sa réputation auprès des médecins prescripteurs et donc ses parts dans l'activité hospitalière. Au contraire, il semble se concentrer sur des activités d'hospitalisation lourdes et laisser le champ libre aux cliniques privées.

2.1.3 La productivité médicale est faible

► Les effectifs médicaux sont importants et en hausse

[275] Entre 2012 et 2015, les ETP médicaux moyens rémunérés sont passés de 768 à 895, tous statuts confondus, ce qui représente une progression de 16,7%. Si on considère uniquement les praticiens seniors pour gommer l'effet de la hausse importante du nombre d'internes²², on observe une augmentation de 12,5 % : l'effectif moyen est passé de 568 à 639.

[276] Cette tendance est due à l'évolution de l'effectif des médecins assistants (+41%)²³ et des praticiens contractuels (+53%)²⁴. L'effectif des praticiens hospitaliers est, quant à lui, resté stable.

[277] En 2015, l'effectif médical global a augmenté de 55 ETPRM au total et de 27 ETPRM pour les praticiens seniors, soit une hausse de 4,4 % pour cette dernière catégorie.

[278] La structure des effectifs médicaux du CHU se distingue de celles des autres établissements, en ce qu'il compte très peu d'hospitalo-universitaires, sa création très récente en constituant le principal facteur d'explication.

Tableau 13 : Structure comparée des effectifs médicaux des CHU

	CHU Réunion	Tous CHU
Part des hospitalo-universitaires	0,5 %	18,5 %
Part des praticiens hospitaliers	65,0 %	54,0 %
Part des contractuels	34,5 %	27,5 %

Source : Bilan social 2014- DAM de CHU

[279] En revanche, l'effectif de médecins seniors (hospitalo-universitaires comptabilisés à 50 %, praticiens hospitaliers, contractuels hors attachés, tous statuts confondus) est particulièrement élevé. Selon la base de données de la commission des affaires médicales des CHU²⁵, alors même que son effectif hospitalo-universitaire est très faible, le CHU de la Réunion dispose de davantage de temps de travail médical, en particulier de PH, que la moyenne et la médiane des CHU.

Il se situe au 9^{ème} rang sur 27, derrière Lyon, Marseille, Lille, Toulouse, Bordeaux, Nantes, Montpellier et Strasbourg, mais devant Grenoble.

Tableau 14 : Temps médical senior Réunion / autres CHU

ETP moyens annuels 2014	La Réunion	Moyenne	Médiane	Rang du CHU Réunion
total praticiens HU à 50 %	3	120	94	27
Total PH	406	364	324	9
total contractuels hors attachés	197	119	101	2
total seniors	606	603	509	9

²² 200 ETPRM en 2012 pour 256 en 2015 soit une hausse de 28,6 %

²³ 96 ETPRM en 2012 pour 135 en 2015

²⁴ 57 ETPRM en 2012 pour 85 en 2015

²⁵ Hors Paris, atypique, et Antilles / Guyane, qui ne figure pas dans la base

Source : Bilan social 2014- DAM de CHU, traitement mission

➤ Le poids moyen du cas traité est faible

[280] Le poids moyen du cas traité de l'établissement est 24% plus faible que celui de la moyenne des CHU en ambulatoire et en hospitalisation complète.

Tableau 15 : Poids moyen du cas traité (PMCT) CHU 2015

	La Réunion-retraité	Tous CHU	Ecart
Séances	351 €	378 €	-7%
Séjours 0 nuit	638 €	837 €	-24%
Séjours 1 nuit et +	3 162 €	4 143€	-24%

Source : Base inter CHU- Montpellier²⁶

➤ La productivité médicale est très faible

[281] En raison d'effectifs importants et de recettes par activité faibles, la productivité médicale de l'établissement est très faible.

[282] La commission des directeurs des affaires médicales (DAM) de CHU présente dans son rapport annuel 2014 le ratio "*montant des recettes provenant de l'assurance maladie par ETP senior*". La mission a retraité les recettes pour tenir compte de la majoration de 31 % des tarifs dont bénéficie le CHU. Les recettes par ETP senior sont de 426 k€ pour le CHU de la Réunion, pour une moyenne à 550 k€, soit une productivité inférieure à la moyenne de 22 %. Le CHU se place ainsi à l'avant-dernier rang des établissements de sa catégorie pour la productivité médicale.

2.2 La gestion de l'établissement en 2016 continue à aggraver sa dérive financière

[283] Après plusieurs années de dégradation de sa situation financière, l'établissement a prévu à l'ERPD 2016 un déficit de 16 M€, que les prévisions actuelles réévaluent à 27 M€ au minimum. Pour autant, ni en début d'exercice devant la perspective d'un déficit important, ni en cours d'exercice devant la dégradation des perspectives pour l'année, la direction du CHU n'a pris de mesures résolues de redressement. Au contraire, elle a pris plusieurs décisions de nature à aggraver la situation de l'établissement.

2.2.1 Les projections financières s'aggravent tout au long de l'année 2016

2.2.1.1 La prévision de déficit s'accroît de plus de 10 M€ en cours d'année

[284] Tout au long du second semestre 2016, les prévisions financières de l'établissement se dégradent. Le résultat 2016 est estimé à -16,1 M€ à l'EPRD présenté au conseil de surveillance le 31 mars 2016. Ce chiffre est à nouveau mentionné dans les documents du conseil de surveillance du 16 juin.

[285] Des projections établies par l'établissement (direction des affaires financières) à la demande de la mission portent le déficit prévisionnel à 19,2 M€ le 8 juillet, puis à 21,2M€ le 9 août

²⁶ Les données de la base inter CHU ont été retraitées pour tenir compte de la valorisation complémentaire de 31 % portant sur tous les tarifs dont bénéficie le CHU de la Réunion

et enfin à 26,2 M€ le 3 octobre. Ce même montant de -26,2 M€ est retenu au RIA1 (projections au 30 septembre) présenté au conseil de surveillance du 28 novembre.

[286] Enfin, le dossier COPERMO de l'établissement daté du 18 novembre indique un déficit prévisionnel de 26,7 M€²⁷.

[287] Dans sa note du 29 novembre, intitulée "examen de la situation du CHU de la Réunion" et préparatoire au COPERMO, l'ARS note : "sur la base du RIA1 2016, nous savons que le déficit structurel à combler est au minimum de 26,2 M€. La sous-évaluation de l'impact négatif du changement de tarification des assurés sociaux de Mayotte (connus à février 2017), une pénalité de 1,5M€ suite à un contrôle URSSAF et des provisions à réévaluer sur la partie RH pourraient conduire à un déficit au-delà de 30 M€".

[288] Durant le second semestre 2016, la prévision de déficit portée par l'établissement lui-même est aggravée de 10 M€. L'ARS estime qu'une dégradation d'une quinzaine de millions d'euros par rapport à l'ERPD est *in fine* possible.

[289] Les incertitudes encore pendantes sur les travaux liés à la certification des comptes (*cf. infra*) ne permettent pas au moment de la rédaction de ce rapport de projeter un résultat précis de l'exercice 2016.

Tableau 16 : Evolution des projections de compte financier au cours de l'année 2016

	EPRD 31-mars	Projection DAF 08-juil	Projection DAF 09-août	Projection DAF 03-oct	RIA 1 établi en octobre CS 28-nov	dossier COPERMO 18-nov
Charges	688,9	690,0	693,2	703,7	704,1	704,1
T1	430,1	428,6	427,7	433,8	434,2	434,2
T2	122,7	123,7	123,1	130,2	130,2	130,2
T3	67,5	69,2	70,2	71,1	71,1	71,1
T4	68,6	68,5	72,2	68,6	68,6	68,6
Produits	672,8	670,8	671,9	677,4	677,9	677,4
T1	530,9	528,0	530,2	535,6	536,1	535,6
T2	61,7	61,7	60,3	60,7	60,7	60,7
T3	80,1	81,1	81,5	81,1	81,1	81,1
Résultat	-16,1	-19,2	-21,2	-26,2	-26,2	-26,7

Source : CHU

2.2.1.2 La sous-estimation des charges à l'EPRD explique l'essentiel de l'augmentation du déficit en cours d'année

[290] Cette détérioration du résultat est principalement liée à des charges des titres 1 à 3 sous-estimées de plus de 2,5%²⁸.

[291] Les charges de personnel (titre 1) étaient estimées à l'ERPD à +3% par rapport au compte financier²⁹. L'ARS avait validé cette perspective "avec réserve" en demandant à l'établissement sa

²⁷ Tableau 2 page 21 : "Réalisation prévisionnelle par titre budgétaire en 2016"

²⁸ Les produits sont également sous-estimés, mais dans une proportion bien moindre, et ne compensent pas la sous-estimation des charges.

²⁹ Soit le double du taux de référence national fixé par la circulaire DGOS/R1/2016/172 du 12 mai 2016 relative à la campagne tarifaire et budgétaire 2016 des établissements de santé

vigilance pour ne pas dépasser cette projection de 3%³⁰. La projection présentée par l'établissement dans son dossier COPERMO est de +4%, soit un dépassement de 4,1 M€.

Le dépassement est établi pour le personnel non médical (+3,5%). Il est particulièrement important pour le personnel médical (+5,5%).

[292] Sur les charges médicales et générales, l'établissement avait proposé un EPRD en baisse de 5 M€ (2,5%) par rapport au compte financier, en arguant d'économies importantes³¹. La réalisation devrait *in fine* s'établir, selon l'établissement, 11M€ au-dessus de la prévision (+5,8%) et 6 M€ au-dessus de l'année précédente (+3,2%). Dans le dossier COPERMO, l'établissement évoque sans les démontrer des raisons liées à l'évolution de l'activité et des pratiques médicales, et fait référence à un programme d'économies à venir³².

Tableau 17 : Ecart entre les documents budgétaires 2015 et 2016

	Compte financier 2015	EPRD 2016	dossier COPERMO 18/11	ERPD 2016 / compte financier 2015	dossier COPERMO 2016 /Cpte fi 2015	dossier COPERMO 2016 /EPRD 2016
Charges	684,9	688,9	704,1	0,6%	2,8%	2,2%
T1	417,6	430,1	434,2	3,0%	4,0%	1,0%
T2	125,9	122,7	130,2	-2,5%	3,4%	6,1%
T3	69,2	67,5	71,1	-2,5%	2,7%	5,3%
T2+3	195,1	190,2	201,3	-2,5%	3,2%	5,8%
T1+2+3	612,7	620,3	635,5	1,2%	3,7%	2,5%
T4	72,2	68,6	68,6	-5,0%	-5,0%	0,0%
Produits	664,7	672,7	677,4	1,2%	1,9%	0,7%
T1	517,2	530,9	535,6	2,6%	3,6%	0,9%
T2	63,3	61,7	60,7	-2,5%	-4,1%	-1,6%
T1+2	580,5	592,6	596,3	2,1%	2,7%	0,6%
T3	84,2	80,1	81,1	-4,9%	-3,7%	1,2%

Source : CHU, présentation mission

³⁰ Lettre du DG de l'ARS au DG du CHU, 25 mai 2016

³¹ "Titre 2 Charges à caractère médical : La diminution prévisionnelle est de -2,5 %, soit -3 M€ en lien avec les premiers effets de l'optimisation des achats de médicaments et de dispositifs médicaux (économies escomptées de 3 M€ dès 2016 et 5M€ en 2017). Le niveau de dépense sera inférieur à celui de 2015.

Titre 3 Charges à caractère hôtelier et général : Le titre est calibré sur une baisse de -2,4 % (soit -1,7M€), tenant compte des économies qui seront réalisées sur le fret (nouveau marché) et des efforts de maîtrise sur l'ensemble de ces dépenses. Le niveau de dépense sera inférieur à celui de 2014."

³² "Concernant le titre 2 les prévisions de dépenses de pharmacie sont augmentées de 7,4 M€ en lien avec l'activité. On note un fort taux de réalisation de ces dépenses mais les nouvelles commandes devraient être limitées : il resterait un mois de commande par bateau et uniquement les commandes par avion sur le dernier trimestre 2016. Les spécialités sous ATU devraient être compensées par une dotation MIG en fin d'année et par des gains en rétrocession.

Pour les dispositifs médicaux, outre l'augmentation de l'activité, notamment celle retracée par la T2A, les techniques et dispositifs innovants participent au dépassement des crédits.

- l'augmentation de l'activité de dialyse ;

- l'extension des plages du bloc opératoire ;

- l'augmentation de l'offre de soins par recrutement de nouveaux chirurgiens ;

- l'introduction de changements de pratiques et de produits ou dispositifs innovants.

Cela étant cette tendance inflationniste des dépenses de pharmacie doit amener à agir notamment sur les points suivants et des premières actions ont été déterminées fin 2016 pour prendre effet en 2017 :

- le plan achat : recours à UNIHA et autres groupements, identification d'un pharmacien acheteur et élargissement de cette politique dans le cadre du GHT Océan Indien ;

- l'harmonisation des références Nord/Sud et l'extension du plein-vidé ;

- la définition d'un programme de maîtrise de la prescription sera à élaborer début 2017. Ce chantier mobilisera prioritairement la communauté médicale avec l'appui du contrôle de gestion du CHU.

En outre, face à la pénurie de médecin en radiologie générale, l'appel accru à la sous-traitance de l'interprétation de l'imagerie fait progresser les prévisions de sous-traitance médicale à + 0,5 M€. Sur le titre 3, les dépenses de sous-traitance ont une incidence importante sur les 3,6 M€ de dépassement prévisionnel. Cette sous-traitance est en dépassement de 1 M€ pour les systèmes d'information : il s'agit de contrats relatifs à la maintenance en condition opérationnelle en informatique et des coûts liés aux premières opérations de transferts des applications et bases de données vers le datacenter régional agréé."

[293] Sur la base de projections qui relèvent davantage de l'affirmation que de la prévision argumentée, l'établissement a donc, à l'EPRD, sous-estimé ses charges d'activité et surestimé ses gains de gestion. La mission relève que cette pratique est constante depuis 2014.

Tableau 18 : Ecart sur les charges entre le compte financier et l'EPRD de l'année

	2012	2013	2014	2015	2016
sur le T1	0,2%	-0,1%	1,2%	1,4%	1,0%
sur T2+T3	3,9%	3,2%	6,1%	4,3%	5,8%

Source : CHU, calculs mission

2.2.2 L'établissement n'a pas adopté en 2016 les mesures de redressement nécessaires, et a pris plusieurs décisions de nature à accentuer les déséquilibres

[294] Aucune des fragilités structurelles de l'établissement n'était inconnue de la direction début 2016 : ni une situation financière en décrochage, ni un projet médical en décalage avec les objectifs d'un CHU, ni une dérive des coûts RH. Force est de constater que les mesures de redressement nécessaires n'ont pas été prises dès le début de l'exercice. Le point d'alerte majeur sur le creusement du déficit prévisionnel tout au long de l'année 2016 n'a pas suscité davantage d'action concrète de la direction.

[295] La mission rappelle que quelles que soient les procédures en cours, y compris le passage en COPERMO, la direction de l'établissement a la responsabilité de prendre les mesures nécessaires à la bonne marche de celui-ci. L'expression par la direction générale auprès des cadres, après l'été 2016, d'un message sur la gravité de la situation financière et la nécessité d'un plan de redressement, est un point important.

Néanmoins, la crédibilité de ce message reste faible quand il est toujours accompagné d'un appel à des aides extérieures pour éviter de prendre des mesures rigoureuses de redressement.

2.2.2.1 Les créations de postes ont été ralenties, mais le processus de redéploiement n'a pas été enclenché

[296] Pour faire face à la dérive des coûts de personnel, le rythme des créations d'emplois a été nettement ralenti en 2016. Les créations de postes ont été concentrées sur le premier semestre et sont, selon les déclarations de la direction à la mission, interrompues depuis le second semestre 2016. Néanmoins, du fait de l'effet report des recrutements nouveaux de 2015, les dépenses de personnel vont continuer à croître de façon importante en 2016 (+3,5% pour le PNM, +5,5% pour le PM).

[297] La mission relève cependant que si les créations de postes sont interrompues, les nouveaux postes PNM de 2016 n'ont pas été accompagnés d'une suppression. Ce n'est que sur le pôle management que les 6,2 ETP créés ont été compensés par 7 ETP non remplacés³³.

[298] Le redéploiement des effectifs n'est pas mis en œuvre, alors qu'il aurait permis de compenser une partie du surcoût RH de 2016 : les 31,6 ETP PNM nouveaux de 2016 sur les services

³³ Selon les informations communiquées à la mission, les postes correspondants n'ont cependant pas été supprimés.

opérationnels sont des créations nettes ; le document de la direction des soins du site sud calculant pour 2016 "les effectifs nécessaires par service et par pôle selon l'organisation du service, les normes réglementaires ou les recommandations et selon l'activité constatée"³⁴ n'a pas, à la connaissance de la mission, été exploité pour corriger les effectifs par services.

Tableau 19 : Synthèse de l'étude "Effectifs nécessaires 2016"

Pôle	IDE				AS/ASH			
	Organisation	Norme capacité	Norme activité	Effectif posté	Organisation	Norme capacité	Norme activité	Effectif posté
Urgences	150,2	155,26	142,5	152,8	116	118,65	119,5	116
Médecines	116,19	115,07	107	114,46	115,33	120,63	113,4	115,3
Biologie	84,95	84,95	84,95	83,5	9,65	9,65	9,65	10
Cancérologie	34,26	32,96	32,96	33,6	24,7	24,7	24,7	23
FME (secteur mère)	17,47	13,18	10,79	17,5	69,32	72,49	68,43	67,3
FME (secteur enfant)	145,78	165,82	135,52	143,9	114,2	146,65	128,36	118,5
Chirurgies	164,63	164,63	148,6	165,5	82,45	53,25	84,97	90,09
Néphrologie	23,54	21,16	18,94	29	15,38	20,25	19,79	16,5
SNCCF	110,07	111,43	99,1	119,5	126,36	129,98	122,7	131,5
Santé publique	30,88	30,88	30,88	26	7,71	7,71	7,71	7
Social	11,25	11,25	11,25	12	53	53	53	53
TOTAL	889,22	906,59	822,5	897,76	618,77	756,96	752,2	748,19

Source : CHU, direction des soins site sud

2.2.2.2 Un nouveau protocole social portant notamment sur 300 mises en stage a été signé en juillet 2016 et a donné lieu à des aides d'Etat au fondement incertain

[299] Dans le même temps qu'elle suspendait les créations de postes, qu'elle actait un déficit 2015 de 20 M€ et voyait ses prévisions de déficit 2016 se creuser, la direction du CHU signait avec les organisations syndicales un protocole social portant notamment, parmi 36 fiches-actions, sur 300 mises en stage d'agents contractuels d'une ancienneté égale ou supérieure à 3 ans (100 par an de 2016 à 2018) et confirmait la mise en stage de 176 agents au titre du protocole social précédent. La mission rappelle (*cf. supra*) que ce protocole est la conséquence directe de l'échec du protocole précédent sur la diminution du nombre et de la part des contractuels, puisque le CHU a recruté de fait un nouveau contractuel à chaque mise en stage.

[300] La direction du CHU n'a pas évalué le coût de ce protocole. D'après les calculs de la mission, la partie "mise en stage" n'est pas porteuse de coûts significatifs dans l'immédiat. En effet, malgré la prise en compte de la prime de service, le coût moyen d'un personnel contractuel mis en stage par le CHU est très proche après titularisation de ce qu'il était sous le régime du contrat du fait de la sur rémunération antérieure perçue par les agents contractuels du CHU (*cf. infra*)³⁵, du

³⁴ "Cette étude analyse les effectifs selon 3 axes :

- L'effectif selon l'organisation : il reprend la répartition des effectifs sur les différentes plages horaires telles qu'elles sont décrites par le service. Ce regard permet de vérifier s'il existe des écarts entre le projeté et le réel observé.
- L'effectif selon la capacité du service : c'est l'effectif qui serait nécessaire en considérant que le service est occupé à 100% et la norme réglementaire et/ou usuelle est appliquée.
- L'effectif selon l'activité observée : c'est la mesure de l'effectif nécessaire sur la base du taux d'occupation observé sur l'année 2015 et en appliquant la norme réglementaire et/ou usuelle."

³⁵ Le CHU de la Réunion accorde aux agents non titulaires une sur rémunération DOM dans des conditions que ne prévoient pas les textes en vigueur (*cf. infra*). Dès lors, contrairement à ce qui est constaté habituellement outre-mer et

taux plus faible de cotisation employeur pour ses agents titulaires³⁶ et de la faible progressivité des premiers échelons des catégories B et C³⁷. En revanche, sur le moyen terme, avec la progression de carrière des agents titularisés, le protocole conduira le CHU à supporter de nouveaux coûts.

[301] Le tableau ci-dessous, établi à partir de bulletins de salaire d'agents du CHU, permet d'estimer la différence de coût mensuel pour l'employeur pour des agents titulaires et non-titulaires.

Tableau 20 : Différence de coût pour le CHU d'agents titulaires et non titulaires³⁸

	échelon	Rémunération brute	cotisations employeur	taux cotisation	total	différence titulaire / non titulaire
Adjoint adm. non titulaire	1	2 437	1 051	43%	3 489	
Adjoint adm. titulaire	3	2 619	919	35%	3 538	+49
Aide soignant non titulaire	1	2 623	1 146	44%	3 769	
Aide soignant titulaire	3	2 746	986	36%	3 733	-36
Agent des serv. hosp. qual. non tit.	1	2 422	1 045	43%	3 467	
Agent des services hosp. qual. tit.	3	2 544	893	35%	3 437	-30
IDE non titulaire	1	2 634	1 148	44%	3 782	
IDE titulaire	3	2 933	1 051	36%	3 984	+202

Source : CHU, traitement mission

[302] Le fondement matériel de la revendication par le CHU d'une aide de l'Etat à hauteur de 3 500€ par agent mis en stage, que l'établissement présente comme le surcoût moyen annuel "notamment en raison des reprises d'ancienneté et du régime indemnitaire"³⁹, ne semble pas établi.

[303] La mission considère que la signature du protocole de mise en stage met en danger le redressement de l'établissement de deux façons. Sous un angle technique, elle prive l'établissement de marges de manœuvre dans l'ajustement de ses effectifs à un nouveau projet médical dans la mesure où elle fige l'effectif et ne permet plus d'utiliser des fins de contrat pour ajuster les organisations. Sous un angle politique, elle donne à la communauté hospitalière le signal que malgré les difficultés financières et le discours sur la nécessité du retour à l'équilibre, les mesures d'économies ne sont pas prises.

notamment pour les agents des collectivités territoriales (Cf. rapport public annuel 2015 de la Cour des comptes, "Les compléments de rémunération des fonctionnaires d'État outre-mer : refonder un nouveau dispositif", notamment page 337), les agents du CHU ne bénéficient pas d'une amélioration générale de leur rémunération à la mise en stage.

³⁶ Le taux global de cotisations employeur est plus faible pour les agents titulaires au CHU de la Réunion : les cotisations les plus lourdes (maladie, retraite, transports, fonds pour l'emploi hospitalier...) sont assises sur l'ensemble de la rémunération pour les non-titulaires (y compris les indemnités et indexations DOM pratiquées par le CHU), mais sur le seul traitement indiciaire pour les agents titulaires ; des cotisations spécifiques (famille et accidents du travail) sont prélevées pour les seuls contractuels. Au total, le taux de cotisation employeur est, pour le CHU de la Réunion, compte tenu de ses pratiques de rémunération, de l'ordre de 35 à 36% pour les titulaires et 43 à 44% pour les non-titulaires.

³⁷ Pour les catégories B et C, le caractère très peu progressif des premiers échelons proches du SMIC conduit à des reprises d'ancienneté à des niveaux indiciaires en réalités très proches du premier échelon, et donc avec de faibles gains de rémunération indiciaire pour l'agent : un adjoint administratif ou un agent des services hospitaliers qualifié embauché à l'échelon 1 aura progressé seulement de 7 points (32,6€ bruts mensuels valeur juillet 2016) après 10 ans de carrière (de l'IM 321 échelon 1 à l'IM 328 échelon 7) ; un aide soignant embauché à l'échelon 1 aura progressé seulement de 9 points (41,9€ bruts mensuels valeur juillet 2016) après 10 ans de carrière (de l'IM 323 échelon 1 à l'IM 332 échelon 7).

³⁸ Ce tableau est établi sur la base de bulletins de salaire d'agents du CHU rémunérés au 1^{er} échelon pour les non-titulaires, au 3^{ème} échelon pour les titulaires pour tenir compte des reprises d'ancienneté (dans un cas, la situation d'un agent au 4^{ème} échelon indice 326 a été ramené au 3^{ème} échelon indice 325). Les éléments variables de paie liés à l'activité et aux conditions familiales ont été neutralisés, et le temps de travail ramené à 100% le cas échéant. La prime de service a été ajoutée au taux de référence de 7,5% du traitement indiciaire indexé.

³⁹ Fiche action A2b du dossier présenté par l'établissement au COPERMO

2.2.2.3 Les travaux du site sud ont été lancés sans certitude de financement

[304] La CAF nette de 2015 représente 0,8 % des produits et 13 % de la dépense d'investissement moyenne (immobilisations, hors dette) de la période 2012/2015. Elle permet juste de financer un quart des investissements courants. La CAF nette de 2016 devrait être pratiquement nulle : le RIA 1 la situe aux environs de 2,6 M€. Autrement dit, l'établissement n'est plus en situation de financer son investissement courant, ni a fortiori ses grands investissements. Il est en outre menacé de ne plus dégager un autofinancement suffisant pour rembourser le capital de sa dette dans des conditions normales.

[305] Cette situation se traduit par un dépassement de tous les seuils fixés par l'article D 6145-70 du code de la santé publique. Selon les données de l'ARS pour 2015, le ratio de dépendance financière s'établit à 52% pour un ratio maximum préconisé de 50% ; la durée apparente de la dette est de 10,2 ans pour un maximum de 10 ans et l'encours de dette est de 35% pour un taux maximum de 30%.

[306] Les opérations majeures (bâtiment soins critiques de Saint-Denis et bâtiment central de Saint-Pierre) sont supposée être financées à plus de 90% par l'emprunt selon les programmes actuellement connus : le CHU prévoit de recourir à 165 M€ d'emprunt⁴⁰ pour ces opérations d'un montant cumulé actuellement estimées à 178,5 M€. Elles présentent la difficulté majeure d'être menées conjointement, à un moment où les équilibres financiers de l'établissement se sont considérablement dégradés, ce qui surexpose l'établissement aux risques de financement.

[307] Dans ce contexte, la décision prise début 2016 de lancer les ordres de service⁴¹ pour les travaux du site sud (bâtiment central de Saint-Pierre) a placé le CHU en situation financière extrêmement délicate. Il aurait été financièrement sain de lisser le programme d'investissement et de ne lancer les travaux du site sud que dès lors qu'une stratégie de financement soutenable aurait été validée.

[308] En 2016, selon les informations contenues dans le RIA1, le programme d'investissement devrait atteindre 70,4 M€, financés quasi exclusivement par l'emprunt (85 %) et le prélèvement sur le fonds de roulement (11 %).

Tableau 21 : Tableau de financement des investissements 2016 selon le RIA1

	Montants en k€	Financement des immobilisations
CAF brute	18 528	
Remboursement du capital	15 901	
CAF nette	2 627	3,7%
Immobilisations	70 378	
Prélèvement sur fonds de roulement	-7 865	11,1%
Emprunt	59 886	85,1%

Source : CHU, calculs mission

Recommandation n°6 : L'établissement doit établir avec l'ARS et sous l'égide du COPERMO un contrat de retour à l'équilibre de nature à restaurer ses équilibres budgétaires fondamentaux d'ici à 2020 en réduisant les charges et en s'adossant à un projet médical totalement refondé.

⁴⁰ AFD 25 M€ sur 15 ans à compter de 2018 ; CDC 60 M€ sur 21 ans à compter de 2018 ; AFD 35 M€ sur 15 ans à compter de 2020. Il reste une campagne d'emprunt à lancer pour 45 M€. Total d'emprunt de 165 M€ = 66 M€ pour le BSC et 99 M€ pour le BCSP

⁴¹ Les ordres de service ont été signés le 24 février 2016 et le 14 mars 2016 par le maître d'œuvre, le 2 mars, le 17 mars et le 21 mars par le CHU.

2.3 L'écart entre les prévisions et les réalisations budgétaires et l'affichage du résultat réel ne sont pas conformes aux principes de la sincérité budgétaire

[309] La gestion du CHU est marquée par deux pratiques constantes contraires au principe de sincérité budgétaire : des écarts substantiels entre les prévisions et les réalisations d'une part ; l'utilisation des écritures comptables pour construire un résultat qui ne correspond pas à la réalité de l'exercice.

2.3.1 Les écarts entre les prévisions et les réalisations sont substantiels

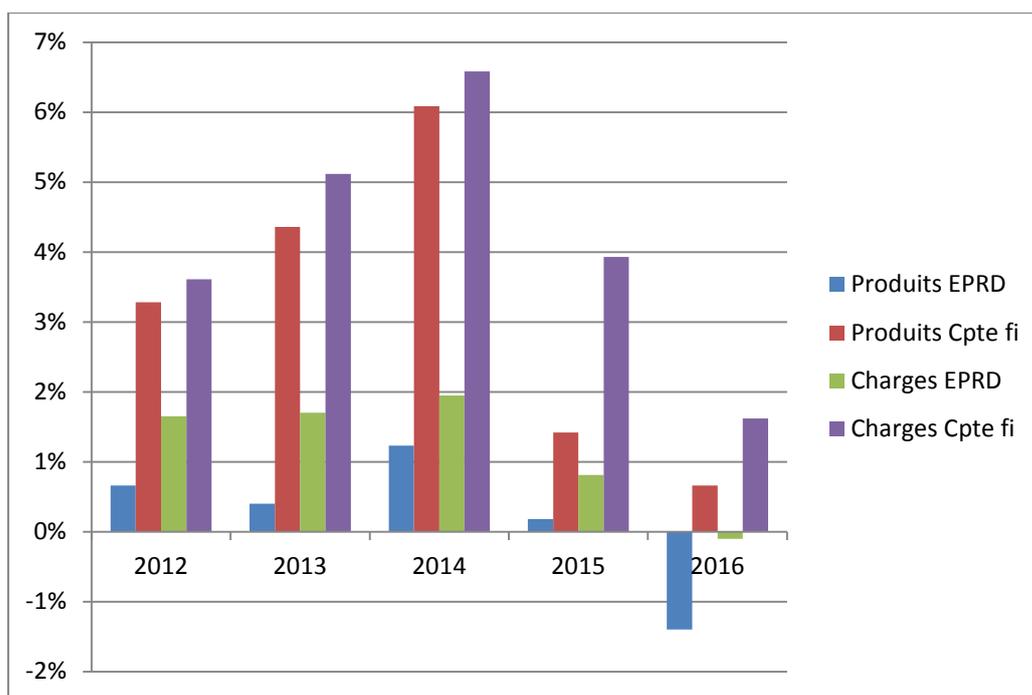
[310] La comparaison entre les prévisions de ressources et charges exposées dans l'EPRD et constatées au compte financier montre chaque année des écarts extrêmement importants : en moyenne de 3 %, ils dépassent 4,5 % en 2014. C'est-à-dire que chaque année, le compte financier diffère de l'EPRD d'une vingtaine de millions d'euros, en produits comme en charges, toujours dans le sens de la sous-estimation.

Tableau 22 : Ecarts entre les prévisions à l'EPRD et la réalisation au compte financier

Écart de l'EPRD au compte financier	2012	2013	2014	2015	2016	Moyenne
Sur les produits	2,60%	4,00%	4,90%	1,20%	2,10%	2,90%
Sur les charges	2,00%	3,40%	4,60%	3,10%	1,70%	3,00%

Source : CHU, calculs mission

Graphique 1 : Décalage des produits et des charges prévus à l'EPRD et constatés au compte financier



Source : CHU, calculs mission

[311] Le niveau et la constance de ces écarts sont d'autant plus surprenants que les EPRD sont habituellement élaborés fin mai pour les instances de juin. 4 mois sur 12 sont donc exécutés et connus. Il n'existe aucune justification technique à de tels écarts dans ces circonstances.

[312] Les courriers de l'ARS approuvant les EPRD montrent les réserves que suscitent chaque année ces prévisions, pointant des contradictions ou des prévisions sans lien avec la réalité, mais sans pour autant refuser d'approuver les EPRD et sans que l'établissement modifie sa pratique.

[313] Ces écarts des produits comme des charges rendent les EPRD inopérants. Ils posent une grave question de sincérité budgétaire.

2.3.2 Des écritures comptables incorrectes ont construit un résultat éloigné de la réalité des exercices et ont altéré la perception de la trajectoire financière de l'établissement

2.3.2.1 Des écritures incorrectes sur les provisions ont profondément modifié les résultats de l'établissement

[314] Les écarts entre les prévisions et les réalisations sur les produits et charges liés à l'activité financière et comptable (titre 3 en produits, titre 4 en charges), donc par nature maîtrisés par la direction de l'établissement, sont extrêmement élevés (respectivement en moyenne 21,7 % et 14,1 %). Ces titres sont utilisés avec constance pour, selon une expression utilisée par un cadre devant la mission, "*piloter le résultat*".

[315] Ainsi, en 2012, les travaux de mise en concordance des deux systèmes d'information des sites Nord et Sud n'ont pas permis de rattacher correctement les produits d'hospitalisation de 2011. Cette difficulté a été traitée en comptabilité pour 8,4 M€ de façon à en neutraliser l'impact sur le résultat de 2012. 2 M€ n'ont pas été pris en compte dans cet esprit, ce qui a conduit à minorer le résultat de 2011 de 2 M€ et à majorer le résultat de 2012 de la même somme.

[316] A une échelle beaucoup plus importante, les écritures sur les provisions ont profondément altéré la perception du résultat de l'établissement. Les travaux préalables à la certification des comptes ont de ce point de vue permis de reconstituer ce qu'auraient dû être les écritures comptables.

[317] Le point principal concerne les provisions pour renouvellement des immobilisations. Les aides reçues pour les investissements⁴² n'ont pas été provisionnées au fil de l'eau. Elles ne l'ont été que par correction d'erreur, dans le cadre du bilan d'ouverture de la certification des comptes, par un prélèvement sur le report à nouveau.

[318] De 2012 à 2014, 1,3M€ ont été provisionnés pour renouvellement des immobilisations, alors que l'établissement aurait dû provisionner 17,5 M€. Il a par ailleurs repris sur ces provisions 8,3 M€, alors qu'il aurait dû reprendre 10,4 M€.

[319] Au total, sur cette seule question des provisions pour renouvellement des immobilisations, le résultat de l'établissement a été artificiellement amélioré de 2,6 M€ en 2012, 5,1 M€ en 2013 et 6,4 M€ en 2014, soit 14,1 M€ sur la période de 2012 à 2014.

Tableau 23 : Provisions pour renouvellement des immobilisations

	Ce qui a été fait				Ce qui aurait dû être fait			
	2012	2013	2014	Total	2012	2013	2014	Total
Dotation	1 014 363	304 998		1 319 361	5 991 107	6 087 937	5 436 985	17 516 029
Reprise	-976 898	-2 659 371	-4 649 601	-8 285 870	-3 308 645	-3 348 275	-3 701 195	-10 358 115
Solde	37 465	-2 354 373	-4 649 601	-6 966 509	2 682 462	2 739 662	1 735 790	7 157 914
Impact sur le résultat	2 644 997	5 094 035	6 385 391	14 124 423				

Source :

CHU, traitement mission

[320] L'établissement s'est également abstenu de provisionner, à hauteur de 1,5 M€ au total, les charges futures d'allocation d'aide au retour à l'emploi pour fin de CDD et, à hauteur de 3,8M€ au total, les charges liées aux départs en retraite. En revanche, il a provisionné à tort, par des provisions dotées et partiellement reprises, pour un solde de 3 M€, les "heures dues"⁴³ aux agents, qui ne sont ni récupérables, ni rémunérables, ni convertibles en CET. Ces points ont été purgés par les travaux préalables à la certification des comptes.

[321] Plusieurs provisions antérieures à 2012⁴⁴ ont été considérées dans le cadre de la préparation de la certification des comptes comme injustifiées. L'établissement les a reprises en tout ou partie sur la période 2012 - 2014, avec un impact positif sur les résultats des exercices considérés. La procédure correcte pour ces provisions aurait été celle, utilisée pour l'établissement du bilan d'ouverture de la certification, de la correction d'erreur, avec un impact au bilan (report à nouveau), mais non au compte de résultat.

[322] L'exercice 2014 présente de surcroît la particularité de n'avoir comporté aucune dotation aux provisions réglementées et 7,1 M€ de reprise sur provision réglementée. Cette stratégie était évidemment incorrecte, comme l'ont montré les travaux sur la certification (cf. tableau ci-dessous).

Elle a permis une contribution positive au résultat de l'exercice de 7,1 M€, alors que les autres exercices comportaient en moyenne des dotations de 5,2 M€ et des reprises de 3,9 M€, et une contribution moyenne négative au résultat de l'exercice de 1,3 M€. C'est donc un gain de plus de 8 M€, toutes choses égales par ailleurs, qui a été rendu possible sur cette opération incorrecte.

⁴² Principalement les aides reçues par anticipation pour les travaux du bâtiment soins critiques de Saint-Denis et du bâtiment central de Saint-Pierre.

⁴³ Heures réalisées au-delà du temps légal réglementaire et au-delà du plafond d'heures supplémentaires

⁴⁴ En particulier, dans le tableau ci-dessous, les provisions propre assureur, devenues sans objet, budget annexe sans objet et SDIS.

[323] Le tableau ci-dessous reprend les opérations de rattachement et de provision qui ont été comptabilisées de façon incorrecte de 2012 à 2014, soit avant le premier exercice proposé à la certification.

Tableau 24 : Ecritures de rattachement et de provisions rectifiées 2012-2014

	Ce qui a été fait				Ce qui aurait du être fait			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Rattachement de produits à 2011								
Changement de SIH 2011/2012 : produits d'hospitalisation	8 411 138	4 343 266			10 454 404	2 300 000		
Provision pour renouvellement immo								
Dotations		1 014 363	304 998			5 991 107	6 087 937	5 436 985
Reprises		-976 898	-2 659 371	-4 649 601		-3 308 645	-3 348 275	-3 701 195
Solde		37 465	-2 354 373	-4 649 601		2 682 462	2 739 662	1 735 790
Provisions propre assureur								
Dotations								
Reprises				-806 529				
Solde		0	0	-806 529		0	0	0
Provision devenue sans objet								
Dotations		371 953	154 421	66 813				
Reprises		-1 335 846	-547 350	-991 894				
Solde		-963 893	-392 929	-925 081		0	0	0
Budget annexe sans objet								
Dotations								
Reprises		-20 063	-285 734	-298 545				
Solde		-20 063	-285 734	-298 545		0	0	0
Provisions SDIS								
Dotations								
Reprises			-152 816					
Solde		0	-152 816	0		0	0	0
Provisions désamiantage								
Dotations			195 964	500 000				
Reprises			-195 964					
Solde		0	0	500 000		0	0	0
Provisions heures dues Budget principal								
Dotations			2 505 417	3 005 647				
Reprises		-280 125	-695 013	-1 573 129				
Solde		-280 125	1 810 404	1 432 518		0	0	0
Provisions intéressement des pôles								
Dotations		825 000						
Reprises		-304 731	-381 936	-263 545				
Solde		520 269	-381 936	-263 545		0	0	0
Provisions contrôle T2A								
Dotations		80 000				147 151	147 151	147 151
Reprises			-648 622	-199 448		-518 749	-518 749	-518 749
Solde		80 000	-648 622	-199 448		-371 598	-371 598	-371 598
Provisions contentieux DRH et DAM								
Dotations			366 266	1 653 574		32 570	398 836	1 686 144
Reprises				-282 760				-282 760
Solde		0	366 266	1 370 814		32 570	398 836	1 403 384
Provisions ARE DAM et DRH								
Dotations						493 020	493 020	493 020
Reprises								
Solde		0	0	0		493 020	493 020	493 020
Provisions CNRACL								
Dotations						1 265 672	1 265 672	1 265 672
Reprises								
Solde		0	0	0		1 265 672	1 265 672	1 265 672

Source : CHU, traitement mission

[324] L'ensemble de ces opérations a eu un impact considérable sur le résultat des exercices considérés : 2 M€ en 2011, 6,8 M€ en 2012, 6,6 M€ en 2013, 8,4 M€ en 2014.

Tableau 25 : Impact des écritures rectifiées de rattachement et de provision sur le résultat de l'exercice

	Ce qui a été fait				Ce qui aurait du être fait			
	2011	2012	2013	2014	2011	2012	2013	2014
Impact des corrections sur les rattachements sur le résultat de l'exercice					2 043 266	-2 043 266		
Impact total des corrections sur les provisions sur le résultat de l'exercice		626 348	2 039 740	3 839 417		-4 102 126	-4 525 592	-4 526 268
Résultat de l'exercice	5 477 656	3 801 894	-536 606	-3 630 066	7 520 922	-2 969 846	-7 101 939	-11 995 751
Ecart sur le résultat de l'exercice	-2 043 266	6 771 740	6 565 333	8 365 685				

Source : *CHU, traitement mission*

[325] En 2015, c'est à nouveau un écart de 8 M€ qui sépare le résultat initialement proposé par le CHU et celui qui a pu être validé. L'établissement a souhaité passer le taux de provision sur les créances détenues sur les particuliers de 71 % à 16 %, en se fondant sur le taux de recouvrement constaté les années précédentes sur ce type de créances⁴⁵. Cette opération aurait conduit à une contrepartie en recettes (reprise sur provisions) sur l'exercice 2015 de 8 M€. Le commissaire aux comptes l'a refusée en s'appuyant sur le principe de permanence des méthodes⁴⁶. Sous la pression de l'ARS et de la direction régionale des finances publiques, cette écriture n'a pas été passée. Les recettes de titre 3 ont ainsi été fixées à 84,2 M€ pour une proposition initiale de 92,2 M€. Le résultat 2015 est ainsi passé d'un résultat présenté initialement par le CHU de -12,2 M€ à un résultat constaté de -20,2 M€.

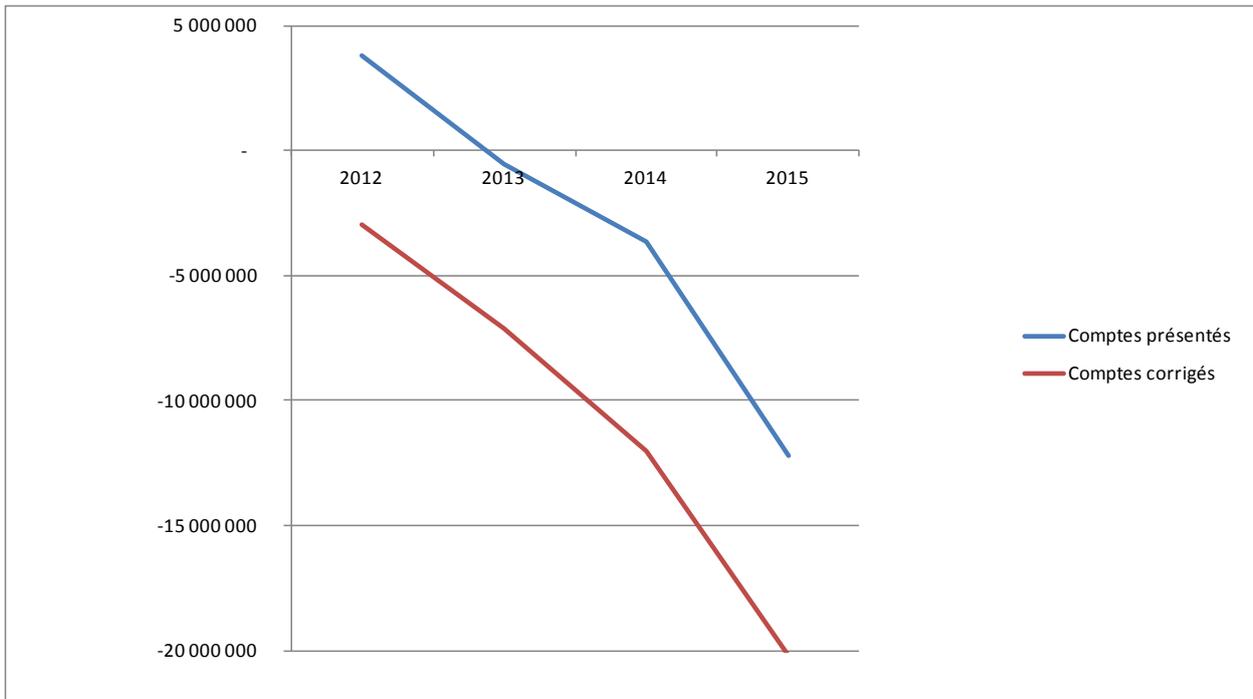
2.3.2.2 La perception de la trajectoire financière de l'établissement a été profondément altérée

[326] Cet ensemble montre que les résultats de l'établissement ont été présentés de 2012 à 2014, et ont fait l'objet d'une tentative de présentation en 2015, avec des écarts notables aux principes de la sincérité budgétaire. Ainsi, sur l'ensemble de la période, les résultats réels de l'établissement sont inférieurs chaque année de 6 à 8 M€ aux résultats présentés (de 2012 à 2014) ou proposés (pour 2015) par l'établissement.

Graphique 2 : Résultats présentés par le CHU et résultats corrigés par la mission –période de 2012 à 2015

⁴⁵ Une méthode similaire avait été utilisée en 2013 pour les autres types de créances.

⁴⁶ Selon la DRFIP sollicitée par la mission, le taux de provision objectivement raisonnable serait plutôt de l'ordre de 71%. Dès lors, l'opération aurait pu être refusée sur son principe même. De surcroît, si elle avait été acceptée, elle aurait dû donner lieu à une correction d'erreur (écriture de bilan) et non à une reprise sur provision (écriture de compte de résultat, avec impact sur le résultat de l'exercice)

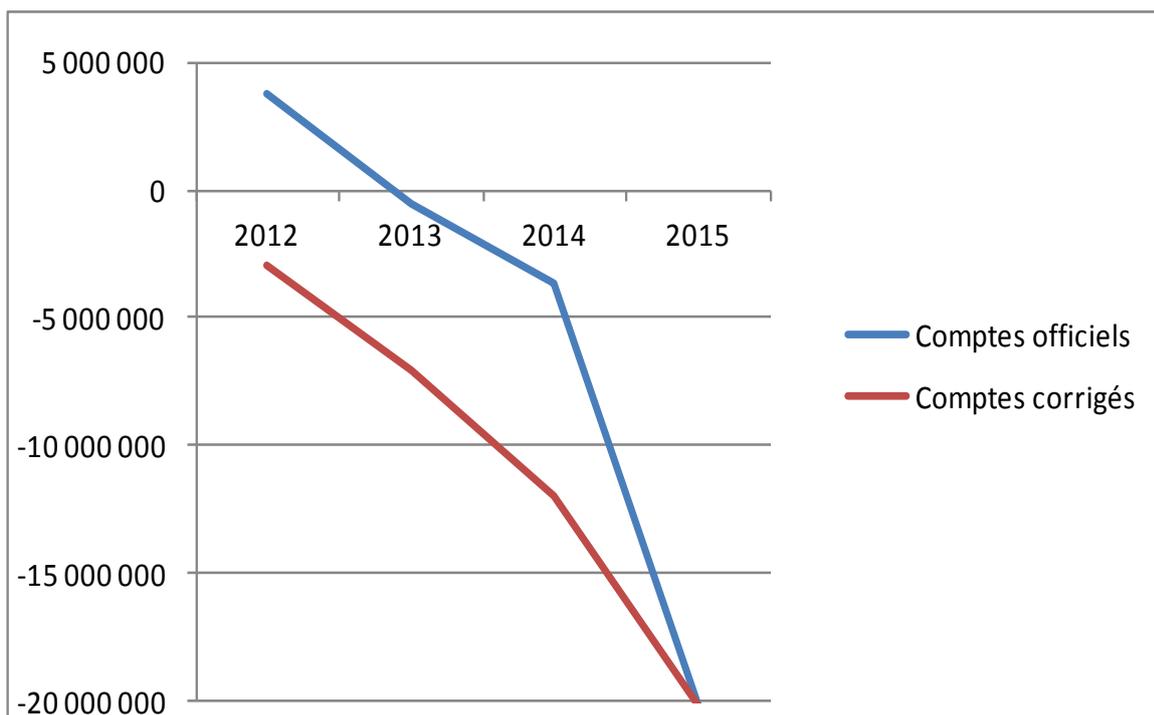


Source : *CHU, Mission*

[327] La comparaison des courbes des résultats arrêtés par le conseil de surveillance et corrigés par la mission montre deux profils très différents. Les comptes officiels présentent des résultats en baisse mais proches de l'équilibre, avant une chute en 2015. Les comptes corrigés montrent un résultat déficitaire dès 2012 et un déficit qui se creuse très régulièrement, par rapport à l'année précédente, de 4,1 M€ en 2013, 4,9 M€ en 2014, 8,2 M€ en 2015.

[328] Ces trajectoires financières très différentes sont un élément d'explication important sur le caractère tardif de l'attention portée par la tutelle locale et nationale à la dégradation de la situation financière du CHU de la Réunion. Le profil de la trajectoire financière construite par l'établissement a altéré la perception de la réalité de sa situation.

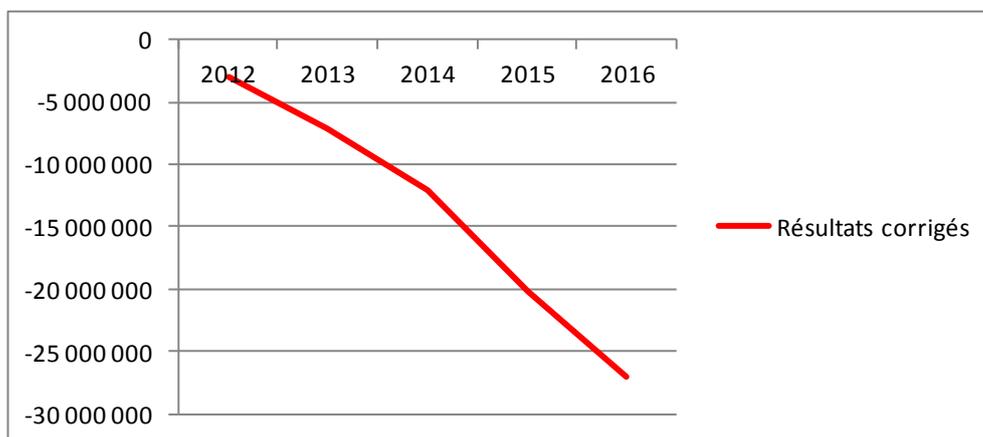
Graphique 3 : Comparaison des profils des résultats officiels et corrigés de 2012 à 2015



Source : CHU, traitement mission

[329] La prévision actuelle pour 2016 laisse envisager un creusement du déficit de 6M€ en 2016⁴⁷, dans la continuité de la tendance antérieure. Ces chiffres donnent l'image d'un établissement qui s'enfonce dans la crise sans prendre les mesures nécessaires de redressement.

Graphique 4 : Accroissement régulier du déficit (corrigé par la mission) de 2012 aux prévisions actuelles pour 2016



Source : CHU, traitement mission

⁴⁷ Sur la base d'une prévision de déficit 2016 de 26,2 M€ au RIA 1.

2.3.3 Le "pilotage" infra annuel du résultat

[330] La notion de "pilotage" du résultat évoquée par un cadre de direction devant la mission trouve sa trace dans les étapes budgétaires. Un même schéma se reproduit sur tous les exercices, et de façon particulièrement nette en 2014 et 2015 :

- les dépenses et recettes liées à l'activité hospitalière (soit les titres 1, 2 et 3 en charges et les titres 1 et 2 en produits) et le niveau de déficit sont stabilisés au RIA 3 à un niveau quasi-définitif ;

- la période entre le RIA3 et le compte financier est marquée par des mouvements importants sur le titre 3 des produits et le titre 4 des charges, sans que le résultat évolue significativement.

Tableau 26 : Evolution des prévisions sur l'exécution budgétaire 2012-2015

2012		Charges				Produits			
Document	EPRD	RIA2	RIA3	Cpte fi	EPRD	RIA2	RIA3	Cpte fi	
Date du CS	07/06/2012	19/12/2012	28/02/2013	20/06/2013	07/06/2012	19/12/2012	28/02/2013	20/06/2013	
T1	365,8	368,4	366,6	366,8	460,1	459,7	460,4	455,4	
T2	95,6	96,2	98,5	98,5	47,2	45,7	51,3	53,7	
T3	58,4	60,5	61,7	61,5	69,7	78,4	77,6	82,9	
T4	57,2	59,8	60,2	61,4					
Total	577,0	584,9	587,0	588,2	577,0	583,8	589,3	592,0	
Résultat					0,0	-1,1	2,3	3,8	

2013		Charges				Produits			
Document	EPRD	RIA 2	RIA3	Cpte fi	EPRD	RIA 2	RIA3	Cpte fi	
Date du CS	20/06/2013	16/12/2013	27/02/2014	19/06/2014	20/06/2013	16/12/2013	27/02/2014	19/06/2014	
T1	380,1	379,7	378,9	378,9	442,8	444,7	447,2	450,0	
T2	98,6	99,8	101,1	100,8	61,6	60,6	57,4	60,2	
T3	60,5	61,9	64,6	64,4	89,9	93,0	100,0	107,6	
T4	58,8	60,4	62,3	74,2					
Total	598,0	601,8	606,9	618,3	594,3	598,3	604,6	617,8	
Résultat					-3,7	-3,5	-2,3	-0,5	

2014		Charges				Produits			
Document	EPRD	RIA2	RIA3	Cpte fi	EPRD	RIA2	RIA3	Cpte fi	
Date du CS	19/06/2014	12/12/2014	09/04/2015	24/06/2015	19/06/2014	12/12/2014	09/04/2015	24/06/2015	
T1	394,1	397,6	398,9	398,9	461,4	465,6	466,9	466,7	
T2	109,3	114,8	119,9	120,0	62,2	62,2	61,5	61,3	
T3	67,4	68,7	67,3	67,4	101,8	107,3	116,3	127,3	
T4	59,6	61,0	62,4	72,7					
Total	630,4	642,1	648,5	659,0	625,4	635,1	644,7	655,4	
Résultat					-5,0	-7,0	-3,8	-3,6	

2015		Charges				Produits				
Document	EPRD	RIA 2	RIA3	Cpte fi initial	Cpte fi validé	EPRD	RIA 2	RIA3	Cpte fi initial	Cpte fi validé
Date du CS	24/06/2015	02/12/2015	-	mai 2016	16/06/2016	24/06/2015	02/12/2015	-	mai 2016	16/06/2016
T1	411,8	415,8	417,7	417,6	417,6	514,0	515,9	516,5	517,2	517,2
T2	121,4	123,4	122,4	125,9	125,9	61,2	61,2	61,2	63,3	63,3
T3	65,7	66,0	65,7	69,2	69,2	81,3	81,3	81,3	92,2	84,2
T4	65,5	65,9	65,4	72,2	72,2					
Total	664,4	671,1	671,2	684,9	684,9	656,5	658,4	659,0	672,7	664,7
Résultat						-7,9	-12,7	-12,2	-12,2	-20,2

Source : CHU, traitement mission

[331] Ces mouvements portant sur les titres 4 en charges et 3 en produits portent sur des montants élevés (qui dépassent en 2014 10 M€ en charges comme en produits) et concernent plusieurs secteurs (très majoritairement les provisions, mais également les charges exceptionnelles et les variations de stocks). La probabilité que, plusieurs années de suite, ils n'aient pas d'impact sur le résultat de l'exercice, est quasiment nulle.

[332] Ce schéma de pilotage budgétaire infra-annuel montre une action visant à obtenir au compte financier le résultat de l'exercice dont le montant a été arbitré à l'établissement du RIA 3, entre février et avril.

[333] Ces mouvements comptables n'ont pas été anticipés dans les projections annuelles des RIA alors que rien, s'agissant par exemple des provisions, ne s'y opposait. Cette absence d'anticipation laisse toute place aux arbitrages de fin d'exercice pour obtenir le résultat souhaité.

[334] La mission note en ce sens la remarque du directeur financier lors du conseil de surveillance du 31 mars 2016. Interrogé sur la baisse de reprise sur les provisions à l'EPRD 2016, il indique qu'"avant la certification les reprises sur provisions permettaient d'améliorer les résultats"⁴⁸.

[335] Elle considère donc que, en particulier en 2014 et 2015, les écritures de fin d'année comptable sur les titres 4 en charges et 3 en recettes ont été pour une part importante construites pour obtenir un résultat de l'exercice arbitré par la direction de l'établissement et non pour retracer fidèlement la réalité comptable de l'exercice.

[336] Elle souligne que ces deux exercices ont été marqués par des écritures incorrectes en provisions pour des montants supérieurs à 8 M€, validées au compte financier en 2014, rejetées sur pression du commissaire aux comptes et de la tutelle en 2015.

Tableau 27 : Ecart entre le compte financier et le RIA 3

	2012	2013	2014	2015 compte fi proposé
Titre 4 Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	1 163 457	11 932 847	10 301 760	6 847 035
66 Charges financières	609	298 684	0	150 641
67 Charges exceptionnelles	560 755	765 713	794 468	3 958 662
68 Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	602 093	11 465 818	9 507 293	3 039 014
Titre 3 Autres produits	5 277 791	7 628 308	11 032 237	2 855 976
70 Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)	382 648	6 649	152 563	1 157 416
7071 Rétrocession de médicaments	3 417 043	964	9 408	782 494
7087 Remboursement de frais par les CRPA	173 345	496 875	31 537	109 067
71 Production stockée (ou déstockage)	-	-	-	-
72 Production immobilisée	-	-	-	-
74 Subventions d'exploitation et participations	555 527	77 598	133 771	847 563
75 Autres produits de gestion courante	1 093 458	5 057	413 424	2 920 812
76 Produits financiers	41 488	-	0	2 287 740
77 Produits exceptionnels (sauf 7722)	1 357 176	329 740	77 818	1 469 213
78 Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	694 420	7 124 769	10 830 046	8 082 614
79 Transferts de charges	-	-	-	-
0603 Variations de stocks à caractère médical (60311, 60321, 60322, 60371) (crédits)	1 484 949	577 362	332 024	459 338
603 Autres variations de stocks (sauf 60311, 60321, 60322, 60371) (crédits)	1 436 374	1 085 051	429 870	651 085
3R Rabais, remises et ristournes (609, 619 et 629)	-	-	-	-
RRCS2 Remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes (6419, 6429, 64519, 64529, 64719, 64729, 6489, 6319, 6339)	909 230	72 717	117 259	810 883
Résultat	1 550 600	1 737 207	250 045	195 334

Source : CHU traitement mission

⁴⁸ PV du conseil de surveillance du 31 mars 2016

2.4 Après un refus de certification motivé par de profondes insuffisances, l'établissement a engagé un processus en direction de la certification des comptes, dont l'issue est encore incertaine

2.4.1 Le refus de certifier les comptes 2015 est motivé par de multiples incertitudes sur les comptes et les insuffisances du contrôle interne

[337] Le commissaire aux comptes, dans son rapport du 13 juillet 2016, a refusé de certifier les comptes de l'établissement avec les motivations suivantes :

[338] *"De multiples incertitudes affectent les états financiers, en particulier :*

- *les immobilisations (justification de patrimoine et immobilisations en cours),*
- *les recettes de l'activité médicale (T2A et rétrocessions),*
- *les capitaux propres (justification des opérations antérieures à 2012 et provision pour renouvellement),*
- *les charges de personnel,*
- *et certaines provisions, dont des provisions pour risques et charges.*

L'organisation et le fonctionnement des procédures comptables et financières concourant au dispositif de contrôle interne de l'établissement présentent de nombreuses insuffisances.

En raisons des faits exposés ci-dessus, nous ne sommes pas en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes annuels du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion».

[339] Ce refus de certification correspond à l'une des trois hypothèses ouvertes au commissaire aux comptes par l'article R823-7 du code de commerce, dans sa rédaction en vigueur jusqu'au 29 juillet 2016 : certification, certification avec réserves, refus de certification.

[340] La norme d'exercice professionnel 700 de la compagnie nationale des commissaires aux comptes, homologuée par un arrêté du 18 juillet 2007, prévoit trois motivations possibles pour un refus de certification par le commissaire aux comptes :

- pour désaccord *" lorsqu'il a détecté au cours de son audit des comptes des anomalies significatives et que celles-ci n'ont pas été corrigées, et que : soit les incidences sur les comptes des anomalies significatives ne peuvent être clairement circonscrites ; soit la formulation d'une réserve n'est pas suffisante pour permettre à l'utilisateur des comptes de fonder son jugement en connaissance de cause" ;*
- pour limitation *" lorsqu'il n'a pas pu mettre en œuvre toutes les procédures d'audit nécessaires pour fonder son opinion sur les comptes, et que : soit les incidences sur les comptes des limitations à ses travaux ne peuvent être clairement circonscrites ; soit la formulation d'une réserve n'est pas suffisante pour permettre à l'utilisateur des comptes de fonder son jugement en connaissance de cause."*
- pour incertitudes *" lorsqu'il est dans l'impossibilité d'exprimer une opinion en raison de multiples incertitudes dont les incidences sur les comptes ne peuvent être clairement circonscrites".*

[341] Dans le cas du CHU de la Réunion, le refus de certification a été prononcé à la fois pour limitation et pour incertitudes⁴⁹, du fait de la conjugaison d'insuffisances dans le contrôle interne et d'incertitudes dans l'établissement des comptes, portant notamment sur les principaux secteurs des immobilisations, des produits et des charges :

[342] sur les immobilisations corporelles (environ deux tiers du bilan), les vérifications de l'inventaire et de sa concordance avec la réalité physique (bâtiments) et juridique (cadastre...) n'étaient pas achevées, et les procédures de contrôle interne non satisfaisantes ;

[343] sur les recettes d'activité (T2A) (environ les deux tiers des produits), les tests réalisés sur les procédures de codage n'ont pas été satisfaisants (30% de reclassements proposés);

[344] sur les charges de personnel (environ 60% des charges), les procédures de contrôle interne ont été jugées insuffisantes sur des éléments clés du processus de paie, les procédures et les pratiques étaient insuffisamment harmonisées entre les directions des ressources humaines des deux sites⁵⁰ et la concordance de la paie, de la comptabilité et des charges sociales n'a pas pu être contrôlée de façon satisfaisante ;

[345] les procédures de rétrocession de médicaments et de variation de stocks n'ont pas pu être vérifiées⁵¹ ;

[346] les provisions pour renouvellement des immobilisations et pour risques et charges ont donné lieu à d'importantes corrections, qui ont faussé les résultats passés (*cf. supra*).

[347] Le commissaire aux comptes a fréquemment constaté des procédures peu formalisées ne permettant pas un contrôle interne dans les règles de l'art. Les difficultés qu'il a constatées ont été fréquemment accentuées par l'existence d'une double administration au sein du CHU, sur chacun des deux sites principaux.

[348] Les remarques du commissaire aux comptes conduisent également la mission à s'interroger sur deux sujets qui n'ont pas pu faire l'objet d'un contrôle mais devront être suivis attentivement par la tutelle.

[349] L'établissement fait gérer son parking public de l'établissement Félix Guyon (Saint-Denis) sous la formule de la délégation de service public. Le délégataire est la société Hopipark (groupe Icade). L'hôpital est garant de l'emprunt⁵² souscrit par son délégataire et porte donc son risque. L'exploitation du parking est déficitaire. Le CHU a loué des places pour son personnel pour le temps des travaux du bâtiment soins critiques, assurant donc un chiffre d'affaires au délégataire, tout en maintenant d'autres possibilités de stationnement pour le personnel et en construisant par ailleurs de nouvelles places. La mission recommande qu'une stratégie lisible et diminuant le risque pour les deniers publics soit établie, sous le contrôle de l'ARS.

[350] Le CHU et l'Université de la Réunion sont les deux membres fondateurs d'un groupement d'intérêt public dénommé Cyclotron Réunion Océan indien (Cyroi) le 30/06/2001. Au bilan d'ouverture de 2015, le CHU a annulé la dette correspondant à un prêt de 1,6 M€ au GIP que celui-ci n'était pas en mesure de rembourser⁵³. La mission rappelle que la CRC a consacré plusieurs pages de son rapport d'observations définitives du 4 mai 2015 aux relations entre le CHU et le GIP Cyroi et appelé à des clarifications qui ne semblent pas avoir été apportées.

⁴⁹ Le traitement conforme aux demandes du commissaire aux comptes d'une reprise sur une provision pour créances, dont l'enjeu était notamment une sous-estimation du déficit de 8 M€, a permis au CHU d'éviter l'expression d'un désaccord (*cf. supra*).

⁵⁰ Le CHU ne dispose pas d'une direction des ressources humaines unifiée. Sa création est en projet fin 2016.

⁵¹ Note de la mission : ce point est susceptible d'entraîner des évolutions importantes sur le résultat d'un exercice.

⁵² Capital restant dû au 31/12/2015 : 11,03 M€, taux fixe 5,17%

⁵³ Décision n°40-2016 : correction d'erreur au 1^{er} janvier 2015 - dépréciation du prêt accordé au GIP Cyroi

2.4.2 Un travail de fond a été engagé visant à la certification des comptes

[351] La démarche de certification a été pour l'établissement l'occasion d'engager un travail sur le contrôle interne et la formalisation des procédures.

[352] L'établissement du bilan d'ouverture de 2015 a conduit à purger de nombreuses écritures de provisions pour risques et pour renouvellement des immobilisations (cf. *supra*).

[353] Le refus de certification a conduit à une mobilisation de l'établissement et à l'établissement d'un plan de travail pour lever les réserves sur les principaux points soulevés. Ce travail est coordonné par la direction des affaires financières. Le comité de pilotage de la certification des comptes se réunit en moyenne une fois par mois sous la présidence du directeur général et en présence de l'ARS et de la DRFIP. La DAF s'est réorganisée pour identifier un attaché d'administration chargé d'accompagner les services RH, services éco et travaux dans la mise à jour ou la réalisation de procédures de contrôle interne. Le commissaire aux comptes a effectué plusieurs missions de deux à trois semaines sur place : stratégie d'audit (juillet) ; contrôle interne hors personnel et immobilisations (octobre) ; personnel (novembre) ; immobilisations (novembre) ; audit informatique (novembre). Un travail sur la T2A est également programmé, avant une intervention finale au printemps 2017.

[354] Selon les informations portées à la connaissance de la mission mi novembre 2016 :

[355] sur les capitaux propres : les réserves semblent pouvoir être levées ;

[356] sur les immobilisations : le plan de travail porte sur les années 2016 et 2017, avec des enjeux notamment sur les durées d'amortissement⁵⁴ et des impacts potentiels sur les résultats passés (en correction d'erreur) et futurs ;

[357] sur les provisions pour renouvellement des immobilisations : un travail important de correction a été mené en bilan d'ouverture sur la constitution des provisions, la stratégie de reprise des provisions reste à affiner, et passe notamment par un rapprochement des immobilisations et des emprunts les finançant ;

[358] sur les stocks : les enjeux principaux portent sur la comptabilisation des stocks de médicaments et les rétrocessions. Cette démarche est potentiellement porteuse de corrections d'erreurs sur les exercices antérieurs et d'impacts sur le résultat 2016 ;

[359] sur le personnel (médical et non médical) : la non-certification des comptes 2015 a montré la nécessité d'un important travail d'harmonisation des pratiques, de formalisation des procédures et de renforcement du contrôle interne. Une intervention longue, sur place, du commissaire aux comptes, a été menée en novembre 2016. Le retard pris dans la constitution d'une direction des ressources humaines unifiée et structurée et les irrégularités relevées par la mission dans de nombreux éléments de rémunération pèseront sur la levée des réserves du certificateur ;

[360] sur les recettes : la fiabilisation des recettes T2A a donné lieu à un travail sous la conduite des DIM des deux sites ; la provision pour créances irrécouvrables avait donné lieu à une divergence importante à la clôture des comptes 2015 entre la position de l'établissement et celle du commissaire aux comptes (cf. *supra*). Le travail mené en 2016 est susceptible d'avoir un impact rétrospectif, en correction d'erreur au bilan (et donc à une nouvelle réinterprétation des résultats antérieurs), et sur les résultats des exercices 2016 et suivants.

⁵⁴ La mission considère comme inadaptée la pratique d'amortissement des bâtiments sur 40 ans alors que les emprunts correspondants sont amortis sur 15 à 30 ans et que l'adaptation physique des bâtiments doit être effectuée sur un rythme plus rapide.

2.4.3 Les conditions de clôture de l'exercice 2016 demeurent incertaines, de même que l'exercice pour lequel la certification pourra être acquise

[361] Le plan d'action devant conduire à la certification des comptes de l'établissement est mis en œuvre. Ses différents éléments sont à des niveaux d'avancement différents, et montrent que des incertitudes pèsent encore sur des points identifiés mais non traités.

[362] Au-delà des pratiques de "*pilotage du résultat*" (cf. *supra*), la comptabilisation, en accord avec le certificateur, de plusieurs éléments liés notamment aux titres 4 des charges et 3 des produits reste très incertaine. Dans ces conditions, il n'est pas possible à l'heure où ce rapport est rédigé de projeter de façon fiable un résultat de clôture 2016.

[363] Au regard de l'importance des travaux engagés et des évolutions qu'ils impliquent, il n'est pas non plus possible de déterminer sur quel exercice les comptes pourront être certifiés, même avec réserves.

Recommandation n°7 : Dans les premiers mois de 2017, la direction générale doit expliquer à l'ensemble la communauté hospitalière, de façon claire et transparente, le processus de dégradation financière et ses causes ainsi que les mesures de redressement envisagées.

Recommandation n°8 : A l'issue de la certification, l'établissement doit produire et publier un document retraçant la trajectoire budgétaire depuis 2012 telle qu'elle aurait dû être présentée.

3 LES PROCESSUS DE GESTION CONCERNANT LES RESSOURCES HUMAINES PRESENTENT DES DISTORSIONS SENSIBLES

[364] La mission n'a pas analysé tous les processus de gestion concernant les ressources humaines tant médicales que non médicales. Elle s'est attachée à approfondir les sujets qui semblaient soulever de réelles interrogations, y compris ceux qui avaient fait l'objet d'investigations lors d'opérations de contrôle telles celles de la CRC.

[365] Cela ne signifie donc en rien que les autres processus de gestion peuvent être réputés conformes aux normes réglementaires.

3.1 La gestion des personnels médicaux

[366] Le CHU met fréquemment en avant la nécessité de développer l'attractivité médicale, ce que la mission ne saurait contester. En revanche, ceci ne peut servir de justification permanente au fait de s'affranchir régulièrement des dispositifs réglementaires.

3.1.1 Le système de permanence des soins (PDS) est inflationniste et non maîtrisé

[367] Le système de la permanence des soins présente 101 lignes séniorisées spécialisées dont 37 de garde sur place, 47 d'astreinte opérationnelle et 17 d'astreinte de sécurité (à noter que 12 lignes sont forfaitisées).

3.1.1.1 Le système de PDS est conforme au SROS mais non revisité

[368] Le Projet Régional de Santé (PRS), arrêté par la Directrice générale de l'ARS en juillet 2012 prévoyait, dans le cadre du Schéma d'Organisation des Soins, un programme de travail pour définir un nouveau schéma de la PDS qui a été effectivement publié à la fin de l'année 2012. La réflexion régionale s'est appuyée sur un état des lieux réalisé sur l'existant en mai- juin 2011.

[369] Trois constats peuvent être opérés :

- Le premier réside dans le fait que le schéma établi en 2012 ne se distingue pas sensiblement de l'existant constaté en 2011 ; de plus, il était prévu par l'ARS une évaluation qui n'a jamais été effectuée.
- Le deuxième porte sur le fait que le système déployé en 2016 par le CHU est en tout point conforme à celui ayant fait l'objet de l'enquête en 2011.
- Le troisième réside dans la baisse des crédits alloués par l'ARS à la PDS.

[370] Cette stabilité du système mis en place au CHU, même si elle est objectivement induite par une adéquation au SROS, n'en demeure pas moins problématique aux yeux de la mission pour les raisons suivantes :

- Elle est, tout d'abord, symptomatique de l'absence de réflexion sur l'évolution des organisations médicales et notamment sur l'établissement de nouveaux rapports entre les deux sites. Comme cela a été développé *supra*, les protocoles liés à la fusion ont gelé les relations entre les sites de Saint Denis et de Saint Pierre et les acteurs du CHU n'ont pas souhaité dépasser ces clivages.
- Le projet médical 2012-2016 du CHU ne consacre que quelques lignes au sujet de la PDS en l'abordant particulièrement sous l'angle du désengagement des médecins libéraux et en fournissant des données chiffrées très sensiblement différentes de celles dont la mission dispose par ailleurs : il fait état de 83 lignes de PDS dont 27 en garde et 56 en astreinte, ce qui ne correspond pas au recensement établi par l'ARS en 2011.
- Les crédits alloués à l'établissement par l'ARS ont décru très sensiblement entre 2012 et 2015 passant de 6,3 M€ à 5,5 M€, soit une baisse de 962 k€, soit 12,7%.

[371] Cela aurait du engendrer de la part de l'établissement la mise en place de travaux visant à restructurer l'organisation de la permanence des soins pour déceler les possibilités de mutualisation entre les deux sites alors même que le projet médical, sans développer le thème, envisageait les "*potentiels de mutualisation*" (page 73 du projet). Cela aurait constitué une opportunité pour repenser la distribution de certains segments d'activité par discipline entre les deux sites du CHU et relancer une dynamique collective sur l'ensemble de l'établissement.

[372] Dans le même sens, les enjeux auraient mérité qu'une réflexion commune soit menée avec le Centre Hospitalier Gabriel Martin à Saint Paul ainsi que les établissements privés et notamment la clinique Sainte Clotilde à Saint Denis. En effet, à l'analyse, certaines lignes de permanence paraissent redondantes, ce d'autant que la clinique s'est vu attribuer en 2013 une dotation de 557 k€ dont elle ne disposait pas auparavant.

[373] Cependant cette démarche n'a pas été encouragée par l'ARS même si le volet PDS du SROS prévoyait une "*évaluation à mi parcours du SROS-PRS*" (page 16 du volet dans le chapitre Indicateurs de suivi) qui n'a jamais été réalisée. Il y a bien eu une enquête effectuée en 2013 mais qui n'a pas abouti et "*qui n'a pas permis de parvenir à un diagnostic partagé entre permanence et continuité des soins*" (mail de réponse ARS).

[374] De même, les indications de l'instruction ministérielle N° DGOC/RH4/2014/101 du 31 mars 2014 relative à la mise en œuvre de l'arrêté du 8 novembre 2013 et portant sur les astreintes et le temps additionnel des praticiens n'ont pas été suivies ; il était précisé que "*les nouvelles modalités de décompte nécessitent une réflexion en profondeur sur les organisations de travail médicales et non médicales...l'organisation de la permanence et de la continuité des soins en intégrant une dimension territoriale plus forte*". Rien de tel n'apparaît dans la politique du CHU.

[375] Ainsi, le CHU n'a pas tenté de redéfinir l'organisation de la permanence des soins, pour gagner en efficacité et aussi pour réduire son coût global et le rendre compatible avec les dotations alloués par l'ARS. Au contraire, il s'est contenté de réclamer des crédits complémentaires dans le cadre de la confection des EPRD comme dans le cadre des dossiers à destination du COPERMO élaborés depuis 2015. Par exemple, le document transmis à la DGOS et à l'ARS en novembre 2016 sur le plan de retour à l'équilibre dans le cadre du COPERMO présente une "*demande de revalorisation de la dotation PDESES*" de 2 M€ chaque année, précisant en complément que "*la revalorisation sollicitée à compter de l'année 2017 est pérenne*". Ceci signifie clairement que le CHU n'entend pas modifier son organisation sur le moyen terme.

[376] Enfin, l'écart entre le coût réel et la dotation allouée est systématiquement avancé pour expliquer, en partie, le déficit du CHU.

3.1.1.2 Sa gestion n'est pas maîtrisée

- L'évaluation de la rémunération de la permanence des soins soulève des interrogations, notamment pour les structures qui ont bénéficié de la forfaitisation prévue dans l'arrêté du 8 novembre 2013.

[377] La mission dispose d'une note du CHU datée du 10/10/2016 sur la forfaitisation des astreintes médicales ; elle retrace les modalités de calcul de la forfaitisation et présente le coût des lignes avant et après leur forfaitisation.

[378] La mission note, dans les éléments fournis par l'établissement, des incohérences dans les données et certaines surestimations (cf. annexe 1).

- Les conditions règlementaires de la forfaitisation des astreintes ne sont pas respectées.

[379] L'arrêté du 8 novembre 2013 stipule que "*ce dispositif donne lieu à un contrat annuel renouvelable, passé entre le responsable de la structure et le directeur, dans le respect de l'enveloppe allouée à l'établissement pour le financement de la permanence des soins au titre du budget de l'année et sous réserve d'une diminution des permanences sur place*". Or, comme cela a été décrit *supra*, le nombre de lignes de garde sur place n'a pas été modifié et il existe un écart conséquent entre le coût réel de la permanence des soins et les crédits alloués. L'incitation à une réorganisation de la permanence des soins que représente la dérogation de la forfaitisation n'a pas produit d'effet sur le CHU.

[380] De plus, l'arrêté du 8 novembre 2013 indique qu' "*une évaluation annuelle du dispositif est réalisée par le directeur avec la commission de l'organisation de la permanence des soins dans le cadre de la préparation du compte administratif*" et que "*le directeur la transmet chaque année au conseil de surveillance et au directeur de l'ARS*". La mission n'a pas trouvé trace d'une telle évaluation et de sa transmission.

- Le suivi et la traçabilité des déplacements est insuffisante

[381] Tout d'abord, la mission n'a pas été informée des modalités concrètes d'application de certaines dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013, notamment des contrats de temps de travail et de la tenue des registres.

[382] Ensuite, la mission s'interroge sur la manière dont le CHU trace les déplacements des praticiens pendant les périodes d'astreinte. En effet, les déplacements indiqués par l'établissement pour les lignes qui ont été forfaitisées, dont la mission s'est étonnée, ont été confirmés comme étant destinés à des interventions chirurgicales. Toutefois, le CHU n'a pas répondu à la requête de la mission consistant en la fourniture des photocopies des cahiers de bloc opératoire.

[383] Il y a donc des volumes importants de déplacements, notamment pour les disciplines chirurgicales, que le CHU n'est pas à même de justifier.

[384] L'établissement reconnaît implicitement cette situation. Dans le dossier sur le plan de retour à l'équilibre transmis en novembre 2016 à l'ARS à l'intention du COPERMO, dans la fiche action A3 intitulée "*Equilibre financier de la PDESES*", le CHU indique bien dans la rubrique Difficultés : "*le système déclaratif des gardes et astreintes*", dans la rubrique Risques : "*augmentation du déficit*" et enfin dans la rubrique Action : "*mise en place d'un contrôle et d'une validation*".

[385] La mission considère donc urgent que l'ARS et le CHU pour ce qui le concerne s'emploient à restructurer la PDESES sur l'établissement ainsi que sur le département pour diminuer le nombre de lignes. Le CHU quant à lui doit élaborer un système rigoureux de contractualisation et de suivi pour maîtriser le coût de la PDESES dans le cadre de l'enveloppe budgétaire allouée.

3.1.2 La majoration DOM est maintenue pendant les périodes de congés bonifiés

[386] Cette question concerne les praticiens titulaires affectés à la Réunion comme dans les autres DOM qui bénéficient d'un congé bonifié. L'article R 6152-69 du CSP prévoit que les praticiens bénéficient, par période de 3 ans, d'un congé bonifié de 30 jours ouvrables cumulés avec les congés annuels de l'année en cours destiné à leur permettre de revenir en métropole ; en complément, les praticiens bénéficient à ce titre de la prise en charge du transport aérien pour eux-mêmes et leur famille.

[387] La question porte sur le fait que pendant ce congé spécifique, les praticiens continuent à bénéficier de l'indemnité dite de vie chère égale à 40% de leur traitement de base ; il est à noter que la CRC a abordé le sujet dans son rapport de juillet 2014 sur le CHU de la Réunion.

[388] En 2015, selon les données fournies par l'établissement, l'application de cette disposition a concerné 135 praticiens (moins d'une centaine les années précédentes) pour un total de 2 060 jours de congés. Le maintien de la majoration DOM a ainsi représenté, en 2015, pour le CHU un coût de 161 k€ correspondant aux rémunérations brutes et donc un coût total incluant les charges patronales de 220,5 k€ selon ses propres estimations.

[389] En l'absence de dispositions règlementaires spécifiques aux praticiens hospitaliers, il convient de raisonner par analogie avec la situation générale des fonctionnaires hospitaliers. La réglementation les concernant est établie pour les fonctionnaires originaires des DOM en poste en métropole, et précise⁵⁵ que, pendant leur séjour dans leur département d'origine, ils ont droit à la majoration pour vie chère. Inversement, les fonctionnaires originaires de métropole en poste dans les DOM n'ont plus droit à la majoration pour vie chère pendant leur congé bonifié en métropole.

⁵⁵ Par les dispositions combinées du décret n°87-482 du 1er juillet 1987 relatif aux congés bonifiés des fonctionnaires hospitaliers en service sur le territoire européen de la France, dont la résidence habituelle est dans un département d'outre-mer, du décret n°78-399 du 20 mars 1978 relatif, pour les départements d'outre-mer, à la prise en charge des frais de voyage de congés bonifiés accordés aux magistrats et fonctionnaires civils de l'Etat et du décret n°51-725 du 8 juin 1951 relatif au régime de rémunération et avantages accessoires des personnels de l'Etat en service dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane française, de la Martinique et de la Réunion.

[390] Cette interprétation est confortée par la jurisprudence du Conseil d'Etat qui, dans l'arrêt n°356171 du 14 novembre 2012, a rappelé que "*la majoration de traitement accordée aux fonctionnaires dans les DOM sur le fondement de la loi du 3 avril 1950 et des textes qui l'ont complétée est liée au séjour de l'agent dans un département d'outre-mer et par suite attachée à l'exercice de la fonction*".

[391] Telle est aussi la position que la DGOS a exprimée au cours des échanges écrits avec la mission.

[392] Il ressort donc des textes et de la jurisprudence que la présence en métropole constitue un critère déterminant pour ne pas attribuer l'indemnité de vie chère pendant la durée du congé bonifié.

[393] Même si cela concerne expressément les fonctionnaires affectés dans les DOM, la mission considère que, par analogie, la suspension du versement de l'indemnité pendant le congé bonifié devrait être également appliquée aux praticiens hospitaliers.

Recommandation n°9: Le CHU doit suspendre la majoration DOM de 40% pour les praticiens hospitaliers pendant la durée d'un congé bonifié.

3.1.3 La pratique de recrutement des praticiens contractuels présente des non conformités et engendre des surcoûts importants

3.1.3.1 La majoration de traitement pour les praticiens contractuels ne repose sur aucune base réglementaire

[394] Les praticiens contractuels recrutés au CHU de la Réunion bénéficient, comme les praticiens hospitaliers titulaires, de la majoration du traitement de base de 40% alors que celle-ci n'est nullement prévue par les dispositions statutaires régissant cette catégorie de médecins.

[395] Le CHU avance pour l'expliquer un alignement sur le statut des praticiens hospitaliers ; toutefois, pour les praticiens hospitaliers, par essence titulaires, l'attribution de la majoration, appelée "*indemnité spéciale*" est expressément prévue par l'article R 6152-71 du code de la santé publique. De même, les assistants bénéficient également de cette mesure qui est, elle aussi, prévue par le CSP dans son article R 6152-529.

[396] Le CHU met également en avant le décret n° 53-1266 du 22/12/53 qui concerne les indemnités des fonctionnaires alors que les praticiens ne le sont pas, ainsi que le décret n° 57-87 du 28/01/57, qui concerne également les seuls fonctionnaires et dont le champ d'application n'intègre pas la Réunion.

[397] Ainsi les bases légales de l'attribution des majorations en cas d'exercice en DOM existent pour les fonctionnaires hospitaliers titulaires, pour les praticiens hospitaliers titulaires ainsi que pour les médecins assistants mais pas pour les praticiens contractuels.

3.1.3.2 Le coût des avantages consentis aux praticiens contractuels représente une charge importante pour le CHU

➤ La majoration DOM

[398] Les praticiens contractuels sont pour la plupart recrutés au 4^{ème} échelon. Nombreux sont ceux qui bénéficient en plus de la possibilité offerte par l'article 8 du décret n° 93-701 du 27 mars 1993 relatif aux praticiens contractuels qui prévoit que "*les émoluments peuvent être majorés dans la limite des émoluments applicables aux praticiens parvenus au 4^{ème} échelon de la carrière majorés de 10%*". Certains sont également recrutés au 1^{er} échelon en conformité avec le texte.

[399] La mission a retenu le cas moyen du praticien contractuel recruté au 4^{ème} échelon. Son traitement de base est de 4 358 € bruts mensuels et la majoration de 40% attribuée s'élève donc à 1 743 €.

Les charges employeurs représentent 52,09% du traitement et s'élèvent donc à 907 €, ce qui porte pour le CHU à 2 650 € le coût mensuel de la majoration et à 31 800 € le coût annuel pour un ETP.

[400] L'effectif de praticiens contractuels, en équivalent temps plein rémunéré sur l'année (ETPR), est de 80. Le surcoût total annuel de cette mesure supportée par le CHU est donc de 2,55 M€.

➤ Les autres mesures

[401] De plus, les praticiens contractuels bénéficient de mesures complémentaires qui ne s'appliquent pas visiblement de manière systématique à tous.

[402] Ces mesures concernent notamment la mise en disposition gratuite d'un logement pendant un mois pour les médecins remplaçants donc recrutés sous le statut de praticien contractuel ainsi que d'un véhicule, modalité réservée aux médecins exerçant dans les spécialités "sinistrées".

[403] Le CHU explique que ces dispositions ont été prévues dans le "Volet social du Personnel médical" (pièce jointe n°10) validé par les instances de l'établissement en 2012, le 11 septembre pour la CME et le 19 septembre par le Conseil de Surveillance ; ce texte fait l'objet d'appellations très diversifiées, y compris de "*protocole d'accord*"

[404] Il faut remarquer que si la CME est consultée sur "*les conditions d'accueil et d'intégration des professionnels et étudiants*" (article R 6144-1 du CSP), il ne s'agit que d'un avis, même si le document de la CME parle "*d'engagements répondant aux exigences*" formulées par les médecins.

[405] La question a été présentée au conseil de surveillance sous l'angle du projet social, donc intégré au projet d'établissement et par là-même faisant partie des sujets soumis à la délibération de l'instance. Toutefois, le compte rendu de la séance du 19 septembre 2012 indique que les débats sur le sujet ont été particulièrement brefs et que la dimension budgétaire des mesures n'a pas été évoquée.

[406] Enfin, les praticiens contractuels recrutés au CHU bénéficient de la gratuité du transport à l'aller au moment de leur prise de fonction comme au retour à la fin de leur contrat. Si cette mesure est règlementairement prévue pour les praticiens titulaires au moment de leur nomination ou en cas de mutation, rien de tel ne concerne les praticiens contractuels.

[407] Le CHU déclare que 99 contrats ont été conclus au cours de l'année 2015 ; compte tenu du fait que le coût moyen d'un vol aller/retour approche les 1 000 €, le surcoût annuel de la mesure pour le CHU peut être évalué à 100 k€.

3.1.3.3 Les règles concernant le recrutement des cliniciens hospitaliers ne sont pas respectées

➤ Les pratiques observées au CHU de la Réunion

[408] Le CHU procède fréquemment à des recrutements de praticiens dans la catégorie énoncée par les dispositions du 3^o de l'article L 6152-1 du CSP, appelés "*cliniciens hospitaliers*". Ces recrutements concernent, selon le même article, "*des emplois présentant une difficulté particulière à être pourvus*". Selon l'article L 6152-3 du CSP, leur rémunération "*comprend des éléments variables qui sont fonction d'engagements particuliers et de la réalisation d'objectifs quantitatifs et qualitatifs...*".

[409] La mission a pu analyser 7 contrats conclus en 2016 concernant 6 praticiens, analyse dont il ressort les éléments suivants :

- Ces contrats concernent des praticiens exerçant dans les disciplines de radiologie pour 4 d'entre eux, de chirurgie thoracique et cardio-vasculaire pour deux et de chirurgie vasculaire pour un seul.
- Ils sont tous conclus pour des durées courtes : trois ont une durée de 1 mois, deux de 3 semaines, une de 15 jours et 1 d'une semaine.
- La rémunération est alignée sur le traitement de base brut des praticiens au 10^{ème} échelon majoré de l'indemnité DOM de 40% et d'une part variable de 42% : 5 993 € + 40% (2 397 €) = 8 390 € + 42% (3 523 €) = 11 913 € bruts mensuels.

[410] En revanche, la mission aurait souhaité vérifier les raisons du recrutement de cliniciens hospitaliers pour des fonctions de remplacement par l'analyse des tableaux de service pour les disciplines et les périodes concernées ; malgré plusieurs relances, l'établissement n'a jamais répondu aux sollicitations dont il a fait l'objet.

➤ Les écarts par rapport à la réglementation et à l'esprit de celle-ci

[411] Il convient de rappeler que ces contrats sont destinés premièrement à permettre de pourvoir des postes, et non pas à assurer un remplacement, et deuxièmement à prendre en compte les postes sur lesquels il existe de vraies difficultés de recrutement ; c'est aussi ce qui explique la possibilité offerte aux praticiens hospitaliers titulaires d'être détachés sur de tels postes.

C'est pourquoi, l'article R 6152-705 prévoit que le contrat est conclu pour une durée de 3 ans au plus. Il pourrait être avancé que les contrats analysés par la mission sont conformes compte tenu de leur durée égale ou largement inférieure à 1 mois. Toutefois, le même article prévoit une période d'essai de deux mois renouvelable ainsi qu'un préavis de deux mois en cas de rupture ; de même l'article R 6152-713 demande que le clinicien "*entretienne ses connaissances*" et reconnaît donc un droit à la formation continue d'une durée de 15 jours par an. Ceci tend à démontrer que le dispositif législatif et réglementaire n'envisage pas des postes de cette nature sur des temps courts.

[412] Le CHU de la Réunion n'utilise donc pas ces contrats pour tenter de pourvoir des postes vacants mais pour assurer des remplacements de très courte durée, ce à quoi est dédié le statut de praticien contractuel.

[413] Le système de rémunération n'est pas conforme mais produit les mêmes effets que ceux prévus par la réglementation. Celle-ci fixe pour base le traitement lié au dernier échelon de la grille des praticiens hospitaliers, soit le 13^{ème} majoré de 65% maximum, ce qui confère une rémunération brute mensuelle de 12 200 € quasiment identique à celle versée par l'établissement.

[414] De plus, l'article R 6152-706 prévoit que le contrat définit des "*engagements particuliers souscrits*", définit "*les objectifs assignés*" qui déterminent les éléments variables de paye ; le contrat doit également faire l'objet d'une évaluation avec le chef de pôle, évaluation sur la base de laquelle sera décidé le versement de la part variable.

[415] Aucun des contrats du CHU de la Réunion ne prévoit d'objectif particulier dont l'atteinte justifierait le versement de la part variable ; celle-ci est payée au même titre que le traitement de base et la majoration DOM ; la mission estime que la durée réelle des contrats est incompatible avec la mise en œuvre de ces dispositions, ce qui souligne le décalage complémentaire existant entre la pratique et l'esprit du dispositif.

[416] Enfin, comme pour les praticiens contractuels, le CHU prend à sa charge les frais de transport aller/retour entre Saint-Denis et la ville de la métropole dans laquelle réside le praticien recruté comme clinicien hospitalier, ainsi que le logement sur place.

- Le CHU s'affranchit des règles fixant la place de l'ARS dans le dispositif

[417] L'article L 6152-3 prévoit que les spécialités médicales concernées ainsi que le nombre de contrats de cliniciens hospitaliers susceptibles d'être conclus par l'établissement sont fixés dans le CPOM, ce qui n'apparaît nullement dans le CPOM du CHU.

[418] Il est également prévu que les contrats signés sont adressés par l'établissement à l'ARS, ce que l'ARS ne confirme pas alors que la mention de cet adressage est elle-même formulée dans le contrat signé par le CHU et le praticien (article 9 du contrat : "*Le présent contrat sera communiqué au directeur de l'ARS. Le Dr X le communiquera au Conseil départemental de l'Ordre des Médecins de la Réunion*").

[419] Il en ressort que le CHU de la Réunion recrute des cliniciens hospitaliers en toute liberté, sans que le dispositif encadrant ces recrutements ait été défini avec l'ARS comme le prévoit la réglementation.

Recommandation n°10 : Le CHU et l'ARS doivent définir ensemble une politique de recrutement des cliniciens hospitaliers conforme à la réglementation.

3.2 La gestion des personnels non médicaux

3.2.1 Le champ d'application des règles statutaires portant sur les majorations de rémunérations a été élargi

[420] La mission s'est attachée à analyser les conditions d'application des majorations de traitements spécifiques prévues pour les fonctionnaires exerçant sur le département de la Réunion.

Le champ comprend donc la situation des agents contractuels, les conditions de prise en compte des indemnités et primes ainsi que la question particulière de la prime de service.

3.2.1.1 Les agents contractuels bénéficient des mêmes majorations de traitement que celles des agents titulaires de la FPH

- Il convient tout d'abord de rappeler les règles s'appliquant aux agents de la FPH.

[421] Le traitement indiciaire de base de l'agent, auquel est rajoutée la nouvelle bonification indiciaire à laquelle il peut éventuellement prétendre, est majoré de 25% en application de la loi n°50-407 du 3 avril 1950.

A cela s'ajoute une majoration complémentaire de 10% spécifique à la Réunion, prévue par le décret n°57-333 du 15 mars 1957. La majoration totale est donc de 35%.

Enfin, il est appliqué un index de correction de 1,138 fixé par le décret n°49-55 du 11 janvier 1949 mis en place pour tenir compte des disparités de cours pouvant exister entre le franc et le franc CFA alors utilisé à la Réunion. Ce mécanisme d'indexation concerne non seulement le traitement de base indiciaire mais aussi la majoration de 35% elle-même ainsi que le supplément familial de traitement. Ainsi, le traitement de base est majoré au total de 53,3%.

[422] La mission tient à rappeler les conclusions de la Cour des Comptes dans son rapport public annuel 2015 concernant les compléments de rémunération des fonctionnaires exerçant dans les DOM et plus particulièrement sur l'index de correction appliqué à La Réunion ; la Cour considère que cet index "*n'a plus de base légale depuis l'abandon du franc CFA le 1^{er} janvier 1975*" et que "*cette irrégularité ne saurait perdurer*".

[423] Toutefois, ces dispositions ne concernent que les fonctionnaires, c'est-à-dire les agents titulaires et stagiaires de la fonction publique et non pas les agents contractuels comme le rappelle la Cour des Comptes dans le rapport précité. Or, au CHU de la Réunion, le même dispositif est appliqué au bénéfice de ces derniers, comme le confirme l'analyse des bulletins de paye des agents de l'établissement.

➤ La mesure représente une charge particulièrement importante pour le CHU

[424] La mission relèvera trois exemples pour illustrer cette réalité (celle-ci est totalement reproductible puisque tous les agents en CDD sont placés au premier échelon de la grille indiciaire de leur grade) :

- Une infirmière diplômée d'état (IDE) contractuelle au 1^{er} échelon dont le traitement indiciaire brut (intégrant quelques éléments variables de paye sur lesquels la mission reviendra *infra*) est de 1615€ mensuels bénéficie d'une majoration totale brute de 884€ (pièce jointe n° 11) ;
- Un aide soignant (AS) contractuel au 1^{er} échelon, dont le traitement indiciaire (mêmes remarques que ci-dessus) est de 1 495€ mensuels se verra appliquer une majoration de 882€ (pièce jointe n° 11) ;
- Un agent des services hospitaliers qualifié dont le traitement de base est de 1 486€ bénéficie d'une majoration de 815€ mensuels (pièce jointe n°11).

[425] Compte tenu de la structure des effectifs contractuels, nous pouvons envisager une hypothèse selon laquelle la majoration moyenne pourrait être de 850 €.

Le taux de charges employeur applicable au traitement brut total d'un agent contractuel est évalué à 44,87% soit un montant de 381 €. Ainsi le coût mensuel moyen de la majoration est de 1 231 € par mois et donc de 14 772 € par an.

[426] Sur ces bases, et compte tenu d'un effectif moyen d'agents contractuels (contrats à durée déterminée et à durée indéterminée) au CHU en 2015 de 1 367 équivalents temps plein (ETP), l'application de la majoration aux agents contractuels a représenté un coût compris entre 19 et 21 M€ en fonction de la distribution réelle des grades et des éléments variables de paie.

➤ Ces mesures mettent en jeu la responsabilité de l'établissement

[427] Le décret n° 91-155 du 11 février 1991 modifié relatif aux dispositions applicables aux agents contractuels des établissements hospitaliers précise dans son article 1-2 que "*le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative*" ; pour autant cela n'exonère pas l'établissement du respect des dispositions règlementaires.

[428] De plus, les contrats signés, concernant des IDE, des AS, des ASH ou des adjoints administratifs, que la mission a analysés ne comportent aucune référence au bénéfice de la majoration DOM et de l'indexation, alors que certaines indemnités sont expressément indiquées. Cela paraît en contradiction avec ce qui est énoncé ci-dessus et aurait dû interpeller aussi le trésorier de l'établissement.

[429] La mission considère donc que la responsabilité de l'extension aux agents contractuels des dispositions concernant les titulaires et stagiaires incombe à l'établissement.

Recommandation n°11 : Les ministères des affaires sociales et de la santé ainsi que de la fonction publique doivent clarifier au plus vite la question de l'index de correction appliqué à la Réunion.

Recommandation n°12 : Le CHU doit mettre un terme au paiement des majorations DOM aux agents contractuels ainsi qu'aux praticiens contractuels.

3.2.1.2 Certaines primes et indemnités sont également majorées et indexées sans fondement réglementaire

[430] La mission ne s'est pas attachée à vérifier la pertinence du versement de toutes les primes et indemnités aux agents concernés et son adéquation aux textes réglementaires ; elle a néanmoins conseillé à l'établissement d'effectuer ce recensement et cette vérification de sorte à aboutir à un diagnostic totalement partagé avec le trésorier. La mission a analysé les conditions d'indexation de ces primes et indemnités.

[431] En complément du traitement indiciaire, le CHU de la Réunion applique et reconnaît appliquer pour tous les personnels l'index de correction de 1,138 aux primes et indemnités suivantes :

- Supplément familial de traitement
- Indemnité de sujétion spéciale
- Prime spécifique aux aides-soignants et auxiliaires de puériculture
- Heures supplémentaires de toute nature, y compris celles de dimanche et de nuit
- Heures de permanence par astreinte.

[432] Le système mis en place par le CHU concernant ces primes et indemnités correspond à une extension de la réglementation que la DGOS ne partage pas. Elle considère que ces éléments de paye n'ont pas à être indexés car ils ont pour point commun d'être calculés à partir du traitement indiciaire qui par définition ne comprend pas la majoration DOM.

[433] La Chambre régionale des comptes dans son rapport de juillet 2014 a clairement indiqué qu'il était nécessaire de supprimer les indexations des primes sans base légale.

[434] En revanche, l'indexation n'est pas appliquée aux indemnités de travail intensif de nuit et aux indemnités forfaitaires de dimanche et jours fériés.

[435] Selon les données fournies par le CHU, le coût de l'application de l'index de correction à ces primes et indemnités correspond à un coût brut annuel, sans les charges, de 2,3 M€.

[436] La prise en compte de l'indexation pour le calcul de la prime de service pose également question, comme la CRC l'avait déjà relevé dans son rapport de juillet 2014.

[437] Le montant de la prime de service attribuée aux agents titulaires et stagiaires des établissements hospitaliers est calculé à partir du total des traitements de base et représente 7,5% de ceux-ci ; elle est ensuite répartie en fonctions de critères qui peuvent avoir des spécificités dans chaque établissement.

[438] Le CHU constitue l'assiette de calcul de la prime en agrégeant aux traitements de base le produit de l'indexation de ceux-ci, ce qui a pour conséquence de majorer le montant de la prime de 13,8%.

[439] La CRC conteste les principes de calcul retenus par le CHU. La DGOS, quant à elle, affirme que la prime de service ne peut être indexée ou que le traitement indiciaire ne peut l'être pour constituer la base de calcul car elle n'est pas incluse dans l'assiette d'application de l'index de correction au regard de l'article 2 du décret du 11 janvier 1949 rappelé ci-dessus.

[440] La CRC et la DGOS s'accordent donc à reconnaître qu'il y a là également un décalage par rapport à la norme. Par ailleurs, cet aspect réglementaire se double d'un impact financier sur les charges de l'établissement.

Pour l'exercice 2012, la CRC évaluait dans son rapport à 800 k€ le surcoût engendré par l'intégration du produit de l'indexation dans le calcul de la prime de service.

Compte tenu que le montant de la prime s'est élevé en 2015 à 8 454 867 € (l'augmentation de l'effectif des agents titulaires et stagiaires étant significatif), la mission évalue le coût complémentaire pour le CHU à 1,1 M€ en 2015.

Recommandation n°13 : Dès 2017 le CHU doit cesser d'indexer la base de calcul de la prime de service. Il doit également mettre un terme à l'indexation des autres primes et indemnités sauf celle réglementairement prévue.

3.2.1.3 L'attribution de la nouvelle bonification indiciaire (NBI) au directeur général est infondée

[441] Les directeurs généraux successifs du CHU bénéficient d'une NBI mensuelle de 100 points, ce qui représente aujourd'hui, sur la base d'une valeur du point d'indice de 4,6581€, une somme de 465,81 € observable sur les bulletins de salaire des agents concernés. Cette NBI fait aussi l'objet de l'indexation pour un montant de 57,99 €, ce qui porte le montant total à 523,7 € par mois, soit une rémunération complémentaire brute annuelle de 6 284,4 €.

[442] Le centre national de gestion (CNG), interrogé par la mission, rappelle que "*la NBI doit être expressément prévue par un texte pour pouvoir s'appliquer*" (pièce jointe n°13). Les emplois de directeur général de CHU figuraient bien dans le décret n° 2005- 931 du 2 août 2005 portant attribution de la NBI, puisqu'il s'agissait d'emplois fonctionnels. Or, le décret n° 2012-748 du 9 mai 2012 a dans son article 2 abrogé les dispositions du décret précédent en tant qu'elles concernent les emplois de directeur général de CHU avec effet au 29 juillet 2009. Il est à noter que les directeurs généraux adjoints de CHU ne sont pas, eux, exclus du bénéfice de la NBI.

[443] Il s'avère donc que la NBI n'est pas applicable au directeur général d'un CHU.

Recommandation n°14 : Le CHU doit émettre à l'encontre des deux directeurs généraux en fonction depuis 2012 un titre de recettes correspondant à la NBI perçue indûment.

3.2.2 D'autres processus de gestion nécessitent des réajustements.

3.2.2.1 Les conditions de nomination de certains aides-soignants sont dérogatoires

[444] L'analyse des conditions de nomination d'un agent de l'établissement, a conduit la mission à constater que, dans certaines situations, la titularisation des aides-soignants n'était pas en adéquation avec le cadre réglementaire.

[445] Le décret n° 2007-1188 du 3 août 2007 prévoit effectivement dans son article 6 que pour 25% des recrutements de l'année, les aides soignants peuvent être recrutés parmi les agents des services hospitaliers qualifiés (ASHQ), ayant plus de 8 ans d'ancienneté dans le corps et admis à suivre une formation les préparant à ces fonctions. Les ASHQ remplissant ces conditions sont sélectionnés par un jury et sont admis à suivre la formation aide-soignant après avis de la commission administrative paritaire.

[446] La formation aide-soignant dure 9 mois de septembre à juin. Les ASHQ admis à cette formation sont alors nommés "*détachés stagiaires aide soignant*" dès le début de la formation, ce qui est conforme au dispositif réglementaire.

[447] En revanche, au CHU de la Réunion, dès la fin de la formation, ils sont titularisés. Ainsi, un agent a été nommé "*détaché stagiaire*" le 06/09/2010 au moment de son entrée à l'école d'aide soignants et a été titularisé le 11/07/2011 dès l'obtention de son diplôme et son affectation dans un service (pièce jointe n°12).

[448] Or, le stage précédant la titularisation dure une année, quelles que soient les circonstances ; l'article 8 du décret susvisé précise bien que "*les aide soignants sont nommés dans le grade de la classe normale et titularisés à l'issue d'un stage dont la durée est d'une année comprenant une période de formation*".

[449] Dans le cas d'espèce, l'intéressé aurait dû être titularisé le 06/09/2011. Les aides soignants au CHU de la Réunion sont titularisés au bout de 10 mois de stage au lieu de 12.

Recommandation n°15: Le CHU doit appliquer la durée réglementaire des périodes de stage.

3.2.2.2 La fixation de l'assiette des cotisations aux œuvres sociales ne semble pas consolidée

[450] Un établissement hospitalier cotise pour un comité des œuvres sociales dénommé à La Réunion comité de gestion des œuvres hospitalières de la Réunion (COGOHR). Cette cotisation s'élève à 1,5% de la masse salariale, composée de la rémunération brute de chaque agent.

[451] Or la mission a constaté que pour les infirmiers diplômés d'état (IDE) par exemple, l'assiette retenue pouvait varier et être inférieure au traitement brut selon que l'IDE appartient à la classe normale, à la classe supérieure, à la catégorie A groupe 1 ou enfin à la catégorie A groupe 2.

[452] La mission a sollicité le CHU pour des explications sur ces constats mais n'a pas reçu de réponse.

3.2.2.3 Les processus de gestion des déplacements hors Réunion peuvent donner lieu à des excès et méritent davantage de rigueur

[453] La mission a procédé à l'analyse des ordres de mission ayant donné lieu à des déplacements en dehors de la Réunion et notamment en métropole.

[454] Il ne s'agit nullement de contester la possibilité offerte aux professionnels du CHU de participer à des formations ou à des congrès. Ils sont indispensables au maintien et au développement de leurs connaissances et de leurs compétences ; ces déplacements, sur le principe et plus que pour un établissement de la métropole, constituent un levier pour gérer les contraintes de l'insularité.

[455] En revanche, l'analyse des factures de la société Transcontinents Réunion avec laquelle le CHU traite toutes ses commandes de transports aériens, démontre que la durée du déplacement en métropole est fréquemment beaucoup plus longue que la durée de la mission qui en est l'objet initial.

[456] La mission a pris connaissance de toutes les factures émises par la société et a pu, dans certains cas, les mettre en regard de l'ordre de mission qui a généré le déplacement. Elle s'est appuyée également sur des documents fournis par le CHU retraçant d'autres séries de déplacements.

[457] L'annexe 2 du rapport présente quelques illustrations concrètes de situations individuelles à partir desquelles il est possible de formuler les constats suivants :

- De nombreux agents du CHU profitent d'un déplacement professionnel en métropole pour prolonger leur séjour parfois de manière significative et répétée.

Cela concerne notamment certains cadres de direction qui exploitent cette opportunité pour prendre des congés en métropole.

- Le CHU, à la question posée par la mission, indique que les jours excédant l'ordre de mission sont considérés comme jours de congé annuel (CA) et décomptés comme tels dans le logiciel Clepsydre. La grande majorité des dossiers examinés par la mission et entrant dans ce cas de figure ne comportait pas de mention de congés posés par l'agent.

[458] La pratique actuelle du CHU dans la gestion des déplacements génère donc un accroissement important des risques d'abus, de détournement illicite et de préservation de privilèges.

Recommandation n°16: Le cumul des déplacements en métropole pour des raisons professionnelles et des congés annuels doit être encadré par la direction.

3.2.3 Des situations individuelles repérées imposent le rappel des contraintes règlementaires.

[459] Au cours de ses investigations, la mission a constaté un certain nombre de situations individuelles comportant des écarts parfois significatifs avec les dispositions statutaires ou avec les usages de bonne gestion des ressources humaines.

[460] Les situations des professionnels concernés, décrites en annexes 3 à 6, présentent des caractéristiques pouvant être regroupées autour des thèmes suivants :

- attribution d'avantages sans contrepartie règlementaire ;
- fixation, pour un agent contractuel, d'un niveau de rémunération sans référence à celui d'un titulaire à ancienneté et compétence comparables ;
- décisions d'avancement d'échelon et de grade en s'affranchissant du cadre règlementaire ;
- accès aux revendications démesurées d'un agent, susceptible de nuire aux intérêts de l'établissement.

Recommandation n°17: La gestion des ressources humaines, tant sur les situations individuelles que collectives, doit revenir à un strict respect des règles statutaires, être exemplaire et donc s'inspirer davantage des exigences de l'éthique.

4 LA CONDUITE ET LE CONTENU DES DEUX PRINCIPAUX PROJETS IMMOBILIERS ATTESTENT D'UN FAIBLE NIVEAU DE MAITRISE

[461] La genèse et la conduite des deux projets immobiliers révèlent des failles aux plans de la méthode, des procédures et de la gestion technique, administrative et financière.

[462] Si l'opération de Saint-Denis (BSC) en phase de travaux doit être livrée au cours de l'année 2017, l'opération de Saint-Pierre actuellement au stade des fondations offre l'opportunité d'une suspension afin de repenser l'organisation médicale du site.

4.1 La conduite des investissements est insuffisamment rigoureuse

4.1.1 Les conditions de la fusion pénalisent les projets immobiliers

[463] Pour appréhender la situation présente de la conduite des investissements il convient de retracer le processus de fusion des établissements qui a conduit à la création du CHU.

[464] Le Centre Hospitalier Félix Guyon à Saint-Denis et le Groupe Hospitalier du Sud Réunion à Saint-Pierre dans leur autonomie juridique et fonctionnelle ont représenté les deux pôles de recours et de référence de l'Île de La Réunion jusqu'au début des années 2000. La fusion en 2011, la transformation en CHR puis en CHU en 2012 ont fondamentalement modifié les conditions juridiques, financières et managériales d'exploitation de la nouvelle entité ainsi créée.

[465] Il faut cependant préciser que le processus pour être validé a fait l'objet de négociations avec les représentants des deux communautés hospitalières et a abouti à des protocoles d'accord, préalables à la conclusion d'un processus dont on peut se demander s'il avait pour tous les acteurs les mêmes finalités.

[466] Pour ce qui concerne la gestion des investissements il convient de se reporter au protocole d'accord général signé le 24 mai 2011 entre les représentants des conseils de surveillance des deux établissements. Plusieurs conditions préalables au processus de fusion tendent de fait à maintenir le statu quo concernant le pilotage et la gestion des deux principaux sites.

[467] Le principe de "*sanctuarisation des capacités d'autofinancement de chaque site*" a eu pour conséquence directe et immédiate d'empêcher le déclenchement d'une démarche de transformation par l'engagement de projets restructurants à l'échelle des deux principaux sites.

[468] D'autre part, cette décision dont l'opposabilité est clairement affirmée pour l'ensemble des dispositions à plusieurs endroits du document visait plus précisément des projets immobiliers déjà formés. Nous verrons que ceux-ci constituent encore aujourd'hui le cœur du schéma directeur immobilier en cours de réalisation.

[469] Le Plan directeur immobilier 2012-2016 inclus dans le projet d'établissement accentue le sentiment que le nouveau CHU est d'abord conçu comme l'addition de deux établissements en quasi autonomie et que le processus de fusion/transformation ne remet pas en cause les projets préexistants. Tant la présentation formelle que le contenu indiquent que les orientations définies par les entités hospitalières précédentes demeurent intactes. L'examen des deux principaux projets confirmera notamment à travers la gestion technique et administrative la stricte autonomie encore conservée des sites principaux. La transversalité souvent évoquée sur ce domaine demeure à l'état d'intention.

4.1.2 La conduite des procédures PPI-PGFP par l'ARS a manqué de rigueur

4.1.2.1 La tutelle exercée sur les investissements du CHU a été insuffisante

[470] L'ARS a progressivement pris la mesure des difficultés rencontrées par l'établissement et a procédé à des mises en garde.

[471] De nombreux indices permettent à la mission d'avancer que la maîtrise des projets et la conduite des investissements ont été abandonnées à la seule initiative des responsables du CHU sans le contrôle attentif et le suivi scrupuleux de l'autorité sanitaire régionale. Il convient d'ajouter que l'ARS a manifesté tardivement sa présence afin d'exercer le suivi et le contrôle.

[472] Concernant les estimations financières, la mission a eu les plus grandes difficultés à discriminer les coûts de référence début d'opération des coûts fin de chantier.

[473] Dans une note de l'ARS rédigée à l'intention de la mission en date du 1er août 2016 (pièce jointe n°16), un historique est fourni sur les trois opérations les plus importantes financièrement. La note débute par une présentation de l'évolution récente du PPI assortie de deux remarques importantes :

- Les prévisions sensiblement en hausse n'intègrent pas les tranches optionnelles des opérations majeures ;
- Certaines opérations ont fait l'objet de mandatement dès 2010 ce qui empêche d'en appréhender le coût global.

Tableau 28 : Evolution du PPI 2013-2020 Source : Note ARS 08/2016

CHU en M€	PPI 2013-2020	PPI 2013-2020	Ecart	Moy/an v05.2015
	v05.2014	v05.2015		
Travaux et services techniques	261,9	281,0	19	35,1
Equipements et logistique	33,4	32,6	-0,8	4,1
Biomédical	62,0	61,2	-0,8	7,7
Système d'information	30,0	36,7	6,7	4,6
TOTAL	387,4	411,5	24,2	51,4

Source : Note ARS 08/2016

[474] **Concernant le Bâtiment soins critiques sur le site de Saint-Denis**

[475] Le coût estimé fin 2010 était de 38,6 M€ TDC (toutes dépenses confondues) valeur finale hors aménagement du niveau dédié aux laboratoires. Un nouveau projet arrêté en juin 2011 affiche un coût de 52 M€ TDC en valeur finale et comporte 4 volets :

- Construction d'un bâtiment de soins critiques ;
- Réaménagement du bloc opératoire ;
- Rapprochement sur une même plateforme du Centre15 et du CODIS (le n°18 des pompiers) ;
- Regroupement des laboratoires du site.

[476] La soutenabilité financière de l'opération était assurée par un excédent d'exploitation, hors charges d'amortissement et frais financiers, selon le dossier constitué à l'occasion du plan Hôpital 2012.

[477] Cette opération de restructuration et d'extension des capacités a été inscrite au CPOM 2013-2017 puis au SRIS en juillet 2013 pour un coût de 55,1 M€ TDC hors équipement, les travaux devant commencer en juillet 2014. En l'absence de soutien sur le programme hôpital 2012, l'ARS s'est engagée sur sa marge régionale à soutenir les surcoûts de titre 4 à hauteur de 0,65 M€/an.

Un peu plus tard le projet sera affiché à 55,1 M€ intégrant 2 M€ d'équipement, une capacité portée à 70 lits (dont 2 lits de recherche) mais sera accompagné de l'annonce de 13,8 M€ de surcoûts prévisionnels :

- Laboratoires et lits de recherche : 4 325 000 €
- Trame supplémentaire : 1 216 000 €
- Rénovation des blocs existants et mise aux normes de la salle de réveil : 3 663 000 €
- Renforcement de la structure du terrain : 2 256 000 €
- Augmentation du coût des travaux : 1 495 000 €
- Désamiantage et démolition du bâtiment des écoles : 800 000 €

[478] Lors du dépôt du PGFP 2015-2019, l'ARS a alerté le CHU sur sa capacité à financer son PPI.

[479] En septembre 2015 le CHU présentait à l'ARS, sur sa demande, une nouvelle version avec une capacité de +21 lits et un coût porté à 69,8 M€ soit +17,8 M€.

[480] Toujours à la demande de l'ARS une nouvelle simulation financière était présentée le 27 juin 2016 à l'ARS mais toujours dénuée d'étude socio-économique. La capacité affichée était de 68 lits et ne faisait plus référence aux 2 lits de recherche. Avec des hypothèses de recettes qualifiées de prudentes, le résultat escompté s'établissait à -5,1 M€. L'ouverture prévue en septembre 2017 devra être progressive selon les recommandations de l'ARS afin de graduer les ressources complémentaires en fonction des besoins réels.

[481] A ce stade la mission fait un triple constat :

- des évolutions erratiques tant au plan du périmètre et du contenu et en conséquence en termes de coût ;
- l'absence d'étude socio-économique dûment validée ;
- un affranchissement de la part du maître d'ouvrage des réserves et observations de l'ARS qui a cependant inscrit l'opération au CPOM de l'établissement ainsi qu'au SRIS de La Réunion.

[482] **Concernant la restructuration et extension du bâtiment principal sur le site Sud.**

[483] Il s'agit d'un projet inscrit au schéma directeur de l'établissement GHSR avant la fusion.

[484] Ses objectifs étaient les suivants :

- Une remise aux normes de sécurité réglementaires ;
- Un rapprochement de la grande majorité des disciplines médicales et chirurgicales avec un redimensionnement capacitaire plus efficient et une logique d'organisation des soins par filières ;
- L'élargissement de l'éventail des modalités de prise en charge en mettant l'accent sur les alternatives à l'hospitalisation ;
- Une optimisation du plateau technique, des économies en termes logistiques et des mutualisations des fonctions supports ;
- Une réponse à l'évolution des taux de recours de la population du territoire d'implantation, mais aussi aux demandes relatives aux activités de niveau 3 (neurologie, rythmologie, soins critiques, hyperbarie).

[485] Après une première instruction du dossier dans le cadre du plan hôpital 2012 le coût du projet était estimé à 86,6 M€ dont 2,8 M€ en équipement⁵⁶. Le plan de financement reposait sur l'emprunt pour 60 % et sur l'autofinancement pour le solde. La soutenabilité financière devait être assurée par des économies sur les dépenses d'exploitation. L'impact marginal sur le PGFP serait positif. La marge attendue sur les produits supplémentaires attendus était estimée à près de 20 %.

[486] C'est sur ces bases que le projet fut validé par l'ARS et inscrit au CPOM 2013-2017 pour 89M€ puis au SRIS en 2013. Malgré l'absence d'inscription du projet au plan H2012, l'ARS a pris l'engagement d'un soutien annuel à l'établissement à hauteur de 1,13 M€ couvrant pour partie les surcoûts du titre 4.

⁵⁶ Selon la note ARS du 1^{er} août 2016 qui fait référence à la fiche de remontée à la DGOS dans le cadre de la demande Hôpital 2012

[487] En 2015 c'est un projet modifié avec un coût porté à 108,7 M€ dont 7,2 M€ de désamiantage qui est finalement présenté à l'ARS.

[488] Les critiques et réserves de l'ARS portent sur le programme capacitaire.

Tableau 29 : Les éléments de la structure capacitaire

CHU site de Saint-Pierre-	Existant	PTD 2011	Projet 2015	
Réhabilitation et extension du bâtiment central -source présentation du 4 septembre 2015 par le CHU	Nombre de lits et places actuels		Lits conventionnels	Dont spécialités
Médecine (avec retrait de 26 unités de Saint-Louis)	185	207	207	7
+ lits armables	0	18	18	
Chirurgie	131	102	102	
Réanimation soins critiques	62	69	73	
Explorations fonctionnelles	10	16	15	
+ salle opération ambulatoire	0	2	3 en tranche conditionnelle	
Urgences	19	29	29	
Ambulatoires et courte durée	60	90	85	
Consultation	28	50	52	1
TOTAL	495	583	581	8

Source : Note ARS 08/2016

[489] Outre l'absence d'étude socio-économique, l'ARS note :

- *"Un développement de l'ambulatoire aux dépens de l'hospitalisation ;*
- *Un accroissement des lits de réanimation-soins critiques alors que de nouvelles capacités seront bientôt opérationnelles (2017-2018) ;*
- *Une réduction des capacités de chirurgie correspondant à une évolution opposée à celle qui est préconisée par les analyses sur le capacitaire du plan ONDAM ;*
- *Pas de précision quant au développement de lits en réanimation néonatale actuellement en tension ;*
- *La création d'un service de médecine gériatrique aigue de 20 lits et une réduction des capacités sur le site de Saint-Louis mais pas de fermeture."*

[490] Dans un courrier de juin 2015 (pièce jointe n°17) faisant suite à des échanges concernant la programmation des investissements du CHU, l'ARS livrait ses interrogations quant à la priorisation et à la soutenabilité financière qui ressortaient du PPI.

[491] Sur la soutenabilité, il était souligné que le PGFP présenté reposait sur l'hypothèse d'une capacité d'autofinancement de 40 M€ par an mais que ce niveau de CAF requerrait que le résultat fût à l'équilibre ce qui n'était déjà pas le cas en 2014. En outre il est expressément affirmé que l'évolution des charges de personnel doit être inférieure à 2 %. Le courrier précise que la progression des charges de personnel atteignait 4,3% à mi 2015.

[492] Ce niveau d'autofinancement n'est pas atteignable sans une maîtrise de la masse salariale.

[493] Le courrier suggère en conséquence une révision de la programmation des investissements.

[494] Il est rappelé, pour mémoire, que sur la période 2013-2020 le montant des investissements prévus représente un total de 411M€ répartis entre le site Nord pour 178 M€ et 233 M€ pour le site Sud.

[495] La demande formulée ensuite par le courrier éclaire sur la faible intensité des échanges entre l'ARS et les services du CHU. En effet il est demandé des précisions sous la forme suivante :

- Les opérations déjà engagées ;
- Les opérations comportant des options de réalisation sur tout ou partie des travaux en précisant le montant et la nature de ces options ;
- Les opérations détaillées biomédicales et système d'information avec une indication sur la faisabilité d'un étalement de ces investissements.

[496] Il est clairement évoqué en conclusion la nécessité de répondre en termes de soutenabilité afin d'élaborer un PPI respectueux des pré-requis d'un examen du dossier par le COPERMO.

[497] Aucun des acteurs n'ignorait donc la nécessité de la présentation du dossier devant le COPERMO, ni l'impossibilité financière du bouclage de l'opération.

4.1.3 Les engagements de l'ARS sont insuffisamment adossés aux procédures en vigueur

[498] L'article 17 de la loi du 31 décembre 2012 de programmation des finances publiques pour les années 2012 à 2017 et son décret d'application du 23 décembre 2013 font obligation aux maîtres d'ouvrage publics, dont les hôpitaux, de déclarer au commissariat général à l'investissement (CGI) les opérations d'un montant d'au moins 20 M€ HT, "*avant tout acte d'engagement comptable et budgétaire, hormis les dépenses relatives aux études préalables*", et sur demande du CGI d'accompagner cette déclaration d'un dossier d'évaluation socio-économique. Pour les opérations d'au moins 100 M€HT, "*la réalisation d'une contre-expertise indépendante est obligatoire*", le CGI étant chargé de commanditer cette contre-expertise.

[499] Cette procédure de droit commun est complétée, pour les établissements publics de santé, par les dispositions de la circulaire interministérielle n° DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271, relative à la mise en place du comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers, qui organise la transmission du dossier via l'ARS et l'intervention du COPERMO pour les projets d'un montant supérieur à 50 M€ HT "*quel que soit leur mode de financement*".

[500] Dans son volet investissement, la circulaire précitée a renforcé le contrôle exercé sur les garanties de performance des investissements engagés par les établissements hospitaliers. La DGOS et les ARS ont été désignées comme les instructeurs des dossiers d'investissement importants tant dans la pertinence des projets au regard des PRS que sur la soutenabilité financière par les opérateurs que sont les établissements de santé. La soumission des projets du CHU de La Réunion sera abordée *infra* §4.1.5.

[501] Autre dispositif dont la mise en œuvre est contemporaine du précédent, les schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS). Une instruction du 28 mai 2013⁵⁷ instaure une démarche d'élaboration du SRIS, en définit les objectifs, le contenu et le calendrier de réalisation. Une première série d'objectifs relève de la Stratégie nationale de santé qui a pour ambition l'anticipation des défis auxquels est confronté notre système de santé. Le respect des contraintes financières qui pèsent sur les finances publiques et la rigueur nécessaire dans leur gestion

⁵⁷ Instruction n°DGOS/PF1/DGCS/2013/216 du 28 mai 2013 relative au cadrage général de la démarche d'élaboration du schéma régional d'investissement en santé.

constituent un objectif non moins primordial. Les éléments attendus du contenu des schémas sont un inventaire du patrimoine existant, une analyse stratégique des besoins, une cartographie présentant l'ensemble des projets ainsi qu'une étude d'impact financier global comportant une analyse de la soutenabilité des scénarios. Le calendrier de mise en œuvre prévoyait deux phases échelonnées sur l'année 2013 : un diagnostic sur les projets d'investissements conduits depuis 10 ans (juillet 2013), le schéma stratégique et prospectif devant faire l'objet d'un point d'étape en décembre 2013.

[502] L'ARS Océan Indien, sollicitée, a fourni à la mission le Schéma d'investissement en santé Réunion-Mayotte daté de juillet 2013. Ce document de 21 pages (pièce jointe n°18) comporte pour une moitié le PRS et ses objectifs, présente le diagnostic des projets du secteur sanitaire (16 projets/297 M€) en à peine une page et décrit les projets futurs du secteur sanitaire de La Réunion (6 projets/313,7 M€) sur une page également.

[503] Les descriptions en un paragraphe pour chacune des deux opérations majeures du CHU de La Réunion, outre leur indigence, révèlent la faiblesse des ambitions nourries pour ces opérations. Concernant le Site Sud du CHU, il est justifié en ces termes : "*...,la vétusté notamment de l'hôtellerie nécessite de lourds travaux de mise aux normes et de réhabilitation. Dans un souci organisationnel et financier, le foncier étant disponible sur ce site, le projet consiste à regrouper dans un unique nouveau bâtiment les capacités hospitalières dispersées. Portant notamment sur des travaux indispensables de mise aux normes, le projet a été dimensionné selon les bornes basses des référentiels ANAP à hauteur de 89 M€.*"

[504] Pour le projet du Site Nord, après une courte description il est indiqué : "*Ce projet avancé respectant les bornes basses des référentiels ANAP permet d'optimiser l'organisation des services et la prise en charge du patient pour un budget estimé à 55,1 M€.*"

[505] L'ARS Océan Indien a indiqué que le document fourni constituait le SRIS en vigueur puisque celui-ci n' a pas été suivi du document en 4 volets prévu par l'Instruction du 28 mai 2013 citée *supra* et qu'aucune actualisation ou complément n'a été produit depuis juillet 2013. La mission y voit la preuve d'une insuffisante implication des services de l'ARS de l'Océan Indien dans les dossiers stratégiques du CHU de La Réunion au cours des dernières années.

[506] Les deux opérations sont inscrites dans le CPOM signé le 25 février 2013 (pièce jointe n°19) entre l'ARS de l'Océan Indien et le CHU de La Réunion.

[507] Bâti autour de 5 orientations stratégiques, le CPOM retient la nécessité d'un "***maintien d'une situation financière structurellement équilibrée.***" Il affirme ensuite: "***L'ARS retient les opérations structurantes suivantes comme devant faire l'objet d'un soutien budgétaire prioritaire : le bâtiment des soins critiques de Saint-Denis, la restructuration et l'extension du Bâtiment central de Saint-Pierre et la rénovation du site du Tampon.***" Dans ses annexes, le CPOM décrit pour chacune des opérations retenues le financement envisagé. Concernant les deux opérations les plus importantes la mission relève deux aspects qui auraient dû faire l'objet d'une plus grande attention de la part de l'ARS.

[508] Le premier a trait à la validation sommaire des deux opérations même si le texte du CPOM évoque des réexamens approfondis opérés en février 2012 dont la mission n'a pu recueillir de traces suffisamment probantes. La référence unique et appuyée à l'appréciation des surfaces dans œuvre (SDO) les situant en proximité des bornes basses du référentiel ANAP ne suffit évidemment pas à qualifier des projets qui atteignent pour l'un 70 M€ pour l'opération Bâtiment soins critiques et dépassera pour l'autre 100 M€ pour l'opération extension-réhabilitation du bâtiment central (Site Sud).

[509] Le second aspect concerne le financement et le soutien financier nécessaire ainsi énoncé de façon presque identique pour les deux opérations principales : *"Ce dernier poste devrait être financé, sous réserve de validation nationale en cours d'examen, par la pérennisation sur 20 ans des soutiens nationaux jusqu'alors alloués en reconductible au titre du Plan de retour à l'équilibre du GHSR à hauteur de 1 000 000 € par an, et d'autre part par un soutien complémentaire sur la marge régionale de 1 134 030 €, ou par une subvention nationale d'investissement équivalente. Cette décision nationale, qui concerne un investissement supérieur à 50 M€, devrait intervenir après examen du projet par le Comité Interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins. Dans cette attente, l'ARS s'engage à maintenir, sous réserve d'obtention des crédits du Ministère de la santé, le soutien annuel de 2 134 030 €."*

[510] Une telle rédaction démontre d'une part la pleine connaissance du dispositif en cours de mise en place autour et à travers le COPERMO et des seuils déclenchant l'obligation de soumission des dossiers et, d'autre part, une anticipation peu respectueuse des attributions du COPERMO ainsi que du pouvoir d'appréciation des échelons ministériels. De surcroît, la mission s'interroge sur la crédibilité de la suggestion faite par l'ARS de prolonger jusqu'à 20 ans en les détournant des dispositifs n'ayant pas vocation à être pérennes (soutien national au titre d'un plan de retour à l'équilibre, Plan Villepin). Enfin, la mission n'a pas reçu de justification au fait que près de 4 ans après la signature du CPOM aucune procédure n'a été réellement engagée afin de soumettre les dossiers au COPERMO comme annoncé et qu'aucun dossier d'évaluation socio-économique n'a été constitué. La mission a relevé lors de ses passages dans l'établissement que les deux opérations sont en cours de réalisation. En phase de second œuvre pour l'opération dite "BSC" pour le Site Nord, au stade des fondations pour l'opération dite "ERBC" pour le site Sud. Les engagements successifs des deux opérations n'ont suscité aucune injonction de la part de l'ARS. Une telle passivité ne trouve aucune justification.

4.1.4 Le financement demeure non maîtrisé

[511] Comme indiqué *supra*, les coûts ont évolué dans des proportions peu compatibles avec une maîtrise du financement. Pour se concentrer sur la question du financement des deux opérations majeures en cours de réalisation (bâtiment des soins critiques sur le site Nord – BSC – et l'extension et réhabilitation du bâtiment central sur le site Sud –ERBC -) la mission a pu établir que le CHU envisageait de recourir à l'emprunt pour 165 M€ sur un coût global de 178,5 M€ TDC. Selon le RIA1 2016 le montant des immobilisations s'affiche pour 2016 à 70,4 M€, financé par la CAF pour 2,6 M€, par emprunt pour 56 M€ et prélèvement sur le fonds de roulement pour 7,9 M€.

[512] La mission tient à préciser que la question de l'absence de maîtrise du financement est telle que lors de la séance du CTE du 15/06/2015, le président déclarait : *"la direction générale a opté pour le lancement des travaux sur le projet Sud en faisant le pari d'une capacité de financement"*.

➤ L'établissement a été aidé de façon importante et bien avant le lancement des opérations

[513] Les deux opérations font l'objet d'aides importantes à l'investissement, depuis 2006 pour le bâtiment soins critiques de Saint-Denis, depuis 2007 pour le bâtiment central de Saint-Pierre.

Ces aides sont prévues, selon les documents adressés à la mission par le CHU et l'ARS, jusqu'en 2017 pour le bâtiment soins critiques et jusqu'en 2020 pour le bâtiment central.

[514] Elles représentent actuellement un montant annuel de 4,3M€. 33,2 M€ avaient été versés fin 2015. Au total, ces aides représenteront 50,3 M€, dont 37,46 M€ pour Saint-Pierre et 12,85 M€ pour Saint-Denis.

Tableau 30 : Montant des aides à l'investissement

Nature de l'aide	Montant annuel en €	Période de versement prévue	Versé au 31/12/15 en €	Aide totale prévue en €
Bât. soins critiques St Denis	1 397 338		10 060 052	12 854 628
<i>Plan Villepin</i>	745 100	2006-2017	7 451 100	8 941 200
<i>FIR marge ARS</i>	652 238	2012-2017	2 608 952	3 913 428
Bât. central St Pierre	2 866 430		23 127 720	37 459 870
<i>Plan Villepin</i>	732 400	2007-2020	6 591 600	10 253 600
<i>Soutien national CRE</i>	1 000 000	2011-2020	5 000 000	10 000 000
<i>FIR marge ARS</i>	1134030*	2008-2020	11 536 120	17 206 270
TOTAL CHU	4 263 768		33 187 772	50 314 498

Source : *2 000 000 € jusqu'en 2011 puis 1 134 030 €

Source : CHU, ARS, présentation mission

[515] Pour l'opération ERBC la mission dispose d'informations actualisées au 30 juin 2016⁵⁸ qui affiche un recours à l'emprunt de 99 062 432,86 € et une reprise sur CAF pour le reste soit 10 M€. Ce plan de financement doit être rapproché du dispositif d'aide financière installé depuis de nombreux exercices et par ailleurs consacré par le CPOM. Sur la base d'un montant annuel de 2 866 k€ par an le CHU devrait avoir provisionné environ 26 M€ à l'issue de l'exercice 2016. La conjugaison du dispositif d'aide et du plan de financement laisse de fait et pour de nombreux exercices une dotation au fonds de roulement de 25 M€ environ.

[516] La mission tient à souligner que le même dispositif a été utilisé pour l'opération bâtiment des soins critiques. Le montant de la provision pourrait atteindre 10 M€ à la fin de l'exercice 2016.

➤ L'établissement n'a pas tiré les leçons du contrôle de la CRC sur le PFME

[517] La CRC a établi début 2015 un rapport abordant l'opération de construction du Pole Femme Mère Enfant (PFME) du site de Saint-Pierre. La CRC avait émis deux critiques importantes :

- la première porte sur les procédures de marché utilisées par l'établissement et le recours trop fréquent aux avenants ;
- la seconde porte sur l'écart important entre le coût prévisionnel de la construction du PFME et son coût définitif.

[518] Au cours de la séance du CS du 09/04/2015, lorsqu'est débattu le rapport d'observation de la Chambre, le directeur général indique "que le CHU a institué depuis 2013 un comité de pilotage

⁵⁸ Fiche "Eléments financiers bâtiment central CHU sud – actualisé 30/06/2016 pièce jointe n°20

de ses investissements pour mieux en maîtriser les coûts et les calendriers de réalisation" en réponse à la critique de la Chambre sur l'écart entre coût prévisionnel et définitif.

[519] Même si les membres du CS ont reconnu la nécessité de mieux maîtriser les coûts des opérations, force est de constater que l'augmentation des coûts s'est reproduite avec le bâtiment central puisqu'il a connu les importantes évolutions de prix indiquées *supra* ; la mise en place du comité de pilotage n'a pas empêché cela, ce qui témoigne de l'extrême difficulté pour le CHU de maîtriser ses processus de gestion des opérations de construction.

[520] De plus, en réponse aux critiques sur l'utilisation excessive des avenants (53 au total sur l'opération du PFME), le directeur général met en avant la création de la cellule achat "*pour homogénéiser les procédures d'achat*", précisant qu'une "*organisation du même ordre sera déclinée pour la partie travaux*".

[521] Le CHU de La Réunion bénéficie depuis de nombreux exercices d'un traitement exorbitant du droit commun. De telles facilités ont permis et permettent aujourd'hui encore à l'établissement de supporter les contre performances budgétaires sans conséquences sur la situation de trésorerie. Ajoutons enfin que le CHU pratique une politique d'endettement qui présente le risque d'une crise financière annoncée.

[522] Même si quelques avertissements et mises en garde ont été adressés par l'ARS sur une période récente, la mission regrette qu'il n'y ait pas eu plus tôt des mesures plus contraignantes à l'encontre de l'établissement.

4.2 Site Nord : le "Bâtiment soins critiques" (BSC)

4.2.1 Un projet qui s'inscrit dans la poursuite d'un schéma immobilier d'avant 2000

[523] Le Plan directeur immobilier 2012-2016 inscrit en Phase 2 l'opération Bâtiment soins critiques comme l'exacte continuité d'un programme entamé au début des années 2000 et en conséquence "pensé" en fin de décennie précédente. Même si sont évoqués à la fois une logique de filière et un axe médical⁵⁹ rien n'indique une nouvelle réflexion autour d'une territorialité nouvelle et d'un statut hospitalo-universitaire tout juste acquis.

[524] Au plan capacitaire une augmentation de 100 lits et places sur la période 2005-2011 soit 18% de sa capacité est saluée comme accompagnement d'une densification des capacités initiales. Sur la même période et sur le seul court séjour, la capacité en nombre de places croît de 25 places (dont 19 places en médecine et seulement 6 en chirurgie) pendant que le nombre de lits d'hospitalisation complète augmente de 48 lits. Ni la structure atteinte en 2011, ni les évolutions postérieures n'indiquent une ferme intention de donner priorité au développement des places d'hospitalisation de jour. Les résultats atteints et connus à ce jour attestent de cette insuffisante mobilisation.

[525] La mission peut cependant relever un souci de cohérence de site concernant la restructuration du site Félix Guyon à Saint-Denis. Les principes d'organisation arrêtés à l'origine du projet sont en effet maintenus au fil des développements que connaît le site. Il s'agit pour l'essentiel de définir les principes de fonctionnement des accès en les spécialisant et de renforcer un axe de circulation dénommé "*axe médical*" entre unités de soins et plateau technique.

⁵⁹ Il s'agit des principes d'organisation spatiale du site de Bellepierre – pôle Nord à Saint-Denis. Le premier vise à rationaliser les accès du site et des bâtiments en les spécialisant (urgences, ambulatoire, visiteurs, logistiques...). Le second définit une circulation intérieure visant à rationaliser et à sécuriser la circulation des patients.

[526] La genèse du projet dénommé bâtiment soins critiques enseigne sur les motivations qui ont présidé à son élaboration. Il convient de noter que pour l'essentiel ce projet répond avant tout à une logique de site – regroupement des lits de soins critiques - à laquelle est venue se greffer une opportunité externe – la plateforme 15/18 – et enfin s'ajouter un double souci de rationalisation – réaménagement du bloc opératoire pour favoriser la réduction du nombre de sites anesthésiques et regroupement des laboratoires à l'approche de l'échéance d'accréditation par le COFRAC⁶⁰.

[527] Le projet correspond pour l'essentiel à la poursuite d'un réaménagement de site dont le principe ne peut être contesté ; que s'y ajoutent une opportunité externe de réaliser une plateforme 15/18 avec un cofinancement avec le SDIS (Département de La Réunion) et deux objectifs de rationalisation dans le fonctionnement médical et médico-technique du site.

4.2.2 Des procédures administratives incertaines

4.2.2.1 Un suivi peu rigoureux de la part de l'ARS de l'Océan Indien.

[528] Si L'ARS n'a pas été totalement absente dans la phase d'instruction du dossier, il est possible d'insister sur le caractère discret, au sens statistique du terme, de son contrôle et de sa validation aux différentes étapes d'avancement.

[529] Ainsi une note adressée à la mission⁶¹ fait état des difficultés rencontrées par l'ARS à différentes étapes du projet. Par exemple, le périmètre du projet a été à plusieurs reprises modifié, notamment au cours du mois de juin 2011 pour intégrer la plateforme 15/18, le réaménagement du bloc opératoire et le regroupement des laboratoires faisant ainsi évoluer le coût de 38,6 M€ TDC à 52 M€ TDC.

[530] La même note fait ensuite état des nombreuses variations du projet – modifications de programme, surcoûts de près de 14 M€ TDC – et toujours de l'absence d'évaluation socio-économique. Ce n'est qu'en juin 2016 que l'ARS obtient une simulation financière répondant à ses attentes, soit environ trois ans après l'inscription de l'opération au SRIS et deux ans après le début des travaux.

[531] Sur un plan formel, la présentation annuelle du PGFP a fait l'objet en 2015 d'une première lettre de la part de l'ARS enjoignant le CHU de fournir des éléments dont la liste indique un manque de communication des dossiers à l'ARS par le CHU. Un second courrier signé un peu plus tard par le Directeur général de l'ARS nouvellement nommé notifiera une approbation avec réserve du PGFP afin d'"éviter une remise en cause des projets d'investissement indispensables pour le CHU". En revanche pour l'exercice 2016 la lettre de notification des décisions budgétaires rejettera le projet de PGFP déposé par le CHU. A la connaissance de la mission aucune autre notification n'a été adressée à l'établissement concernant le PGFP.

⁶⁰ Procédure d'accréditation des activités d'analyses biologiques par le COFRAC, organisme d'accréditation habilité.

⁶¹ Note synthétique sur les investissements du CHU d'août 2016, pièce jointe n°16

4.2.2.2 Le marché de maîtrise d'œuvre en vue de la réalisation des travaux du plan directeur date de juillet 1997.

[532] Le Centre hospitalier départemental Félix Guyon, désormais fusionné au sein du CHU de La Réunion, a passé un marché de maîtrise d'œuvre en juillet 1997 pour la réalisation de travaux de transformation du site dit Bellepierre sis à Saint-Denis.

Le projet initial comportait le bloc principal pour des phases de travaux 1,2 et 3 et pour un bloc secondaire qui concernait d'autres bâtiments pour une phase de travaux 4.

[533] Le marché a été attribué aux cotraitants suivants :

- SA d'architecture AART INTERNATIONAL S.FARAH et associés, désigné mandataire commun ;
- S.N.C. SOGELERG Ingénierie, représenté par Monsieur LAROCHE Denis.

[534] Le marché était décomposé en une tranche ferme pour l'ensemble des quatre phases de travaux : les études d'esquisse pour les constructions neuves et de diagnostic pour les parties restructurées et les études d'avant-projet sommaire(APS) global.

[535] Les tranches conditionnelles étaient liées à l'approbation par l'autorité de tutelle de l'avant-projet sommaire global et en fonction des contraintes financières qui accompagneraient l'approbation.

[536] La tranche conditionnelle n°1 contenait les phases 1 et 2 de travaux du bloc principal tandis que la tranche conditionnelle n°2 contenait la phase 3 de travaux du même bloc principal. Enfin la tranche conditionnelle n°3 contenait la phase dite "parallèle" de travaux relative au bloc secondaire.

[537] Sur la base d'un taux de rémunération de 12,974% et d'un montant de travaux estimé à 270 400 000 F HT le forfait total provisoire de rémunération est ainsi arrêté à 35 081 696 F HT dont 4 741 886,73 F HT au titre de la tranche conditionnelle n°3.

[538] Les prix et estimations étaient établis sur la base des conditions économiques en vigueur au mois d'avril 1997 (m0).

[539] A travers les nombreux avenants le montant du marché a très sensiblement évolué :

Tableau 31 : Evolution économique du marché de maîtrise d'œuvre AART

Document	date notification	Montant de l'avenant	Nouveau montant du marché - valeur avril 1997
Marché initial			35 081 696,00 F
Avenant n°1	28/08/1998	7 109 570,02 F	42 191 266,02 F
Avenant n°2	12/11/1998	2 700 000,00 F	44 891 266,02 F
Avenant n°3	10/12/1999		sans incidence financière
Avenant n°4	27/10/2000		sans incidence financière
Avenant n°5	14/12/2000	5 353 109,96 F	50 244 375,98 F
Avenant n°6	28/06/2001	644 950,51 F	50 889 326,49 F
Avenant n°7	07/12/2001	930 320,64 F	51 819 647,13 F
Conversion à l'euro	13/04/2002		7 899 854,28 €
Avenant n°8	07/12/2002		sans incidence financière
Avenant n°9	04/08/2003	799 530,07 €	8 699 384,35 €
Avenant n°10	07/12/2003	667 831,86 €	9 367 216,21 €
Avenant n°11	11/08/2006	275 903,00 €	9 643 119,21 €
Avenant n°12	11/08/2006		sans incidence financière
Avenant n°13	30/05/2007	389 282,06 €	10 032 401,27 €
Avenant n°14	10/06/2008	218 051,26 €	10 250 452,53 €
Avenant n°15	15/01/2009	473 102,49 €	10 723 555,02 €
Avenant n°16	02/11/2009	331 978,86 €	11 055 533,88 €
Avenant n°17	08/12/2010	256 807,06 €	11 312 340,94 €
Avenant n°18	30/05/2011	794 442,52 €	12 106 783,46 €
Avenant n°19	07/11/2011	2 811 368,73 €	14 918 152,19 €
Avenant n°20	23/10/2012	91 351,85 €	15 009 504,04 €
Avenant n°21	23/10/2012	920 930,17 €	15 930 434,21 €
Avenant n°22	06/11/2013	716 041,37 €	16 646 475,58 €
Avenant n°23	13/10/2015	- 93 323,37 €	16 553 152,21 €
Avenant n°24	20/01/2016	126 720,07 €	16 679 872,28 €

Source : IGAS d'après documents marché de maîtrise d'œuvre

[540] Avant d'aborder l'opération "bâtiment soins critiques" pas moins de 18 avenants ont été notifiés entre le 28/08/1998 et le 30/05/2011. 5 avenants viendront s'ajouter d'octobre 2012 à janvier 2016 et porteront le montant du marché à 16 679 872,28 € HT (valeur avril 1997) soit en valeur août 2016 : $16\,679\,872,28 \times (0,15 + 0,85(868,5/598,5)) = 23\,075\,871,90$ € HT.

[541] En 2010, le CHU sollicite dans un premier temps l'architecte mandataire afin d'obtenir une analyse juridique concernant la possibilité d'une poursuite de la mission existante pour le bloc secondaire et le bâtiment H, en utilisant la tranche conditionnelle n°3 du marché initial.

Cette démarche auprès du maître d'œuvre étonne fortement la mission. La réponse est d'une grande célérité (réunion le 22 juin 2010, courrier daté du 23 juin 2010 – pièce jointe n°20) et répond affirmativement à la question.

[542] Le CHU interroge ensuite ICADE promotion dans le cadre de l'assistance à maîtrise d'ouvrage sur la faisabilité contractuelle, juridique et opérationnelle des opérations de restructuration du bâtiment H et du bloc secondaire.

[543] Avant d'analyser les réponses apportées par ICADE au maître d'ouvrage, il convient de revenir sur le marché initial dans son objet.

[544] La réponse d'ICADE (pièce jointe n°21), reprenant à son compte les arguments du maître d'œuvre, comporte deux éléments :

- Le premier porte sur la restructuration du bâtiment H
- Le second concerne la construction du bloc secondaire

[545] Sur le premier point ICADE fait tout d'abord référence à l'avenant n°5 concernant la partie études et consultation des entreprises en tranche ferme et en tranche conditionnelle pour la partie travaux. Cette opération est selon l'assistant à maîtrise d'ouvrage incluse dans la tranche ferme et la tranche conditionnelle n°1 toutes deux engagées à la date du courrier soit le 11 août 2011.

[546] Sur le second point qui concerne la construction du bloc secondaire ICADE écrit : *"Le contrat de maîtrise d'œuvre la prévoit dans la tranche conditionnelle n°3 qui a été engagée de fait et menée jusqu'au stade APS."* Cette description n'est pas conforme à la réalité contractuelle puisque pour l'ensemble de l'opération (quatre phases) les éléments de mission ESQ-DIA-APS ont été inscrits en tranche ferme.

[547] Le CCAP du marché initial stipule p.3/20 à l'article 1.5.2 : *"Puis, après approbation par l'Autorité de Tutelle de l'avant-projet sommaire global, et selon les contraintes financières qui accompagneront cette approbation :"* suivent les descriptions sommaires des trois tranches conditionnelles.

[548] En août 2010 la tranche conditionnelle n°3 n'était donc pas engagée "de fait" contrairement à ce qu'ICADE affirme. De surcroît un engagement "de fait" n'emporte pas un engagement "de droit".

[549] ICADE dans son rôle de conseil juridique suggère : *"La modification de chacun des programmes implique la mise en œuvre d'avenants aux contrats en cours prévoyant les reprises d'études nécessaires, la consultation des entreprises et la réalisation des travaux."*

[550] Dès après, ICADE affirme à tort : *"D'un point de vue juridique, les modifications des programmes n'imposent pas une nouvelle dévolution de marché de maîtrise d'œuvre. En effet, ces éléments ne remettent pas en cause le projet lauréat du concours d'architecture dans son unité architecturale et le respect notamment de l'élément fondateur à savoir un axe structurant Nord-Sud du bloc principal et poursuivi dans le bloc secondaire."* Il est invoqué pour soutenir le raisonnement le respect des droits de propriétés intellectuelles du Cabinet d'architectes AART.

[551] Pour apprécier la régularité du choix de procédure opéré par l'établissement il convient de se référer à l'article 72 du CMP. Aujourd'hui abrogé, cet article était en vigueur en 2010/2011. Il n'y avait aucune différence entre les caractéristiques d'une tranche ferme ou conditionnelle. L'élément qui différenciait l'une de l'autre est la conditionnalité de l'exécution pour la tranche conditionnelle.

[552] L'exécution d'une tranche conditionnelle pouvait se déclencher sur simple ordre de service.

[553] En l'occurrence la mise en œuvre de la tranche conditionnelle n°3 a nécessité l'établissement d'un avenant prévoyant une décomposition en deux tranches de la tranche conditionnelle. Ce nouveau découpage introduit une distinction avec une tranche ferme (TC3.1) et une tranche conditionnelle (TC 3.2).

[554] L'avenant n°19 déclenche le processus de transformation de la tranche conditionnelle en multipliant le montant des travaux par 4 et en ajustant le taux de rémunération à 14,23% contre 12,974% précédemment.

[555] Enfin pour compléter les éléments d'appréciation de la procédure employée il convient de pointer le montant de l'avenant soit 3 361 865,13 €HT (valeur avril 1997) soit 4 688 917,15 €HT (valeur août 2016 calculée par la mission) représentant 59,3% de la valeur du marché de maîtrise d'œuvre au moment de sa conversion en €.

[556] Tous les éléments précités suffisent à se convaincre que l'établissement a abusivement et de façon non conforme au Code des marchés en vigueur à la date de conclusion de l'avenant n°19, utilisé la tranche conditionnelle n°3 pour mobiliser une maîtrise d'œuvre sur la conception et la construction du bâtiment soins critiques.

[557] Dans une fiche publiée par le Ministère de l'Economie et des finances au sujet de la consistance des tranches il est notamment précisé : *"La nature, l'étendue, le prix et les modalités d'exécution des prestations demandés doivent être explicitement prévus par le pouvoir adjudicateur (article 72 du code). Cette obligation s'impose pour la tranche ferme mais aussi pour la ou les tranches conditionnelles, l'incertitude ne portant pas sur le contenu mais uniquement sur la mise en œuvre d'une partie du marché."*

[558] Il est patent que les éléments constitutifs du marché d'origine exigés par l'article 12 du CMP, notamment la définition de l'objet du marché, ont été modifiés très significativement à l'occasion de la signature de l'avenant n°19 et que ceci contrevient à la règle énoncée par l'article 72, développée dans la fiche citée *supra*.

[559] La mission doit cependant prendre acte que l'avancement des travaux (second œuvre) ne permet plus de corriger ce défaut de légalité du marché de maîtrise d'œuvre.

4.2.2.3 La gestion du marché par avenants est critiquable par son ampleur et par sa durée

[560] Comme évoqué au § 4.2.2.1 le marché de maîtrise d'œuvre passé en 1997 est aujourd'hui encore actif et totalise pas moins de 24 avenants successifs. Outre les observations du paragraphe précédent, la mission a choisi de faire une analyse des avenants passés entre août 1998 et janvier 2016. Ce marché de maîtrise d'œuvre a permis de couvrir l'ensemble de la restructuration du site et couvre une opération en cours dont le coût TDC avoisine 70 M€.

[561] Si par le truchement d'une tranche conditionnelle l'établissement est parvenu à lancer un nouveau projet totalement absent du périmètre d'origine, d'autres éléments doivent être pointés et méritent des observations quant à leur opportunité et quant à leur coût.

[562] Compte tenu de la multitude d'avenants passés de 1998 à 2016 et l'importance des modifications apportées tant aux composantes de la prestation qu'à l'objet même du marché, la mission choisit de relever les principaux points pouvant faire débat ou étayant une critique globale sur les entorses aux règles de passation et de gestion des marchés publics.

- Avenant n°1 et 2 – 28/08/1998 et 12/11/1998

[563] L'avenant n°1 introduit des compléments de programme ainsi qu'une phase préalable qui concerne l'hélistation et un parc de stationnement.

L'importance de l'extension du périmètre du projet entraîne des honoraires supplémentaires de 7 109 570,02 F HT. L'objet unique de l'avenant n°2 est d'introduire une nouvelle mission dite Cellule de synthèse pour les travaux du Bloc principal (Phase 1,2 et 3). Cette mission expressément prévue à l'article 1.5.1 du CCAP sans être chiffrée introduit un coût supplémentaire de 2 700 000 FHT. En synthèse un peu plus d'un an après l'attribution du marché de maîtrise d'œuvre le montant

du marché a crû de 9 809 570,02 F HT soit 28% du montant initial. Un tel dérapage aurait pu entacher la régularité de la mise en concurrence qui avait eu lieu l'année précédente.

- Avenant n°5 – 14/12/2000

[564] Cet avenant introduit un programme d'extension ainsi que de nombreuses modifications de programme. L'alourdissement du programme est important puisqu'il entraînera des honoraires supplémentaires de 5 353 109,56 F HT.

- Avenant n°6 et 7 – 28/06/2001 et 7/12/2001

[565] Ces deux avenants contenant des actualisations de coût prévisionnel de travaux ainsi que de nouveaux compléments de programmes portent le montant du marché à 51 819 647,13 FHT avant sa conversion en €.

- Avenant n°9 et 10 – 4/08/2003 et 7/12/2003

[566] Au cours de l'année 2003 ces deux avenants vont alourdir les honoraires de maîtrise d'œuvre de 1 467 361,93 €HT. Le premier avenant d'un montant de 799 530,07 €HT comprend outre l'actualisation de coût des travaux une indemnité compensatoire de l'écart important entre le coût prévisionnel des travaux (CPT) et le coût de réalisation des travaux (CRT) qui après abattement pour mission partielle justifie un complément d'honoraires de 364 142 €HT. L'introduction de cette indemnité compensatoire ne fait référence à aucune disposition d'ordre public ni à un article du CCAP. L'introduction d'une telle indemnité est en contradiction avec l'article 21 du CCAP qui prévoit des pénalités pour dépassement du seuil de tolérance défini à l'article 19 du même CCAP mais en faveur du maître d'ouvrage et non l'inverse. Le second avenant réputé notifié le 7/12/2003 porte la date de signature du 1/07/2004. Ce dernier comporte de nombreux travaux modificatifs ainsi que des actualisations emportant une nouvelle augmentation des honoraires de 667 831,86 €HT.

- Avenants n°11 à 17 – du 11/08/2006 au 8/12/2010

[567] Cette série d'avenants est une succession de modifications de programme, de coûts prévisionnels de travaux et de modifications de calendrier du programme. La somme des avenants représente une variation des honoraires à la hausse de 1 945 124,73 €HT soit plus 36% du montant initial du marché.

- Avenants n°18 à 21 – du 30/05/2011 au 23/10/2012

[568] Ces avenants vont modifier profondément un programme déjà fortement évolutif depuis son origine en poursuivant une restructuration entreprise en 1997. A travers ces 4 avenants le CHU a proprement relancé un processus de restructuration du site Nord allant bien au-delà du projet initial. Un important volume de travaux se trouve ainsi ajouté à un marché qui avait déjà considérablement évolué. L'avenant n°19 accroît le volume des travaux de 32 875 750 €HT valeur septembre 2011 et l'avenant n°18 en ajoute 7 550 000 €HT valeur décembre 2010. Le volume des honoraires accompagne le mouvement à la hausse pour ces 4 avenants de 4 618 093,27 €HT.

- Avenants n°22 à 24 – du 6/11/2013 au 20/01/2016

[569] L'avenant n°22 se situe en aval de l'APD de la nouvelle tranche de travaux (dénommée dans les documents contractuels Tranche conditionnelle 3.2 Bâtiment soins critiques) et révèle les montants de travaux nouvellement engagé à partir de l'avenant n°18. Ils figurent en clair à l'article 6 de l'avenant :

Tableau 32 : Montant des travaux opération TC 3.2

Montant des travaux en €HT de l'opération 3.2 construction du bâtiment soins critiques				
	Phase 1	Phase 2	Phase 3	TOTAL
	Bâtiment soins critiques	Bloc obstétrical	laboratoire de recherche	
Montant des travaux en valeur juillet 2011	41 375 000,00	4 345 000,00	2 238 000,00	47 958 000,00
Montant des travaux en valeur avril 1997	26 078 787,90	2 738 666,67	1 410 618,18	30 228 072,75

Source : IGAS d'après article 6 de l'avenant n°22 du marché de maîtrise d'œuvre "Mise en œuvre des travaux du plan directeur"

[570] La lecture dudit article 6 révèle un taux de rémunération à 16,34% incluant plusieurs missions complémentaires qui majorent de 2,11% le taux de base lui-même majoré puisque le marché initial a été engagé sur un taux global à 12,974%.

[571] L'avenant n° 23 vient modifier le marché pour des travaux supplémentaires et des travaux en moins-value sur des phases antérieures de travaux. L'avenant contient une rémunération complémentaire pour retard dans la réalisation des travaux du bâtiment H. Le solde minore le montant du marché de 93 323,37 €HT valeur avril 1997.

[572] L'avenant n°24 arrête le coût prévisionnel des travaux de l'opération 3.2 prend en compte des travaux de maîtrise d'œuvre et des ajustements divers de rémunération pour un montant total de 126 720,07 €HT valeur avril 1997.

- En synthèse sur le marché de maîtrise d'œuvre

[573] La gestion sur bientôt 20 ans d'un marché de maîtrise d'œuvre n'apparaît pas garante du respect des règles de la concurrence ni de la bonne gestion d'un projet complexe qui a fortement évolué au fil du temps. Les personnes responsables du marché qui se sont succédé n'ont pas fait preuve de la vigilance nécessaire ni opposé une fermeté pourtant nécessaire face à des prétentions excessives et non justifiées.

[574] Les arguments avancés sur la sécurité juridique au regard de la propriété intellectuelle apparaissent faibles par rapport aux dérives avérées dans la gestion du marché :

- le principe de la gestion d'une opération nouvelle de cette importance sur la base d'une tranche conditionnelle s'avère illégal ;
- la pratique des travaux supplémentaires par avenants successifs a été abusivement utilisée par le maître d'ouvrage ;
- le taux de rémunération de la maîtrise d'œuvre a été majoré à l'occasion de l'extension de la mission et à travers les avenants de façon juridiquement infondée ;
- la gestion du marché sur la base d'un index aujourd'hui remplacé et exprimé en valeur avril 1997 alors que nous sommes en 2017 et que le coefficient multiplicateur est à août 2016 de 1,45⁶², induit une réelle difficulté à appréhender les coûts dans leur réalité économique.

⁶² La conversion des valeurs de prestations et de travaux nécessitent deux opérations :

- ▶ La conversion de F en €
- ▶ Les indices de référence ont changé en 2013. Pour être comparable le nouvel indice ING publié par l'INSEE doit être corrigé d'un coefficient de raccordement de 7,9241. Ainsi pour transposer les coûts en valeur août 1997 à leur valeur août 2016 il convient de faire la conversion suivante : $I_m * 7,9241 / I_0$ soit $109,6 * 7,9241 / 598,5 = 1,45$

4.3 Site Sud : le "bâtiment central" (ERBC)

4.3.1 Un projet scellé par la négociation de fusion, lancé précipitamment et sans certaines études préalables

[575] L'opération dénommée "*extension et réhabilitation du bâtiment central*" (ERBC) représente près de 40 000 m² de travaux.

Tableau 33 : Données synthétiques des surfaces impactées par le projet

Surface totale concernée par les travaux	39 500 m ² SDO (surface dans œuvre) dont <input type="checkbox"/> 21 000 m ² SDO de construction neuve <input type="checkbox"/> 18 500 m ² SDO en restructuration
Surfaces désaffectées	12 400 m ² désaffectés dont <input type="checkbox"/> 3 pavillons de médecine 4 850 m ² SDO <input type="checkbox"/> 2 pavillons de neurologie et néphrologie 3 030 m ² SDO <input type="checkbox"/> L'unité de médecine de Saint-Louis 1 360 m ² SDO <input type="checkbox"/> Locaux démolis par le projet 910 m ² <input type="checkbox"/> Les unités libérées dans le bâtiment central et constituant des réserves immobilières 2 250 m ² .
Aliénation	le site de l'actuel hôpital de Saint-Louis pourra faire l'objet d'une aliénation, après le transfert des activités d'addictologie et de prise en charge de la douleur

Source : IGAS d'après note *Projet réactualisé de restructuration et extension du bâtiment principal du site de Saint-Pierre – CHU de la réunion – 9 novembre 2016*

[576] Elle connaît un calendrier très différent de l'opération "*bâtiment soins critiques*".

Tableau 34 : Avancement de l'opération

Permis de construire	26 mai 2015
Lancement appel d'offres bâtiment central	15 juillet 2015
Travaux	
Aménagement laboratoires provisoires	Juin 2015 – mars 2016
Travaux préalables de VRD	Septembre 2015 – mars 2016
Opération principale	2016 - 2020

Source : *Présentation du 8 juillet 2016 – visite IGAS – présentation .ppt*

[577] En effet, les travaux n'ont été lancés qu'en mars 2016 après une accélération des procédures d'attribution des marchés de travaux dans un contexte où tout indique que les acteurs locaux connaissaient parfaitement les manques persistants aux procédures de validation d'un projet de cet envergure.

[578] La mission a constaté une volonté de passer outre à la soumission du projet au COPERMO, mais également de s'affranchir de l'évaluation socio-économique exigée pour tout projet excédant 50 M€ TDC ainsi qu'à la contre-expertise diligentée par le CGI⁶³. Une telle attitude succède à de multiples mises en garde pourtant formulées très formellement par l'ARS.

⁶³ Commissariat général à l'investissement.

[579] Un récent courrier du Commissaire général à l'investissement a rappelé à l'établissement ses obligations en la matière (pièce jointe n°22).

[580] Pour revenir à la naissance du projet il faut tout d'abord évoquer la procédure de fusion au cours de laquelle cette opération fut l'objet de tractations. Un élément du protocole relatif au processus de fusion signé en 2011 en porte d'ailleurs la trace. Il s'agit du principe de sanctuarisation des capacités d'autofinancement de chaque site figurant à l'article 2 au paragraphe décrivant une première étape de quatre ans (1^{er} janvier 2012 – 31 décembre 2015). Cette disposition avait pour principal objet de garantir la réalisation du projet d'extension dénommée "bâtiment central". Ceci a été confirmé à la mission par l'actuel président du conseil de surveillance et élu du sud Réunion.

[581] Des informations recueillies auprès des responsables du projet, il ressort que des études techniques préalables (notamment le DTA sur la présence d'amiante) réalisées suffisamment en amont auraient évité des découvertes tardives et des modifications du programme de travaux engendrant des coûts supplémentaires.

4.3.2 Un projet inadapté aux enjeux médicaux, et qui n'achèvera pas la reconfiguration du site

[582] Pour en saisir les objectifs et les enjeux il convient de s'en remettre à la description du projet figurant au projet immobilier inclus au projet d'établissement 2012-2016. Elle est contemporaine à la procédure de fusion.

4.3.2.1 L'opération sur le bâtiment principal a été établie selon le plan directeur immobilier du projet d'établissement 2012-2016

[583] Les enjeux de l'opération sont ainsi présentés :

- Regrouper l'activité médico-chirurgicale autour d'un plateau technique de haut niveau
- Améliorer le confort des hospitalisations
- Mettre le bâtiment principal en conformité sur le plan de la sécurité incendie et de l'efficience médicale
- Améliorer le schéma général de circulation.

[584] Le document le plus complet et descriptif du projet est un rapport de présentation⁶⁴. Ce document se situe bien en articulation et en conformité au Plan directeur immobilier qui fait lui-même partie intégrante du Projet d'établissement 2012-2016. Dès l'introduction ce document se réfère aux priorités de santé publique ainsi qu'au SROS et fixe l'objectif central qui est l'amélioration des conditions d'hébergement des patients et de travail du personnel. On retrouve presque mot pour mot l'énoncé des enjeux cités au paragraphe précédent.

[585] S'il y a bien eu une réflexion par ailleurs menée avec le concours de Polygramme (cabinet d'études) celle-ci a été circonscrite dans le cadre strict du site de Saint-Pierre.

A cette restriction près, le document fait état d'une approche des plus classiques concernant une problématique hospitalière.

⁶⁴ Rapport de présentation du programme d'investissement relatif à la restructuration et à l'extension du bâtiment principal de l'hôpital de Saint-Pierre – juillet 2011 complété le 6 février 2012 – Source CHU de La Réunion -.

[586] La réflexion présentée ainsi que les principes d'organisation arrêtés ne sont évidemment pas sans pertinence mais correspondent à des besoins et à des données qui seront vite dépassés, s'ils ne le sont pas déjà.

[587] Les principes d'optimisation des unités d'hospitalisation, le regroupement des soins critiques, la mutualisation des plateaux techniques, le positionnement des secteurs ambulatoires sont autant de points positifs dans la conception d'un immeuble dédié à des activités de soins hospitaliers. Cependant cet exercice peut se révéler insuffisant si en amont les concepteurs n'ont pas investi en réflexion stratégique sur les bouleversements en cours et à venir. Un projet de facture classique comme on les concevait jusqu'à la fin des années 90 a toutes les chances d'être rapidement obsolète.

[588] La mission regrette que le CHU n'ait pas saisi cette opportunité pour initier une réflexion plus ambitieuse portant sur une nouvelle répartition des activités cliniques à l'échelle du nouveau CHU ainsi qu'une projection sur les pratiques innovantes en termes d'organisation des parcours de soins. Il en va de même sur l'introduction des nouvelles technologies pouvant impacter l'organisation des prises en charge et les processus de production d'un établissement sanitaire.

[589] Plusieurs exemples viennent conforter les craintes et réserves émises par la mission. Le document étudié évoque la mise en œuvre d'un système de véhicules de transport autoguidés. Cet élément apparaît comme opportun sur un projet d'envergure. La mission a appris lors d'une visite sur place que cet élément a été supprimé par la suite pour des raisons d'économies. Cette décision, sous une apparente rationalité, peut en fait se révéler totalement contre-productive. Les gains générés par ce type d'équipement sont à évaluer dans la durée et dans leur volume. Bien d'autres aspects doivent être considérés pour appréhender une telle décision.

[590] Cet exemple est à rapprocher d'autres modifications du programme survenues tardivement comme des problèmes de structure, des opérations de désamiantage qui ont entraîné des coûts supplémentaires. Tout indique que pour engager les travaux au plus vite des choix guidés par le seul souci de contenir le projet dans une enveloppe "acceptable" par l'ARS ont été opérés trop rapidement par les promoteurs du projet et sur des bases strictement financières. Rappelons que ce projet n'a toujours bénéficié à ce jour ni de l'évaluation socio-économique ni de la contre-expertise pourtant exigées par les dispositions en vigueur.

[591] Les responsables de l'établissement ont "accélééré" le processus d'engagement des travaux en 2015 et au début de 2016 pour rendre l'opération irréversible. Cette attitude est d'autant plus paradoxale que son financement n'est pas assuré et qu'il nécessite la consolidation des participations au financement.

[592] Le courrier adressé par le Directeur général de l'ARS en date du 6 octobre 2016 (pièce jointe n°23) le confirme. Il est ainsi rappelé qu'en 2015 l'ARS avait lancé une mise en garde contre l'engagement des travaux sur un motif budgétaire et financier, qu'en 2016 le PGFP avait été rejeté pour cause de déséquilibre et que les réponses aux questions posées alors n'étaient pas parvenues à l'ARS à la date du 6 octobre 2016. En conséquence il était indiqué en forme de mise en garde au Directeur général du CHU : *"Je vous rappelle qu'en cas d'un début d'exécution, la direction générale du CHU s'exposerait au risque de devoir revenir en arrière malgré ses engagements contractuels"*. Ces lignes ont été écrites le 6 octobre 2016 ; les ordres de service ont été lancés en mars 2016 et le chantier est actif depuis plusieurs mois.

[593] La réponse au courrier précité (pièce jointe n°24) renseigne à la fois sur la démarche et la posture de la direction générale du CHU ainsi que sur la nature de l'accompagnement de l'ARS.

[594] C'est ainsi que le courrier en réponse daté du 20 octobre 2016 fait état d'un accompagnement de l'ARS dès l'origine en 2009 et s'est traduit par des engagements financiers dès 2011 (une notification en décembre 2011), puis à travers le CPOM signé le 25 février 2013.

[595] Le courrier rappelle également que le projet a fait l'objet d'une information régulière du conseil de surveillance auquel l'ARS assiste et est destinataire des comptes-rendus. En début 2016 un tableau des marchés passés et notifiés en décembre 2015 a été transmis à l'ARS. Les ordres de services passés en mars sont joints au courrier de réponse. Le rapport à destination du Commissariat Général à l'investissement est évoqué comme un document en cours de préparation conjointe entre l'ARS et le CHU. Sont ensuite proposées les méthodes et le calendrier de préparation du dossier COPERMO en vue de son éligibilité puis de son passage en séance du COPERMO Investissement. Il est enfin proposé des mesures permettant d'accélérer la montée en charge des capacités dédiées à l'activité ambulatoire.

[596] La façon d'aborder ce dossier, d'en évoquer les procédures ainsi que leur calendrier obère une réalité juridique et administrative qui met le CHU de La Réunion et ses responsables dans l'illégalité. La mission note la faible réaction de l'ARS ainsi que de l'échelon ministériel informé de la situation ainsi créée.

4.3.2.2 L'actualisation récente veut éloigner les risques de suspension des travaux

[597] Annexée au courrier adressé au Directeur général de l'ARS, une note vient décrire une actualisation du projet de restructuration et d'extension du bâtiment principal du site de Saint-Pierre. Son contenu témoigne de la précipitation avec laquelle les travaux ont été engagés. Il n'est pas possible d'expliquer qu'un projet dont l'origine remonte à 2009, qui a traversé la période de fusion et de création du CHU, fasse l'objet d'une actualisation six mois après le début des travaux.

[598] Cette actualisation sommaire et rapide répond à la sollicitation de l'ARS et au risque de suspension qu'elle a évoqué (cf. *supra*) mais ne corrige pas véritablement les insuffisances relevées.

[599] La note évoque un renforcement des capacités dédiées à l'ambulatoire. Une présentation confuse du contenu du projet fait passer pour des mesures nouvelles des modifications du capacitaire incluses dans le projet depuis 2012. Il est mentionné à titre complémentaire une augmentation de la capacité en chirurgie ambulatoire du PFME ; mais cette proposition entre dans un périmètre qui est hors du champ du projet ERBC.

[600] Pour ce qui concerne les réductions capacitaires de l'hospitalisation conventionnelle en médecine, cela revient à annuler le transfert prévu des lits de médecine actuellement exploités sur l'hôpital Saint-Louis. La mention du développement de la gériatrie aigue n'est qu'un rappel d'un élément contenu dans le projet initial. Le renforcement des soins critiques sur le versant neurochirurgical et neurovasculaire apparaît en deçà du projet initial. Le redimensionnement des capacités d'hospitalisation aux urgences vient modifier (+9) le projet initial.

[601] Sur l'activité de biologie, une annonce d'ordre structurel, à savoir la création d'un pôle unique de biologie sur le CHU, n'emporte pas pour le moment de changement d'organisation de la production mais annonce des modifications potentielles.

[602] La note d'actualisation affiche un montant de travaux porté à 79,8 M€ HT et un montant de 108,7 M€ TDC valeur fin de travaux 2020 incluant les révisions de prix.

[603] Le planning prévisionnel est ainsi actualisé sur la base de 65 mois de travaux incluant les opérations préalables.

Tableau 35 : Planning prévisionnel de l'opération ERBC –site Sud

Dates de début des travaux	Opérations préalables	
	IRM 2	juin-14
	Laboratoires provisoires	juin-15
	VRD préalables	sept-15
	Phases	
	Phase 1	mars-16
	Phase 2	nov-18
	Phase 3	oct-19
Dates prévisionnelles de livraison	Opérations préalables	
	IRM 2	avr-15
	Laboratoires provisoires	avr-16
	VRD préalables	mai-16
	Phases	
	Phase 1	déc-18
	Phase 2	avr-20
	Phase 3	déc-20

Source : IGAS d'après note du 9 novembre 2016 – Projet réactualisé de structuration et extension du bâtiment principal du site de Saint-Pierre

[604] La note contient l'annonce d'une modification du phasage permettant d'anticiper la mise en œuvre des évolutions capacitaires en ambulatoire avec 2 années d'avance sur le programme initial. Ceci est à mettre au crédit des dirigeants de l'établissement mais ne suffit pas à éteindre les insuffisances conceptuelles du projet.

4.3.2.3 Les inadaptations aux enjeux et les insuffisances du projet qui laissent à prévoir de nouveaux programmes de travaux qui pèseront sur l'équilibre financier du CHU

[605] La mission n'avait pas pour objet d'expertiser un projet immobilier d'envergure comme le projet du site Sud. Toutefois, elle a pu, au travers de la documentation et d'échanges avec l'équipe en charge du projet, relever des éléments qui interrogent sur la conduite du projet et incitent à formuler des recommandations visant à corriger les principes et le contenu même du projet.

[606] La mission formule 3 critiques principales :

- Un projet conçu pour un établissement qui n'existe plus en tant que tel

[607] La genèse du projet qui débute au cours de la décennie passée, l'absence d'une réelle refonte au cours des années récentes (2012-2016), une méthodologie de programmation obsolète ont produit un projet peu qualitatif. La totale occultation du changement fondamental survenu en 2012, à savoir la fusion des deux établissements et la création du CHU s'assimile à un déni de réalité et une perte d'opportunité d'imprimer à la nouvelle entité une trajectoire susceptible de donner sens et réalité à la dimension hospitalo-universitaire. Les structures immobilières n'ont de sens que si elles répondent à une organisation pensée et conçue pour servir un projet.

[608] Or, de projet il n'y en a point, de stratégie élaborée non plus. Améliorer le confort hôtelier et rationaliser l'organisation interne d'un bâtiment constituent certes des objectifs légitimes mais ne suffisent plus à justifier des investissements de cette ampleur dans un CHU naissant.

- Une insuffisante rationalité dans l'attribution et l'organisation des espaces.

[609] Il apparaît d'abord clairement que le projet tel qu'il est présenté et défendu par ses promoteurs est un projet à dominante hôtelière ce qui en caractérise l'anachronisme et l'obsolescence. Si les objectifs de regroupement des lits d'hospitalisation en proximité du plateau technique ainsi que de la mise aux normes hôtelières actuelles sont parfaitement légitimes ils ne peuvent suffire à justifier le projet. Il apparaît à la mission que les besoins de transformation de la structure au développement des activités ambulatoires n'ont pas été pris en compte. L'actualisation du programme ne répond que partiellement à ce défi.

[610] Par ailleurs le projet néglige d'inclure dans le projet l'activité d'hospitalisation complète en cancérologie alors que la mission considère comme stratégique cette activité dans le repositionnement d'un établissement CHU qui a toute vocation à exercer le leadership sur un territoire privé de CLCC. La mission précise toutefois que cette option permet de maintenir la radiothérapie dans ses locaux compte tenu d'une prédominance de l'activité ambulatoire.

[611] Enfin compte tenu d'une réflexion datée et obsolète sur l'organisation des éléments du plateau technique et surtout de l'absence d'une conception et d'un "design" des circuits patients il n'est pas injustifié de prétendre que le projet ERBC se révélera inadapté aux prises en charge des années 2020 et au delà.

- Une opération qui n'achève pas un cycle d'investissement

[612] La lecture du schéma directeur immobilier enseigne que l'opération dite ERBC ne boucle pas un cycle d'investissement puisqu'il en constitue une phase 2 et qu'une phase 3 viendra achever la restructuration du site de Saint-Pierre. Cette dernière phase comportera notamment la réhabilitation des pavillons qui abritent aujourd'hui les lits de médecine et de spécialités médicales.

[613] Enfin la substitution d'une réhabilitation par une simple rénovation d'une partie des étages du bâtiment central existant laisse augurer des opérations futures dont le coût ne peut être négligé. Cette décision prise au cours de la mise au point du projet et discrètement présentée par les promoteurs doit être évaluée pour ses justes conséquences notamment sur les projections financières.

4.3.3 Les procédures administratives

➤ La conduite des marchés de travaux

[614] Le 26 mai 2015 le CHU obtenait le permis de construire au terme d'un imbroglio administratif qui a vu dans un premier temps le Maire de Saint-Pierre délivrer un premier permis de construire qui s'est avéré illégal pour défaut de compétence juridique. C'est à la suite le Préfet de La Réunion, saisi, qui octroya le permis de construire.

[615] L'appel d'offres fut lancé le 15 juillet 2015 selon la procédure d'appel d'offres ouvert européen. L'analyse des candidatures puis des offres s'est déroulée du 27 octobre 2015 au 18 novembre 2015. L'analyse des offres a porté sur les dossiers des entreprises dont la candidature avait été retenue. Le rapport d'analyse des offres établi par le maître d'œuvre fut présenté à la commission interne des marchés le 20 novembre 2015 qui statua sur la base du rapport de synthèse du maître d'ouvrage le 14 décembre 2015.

[616] Les critères de jugement des offres avaient été définis préalablement. Un critère reposant sur la "valeur technique" pour 40% de la note finale et un second critère correspondant au "prix" des prestations pour 60% de la note finale. La note technique résultait de la somme de plusieurs sous critères prédéfinis.

La note du critère prix était directement calculée sur le rapport entre le prix de l'offre moins disante et le prix de l'offre de chaque candidat, l'offre la moins disante se voyant attribuer la note 100.

[617] Les documents produits et fournis à la commission interne des marchés n'appellent pas de commentaires de la part de la mission. Les décisions semblent bien avoir été prises dans la clarté des informations et l'équité dans le traitement. Quelques lots ont nécessité des décisions spécifiques sur lesquelles la mission souhaite formuler ses observations.

[618] Avant cela l'analyse du tableau récapitulatif des offres donne quelques indications sur d'apparentes difficultés rencontrées par la maîtrise d'œuvre pour établir des estimations concernant plusieurs lots.

[619] Deux lots apparaissent très sous estimés par la maîtrise d'œuvre. Il s'agit tout d'abord du lot 07 CVC – DESENFUMAGE – CHAMBRES FROIDES pour un écart supérieur à 50% soit plus de 4M€. Le second lot concerné par une sous estimation est le lot 11 ELECTRICITE – GTC à hauteur de 45% soit près de 3,5 M€ pour l'offre la moins disante. De tels écarts sont bien évidemment peu courants surtout portant sur les lots les plus importants. La concurrence demeure insuffisante dans certains secteurs de l'économie réunionnaise et pour ce qui concerne le secteur de la construction pour certains corps d'état. La mission n'a pas la possibilité d'expertiser cette question dans le cadre de la présente intervention. Pour étayer le propos il faut souligner que pour le lot 07 une seule offre a été soumise aux adjudicateurs. Pour ce lot comme pour d'autres la maîtrise d'œuvre donne quelques éléments justifiant partiellement l'écart mais fonde sa proposition de classement et d'attribution principalement sur "*la difficulté notoire à ouvrir à plus de concurrence dans ce secteur d'activité*" ainsi que sur la conséquence que "*déclarer infructueuse la procédure conduirait à des délais complémentaires, estimé à 6 mois pour le lancement du chantier et sans garantie d'obtention d'offres économiquement plus avantageuses*". Ceci confirme la volonté partagée de ne rien faire qui compromette l'engagement des travaux le plus tôt possible.

[620] Concernant le macro lot 01 qui englobe : désamiantage, VRD – terrassements, curages, gros-œuvre – démolitions, revêtements durs, charpente métallique, couverture, façades, étanchéité, cloison sèche – doublages, menuiseries intérieures bois – agencement, plafonds suspendus, deux offres sur les trois présentées sont notablement inférieures à l'estimation de la MOE. Pour mémoire ce lot représente près de 54% de l'estimation totale des lots. L'offre la moins disante, jugée conforme et recevable présente l'opportunité de faire une économie de près de 6 M€.

[621] La conjonction des écarts cités dans les deux paragraphes précédents résume une situation qui fait de résultats très discordants une somme presque équilibrée. Les méthodes d'extrapolation de prix utilisée par les maîtres d'œuvre pour fixer les estimations conjuguées avec des aberrations dans les propositions qui peuvent résulter de situations quasi monopolistiques révèlent des dysfonctionnements préjudiciables aux maîtres d'ouvrage. On ne peut toutefois en faire porter la responsabilité sur les seuls acteurs économiques à commencer par les donneurs d'ordres.

[622] Deux lots ont été soustraits de la consultation afin d'être réservés pour une consultation ultérieure car ils concernent des prestations qui n'ont pas le caractère de second œuvre. Il s'agit du lot 06 SIGNALETIQUE et du lot 14 EQUIPEMENTS MEDICAUX.

[623] Selon le tableau de synthèse des offres classées l'écart global entre les montants des lots attribués et les estimations de la MOE est de -421 365,03 € représentant 0,6% de l'estimation globale soit un résultat favorable à l'établissement. Aux réserves près énoncées dans les paragraphes précédents le résultat répond aux attentes de la maîtrise d'œuvre.

Recommandation n°18 : L'opération du bâtiment central mérite d'être suspendue pour densifier le projet initial et l'appuyer sur des organisations médicales repensées notamment autour de l'ambulatorio.

Sous le contrôle de l'ARS, le projet reformaté et stabilisé dans son estimation financière doit faire l'objet d'un examen par le COPERMO et d'une contre-expertise.

Claude DAGORN

Jean-Robert JOURDAN

Angel PIQUEMAL

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Autorité responsable	Echéance
1	Le CHU doit très rapidement redéfinir les axes stratégiques de son projet médical pour réorienter ses activités et ses organisations. Il doit mettre en place des structures médicales regroupant les disciplines des deux sites et unifier les responsabilités médicales.	CHU	06/2017
2	La direction générale du CHU et ses instances doivent être réintégrées sur un site hospitalier.	CHU	03/2017
3	Sur la base de son nouveau projet médical, le CHU doit, dès le premier semestre 2017, finaliser la fusion en supprimant les instances de site, en rendant transversales toutes les directions fonctionnelles et en homogénéisant tous les processus de gestion.	CHU	06/2017
4	L'ARS doit rappeler aux membres du conseil de surveillance leur obligation de siéger ; si cette démarche reste sans effet, la présidente du conseil départemental et le préfet devront être saisis par l'ARS pour que deux nouveaux membres du conseil de surveillance soient désignés	ARS	03/2017
5	L'ARS, dans sa fonction de contrôle, doit s'investir dans un suivi rigoureux de la politique de gestion du CHU.	ARS	03/2017
6	L'établissement doit établir avec l'ARS et sous l'égide du COPERMO un contrat de retour à l'équilibre de nature à restaurer ses équilibres budgétaires fondamentaux d'ici à 2020 en réduisant les charges et en s'adossant à un projet médical totalement refondé.	CHU/ARS	2017
7	Dans les premiers mois de 2017, la direction générale doit expliquer à l'ensemble la communauté hospitalière, de façon claire et transparente, le processus de dégradation financière et ses causes ainsi que les mesures de redressement envisagées.	CHU	03/2017

8	A l'issue de la certification, l'établissement doit produire et publier un document retraçant la trajectoire budgétaire depuis 2012 telle qu'elle aurait du être présentée.	CHU	
9	Le CHU doit suspendre la majoration DOM de 40% pour les praticiens hospitaliers pendant un congé bonifié.	CHU	2017
10	Le CHU et l'ARS doivent définir ensemble une politique de recrutement des cliniciens hospitaliers conforme à la réglementation.	CHU/ARS	06/2017
11	Les ministères des affaires sociales et de la santé ainsi que de la fonction publique doivent clarifier au plus vite la question de l'index de correction appliqué à la Réunion.	Ministères	2017
12	Le CHU doit mettre un terme au paiement des majorations DOM aux agents contractuels ainsi qu'aux praticiens contractuels.	CHU	2017
13	Dès 2017 le CHU doit cesser d'indexer la base de calcul de la prime de service. Il doit également mettre un terme à l'indexation des autres primes et indemnités sauf celle réglementairement prévue.	CHU	2017
14	Le CHU doit émettre à l'encontre des deux directeurs généraux en fonction depuis 2012 un titre de recettes correspondant à la NBI perçue indûment.	CHU	03/2017
15	Le CHU doit appliquer la durée réglementaire des périodes de stage.	CHU	2017
16	Le cumul des déplacements en métropole pour des raisons professionnelles et des congés annuels doit être encadré par la direction.	CHU	2017
17	La gestion des ressources humaines, tant sur les situations individuelles que collectives, doit revenir à un strict respect des règles statutaires, être exemplaire et donc s'inspirer davantage des exigences de l'éthique.	CHU	2017

18	L'opération du bâtiment central mérite d'être suspendue pour densifier le projet initial et l'appuyer sur des organisations médicales repensées notamment autour de l'ambulatorio. Sous le contrôle de l'ARS, le projet reformaté et stabilisé dans son estimation financière doit faire l'objet d'un examen par le COPERMO et d'une contre-expertise.	CHU/ARS/ COPERMO	2017
-----------	---	------------------	------

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

Le Directeur de Cabinet

Paris, le **7 SEP. 2016**

CAB-TD/IT - Pég. D. 16-024537



Note
A l'attention de
Monsieur Pierre BOISSIER,
Chef de service de l'inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission de contrôle pour évaluation de la situation du CHRU de La Réunion

Par courrier en date du 09 juin 2016, je vous avais demandé de diligenter une mission placée auprès du directeur général de l'Agence régionale de santé de l'Océan Indien (mission dite TO accompagnant la nomination de chaque directeur général de CHU).

Cette mission visait à établir un diagnostic sur le positionnement stratégique du centre hospitalier régional universitaire de La Réunion sur son territoire, analyser la mise en œuvre du plan pluriannuel d'investissement des cinq prochaines années et formuler des recommandations pour assurer les équilibres financiers du CHRU.

Par courrier du 23/08 vous m'avez demandé de requalifier cette mission en mission de contrôle sur la période 2012-2016 s'agissant des thèmes suivants :

- le contrôle de la gestion budgétaire et financière sous l'angle de la régularité, de la maîtrise et de la pertinence des opérations et des décisions ;
- la vérification de la régularité des procédures de gestion des personnels du CHU ;
- l'analyse de la conduite et du contenu des deux principaux projets immobiliers menés par le CHU ;
- l'examen du fonctionnement de la gouvernance et des instances de l'établissement.

Je vous confirme que je donne une suite favorable à votre proposition.



Etienne CHAMPION

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP
TÉLÉPHONE: 01 40 56 60 00

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

M.	François	MAURY	Directeur général	ARS Océan Indien
M.	François	CHIEZE	Direction de la veille et sécurité sanitaire	ARS Océan Indien
M.	Bertrand	PARENT	Délégation de l'Île de La Réunion	ARS Océan Indien
Dr	Anh-Dao	NGUYEN	Délégation de l'Île de La Réunion	ARS Océan Indien
M.	Gilles	VIGNON	Délégation de l'Île de La Réunion	ARS Océan Indien
M.	Etienne	BILLOT	Direction de la stratégie et de la performance	ARS Océan Indien
M.	Stéphane	COURTOIS	Délégation de l'Île de La Réunion	ARS Océan Indien
Mme	Audrey	VERBARD	Délégation de l'Île de La Réunion	ARS Océan Indien
Dr	Gérard	BRULE	Délégation de l'Île de La Réunion	ARS Océan Indien
M.	Lionel	CALENGE	Directeur général	CHU de La Réunion
Mme	Suzanne	COZIALS	Directrice de site (Félix Guyon)	CHU de La Réunion
M.	Patrick	GOYON	Directeur de site (Sud Réunion)	CHU de La Réunion
M.	Geoffroy	CHARRIER	Directeur des affaires financières	CHU de La Réunion
Mme	Florence	BEDIER	Directrice des affaires économiques	CHU de La Réunion
Mme	Eliane	CHIEZE	DRH du site Félix Guyon	CHU de La Réunion
M.	Fredo	DARTY	DRH du site Sud	CHU de La Réunion
M.	Jean-Marie	LEBON	Directeur des soins du site Sud	CHU de La Réunion
Mme	Sabrina	WADEL	Directrice de la stratégie, affaires médicales	CHU de La Réunion
Mme	J.	MAH CHAK	Directrice des soins par intérim du site Félix Guyon	CHU de La Réunion
M.	Arnaud	MOREL	Secrétaire général	CHU de La Réunion
Mme	Mirella	MASSAIN	Attachée d'administration Affaires financières	CHU de La Réunion
Dr	Michel	BOHRER	Responsable DIM	CHU de La Réunion
Pr	Frédérique	SAUVAT	Présidente de la CME	CHU de La Réunion
Pr	Pascale	GUIRAUD	Doyen UFR Santé	CHU de La Réunion
M.	Bernard	VON PINE	Président du Conseil de surveillance	CHU de La Réunion

Mme	Aline	CHIRPAZ	Contrôle de gestion	CHU de La Réunion
M.	Georges	MAUGUIN	Directeur du système d'information	CHU de La Réunion
Dr		GAZAILLE	Président du comité médical Félix Guyon	CHU de La Réunion
M.	Bruno	DAMOUR	Direction des travaux site Félix Guyon	CHU de La Réunion
Dr	Michel	INGLES	Président Comité médical Siet Sud Réunion	CHU de La Réunion
M.	Emmanuel	DOIZY	Directeur des travaux site Sud Réunion	CHU de La Réunion
Mme	Martine	BEGUIN	Directrice adjointe des sites externes site Sud	CHU de La Réunion
M.	Daniel	HOAREAU	Syndicat FO	CHU de La Réunion
M.	Gilbert	KING-SOON	Syndicat FO	CHU de La Réunion
M.	David	BELDA	Syndicat FO	CHU de La Réunion
M.	François	ANOUMBY AVABY	Syndicat UNSA	CHU de La Réunion
M.	Jean-Yves	HOAREAU	Syndicat CFTC	CHU de La Réunion
M.	Lionel	CAMATCHY	Syndicat CFTC	CHU de La Réunion
M.	Joël	PAYET	Syndicat UNSA	CHU de La Réunion
M.	Alain	PUELLE	Syndicat CFTC	CHU de La Réunion
M.	Expédit	LOCK-FAT	Syndicat CFDT	CHU de La Réunion
M.	Jean-Marc	VELIA	Syndicat CFDT	CHU de La Réunion
M.	Jean-François	MAILLY	Syndicat CFDT	CHU de La Réunion
Mme	Marie-Josée	JOURDAN	Attachée d'administration Affaires financières	CHU de La Réunion
Mme	Olivia	BAZILLE	Attachée d'administration DRH	CHU de La Réunion
Mme	Marie-Danielle	CAMBRAI	Attachée d'administration DRH site Félix Guyon	CHU de La Réunion
M.	Jean-Michel	PAYET	Attaché d'administration DRH Site Sud	CHU de La Réunion
M.	Philippe	CONY	Direction des travaux site Félix Guyon	CHU de La Réunion
M.	Laurent	MERMILLOD	Responsable achats marchés	CHU de La Réunion
Mme	Françoise	CHANE OU TEUNG	Chef de service de la pharmacie site Sud	CHU de La Réunion
M.	Stephan	CLUZEL	Chef de service par intérim de la pharmacie du site Félix Guyon	CHU de La Réunion
Dr	Nathalie	LE MOULLEC	Vice-présidente de la CME	CHU de La Réunion
Dr	JF	DELORME	Cardiologie	CHU de La Réunion
Dr	Arnaud	VINER	Anesthésie réanimation	CHU de La Réunion
Dr	Marc	PITNER	Pôle Imagerie	CHU de La Réunion
Dr		ALESSANDRI	Pôle FME site Sud	CHU de La Réunion

Mme.	Hélène	CART-GRANJEAN	Bureau PF1	DGOS
M.	Benoit	SERVANT	Pôle déploiement et maintenance	ANAP
Dr	Christian	ESPAGNO	Pôle déploiement et maintenance	ANAP
Mme	Céline	BAUD	Pôle déploiement et maintenance	ANAP
Mme		RIVALIS	Correspondante certification	DRFiP
Mme	E.	ATIAME		DRFiP
M.	Marc	VAN-BELLE	Administrateur des Finances Publiques	DRFiP
M.	Gilles	DESHAYES	Administrateur Général des Finances Publiques Directeur Régional des Finances Publiques	DRFiP
M	David	GRUSON	Ancien directeur général	CHU

ANNEXE 1 : DETERMINATION DU COUT D'UNE LIGNE DE PERMANENCE DE SOINS EN ASTREINTE OPERATIONNELLE

Détermination du coût d'une ligne de permanence de soins en astreinte opérationnelle

(Avant la mise en place des dispositions de l'arrêté du 8 novembre 2013)

- Décomposition du nombre mensuel d'astreintes : 30 périodes de nuit auxquelles se rajoutent 4 journées de dimanche et 4 ½ astreintes correspondant aux samedi après-midi, soit deux périodes d'astreinte pour un total mensuel de 36 astreintes.
- Au coût unitaire de 42,13 €, ceci représente une valeur de 1516€/ mois, soit une valeur annuelle de 18 192€ auxquels il faut rajouter 11 jours fériés soit 463€. Le coût annuel est donc de 18 655€. Cette valeur constitue de fait l'indemnisation de base d'une quelconque ligne d'astreinte opérationnelle, toute spécialité confondue.
- Le CHU indique dans une note du 10/10/2016 sur la forfaitisation des astreintes médicales un coût total brut pour les disciplines suivantes concernant la période de mai 2014 à avril 2015 :
 - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire- site de Saint-Denis : 60 349€. Compte tenu du coût de base de l'astreinte de 18 655€, ceci représente une valeur de 41 694€ pour les déplacements. Ces derniers étant valorisés à 61€ l'unité, cela induit le paiement de 683 déplacements sur l'année, soit une moyenne de 57 déplacements par mois. Or, les pointages demandés par la mission font état de 29 déplacements en moyenne mensuelle.
 - ORL- site de Saint-Denis : 83 583€. En appliquant le même raisonnement que ci-dessus, le coût total des déplacements serait de 64 900€, valorisant ainsi 1064 déplacements, soit 88 en moyenne mensuelle, soit 2,5 par fraction astreinte. Le CHU confirme que ces déplacements sont liés à des interventions chirurgicales, sans en apporter les éléments de preuve. La mission, qui a sollicité le relevé des cahiers de bloc opératoire sans les obtenir ne peut que s'étonner de ce volume qui lui paraît largement surestimé.

ANNEXE 2 : ILLUSTRATION DES PROBLEMES SOULEVES PAR LES DEPLACEMENTS

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

Illustration des problèmes soulevés par les déplacements

- XXXXXXXX: Cadre de direction. Déplacement aux Seychelles pour une "formation en " du 31/08 au 08/09/2015. Le tarif d'hébergement est de 195€ par nuit et celui des repas de 52,5€. Ceci lui aura permis de louer une maison 1000€ la semaine auprès de la société . Les indemnités ne dépassent pas les barèmes d'indemnités journalières prévues par l'arrêté du 18/09/2013 pour les fonctionnaires de l'Etat ; toutefois, on aurait pu raisonnablement penser que le séjour aurait être plus bref, compte tenu de son coût, surtout pour une formation de ce type.
- XXXXXXXX, infirmière puéricultrice. Déplacement à paris pour une formation sur les 2 et 3 octobre 2015 et un congrès du 08/10 au 10/10 pour un séjour du 24/09 au 11/10/2015.
- XXXXXXXX, aide médico-administrative. Déplacement à Lille pour une formation de d'une journée le 17/09/2015 pour un séjour du 15/09 au 22/09.
- XXXXXXXX, praticien hospitalier contractuel. Déplacement du 13/07 au 15/08/2015, soit un mois pour une série de rdv programmés.
- XXXXXXXX, déplacement pour une formation dans le cadre d'un DIU . Trois séquences de deux jours en janvier, mars et juin 2016 pour un séjour du 18/01 au 14/02, un second du 17/03 au 27/03 et le dernier du 20/05 au 19/06.
- XXXXXXXX, ingénieur pour un certificat de . Trois déplacements :
 - . du 28/04 au 05/05/2015 pour une session des 3 et 4/05
 - . du 24/05 au 30/05/2015 pour une session les 25 et 26/05
 - . du 03/09 au 10/09/2015 pour une session les 8 et 9/09
- XXXXXXXX, cadre de direction. Déplacement à Paris pour une formation sur du 25 au 27/11/2015 pour un séjour du 19/11 au 27/11.
- XXXXXXXX, cadre de direction. Déplacement à Paris pour une formation " " du 16 au 18/07/2014 pour un séjour du 14/07 au 04/08 avec un transport aérien du 18/07 au 04/08 entre Paris et Marseille AR sans fourniture d'un ordre de mission.
- XXXXXXXX, cadre de XXXXX. Déplacement à Paris pour une formation les 21 et 22/10/2015 pour un séjour du 16/10 au 04/11/2015 ;
- XXXXXXXX, attachée administrative. Déplacement à Paris pour une réunion le 4/03 depour un séjour du 3 au 8/03.

- XXXXXXXX, praticien hospitalier. Déplacement à Marseille pour une formation au DIU XXXXXXXXX du 7/03 au 11/03/2016 pour un séjour du 25/02 au 26/03/2016.
- XXXXXXXX, cadre de direction. Déplacement à Paris pour une formation EHESP de deux jours pour un séjour du 04/11 au 11/11/2015 avec un billet d'avion de Bordeaux à Paris.
- XXXXXXXX, cadre de direction. Déplacement à Paris pour un "séminaire" les 21 et 22/01/2015 pour un séjour du 08/01 au 25/01/2015 avec un transport aérien Paris- Bordeaux AR les 9 et 25/01.
- XXXXXXXX, cadre de direction. Séjour du 12/08 au 06/09/2016 pour un seul entretien au CHU de Bordeaux le 16/08 et une visite de modulaires à Paris le 06/09 avec la prise charge d'un transport aérien Paris - Bordeaux le 13/08.
- XXXXXXXX, cadre de direction. Déplacement sur Paris pour la visite de blocs modulaires les 11 et 12 juillet 2016 pour un séjour du 07/07 au 12/07 avec la prise en charge d'un transport aérien entre Paris et Bordeaux.

ANNEXE 3 : LA POURSUITE DES FONCTIONS DE M.XX,, PRESENTE DES IRREGULARITES

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

La poursuite des fonctions de M.XX,, présente des irrégularités

[624] M. XX occupait un poste deau CHU et a été radié des cadres par la directrice générale du CNG à compter du 27 juin 2015, à la demande de l'intéressé faisant valoir ses droits à la retraite. Un nouvel arrêté du CNG pris le 17/04/2015 l'a prolongé jusqu'au 26/12/2015.

[625] Par la suite, M. XX a été recruté, sans contrat, au CHU comme attaché d'administration hospitalière (AAH) principal du 27/12/2015 au 26/08/2016 et rémunéré au 8^{ème} échelon de son grade (indice 706) pour prendre en charge les travaux sur le..... A la fin du mois d'août 2016, à la cessation de ses fonctions, son cumul net imposable s'élevait à € pour les 8 mois de l'année.

De plus, M. XX a continué à disposer du logement de fonction qu'il occupait jusqu'alors sans participer aux astreintes de la direction, donc sans connaître les sujétions dont la mise à disposition du logement constitue la contrepartie.

Les informations communiquées à la mission par l'établissement indiquent de surcroît que la participation de l'intéressé au tour d'astreinte avait été mineure les dernières années : 4 semaines en 2014 et deux en 2015.

Il a enfin bénéficié d'une formation à Lyon suren décembre 2015.

[626] La mission considère qu'il n'y a pas d'obstacle juridique à employer un cadre de direction ayant fait valoir ses droits à la retraite. Toutefois, concernant M. XX, la mission constate quatre éléments, dont deux constituent des irrégularités :

- Le fait qu'il n'y ait pas de formalisation contractualisée du recrutement,
- Le fait que le recrutement ait été effectué dans son établissement d'origine sur une fonction qui n'était pas la sienne et pour une mission spécifique alors que deux DRH exerçaient déjà sur ce champ,
- Le fait que le positionnement statutaire était particulièrement avantageux sur le plan financier, alors que le "tact et mesure" aurait pu prévaloir,
- Le fait qu'il ait bénéficié gratuitement d'un logement de fonction pendant les 8 derniers mois sans contrepartie.

[627] **Le CHU doit émettre à l'encontre de M. XX un titre de recettes correspondant aux loyers dont il aurait dû s'acquitter pour avoir bénéficié d'un logement du CHU sans contrepartie.**

ANNEXE 4 : LA REMUNERATION DE MADAME XX, DIRECTRICE ADJOINTE CONTRACTUELLE, PARAÎT INADAPTEE

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

La rémunération de Madame XX, directrice adjointe contractuelle, paraît inadaptée

[628] Madame XX a été recrutée par le CHU de la Réunion en qualité de directrice adjointe sur un contrat à durée indéterminée à compter du.....; elle partage son temps entre le CHU à 80% et le Groupe Hospitalier Est Réunion (GHER) à hauteur de 20%. Sa rémunération mensuelle brute est fixée par le contrat à€, ce qui constitue une rémunération nette de € par mois.

[629] Il a déjà été indiqué *supra* que l'autorité investie du pouvoir de nomination définit la rémunération de l'agent contractuel.

[630] Toutefois, les dispositions réglementaires sur les contractuels (décret n° 91-155 du 11 février 1991, article 1-2) précisent que "*le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative en prenant en compte notamment les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience*".

[631] Il aurait donc été logique que la rémunération soit fixée en regard de celle des directeurs d'hôpital titulaires ayant une ancienneté et disposant d'une expérience quasi équivalente.

[632] Cela pourrait être illustré par la situation d'une directrice adjointe du CHU née en.....⁶⁵ et dont le cumulé total imposable net en 2015 s'est élevé à environ€, soit un salaire net moyen mensuel de €.

⁶⁵ Mme XX est née en

ANNEXE 5 : LA SITUATION DE MADAME XX INTERROGE SUR LE RESPECT DES REGLES D'AVANCEMENT DE GRADE ET LEURS CONDITIONS D'APPLICATION

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

La situation de Madame XX interroge sur le respect des règles d'avancement de grade et leurs conditions d'application

[633] En 2015, Madame XX est attachée d'administration hospitalière (AAH) au 9^{ème} échelon

Le 7 août 2015, elle signe son évaluation, particulièrement élogieuse, ainsi que la note de 23,25/25 qui lui a été attribuée en progression de 1 point par rapport à 2014 par le directeur du site..... Le 5 novembre, elle est informée par le directeur des ressources humaines d'une erreur dans la fixation initiale de sa note qui est ramenée à 22,75.

Le 13 novembre, elle conteste sa nouvelle note auprès du DRH et indique "*formuler une demande de révision de note*", ce qu'elle officialise par courrier au président de la commission administrative paritaire le 1^{er} décembre n'ayant pas eu de réponse à son précédent courrier.

[634] Le 16 décembre 2015 la séance de toutes les CAP est reportée, seule est maintenue celle de la commission administrative paritairecompétente pour ce grade.

[635] Elle examine la demande de révision de note ; dans le procès verbal de la séance (pièce jointe n°14), le directeur des ressources humaines précise qu'il "*convient de s'en tenir à la note portée par M. XX, c'est-à-dire 23,25, revenant ainsi sur l'abattement qu'il avait lui-même décidé*". La CAP valide à l'unanimité la demande de révision et donc la note qui avait été initialement fixée.

[636] En outre, est présenté la liste des propositions d'avancement d'échelon dans laquelle figure Madame XX; il est proposé que celle-ci, au 8^{ème} échelon depuis le 14/08/13, passe au 9^{ème} à compter du....., donc à la durée intermédiaire, c'est-à-dire à la durée moyenne (2 ans et 6 mois pour le 8^{ème} échelon) réduite de 6 mois et 9 jours. Ceci a fait l'objet d'un avis favorable de la CAP.

[637] Or, la décision du directeur du 22/02/2016 (pièce jointe n° 14) fait avancer Madame XX au 9^{ème} échelon à compter du 29/06/2015, c'est-à-dire "*à la durée minimum sans ancienneté*". Madame XX a bénéficié ainsi d'une réduction complémentaire d'ancienneté d'un mois et 6 jours.

[638] Pour finir, est présenté en séance un tableau d'avancement au grade d'attaché principal d'administration hospitalière, avec une seule promotion possible, proposant d'en faire bénéficier Madame XX; une des représentantes du personnel conteste cela, indiquant qu'une autre attachée plus ancienne remplit également les conditions, ce qui n'apparaît pas dans le tableau d'avancement intégré au procès verbal de la séance. Cette même représentante du personnel observe dans la note jointe au procès verbal que celui-ci *"ne reflète pas la sincérité des débats"*. La CAP donnera un avis favorable à la nomination de Madame XX par 2 voix favorables et deux abstentions.

[639] Il est important de noter que la concurrente de l'intéressée avait une ancienneté plus importante dans l'établissement ainsi que dans le grade. En effet, pour remplir les conditions, l'AHH *"doit compter au moins un an d'ancienneté dans le 9^{ème} échelon de son grade"* (décret du 15/10/2012), Madame XX étant dans cet échelon depuis le 29/06/2015 et sa concurrente étant au 12^{ème} échelon depuis le 29/10/2014 et bénéficiant d'une note plus élevée (25/25 depuis 3 ans).

[640] Par ailleurs, cette dernière avait déjà figuré au tableau d'avancement au grade d'attaché principal lors de la séance de la CAP du 29/06/2015. Cependant, un autre agent lui avait été préférée, moins ancienne dans le corps et seulement placée au 10^{ème} échelon.

[641] Madame XX est donc nommée attachée principale par décision du directeur du site du22/02/2016 avec effet au 1^{er} juillet 2016 pour tenir compte de la nécessité d'une ancienneté de un an au 9^{ème} échelon comme indiqué *supra* (pièce jointe n°14).

[642] Toutefois, il apparaît que par la suite, l'autre AAH concurrente a été également nommée, ce qu'indique le directeur général dans un courrier (pièce jointe n°14) adressé au secrétaire de la section CFDT du CHU le 1^{er} juillet 2016 en réponse au recours gracieux présenté le 4 mai.

[643] Dans ce même courrier, le directeur général précise : *"Ainsi, l'avancement au grade d'attaché principal d'administration hospitalière, nonobstant les ratios, s'effectue à la discrétion de l'autorité investie du pouvoir de nomination, car il s'agit de collaborateurs de Directeurs"*.

[644] La promotion de grade de Madame XX pose donc de réelles questions quant au respect complet des dispositifs statutaires. La mission relève que :

- L'intéressée a vu, en deux mois, dans un premier temps sa note baisser puis dans un deuxième, la direction lui accorder une réduction sensible d'ancienneté dans son avancement d'échelon et enfin une promotion de grade sans qu'une réponse ait été donnée à la contestation de sa baisse de note et sans que les tableaux d'avancement aient été adressés aux représentants du personnel avant la réunion de la CAP. Cette virevolte de la direction est surprenante, ce d'autant qu'elle est soudaine et n'est accompagnée d'aucune explication. La mission s'étonne également que la CAP ait été saisie en décembre 2016 pour une promotion qui ne pouvait intervenir statutairement avant le 30/06/2017 puisque les conditions requises et notamment l'année d'ancienneté dans le 9^{ème} échelon s'apprécient au 31 décembre de l'année au cours de laquelle la promotion est envisagée, donc 2017. L'empressement manifesté pour traiter avantageusement la situation de Madame XX est surprenant.
- La direction a proposé en CAP une seule promotion au bénéfice exclusif de l'intéressée, alors qu'une autre AHH, plus ancienne et mieux notée remplissait les conditions, ce d'autant qu'elle avait déjà figuré sur un tableau d'avancement en juin 2015, comme indiqué *supra*..
- La direction a décidé dans un second temps de nommer cette dernière, sans respecter la procédure du tableau d'avancement et sans le soumettre à l'avis de la CAP.
- La direction générale prétend disposer d'un pouvoir discrétionnaire dès lors qu'il s'agit d'un collaborateur proche. En effet, le respect de l'égalité de traitement des fonctionnaires dans

l'application des statuts constitue un principe élémentaire, quelque soit le grade des agents et leur place dans un organigramme.

[645] La mission a été informée que Madame XX se serait plainte à l'automne 2015 de comportements inadéquats à son égard et aurait sollicité la protection juridique de l'établissement. La mission a demandé au directeur général par mail du 5 octobre 2016 s'il avait eu "*connaissance de ces éléments et le cas échéant les suites qui ont été données*" ; elle n'a obtenu aucune réponse à son interrogation.

[646] Enfin, la mission doit indiquer que le dossier administratif de Madame XX a été saisi le 5 octobre 2016 par la gendarmerie agissant dans le cadre d'une enquête préliminaire.

ANNEXE 6 :

LA SITUATION PERSONNELLE DE MADAME XX PARAÎT EXORBITANTE DU DROIT COMMUN

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

La situation personnelle de Madame XX paraît exorbitante du droit commun

[647] Madame XX a été nommée, après concours, adjoint des cadres hospitaliers de grade 1 à compter du....., sur le plan fonctionnel, elle a été nommée "....." auprès de la direction générale du CHU (.....) ; elle assure également une fonction de.....

[648] En 2015, Madame XX a bénéficié d'une première autorisation de cumul d'activité pour effectuer une mission confiée par la..... Le 22/04/2016, elle a bénéficié, pour 8 mois renouvelables, d'une nouvelle autorisation de cumul d'activité aveccomme le précise la demande qu'elle a effectuée le 23 février.

[649] Au cours de ce cumul d'activité, l'intéressée continue à exercer à temps plein au CHU et doit consacrer 14 heures hebdomadaires à la missionpour une rémunération nette mensuelle de 700€ ; le temps de travail total de l'intéressée dépasse le plafond autorisé.

[650] De surcroît, Madame XX bénéficie depuis le début de l'année 2016 d'un congé de formation professionnelle (CFP) validé par l'ANFH. A ce titre, elle est inscrite pour 2016 et 2017 à "....." organisé par Sciences Po Paris. Le programme est bâti sur 40 jours de formation pour un total de 320 heures d'enseignement sans compter donc le temps qui sera nécessairement consacré au mémoire de fin de formation ; ceci correspond à 2 jours de formation en moyenne mensuelle sur site.

[651] Les droits d'inscription à Sciences Po pour ce master s'élèvent à 18 500 € auxquels il faut ajouter 7 500 € de frais de déplacement selon les estimations de l'ANFH et 6 350 € d'indemnités que l'ANFH rembourse à l'établissement (document de validation de l'ANFH du 18/04/2016).

[652] Il s'agit donc d'une formation exigeante sur le plan du temps à y consacrer et donc de la compatibilité avec l'exercice professionnel habituel au CHU, ce d'autant que se rajoute la mission auprès de la Il s'agit aussi d'une formation particulièrement onéreuse qui, même si elle est payée par l'ANFH, c'est-à-dire sur les cotisations des établissements hospitaliers publics, engage des fonds publics.

[653] Les tableaux de service demandés par la mission pour l'année 2016 font apparaître un niveau de présence normal compte tenu des absences engendrées par la formation et des

déplacements indispensables auxquels se rajoutent des délais de route (2 jours francs avant la formation et 1 jour après).

[654] La mission a demandé au directeur général du CHU des précisions sur l'exercice professionnel de Madame XX ; il n'a pas répondu directement à la sollicitation mais a transmis une note (pièce jointe n°15) rédigée par l'intéressée elle-même qui affirme que "*mon temps de travail dédié à la s'effectue sur mon temps personnel (week-end, nuits...)*".

La mission souhaite relever que l'attitude du directeur général est contestable car ce n'est pas à Madame XX que la mission avait demandé des explications.

[655] Il faut également préciser que Madame XX est amenée à se déplacer fréquemment sur la métropole ; par exemple:

- du 15 au 28/03 2016 pour la formation master se déroulant les 17 et 18,
- du 30/01 au 6/02 2016 pour deux jours de mission les 4 et 5,
- du 29/12/2015 au 15/1/2016 pour une mission du 4 au 13 janvier sur.....,
- du 26/10/2015 au 01/11/2015 pour une mission sur également,
- du 16/09 au 26/09/2015 pour trois réunions dont une afin de préparer le

Ses périodes de déplacement sont fréquemment plus longues que le temps induit par les motifs de la mission qu'elle effectue.

[656] Ainsi, la situation de madame XX interroge la mission pour trois raisons :

- Tout d'abord, elle est frappée par l'agrégation de toutes ces activités au sein du CHU et à l'extérieur centrée sur une seule et même personne ; cela lui confère un statut inédit, probablement prestigieux, qui distingue l'intéressée des autres professionnels. Il aurait été compréhensible que le CFP ne soit pas accordé concomitamment au cumul d'activités ; ce régime exorbitant interroge la mission sur les raisons qui ont poussé la direction du CHU à accéder aux requêtes professionnelles de Madame XX et à valider autant de déplacements en métropole ou à Madagascar.
- Ensuite se pose la question de la compatibilité avec la poursuite normale de son activité hospitalière ; cet excès de cumuls oblige à poser la question du volume de travail effectué au profit du CHU, employeur exclusif de Madame XX. La décision presque concomitante concernant le CFP et le cumul d'activité en complément de fonctions que tous les adjoints des cadres n'exercent pas, impacte la responsabilité de l'établissement. Il demeure essentiel que les intérêts du CHU soient respectés et que le temps du par l'intéressée au CHU soit réellement effectué.
- Enfin, elle y voit un risque que cette situation fasse que Madame XX soit considérée comme privilégiée ou favorisée, ce qui serait de nature à altérer la nécessaire exemplarité de la gouvernance.

[657] La mission considère donc que la situation de Madame XX doit être reprise pour réduire le périmètre de ses fonctions et pour clarifier les liens avec la.....

SIGLES UTILISES

AME	Aide médicale de l'Etat
ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
ARS	Agence régionale de santé
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
ATU	Accueil et traitement des urgences
CAF	Capacité d'autofinancement
CDD	Contrat à durée déterminée
CFTC	Confédération française des travailleurs chrétiens
CGI	Commissariat général à l'investissement
CHR	Centre hospitalier régional
CHSCT	Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CME	Commission médicale d'établissement
CODIS	Comité départemental d'incendie et de secours
Copermo	Comité de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREA	Comptes de résultat analytiques
CREF	Contrat de retour à l'équilibre
CRPP	Compte de résultat prévisionnel principal
CSSM	Caisse de Sécurité Sociale de Mayotte
CTE	Comité technique d'établissement
DAM	Direction des affaires médicales
DGFIP	Direction générale des finances publiques
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
DRH	Direction des ressources humaines
DRJCS	Direction régionale de la jeunesse et de la cohésion sociale
DS	Direction des soins
ePMSI	Portail d'accès aux plateformes de recueil de l'information médicale -ATIH
EPRD	Etat prévisionnel des recettes et des dépenses
ETP	Equivalent temps plein
EVASAN	Evacuation sanitaire
FIR	Fonds d'intervention régional
FO	Force Ouvrière

GHER	Groupe hospitalier de l'Est Réunion
GHSR	Groupe hospitalier du Sud Réunion –établissement fusionné au sein du CHU de La Réunion
GHT	Grouperement hospitalier de territoire
HospDiag	Outil d'aide à la décision développé par l'Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
HU	Hospitalo-universitaire
ICR	Index de complexité relative
IEP	Identifiant Externe Patient
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
MIGAC	Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
PDS(ES)	Permanence des soins (en établissement de santé)
PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PH	Praticien hospitalier
PMCT	Poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PPI	Plan pluriannuel d'investissement
RH	Ressources humaines
RSA	Revenu de solidarité active
RSA	Résumé de sortie anonyme
RSS	Résumé de sortie standardisé
SROS	Schéma régional d'organisation des soins
T2A	Tarifcation à l'activité
TDC	Toutes dépenses confondues
TDC	Toutes dépenses confondues
TOM	Taux d'occupation moyen
UNSA	Union nationale des syndicats autonomes

**OBSERVATIONS REÇUES ET REPONSES
DE LA MISSION A CES OBSERVATIONS**

**1 OBSERVATIONS DU DIRECTEUR
GENERAL DU CHU DE LA REUNION AU
RAPPORT PROVISOIRE ET REPONSES DE
LA MISSION A CES OBSERVATIONS**

1.1 OBSERVATIONS GENERALES DU DIRECTEUR GENERAL DU CHU ET REponses DE LA MISSION A CES OBSERVATIONS



Date : Mercredi 22 Février 2017

Monsieur Pierre BOISSIER

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des
Affaires Sociales

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 108-2016/LC/EF

Objet : *Rapport provisoire IGAS 2016-117R relatif au
contrôle du CHU de La Réunion – Observations*

Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales,

Vous avez bien voulu me transmettre les observations provisoires établies par la mission intervenue dans le cadre de l'inspection du CHU de La Réunion.

Comme vous pourrez le constater, de nombreuses observations et recommandations formulées ont d'ores et déjà pu être mises en œuvre ou font partie du plan d'actions porté par le CHU en concertation avec l'ARS Océan Indien et actuellement soumis à l'arbitrage du COPERMO. Je forme le vœu que vous puissiez, au stade des observations définitives, tenir compte de ces efforts significatifs réalisés par l'établissement en modifiant ou retirant un certain nombre d'observations formulées et auxquelles il a déjà été répondu en pratique.

Vous trouverez, joints à la présente lettre, les éléments de réponse ou de rectification factuelle que le CHU souhaite apporter précisément aux différentes observations formulées.

Deux points transversaux me semblent devoir plus particulièrement être mis en exergue. Le premier porte sur les opérations d'investissement que sont le bâtiment de soins critiques de Saint-Denis et la rénovation du bâtiment central de Saint-Pierre : leur engagement indépendamment de la procédure devant le COPERMO avait bien fait l'objet d'une autorisation de l'ARS et du ministère de la Santé, ce que permettaient d'ailleurs les règles nationales alors en vigueur. Le deuxième point transversal que je souhaitais soulever d'emblée est relatif aux indexations jugées irrégulières de certains régimes indemnitaires : cette observation s'appliquant à l'ensemble des hôpitaux d'Outre-Mer, le CHU avait saisi le ministère de ce point précis dès la formulation de cette constatation dans le rapport rendu par la Chambre régionale des comptes à l'automne 2014. Les professionnels du CHU avaient alors été informés de cette démarche officielle par la direction du CHU.

Ce rapport nous semble, dans son orientation générale, apporter une vision partielle de la situation du

CHU de La Réunion pour au moins trois raisons principales.

- En premier lieu, le rapport provisoire n'intègre que très peu les facteurs de contraintes pesant sur la situation financière du CHU et liés à son engagement dans le soutien, à la demande des autorités nationales et régionales, des établissements hospitaliers de l'Océan Indien. Vous trouverez ci-joints des éléments présentant les effets sur la situation du CHU, de son engagement auprès du Centre hospitalier de Mayotte (les dernières évaluations réalisées et jointes à cet envoi situant cet impact à hauteur d'un tiers du déficit actuel du CHU) et dans le redressement du Groupe hospitalier Est Réunion depuis l'engagement de la direction commune le 1er janvier 2014. Le CHU s'étonne, par ailleurs, que le rapport ne fasse aucune mention de l'engagement du Groupement hospitalier de territoire Océan Indien : ce silence risque d'être relu comme un message désincitatif quant à la participation du CHU à cette démarche prioritaire issue de la loi de Santé de janvier 2016 et décisive pour l'avenir des hôpitaux de l'Océan Indien. Le rapport n'aborde également que très peu la politique de coopération Océan Indien et n'évoque pas la stratégie de développement à l'export de l'expertise française en santé ainsi que le potentiel de développement induit pour le territoire réunionnais alors qu'il s'agit pourtant d'une très forte orientation nationale.
- En second lieu, le rapport provisoire ne consacre que très peu de développements au projet hospitalo- universitaire lui-même et aux dynamiques d'innovation initiées en matière de soin, d'enseignement et de recherche.

La Direction note que le rapport IGAS ne contient presque aucun élément sur le projet hospitalo-universitaire et le développement de l'enseignement, de la recherche et des études en santé. A ce titre, c'est l'équivalent de plus de 12 temps plein de médecins hospitaliers qui s'investissent dans les cours à l'UFR Santé et l'encadrement des étudiants en médecine dans les services. La part dite modulable des MERRI (missions enseignement, recours recherche innovation) n'intègre pas les surcoûts Domiens. Le nombre d'internes a plus que doublé depuis 2010 et la montée en charge d'un internat Océan Indien.

Depuis la création du CHU de La Réunion en 2012, l'activité recherche enregistre une forte croissance :

- Promotion interne : + 150 %. 2012 : 20 études / 2015 : 50 études
- Promotion externe académique : + 115 %. 2012 : 40 études / 2015 : 86 études
- Promotion externe industrielle : + 24 %. 2012 : 38 études / 2015 : 47 études

La production scientifique des équipes de recherche, se traduisant par des publications, enregistre une évolution de 80 % en 4 ans.

- Enfin, le rapport provisoire n'évoque pas les enjeux pourtant essentiels pour le CHU de La Réunion du développement du numérique en santé. Le CHU s'est fortement engagé dans le développement des actions régionales de télémédecine, dans l'objectif en particulier de mieux réguler les évacuations sanitaires depuis Mayotte. Il s'agit bien d'un renouvellement

profond des modalités d'action du CHU et il est dommage que le rapport provisoire n'en fasse pas état.

La Télémédecine, en tant qu'organisation médicale innovante au bénéfice de personnes identifiées comme ayant des difficultés d'accès aux soins, trouve toute sa pertinence dans un contexte insulaire et/ou enclavé tant à La Réunion qu'à Mayotte. La Télémédecine constitue par ailleurs un véritable outil d'aide à la structuration du projet médical partagé en cours de construction dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire Océan indien (GHT OI) regroupant le CHU de la Réunion (établissement support), le Groupe Hospitalier Est Réunion, le Centre Hospitalier Gabriel Martin, l'Etablissement Public de santé Mentale et le Centre Hospitalier de Mayotte.

En collaboration étroite avec les professionnels des établissements publics de santé de la Réunion et de Mayotte, l'équipe projet Télémédecine et son comité de pilotage regroupant des représentants des établissements membres du GHT OI ont priorisé 5 filières d'activités entre La Réunion et Mayotte pour lesquelles s'engagera un déploiement expérimental de Télémédecine.

Je vous prie d'agréer, *Monsieur le Chef de l'Inspection Générale des Affaires Sociales*, l'expression de ma parfaite considération.

Le Directeur général du CHU de La Réunion



Position générale de la mission sur le contenu du courrier du directeur général du CHU au Chef de l'IGAS :

Le rapport ne rend pas compte d'une mission d'évaluation générale de l'établissement mais d'une mission de contrôle dont le champ est défini par la lettre de mission de la ministre. Il ne concerne que la période 2012-2016. De plus, son périmètre ne comprend pas les champs relatifs aux liens du CHU avec d'autres établissements ou groupements constitués, à sa mission universitaire, donc à ses missions de recherche, au numérique en santé et à la télémédecine.

**OBSERVATIONS DU CHU DE LA REUNION RELATIVES AU RAPPORT
PROVISoire IGAS 2016-117R RECEPTIONNE LE 1^{ER} FEVRIER 20**

§6 : *Concernant les opérations d'investissement que sont le bâtiment de soins critiques de Saint-Denis et la rénovation du bâtiment central de Saint-Pierre : leur engagement indépendamment de la procédure devant le COPERMO avait bien fait l'objet d'une autorisation de l'ARS et du ministère de la Santé, ce que permettaient d'ailleurs les règles nationales alors en vigueur. La DGOS était informée de la non présentation au COPERMO des projets d'investissements du CHU par courrier en date du 10 octobre 2013. **Pièce jointe n° 1.***

Par ailleurs, les observations définitives de la CRC ont fait l'objet d'une présentation aux instances : CTE du 23 septembre 2014 et Conseil de surveillance du 24 septembre 2014.

*Concernant les indexations jugées irrégulières de certains régimes indemnitaires : cette observation s'appliquant à l'ensemble des hôpitaux d'Outre-Mer, le CHU avait saisi le ministère de ce point précis dès la formulation de cette constatation dans le rapport rendu par la Chambre régionale des comptes à l'automne 2014, sans obtenir de réponse. Les professionnels du CHU avaient alors été informés de cette démarche officielle par la direction du CHU. **Pièce jointe n°2.** Cette remarque s'applique également au **§173.***

Réponse de la mission :

Le CHU ne produit aucune pièce prouvant qu'une autorisation de lancement des travaux ait été explicitement accordée par l'ARS ou la DGOS. De plus, la mission rappelle les dispositions de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 de programmation des finances publiques du 31/12/2012 et du décret n°2013-1211 du 23/12/2013 qui conditionnent l'engagement de travaux de cette importance à la production d'une analyse socio-économique, et, pour l'une des opérations, à une contre-expertise.

La mission ne conteste pas que les observations de la CRC aient été communiquées aux instances de l'établissement mais constate simplement qu'elles n'ont pas été suivies.

Concernant l'indexation de certaines primes et indemnités, la mission conteste les affirmations selon lesquelles cette observation s'applique à l'ensemble des hôpitaux des DOM ; les CHU de la Guadeloupe et de la Martinique n'indexent pas ces primes et indemnités.

§ 12 : La nomination du directeur général du CHU est intervenue le 31 mai 2016, après 4 mois d'intérim, débuté en février 2016. Le plan d'action pour le redressement de la situation l'établissement a été présenté dans la feuille de route du COPERMO du 13 décembre 2016. (Voir note stratégique COPERMO 1 **en pièce jointe n° 3**.)

Le plan d'actions de redressement financier est proposé à hauteur de 28,7 M€ sur la période 2017-2021.

Dès 2015, il a été décidé, notamment le non remplacement des départs à la retraite au niveau des services hors soins. Un premier ensemble de mesures de non renouvellements de CDD a été préparé en 2016, avec effet année pleine en 2017.

Le Plan pluriannuel d'investissement a été réduit de – 40 M€

Pour ce qui concerne la part du déficit directement lié à la gestion, les efforts de maîtrise de l'évolution budgétaire engagés depuis juillet 2016 ont commencé à porter leurs fruits sur la fin de l'année. On note par exemple, que si l'évolution des dépenses de personnel est supérieure à la prévision de l'EPRD 2016 (+ 3,85 % de hausse par rapport à 2015), des facteurs externes (PPCR, revalorisation d'indice, charges sociales) y participent. L'objectif d'évolution des dépenses de PNM est tenu pour la première fois depuis la création du CHU.

46 fermetures de lits ont été actées dès 2016 et sont en cours de déploiement opérationnel. Ces fermetures sont assorties de la création de 11 places de jour (Copermo 1).

Une rénovation profonde de la gouvernance et des outils de pilotage a été actée dès 2016 :

- suppression des instances de site / direction complètement transversale Nord / Sud ;
- pilotage de la gestion dans un Comité de direction CHU, en étroite coordination avec la communauté médicale, et un management par pôles garantissant un vrai dialogue de gestion, et la prise de décision ;
- rénovation profonde de l'organisation, des outils de pilotage et du contrôle de gestion en cours ;
- fiabilisation des données de gestion dans le cadre du chantier certification des comptes piloté en lien étroit avec l'Agence de Santé Océan Indien
- élaboration d'un tableau de bord de la Direction Générale validé aux instances (**Pièce jointe n°4**).

Pour ces raisons l'établissement propose le retrait du §12.

Réponse de la mission :

Le directeur général a été nommé directeur général par intérim à compter du 6 février 2016 et occupait préalablement les fonctions de directeur général adjoint.

L'EPRD 2016 n'a pas été respecté ; les ETP ont continué de croître et le déficit s'est largement accru.

Les résultats de l'exercice 2016 justifient que le paragraphe 12 soit maintenu.

§ 14 : Le commissaire aux comptes n'a pas pu se prononcer sur la certification des comptes 2015 de l'établissement. Les processus comptables et le contrôle interne mis en place jusqu'alors ont été jugés insuffisants par le certificateur.

L'établissement a désormais une obligation de résultat : être certifié sur ses comptes 2016.

Pour ce faire, le CHU organise depuis le mois de juillet 2016 des comités de pilotage en présence de l'ARS et la DRFIP et des responsables en interne de chacune des actions à conduire afin de suivre le plan d'action défini en vue de la certification des comptes de l'exercice 2016.

Le plan d'action est décliné par cycle et direction fonctionnelle responsable pour mise en œuvre. Il sera présenté lors du conseil de surveillance.

Un accompagnement complémentaire conduit par le certificateur afin d'assister l'établissement dans la réalisation d'une partie des tâches à accomplir a été validé par la Direction Générale pour les cycles immobilisation et personnel (PNM et PM). Cet accompagnement a été réalisé en octobre 2016.

A ce jour le comité de pilotage s'est réuni le 11 juillet, le 29 août, le 3 novembre et le 5 décembre 2016.

Le plan d'action portant sur 6 cycles a été construit par la DAF et a été proposé fin août aux acteurs concernés, il a été présenté au conseil de surveillance du CHU en septembre 2016.

Cycles concernés :

- Recettes/créances : DAF-DIM
- Capitaux propres : DAF
- Immobilisations : DAE-DTST-Biomédical
- Ressources humaines : DRH-DAM
- Provision de renouvellements des immo : DAF
- Stocks : Pharmacies

Actions à conduire par cycle

Immobilisations :

Lors de l'audit des comptes annuels 2015, les principaux points d'attention concernaient :

- L'absence de rapprochement physique des bâtiments, installations et terrains avec le fichier des

Immobilisations ;

- L'absence de rapprochement entre les biens mobiliers physiques et le fichier des immobilisations ;

- L'absence de rapprochement entre le matériel technique et la GMAO.

Personnel :

Evaluer l'environnement de contrôle interne relatif au traitement de la paie du personnel médical et non médical en s'assurant que :

- Les séparations de fonctions sont suffisantes,
- Les personnes rémunérées (figurant sur le livre de paie) ont bien droit à leur rémunération,
- Les rémunérations versées correspondent à des agents réalisant un travail effectif
- Les rémunérations sont correctement calculées,
- Le paiement des rémunérations se fait avec une sécurité suffisante,
- Toutes les charges relatives au personnel sont correctement comptabilisées,
- Les dispositions légales en matière de personnel sont respectées,
- L'approbation des entrées et des sorties du personnel,

Lors de l'audit des comptes annuels 2015, les principaux points d'attention concernaient :

- L'absence de procédures écrites de contrôle interne sur des process clés du traitement de la paie
- L'absence de contrôles formalisés sur un certain nombre d'éléments (compteurs RH, paie...)
- L'absence d'harmonisation des procédures et des pratiques entre les sites.

Stocks

Lors de l'audit des comptes annuels 2015, les principaux points d'attention concernaient :

- La non intégration des coûts de transport dans la valeur du stock alors que prévu à la nomenclature comptable M21

- L'absence d'évaluation des stocks dans les services au niveau CHU
- L'absence de rapprochement vente par rétrocessions de médicaments/ consommations en rétrocessions

Recettes/créances

Lors de l'audit des comptes annuels 2015, les principaux points d'attention concernaient :

Créances irrécouvrables :

La méthodologie proposée doit être fiabilisée aux regards des recommandations et taux de la DRFIP.

Recettes T2A :

Taux de reclassement de 30 % suite aux travaux d'un expert DIM de Mazars sur les recettes d'activité T2A. Ce taux de 30% a fait l'objet d'échanges avec les DIM du CHU et sont incompatibles avec les seuils d'audit de Mazars.

Le comité de pilotage poursuit ses travaux en 2017 et le plan d'action est régulièrement actualisé en vue d'obtenir la certification des comptes.

Un point d'étape sera réalisé au prochain conseil de surveillance.

Réponse de la mission :

La mission prend note des informations communiquées, dont les points principaux sont repris au paragraphe 2.4.2 du rapport. Toutefois, l'argumentation développée n'enlève rien à l'objectivité du constat de non certification des comptes de l'exercice 2015.

§ 20: Les deux projets immobiliers présentés comme pâtissant du système managérial de l'établissement étaient une condition de création du CHU de La Réunion. Le protocole politique pouvait en réalité être considéré comme le pacte fondateur du CHU et ne pouvait être remis en cause pendant la période de quatre années de transition prévue par les protocoles eux-mêmes. La lecture de l'IGAS ne comporte aucune remise en perspective ou recul historique. Comme le souligne l'IGAS dans le §45, le contentieux lié à la fusion n'a été soldé qu'en 2014 par la juridiction administrative.

D'autre part ces deux opérations, dont l'actualisation fonctionnelle et capacitaire est légitime aujourd'hui, ont été expressément validées par l'ARS-OI dans le CPOM signé avec le CHU en février 2013. **Pièce jointe n° 5.**

Réponse de la mission :

Les observations du CHU ne répondent pas au contenu du paragraphe 20. Par ailleurs, «l'actualisation fonctionnelle et capacitaire» pouvait être considérée comme légitime avant le lancement des travaux.

§ 23 à 25: Même remarque que sur le paragraphe 1 concernant la non présentation de l'opération au COPERMO.

En rapport aux affirmations sur la supposée dérive des coûts et le supposé défaut de pilotage de cette opération, le rapport du consultant de l'ANAP M HEISSAT daté du février 2017 (**pièce jointe n°6**) estime, à partie de la page 6 de son rapport, analyse l'évolution du programme du PRO au DCE :

« En synthèse financière, le coût est passé de 57,689 millions d'euros à 68,670 millions d'euros HT travaux (V 09/2011).

Cette différence s'explique principalement par :

- la prise en compte de l'extension du bâtiment H pour 4,02 millions d'euros
- le coût du désamiantage pour 3,998 millions d'euros
- 1,6 millions d'euros pour le remplacement des menuiseries extérieures du bâtiment central
- 1,363 millions d'euros de mises au point et définitions pendant les phases d'études.

En considérant que de toute façon la réalisation de ce projet nécessitait un désamiantage obligatoire, des travaux de structure indispensables pour l'insertion du programme dans le bâtiment H et le remplacement des menuiseries, un résultat final avec un budget augmenté de 2,4% par rapport au coût annoncé par au coût annoncé par la maîtrise d'œuvre à la signature de son marché à l'issue du concours d'architecture.

En rapprochant le coût de la notification des travaux et les surfaces à construire, le coût de 2 092 € HT/m² en valeur 09/2011 moyen du m² construit et rénové apparait comme performant.

Les surfaces de 32 924 m² SDO se répartissent en 19 137 m² de bâtiment neuf et 13

787 m² de réhabilitation, pour mémoire le PTD prévoyait une surface totale de 31 000 m² SDO. A ce stade les 6% de surface en plus sont tout à fait représentatives d'une maîtrise de l'opération.

-31 000 m² de SDO programmée et 33 000 m² SDO de travaux à réaliser, le projet est maîtrisé par le maître d'ouvrage et par la maîtrise d'œuvre. »

Réponse de la mission :

Les observations fournies par le CHU confirment le paragraphe 23 : « Les insuffisances ou l'absence d'études techniques ont contribué à alourdir le coût prévisionnel ».

§ 25 : Voir **pièce jointe n° 7** : courrier en date du 2 décembre 2016 adressé au directeur général de l'ARSOI relatif à l'opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central de saint-Pierre précisant notamment les conséquences juridiques et financières d'un arrêt ou d'une suspension de l'opération.

§ 46 : L'harmonisation des pratiques RH a concerné bien d'autres domaines que la notation.

230 pratiques ont été recensées Nord/Sud à la fusion, parmi lesquelles :

- 171 pratiques sont similaires
- 22 pratiques nécessitent des ajustements techniques
- 37 pratiques à harmoniser



Le projet social 2012-2015 a permis de faire converger des pratiques qui ont nécessité une harmonisation, parmi lesquelles :

- AXE 1 : Mettre en place le plan d'intégration des contractuels et renforcer l'adéquation grade / fonction / qualification
 - o Plan de stagiairisation
 - o La Charte de la mobilité (2013)
- AXE 2 : Petite enfance : orientation CESU
- AXE 3 : Harmoniser progressivement les pratiques et règles de GRH
Cf. tableau ci-dessous
- AXE 4 : Améliorer le dialogue social
 - o Instances CHU
 - o Dialogue social : bilatérales, multilatérales, commission de suivi du projet social, commission de carrières
- AXE 5 : Postes aménagés et postes adaptés :
 - o Politique handicap : > 6%
 - o Conventionnement FIPHFP
 - o Référents handicaps

Le tableau de recensement des pratiques harmonisées sur les 37 préexistantes (Axe 3)

Thèmes	Commentaires
REGIMES INDEMNITAIRES	
Prime de service	Harmonisation des règles et modalités de calcul - validé en CTE du 1 ^{er} décembre 2015
Indemnité forfaitaire Technique	Harmonisation des règles et modalités de calcul - validé en CTE du 1 décembre 2015
Prime de technicité	Harmonisation des règles et modalités de calcul - validé en CTE du 1 décembre 2015
Prime de Laboratoires	Harmonisation du taux – validée CTE ... 2014
GESTIONS COURANTES	
La gestion des accidents de service et maladie contractées en service	2015
CARRIERES	
Calcul des ratios (avancement grade)	Commission des carrières du 9 mai 2016
Calcul des reliquats des ratios (avancement grade)	
Présentation des tableaux des avancements de grades	Commission des carrières du 22 septembre 2016
Notation	Harmonisation des règles de notation – validé en CTE du 16 septembre 2015
Retraites	Harmonisation de la procédure de prolongation d'activité

	Commission des carrières du 27 septembre 2015
CONCOURS	
Réalisation de concours commun CHU	AMA, Psychologues, Cadre supérieur socio-éducatif Procédure de recensement des besoins commune : méthodologie et outils communs Modalités de mise en œuvre des concours communes : programmation, publications
FORMATION	
Commission de formation CHU – élaboration plan de formation	2015 - 2016
Etudes promotionnelles	Application de la désindexation sur les salaires et indemnités depuis septembre 2015
Plan DPC	Depuis 2014
TABLEAUX DE BORD	
Tableaux de bord suivi des effectifs	Tableaux mis en commun avec l'ARS
Absentéisme	Harmonisation des méthodes et outils de calcul concernant l'absentéisme (taux, .. ;) Depuis 2012
Bilan social	Depuis 2012
RECRUTEMENT	
Trame des contrats de travail des contractuels	Depuis 2016
Publication des postes vacants	Depuis 2012
INSTANCES	
Instances CHU (CTE, CAPL)	Depuis 2012
ELECTIONS PROFESSIONNELLES	
CHU	2014
TEMPS SYNDICAL – DIALOGUE SOCIAL	
Protocole d'exercice du droit syndical CHU	Septembre 2015
Gestion harmonisée du temps syndical	2015

§ 46 : S'agissant du processus de fusion, des décisions ont déjà été prises, notamment, la transversalisation de la direction des affaires économiques, de la direction des services techniques pour la partie concernant la gestion du patrimoine et investissement avec désignation d'un responsable ; Du pôle qualité et gestion des risques avec désignation d'un praticien chef de pôle et d'une directrice, adjointe au chef de pôle.

La DRH et la coordination générale des soins sont transversales depuis début 2017.

Concernant l'organisation médicale, ont été créés notamment, un Centre Pluriannuel et diagnostic prénatal (CPDPN) unique en 2016, un service de chirurgie infantile unique bi-site en 2016 avec nomination d'un responsable de service unique.

Réponse de la mission :

Les arguments développés dans ces observations n'apportent pas d'éléments nouveaux et démontrés, susceptibles de justifier la modification du contenu du paragraphe 46. Néanmoins, la mission retirera de cet alinéa la mention : « sur la notation notamment ».

§ 55 : Le coût du projet social a fait l'objet d'une évaluation. Son impact est intégré au COPERMO présenté fin 2016 :

Projet social 2016 – 2018 : 1 460 000 €(3 ans)

Ce chiffrage concerne :

PROJETS	FICHES ACTION	Coût estimatif sur 3 ans
Projet 1 : Les Plannings de travail	4) Affichage en temps réel dans chaque service	110 000 €
Projet 2 : Organisation et fonctionnement des unités.	5) Questionnaire de mesure de la satisfaction au travail des professionnels	40 000 €
	6) Prévention des Risques Psychosociaux (RPS) à partir des cartographies de sites	100 000 €
	10) Méthodologie institutionnelle ingénierie sociale des projets de changement d'organisation	30 000 €
Projet 3 : Conduite des changements d'organisation	11) Document « conduite des changements d'organisation au CHU – mode d'emploi »	30 000 €
	15) déploiement du logiciel Clepsydre (mise à disposition de moniteur lecteurs pour les cadres /professionnel des services)	150 000 €
Projet 7 : Stagiariations et promotions professionnelles	26) Stagiariations – 100 mises en stage par an	1 000 000 €
TOTAL		1 460 000 €

Par ailleurs, l'harmonisation des règles de gestion du temps de travail et de régimes indemnitaires, pourrait conduire à 490K€ de réduction de charges.

Les projets 1 à 4 étaient déjà lancés ou engagés dans le cadre de l'ancien projet social. La plupart de ces actions ne se traduisent pas par l'engagement de charges nouvelles.

Projet social 2012 – 2015 : estimation de 5 M €

**Il s'agit d'une estimation du surcoût moyen chargé, sur l'année de mise en stage, pour les 4 ans du projet social 2012-2015.*

Ce chiffrage porte essentiellement sur le surcoût pour le CHU lors de l'année de mise en stage des agents contractuels entre 2012 et 2015.

Entre 2012 et 2015, 1270 stagiairisations réalisées.

Ce programme était connu de l'Agence de Santé (courrier du Président du Conseil de surveillance de 2013 à la DG d'ARS **Pièce jointe n°8**). Ce protocole a été signé en juillet 2011.

Réponse de la mission :

La mission n'a eu connaissance ni d'une analyse des surcoûts liés à la réalisation du projet social de 2011 ni d'une estimation financière de celui arrêté en juillet 2016 (cf. en complément, les constats de la mission effectués au paragraphe 54 qui ne donnent pas lieu à observation de la part du CHU).

§59 : Les axes du projet social 2016-2018 ont fait l'objet d'une présentation lors du conseil de surveillance du 24 juin 2015 et d'une présentation d'un point d'avancement lors de la séance du 31 mars 2016, séances auxquelles l'ARS est conviée et est destinataire des procès-verbaux. Il est question d'une dotation de 900 K€ accordée par l'ARS sur le nouveau projet social. Factuellement, cette affirmation est fautive, il n'existe aucun accompagnement de l'Etat notifié au CHU sur le projet social 2016-2018. **Le CHU demande le retrait de cette phrase.**

Réponse de la mission :

Les observations du CHU n'apportent pas d'éclairage particulier sur le contenu du paragraphe et ne sont pas en opposition avec sa formulation précise.

Seule l'observation sur la dotation de 900 k€ est acceptable et la phrase mentionnée sera retirée du rapport.

§77 : La décision d'une direction des soins unique et d'une direction des ressources humaines unique a été prise dès décembre 2016 avec une mise en application au 1^{er} janvier 2017 pour la direction des soins et en février 2017 pour la DRH.

Réponse de la mission :

La mission prend acte de cette décision mais la date de mise en œuvre de la décision du CHU ne rentre pas dans le champ de la période concernée par le contrôle.

§ 78 : Des instances de sites ont été supprimées depuis début 2016 : directoire de site – commission de soins infirmiers de rééducation et médico-techniques (CSIRMT). Le comité consultatif du conseil de surveillance de site sera supprimé conformément au règlement intérieur du conseil de surveillance, au terme des 5 années prévues, soit à compter de 2017.

Recommandation n° 1 : **Les axes d'un projet médical transverse et contribuant au redressement de l'établissement sont détaillés dans le dossier COPERMO du CHU. Le projet médical du CHU sera validé avec le projet d'établissement en juin 2017.**

Recommandation n° 2 : Depuis novembre 2016, toutes les instances (CTE, CHSCT, CS) sont tenues à la Direction générale, à l'exception de la CME en raison du nombre de participants qui est supérieur à 50. Le CHU demande la reformulation de cette recommandation.

Réponse de la mission :

La mission prend acte de ces informations qui ne remettent pas en cause le contenu de la recommandation n°2.

Recommandation n° 3 : Toutes les instances de sites sont supprimées, à l'exception du CHSCT qui doit être maintenu par site conformément à la réglementation. Le Comité Technique d'Etablissement Locale (CTEL) de site a été supprimé depuis 2015, la Commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique,(CSIRMT) depuis 2016, le Conseil de surveillance à partir de 2017, comme prévue dans son règlement intérieur. La mise en œuvre de ces décisions n'a rien à voir avec le nouveau projet médical. **L'établissement demande la suppression de cette recommandation déjà mise en œuvre.**

Réponse de la mission :

La recommandation ne porte pas que sur les instances. Il n'y a pas lieu de la modifier.

§ 95 : Depuis le mois de septembre 2016 des réunions techniques sont régulièrement organisées entre l'ARS et la direction des finances du CHU.

Ces réunions portent sur la situation financière de l'établissement, la surveillance d'indicateurs renseignés dans un tableau de bord mensuel, la construction du futur plan de retour à l'équilibre et des échanges techniques liées à des évolutions règlementaires.

Ces réunions se déroulent sur un rythme mensuel et associent le directeur des finances et des attachés de cette direction. Ces indicateurs portent sur l'activité, le personnel, les recettes et les charges. Une comparaison date à date de N/ N-1 permet d'observer et de commenter les tendances. Les directions fonctionnelles concernées par les indicateurs ont la charge de les renseigner.

La régularité et la qualité du dialogue permettent d'anticiper les difficultés (trésorerie, atterrissage budgétaire, évolutions infra annuelles) et de trouver en commun les réponses à apporter aux situations.

Ces réunions ont été particulièrement actives en octobre 2016 au moment de la constitution du dossier COPERMO de l'établissement.

Réponse de la mission :

Le contenu du paragraphe 95 ne porte que sur l'activité de l'établissement.

§104 : ... Le directeur général du CHU évalue le nombre de fiches action à plus de **100** (et non 1000)

Les fiches action ont permis la mise en œuvre des projets d'activités nouvelles d'offres de soins. La procédure d'examen de ces fiches action est formalisée. La fiche action fait l'objet d'un examen en comité de pilotage stratégie médicale et médico-technique composé des directeurs fonctionnels et président/vice-président CME. Pour une validation finale en directoire, le projet doit satisfaire aux trois critères suivants :

- ✓ Conformité aux orientations stratégiques de l'établissement (visa CME);
- ✓ Examen formel par les directions fonctionnelles gestionnaires de crédits compétentes sur le projet, ainsi que par les directions de site
- ✓ Résultat économique : la fiche action doit présenter un résultat excédentaire dès l'année de sa mise en œuvre, et dégager un taux de marge brute égal ou supérieur à 15%, validé par la DAFCG.

L'évaluation économique de l'action mise en œuvre est réalisée annuellement par le comité de pilotage conjointement avec la direction des affaires financières.

Réponse de la mission :

La mission admet l'erreur portant sur le nombre de fiches-actions ; le chiffre sera donc rectifié au §104. Les évaluations faisant l'objet des observations ci-dessus n'ont jamais été communiquées à la mission.

§ 107 : Un plan d'économies a été présenté aux instances en 2015. Il a fait l'objet d'une motion négative du Président du Conseil de surveillance.

Réponse de la mission :

Les mesures esquissées n'étaient pas de nature à permettre un taux de croissance de la masse salariale de 1,5%. Ce sont les trois instances (CS, CME, CTE) qui se sont opposées à ce qui était intitulé « Plan ONDAM » et non plan d'économies.

§ 136 : Des questions portant sur l'organisation du travail ont fait l'objet d'examen et d'avis lors des Comités Technique d'Etablissement :

Année	Questions portant sur l'organisation du	Date de CTE	Avis
2012	Evaluation de la mise en place des 12 heures en réanimation au CHU-SUD	17 décembre	Défavorable
2013	<ul style="list-style-type: none"> Projet de passage en 12 heures au Pôle Femme Mère Enfant au CHU-SUD 	01 octobre	Défavorable
	<ul style="list-style-type: none"> Projet en 10 heures au Pôle Femme Mère Enfant Mesures visant à améliorer l'hospitalisation en aval des urgences – évolution du règlement intérieur des sites Nord et Sud 	19 novembre	Défavorable Favorable

	<ul style="list-style-type: none"> Projet de passage en 12 heures en chirurgie infantile CHU-SUD Projet de passage en 12 heures en médecine polyvalente CHU-SUD 	24 mars	Favorable
	Travail en 12 heures en réanimation au CHU Félix Guyon	^{er} 1 octobre	Partage égal de voix
2015	<ul style="list-style-type: none"> Projet de passage en 12 heures en nurserie CHU-SUD Projet de passage en 12h en soins intensifs Néonatalogie au CHU Sud Mise en place des horaires de nuit dans le 	1 ^{er} décembre	Abstention Défavorable Avis favorable
	<ul style="list-style-type: none"> Extension des horaires du secrétariat des laboratoires Niveau 3 et D5 au CHU Félix Guyon Astreinte paramédicale au secteur endoscopies digestives CHU-SUD 	25 février	Favorable
	<ul style="list-style-type: none"> Projet de passage en 12 heures des AS du service de réanimation polyvalente CHU-SUD 	5 juillet	Avis défavorable
2016	<ul style="list-style-type: none"> Projet de passage en 12 heures au service Unité de Soins Cardiaques 	20 septembre	Avis défavorable
	<ul style="list-style-type: none"> Augmentation de l'amplitude horaire du 		Avis défavorable

Réponse de la mission:

Compte tenu du très faible nombre et du caractère ponctuel des sujets exposés, ces observations confortent, de fait, les remarques effectuées par la mission dans le paragraphe 137.

§ 148 : L'atteinte des objectifs du contrat de performance passé avec l'Agence nationale pour l'amélioration de la performance (ANAP) pour la période de 2011 à 2013 a été suivi par la mise en place d'un Comité de Pilotage stratégique et d'un comité de pilotage opérationnel. Un bilan a été effectué en juin 2013 et retracé **par courrier en date du 28 juin 2013 en pièce jointe n° 9 adressé au Directeur Général de l'ANAP.**

Concernant le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM), signé le 25 février 2013, il a fait l'objet d'une revue annuelle en 2014 du courrier du 29 avril 2017, retracée dans le **courrier en pièce jointe n° 10**, et en 2015, d'une transmission d'un rapport d'étape à l'ARS en préparation du dialogue de gestion CPOM organisé par l'ARS le 18 novembre 2015.

Réponse de la mission :

Les observations de l'établissement n'apportent aucun élément nouveau.

§ 151 : Par courrier en date du 10 octobre 2013, une autorisation a été demandée à la DGOS pour une éligibilité au financement de la Caisse des Dépôts et Consignations (CDC) concernant une opération supérieure à 50M€. Le courrier fait mention de la non présentation du dossier en COPERMO. **Voir pièce jointe n° 1.**

Réponse de la mission :

Les éléments financiers contenus dans le courrier du Directeur général du CHU au Directeur général de la DGOS ne correspondent pas à la situation de l'établissement au moment de l'engagement de l'opération du site Sud ; son coût est passé de 89 à 109 M€ et la CAF nette prévisionnelle qui était de 25 M€ s'est effondrée à quasiment zéro en 2016.

§ 173 : Par courrier en date du 25 septembre 2014, l'avis juridique de la DGOS a été sollicité sur les dispositifs de rémunération considérés comme irréguliers par la CRC portant, pour le personnel médical, sur le versement de la sur rémunération au cours des congés bonifiés et, pour le personnel non médical, l'indexation de la prime de service et de plusieurs autres régimes indemnitaires. **Voir pièce jointe n° 2.**

Réponse de la mission :

La mission prend acte de ce courrier qui ne lui avait pas été communiqué. Elle s'interroge sur la réponse qui y a été apportée. Toutefois elle rappelle que les observations de la CRC n'ont pas été suivies d'effet.

§ 178 : Concernant la situation avec Mayotte, il a pourtant été établi dans le rapport mis en ligne le 26 octobre 2016 par la commission des affaires sociales du Sénat que «..... Le CHU de La Réunion connaît aussi une augmentation des évacuations sanitaires depuis Mayotte. L'établissement, au titre de sa mission de service public de recours pour la prise en charge des patients de la zone océan Indien reçoit en effet de plus en plus de patients venus de Mayotte.... »

Mayotte est une situation d'urgence sanitaire nationale qui impacte **depuis le 1^{er} janvier 2016** les finances du CHU. Le législateur a décidé fin 2014 de changer de tarification pour les assurés sociaux de Mayotte accueillis à la Réunion (plus de 8 millions d'euros d'impact sur les recettes 2016), sans compter les non recouvrements d'AME pour les non affiliés

sociaux (2 missions d'euros). L'IGAS souligne à juste titre que l'impact de Mayotte était limité sur les finances du CHU jusque fin 2015. Il existe un consensus entre hospitaliers de la Réunion et de Mayotte autour de la situation sanitaire à Mayotte et de l'importance du partenariat entre le CHU et le Centre Hospitalier de Mayotte, et la nécessité de développer une approche globale et commune des questions sanitaires entre les deux îles pour améliorer la prise en charge des patients de Mayotte, soulignée par le récent rapport de la commission des affaires sociales du Sénat.

La densité des médecins à Mayotte est 3 fois inférieure à celle observée à La Réunion. Les médecins généralistes libéraux sont 10 fois nombreux qu'en Métropole et la majorité des 21 médecins généralistes est installée à Mamoudzou. Les médecins spécialistes sont également peu représentés, 45 spécialistes pour 100 000 habitants contre 176 en Métropole.

Le recours à l'offre de soins de La Réunion est donc inéluctable, engendrant une augmentation significative chaque année des évacuations sanitaires des patients vers La Réunion : 970 en 2016 - dont 677 vers le CHU-, contre 934 en 2015 - dont 636 vers le CHU - et une durée de séjour à l'hôpital en moyenne 3 fois supérieure à celle des autres patients. On relève 9 145 journées d'hospitalisation générées au CHU de La Réunion par les patients en provenance de Mayotte considérées comme journées évitables.

Réponse de la mission :

Les observations de l'établissement n'apportent aucun élément complémentaire au contenu du rapport dans ce paragraphe.

§ 185 : Le dispositif de collaboration avec le CH de Mayotte comprend non seulement les assistants partagés et les FFI partagés, mais également les praticiens mis à disposition ponctuellement, en fonction des besoins de Mayotte. Cf tableau récapitulatif des missions médicales en 2015 ci-après.

ANNEE 2015			
Objet de la mission	Praticiens	Période	Nbre de jours
Mission gynécologie obst	1 PH	02/01/15 - 01/02/15	31
		08/08/15 - 30/08/15	23
Mission enseignement IFSI	1 PH	06/01/15 - 09/01/15	4
		08/06/15 - 12/06/15	5
Mission gynécologie obst	1 PU-PH	29/01/15 - 30/01/15	2
		24/02/15 - 27/02/15	4
		26/05/15 - 29/05/15	4
		17/11/15 - 20/11/15	4
Mission pédiatrie		02/07/15 - 04/07/15	3
Mission pédiatrie	1 PU-PH	24/02/15 - 27/02/15	4
		11/05/15 - 13/05/15	3
Mission médicale MPR	1 PH	26/05/15 - 29/05/15	4
Mission médicale MPR		16/11/15 - 20/11/15	5
Mission médicale MPR	1 PH	23/02/15 - 27/02/15	5
Mission médicale MPR		26/07/15 - 01/08/15	7
Mission gynécologie obst	1 PH	05/10/15 - 08/10/15	4
Mission gynécologie obst		07/09/15 - 11/09/15	5
Mission pour effectuer des cours à l'IFSI au CH de Mavotte	1 PH	18/03/15 - 19/03/15	2
Mission gynécologie obst		26/05/15 - 29/05/15	4
Mission médicale et chirurgicale	1 PH	01/05/15 - 31/05/15	31
Mission enseignement IFSI		08/06/15 - 12/06/15	5
TOTAL CHU SUD			159 jours
Mission Cardiopédiatrie	1 PH	2 au 6/6/15	5
		10 au 14/8/15	5
Mission Chirurgie infantile orthopédique	1 PH	2 au 6/3/15	5
		30/8 au 5/9/15	7
		7 au 13/6/15	7

	1 CCA HU	6 au 11/12/15	6
Mission Chirurgie infantile viscérale	1 PH	9 au 13/3/15	5
Mission Chirurgie infantile viscérale	1 PU-PH	7 au 11/9/15	
	1 PH	6 au 10/12/15	5
Mission coopération régionale		24 au 27/2/15	4
Mission de Gynéco obstétrique	1 PU PH	17 au 20/11/15	6
	1 PH	26 au 29/5/15	4
	1 PH	6 au 12/9/15	7
Mission Hémophilie	1 PH	20 au 24/10/15	5
	1 PH	20 au 24/10/15	5
Mission Hémato-Oncopédiatrie	1 PH	16 au 20/6/15	5
	1 PH	16 au 20/12/15	5
	1 PH	1er au 3/4/15	3
	1 PH	22 au 25/9/15	4
Mission Néphropédiatrie	1 PH	23 au 27/3/15	5
	1 PH	27/6 au 4/7/15	8
	1 PH	26 au 30/10/15	5
Mission Pédiatrie	1 PH	20 au 22/5/15	3
Mission Pneumologie pédiatrique	1 PH	16 au 20/3/15	5
	1 PH	6 au 11/9/15	6
Médecine Interne	1 PH	4 au 9/10/2015	6
	1 PH	26 au 28/10/15	3
	1 PH	12 au 16/12/15	5
Mission coopération régionale	1 PH	3 au 7/5/15	4
TOTAL CHU NORD			148 jours

Réponse de la mission :

Ce document n'est pas celui qui a été communiqué à la mission au cours d'une présentation du thème par la direction du CHU. Cependant la mission constate que l'évaluation des journées présentées dans le tableau représente 1,5 ETP médical, ce qui ne modifie pas l'appréciation portée dans le §185.

186 : L'affirmation du refus de la direction du CHU d'envoyer des sages-femmes à Mayotte au premier semestre 2016 est erronée. La direction a répondu favorablement à la demande et le personnel suivant a été mis à disposition du CH de Mayotte : un sage-femme a été mis

à la disposition de "la réserve sanitaire" pour la période du 17 juin au 12 juillet 2016 et 3 IDE formés en réanimation ont été envoyés du 15 au 30 avril 2016, suite à la demande du CHM.

La Direction du CHU demande la suppression de ce paragraphe.

Réponse de la mission :

L'ARS confirme que le CHU a mis à disposition du CH de Mayotte 1 ETP de sage-femme pendant 2 semaines en juin 2016. La mission modifiera le §186 sur cette base.

§ 192 : Impact de la prise en charge des patients de Mayotte dans les créances irrécouvrables

Les créances douteuses sont des créances certaines dans leur principe (non contestées par le débiteur) possédées par un établissement à l'encontre de « clients » qui présentent une solvabilité douteuse ou envers lesquels elle est en litige.

La trésorerie générale transmet au CHU un état des titres restants à recouvrer (RAR), c'est-à-dire non encore perçus par l'hôpital. A la clôture de l'exercice, il est nécessaire d'apprécier la probabilité de non recouvrement de ces titres. L'irrécouvrabilité d'une créance publique peut trouver son origine dans la situation du débiteur (insolvabilité caractérisée par l'échec des relances et poursuites engagées, disparition, précarité de la population...) ou dans l'échec du recouvrement amiable (créance inférieure aux seuils des poursuites définis au plan local).

Le montant des restes à recouvrer s'élevait en 2014 à 46,7 M€ et en 2015 à 38,7 M€

	2014	2015
Montant total des restes à recouvrer	51 400 942	47 134 615
Montant des restes à recouvrer hors Mayotte	46 702 060	38 761 060
Stock de provisions	22 953 638	17 959 040
Taux de couverture des RAR hors Mayotte	49 %	46 %

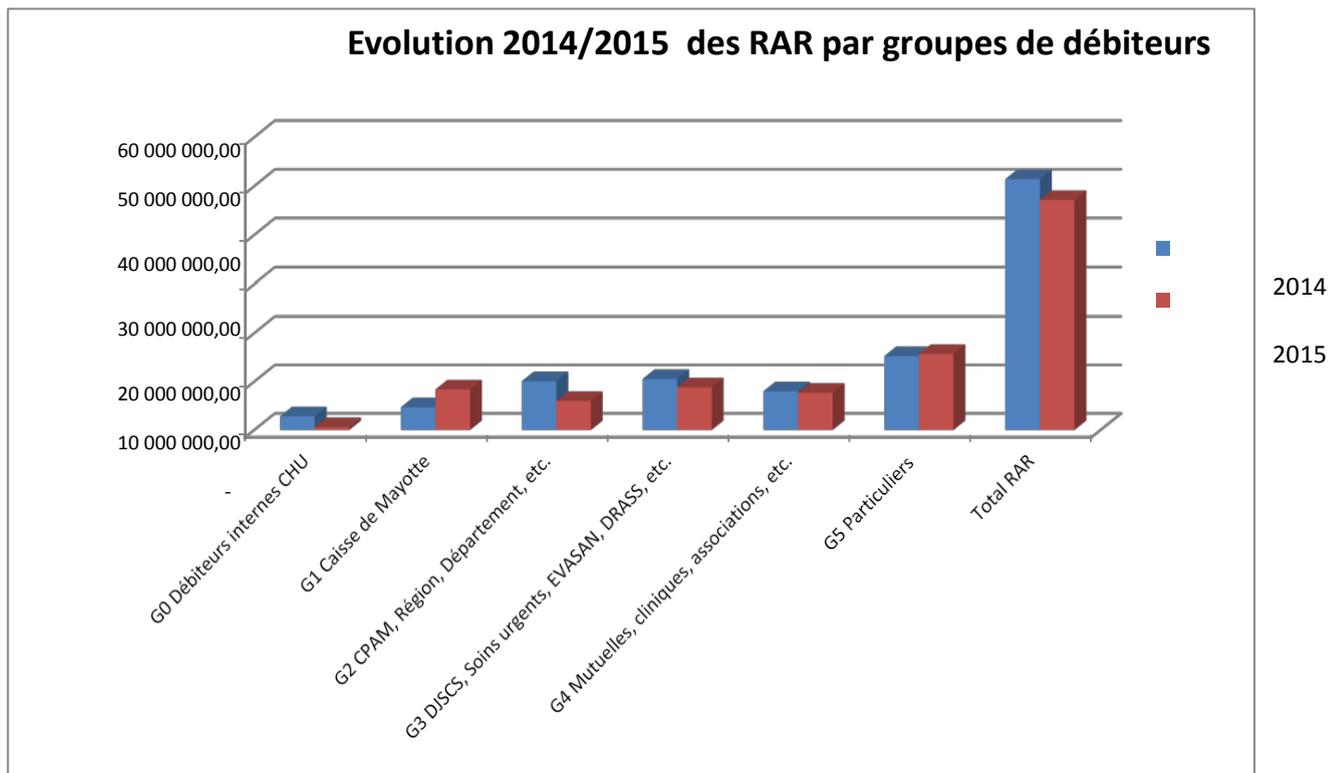
Le stock de provision couvre un peu moins de la moitié des RAR.

Le CHU a regroupé les débiteurs en différent groupes selon le recouvrement :

- Dans le groupe 0 figure les débiteurs internes au CHU (GHSR, CHFG, GIP CYROI, etc.). Ce dernier n'est pas pris en considération pour le calcul de la provision.
- groupe 1 : la caisse de Mayotte qui n'est pas non plus prise en compte pour le calcul de la provision.
- groupe 2 : la caisse d'Assurance Maladie, les Etats de la zone, le conseil général et régional avec un taux de provision de 24%.
- groupe 3 : la Direction de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale, les soins urgents, Evasan, Direction régionale des affaires sanitaires et sociales. Le taux appliqué à ce groupe est de 69%.
- le groupe 4 : les mutuelles, associations, organismes privées, cliniques, etc. Avec un taux de provision de 31%.
- et enfin le groupe 5 qui comprend les particuliers.

Ci-dessous le stock de RAR fin 2014 et fin 2015 par catégorie de débiteurs.

	2014	2015
G0 Débiteurs internes CHU	2 813 071,19	575 946,83
G1 Caisse de Mayotte	4 698 881,19	8 373 554,91
G2 CPAM, Région, Département, etc.	10 075 421,05	5 989 212,56
G3 DJSCS, Soins urgents, EVASAN, DRASS, etc.	10 537 020,66	8 825 438,83
G4 Mutuelles, cliniques, associations, etc.	8 009 308,25	7 664 282,61
G5 Particuliers	15 267 239,33	15 706 179,38
Total RAR avec Mayotte	51 400 941,67	47 134 615,12



Pour déterminer le stock de provision, le CHU a calculé le taux de recouvrement par catégorie de débiteur entre les fichiers des restes à recouvrer fin 2014 et fin 2015.

Pour information, le montant des ANV comptabilisé est de :

- 2014 : 1,6 M€
- 2015 : 2,31 M€

Réponse de la mission :

Ces éléments, qui avaient déjà été communiqués à la mission et sont largement repris au point 1.4.4.4 du rapport, ne sont pas de nature à modifier ses observations.

§ 223 : Le CHU prend bonne note de l'observation sur la chronologie et la fragilité de la formalisation des délégations de signatures finalement complètes le 8 novembre.

Concernant les délégations de signature, de manière générale, elles sont datées en fonction de la dernière signature apposée sur le document. Le CHU travaille à améliorer le circuit de signature. En plus du circuit papier, il existe désormais un circuit de signature électronique. Cela nous permet d'éviter les intermédiaires entre les signataires, d'accélérer le circuit de signature et d'identifier la date précise à mettre sur la délégation.

§ 224 : Les délégations de signatures sont numérotées avant d'être mises dans le circuit de signature. Pour certaines délégations, le processus de signature a été particulièrement long en raison de modifications ayant été apportées au projet de délégation initial. La numérotation n'a pas été modifiée pour autant.

§227 : La transmission des délégations de signatures de 2016 avait été malencontreusement omise par le secrétariat lors de l'envoi du 7 novembre, cette omission a été réparée dès le 8 novembre.

Plus globalement, le décalage dans le temps constaté sur la formalisation des délégations avant la nomination du DG a aussi un lien avec la prolongation de l'intérim du DG du CHU après une phase de près de 4 mois, qui n'est pas du fait du CHU (nomination 31 mai 2016).

Le CHU note que le régime de recours pour excès de pouvoir contre les décisions prises jusqu'au 8 novembre 2016 est désormais forclus.

Réponse de la mission :

Les observations de l'établissement ne remettent pas en cause les constats opérés par la mission sur le risque majeur ayant porté sur la sécurité juridique des décisions du CHU entre le 8 février 2016 et le 28 novembre 2016.

§250 : L'IGAS considère que les commandes passées au groupe GBO ont été passées sans intérêt public avéré, sans prestations démontrées et sans intérêt public avéré.

Le CHU renvoie à l'analyse juridique précise et au rapport d'exécution des prestations sur les trois missions successives confiées au groupe GBO adressé à la mission en octobre 2016 (**pièce jointe n°11**).

Le recours aux prestations de GBO s'analyse également dans le contexte d'un budget de communication du CHU de La Réunion très faible (100 K€ en 2017). L'établissement a un recours extrêmement limité à des prestations de consultants et d'audit externe

Réponse de la mission :

Les observations de l'établissement ont déjà été communiquées à la mission sous la même forme et sont reprises au paragraphe 240 du rapport. Elles n'apportent aucun éclairage complémentaire ni au paragraphe 250 ni à la totalité de la partie 1.5.2. La mission rappelle que la procédure de commande sans publicité et mise en concurrence préalable, utilisée à trois reprises par le CHU avec le même prestataire, est incorrecte au regard du montant cumulé des prestations et peut s'assimiler à un « saucissonnage ».

Elle souligne que les règles successivement applicables pendant la période concernée ne dispensent nullement les acheteurs publics du respect des principes généraux de la commande publique, notamment de la recherche de la meilleure utilisation des deniers publics et de l'égalité d'accès des fournisseurs à la commande. De même, la mission rappelle que l'évaluation précise du besoin n'a pas été effectuée par l'établissement, ce qui constitue également un manquement aux règles de bonne pratique.

§255 : Le nombre de créations postes de PNM effectives en 2016 est de 68.2 ETP, et pas de 100. Ce chiffre intègre les effets reports des créations décidées en 2015

Réponse de la mission :

Les données initiales fournies à la mission correspondaient bien à ce qui est indiqué au paragraphe 257 et non au paragraphe 255.

§ 283 : Des mesures ont été mises en œuvre dans un objectif de diminution des dépenses, notamment :

Pour le personnel non médical :

- plafonnement de la masse salariale à +3% en 2016
- Régulation des départs en retraite : non renouvellement sur les secteurs administratifs, techniques et logistiques
- En 2016, il y a eu 18 départs à la retraite sur le pôle Management CHU, 7 n'ont pas été remplacés, soit 385 K€. Ce principe est désormais systématisé.
- Décision de ne pas autoriser a priori les prolongations d'activité (hors dispositions particulières)
- Maîtrise des mensualités de remplacement/Heures dues/Réduction de l'absentéisme
Mensualités de remplacement : - 62 MR consommées entre 2015 et 2016 sur le secteur soignant du CHU, soit 248 K€

Pour le personnel médical :**Sur la forme :**

- Examen au cas par cas des demandes de recrutements par les directions de site et la direction des affaires médicales, en lien avec les président et vice-président de CME (réunions bimensuelles)
- Point sur les postes vacants ou les recettes (indemnités journalières, recettes de mise à disposition, ...)
- Nécessité de service et continuité de la permanence des soins
- Pour certaines demandes de recrutement, de renouvellement de contrats, et de publication de postes de PH, demande d'avis de la direction des finances par rapport aux recettes d'activité
- Les postes vacants ne sont pas systématiquement publiés au tour suivant à la vacance mais réexaminé en lien avec la direction des affaires financières, la présidente de CME et le DG

Sur le fond

Gel de trois postes d'assistants en 2016 :

- Gel d'1 poste en gynécologie-obstétrique
- Gel d'1 poste en Biologie/Hématologie
- Gel d'1 poste en Chirurgie Orthopédique

Des postes de PM n'ont pas été pourvus en 2016 ou pourvus partiellement :

- Recrutement différé en octobre 2016 du 2eme poste autorisé (ARS) pour la 2^e ligne de garde de gynécologie-obstétrique
- Recrutement différé en mars 2017 du recrutement des 3 PC autorisés (ARS) pour la mise en place de la 2^e ligne de garde de SMUR
- 0,6 ETP vacant au CRFI, suite au désistement de la candidate face au refus de la direction d'augmenter ce temps médical à 1 ETP et de le pérenniser en poste de PH
- Recrutement d'1 assistant sur 1 poste de PH vacant en anesthésie cardiaque
- Recrutement de 2 assistants sur 2 postes de PH vacants en anesthésie
- Recrutement d'1 attaché à 5 dj hebdomadaires sur 1 poste de PH à temps partiel vacant en Odontologie

Non remplacement intégral des CLM/CLD :

- Recrutements sur des périodes ponctuelles. Ont été concernés : les services de réanimation polyvalente, neuroréanimation, anesthésie, médecine physique et de réadaptation, pharmacie
- Remplacement par 1 assistant et non plus par 1 PC en maladies infectieuses
- Non remplacement d'1 PH en CM puis CLM en Médecine Interne depuis juillet 2016
- Non remplacement d'1 PH en CLM en Cardiologie

Réduction progressive du nombre de postes de PH à publier :

- En 2016 : 39 postes publiés pour le CHU, dont 25 pourvus (SUD = 22 publiés et 16 pourvus – NORD = 17 publiés et 9 pourvus)
- Au 1^{er} tour 2017 : 28 postes publiés pour le CHU (SUD = 10 publiés – NORD = 18 publiés)

Contre : En 2014 : 49 postes publiés et 35 pourvus et en 2015 : 61 postes publiés et 50 pourvus

Réponse de la mission :

Les dépenses du titre 1 ont augmenté en 2016 de 3,8% alors que l'EPRD prévoyait une augmentation de 3% par rapport au réalisé de l'exercice 2015 qui lui-même était en augmentation de 4,6% par rapport à 2014. La mission constate que les prévisions de l'EPRD approuvé sont sensiblement dépassées alors que l'établissement n'ignorait pas que le résultat réellement attendu de l'exercice 2016 serait dégradé par rapport à la prévision.

§ 302 : Le surcoût moyen annuel de 3500 €/par agent à la stagiairisation s'explique par :

- Passage d'échelon lors de la reprise d'ancienneté des agents qui génère un gain indiciaire moyen de 14,2 points majorés valorisés par la valeur du point d'indice abondé de l'indexation, la majoration outre-mer et les charges patronales (38%). Ce passage d'échelon représente 1 760 € en moyenne.
- Versement de la prime de service valorisée par rapport à un indice majoré moyen de 342 pour un montant de 1 740 € charges comprises.(1)

Valeur du point d'indice	4,6303
Nombre de point d'indice majoré	14,2
Traitement de base	65,75
Indexation	8,17
Majoration DOM	26,19
Indemnité sujétion 13 h	6,14
Rémunération brute	106,25
Charges patronales (38%)	40,38
Total mensuel	146,63
	1
Total annuel	759,56

Valeur du point d'indice	4,6303
Indice majoré	342,00
Prime de service (342*4,6303*12*1,138*7,5%)	1 621,88
Charges patronales (7,35%)	119,21
	1
Total annuel	741,09
	3
Total	500,65

(1) Il ne s'agit pas de calculer la prime des agents nommés stagiaires à l'indice 342, l'indice 342 est un indice moyen de l'ensemble des indices des stagiaires pris pour le calcul du surcoût de la stagiarisation.

L'affirmation d'une aide de 900 K€ de l'ARS sur le programme de titularisation est factuellement inexacte. Le CHU demande le retrait de ce point.

Réponse de la mission :

La deuxième phrase du paragraphe 302 sera supprimée.

§ 310 à 313 : La sous-estimation en recette relève d'un principe de prudence. L'EPRD est élaboré en début d'année et constitue bien un prévisionnel, selon les éléments disponibles alors. En effet, certaines composantes d'éléments de tarifications faisaient l'objet de prévisions prudentes :

- les modifications de tarifs d'activité (intervenant au 1^{er} mars N,
- les ajustements tarifaires (Modification des modalités de facturations des soins urgents passant du TJP au GHS en 2014, idem pour Mayotte en 2016)
- les reconnaissances tarifaires notifiées par l'ARS en cours d'année voire en fin d'année N , avec une rétroactivité sur N (exemple surveillance continue). L'absence de reconnaissance tarifaire rendait impossible la prise en compte de ces recettes à l'EPRD.

A l'exercice 2014, l'EPRD initial prévoyait un déficit de - 5 M€. Le compte financier affiche un déficit de - 3,6 M€.

Les EPRD sont réajustés en cours d'année par les décisions modificatives à l'EPRD afin de prendre en considération les variations des dépenses ou des recettes.

Réponse de la mission :

Ces observations n'apportent aucun éclairage complémentaire au contenu du rapport de contrôle. Pour les exercices concernés, l'établissement connaissait les tarifs et la majeure partie des dotations régionales pour élaborer son EPRD.

§ 314 : Le titre 3 des recettes en produit recensent les recettes diverses. En 2012 est créé le FIR qui appartient à ce titre jusqu'en 2014. En 2015, il est rattaché au titre 1 des recettes par modification de la nomenclature comptable applicable. Il est à noter que même si le FIR consiste en un transfert de produits du titre 1 au titre 3 sur 2012 à 2014, s'agissant essentiellement d'anciens crédits MIGAC, le périmètre entre 2012 et 2013 augmente considérablement au titre 3.

Le titre 4 est constitué essentiellement de dotations aux amortissements, de frais financiers, et de dotations aux provisions. Si les deux premiers points sont maîtrisés, les dotations aux provisions font l'objet de vérifications par la DRFIP et à compter de 2015 par le commissaire aux comptes afin de s'assurer du respect des règles comptables.

Réponse de la mission : La mission maintient sa rédaction et renvoie également à la lecture du point 2.3.3.

§ 317 à 322 : Les provisions pour renouvellement d'immobilisations.

Nous tenons à préciser que si certes les montants des dotations ou reprises sur provisions réglementées n'ont pas été correctement traités, l'établissement s'est appuyé sur une méthode constante, dans l'esprit de la M21 de 2006.

Les dotations ayant été accordées dans un premier temps pour les surcoûts du PPI global, la base budgétaire du titre 4 (limitée à frais financiers + amortissements) a été arrêtée pour l'exercice précédent les versements des premières dotations.

Les dotations et reprises sont effectuées sur la base d'un rapprochement entre cette base historique augmentée des dotations (base de référence) et le montant T4 de l'exercice en cours. Lorsque les charges de l'exercice sont inférieures à la base de référence une dotation sur provision est constituée. Lorsqu'elles sont supérieures, une reprise est effectuée pour compenser le surcoût.

Annexes à l'arrêté du 30 octobre 2006

(Journal officiel du 22 décembre 2006)

Compte 142 – Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

Cette provision réglementée est fondée sur le principe d'une allocation anticipée d'aides destinées 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.

Ce mécanisme de « préfinancement » des surcoûts occasionnés par une opération d'investissement permet, lorsque les dotations budgétaires sont attribuées suffisamment en amont du programme d'investissement, d'optimiser le tableau de financement et de limiter le recours à l'emprunt. Les provisions constituées abondent la trésorerie permettant ainsi un décalage dans la mobilisation des emprunts nécessaires à la réalisation de l'opération et ainsi de réaliser des économies de frais financiers.

Le versement par l'assurance maladie de dotations de compensation des surcoûts en amont de la réalisation des opérations ne permettra d'optimiser le lissage des surcoûts qu'à la condition expresse d'une parfaite « étanchéité » des crédits afférents du titre 4. Pour cela un certain nombre de préalables sont requis :

- 1) Déterminer les surcoûts auxquels le mécanisme va s'appliquer :

Il convient de parfaitement déterminer la nature des surcoûts auxquels le mécanisme va s'appliquer. Il s'agit des surcoûts d'amortissements résultant des investissements nouveaux et des frais financiers induits par les opérations d'investissement.

- 2) Définir le mode de comptabilisation des dotations budgétaires attribuées aux établissements :

Il importe, notamment pour s'assurer que les dotations budgétaires destinées à la compensation des surcoûts du titre 4 ne sont pas utilisées à d'autres fins, que leurs mises en provisions puissent faire l'objet d'un suivi particulier dans le cadre du compte 142 « Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations ».

Le compte 142 n'isole pas spécifiquement les dotations budgétaires attribuées au titre des aides à l'investissement, mais l'ensemble des provisions constituées en vue de couvrir des charges d'amortissements et de frais financiers.

- 3) Définir l'autorisation budgétaire retenue :

Il est essentiel que l'autorisation budgétaire du titre 4, telle que définie ci-dessus, soit arrêtée comptablement en amont, sans ambiguïté. Elle doit être déterminée à partir des prévisions budgétaires de l'EPRD de l'exercice au cours duquel les investissements à conduire font l'objet d'une approbation par l'ARH (avec le recours éventuel à la MEEF cf. infra).

- 4) Garantir « l'étanchéité » du titre 4 :

La conduite à bonne fin du lissage des surcoûts du titre 4 impose que les crédits attribués à cet effet par le directeur de l'ARH, et mis temporairement en provisions, ne soient pas utilisés à d'autres fins. Il est absolument nécessaire de consacrer les dotations budgétaires attribuées dans ce cadre à la constitution de provisions au compte 142. Ces règles indispensables au bon déroulement de l'opération doivent être clairement établies entre le directeur de l'ARH et le directeur de l'établissement.

Il est rappelé que les directeurs d'ARH peuvent consulter le trésorier-payeur général de région pour toute expertise économique et financière de projets d'investissement hospitaliers. Les modalités de mise en oeuvre de l'expertise des MEEF sont précisées par circulaire. L'intervention des MEEF peut notamment conduire, selon le cahier des charges défini avec le commanditaire, à valider les éléments des 1), 3) et 4) ci-dessus et à proposer, selon les hypothèses demandées par le commanditaire, le(s) montant(s) de(s) dotation(s) budgétaire(s) nécessaire(s) pour lisser les surcoûts du titre 4.

Les précisions apportés lors de l'accompagnement à la certification des comptes et l'évolution de l'instruction codificatrice M21 nous ont amenés à proposer une réévaluation des montants passés en correction d'erreur.

Néanmoins, le chantier aux vu de la complexité des travaux financés et de la fiabilisation de l'actif à mener dans le cadre de la certification devra être complété.

Réponse de la mission :

La mission s'est appuyée sur les travaux de certification des comptes pour la rédaction des paragraphes 317 à 324. La rédaction du rapport est maintenue.

§ 325 : Ce n'est pas « Sous la pression de l'ARS et de la direction régionale des finances publiques, que l'écriture n'a pas été passée ». Le directeur général a pris la décision du rattachement des 8.5 M€ de créances irrécouvrables, dès juin 2016, afin d'être en conformité aux demandes du commissaire aux comptes d'une reprise sur une provision pour créances. **Le CHU demande le retrait de cette affirmation.**

Réponse de la mission :

La mission maintient sa rédaction.

§375 : sur la PDSES, le CHU a conduit ce chantier avec l'ANAP et de nombreuses propositions de recalibrages de lignes ont été faites par le CHU mais non arbitrées par l'ARS. Le projet médical du CHU et du GHT doit permettre une rationalisation de l'organisation territoriale de la PDSES trop longtemps repoussée.

Réponse de la mission :

Ces observations n'apportent pas de fait nouveau aux constats faits par la mission et contenus dans les paragraphes 374 et 375.

§ 394-407 Les médecins remplaçants sont recrutés pour permettre d'assurer la continuité de service et la permanence des soins, dès lors que l'effectif est insuffisant pour l'accomplissement de l'ensemble des missions du service.

Les demandes émanent du responsable de service, validées par le chef de pôle et la présidente/vice-présidente de CME. Elles sont examinées au cas par cas par la direction des affaires médicales qui valide ou non les demandes. Désormais, un point commun bimensuel DAM/Directeur de site/Présidente ou vice-présidente de CME est organisé afin d'examiner

les sujets en cours dont les demandes de recrutement. Toutes les décisions impactant les effectifs médicaux sont donc validées dans ce cadre.

Peuvent donner lieu au recrutement de médecins remplaçants :

- Les absences pour congé de longue maladie ou longue durée
- Les absences pour congé de maternité, examinées au cas par cas, en général dans la limite du montant des recettes d'indemnités journalières de la CGSS, voire en totalité en cas de nécessité impérieuse de service
- Les absences au titre de la disponibilité ou de mise à disposition de praticien
- Les absences prolongées au titre du CET (provisionné)
- Les postes vacants en attendant l'arrivée d'un praticien pour occuper le poste sur du plus long terme

Les médecins remplaçants sont recrutés en qualité de praticien contractuel, et dans quelques disciplines « dites sinistrées » en qualité de clinicien hospitalier. Une réflexion est engagée par l'établissement pour limiter le recours aux statuts de cliniciens et respecter les conditions de recours à ce statut.

Ils participent à part entière aux activités du service et à la permanence des soins et sont intégrés aux plannings de service.

Ils bénéficient de jours de congés inclus dans la période de contrat.

Réponse de la mission :

Ces observations n'apportent aucun élément complémentaire aux constats opérés par la mission et retracés dans les paragraphes cités.

§ 409 : Concernant les contrats de cliniciens

Pour les contrats de longue durée, des objectifs quantitatifs et qualitatifs sont fixés en lien avec les chefs de pôle concernés.

Pour les contrats de courte durée, notamment pour des remplacements ponctuels, il n'y a pas d'objectifs fixés dans les contrats ; L'objectif étant de pouvoir assurer la continuité de fonctionnement des services concernés et de la permanence des soins, faute de disposer de candidatures de médecins remplaçants acceptant un contrat de praticien contractuel.

Il s'agit d'une mesure d'attractivité incontournable, pour faire face à certaines situations difficiles et pour pouvoir assurer nos recrutements, eu égard aux prétentions de certains candidats qui se voient proposer des offres d'emploi plus lucratives notamment dans le secteur privé.

Ces recrutements exceptionnels concernent des spécialités « dites sinistrées », telles l'imagerie médicale, la chirurgie thoracique et vasculaire, l'anatomie pathologie, l'oncologie, ou encore pour ce qui concerne le site de Cilaos de favoriser l'installation d'un médecin hospitalier dans une zone rurale « désertifiée » et d'accès difficile notamment en période cyclonique ou de forte pluie.

A défaut, aucun praticien ne postule au CHU de la Réunion, eu égard d'une part à l'éloignement de la métropole et aux offres concurrentielles du privé.

Jusqu'en 2016, les contrats n'étaient pas transmis à l'ARS.

Désormais, les dispositions sont prises pour une transmission systématique de l'ensemble des contrats.

Cependant, sur les recrutements à long terme un courrier argumenté est adressé à **l'ARS (voir pièces jointes N° 12.1 à 12.6)**.

Réponse de la mission :

Le courrier à l'ARS pour argumenter certains recrutements ne dispense pas du respect de la réglementation concernant le dispositif des cliniciens hospitaliers et les objectifs qu'il poursuit, le cadrage établi dans le CPOM et la transmission du contrat à l'ARS. Il n'y a donc pas lieu de modifier les paragraphes concernés.

§ 441 : S'agissant de l'observation relative au versement jugé irrégulier de la NBI aux directeurs généraux du CHU, le CHU précise que cette NBI était versée, antérieurement à la prise de fonctions du directeur général actuel et de son prédécesseur qui sont seuls mentionnés dans le rapport provisoire, au directeur général du CHR puis du CHU depuis le 30 novembre 2007 sur la base du décret n° 2005-931 du 5 août 2005. Le CHU prend note de la position exprimée par l'IGAS quant à l'application de la réforme nationale portée par le décret n°2012-748 du 9 mai 2012 avec effet au 29 juillet 2009. **En pièces jointes n° 13 et 14** deux courriers attestant, sur la demande du directeur général actuel du CHU et de son prédécesseur, de l'engagement de la démarche de remboursement de ces versements. Le CHU considère donc qu'il n'y a plus lieu de maintenir cette observation au stade du rapport définitif, sauf à ce que l'IGAS puisse souhaiter faire état de l'antériorité de ces versements considérés comme devenus irréguliers.

Recommandation n° 14 : **En pièces jointes n° 13 et 14** deux courriers attestant, sur la demande du directeur général actuel du CHU et de son prédécesseur, de l'engagement de la démarche de remboursement de ces versements. Le CHU considère donc qu'il n'y a plus lieu de maintenir cette observation au stade du rapport définitif, sauf à ce que l'IGAS puisse souhaiter faire état de l'antériorité de ces versements considérés comme devenus irréguliers

Réponse de la mission :

La mission prend bonne note des courriers adressés au trésorier du CHU par les deux derniers directeurs généraux. Toutefois, elle estime qu'il n'y a pas lieu de modifier le rapport provisoire puisque les courriers ne modifient pas les faits constatés et que la recommandation porte sur l'émission de titres de recettes par le CHU.

§ 457 : Concernant les déplacements, lors des formations en métropole, la prolongation des séjours est comptabilisée en jour de congés règlementaires autorisés suivant les dispositions du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels.

Si l'agent fait le choix de prolonger son séjour pour raison personnelle, alors il consommera ses congés annuels ou RTT.

Ces journées sont tracées dans Clepsydre selon le code d'absence approprié (CA – RTT - FE...). Les délais de route (DLR : 1 jour / aller ; 1 jour / retour hors week-end), assimilés à des journées d'autorisation d'absence, sont positionnés en deçà de ces périodes de congés.

Le délai de route n'est valable que pour la Métropole.

La traçabilité des motifs d'absences de l'agent est saisie au niveau du logiciel clepsydre et ne se trouve donc pas dans le dossier administratif de l'agent.

Réponse de la mission :

Ces observations n'apportent aucun élément d'information ou d'explication complémentaire aux constats de la mission.

Recommandation n° 18 : Voir pièce jointe n° 7: courrier en date du 2 décembre 2016 adressé au directeur général de l'ARSOI relatif à l'opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central de saint-Pierre précisant notamment les conséquences juridiques et financières d'un arrêt ou d'une suspension de l'opération.

Réponse de la mission :

Ces observations n'apportent aucun élément d'information ou d'explication complémentaire aux constats de la mission

La mission n'a jamais envisagé ou préconisé l'abandon de l'opération. En revanche, une révision du programme demeure indispensable.

**1.2 OBSERVATIONS DU DG DU CHU
RELATIVES A DES SITUATIONS
PERSONNELLES ET REPONSES DE LA
MISSION**

OBSERVATIONS RELATIVES AUX CONSTATATIONS PROVISOIRES A LA SITUATION PERSONNELLE DE MME XX (ANNEXE 6 DU RAPPORT)

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

§ 460 « Les situations des professionnels concernés, décrites en annexes 3 à 6, présentent des caractéristiques pouvant être regroupés autour des thèmes suivants :

- Accès aux revendications démesurées d'un agent, susceptible de nuire aux intérêts de l'établissement »

Le CHU ne comprend pas la mention relative à l'idée de « revendications démesurées d'un agent, susceptibles de nuire aux intérêts de l'établissement ». Si l'IGAS entend faire référence, comme la rédaction provisoire semblerait y inviter, à la situation de Mme XX évoquée en annexe au rapport, des éléments de réponse spécifiques sont apportés. Dans le cas d'espèce, ces éléments montrent que les missions confiées ne l'ont été à aucun moment sur la base de « revendications ». Les missions accomplies ont, au contraire, servi les projets et intérêts de l'établissement sur des enjeux majeurs comme la et les relations entre le CHU et le Centre hospitalier de..... La mission menée pour le compte de lasurs'est avérée positive pour..... et pour le CHU en particulier.

Réponse de la mission :

La mission considère que cette situation est née de demandes de l'agent concernant sa formation de master à Sciences Po et son cumul d'activité et non de propositions que l'établissement lui aurait formulées.

Observation de mission de l'IGAS concernant la situation de Mme XX (corps du rapport et annexe dédiée)

Le CHU souhaite apporter différents éléments de rectification factuelle par rapport aux observations provisoires mais également de précisions sur les missions et la manière de servir de Mme XX. Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, il semble au CHU qu'il n'y a pas lieu de maintenir dans le rapport définitif, que ce soit dans le corps du rapport ou en annexe, d'observation concernant cette situation individuelle.

P.109 du rapport : Récapitulatif fait par la mission IGAS des personnes rencontrées par la mission :

Le Nom de Mme XX figure dans cette liste, alors que cette dernière n'a jamais fait l'objet d'une audition auprès de la mission, ni même assisté à une réunion collective en présence

de la mission IGAS, dont le format de ces réunions collectives était arrêté par le Directeur général du CHU.

Réponse de la mission :

La mission prend bonne note et le nom de l'intéressée sera retiré de la liste des personnes rencontrées.

**§ 648 : «En 2015, Madame XX a bénéficié d'une première autorisation de cumul d'activité pour effectuer une mission confiée par la.....
Le.....**

**22/04/2016, elle a bénéficié, pour 8 mois renouvelables, d'une nouvelle autorisation de cumul d'activité avec la
comme le précise la demande qu'elle a effectuée le 23 février. »**

Conformément à la conventionqui lie Mme XX à la(**Annexe 1**), celle-ci l'engageait auprès de cette association jusqu'au 31 décembre 2016. La fin de sa mission et donc de son cumul d'activités a pris fin depuis cette échéance.

§ 649 « Au cours de ce cumul d'activité, l'intéressée continue à exercer à temps plein au CHU et doit consacrer 14 heures hebdomadaire à la mission pour une rémunération nette mensuelle de 700€ ; le temps de travail total de l'intéressé dépasse le plafond autorisé »

Éléments de réponse du CHU :

Conformément à l'article 4 de la convention....., citée ci-dessus, « la durée de cette activité exercée pour le compte de la... est fixée à 14h par mois en présentiel ou en télétravail à La Réunion » contrairement à une erreur insérée dans la note rédigée par l'agent qui avait été communiquée à la mission et qui indiquait « 14h Hebdomadaires ».

Dès lors conformément au Décret n° 2007-658 du 2 mai 2007 la durée totale de travail de Mme XX résultant de ce cumul d'activités ne dépasse pas les 100% de son emploi à temps complet pour le CHU de La Réunion.

La recommandation de clarifier pour l'avenir les liens de cet agent vis-à-vis de laest mise en œuvre depuis le 31 décembre 2016 conformément à l'article 6 de la conventionqui liait les deux parties.

Réponse de la mission sur les observations du CHU sur les paragraphes 648 et 649 :

La convention d'expertise entre laet Madame XX, à laquelle celle-ci n'a absolument pas fait référence dans la note qu'elle a rédigée le 28/12/2016 et donc que la mission découvre, est signée le 4 avril 2016 ; elle prévoit un exercice de 14 heures par mois pour une rémunération brute de 885€, stipule que l'intéressée « s'est assurée d'avoir obtenu une autorisation de cumul d'activité auprès de son établissement d'origine » et prévoit un terme au 31/12/2016 sans clause de reconduction. Or, la demande de cumul d'activité a été établie par madame XX le 5 avril 2016 pour 14 heures par semaine, pour une rémunération nette mensuelle de 700€ et pour une durée de 8 mois renouvelables à compter du 15 avril 2016. L'avis favorable du supérieur hiérarchique, le directeur général par intérim, a été rendu le même jour sur le même document.

Dans sa note du 28/11/2016, Madame XX indiquait bien que son exercice « correspondait à 14 heures hebdomadaires d'activités ».

C'est pourquoi la mission s'étonne des contradictions qui apparaissent dans les dates des divers documents et dans les conditions d'exercice prévues pour l'intéressée. Elle s'interroge sur les raisons qui auraient conduit Madame XX à « insérer » la même erreur, une première fois dans sa demande de cumul d'activité et une seconde fois dans sa note du 28/11/2016.

La mission maintient ses observations.

§ 650 : « De surcroît, Madame XX bénéficie depuis le début de l'année 2016 d'un congé de formation professionnel (CFP) validé par l'ANFH. A ce titre, elle est inscrite pour 2016 et 2017 à «.....» organisé par Sciences Po Paris. Le programme est bâti sur 40 jours de formation pour un total de 320 heures d'enseignement sans compter donc le temps qui sera nécessaire consacré au mémoire de fin de formation ; ceci correspondant à 2 jours de formation en moyenne mensuelle sur site. »

[651] « Les droits d'inscription à Sciences Po pour ce master s'élèvent à 18 500 € auxquels il faut ajouter 7 500 € de frais de déplacement selon les estimations de l'ANFH et 6 350 € d'indemnités que l'ANFH rembourse à l'établissement »

[652] « Il s'agit donc d'une formation exigeante sur le plan du temps à y consacrer et donc de la compatibilité avec l'exercice habituel au CHU, ce d'autant que se rajoute la mission auprès de la..... Il s'agit aussi d'une formation particulièrement onéreuse qui, même si elle est payée par l'ANFH, c'est-à-dire sur les cotisations des établissements hospitaliers publics, engage des fonds publics »

Eléments de réponse du CHU :

Nombreux sont les agents de la fonction publique hospitalière qui s'engagent dans des formations à titre individuel pour réaliser un projet personnel dans le cadre d'un congé de formation professionnelle conformément à la Loi no 86-33 du 9 janvier 1986.

Comme tout agent qui s'engage dans ce type projet, Mme XX a instruit une démarche individuelle auprès de l'ANFH, compétente pour l'examen en commission sur la détermination d'une éventuelle prise en charge des formations dans le cadre d'un congé de formation professionnelle.

_[653] « Les tableaux de service demandés par la mission pour l'année 2016 font apparaître un niveau de présence normal compte tenu des absences engendrées par la formation et des déplacements indispensables auxquels se rajoutent des délais de route (2 jours francs avant la formation et 1 jour après). Le nombre de jours de récupération est cependant chaque mois nettement supérieur au nombre d'heures supplémentaires effectuées ».

L'élément technique est le ratio des jours de récupération versus nombre d'heures supplémentaires effectuées.

Suite au retard pris par les services de la DRH dans la mise à jour des tableaux de service des agents dont la régularisation s'est effectuée en décembre dernier pour l'ensemble de l'année 2016, les tableaux de service de Mme XX demandés par la mission IGAS ne tenaient pas compte à ce moment de la régularisation des journées, justifiées à ce jour en RC (roulement automatique enregistré par CLEPSYDRE) et/ou « A » pour les absences à qualifier et qui correspondaient aux journées couvertes par le CFP de l'agent (2 délais de route, 2 RH/session de formation) ou de ses déplacements professionnels hors sites du CHU.

Ainsi, figurent en pièces jointes pour la même période 2016 sollicitée par la mission IGAS, les tableaux de service de Mme XX mis à jour.

Vous trouverez également ci-jointe (**Annexe 3**) l'édition des compteurs de Mme XX pour l'année 2016.

Acronymes Compteurs CLEPSYDRE par colonne correspondant au tableau en annexe 3 :

- « **Sur OBJ** » : Objectif mensuel d'heures de travail de l'agent (comprenant le nombre d'heures mensuel travaillé (HRT) + le nombre d'heures mensuel assimilées au travail (HAT) de l'agent)
- « **Sur HRT** » : nombre d'heures mensuel de travail réalisé par l'agent
- « **sur HAT** » : nombre d'heures mensuel assimilées au temps de travail effectif (formation, temps passé par l'agent dans le service ou à l'extérieur du service dans le cadre de ces activités professionnelles, temps syndical, congé maternité, adoption, paternité, congé maladie ...)
- « **Avant HD** » : Affichage mensuel du stock total d'heures supplémentaires accumulés depuis le recrutement de l'agent (soit Mme XX depuis le 1^{er} septembre 2006)
- « **Sur HD** » : nombre d'heures supplémentaires mensuel générés
- « **Solde HD** » : Somme des heures supplémentaires générées sur le mois concerné + le stock total d'heures supplémentaires accumulées depuis le recrutement de l'agent
- « **Nb H D&F** » : nombre d'heures mensuel travaillé les dimanches et jours fériés par l'agent
- « **Solde SRA** » : Solde de récupérations d'astreinte mensuelles (non concernée ici par l'agent)
- « **T.pris RTT** » : nombre d'heures mensuel de RTT pris par l'agent

- « **Solde RTT** » : stock total de RTT de l'agent
- « **T.pris CAEC** » : nombre d'heures mensuel de congé annuel pris par l'agent
- « **Solde CAEC** » : stock d'heures de congé annuel de l'agent
- « **T.pris FEEC** » : nombre d'heures mensuel travaillé sur jours fériés
- « **T.pris CFEC** » : nombre d'heures mensuel sur jour de fractionnement pris par l'agent
- « **T.pris HSEC** » : nombre d'heures mensuel de congé hors saison pris par l'agent
- « **T.pris SDEA** » : nombre d'heures mensuel de sujétion de dimanche travaillé sur l'exercice antérieur

Ainsi, l'édition du compteur de l'année 2016 de Mme XX permet de constater que le temps de travail mensuel de Mme XX est, pour chaque mois de l'année 2016, supérieur à l'objectif d'heures de travail à réaliser par un agent :

- Janv : 170 heures réalisées vs OBJ : 140,36
- Fév : 167 heures réalisées vs OBJ : 147, 32
- Mars : 143 heures réalisées vs OBJ : 119, 36
- Avril : 167,30 heures réalisées vs OBJ : 147,35
- Mai : 135 heures réalisées vs OBJ : 112,36
- Juin : 184 heures réalisées vs OBJ : 154, 35
- Juillet : 74 heures réalisées vs OBJ : 70, 36
- Août : 169, 30 heures réalisées vs OBJ : 154, 36
- Sept : 184 heures réalisées vs OBJ : 154,35
- Octob : 166, 30 heures réalisées vs OBJ : 147, 36
- Nov : 149 heures réalisées vs OBJ : 126, 35
- Déc : 156 heures réalisées vs OBJ : 147, 36

Soit un total annuel d'heures réalisées par Mme XX pour le CHU de La Réunion de 1 864, 90 heures contre un objectif annuel de travail par agent de 1 624, 00 heures. Ainsi, le temps de travail de Mme XX consacré au CHU est largement supérieur au temps de travail attendu.

[654] « Toutefois, la mission relève quelques incohérences ; le CFP est validé pour une durée de 90 jours alors que la formation n'en comporte que 40. Le tableau des absences, inclus dans la décision du DRH du Site....., indique 6 jours d'absence par mois alors que les relevés des tableaux de service ne comportent que 2 jours de CFP par mois ; cela signifie que les jours de délais de route sont normalement inclus mais que 2 jours de repos hebdomadaire le sont également, ce qui paraît particulièrement curieux mais permet au CHU de récupérer de l'ANFH un volume d'indemnités plus important.

Conformément à la décision du CHU n°.....-2016 (**Annexe**) faisant suite à la décision de la commission de l'ANFH – délibération n°..... (**Annexe**) Mme XX bénéficie d'une prise en charge de CFP de 90 jours (incluant les jours de formations, les délais de route et repos hebdomadaire) pour la période totale allant de juin 2016 à décembre 2017 se détaillant comme suit pour chacune des sessions en présentiel :

- 1 Délai de route (1 jour franc avant la formation)
- 2 jours de formation
- 1 Délai de route (1 jour franc après la formation)
- 2 RH (se positionnant successivement après le dernier délai route, sauf en cas de raisons de service requérant la mobilisation de l'agent alors les RH sont reportables)

Dès lors, le CHU ne récupère pas de l'ANFH un volume d'indemnités plus important mais perçoit le volume d'indemnités correspondant bien aux 90 jours (incluant les jours de formations, les délais de route et repos hebdomadaire) de prise en charge par l'ANFH conformément à la décision ANFH référencée à l'annexe.

[655] « La mission a demandé au directeur général du CHU des précisions sur l'exercice professionnel de Madame XX ; il n'a pas répondu directement à la sollicitation mais à transmis une note rédigée par l'intéressée elle-même qui affirme que « mon temps de travail dédié à la XX s'effectue sur mon temps personnel (week-end, nuits...) »

[656] « La mission souhaite relever que l'attitude du directeur général est contestable car ce n'est pas à Madame XX que la mission avait demandé des explications »

Le CHU joint au dossier de réponse au rapport provisoire les éléments d'évaluation de Mme XX depuis son recrutement au CHU en septembre 20... à ce jour (**Annexe**) et y joint deux notes plus récentes attestant de la manière de servir de Mme XX sur les différents dossiers qu'elle a eu à traiter (**Annexes**). Ces différents éléments montrent le caractère exemplaire de l'engagement de cet agent dans la mise en œuvre de ses missions.

Réponse de la mission :

La mission prend acte de ces observations et supprimera la deuxième phrase du paragraphe 653 et le paragraphe 654. Pour le reste, ces observations confirment les constats de la mission

[657] « Il faut également préciser que Madame XX est amenée à se déplacer fréquemment sur la métropole ; par exemple :

- **du 15 au 28/03 2016 pour la formation master se déroulant les 17 et 18,**
- **du 30/01 au 6/02 2016 pour deux jours de mission les 4 et 5,**
- **du 29/12/2015 au 15/1/2016 pour une mission du 4 au 13 janvier sur.....,**
- **du 26/10/2015 au 01/11/2015 pour une mission surégalement,**
- **du 16/09 au 26/09/2015 pour trois réunions dont une afin de préparer leSes périodes de déplacements sont fréquemment plus longues que le temps induit par les motifs de la mission qu'elle effectue »**

Déplacements en Métropole :

- **« du 15 au 28/03 2016 pour la formation master se déroulant les 17 et 18 » :**
 - o Le 16/03 : délai de route
 - o Les 17 et 18/03 : Formation
 - o Du 21 au 25/03 : Congés annuels

Aucune politique de l'établissement n'interdisait aux agents une prolongation post formation ou déplacement professionnel hors département par des congés annuels (naturellement dans la limite du raisonnable)

Ainsi, Mme XX avait formulé sa demande de positionnement de 5 jours de congé annuel, conformément au circuit réglementaire de demande d'autorisation d'absence.

- **« du 30/01 au 6/02 2016 pour deux jours de mission les 4 et 5 » :**

Conformément à l'ordre de mission ci-joint (**Annexe**), l'agent avait 4 jours de mission et non deux comme indiqués par la mission IGAS.

- **« du 29/12/2015 au 15/1/2016 pour une mission du 4 au 13 janvier sur
» :**

- Du mardi 29 au jeudi 31/12/2015 : Congés annuels
- Le vendredi 1^{er}/01/2016 : Férié
- Les samedi 2 et dimanche 3/01/2016 : Repos Hebdomadaires
- Du Lundi 4 au mercredi 13/01/2016 : Mission

Aucune politique de l'établissement n'interdisait aux agents une prolongation post formation ou déplacement professionnel hors département par des congés annuels (naturellement dans la limite du raisonnable)

Ainsi, Mme XX avait formulé sa demande de positionnement de 3 jours de congé annuel, en amont de son temps consacré à la mission, conformément au circuit réglementaire de demande d'autorisation d'absence.

Conformément à l'ordre de mission ci-joint (**Annexe**), Mme XX et l'équipe projetont enchaîné sur cette période des rencontres de professionnels de santé, de représentants d'institutions et groupement sanitaire dans différentes régions de l'hexagone ayant mis en œuvre des expérimentations de.....; et dans le cadre du partenariat entre le CHU et le CHsuivi par Mme XX, un rendez-vous à la DGOS pour échanger sur les dispositifs.....

- « du 26/10/2015 au 01/11/2015 pour une mission sur également » :

Conformément à l'ordre de mission ci-joint (**Annexe**), Mme XX et l'équipe projetont enchaîné sur cette période des rencontres de professionnels de santé, de représentants d'institutions et groupement sanitaire dans différentes régions de l'Hexagone ayant mis en œuvre des expérimentations deet assisté à un congrès de la.....

Dans le cadre du projet régional de déploiement deet de sa déclinaison pour le CHU (considérée comme un enjeu stratégique pour l'établissement), Mme XX ainsi que deux autres collaborateurs du CHU ont été missionnés par l'ancien directeur général du CHU (**Annexe**) auprès du chef de projet désigné par l'ARS OI (**Annexe**) pour l'appui à la conduite de cette mission initiée par l'ARS OI. Pour mener à bien ce projet et permettre à l'équipe missionnée d'appréhender le sujet, l'équipe projet a entrepris, avec l'accord de l'ancien directeur général, des déplacements en métropole pour visiter des structures de santé qui ont mené des expériences abouties de....., dans une logique d'intégration de ces bonnes pratiques pour les adapter à l'Océan Indien.

Mme XX s'est très fortement investie pour la mise en œuvre de ce projet comme peut le conforter les appréciations rédigées par Mme XX sur l'investissement et la manière de servir de Mme XX sur cette mission (**Annexe**).

Ainsi, hormis la période du 15 au 28/03 où l'agent a cumulé 5 jours de congés annuels a posteriori de sa formation et la période du 29.12.15 au 13.01.16 où l'agent a cumulé 3 jours de congés annuels en amont de sa mission – autorisés –, les divers rendez-vous, visites d'expérimentations de dans des structures et congrès sur le même thème ainsi que les délais de route nécessaires pour rejoindre les régions de l'Hexagone – comme le justifient les ordres de mission détaillés- sont cohérents avec la durée de ces déplacements entrepris par l'équipe projet. L'avancement rapide des actions menées dans le domaine de lamontre tout le bénéfice et les gains de qualité et d'efficience que le CHU et surtout les patients ont su retirer de cette phase de capitalisation des bonnes pratiques existantes.

[658] « la situation de madame XX interroge la mission pour trois raisons :

- tout d'abord, elle est frappée par l'agrégation de toutes ces activités au sein du CHU et à l'extérieur centrée sur une seule et même personne ; cela lui confère un statut inédit, probablement prestigieux, qui distingue l'intéressée des autres professionnels. Il aurait été compréhensible que le CFP ne soit pas accordé concomitamment au cumul d'activités ; ce régime exorbitant interroge la mission sur les raisons qui ont poussé la direction du CHU à accéder aux requêtes professionnelles de Madame XX et à valider autant de déplacements en métropole ou à Madagascar. »

Le CHU précise que l'engagement de Mme XX sur la mission considérée comme prioritaire sur.....– initiée à la demande de l'ARS-OI – était d'autant plus opportun et efficient qu'elle s'est fortement mobilisée, étant chargée du partenariat entre le CHU et le Centre hospitalier....., sur le déploiement opérationnel de....., levier majeur de gains d'efficacités potentiels dans..... Ce suivi du partenariat stratégique aveca nécessité également une coordination étroite avec les interlocuteurs ministériels chargés de ce dossier, en lien avec la préparation du dossier COPERMO du CHU faisant du soutien au renforcement de ce partenariat un axe prioritaire. Le CHU indique que, contrairement à de nombreux autres établissements, il n'a pas fait appel à des missions de conseil externes – souvent très onéreuses – dans l'appui au montage de ce type de dossiers mais préféré faire appel aux compétences internes reconnues. Mme XX, comme le montrent ses évaluations professionnelles successives a, en outre, parfaitement rempli les missions successivement exercées

S'agissant du déplacement évoqué à Madagascar, Mme XX a effectué cette mission dans le cadre d'un intérim de..... L'IGAS trouvera ci-jointe la note de service d'intérim (**Annexe**) qui avait faite en ce sens. L'appui opérationnel de Mme XX a été très important pour la préparation et l'organisation du Congrès Océan Indien de....., porté par le CHU chaque année dans le cadre de son partenariat avec le CHU de....., et auxquels participent plus de 300 médecins de la zone Océan Indien. Cette action de coopération exemplaire reçoit le soutien de l'Ambassade de France à Madagascar et est organisée en partenariat avec l'ARS-OI. Ce déplacement a également donné lieu à de nombreux contacts avec les responsables sanitaires malgaches et une revue de l'avancement des actions de coopération opérationnelles menées avec le CHU.

- **« ensuite se pose la question de la compatibilité avec la poursuite normale de son activité hospitalière ; cet excès de cumuls oblige à poser la question du volume de travail effectué au profit du CHU, employeur exclusif de Madame XX. La décision presque concomitante concernant le CFP et le cumul d'activité en complément de fonctions que tous les adjoints des cadres n'exercent pas, impacte la responsabilité de l'établissement. Il demeure essentiel que les intérêts du CHU soient respectés et que le temps du par l'intéressé au CHU soit réellement effectué »**
- **« Il demeure essentiel que les intérêts du CHU soient respectés et que le temps du par l'intéressé au CHU soit réellement effectué » :**
- **« Enfin, il y voit un risque que cette situation fasse que Madame XX soit considérée comme privilégiée ou favorisée, ce qui de nature à altérer la nécessaire exemplarité de la gouvernance »**

Les éléments fournis montrent non seulement la mise en œuvre effective des missions confiées mais également attestent de l'engagement exemplaire de Mme XX pour le CHU de La Réunion depuis qu'elle y a pris ses fonctions. Son engagement a permis de faire avancer considérablement des dossiers absolument essentiels pour l'avenir de l'établissement.

Réponse de la mission :

La mission prend note des observations du CHU et des évaluations de Mme XX. Néanmoins, elle considère que cela ne remet pas en cause ses constats et ne justifie pas le retrait du rapport provisoire de la partie concernant la situation de l'intéressée.

Annexes :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

**OBSERVATIONS RELATIVES AUX CONSTATATIONS PROVISOIRES
CONCERNANT LE NIVEAU DE REMUNERATION DE MME XX,
DIRECTRICE ADJOINTE CONTRACTUELLE (ANNEXE 4 DU RAPPORT)**

En vertu des articles L311-6 et L311-7 du Code des relations entre le public et l'administration, certaines mentions non communicables ont été occultées

§ 460 - 628 à 632 :

Dans son point 460, l'inspection pointe la fixation d'un niveau de rémunération pour un directeur adjoint contractuel « sans référence à celui d'un titulaire à ancienneté et compétences comparables ».

Le CHU de La Réunion souhaite porter à la connaissance de la mission les éléments suivants justifiant le niveau de rémunération de Mme XX :

Mme XX est ancienne élève de
.....

Son recrutement s'est réalisé dans le cadre d'un
détachement,.....
.....

Compte tenu des spécificités de rémunération des
agents....., cette dernière a fourni un
état complet de sa rémunération nette annuelle signé par la Directrice
.....à la DRH ainsi qu'au Directeur Général afin d'entamer en
toute transparence la négociation salariale entre les deux parties en vue de ce détachement.

A la lecture de ce document (*pièce n°3-état de rémunération nette*), il convient de noter que la rémunération de Mme XX était de net au moment de son détachement, soit supérieure à la situation évoquée par la mission et retenue comme point de comparaison. Les conditions d'âge et d'expérience entre deux statuts différents ne sauraient donc constituer un critère objectif de comparaison.

En effet, en comparant la situation de Mme XX à celle d'un directeur adjoint titulaire, la mission ne prend pas en compte le logement de fonction attribué réglementairement aux directeurs titulaires, qui peut aisément être évalué à hauteur de l'indemnité compensatrice mensuelle de logement (ICML), soit 1485€ net par mois pour La Réunion (*Arrêté du 8 janvier 2010 fixant les montants de l'indemnité compensatrice mensuelle prévue à l'article 3 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010*)

La rémunération de la DH titulaire prise en référence dans le rapport d'inspection provisoire est donc en réalité supérieure en tenant compte de cet avantage en nature. Les Directeurs Adjointes titulaires qui ne sont pas logés sur site bénéficient d'ailleurs tous de cette indemnité compensatrice.

Le décret du 11 février 1991 précise bien que « *le montant de la rémunération est fixée par l'autorité investie du pouvoir administratif en prenant en compte notamment les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience* »

De même, conformément à l'article 9 de la Loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la Fonction Publique Hospitalière (modifié par [LOI n°2016-483 du 20 avril 2016 - art. 44](#)) :

« Par dérogation à l'article 3 du titre Ier du statut général, les emplois permanents mentionnés au premier alinéa de l'article 2 peuvent être occupés par des agents contractuels lorsque la nature des fonctions ou les besoins du service le justifient, notamment lorsqu'il n'existe pas de corps de fonctionnaires hospitaliers susceptibles d'assurer ces fonctions ou lorsqu'il s'agit de fonctions nouvellement prises en charge par l'administration ou nécessitant des connaissances techniques hautement spécialisées.

S'agissant du recrutement de Madame XX, le choix de cette candidature avait été motivé par ses compétences spécialisées (demandées dans les avis de vacances et fiche de poste- pièces n°4 et n°5), en particulier dans le domaine de la stratégie et des relations avec.....

C'est donc sur la base :

- de différentes dispositions réglementaires (régissant la FPH et les dispositions relatives au détachement.....)
- de la valorisation des compétences spécifiques et spécialisées de Mme XX
- de son niveau de rémunération initial fourni et justifié
- ainsi que la prise en compte de la sujétion qui lui serait faite de contribuer au tour de garde de direction comme l'ensemble des directeurs adjoints de l'équipe de direction

que le niveau de rémunération global de Mme XX a été fixé, résultat d'une négociation salariale entre un candidat et son futur employeur.

Enfin, la Direction Générale note la démarche volontaire de Mme XX consistant à effectuer un détachement hors de son corps d'origine : la carrière de Mme XX restera en effet gelée pendant la durée de son détachement, contrairement à ses collègues titulaires dont l'avancement est garanti et contrairement à ses collègues directeurs de.....; de même, en tant que directrice contractuelle, elle ne perçoit aucune prime statutaire de quelque nature que ce soit.

Les passerelles entreet la FPH sont aujourd'hui encouragées par les pouvoirs publics, un groupe de travail ayant été constitué entre laet la DGOS afin de valoriser ce type de détachement réciproque et de fournir un cadre facilitateur. Les questionnements des inspecteurs soulignent donc avec acuité la nécessité de l'avancement de ces travaux.

L'initiative de ce détachement a par ailleurs été saluée et encouragée à plusieurs reprises par....., mais également parainsi que (Pièces n° 6 et 7)

Enfin, il convient de souligner l'efficacité et l'investissement professionnel de Mme XX dans la réalisation des missions qui lui sont confiées et saluer ses compétences dans sa manière de servir, Mme XX ayant réussi à s'adapter très rapidement au domaine hospitalier et à mobiliser des compétences dans deux établissements et sur trois sites différents avec un périmètre de direction aujourd'hui très vaste, témoin de ses compétences techniques et managériales reconnues.

Pièces jointes :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

Réponse de la mission :

Les observations apportées par le CHU concernant la situation de Mme XX n'apportent aucun élément complémentaire ni sur la spécificité de la fonction qui justifierait le recrutement d'un agent contractuel, ni sur le niveau de rémunération imposable comparé à celui qui était le sien auparavant, sensiblement inférieur, et à celui d'un cadre de direction ayant une expérience et une ancienneté équivalentes.

1.3 PIECES JOINTES AUX OBSERVATIONS DU DG DU CHU

LISTE DES PIÈCES JOINTES

Pièce jointe n° 1 : Courrier en date du 10 octobre 2013 transmis au Directeur Général de la DGOS relatif au financement des projets d'investissement du CHU de La Réunion

Pièce jointe n° 2 : Courrier en date du 25 septembre 2014 adressé au directeur général de l'offre de soins – Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits de la femme, sollicitant un avis juridique sur certains dispositifs de rémunération pour les personnels médicaux et non médicaux suite au rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de La Réunion

Pièce jointe n° 3 : Note stratégique du dossier COPERMO 1

Pièce jointe n° 4 : Tableaux de bord de la Direction Générale

Pièce jointe n° 5 : Courrier d'accompagnement en date du 29 avril 2014 adressé à la directrice générale de l'ARS OI, relatif au bilan 2013 des objectifs inscrits dans les annexes du CPOM

Pièce jointe n° 6 : Rapport du Consultant de l'ANAP, M. HEISSAT daté de février 2017

Pièces jointes n° 7 : Courrier en date du 2 décembre 2016 adressé au directeur général de l'ARSOI relatif à l'opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central de saint-Pierre

Pièce jointe n° 8 : Courrier du Président du Conseil de Surveillance du 06 février 2013

Pièce jointe n° 9 : Courrier en date du 28 juin 2013 adressé au directeur général de l'ANAP portant sur un bilan du contrat de performance 2011-2013

Pièce jointe n° 10 : Courrier du 29 avril 2014

Pièce jointe n° 11 : Note d'analyse juridique sur les prestations de GBO

Pièces jointes n° 12.1 à 12.6 : Courriers adressés à l'ARSOI concernant le recrutement de cliniciens (occulté)

Pièce jointe n° 13 : Courrier de M. David GRUSON en date du 21 février 2017 adressé à Monsieur le Trésorier du CHU de La Réunion

Pièce jointe n° 14 : Courrier de M. Lionel CALENGE en date du 21 février 2017 adressé à Monsieur le Trésorier du CHU de La Réunion

Date : Jeudi 10 octobre 2013
Direction des Finances
& du Contrôle de Gestion

Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Directeur Général de la DGOS
14, avenue Duquesne
75350 Paris SP 07

RÉF. DFCG/DG/BM/81/2013

Affaire suivie par Bertrand MICHEL,
Directeur Adjoint
bertrand.michel@chu-reunion.fr

Objet :

Eligibilité du CHU de la Réunion au dispositif
de financement sur fonds d'épargne de la
CDC

Monsieur Le Directeur Général,

Le CHU de La Réunion présente un plan pluriannuel d'investissement de 382 M€ sur la période 2012-2019. Ce PPI recense les besoins d'investissement incompressibles à réaliser sur les 7 prochaines années et « finançables » par le CHU sous conditions de reconduction des financements alloués dans le CPOM et de préservation de la marge brute.

L'Agence de santé de l'Océan Indien a notamment confirmé, dans le CPOM signé le 25 février dernier, son soutien aux trois opérations principales du CHU : projet Bâtiment de soins critiques et plateforme commune 15-18 de Saint-Denis (55 M€) ; requalification et extension du bâtiment principal de Saint-Pierre (89 M€) ; opération neuro-rééducation et Alzheimer sur le site du Tampon (14 M€).

Le financement du PPI incompressible est aujourd'hui assuré par une CAF nette prévisionnelle de 25M€ en moyenne sur les prochaines années mais doit encore être consolidé par un recours à l'emprunt. Nos deux principaux partenaires financiers que sont l'Agence Française de Développement et la Caisse des Dépôts et Consignations sont prêts à nous accompagner sur ces projets :

- l'AFD a diligenté en juin 2013 une mission d'analyse des risques pour définir sa capacité d'accompagnement du CHU sur ses projets structurants en fonction de la soutenabilité financière du PPI présenté et suite à cette mission, poursuivra l'accompagnement du CHU sur les prochaines années ;
- la CDC est prête à contractualiser dès 2013 pour les 5 prochaines années pour assurer le financement des opérations structurantes du CHU sur le dispositif sur fonds d'épargne. En revanche, pour être éligible à ce financement, les projets supérieurs à 50 M€ doivent, en principe, faire l'objet d'une validation du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'Offre de soins (COPERMO) ou d'un accord de la DGOS.

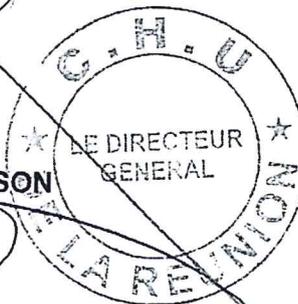
Aussi, ces opérations n'étant pas présentées au COPERMO, afin de pouvoir assurer leur financement, j'ai l'honneur de solliciter votre accord pour rendre éligible au dispositif de financement de la CDC les deux opérations principales du CHU : le Bâtiment des Soins Critiques de St-Denis (55 M€) et la requalification et extension du Bâtiment Central de St-Pierre (89 M€).

Je vous remercie de l'attention que vous saurez porter à cette demande et dans l'attente d'une suite favorable, je vous prie de croire, **Monsieur Le Directeur Général**, à l'expression de ma considération distinguée.

*Merci pour votre
de votre soutien*

Le Directeur Général du CHU,

David GRUSON



Date : le 25 septembre 2014

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 251-2014/DG/LS/AP

Le Directeur Général de l'offre de soins
Sous-direction des ressources humaines du
Système de santé (RH2S)
Ministère des affaires sociales, de la santé et des
droits des femmes
14 avenue Duquesne
75350 PARIS CEDEX SP 07

A l'attention de Madame Michèle LENOIR-SALFATI

Sous-directrice par intérim

*Objet : rapport d'observations définitives de la Chambre
régionale des comptes de la Réunion concernant les dépenses
des personnels du CHU de La Réunion*

Monsieur le Directeur Général,

Je me permets de vous saisir pour un avis juridique concernant certains dispositifs de rémunération pour les personnels médicaux et non médicaux, considérés comme irréguliers dans un rapport rendu par la Chambre régionale des comptes (CRC) de La Réunion en matière de gestion des ressources humaines du CHU de La Réunion. Vous trouverez, joints à cette présente lettre, l'intégralité du rapport de la CRC ainsi que la réponse que j'ai adressée à la Chambre.

Le rapport de la CRC porte :

- Pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2012, sur le Centre hospitalier départemental Félix Guyon et le Groupe hospitalier Sud Réunion ;
- Et, depuis le 1^{er} janvier 2012, sur le CHU de La Réunion.

Ce rapport a été discuté dans les instances du CHU de La Réunion, et débattu en son Conseil de surveillance le 24 septembre 2014.

La Chambre régionale des comptes considère que sont irréguliers les dispositifs de rémunération suivants mis en œuvre par l'établissement :

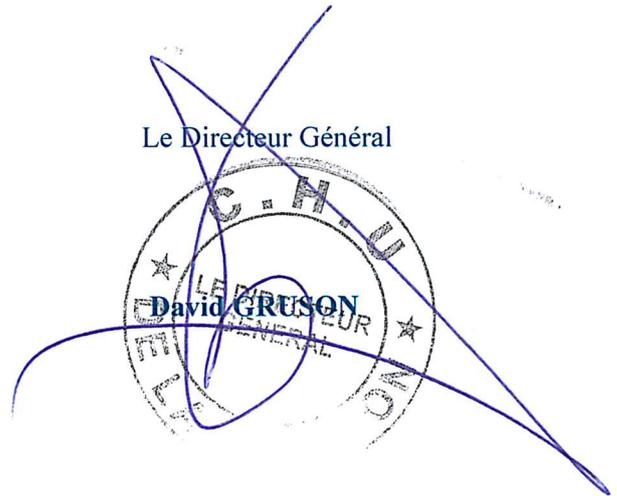
- S'agissant du personnel médical, la Chambre met en question la base légale pour le versement de la surrémunération au cours des congés bonifiés (page 27 du rapport) ;
-
- S'agissant du personnel non médical, la CRC considère qu'est irrégulière l'indexation de la prime de service et de plusieurs autres régimes indemnitaires (pages 30 à 33 du rapport).

Je me permets de vous solliciter afin de recueillir vos points de vue sur les suites à donner à cette appréciation en droit formulée par la CRC. Il s'agit de questions juridiques ne concernant pas spécifiquement le CHU de La Réunion mais se posant pour l'ensemble des établissements hospitaliers mettant en œuvre ces modalités de prise en compte de l'indexation et de traitement des congés bonifiés.

Vous remerciant de votre analyse juridique, le CHU de La Réunion se tient à votre entière disposition pour vous apporter tout complément d'information nécessaire à l'instruction de ce dossier.

Je vous prie de croire, *Monsieur le Directeur Général*, en l'assurance de mes salutations respectueuses et dévouées.

Le Directeur Général



Copies à :

- Madame Chantal de SINGLY, Directrice Générale de l'ARS-OI
- Monsieur Pierre GAILLON, Trésorier du CHU de La Réunion
- Monsieur Bernard VON PINE, Président du Conseil de surveillance du CHU de La Réunion
- Monsieur Arnaud MOREL, Secrétaire Général du CHU de La Réunion
- Monsieur Pierre BERGER, Directeur des sites du GHSR
- Madame Suzanne COSIALS, Directrice du site Félix Guyon
- Monsieur Frédo DARTY, Directeur des Ressources Humaines - site GHSR
- Monsieur Philippe CONY, Directeur des Ressources Humaines par intérim – site Félix Guyon
- Madame Hélène COURDENT, Directrice des Affaires Médicales du CHU de La Réunion

CHU DE LA RÉUNION
DIRECTION GÉNÉRALE

11, rue de l'hôpital • 97 460 Saint-Paul
tél : 0262 35 95 40/41 • fax : 0262 49 53 47
mail : secretariat_da@chu-reunion.fr • www.chu-reunion.fr



Dossier COPERMO

PARTIE I

**Présentation par l'établissement du contexte et du
plan d'actions soumis au comité**

**Note d'orientation stratégique du CHU de La
Réunion**

1-Présentation synthétique du contexte financier, organisationnel et territorial et des mesures déjà engagées

La création du Centre hospitalier universitaire (CHU) de La Réunion le 29 février 2012, à la suite de la création de l'Unité de formation et de recherche en santé de l'Université de La Réunion en 2010, a constitué une formidable opportunité pour renforcer la dynamique d'innovation et d'excellence en matière de soins, d'enseignement et de recherche à la Réunion, Mayotte et plus largement dans la zone Océan Indien.

Le CHU (environ 1900 lits et places) a été créé par fusion le 1^{er} janvier 2012 de deux établissements, l'hôpital Félix Guyon et le groupe hospitalier Sud Réunion, auparavant Centres hospitaliers généraux. Les deux sites principaux sont distants de 85 kms. Les quatre premières années du CHU ont permis d'enclencher une intégration de ces deux sites sur les plans de la gouvernance, du projet de prise en charge des patients, des fonctions support et administratives en créant une culture managériale commune malgré les réticences initiales de certains acteurs.

Le CHU a porté au cours de ses premières années un important développement d'activités cliniques et médico-techniques en accompagnant les pôles d'activités dans leurs projets (+10,8% d'évolution d'activité clinique sur la période 2012-2015). Le CHU s'insère comme acteur majeur dans l'offre de soins régionale (57%), dans un département qui ne peut s'abstraire de son contexte îlien indianocéanique et de son insularité, de son contexte épidémiologique (surprévalence des pathologies chroniques) et démographique (augmentation et vieillissement de la population), de sa situation économique et sociale particulières (taux de chômage de plus de 30%, 40% de la population sous le seuil de pauvreté). Ainsi, l'accès aux soins reste inférieur aux besoins, qui se traduit (donnée 2012 issue du projet 2012-2016 du CHU) par une dépense en soins hospitaliers inférieure à la moyenne de la métropole (881 € par personne protégée à La Réunion soit environ 678 € avant application du coefficient géographique de 30% contre 1029 € en Métropole).

En mai 2016, les Ministres des affaires sociales et de la santé et des Outre Mer ont présenté la stratégie de santé pour les Outre Mer, prévue par l'article 2 de la Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui pose des éléments de diagnostic et de stratégie pour La Réunion.

Le CHU a porté en outre dès sa création en outre trois opérations de restructuration majeures pour la **modernisation de l'offre de soins** et le développement économique du territoire, et contractualisées avec l'Agence de Santé Océan Indien (février 2013) :

- modernisation et extension de l'hôpital du Tampon (filiales neuro-rééducation et Alzheimer), qui s'achèvera au second semestre 2017 pour un montant de 14 M€ ;
- construction d'un bâtiment des soins critiques à Saint-Denis, première phase de l'opération achevée au troisième trimestre 2017 et la seconde phase l'année suivante : 69 M€ ;
- extension et requalification du bâtiment central à Saint-Pierre, opération démarrée en 2015 et qui s'achèvera fin 2020 pour un montant de 109 M€.

En outre, le CHU est inscrit dans une logique d'insertion territoriale et de complémentarité dans son offre de soins avec les autres acteurs (publics, privés, libéraux, médico-sociaux : plus de 50

partenariats formalisés en 4 ans) qui rend illusoire et peu pertinent d'analyser ses évolutions sur son seul périmètre, qui plus est dans un contexte de double insularité Réunion / Mayotte :

- direction commune avec le Groupe Hospitalier Est Réunion depuis le 1^{er} janvier 2014 qui a permis d'améliorer significativement la situation financière de cet établissement (Cf. infra) ;
- soutien très fort et croissant de l'hôpital de Mayotte depuis 2013. Il existe un consensus entre hospitaliers de la Réunion et de Mayotte autour de la situation sanitaire à Mayotte et de l'importance du partenariat entre le CHU et le Centre Hospitalier de Mayotte, et la nécessité de développer une **approche globale et commune des questions sanitaires entre les deux îles pour améliorer la prise en charge des patients de Mayotte** ;
- établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire Réunion / Mayotte depuis le 1^{er} juillet 2016, dont le double enjeu est de porter un projet médical partagé de territoire pour les 5 établissements publics de santé de la Réunion et de Mayotte ainsi qu'une démarche de performance devant se traduire par des gains économiques sur des fonctions support (achats, informatique médicale, logistique...) ;
- coopération internationale, le CHU contribuant de manière importante à la stabilité des systèmes de santé des Etats de la communauté de l'Océan Indien (Comores, Maurice, Seychelles, Madagascar) par des missions d'appui médical et paramédical sur place et la formation des professionnels de santé de ces pays (plus de 50 missions chaque année, 700 professionnels formés).

La construction hospitalière portée par le CHU doit s'analyser dans cette dynamique régionale et à l'aune des ambitions qui ont été assignées à sa fondation. Il est aussi important de rappeler que la création du CHU a permis de limiter nettement les évacuations sanitaires de patients Réunionnais vers la Métropole sur les spécialités de recours et de référence. Les spécialités non existantes sur la Réunion sont aujourd'hui peu nombreuses : essentiellement greffe cardiaque, allogreffes, chirurgie des malformations congénitales cardiaques.

Cependant, quatre ans après la création du CHU, plusieurs constats doivent être faits avec lucidité.

- 1. La situation financière du CHU s'est dégradée depuis sa création.** Le déficit de l'exercice 2015 s'exerce à 20,3 M€ (soit 3% des produits) et impose l'examen du dossier du CHU par le COPERMO.

Depuis 2012, le rythme d'évolution des charges (20,6 % globalement dont 20 % pour le T1, 32 % pour le T2 et 17 % pour le T3) est supérieur au rythme d'évolution des recettes (17,4 %).

Le CHU a porté sur ses quatre premières années une forte dynamique d'accompagnement des projets qui s'est traduite par une forte augmentation des effectifs liée à la mise en place de nouvelles activités :

- +657,05 ETPR tous statuts confondus soit +10.8% ETPR pour le CHU entre 2012 et 2015 dont :
- +529,33 ETPR pour le PNM (+9.9 %)
- +127,72 ETPR (+16.6 %) pour le PM dont une grande majorité liée au développement de l'internat OI (44% des créations) ; les créations de postes d'assistants et de praticiens contractuels représentent quant à elles, respectivement (38 % et 28 %) de l'augmentation.

Sur la même période, le CHU a connu une augmentation de son activité en séjours (nombre de résumés de sortie standardisés de 10,8 % soit une moyenne de 2,7 % par an et une augmentation de recettes théoriques T2A de près de 18 %.

Sur le plan des recettes d'activité, le CHU est pénalisé comme tous les établissements par l'application du plan triennal de maîtrise des dépenses d'assurance maladie (baisse des tarifs moyens par exemple -1,2 % en 2015). Mais une stratégie fondée principalement sur la dynamique de développement d'activité, dans un contexte de ralentissement de l'évolution de celle-ci constatée depuis 2015 sur le CHU, ainsi que par la mise en œuvre d'un virage ambulatoire issu d'une politique nationale, sans une maîtrise des coûts et une évaluation de la structure et de la performance du dispositif de soins du CHU, ne peut plus avoir cours aujourd'hui.

2. **Les protocoles préalables à la fusion** (protocole politique d'accord relatif à la fusion et le fonctionnement du CHU signé en mai 2011 et complété par un protocole social) ont rendu difficile tout projet collectif structurant dépassant une vision Nord / Sud et la réflexion autour d'un avenir stratégique porteur de sens et intégré, se traduisant par une dynamique proprement CHU.

Ce protocole a été à l'époque signé par le Directeur Général, les Présidents des deux Conseils de surveillance, les deux CME et les organisations syndicales représentatives du personnel. Ce protocole contient des dispositions créatrices de droits et opposables, comme la préservation d'instances de sites, une présentation de la situation budgétaire par site, mise en œuvre d'un plan de titularisation dans un contexte où 28 % des personnels étaient en CDD au moment de la création du CHU (moyenne nationale à 17 %). L'absence de garantie de sécurisation du fonctionnement de chaque site sur son périmètre eût-elle rendu à l'époque acceptable le CHU ? Aujourd'hui il est nécessaire d'avoir un projet de prise en charge et une feuille de route stratégique réellement collective, considérant le CHU comme un établissement unique sur deux sites avec des structures transversales et complémentaires.

3. Le redressement de la situation financière du CHU passera par un **nouveau projet de prise en charge des patients (médical et soignant)** pour la période 2017-2021, intégré dans un nouveau projet d'établissement qui sera bâti d'ici la fin du premier semestre 2017 et soumis à l'Agence de Santé OI.

Quatre orientations se dégagent à ce stade, constituent un changement profond et rapide de paradigme pour la communauté du CHU, et nécessitent un accompagnement permanent de ce changement par sa Direction :

- **Transversaliser une réflexion médicale Nord / Sud** non seulement sur les activités médico-techniques, qui doivent faire l'objet d'une organisation transversale Nord / Sud d'ici fin 2016 (biologie, imagerie, pharmacie, santé publique), mais aussi des activités cliniques. Plusieurs réflexions sont déjà en cours dans le cadre des travaux sur l'élaboration du projet médical (Cf. infra).

L'organisation médicale du CHU se doit d'être pensée globalement. Le projet médical 2012-2016 s'est attaché à développer la fonction hospitalo-universitaire et l'implication du CHU dans la zone Océan Indien. La mise en cohérence des activités médicales sur les deux sites reste à mener. Tout en conservant les fonctions de proximité développées sur chaque site, il faudra s'attacher à éviter les redondances de l'offre de soins et développer les activités en faisant des choix cohérents, assumés et discutés collectivement autour de spécificités fortes sur le Nord (ex. cardiologie interventionnelle sur le Nord dans un contexte très concurrentiel, greffe, chirurgie cardiaque) ou le Sud du CHU (ex. neurosciences, radiothérapie, allogreffes).

Une véritable réflexion sur les regroupements des prises en charge de recours conformément à ce principe de spécialisation, en y intégrant la notion de complémentarité et d'efficacité médicale, sera un enjeu fort du futur projet d'établissement, y compris dans la logique d'organisation polaire.

Cette stratégie médicale nouvelle, portée dans la concertation entre équipes et disciplines, devra permettre de mettre en avant des axes de modernisation majeurs du CHU autour du développement de l'ambulatoire (médecine et chirurgie), de l'amélioration des prises en charge en oncologie, et dans le cadre des priorités définies par l'ancien SROS et qui restent largement d'actualité : périnatalité, maladies chroniques et métaboliques, maladies infectieuses, émergentes et tropicales.

-Assurer un virage rapide vers des prises en charge ambulatoires, ce qui nécessite une évolution des capacités de prise en charge en lits à la baisse, des organisations efficaces et un ajustement des effectifs de certains services, en ciblant les structures sur lesquelles des marges de manœuvre existent.

Les circulaires nationales dessinent à terme des évolutions autour 50% de séjours réalisés en médecine ambulatoire et de 60% en chirurgie. Le CHU a assurément des marges pour assurer cette transition, mais pour l'heure il est loin de ces ratios. L'objectif 2020 de pourcentage global de recours à l'ambulatoire est fixé selon une trajectoire réaliste à 34% en médecine et 47% en chirurgie.

La recomposition de la structure capacitaire du CHU appelle aussi des décisions rapides, avec une extension des places d'HdJ (Cf. partie 2), assurant la mise en adéquation de l'offre de soins à la demande de soins, le nombre de postes de travail au nombre de patients pris en charge. Réciproquement, l'adaptation structurelle de la structure capacitaire de l'établissement sera potentialisée par la mise en place des opérations immobilières structurantes, indispensable pour les standards de soins actuels.

- Densifier et recomposer le programme médical des deux opérations majeures (bâtiment des soins critiques à Saint-Denis, bâtiment central à Saint-Pierre) pour en améliorer la rentabilité et l'éligibilité à un accompagnement.

La genèse de ces opérations a été entamée avant la création du CHU, et dans une logique territoriale relativement cloisonnée. La venue de la mission T0 de l'IGAS a permis d'enclencher et de concrétiser une prise de conscience autour de la nécessaire densification de ces bâtiments, des arbitrages forts ayant été rendus en ce sens à un an de l'ouverture du bâtiment des soins critiques (Cf. partie 2 du rapport). L'opération du bâtiment central nécessite des adaptations qui sont aujourd'hui proposées par le CHU ; sa réalisation semble indispensable pour la qualité et la sécurité des soins. Le projet a été revisité en actualisant les enjeux du programme dans ses aspects capacitaire (moins de lits d'HC, plus de place d'ambulatoire suite à des discussions avec les chefs de pôles intervenues en octobre 2016) et de surfaces en mettant le focus sur les évolutions de mode de prise en charge des patients. Il est important de rappeler que ce projet porte la structure capacitaire du CHU sur son site Sud probablement pour les 20 à 30 prochaines années.

Le projet du bâtiment des soins critiques est lui aussi repensé dans une optique de densification et d'évolution de l'opération, à moins d'un an de sa livraison.

La mise en place d'un plan de redressement s'avère aujourd'hui indispensable pour restaurer un cycle d'exploitation compatible avec ce programme d'investissement reconnu comme nécessaire.

Il convient cependant ne pas faire sous-tendre son projet de prise en charge des patients par une hypothèse trop optimiste sur le **développement de l'activité**, celle-ci semblant atteindre un « plateau » depuis deux ans.

La récupération de parts de marché sur le privé ne pourra passer que par la pertinence et l'attractivité des organisations médicales du CHU et la performance de ses plateaux techniques (exemple de l'imagerie du CHU pénalisée en termes de conditions de rémunération et de permanence des soins face aux structures privées et qui connaît de graves problèmes de recrutement). Ceci dit, des marges de manœuvre existent bel et bien : exemple des chimiothérapies du Nord, des coronarographies adressées depuis le territoire Sud. A terme le CHU base sa trajectoire financière sur évolution des recettes d'activité de 1,5 % par an.

4. La **rénovation des modes de gouvernance** ainsi que la mise en place d'outils rénovés destinés à mieux éclairer les responsables et la communauté médicale et soignante de l'établissement est également un axe fort du plan de redressement proposé.

Le CHU doit s'engager dans une rénovation de ses méthodes de gestion et de pilotage, appliquant des outils rigoureux et transparents. Une gestion éclairée d'indicateurs de suivi et d'objectifs prospectifs opérationnels est indispensable pour suivre les mesures proposées et s'assurer de leur bonne mise en œuvre afin que le plan d'actions soit réellement et correctement appliqué.

Cette rénovation des modes de gouvernance et de pilotage comporte plusieurs dimensions :

- La poursuite d'une politique de simplification tendant à la mise en place d'instances de CHU uniquement, hors instances réglementaires de site de type CHSCT. Ce débat peut encore concerner les Commissions consultatives du conseil de surveillance, les Commissions médicales consultatives, les comités des usagers et devra être porté avec les acteurs concernés dans un esprit de subsidiarité. Pour rappel, une forte simplification est déjà intervenue : CTE, Commissions des soins, Directoire, CAP...
- Un pilotage rénové de la Direction avec un CODIR uniquement CHU plus stratégique, resserré, se réunissant fréquemment, portant le pilotage médico-économique du CHU et une transversalisation des Directions fonctionnelles restant uniquement de site. Le calendrier est acté pour DRH et Direction des soins à partir de début 2017.
- Un dialogue avec les pôles simplifié, porté par la DG et la Présidence de CME, avec en appui les Directions de sites et transversales du CHU, et portant sur 3 exercices annuels permettant la prise de décision, l'atteinte des objectifs de performance et surtout leur suivi dans le cadre de la stratégie de l'établissement et des nouveaux outils de pilotage médico-économiques.
- Une fonction contrôle de gestion directement au service de la politique de performance et de pilotage médico-économique définie par la Direction Générale et portée avec la Présidence de CME. La fiabilité des données de gestion et leur utilisation paraissent aujourd'hui insuffisantes, mais un travail important est en cours de réalisation.

Une dimension externe avec un dialogue transparent, institutionnalisé et basé sur des données de gestion incontestables partagées avec l'Agence de Santé OI. Une réunion de suivi budgétaire mensuel est d'ores et déjà mise en place depuis août 2016 avec elle.

5. La **trajectoire de redressement proposée est exigeante** dans un contexte où les prévisions des hausses de recettes seront plus contraintes que les années précédentes et où un plan d'investissement d'une importance exceptionnelle sera à assumer (360 M€ sur 2016-2023).

Le plan d'actions de **redressement financier est proposé à hauteur de 28,7 M€ sur la période 2017-2021 (12,5 M€ sur le titre 1, 11 M€ sur le titre 2 et 5,2 M€ sur le titre 3)** afin de retrouver une marge brute hors aides de 8 % à compter de 2020 et un équilibre comptable rapidement. Pour rappel, les standards pour un retour à « *une trajectoire financière* » selon les exigences nationales sont les suivants :

- l'atteinte d'un taux de marge brute d'exploitation de l'ordre de 8 % des produits courants hors aides perçues, dans un délai tenant compte des actions nécessaires de retour à l'équilibre ;
- l'atteinte en parallèle d'un socle d'investissements courants qui doit représenter 3 % des produits d'exploitations courants.

La stricte application mécanique des critères énoncés ci-dessus conduirait à dessiner une trajectoire financière de nature à redresser les comptes de l'établissement d'ici à 2020. Pour autant, cette **trajectoire financière type, sans accompagnement financier et avec un PPI à 360 M€, conduirait à engager une réduction de 39 M€ de dépenses :**

- 23 M€ sur le titre 1 soit environ 350 postes ;
- 11 M€ sur le titre 2 et 5 M€ sur le titre 3.

C'est pourquoi **elle n'est pas proposée au COPERMO par l'établissement**. Le plan de redressement proposé par l'établissement est basé **sur des accompagnements financiers destinés à appuyer la trajectoire de retour à l'équilibre et basés notamment sur des demandes de réexamen de certaines dotations MIGAC/MERRI et un soutien à l'investissement en contrepartie d'actions importantes pour la maîtrise du cycle d'exploitation**.

6. La restauration du cycle d'exploitation devra être conforme aux **objectifs assignés aux établissements de santé tout en étant, dans une certaine mesure, adapté aux engagements pris par l'établissement dans son projet social et à la situation particulière du CHU dont les missions de recherche, d'enseignement, de coopération au sein de la Zone Océan Indien**, mais aussi d'expertise et de recours sont essentielles pour la progression des soins apportés à la population qu'il accueille.

Le CHU de La Réunion n'a pas fait apparaître de référence dans son dossier COPERMO aux autres CHU Antillais qui ont un niveau d'aide très important et voient leurs indicateurs financiers dégradés (Rapport de la Cour des Comptes sur la Santé dans les Outre Mer, 2014).

Sa trajectoire stratégique et économique doit pour autant intégrer le caractère récent du CHU, le caractère insuffisamment « absorbé » de la fusion de ses sites principaux, les réticences portées par beaucoup d'acteurs à sa création, le contexte régional exceptionnel sur le plan démographique, social, épidémiologique, la situation de Mayotte, et l'insuffisance d'aide significative aux projets d'investissements, les contraintes de développement des fonctions enseignement / recherche d'un jeune CHU, et la poursuite d'une dynamique de rattrapage sur la politique de titularisation des personnels au regard des moyennes nationales.

Pour ces raisons des aides sont sollicitées moyennant la trajectoire de retour à l'équilibre proposée.

2-Présentation des mesures du plan d'actions

Le plan d'action est basé sur trois thématiques complémentaires, le ralentissement de la hausse des charges d'exploitation de nature à les rendre compatibles avec les produits, la mise en place d'activités structurantes et nouvelles et la rénovation des outils de pilotage et de performance.

A) La maîtrise des charges du cycle d'exploitation et le retour à un niveau compatible avec les produits

Le ralentissement de la hausse des charges d'exploitation constitue la clé de voute du plan de redressement de l'établissement.

1- Un programme d'investissements à garantir

La situation financière actuelle de l'établissement est symptomatique d'un déficit devenu structurel qui ne permet plus d'assurer la couverture annuelle des tranches du programme pluriannuel d'investissement

Le retour progressif à l'équilibre budgétaire conditionne inévitablement la possibilité pour le CHU de réaliser son programme d'investissement dans les cinq prochaines années (78 M€ en 2017, 85 M€ en 2018, 59 M€ en 2019). Il n'en reste pas moins que les projections d'investissement ont été réduites afin de garantir la soutenabilité du programme. Ainsi, et conformément aux orientations nationales, le montant prévisionnel de la tranche annuelle du programme pluriannuel d'investissement sera fixé à 3 % des produits à compter de 2021. Le plan est construit autour d'une diminution progressive des tranches annuelles pour atteindre cet objectif. Le facteur essentiel reste la livraison des deux opérations majeures du CHU qui représentent désormais l'essentiel des investissements programmés sur les cinq prochaines années.

Le programme d'investissement nécessite à ce stade le lancement d'une campagne d'emprunt de 95 M€. Des contacts ont été pris en ce sens avec l'Agence française de développement et la Caisse des dépôts puisque ces deux organismes proposent, sous certaines conditions, des prêts bonifiés. D'autres organismes bancaires seront également consultés.

2- Un redressement construit autour de l'évolution des modes d'organisation et de prise en charge

Les axes dans lesquels s'engage le CHU pour maîtriser son cycle d'exploitation seront la conséquence de l'application du nouveau projet médical qui sera élaboré pour la fin du premier trimestre 2017.

Il n'est en effet pas envisageable de s'engager dans une politique contraignante de gestion des dépenses à organisation constante. Si quelques opérations ponctuelles pourraient permettre de réduire les coûts de fonctionnement du CHU à contexte constant, le retour à l'équilibre financier ne saurait être garanti par de telles actions. Tout au mieux le CHU serait en mesure de diminuer son déficit à hauteur de 3 à 5M€ d'euros, ce qui s'avère nettement insuffisant.

Il s'agit de s'engager vers des prises en charge ambulatoires plus renforcées notamment en chirurgie et en médecine, la création d'hôpitaux de semaine ou de jour en remplacement des

structures d'hospitalisation complète et ceci parallèle d'un programme de fermeture de 50 à 70 lits.

La réalisation de ces évolutions permettra au CHU de construire une politique d'économies à hauteur de 190 ETP d'ici à 2020. Les dépenses de personnel médical feront également l'objet d'économies à hauteur de 0,6 M€ par an pendant trois ans à compter de 2018.

Les évolutions de la masse salariale se situent à 1,4 % en 2017 puis autour de 1 % les années suivantes, l'année 2017 tenant compte de la livraison du bâtiment de soins critiques (0,8 M€) et de la mise en place d'une deuxième ligne de SMUR dans le sud (0,7 M€). Le plan de retour à l'équilibre intègre par ailleurs les effets du plan de titularisation des personnels jusqu'en 2020.

En complément des actions qui seront engagées pour l'évolution des organisations, des économies sont également prévues dans les dépenses médicales et hôtelières. Près de 30 % des mesures d'économies sur ces dépenses seront liées à l'ambulatoire et aux fermetures de lits. Le reste du plan de redressement est conditionné à des améliorations de gestion tirées de la mise en œuvre d'un plan achat et d'une meilleure maîtrise des prescriptions médicales.

Les économies sur le titre 2 sont évaluées à près de 11 M€ et celles sur la logistique et l'hôtellerie à plus de 5 M€ sur la période 2017-2021. Elles portent notamment sur les marchés de médicaments et de dispositifs médicaux, l'amélioration de la gestion logistique par une meilleure maîtrise des coûts (repas, linge...) et la poursuite du plan achat qui devra se traduire par des marchés renégociés sur de nouveaux segments chaque année.

B) La mise en place d'activités structurantes et nouvelles

Le plan de retour à l'équilibre financier est également la résultante d'une vision réaliste de l'évolution des recettes tirées annuellement de l'activité. Les données 2015 et 2016 montrent en effet un ralentissement de la hausse des GHS même si celle-ci perdure encore, mais dans une moindre mesure. Si les trois premières années du CHU la progression des GHS se situait à plus de 3 %, celle-ci est désormais réalisée à 1,9 % en 2016.

L'impact du changement de mode de tarification des patients de Mayotte a été intégré dès 2016, mais ses effets année pleine ne seront connus qu'au cours de l'année 2017 avec le compte financier 2016. Le plan prévoit bien entendu la poursuite du rôle recours et d'expertise du CHU pour ces patients et ceux de la zone Océan Indien.

L'année 2017 devrait cependant réaliser une hausse de recette du titre 1 supérieure à 1,9 % en raison des premiers effets de la livraison du bâtiment de soins critiques (0,5 M€) et des recettes liées aux effets des extensions de plages horaires et de salles pour les blocs opératoires sud et nord (4M€).

Le caractère exceptionnel des recettes 2017 n'empêche donc pas de construire un plan de retour à l'équilibre autour d'une stagnation des dotations (hors accompagnements sollicités) et d'une diminution de 0,10 point par an de la hausse des recettes liée à la montée en charge de l'ambulatoire. Cette ligne tient également compte des évolutions de recettes constatées ces deux dernières années.

Ainsi, à terme, le plan prévoit une hausse des GHS de 1,5 % par an.

En outre, il est précisé que la politique proposée ne tient pas compte d'éventuelles recettes complémentaires tirées de la livraison du bâtiment central. Ce projet est en effet en cours de redéfinition et il a été jugé plus prudent de ne pas escompter à ce stade sur un effet de recettes complémentaires lié à sa livraison en 2020.

C) La rénovation des outils de pilotage et de performance.

Le plan de redressement du CHU de La Réunion ne saurait être mis en œuvre efficacement sans un pilotage rénové des fonctions de contrôle de gestion et financière. La montée en charge d'activités nouvelles, l'évolution des modes de prises en charge et l'engagement dans un plan de retour à l'équilibre implique en effet de savoir produire des indicateurs de suivi précis, compréhensibles et partagés par tous.

Des indicateurs pertinents de gestion construits autour des coûts d'unité d'œuvre seront associés à des dialogues de gestion rénovés avec les pôles dont le déroulement sera assuré par le Directeur général. Une première série de dialogues de gestion a été conduite avec l'ensemble des pôles en octobre 2016. Dès 2017 ceux-ci se dérouleront au moins deux fois par an en présence notamment des directions de la stratégie, des finances, du secrétaire général et des autres directions fonctionnelles. Le suivi et la prospective des pôles (dont la traduction se trouve dans les contrats de pôle) se baseront sur les outils de gestion revisités. C'est ce pilotage qui permettra d'assurer la bonne tenue du plan de redressement tout en tenant compte des réalités de terrain et des difficultés que rencontreront les pôles.

Il est par ailleurs prévu des actions visant à assurer une gestion plus précise de la trésorerie du CHU en application des chantiers nationaux (FIDES, PESV2, CHORUS PRO..) et de manière à mieux suivre les incidences du plan d'investissement en gestion.

**Evolution des Tableaux de bord:
réflexion sur le suivi de l'information décisionnelle**

Proposition janvier 2017

Contrôle de Gestion CHU de La Réunion

RAPPEL DU CONTEXTE

- Remarques des IGAS:

L'activité doit être perçue sous l'angle médical plutôt qu'administratif (PMSI vs Pastel)

- Suivi mensuel ARS PRE:

Le focus sur l'évolution de la masse salariale et des effectifs demandé par l'ARS doit faire partie des objectifs suivis par le CHU

- Remarques de longue date issues des dialogues de gestion:

Les pôles se plaignent d'un manque d'explication sur les évolutions:

- . de leur masse salariale
- . des charges indirectes (services supports et directions fonctionnelles)

- Volonté de simplifier les indicateurs diffusés

- Il faudrait intégrer les indicateurs ANAP Plan triennal reportés

- Il faudrait suivre les indicateurs mentionnés dans COPERMO (capacitaire, virage ambu, masse salariale)

 proposition = focus sur le **suivi des objectifs du CHU**

Proposition TB Récapitulatif CHU

ACTIVITE

Source: PMSI

- Volume RUM, RSS, Valorisation €
(avec évolution des CHU)
- Part HC , Ambulatoire, Séances
- Sévérités

CAPACITAIRE

Source: CDG

- Lits et places installés
- Taux d'occupation
- IPDMS

FOCUS AMBULATOIRE

Source: CDG, ANAP
ONDAM Triennal

- Taux Chirurgie ambulatoire
- Taux séjours Médecine 0 nuit

MASSE SALARIALE

Source: DRH+DAM,
suivi mensuel ARS

- Objectif d'évolution T1
- Impact évol. réal/objectif d'évol. €
- Réalisé mensuel

EFFECTIFS (ETP)

Source: DRH+DAM,
suivi mensuel ARS

- Evolution ETP PM (internes/séniors)
- Evolution ETP PNM

DEPENSES T2 T3

Source: DAF

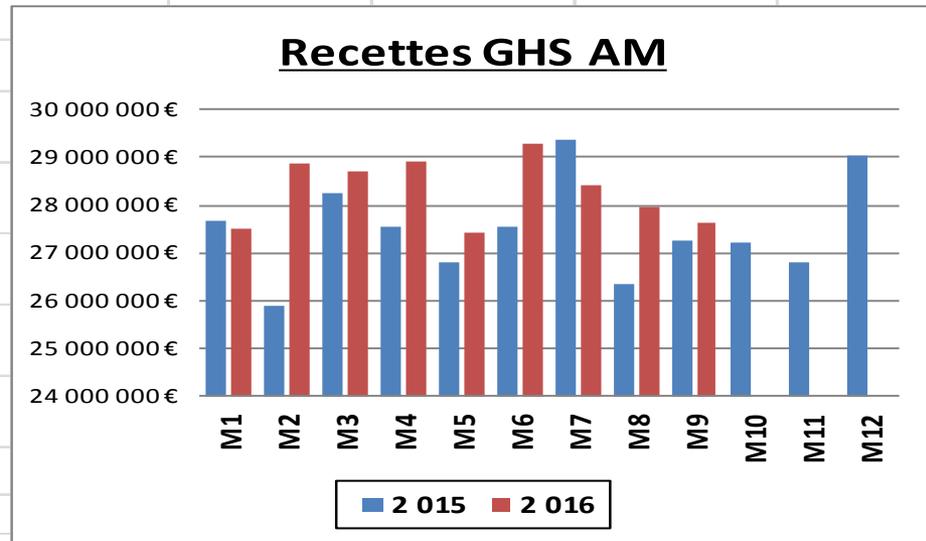
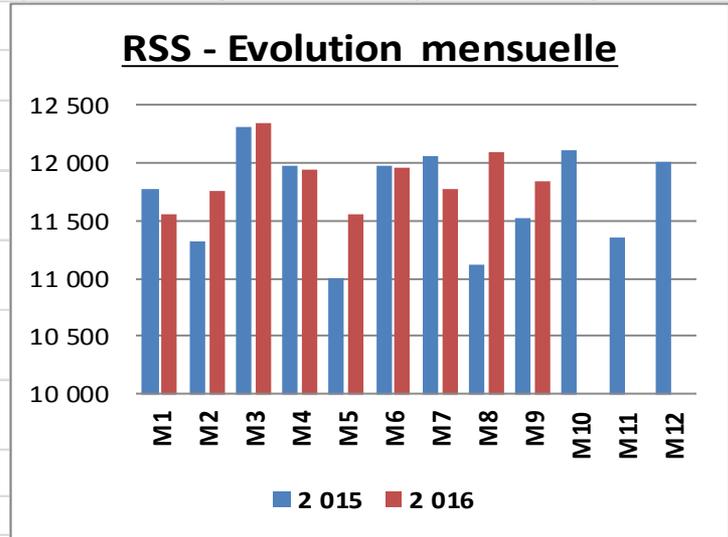
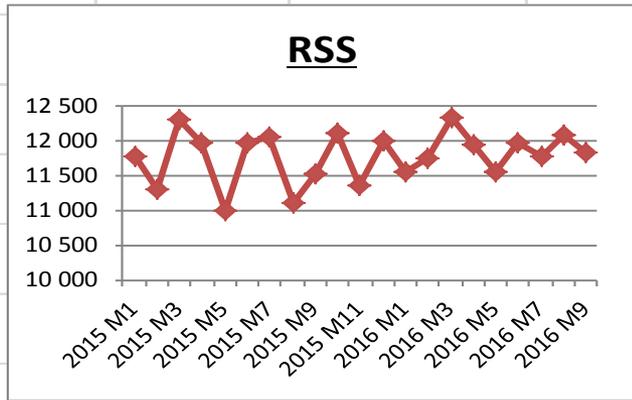
- Objectif évolution T2/T3
- Evol. Réalisé
- Détail réalisé par service support

BILAN EPRD

Source: DAF

- Evolution des Recettes (T1/2/3)
- Evolution des Charges (T1/2/3/4)
- Ecart (Recettes-Charges)

Proposition TB Récapitulatif CHU



Proposition TB Récapitulatif CHU

Capacitaire MCO						
	source: suivi CDG		Evol. N-1	2015 moyenne année	2014 moyenne année	2013 moyenne année
Lits & places	Lits installés HC	1252	+13	1239	1220	
	Lits installés HS	33	+1	32	31	
	Places installées HJ	122	+1	121	118	
		1407	+15	1392	1369	
Taux d'occupation	Médecine HC	84,1%	-0,60%	84,7%	83,2%	
	Chirurgie HC	72,8%	0,20%	72,6%	71,5%	
	Obstétrique HC	79,2%	79,20%			
	Médecine HJ	80,4%	80,40%			
	dont unité dédiée	117,5%				
	Chirurgie HJ	104,6%	104,60%			
	dont unité dédiée	99,1%				

Graphique: Evolution du TO par mois à partir du 31/12/2015
 HC M, HC C, HC O
 => information à obtenir (pas dispo en l'état) from CDG - GDD

Graphique: Evolution du Nbre de lits installés par mois depuis le 31/12/2015
 => information à obtenir (pas dispo en l'état) from CDG - GDD

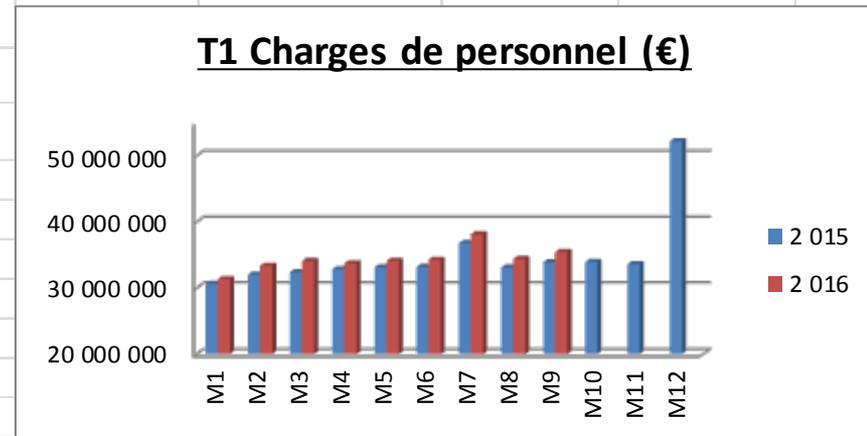
Proposition TB Récapitulatif CHU

IPDMS	Médecine	0,95
	Chirurgie	0,99
	Obstétrique	0,97

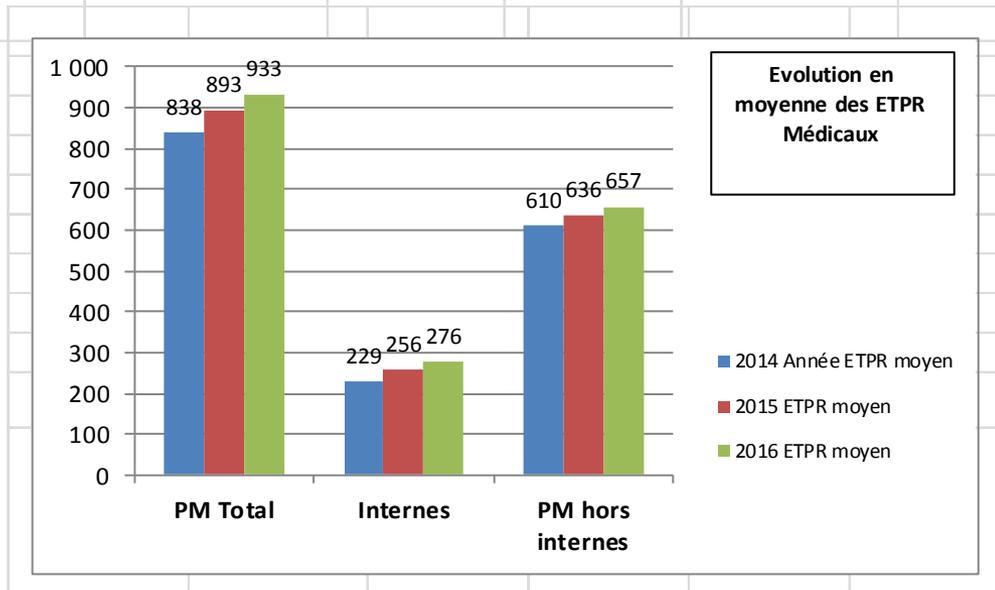
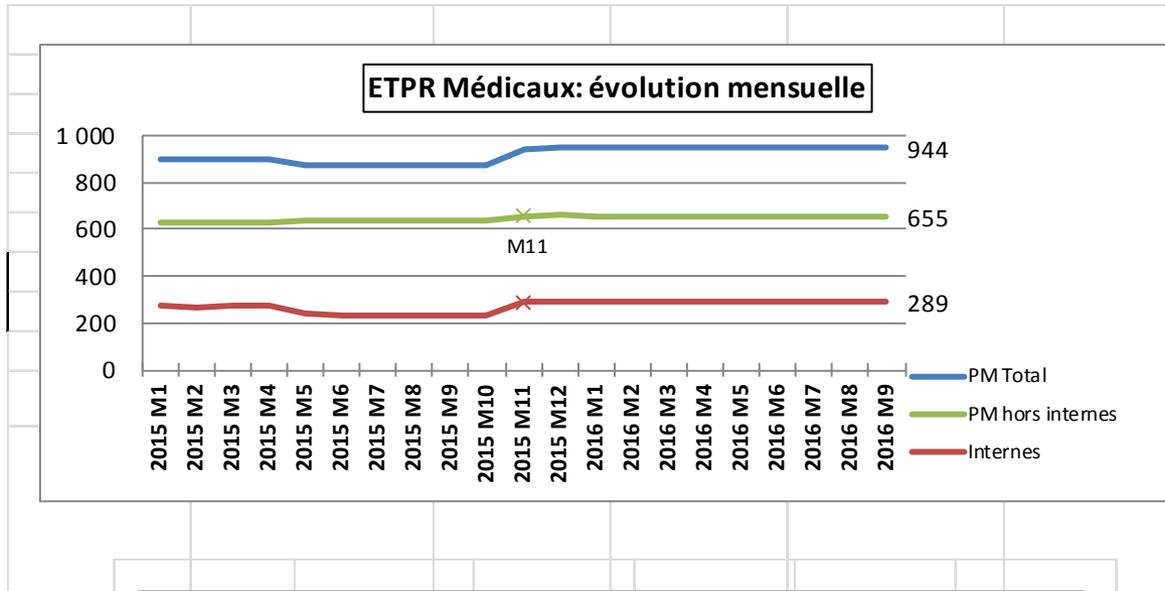
Focus Ambulatoire		
	source: ANAP ONDAM Triennal	
Taux de chirurgie ambulatoire	33,9%	
Taux de séjours de médecine en 0 nuit	30,2%	
		Poids/places HJ
lits unité dédié UCA	27	100%
lits HJ éparés	0	
lits unité dédié médecine HJ	8	10%

Proposition TB Récapitulatif CHU

Masse salariale	
source: suivi mensuel ARS	
Objectif-Evolution T1:	3,0%
Réel période-Evolution T1:	3,65%
hors MAD	4,00%
Performance / objectif en €:	- 1 945 570 €
PM:	5,19%
PM internes	
PM hors internes	
PNM:	3,15%



Proposition TB Récapitulatif CHU



Proposition TB Récapitulatif CHU

Suivi Dépenses T2 T3				
	source: suivi EPRD, DAF		Evol. €	Evol. N-1
Objectif-Gain T2:			0	0,0%
T2-Dépenses à caractère médical		+	8 402 595 €	+9,8%
	Par service support			Poids/Total T2
	Pharmacie - Rétrocession			
	Pharmacie - hors Rétrocession	+	6 018 028 €	+9,6%
	DAE	+	1 068 609 €	+10,5%
	Laboratoires	+	1 355 601 €	+17,5%
	Biomédical	+	239 634 €	+6,6%
	DSIO	-	309 163 €	-28,3%
	DRH	+	29 886 €	+18,9%
			8 402 595 €	100,0%

Graphique avec évolution cumulé par service T2=> à récupérer du fichier DAF "suivi eprd par gestionnaire"

Proposition TB Récapitulatif CHU

			Evol. €	Evol. N-1	
	Objectif-Gain T3:		0	0,0%	
	T3-Dépenses à caractère hotelier	+	3 704 764 €	+8,4%	
	Par service support				Poids/Total T3
	DAE	-	431 677 €	-1,52%	58,3%
	DTST	+	1 131 162 €	+10,1%	25,7%
	DSIO	+	3 013 619 €	+111,0%	12,0%
	DAM	-	155 136 €	-16,4%	1,7%
	Pharmacie	+	189 992 €	+60,7%	1,1%
	DRH	-	69 268 €	-13,9%	0,9%
	DAF	+	124 488 €	-735,6%	0,2%
	Biomédical	-	98 417 €	-61,83%	0,1%
			3 704 764 €		100,0%

Graphique avec évolution cumulé par service T3=> à récupérer du fichier DAF "suivi eprd par gestionnaire"

Proposition TB Récapitulatif CHU

Bilan EPRD

source: suivi EPRD, DAF

		Evolution Recettes		Evolution Charges	
	Titre 1	+ 10 513 698 €	+3,0%	Titre 1	+ 10 249 935 € +3,5%
	Titre 2	- 8 175 163 €	-19,0%	Titre 2	+ 8 402 595 € +9,8%
	Titre 3	- 2 255 998 €	-6,8%	Titre 3	+ 3 704 764 € +8,4%
				Titre 4	- 782 171 € -9,1%
	Total	+ 82 538 €	+0,0%	Total	+ 21 575 124 € +5,0%

A suivre: Tableau par pole médical

Même structure que le récap en termes:

- d'activité
- de suivi masse salariale/effectifs (DRH/DAM à établir)

Les dépenses de T2 seront suivies par regroupement analytique

Des indicateurs spécifiques pourront être définis avec les pôles
(attendre nouveaux périmètres)

A suivre: Tableau par pôle médico-technique ou partie médico-technique d'un pôle médical

Le suivi de l'activité est spécifique (labos, imagerie, Bloc, Anesthésie)

Le suivi masse salariale/effectifs est identique (DRH/DAM à établir)

Suivi du coût de production sur charges directes est proposé

Des indicateurs spécifiques pourront être définis avec les pôles
(attendre nouveaux périmètres)

A suivre: Tableau pôle Management

Proposition de suivre par direction fonctionnelle (CHU, évidemment!):

- Suivi Masse salariale/effectifs (DRH/DAM à produire)
- Suivi des autres charges directes (T2, T3)
- Suivi d'un indicateur d'activité (à définir avec CDG, ou prendre les unités d'œuvre du CREA. Exple: Nbre de Repas, de kg linge, etc...) => lien avec les AAH/Gestionnaires chargés de ce suivi de gestion au sein de chaque service support
- Suivi du cout de production (ou cout d'UO) de l'activité support

Points à valider

- Fournir au CDG un outil métier, attendu depuis de nombreuses années

=> La mise en production de ces TB en dépend

- Définir une nouvelle organisation du service, afin d'assoir les missions et les mettre en œuvre

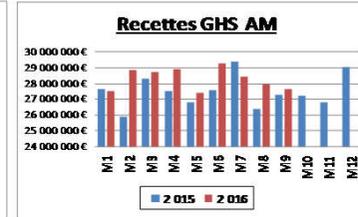
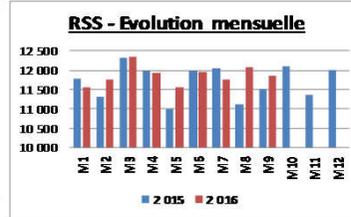
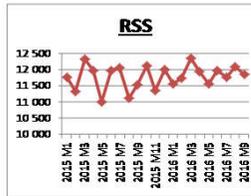
=> difficile de faire porter la coordination par le DAF, et légitimité limitée d'une coordination par un collègue

ACTIVITE MCO

source: PMSI PMSI

CUM9 pour l'exple
mais M-2 sinon

		Evol. N-1	Moyenne des CHU
RUM MCO	126 492	1 178	+0,9%
RSS MCO	106 822	1 751	+1,7%
Recettes GHS 100%	275 364 113	6 428 717	2,4%
Recettes GHS Assurance Maladie	254 637 527 €	+7 915 991 €	+3,2%



	Effectifs	Evol. N-1	Moyenne des CHU
Hospit. Complète - RSS	52 771	+1,7%	+3,7%
Ambulatoire (0 nuit) - RSS	17 271	-0,4%	+8,3%
Séances	36 780	+2,7%	+8,0%

Valo. €	Evol. N-1	Moyenne des CHU
- €	+0,0%	3,0%
- €	+0,0%	9,3%
- €	+0,0%	8,1%

Capacité MCO

source: sénat CDG

Lits + Places

	Evol. N-1	2015 moyenne année	2014 moyenne année
Lits installés HC	+13	1239	1220
Lits installés HS	+1	32	31
Places installées HI	+1	121	118
	+15	1392	1369

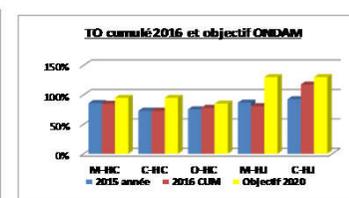
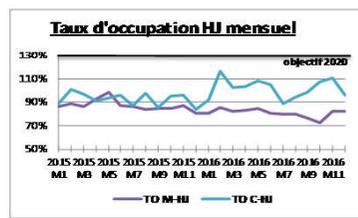
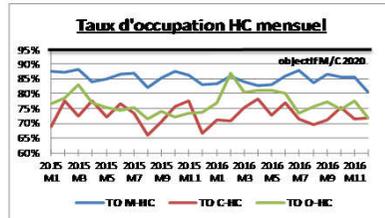
commentaires sur les évolutions:

Objectif 2020
-75 A valider

Graphique: Evolution du Nbre de lits installés par mois depuis le 31/12/2015
=> information à obtenir (pas dispo en l'état) from CDG - GDD

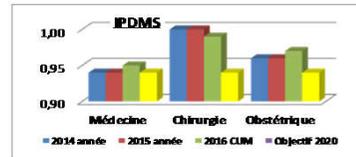
Taux d'occupation (corrigé ANAP)

Médecine HC	84,6%	-1,19%
Chirurgie HC	73,0%	0,11%
Obstétrique HC	78,0%	2,58%
Médecine HI	80,5%	-6,12%
Chirurgie HI	101,7%	9,21%



IPDMS

Médecine	0,95
Chirurgie	0,99
Obstétrique	0,97



Focus Ambulatoire

source: ANAP CREMAM Trimestriel

Taux de chirurgie ambulatoire	33,9%
Taux de séjours de médecine en 0 nuit	30,2%

32,3%	31,8%
29,7%	30,0%

	Objectif 2017	Objectif 2018	ONDAM 2016	ONDAM 2017
Rappel	35,5%	41%	37,3%	40,8%
	31%	32%		

Projet

Masse salariale (e)

source: suivi mensuel ARS

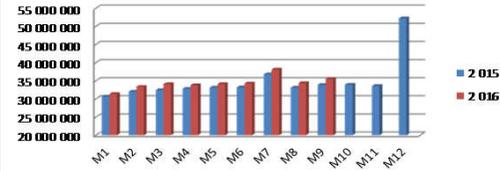
Objectif d'Evolution T1:	3,0%
Réel période-Evolution T1:	3,65%
hors MAD	4,08%
Performance / objectif en €:	- 1 945 570 €
PM:	5,19%
PM internes	
PM hors internes	
PNM:	3,15%

Effectifs (ETP)

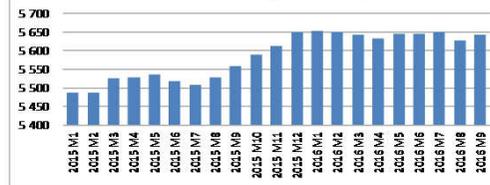
source: suivi mensuel ARS

ETP PNM:	Evol.:	+99	(hors emplois aidés)
	Evol. %:	1,8%	
ETP PM:	Evol.:	hors internes	
		+41	+21
	Evol. %:	4,6%	3,3%

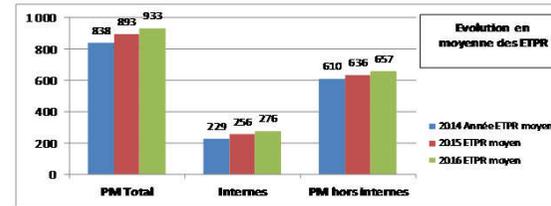
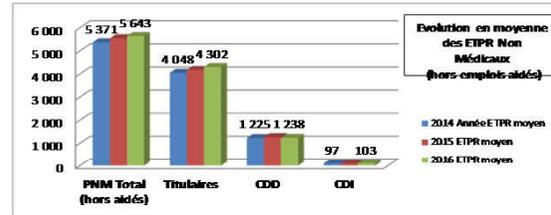
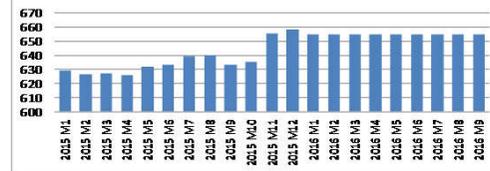
T1 - Charges de personnel (€)



ETP PNM Total (hors aidés)



PM hors internes



Projet

Projet

Suivi de Dépenses T2 T3

T2-Dépenses à caractère médical / T3-Dépenses à caractère hôtelier

source: suivi EPRD, DAF

Objectif de Gain T2:	0	Evol. N-1	0,0%
Réel période-Dépenses T2:	+ 8 402 595 €	+9,8%	

Objectif de Gain T3:	0	Evol. N-1	0,0%
Réel période-Dépenses T3:	+ 3 704 764 €	+8,4%	

	A réaliser (DAF)	Evol.	Poids/Total T2
Pharmacie - Rétrocession/MON/DMI			
Pharmacie - hors Rétrocession	+ 6 018 028 €	+9,6%	73,2%
DAE	+ 1 068 609 €	+10,5%	12,0%
Laboratoires	+ 1 355 601 €	+17,5%	9,7%
Biomédical	+ 239 634 €	+6,6%	4,1%
DSIO	- 309 163 €	-28,3%	0,8%
DRH	+ 29 886 €	+18,9%	0,2%
Total	8 402 595 €		100,0%

	Par service support	Evol.	Poids/Total T3
DAE	- 431 677 €	-1,5%	58,3%
DTST	+ 1 131 162 €	10,1%	25,7%
DSIO	+ 3 013 619 €	111,0%	12,0%
DAM	- 155 136 €	-16,4%	1,7%
Pharmacie	+ 189 992 €	60,7%	1,1%
DRH	- 69 268 €	-13,9%	0,9%
DAF	+ 124 488 €	-735,6%	0,2%
Biomédica	- 98 417 €	-61,8%	0,1%
Total	3 704 764 €		100,0%

Bilan EPRD

source: suivi EPRD, DAF

Evolution des Recettes			Evolution Charges		
Titre 1	+ 10 513 698 €	+3,0%	Titre 1	+ 10 249 935 €	+3,5%
Titre 2	- 8 175 163 €	-19,0%	Titre 2	+ 8 402 595 €	+9,8%
Titre 3	- 2 255 998 €	-6,8%	Titre 3	+ 3 704 764 €	+8,4%
			Titre 4	- 782 171 €	-9,1%
Total	+ 82 538 €	+0,0%	Total	+ 21 575 124 €	+5,0%
Résultat:			- 21 492 586 €		



Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens 2013-2017

Entre

L'Agence Régionale de Santé Océan Indien représentée par Mme Chantal de Singly, Directrice Générale

Et,

Le CHU de la Réunion.

Représenté par M. David GRUSON, Directeur Général

Vu les articles L.6114-1 à L.6114-5 du Code de la Santé Publique ;
Vu les articles D. 6114-1 à D. 6114-8 du Code de la Santé Publique ;
Vu les articles R.6114-9 et R.6114-10 du Code de la Santé Publique ;
Vu le Projet de Santé Réunion Mayotte arrêté le 29 juin 2012

Vu le Schéma d'Organisation des Soins arrêté le 29 juin 2012

Vu l'avis du Conseil de Surveillance en date du 5 février 2013

Il a été expressément convenu ce qui suit,

Titre 1. L'objet du contrat

Article 1- Les fondements

Le contrat permet la déclinaison, par objectifs et par actions, avec indicateurs d'évaluation des orientations du projet de santé et notamment du schéma régional d'organisation des soins. Il est négocié dans le respect du principe d'autonomie de l'établissement.

La fusion du Centre hospitalier Félix-Guyon et du Groupe hospitalier Sud Réunion étant effective depuis le 1^{er} janvier 2012 et le Centre hospitalier régional universitaire de la Réunion ayant été créé par la signature de la convention hospitalo-universitaire le 29 février 2012, il convient désormais de faire vivre ce nouvel ensemble, dans le cadre d'un management équilibré Nord / Sud, en facilitant l'émergence d'une culture commune et en consolidant le partenariat avec l'Université de la Réunion.

Le CHU poursuivra, conformément aux objectifs du projet régional de santé Océan indien qui vient d'être adopté et du projet de prise en charge du patient de l'établissement, le développement de ses activités de soin, de formation et de recherche. Ce développement devra se poursuivre aussi bien pour les missions de proximité que pour les activités de recours portées par le CHU pour les îles de La Réunion et de Mayotte.

Article 2- Les orientations stratégiques

Conformément au Projet d'Etablissement du CHU, qui constitue dans sa globalité la stratégie adoptée par l'établissement, les orientations stratégiques retenues au terme de la négociation et figurant à l'annexe 1 sont :

- | |
|--|
| <p>Orientation n° 1 : Mettre en œuvre le projet CHU et les priorités Hospitalo-Universitaires</p> <p>Orientation n° 2 : Affirmer le niveau de référence et de recours du CHU sur les autres activités au plan régional et dans la zone océan Indien</p> <p>Orientation n° 3 : Accompagner l'évolution des besoins de santé de proximité sur les territoires en cohérence avec les priorités de santé publique</p> <p>Orientation n° 4 : Affirmer la vocation universitaire de l'établissement</p> <p>Orientation n° 5 : Assurer les conditions d'un équilibre financier durable de l'établissement</p> |
|--|

Ces orientations prennent en compte à la fois les besoins de santé de proximité, une bonne répartition des activités de recours et de référence dans une stratégie globale, et le rôle particulier du CHU dans la région, en inter-région avec Mayotte et à l'international. La recherche de complémentarités avec les structures sanitaires et médico-sociales publiques et privées, ainsi qu'avec la médecine libérale, constitue un fondement à l'action du CHU de la Réunion.

Le CHU de La Réunion devra, au cours de ce CPOM, poursuivre le développement de ses activités de soins de recours et de proximité.

Il aura, en outre, à structurer son développement stratégique hospitalo-universitaire autour de trois priorités majeures de santé publique identifiées dans le Projet régional de santé :

- Périnatalité ;
- Maladies chroniques et métaboliques ;
- Pathologies infectieuses.

Ces trois priorités s'accompagneront du développement de la recherche en enseignement et en soins critiques. Le CHU souhaite que l'inscription d'un centre de simulation médicale et chirurgicale soit examinée à l'occasion de la négociation de l'annexe 10 « Formation, Recherche et Enseignement » par voie d'avenant.

L'atteinte de ces orientations stratégiques nécessite indéniablement le maintien d'une situation **financière structurellement équilibrée** qui impliquera la poursuite des efforts d'efficacité de gestion engagés par le CHU. Il préparera, par ailleurs, dans une logique d'amélioration de la qualité comptable, le passage de l'établissement sous un régime de certification de ses comptes.

L'ARS retient les opérations structurantes suivantes comme devant faire l'objet d'un soutien budgétaire prioritaire : le bâtiment des Soins critiques de Saint-Denis, la restructuration et l'extension du Bâtiment Central de Saint-Pierre et la rénovation du site du Tampon. Au-delà elle soutiendra les demandes de l'établissement pour des accompagnements de fonds européens de ses investissements au titre de leur participation à la réalisation d'activité de recherche en santé ; le centre de simulation médicale et chirurgicale pourra être inclus dans cette démarche.

Au cours du présent CPOM, le CHU devra apporter une attention particulière à la constitution de **nouvelles filières d'excellence** en matière de prise en charge du diabète, de l'insuffisance rénale chronique, de prévention et de prise en charge de l'obésité, des maladies cardiovasculaires et de la prise en charge des AVC. Le CHU participera également à la construction de nouvelles filières en matière de prise en charge des urgences de la main, de chirurgie de l'enfant, de chirurgie gynécologique complexe, de chirurgie de la stérilité, chirurgie des implants cochléaires. Au regard du vieillissement rapide à venir pour la Réunion, le CHU devra également à prendre part à la constitution d'une filière d'excellence en gériatrie.

Le CHU poursuivra, en outre, le **développement de l'activité de prélèvements d'organes et de greffe** du CHU. Il confortera l'activité de greffe rénale, condition nécessaire pour ouvrir comme le prévoit le PRS, le chantier de la greffe cardiaque. Il soumettra, en particulier, à l'Agence et à l'Agence de la Biomédecine des propositions tendant au développement des activités de greffe sur donneur vivant et dès que cela sera possible un projet de développement de l'activité de transplantation cardiaque.

Dans le cadre des orientations du PRS, le CHU devra développer son action en matière de **santé publique et de prévention**. Il proposera, en particulier, des actions innovantes dans le nouveau cadre du Fonds d'intervention régional avec une attention plus spécifique à apporter aux démarches d'éducation thérapeutique. Il veillera également à être force de propositions dans le cadre des démarches de préparation des contrats locaux de santé qu'initiera l'Agence de santé de l'Océan Indien. Le CHU aura à se positionner dans le champ de la prévention en lien avec l'ensemble des acteurs concernés (et notamment les réseaux déjà existants à la Réunion).

Le CHU, notamment sa CME et l'ensemble de la communauté hospitalière, veillera à l'amélioration continue de la **qualité des soins** et au renforcement de la **gestion des risques**. Les conclusions de la récente visite de certification de l'établissement constituent un fil directeur en ce sens.

Le CHU poursuivra, dans le cadre de son projet de management, la démarche de **contractualisation** et de **management par les pôles**, dont le périmètre aura à être actualisé dès cette année 2012. Une attention

particulière aura à être portée à l'implication des cadres de pôles aux côtés des responsables médicaux de pôle notamment pour donner à la délégation de gestion son plein développement.

La poursuite de la mise en œuvre du projet de performance jusqu'au mois de mai 2013 permettra de continuer à conjuguer ces efforts de renforcement de la qualité et de l'efficacité. Il conviendra, au cours de ce présent CPOM, de donner une suite à cette démarche de performance.

Un dialogue social approfondi aura à être conduit avec les représentants des communautés médicales et non-médicales. Il conviendra de déterminer, en mettant en œuvre le projet social de l'établissement, les voies et moyens permettant, tout en maintenant une gestion des ressources humaines de proximité, d'harmoniser les pratiques entre le Nord et le Sud et d'identifier, à l'échelle du CHU, les gains de qualité et d'efficacité susceptibles d'être obtenus sur les fonctions de développement social. Dans cette démarche d'ensemble, le CHU devra veiller à la reconnaissance des fonctions d'encadrement et des missions qui lui sont dévolues. Il portera également une attention particulière au développement des démarches de prévention des risques psycho-sociaux et de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences.

Le CHU mettra en œuvre la même approche, combinant subsidiarité et recherche de gains de qualité, de sécurité et d'efficacité, s'agissant des fonctions achat et logistique en recherchant, le cas échéant, les partenariats utiles permettant de progresser en ce sens.

L'effort de recherche du CHU aura à être intensifié et la montée en charge de la formation médicale accompagnée avec l'étape importante de la troisième année du cursus universitaire dès le mois de septembre 2012. S'agissant plus spécifiquement de l'activité recherche, le CHU devra définir, avec la communauté médicale et en lien avec l'Université de La Réunion, une nouvelle organisation permettant de tirer les conclusions de la mission d'évaluation DGOS / INSERM relative au CIC-EC. Le CHU poursuivra, en lien avec la Région et l'Université, la structuration des formations paramédicales. Il aura à être attentif à ce que la dynamique de recherche puisse concerner également le champ paramédical. Le CHU aura, par ailleurs, à formuler des propositions opérationnelles pour accompagner le projet d'un Institut Régional de Management en Santé de l'Océan Indien que l'ARS a souhaité engager en coordination également étroite avec les autres acteurs susceptibles d'être réunis autour de cette démarche.

Le CHU veillera à la mise en valeur des droits des usagers. L'établissement aura, en particulier, à consolider les démarches initiées dans le champ de l'éthique au sein du CHU en lien avec l'Espace éthique régional de La Réunion. En outre, il initiera de nouvelles démarches de valorisation des droits des usagers les plus vulnérables dans une logique d'accessibilité généralisée à l'hôpital.

Le CHU participera avec les autres acteurs de santé au développement des systèmes d'information en santé au niveau régional.

Conformément au PRS, le CHU de La Réunion veillera à développer les partenariats avec l'ensemble des opérateurs de santé (établissements de santé publics et privés, professionnels libéraux, secteur médico-social, et prévention), et à contractualiser des relations privilégiées avec le Centre Hospitalier de Mayotte.

Les efforts engagés pour que le CHU participe au rayonnement de notre système de soins dans la région Océan Indien devront être renforcés en apportant une attention particulière à l'aire francophone.

Le champ et les objectifs de l'engagement du CHU de La Réunion dans des actions de coopérations internationales sont détaillés à l'annexe 8.

Dans la conduite de ses projets, le CHU devra amplifier la prise en compte des exigences et des opportunités induites par la dynamique de **développement durable**. Le CHU veillera à ce que cette dynamique se retrouve aussi bien dans la gestion interne de l'établissement que dans les partenariats qu'il sera amené à engager.

Il conviendra, enfin, de porter une attention particulière à l'émergence d'une **culture commune à l'échelle du CHU**, respectueuse des différentes identités professionnelles et territoriales. Cette démarche pourra notamment se concrétiser par la conduite d'actions innovantes comme la mise en œuvre d'un projet « culture à l'hôpital ».

Les modalités de réalisation de ces orientations stratégiques sont déclinées dans les annexes du présent contrat. Ces annexes sont opposables dans les conditions définies à l'article 6.

Titre 2. La mise en œuvre du contrat

Article 3- Le suivi du contrat

a) Le suivi annuel

Le contrat fait l'objet d'un suivi dans le cadre de la revue annuelle réunissant :

Pour l'ARS :

- La directrice générale de l'ARS ou son représentant,

Pour l'établissement :

- Une délégation conduite par le directeur général de l'établissement assisté des collaborateurs de son choix

La revue annuelle de contrat a pour objet

- l'examen contradictoire du bilan annuel de réalisation des actions prévues au contrat à l'année n-1,
- l'évaluation des résultats sur la base des indicateurs prévus au contrat,
- les avancées réalisées sur les annexes informatives comportant notamment le contrat de bon usage du médicament et le cas échéant le contrat de retour à l'équilibre financier.
- l'analyse des perspectives pour l'année n et les années à venir,
- la définition des éventuels avenants prévus à l'article 4,
- la détermination des sanctions prévues à l'article 6.

L'analyse contradictoire est menée sur la base :

- d'un rapport annuel d'étape prévu à l'article D.6114-8 du Code de la Santé Publique produit par l'établissement au plus tard le 1^{er} mars de l'année suivante et comprenant le bilan de réalisation de la tranche de l'année n-1 du contrat,



- d'un rapport réalisé par l'ARS au terme d'une rencontre avec l'établissement (cf. supra), portant notamment sur le bilan des annexes et sur la situation budgétaire et financière.

Ce rapport est transmis à l'établissement accompagné d'une lettre d'observation adressée par l'ARS au plus tard un mois après la date de la réunion.

L'établissement dispose d'un mois pour présenter ses éventuelles observations.

b) Le rapport final

Conformément à l'article D. 6114-8 du Code de la Santé Publique, l'établissement transmet, un an avant l'échéance du contrat et au moment de sa demande de renouvellement, un rapport final d'exécution du contrat.

Article 4- La révision du contrat

A la demande de l'établissement ou de l'ARS, les dispositions du contrat sont modifiées par voie d'avenant notamment pour :

- prendre en compte les modifications substantielles de l'environnement de l'établissement, de l'offre de soins régionale et des missions qui lui sont confiées ;
- réviser le contenu des objectifs et des plans d'actions afin de tenir compte de nouvelles orientations politiques nationales ;
- intégrer l'accompagnement financier consenti par l'ARS destiné à la réalisation des orientations du contrat
- modifier la liste des missions d'intérêt général confiées à l'établissement.
- modifier la liste des missions de service public confiées à l'établissement.

Article 5- La résiliation du contrat en cas de manquement grave

L'article R. 6114-9 du Code de la Santé Publique détermine les conditions de la résiliation du présent contrat en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations contractuelles.

Article 6- Les sanctions d'inexécution totale ou partielle des engagements

L'article R. 6114-10 du Code de la Santé Publique détermine les conditions d'application des sanctions liées à une inexécution totale ou partielle des engagements figurant au présent contrat.

Le constat de l'inexécution est réalisé sur la base des échanges et conclusions de la revue annuelle visée à l'article 3.

Les sanctions peuvent notamment porter sur les cas d'inexécution des engagements suivants à l'exception de l'annexe relative aux indicateurs de pilotage de l'activité.

Article 7- Durée du contrat et entrée en vigueur

Le contrat est conclu pour une durée de 5 ans.

Il prend effet à compter du 1^{er} janvier 2013.

Article 8- Annexes informatives

Conformément à l'article D 6114-1 du Code de la Santé Publique, sont annexés au présent contrat, pour information :

- Contrat Performance
- Contrat CBUMPP
- Convention accueil des internes
- Conventions tripartites des EHPAD de Saint Louis et Saint Joseph
- Contrat tripartite USLD
- Contrat CAQS

Fait à Saint Denis le 25 février 2013

La Directrice générale de l'Agence de Santé
Océan Indien



Chantal de SINGLY

Le Directeur général
du CHU de La Réunion



David GRUSON

	Indicateurs IPAQSS	66%	70%	75%	
PISTE 9 "DOSSIER PATIENTS"	% de CR d'hosp env < 8j	65%	68%	72%	75%
	Réduction de coût (fonctionnement des SIM du Nord)	- 443K€			
	Maitrise des mensualités de remplacement affecté au pool	6	5		
	Nb jours d'absence non palliées par le pool	260			
	Amplitude d'ouverture des secrétariats médicaux	Scénario d'évolution décidé	Mise en œuvre		
PISTE 10 "IMMOBILIER"	Réduction de charge (surface PFME)	Economie mobilisées en 2012			
	Maitrise des budgets IGAAC (Nord)	- 2M€			
	Pilotage des grands projets immobiliers	Démarche commune nord/sud			
PISTE 11 "ACTIVITES ISOLEES"	Indicateurs et objectifs en cours de stabilisation				

Orientation stratégique n° 6 : Mettre en œuvre le schéma directeur immobilier

Pour le CHU Félix Guyon, Le plan directeur immobilier vise à renforcer les principes d'organisation et de circulation qui ont fondé les choix architecturaux sur le site depuis près de 10 ans :

- 1 - Conforter l'accès Sud-est dans sa fonction d'accès principal de l'hôpital
L'aménagement du parvis, l'ouverture de l'Atrium, l'organisation d'un accueil identifié, le regroupement du bureau des entrées et l'ouverture à l'horizon mi 2013 d'un parking de près de 500 places doivent amener à privilégier l'accès haut pour les flux de patients programmés.
- 2 - Privilégier les flux des patients ambulatoires autour de l'entrée principale du site :
Dans le prolongement de l'option précédente, Il est donc important de réorganiser parallèlement les flux autour des niveaux R+4 et R+3 pour favoriser les flux courts de patients programmés, et donc le regroupement des consultations et des alternatives à l'hospitalisation. Par voie de conséquence, le traitement de ces deux flux et leur confinement sur ces deux niveaux permettent de libérer les autres niveaux de la majeure partie des flux à cycle court.
- 3- Renforcer l'axe médical comme circulation entre unités de soins et plateau technique

La fin de la tranche dite « bloc principal » a permis de donner à l'axe médical, qui relie en interne l'ensemble des grandes unités de soins et des éléments du plateau technique, toute sa dimension. Le bâtiment des soins critiques conforte cette disposition.

4- Consolider l'axe Nord-ouest dans sa double vocation d'urgences et logistique

Enfin, il s'agit également de confirmer la façade Nord-ouest dans sa double vocation :

- d'accueil des urgences avec la desserte de la cour des urgences pour l'ensemble des flux non programmés ;
- de gestion des flux logistiques, avec le projet en partie haute du site d'une cour logistique et technique.

S'agissant du **CHU Sud Réunion**, le schéma directeur immobilier a également été validé aux instances de septembre 2012. Il intègre **l'opération majeure pour le CHU de requalification et d'extension du bâtiment principal de Saint-Pierre**. Il comprend également en perspective les évolutions immobilières sur les autres sites du CHU Sud Réunion. Dans ce cadre, le plan directeur du site Tampon poursuit deux objectifs fondamentaux :

- Il vise à améliorer l'offre de soins aux patients Alzheimer et maladies apparentées avec un bâtiment dédié à l'UCC (SSR) et à l'Unité Alzheimer (USLD).
- Il complète la filière de prise en charge et de soins des neurolésés avec l'aménagement d'une unité de 8 lits d'éveil et d'une unité EVC-EPR de 8 lits.

D'une capacité actuelle de 107 lits, l'hôpital du Tampon passera à 126 lits au terme du plan directeur.

Le CHU de La Réunion transmettra avant la fin du premier trimestre 2013 son projet de reconstruction/rénovation du site du Tampon, et un plan de financement limitatif, et respectant les critères ANAP, soumis à validation de l'ARS.

Suite au regroupement des activités de médecines et de gynécologie sur le site de Saint Pierre, le site de Saint Louis n'a plus vocation à accueillir des activités d'hospitalisation complète, à l'exception de la phase transitoire de rénovation du pavillon 5 d'hospitalisation psychiatrique et d'accueil des activités d'addictologie dans l'attente du transfert sur le site de Saint Pierre dès la livraison du bâtiment principal, dans un pavillon libéré par ce dernier. Le CHU de La Réunion présentera à l'ARS, avant le 30 juin 2013, un projet de valorisation du site de Saint Louis, conservant l'implantation de l'EHPAD, et pouvant être ouvert à des activités de consultations ou de prise en charge de jour, et contribuant ainsi à une gestion patrimoniale dynamique.

La vocation du site de Saint Joseph pour les activités de médecine à orientation gériatrique est maintenue.

Le CHU de la Réunion présentera à l'ARS pour le 30 septembre 2013, un projet de prise en charge de la personne âgée pour le site de Saint Joseph développant des coordinations avec les acteurs locaux de la filière gériatrique, comprenant un axe sur l'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer et prévoyant l'intervention de temps de psychiatres en tant que de besoin, et pouvant comporter des extensions de capacité des unités de médecine.

Les pavillons d'hospitalisation, libérés sur le site de Saint Pierre, par la reconstruction/rénovation du Bâtiment principal, devront faire l'objet de proposition d'affectation, répondant aux développements attendus d'activités et au rapprochement de ces dernières du plateau technique principal.

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en œuvre	Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Cible établissement / Indicateurs de suivi				Sources	
					2013	2014	2015	2016		2017
Restructurer et rénover le Bâtiment central de St-Pierre	1	Accompagnement financier par l'ARS (1)							Annexe 12 actualisée	
	2	Réalisation des travaux	Tx de réalisation		10%	40%	60%	80%	100%	DTST
Réaliser le bâtiment des soins critiques	1	Accompagnement financier par l'ARS (2)								Annexe 12 actualisée
	2	Réalisation des travaux	Tx de réalisation		15%	45%	90%	100%		DTST
Mettre en œuvre les projets du SSR du Tampon (UCC, Eveil, EVC-EPR, locomoteur)	1	Financement de l'investissement (3)								Annexe 12 actualisée
	2	Réalisation des travaux		Coût de l'opération hors équipements : 12M€.	20%	80%	100%			DTST
Rationaliser le recours aux sites périphériques du CHU site Sud	1	Elaborer une synthèse du Schéma Immobilier pour les sites périphériques		Existant	à clarifier					

(1) Soutien budgétaire à la reconstruction et rénovation du Bâtiment central de Saint Pierre : cf annexe 12

(2) Soutien budgétaire à la réalisation du Bâtiment Soins Critiques du site de Saint Denis (CF ; annexe 12)

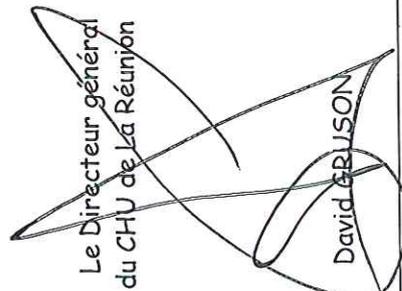
(3) Soutien budgétaire à la reconstruction du site du Tampon (cf. annexe 12)

La Directrice générale de l'Agence de Santé
Océan Indien



Chantal de SINGLY

Le Directeur général
du CHU de La Réunion



David BRUNSON

MISSION D'EXPERTISE

DU PROJET DE RECONSTRUCTION

DU BATIMENT PRINCIPAL SUR LE

SITE SAINT-PIERRE DU CHU DE LA REUNION

réalisée du 31 janvier 2017 au 3 février 2017

à la demande de l'ARS de LA REUNION

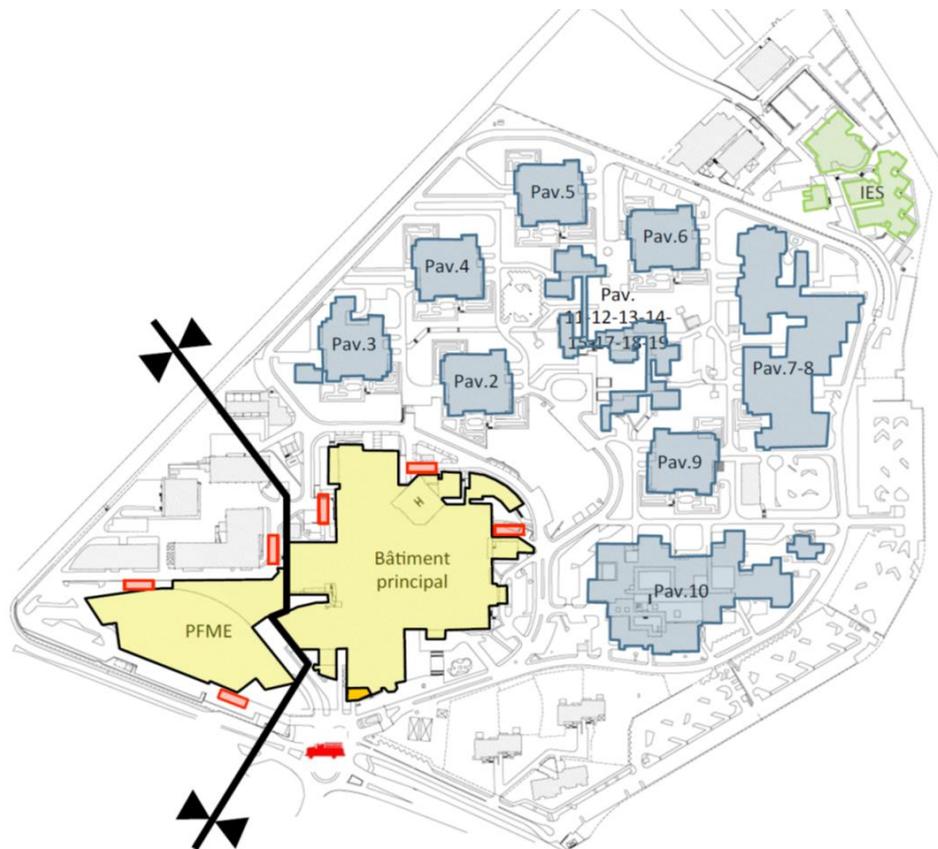
par

Mr Patrick HEISSAT,
Ingénieur général du CHU de Bordeaux,
Expert auprès de l'ANAP

Objet de la mission

1. Retracer les évolutions depuis le projet initial jusqu'à la notification des marchés de travaux en 2016. Les évolutions du programme fonctionnel, architectural et des coûts (évolution de programme et revalorisation tarifaire contractuelle) seront précisées.

Le site de l'hôpital Saint-Pierre couvre une surface cadastrale de 20ha95a avec une surface totale construite SHON de 107 308 m² dont 47 824 m² pour le bâtiment principal.



La médecine occupe les pavillons 2, 3, 4, 6, 8 et 9

La psychiatrie les pavillons 5 et 7

L'administration le pavillon 10 (y compris le laboratoire d'anapath)

Depuis 2000, des opérations ont été programmées et menées préalablement à la restructuration du bâtiment principal, TURBOH 2004 2005, le pôle énergie 2007 2008, puis le PFME en 2012 en même temps que la fermeture de la maternité de saint louis.

Dès 2008, la réflexion s'est portée sur le transfert de la médecine des pavillons vers le bâtiment central.

Le schéma directeur immobilier sera mené de février 2010 à avril 2011. Il donnera lieu au Programme Technique Détaillé support du concours d'architecture qui concerne une restructuration extension du bâtiment principal pour une surface totale de 31000 m² SDO et un coût de 56,6 millions d'euros HT (valeur septembre 2011).

Les hypothèses d'organisation des services de ce programme sont très judicieuses et les répartitions par niveau correspondent à la préoccupation du maître d'ouvrage, le retour des unités de médecine dans le bâtiment principal dans des unités de capacité optimisées.

L'avis public du concours est lancé le 5 octobre 2010

Le choix des trois équipes admises à concourir est fait le 22 décembre 2012

Les trois prestations sont remises le 10 mai 2012

Le jury se réunit le 27 juillet 2012

Le marché est notifié au cabinet MBA pour un montant de 57,689 millions d'euros HT (V 09/2011)

A ce stade, on peut noter l'imprudence du maître d'ouvrage car ce concours est lancé sans les diagnostics techniques, structure béton (le diagnostic technique sera fait par ELYTIS en APS), ni DTA amiante, indispensables à ce type d'opération, s'agissant d'une restructuration d'un bâtiment des années 1970.

On peut s'étonner que l'AMO n'ait pas imposé ces études indispensables au lancement du concours d'architecture !!!

Dans le PTD, le bâtiment H doit être rénové in situ avec une organisation structurelle basée sur la démolition d'une bonne partie des cloisons intérieures. Or, la conception des structures repose sur des murs en bétons armés fondés répartis sur toute la surface des plateaux et à chaque étage !

Cette faisabilité dessinée par l'architecte du groupement de programmation était donc irréalisable compte tenu du respect de la réglementation, du calcul des structures mais également vis-à-vis des normes sismiques s'appliquant sur les bâtiments existant.

La faisabilité architecturale et l'organisation même des unités des soins intensifs et de réanimation étaient donc impossibles sans l'extension de ce bâtiment.

Découverte en fin d'APS à l'occasion de l'analyse et du diagnostic des structures réalisé par l'équipe de maîtrise d'œuvre, cette modification est à l'origine d'un surcout estimé de 1,159 millions d'euros HT en phase APS, qui se traduira par un coût de 4,02 millions d'euros HT en marché de travaux en (valeur 09/2011).

Du marché de MOE à l'APS

Les évolutions de programme à ce stade des études furent les suivantes :

- Locaux supplémentaires pour 1 096 m² S.U. (extension du bloc H pour répondre au diagnostic structure du bâtiment)
- Création d'un deuxième IRM et extension du secteur tertiaire du service Imagerie
- Ajout de réserves immobilières (cuisine-relais)
- Appareils élévateurs et installations techniques supplémentaires
- Incidences du diagnostic pour les menuiseries extérieures existantes
- Augmentation du programme capacitaire des services de soins critiques
- Intégration d'un secteur dédié à la mucoviscidose à la place de l'unité mobile de soins palliatifs
- Intégration de bureaux internes dans les unités d'hospitalisation

Le coût projet proposé par le maître d'œuvre passe alors de 57 689 K€ HT à 65 091 K€ HT.

De l'APS à l'APD

L'APD intègre une évolution du projet principalement liée à des modifications de programme fonctionnel.

- Ajout de l'Unité transport patient
- Extension des urgences légères et des consultations de médecine
- Création d'une réserve immobilière Hyperbarie
- Prise en compte de la Trésorerie
- Création d'une circulation fermée entre PFME et Bâtiment principal pour le transfert patient en urgence
- Augmentation des locaux UNV / USINV
- Extension du bloc opératoire

L'estimation du maître d'œuvre passe alors de 65 091 K€ HT à 73 874 K€ HT valeur septembre 2011. Il est décidé de procéder à des recherches d'économies.

De l'APD avec à sa "mise à jour partielle"

Compte tenu de l'évolution du montant des travaux entre l'APS et l'APD, le maître d'ouvrage a demandé à la maîtrise d'œuvre des pistes d'optimisations et d'économies en supprimant et différant certaines prestations. A l'issue de ces recherches, le coût prévisionnel des travaux est fixé à 64 885 K€ et comprend :

- La prise en compte d'ajustements programmatiques
- Dissociation de l'opération de création d'un second secteur IRM
- Suppression de l'unité de chirurgie prévue au R+4 du bâtiment H
- Suppression du secteur Anatomie pathologie prévu au R+5 du bâtiment A
- Traitement des niveaux 1 à 5 des bâtiments A, D et C via une réhabilitation en lieu et place d'une restructuration lourde
- Aménagement et extension de la cour logistique (impact du diagnostic bloc H)
- Intégration de l'option liée à la réalisation du belvédère d'entrée de l'établissement
- Confirmation de la réalisation d'une galerie de liaison entre le PFME et le bâtiment central
- Différer le Programme de restructuration et d'extension du bloc opératoire en tranche conditionnelle
- La prise en compte des observations fonctionnelles et techniques émises par les différents services.

NOTA : Le coût APD mis à jour n'intègre pas :

- L'aménagement intérieur de la Cuisine relais
- Le désamiantage

Le CPT est affermi en phase APD à 64 885 K € HT valeur septembre 2011

De l'APD mis à jour au PRO

Le dossier PRO intègre principalement des ajustements techniques et une modification de programme.

Le coût prévisionnel des travaux proposé par la maîtrise d'œuvre à 67 468 K€ comprend :

- l'aménagement des réserves immobilières au R+1 et R+3 du bâtiment A (ergothérapie, bureaux médicaux)
- le refroidissement et bouclage de l'eau froide
- les tableaux électriques dans étages A/D/C
- l'intégration des prescriptions d'éclairage extérieur de NOCTABENE
- l'ajout de systèmes UGIS sur toutes les issues de secours sur l'extérieur
- un système "clés en mains" permettant de reprendre les GTC existantes et qui implique de développer des passerelles informatiques complexes.

Le désamiantage et la cuisine relais ne sont pas intégrés.

Le CPT est fixé par le CHU à 65 058 K€ avec des recherches d'économies à mener par le MOE.

Du PRO au DCE

L'estimation au stade du DCE intègre principalement le désamiantage pour 3,67 millions d'euros HT (V09/2011), et des prestations en PSE (Prestations Supplémentaires Éventuelles), notamment en moins-value. Il est prévu une phase de négociation avec les entreprises pour respecter le coût affermi au PRO.

L'estimation qui a servi à l'analyse des offres est alors de 70 796 408,20 € HT, valeur septembre 2011.

Les coûts HT ont été ramenés en valeur septembre 2011 afin d'être comparables					
	phase précédente	modif programme	mise au point	total € HT	Total €TDC
programme	56 600 000	-	-	56 600 000	83 500 000
Concours	56 600 000		1 089 000	57 689 000	87 900 000
APS	57 689 000	5 008 959	2 393 064	65 091 023	99 998 000
APD	65 091 023	4 115 003	4 668 807	73 874 834	116 600 000
APD maj	73 874 834	- 7 877 929	- 1 111 905	64 885 000	99 955 000
PRO	64 885 000	173 000	2 410 000	67 468 284	101 500 000
DCE	67 468 284	5 302 408	- 1 974 284	70 796 408	108 900 000

Ce tableau intègre les équipements biomédicaux pour 244 019 € HT valeur 2015, et la signalétique 253 000 HT valeur 2015.

La consultation des entreprises se déroule avec l'attribution des marchés de travaux ci-dessous :

FICHE FINANCIERE TRAVAUX ACTUALISEE AU 02/08/2016

Lot	Désignation	Marché initial en € HT (TF+PSE retenues) valeur sept 2015	Marché initial en € HT (TF+PSE retenues) valeur sept 2011	Marché initial en € TTC (TF+PSE retenues) valeur sept 2015	TC en € TTC	TF+TC+PSE retenues en € TTC
1	Gros œuvre - Désamiantage - VRD Terrassements - Curages - Revêtements durs - Charpente métallique - Couverture - Façades bardages - Peinture de façades - Etanchéité - Cloisons sèches Doublages - Menuiseries intérieures bois Agencement - Plafonds suspendus	33 993 733,40	31 941 985,43	36 883 200,74	1 012 437,04	37 895 637,78
2	Protection solaire - Métallerie	1 695 011,50	1 592 706,28	1 839 087,48	16 161,25	1 855 248,73
3	Menuiseries extérieures	4 371 155,71	4 107 327,38	4 742 703,95	44 161,67	4 786 865,62
4	Revêtements de sols souples	2 445 134,00	2 297 553,90	2 652 970,39	149 495,64	2 802 466,03
5	Peintures	978 686,76	919 616,50	1 061 875,13	30 377,82	1 092 252,95
6	Signalétique					
7	Chauffage - Ventilation - Climatisation - Désenfumage	11 180 855,18	10 506 016,18	12 131 227,87	570 042,53	12 701 270,40
8	Plomberie Installations sanitaires	4 620 838,71	4 341 940,35	5 013 610,00	111 113,34	5 124 723,34
9	Fluides médicaux	701 092,65	658 777,04	760 685,53		760 685,53
10	Manutention légère Pneumatique	392 151,00	368 482,08	425 483,84		425 483,84
11	Electricité Courants Forts - Electricité Courants faibles - SSI - GTC	11 513 535,62	10 818 617,15	12 492 186,15	162 315,41	12 654 501,56
12	Appareils élévateurs	666 700,00	626 460,22	723 369,50		723 369,50
13	Paillasses	432 639,00	406 526,36	469 413,31		469 413,31
14	Equipements médicaux					
15	Espaces verts	89 443,96	84 045,42	97 046,70		97 046,70
TOTAL	EN €	73 080 977,49	68 670 054,29	79 292 860,59	2 096 104,70	81 388 965,29

Pour les coûts de passation des marchés de travaux, la concurrence sur le lot gros œuvre a permis de bien maîtriser l'estimation annoncée au DCE.

En synthèse financière, le coût est passé de 57,689 millions d'euros à 68,670 millions d'euros HT travaux (V 09/2011).

Cette différence s'explique principalement par :

- la prise en compte de l'extension du bâtiment H pour 4,02 millions d'euros
- le coût du désamiantage pour 3,998 millions d'euros
- 1,6 millions d'euros pour le remplacement des menuiseries extérieures du bâtiment central
- **1,363 millions d'euros de mises au point et définitions pendant les phases d'études.**

En considérant que de toute façon la réalisation de ce projet nécessitait un désamiantage obligatoire, des travaux de structure indispensables pour l'insertion du programme dans le bâtiment H et le remplacement des menuiseries, un résultat final avec un budget augmenté de 2,4% par rapport au coût annoncé par le maître d'ouvrage à la signature de son marché à l'issue du concours d'architecture.

En rapprochant le coût de la notification des travaux et les surfaces à construire, le coût de 2 092 € HT/m² en valeur 09/2011 moyen du m² construit et rénové apparaît comme performant.

Les surfaces de 32 924 m² SDO se répartissent en 19 137 m² de bâtiment neuf et 13 787 m² de réhabilitation, pour mémoire le PTD prévoyait une surface totale de 31 000 m² SDO. A ce stade les 6% de surface en plus sont tout à fait représentatives d'une maîtrise de l'opération.

31 000 m² de SDO programmée et 33 000 m² SDO de travaux à réaliser, le projet est maîtrisé par le maître d'ouvrage et par la maîtrise d'œuvre.

La maîtrise d'ouvrage

Dès 2015, pour maîtriser les études et l'insertion dans site, le CHU a mis en place une équipe de maîtrise d'ouvrage dédiée à l'opération, la composition de la cellule de maîtrise d'ouvrage est détaillée ci-après :

- Ingénieur pilote projet
- Ingénieur référent technique/sécurité
- Assistant ingénieur Corps d'état architecturaux (TSH)
- Assistant ingénieur Climatisation - GTC - Plomberie (TH)
- Secrétariat-marché-comptabilité (adjointe Administrative)

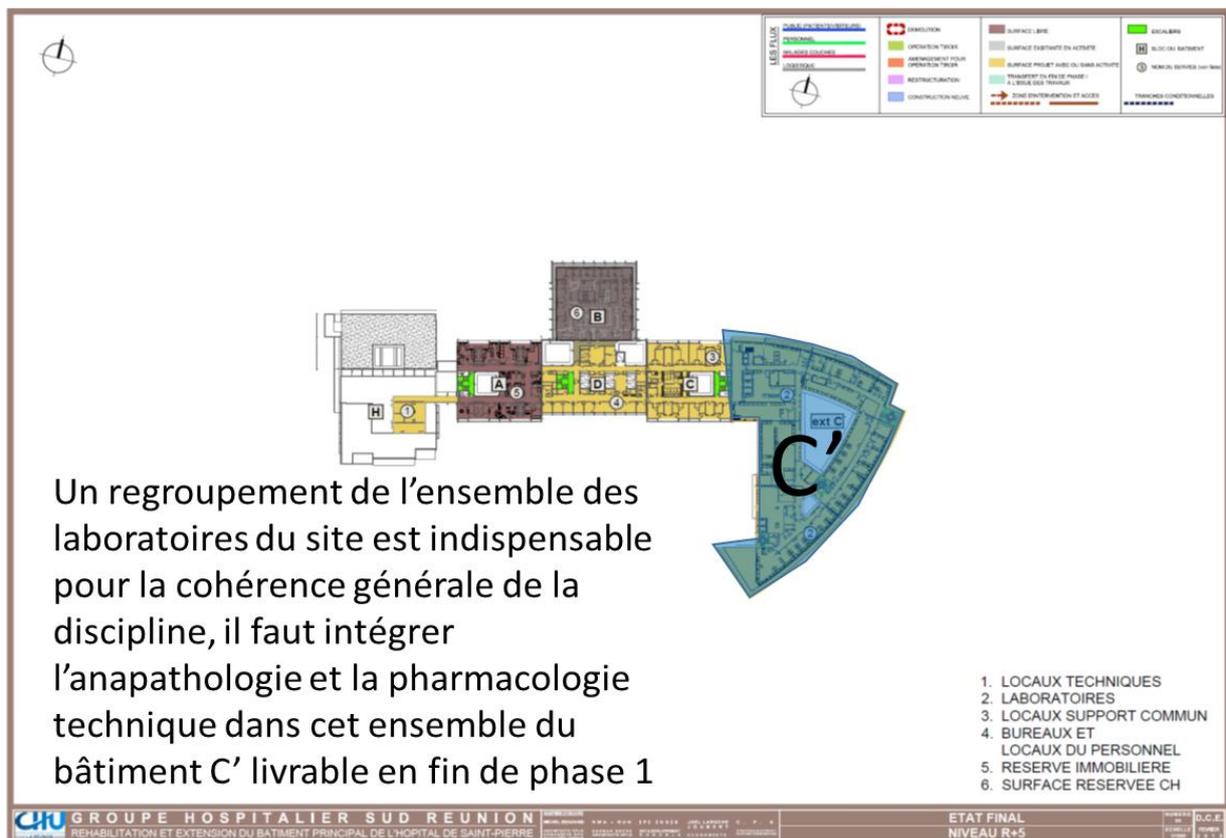
Cette cellule pilote son projet, en relation avec la direction d'établissement et la maîtrise d'œuvre, avec une bonne connaissance des enjeux et une très bonne maîtrise de la technique.

2. Produire un avis sur la cohérence du nouveau programme fonctionnel 2017 au sein du nouveau bâtiment notamment sur la mise en œuvre du virage ambulatoire et sur les nouvelles activités intégrées provenant des sites annexes. L'avis portera notamment sur la cohérence des activités avec le bâti, le dimensionnement du bâtiment en fonction des capacités d'accueil (médicales, médicotechniques, logistiques...)

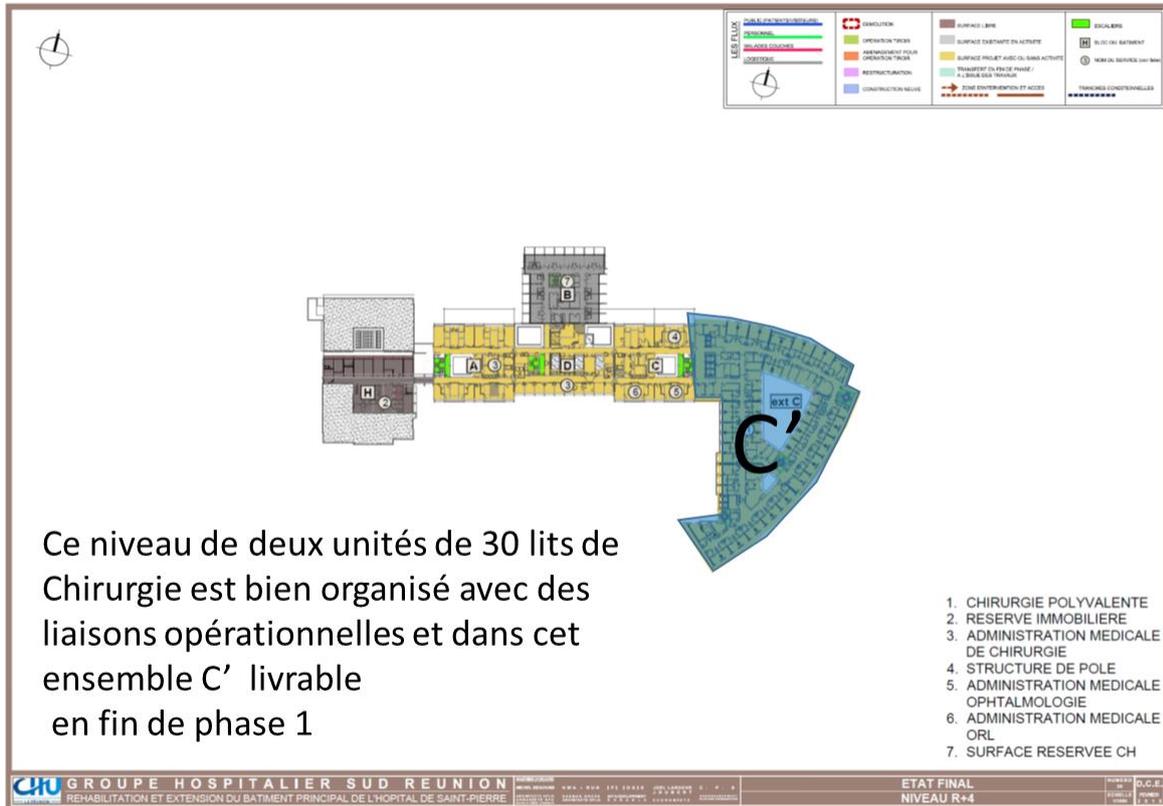
Cohérence du programme fonctionnel 2017 dans le nouveau bâtiment

L'analyse suivante porte sur l'insertion dans les différents niveaux du bâtiment central mais également des extensions H et C. Elle se décline par étage en partant du haut en bas.

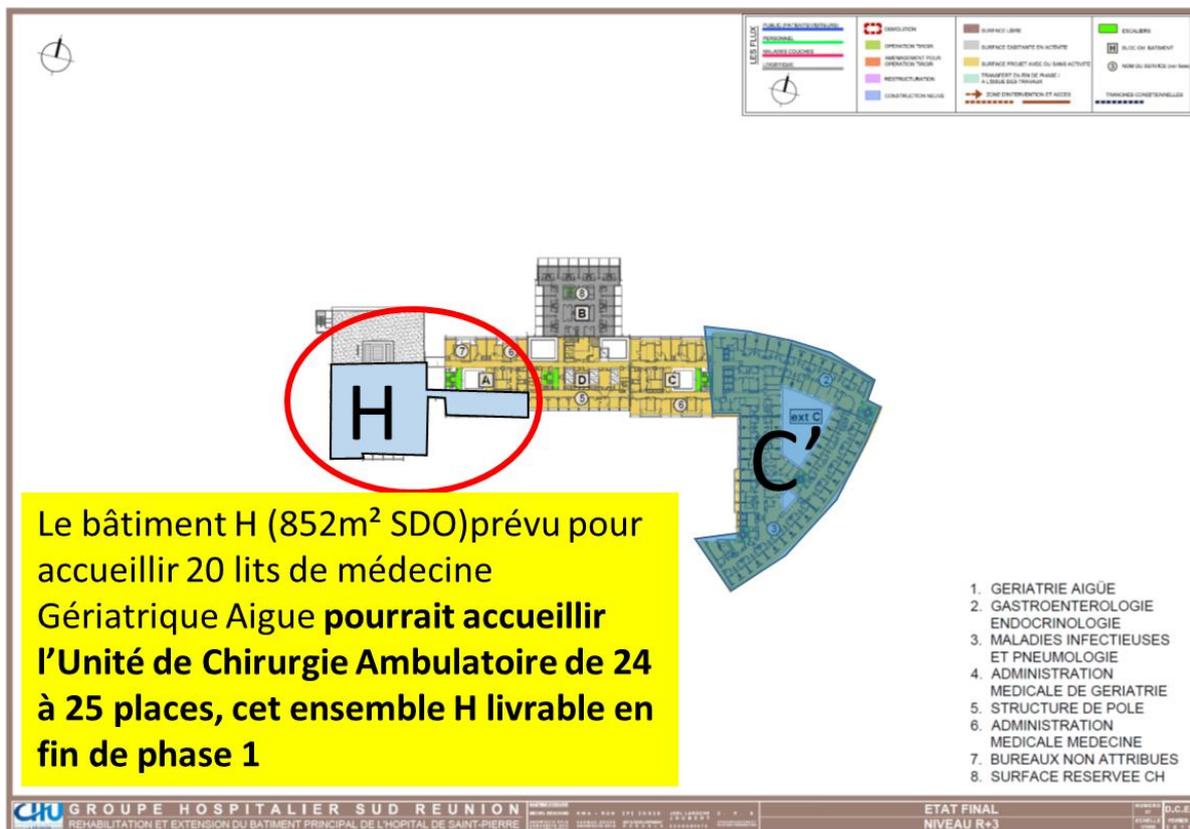
Niveau 5



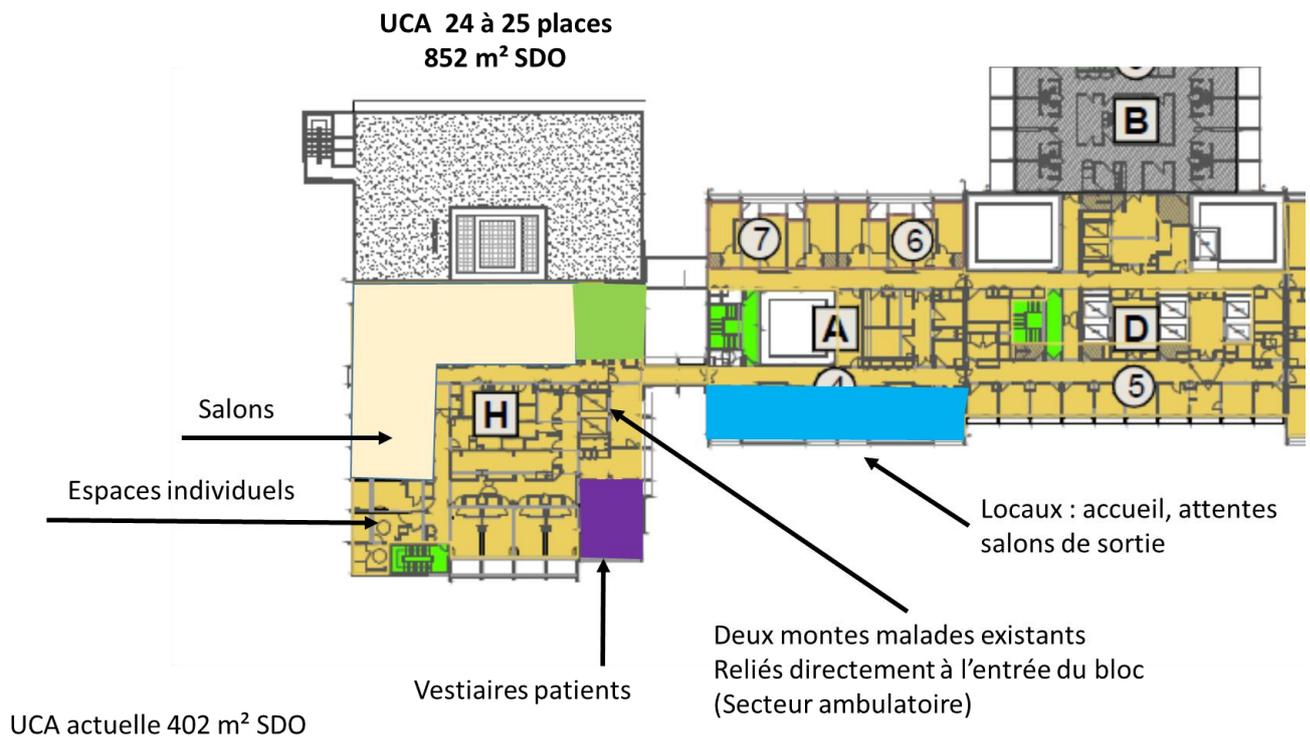
Niveau 4



Niveau 3



Niveau 3 schéma de principe

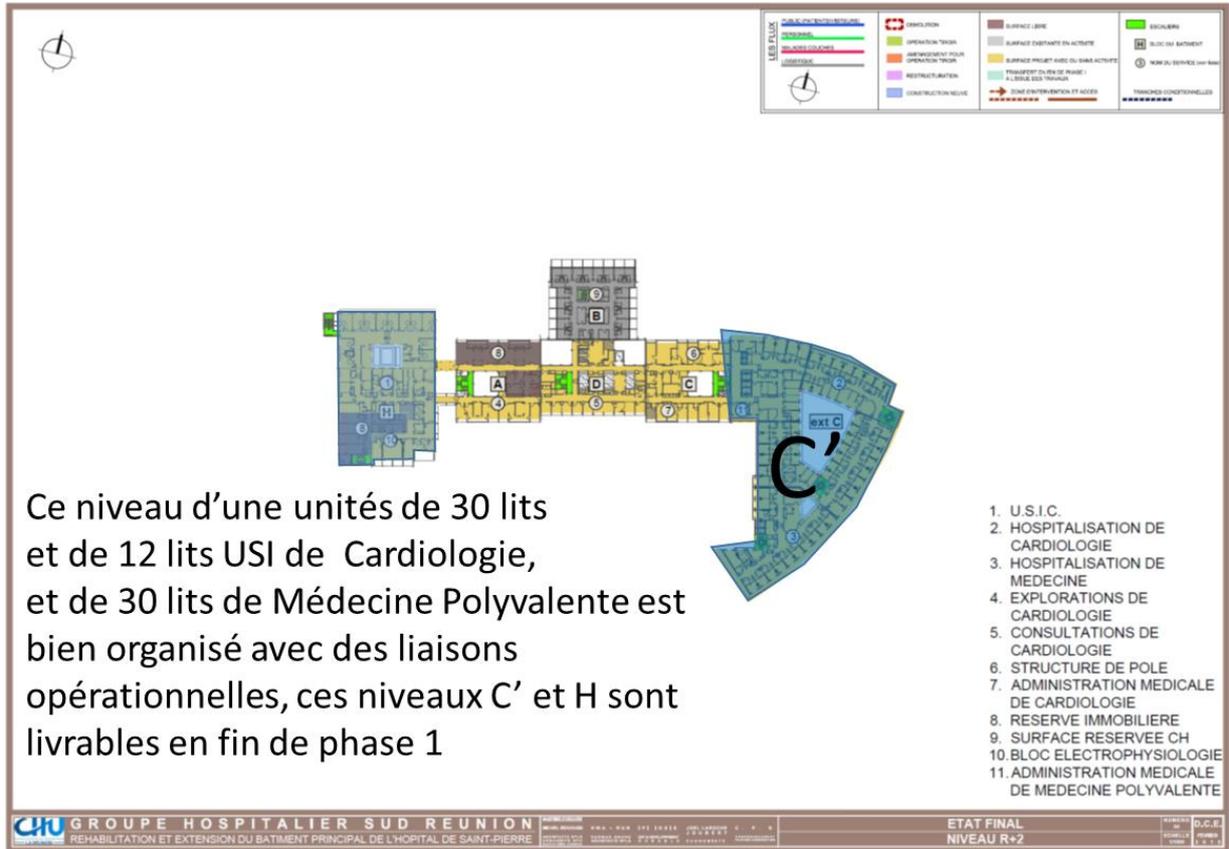


La mise en œuvre de l'unité ambulatoire à ce niveau est stratégique. Elle permet de déterminer au bloc opératoire deux zones où se répartissent les salles d'opérations conventionnelles ou une zone de fast tracking.

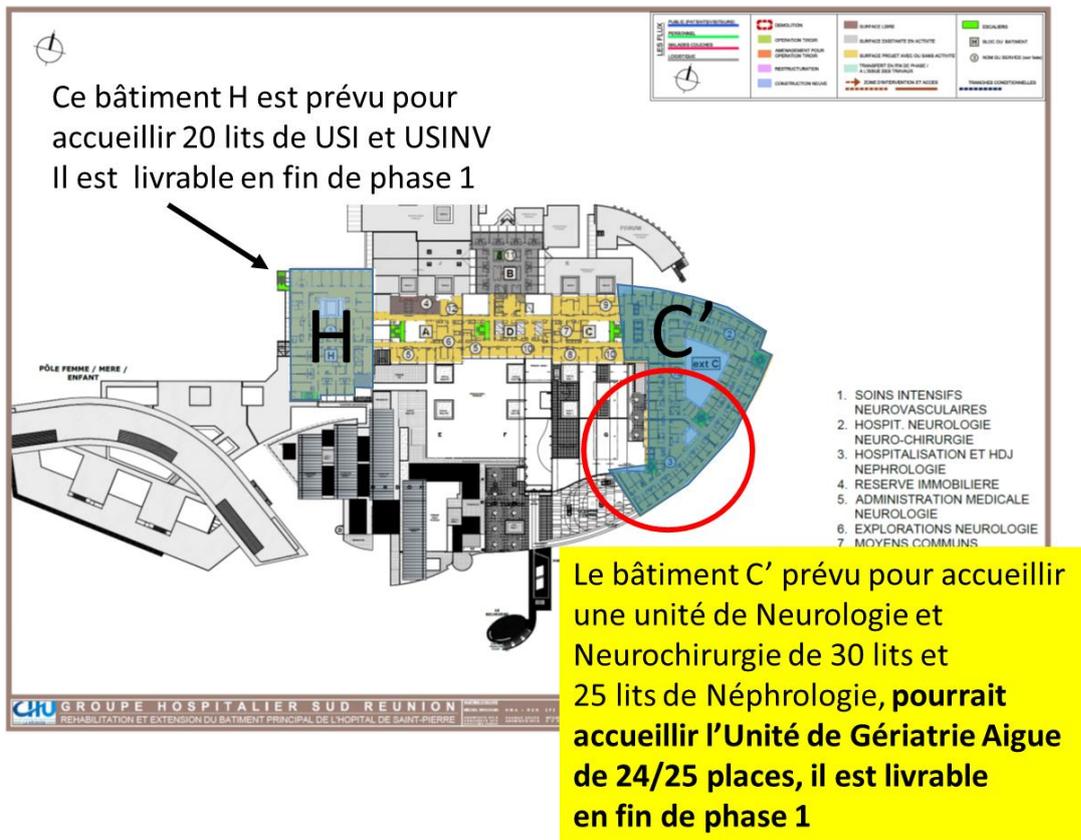
Cet espace est positionné à trois étages au-dessus du bloc opératoire, relié par deux montes malades, et peut être organisé avec des salons de trois ou quatre places ainsi que des chambres individuelles pour les patients fatigués ou plus âgés.

Dans cette configuration, le nombre de places sera doublé par rapport à la situation actuelle.

Niveau 2

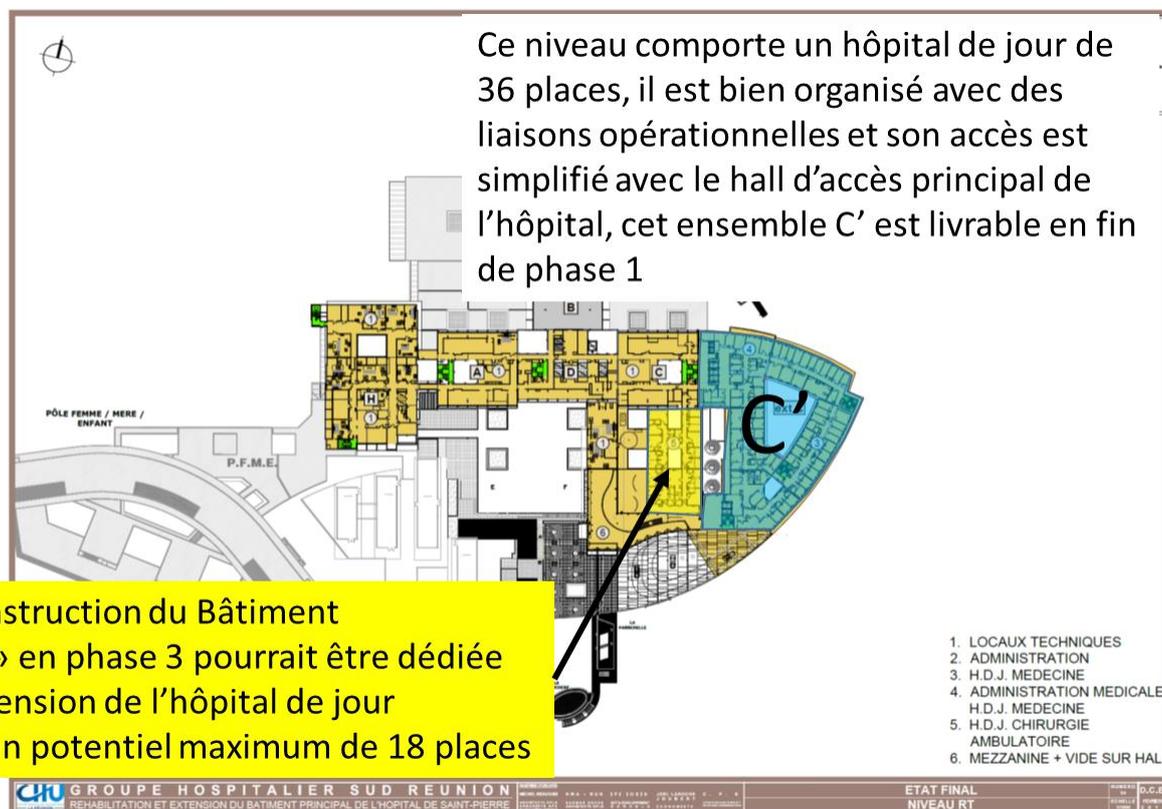


Niveau 1



En repositionnant l'unité de gériatrie aigüe à ce niveau et à côté de l'unité de neurologie, une continuité s'effectue d'autant que dans les 25 lits de gériatrie aigüe sont déjà existants 10 lits de neurogériatrie

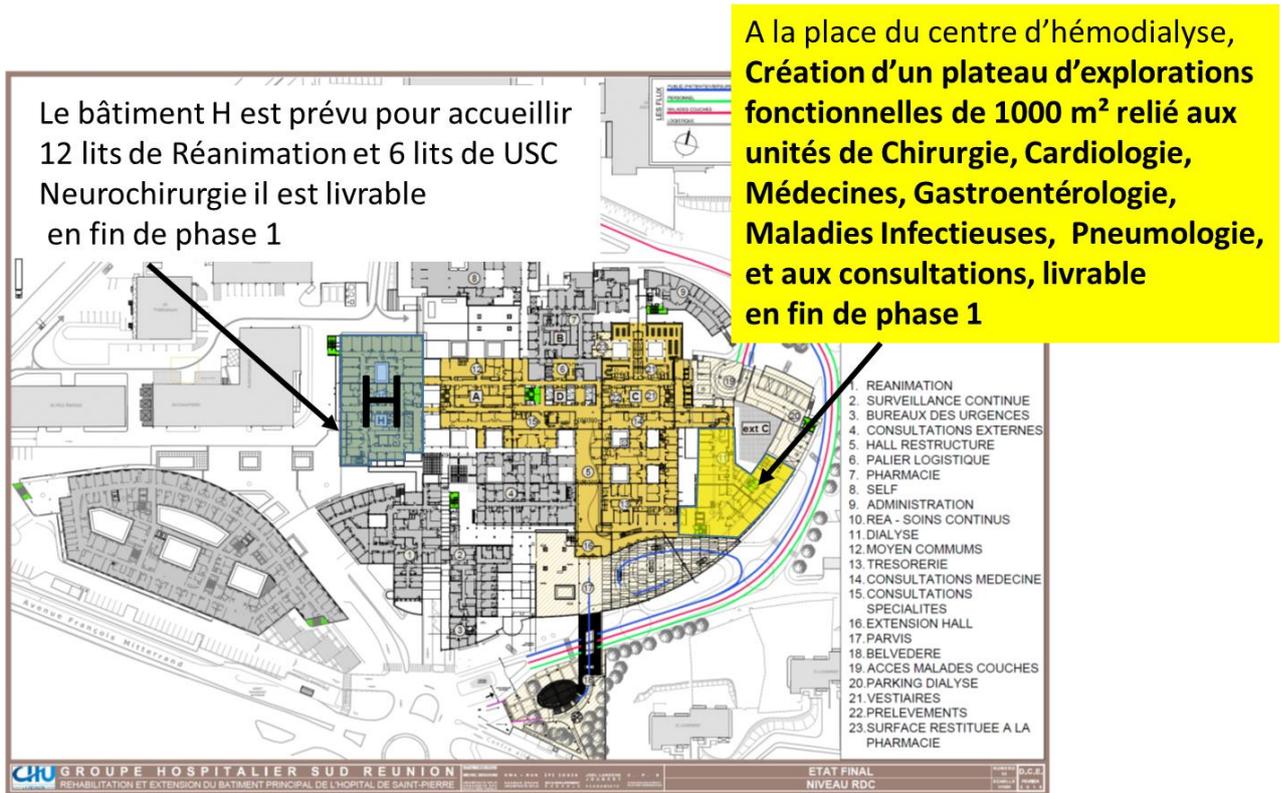
Niveau RT



Au total, l'hôpital de jour comporterait 54 places potentielles. Cet espace est directement accessible à partir du hall général du bâtiment par un escalier et deux monte malades.

Il sera relié au plateau d'explorations fonctionnelles futur situé juste en dessous, et au plateau d'imagerie situé deux niveaux plus bas. Plus tard, il sera au dessus du caisson hyper bar situé deux niveaux plus bas.

Niveau RDC

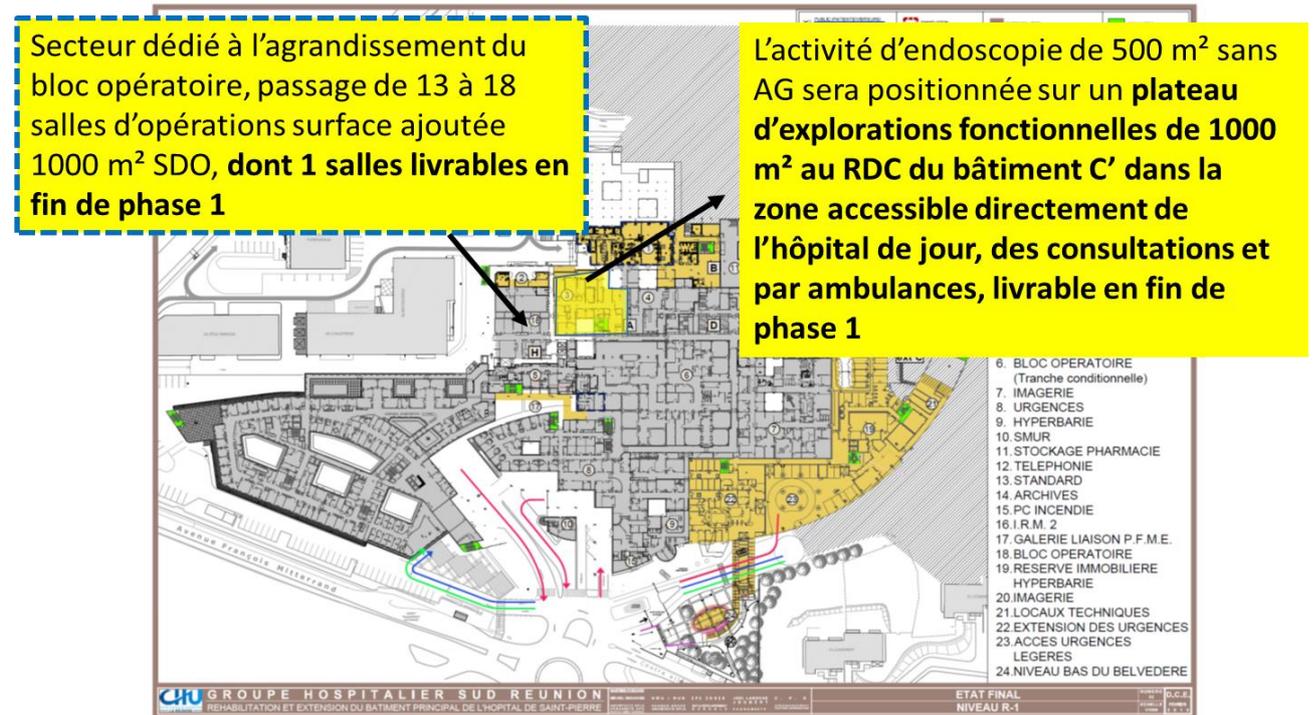


Compte tenu du bon état du pavillon n°6 qui héberge le centre de dialyse et les lits de Néphrologie, la solution proposée est de laisser ces deux services à leur emplacement actuel. On remarque d'ailleurs que juste au dessus de ce pavillon, le centre de dialyse privé s'est installé avec une grande coopération entre ces deux services miroirs de dialyse.

En lieu et place et au RDC du nouveau bâtiment, nous disposons alors de 1000 m² de SDO idéalement placés, juste derrière les admissions et sous l'hôpital de jour. La proposition consiste à fédérer un plateau d'explorations fonctionnelles regroupant l'ensemble des salles techniques disséminées dans les étages du bâtiment central.

Un centre d'endoscopies mini invasives pourra être organisé dans cet espace, incluant un salon de repos de 5 places.

Niveau R-1



Le bloc opératoire doit évoluer pour accueillir les activités de chirurgie ambulatoire et l'acroissement d'activités chirurgicales.

L'établissement doit intégrer son activité dans AELLIPCE pour calculer le nombre de salles d'opérations nécessaires à moyen et long terme.

Dans l'espace disponible, une faisabilité établie en esquisse permet de définir la capacité architecturale maximum de cet espace regagné par l'extension du bâtiment H mais également par la surface libérée par le positionnement du centre d'endoscopies mini invasive au RDC.

En tout état de cause, le bloc opératoire ne pourra excéder 18 salles. Mais pour aider à la transition, une première salle pourra être livrée en fin de première phase de l'opération de travaux, c'est-à-dire dans le premier trimestre 2019.

Schéma de principe pour l'extension du bloc opératoire



Ce schéma représente en bleu les 5 salles d'interventions et en vert la salle de SSPI avec une extension de 4 lits.

Les deux ascenseurs relient le bloc aux réanimation et à l'UCA et sont en rouge sur le schéma.

La mise en conformité de la radioprotection pourra également être mise en œuvre plus facilement grâce à l'extension du bloc.

Les aménagements de ces salles supplémentaires sont estimés à 2,5 millions d'euros en valeur 09/2011.

L'état capacitaire entre le 1 janvier 2017 à la mise en service au 2019 en fin de phase 1 la conversion sera :

- Pour les hôpitaux de jour et l'ambulatoire un passage de 65 à 108 places
- Pour les hôpitaux de semaine un passage de 15 à 16 lits
- Pour les hospitalisations conventionnelles un passage de 383 lits à 350 lits

L'état capacitaire entre le 1 janvier 2019 et la mise en service au 2021 en fin de phase 3 la conversion sera :

- Pour les hôpitaux de jour et l'ambulatoire, un passage de 108 places à 125 places, au total la conversion sera de 60 places
- Pour les urgences, un passage de 19 à 29 places
- Pour les hospitalisations conventionnelles, un passage progressif à des unités de 27 à 28 lits (armable en cas de crises sanitaires avec 30 lits dans les chambres doubles) pourrait permettre une transition progressive vers une diminution du nombre de lits de 20 à 25 pour passer de 350 lits à 325 lits, équilibrant dans cette période le passage aux hôpitaux de jour et à l'ambulatoire, au total la conversion sera de 58 lits

3. Produire un avis sur la cohérence globale du programme fonctionnel 2017 sur le site de St-Pierre en précisant les opportunités de déploiement sur des bâtiments existants.

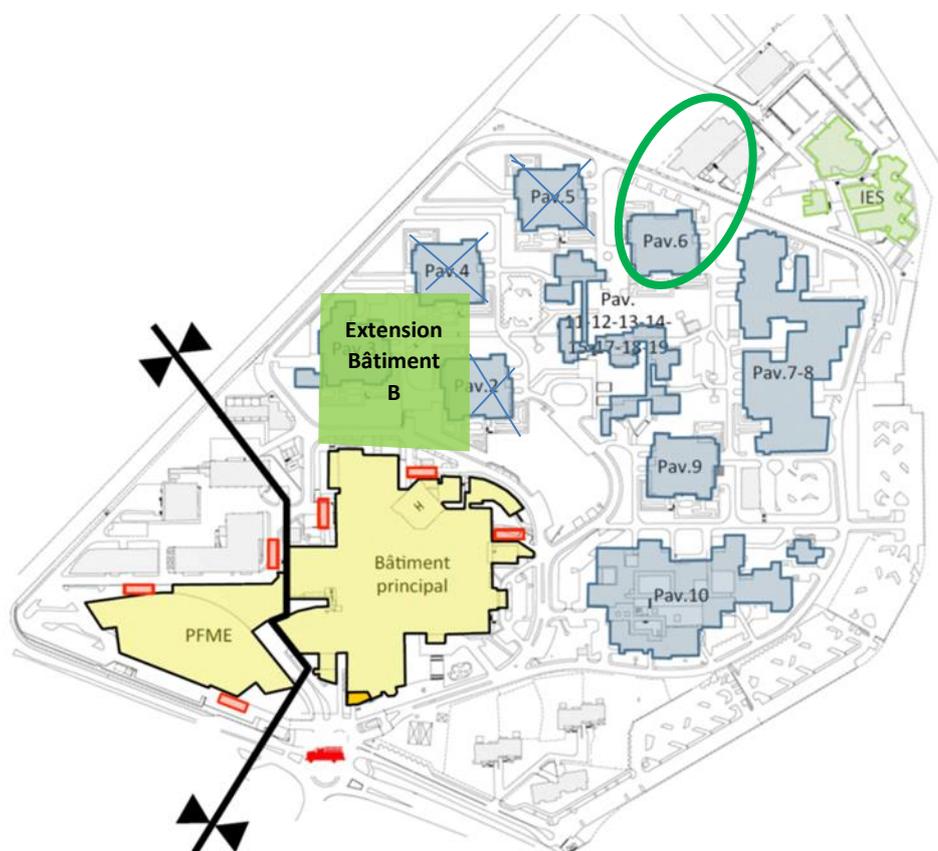
Le terrain d'assise des trois bâtiments, à démolir (2, 3 et 4) dès la fin de la première phase au 1^{er} trimestre 2019, présente la particularité d'être aligné en altimétrie avec le 1^{er} étage du bâtiment principal. Cette particularité permet de maintenir la voie de desserte interne du site tout en disposant de surfaces reliées avec l'ensemble des zones actuelles et futures.

On peut imaginer alors, comme l'avait prévu le schéma directeur de 2010, que le positionnement sur ce secteur foncier (directement accessible de la voie extérieure) du regroupement de la cancérologie et de la radiothérapie, avec les autres disciplines du bâtiment principal, est particulièrement stratégique pour les accès aux blocs opératoires, aux plateaux médicotехniques de radiologie, d'explorations fonctionnelles et d'endoscopie sans recours aux ambulances.



4. Préciser les opportunités de développement d'activités (notamment celles n'ayant pas fait l'objet d'une contractualisation ferme dans les marchés de travaux de 2016 suite à des arbitrages financiers) sur des bâtiments existants et sur de nouveaux bâtiments.

Il faut souligner qu'à l'issue de l'opération en cours (phase 1 au premier trimestre 2019), les services de médecine du site de Saint-Pierre seront regroupés avec les services provenant de la fermeture des hôpitaux périphériques de Silaos et Saint-Louis. Au total, la fermeture de ces sites mais également la démolition des trois bâtiments de médecine, va permettre la suppression de 9860 m² SDO de surface. Compte tenu du coût de la maintenance de ces surfaces, on peut estimer que le gain pour l'établissement sera de 500 000 € TTC par an.



Une fois les disciplines de cancérologie regroupées dans le futur projet d'extension du bâtiment B, on peut imaginer le futur du site qui pourrait alors être :

- de regrouper dans le bâtiment 7/8 (libéré de l'oncologie) toute la psychiatrie
- de démolir le bâtiment 5
- de mettre en place un projet médical commun pour la dialyse, voir un regroupement !

5. Produire un avis sur le niveau d'adéquation du nouveau programme fonctionnel 2017 avec les marchés attribués en précisant les écarts.

J'ai rencontré longuement l'équipe de maîtrise d'œuvre et l'économiste de la construction du groupement. Les incidences financières des changements de position des services sont minimales voire nulles. En effet, en examinant les échanges de surfaces, on peut remarquer que :

- les aménagements de l'UCA dans les locaux prévus pour l'unité de gériatrie aigüe sont certainement moins onéreux
- Les aménagements de l'unité de gériatrie aigüe dans l'unité prévue pour la néphrologie sont à iso périmètre et coûts
- La mise en place de l'hôpital de jour dans l'unité prévue pour l'UCA est financièrement égale, car il faudra uniquement ajouter quelques blocs sanitaires
- Reste les aménagements du plateau d'endoscopie mini invasive et d'explorations fonctionnelles

Nous allons disposer des crédits prévus pour l'aménagement au sous sol du plateau d'endoscopie sans AG, mais également des crédits prévus pour la réalisation des infrastructures de dialyse (boucle, osmoseurs et traitement des rejets) ainsi que des crédits prévus pour les aménagements pour les salles d'explorations techniques dans les différents niveaux du bâtiment central.

Au total, les travaux à réaliser pour la création de ce plateau d'explorations fonctionnelles sont déjà financés dans les différents marchés de travaux concédés, seules les études supplémentaires de la maîtrise d'œuvre ainsi que la reprise des études d'exécutions des entreprises seront discutées. Une somme de 0,3 K€ HT doit être provisionnée pour ces ajustements.

Pour le bloc opératoire, compte tenu du fait que l'extension se fera totalement dans le clos couvert réalisé dans l'extension du bâtiment H et dans les locaux actuels sous le bâtiment B, l'estimation de ces travaux non prévus dans l'actuelle opération est de 2,5 millions d'euros HT (V 9/2011)

6. Estimer le montant (borne haute et basse) des éventuels coûts supplémentaires (pénalité, avenants, actualisation tarifaires) de la mise en œuvre du nouveau programme fonctionnel 2017 ainsi que les impacts sur le calendrier de réalisation des travaux.

Les marchés actuels de travaux sont presque tous conservés en l'état, seul le marché de chauffage/ventilation doit être ajusté pour tenir compte de la mise en œuvre du plateau d'explorations fonctionnelles. Mais cet ajustement se limite à la redéfinition des centrales de traitement d'air pour passer de la salle de dialyse à des salles techniques avec un niveau de filtration pour partie en ISO 8. Or la réalisation des salles d'endoscopies sans AG prévues dans le marché d'origine prévoyait déjà des salles techniques avec la même filtration. L'incidence financière de ces mises au point sera certainement minime, c'est-à-dire inférieure à 0,2 K€ au total.

En ce qui concerne les délais de travaux l'équipe, la maîtrise d'œuvre s'est engagée à maintenir les délais d'origine car le chantier est en phase gros œuvre et aucune modification ne le concerne. Les études d'exécution des corps d'état secondaire ainsi que des corps d'état technique démarrant seulement, il n'y aura pas d'incidence sensible de délai.

Au contraire, compte tenu des nouveaux aménagements, la maîtrise d'œuvre doit présenter un nouveau scénario pour limiter le nombre de phases de travaux, y compris pour le désamiantage.

En déménageant directement en fin de phase 1 la totalité des unités de soins hébergées dans les pavillons 2 3 4 et 9, le phasage à mettre en œuvre concernera principalement les consultations et les bureaux médicaux de ces différentes disciplines. En effet, la mise aux normes incendie du bâtiment principal va nécessiter la réalisation de gros percements et la mise en œuvre de nombreuses gaines de verticales de désenfumages sur tous les niveaux.

Le phasage de la phase 2 intervenants en 2019 sera alors revu pour travailler plusieurs verticalités à la fois et ainsi mettre progressivement en service les installations techniques de détection et des DAS.

L'utilisation provisoire d'un bâtiment Forum est envisagée transitoirement pour conserver une proximité directe entre les espaces tertiaires des médecins et les consultations existantes.

La maîtrise d'œuvre vient de produire la note de principe indiquant les principes et incidences des modifications à mettre en œuvre suite à la mission. Vous constaterez que les corrections à apporter sont mineures et, pour chaque niveau, sans incidence sur les marchés de travaux en cours d'exécution, ni sur les délais.

EN ANNEXE, ci-après, la note du groupement transmise le 8 février 2017.



Note MOE concernant adaptations du programme
selon réunions semaine 6 - 2017

NIVEAU +4

RAS

NIVEAU +3

→ Demande de modification :

Créer une UNITE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE avec 24 à 25 places au niveau 3 du bâtiment H, à la place des 20 lits de GERIATRIE actuellement prévues.

La partie accueil familles sera à intégrer dans l'aile Sud du bâtiment A du bâtiment principal, hébergeant selon le scénario actuel les locaux administratifs du service Gériatrie.

La surface prévu dans cette adoption du programme pour l'UCA se situe au-dessus du plateau technique (Bloc opératoire) et est lié directement par deux ascenseurs MM avec le niveau -1.

La surface disponible est d'environ 825 m² y compris aile sud du bâtiment A.

→ Voir schéma d'aménagement ci-joint :

« Niveau R+3 Bâtiment H – Proposition de l'aménagement UCA »

→ Incidences au niveau du projet en cours :

Une approche du cloisonnement a été faite et effectivement l'intégration du service UCA au niveau +3 s'avère faisable.

Le cloisonnement esquissé intègre les demandes du service exprimé pour une adaptation du fonctionnement aux nouveaux principes « ambulatoires ». Les locaux d'attente des familles et les bureaux tertiaires affectés à l'UCA sont intégrés dans l'aile sud du bâtiment A.

Les circuits souhaités pour le flux patient depuis le bloc opératoire vers la sortie peuvent être respectés.

→ Incidence surfaces :

La surface disponible est d'environ 825 m² y compris aile sud du bâtiment A. Les surfaces sont compatibles avec la surface nécessaire pour 24 places d'UCA. (Base : ratio 25/30m² par place)

→ Incidence coût :

La surface à aménager correspond à la surface prévue d'être aménagée dans le cadre de l'opération ERBC. Les coûts des travaux pour le service UCA sont estimés équivalents aux CC prévues pour cette zone.

A noter que les études d'EXE des entreprises et les études de SYNTHESE sont réalisées et un surcoût pour la reprise des études est à approvisionner.

→ Incidence planning:

Après désamiantage extérieure et intérieure le bâtiment H est aujourd'hui en phase de démolition des existantes (non porteurs) le démarrage du second œuvre est prévu au plus tard pour octobre 2017.

Il convient d'aboutir rapidement sur un nouveau plan d'aménagement de la zone, afin d'éviter un impact sur le planning général.

NIVEAU +2

RAS

NIVEAU +1

→ Demande de modification :

Intégrer le service Gériatrie au niveau +1 dans l'emprise de la Néphrologie.

→ Incidences au niveau du projet en cours :

Le programme actuel du service Gériatrie (prévu initialement au niveau +3 du bâtiment H) peut s'intégrer dans la surface prévue pour le service Néphrologie au niveau +1 de l'extension du bâtiment C sans changer de manière significative le cloisonnement prévu.

En cas de création de 24 lits au lieu de 20 pour la Gériatrie les locaux annexes devront être réduits. L'intégration des salles de convivialité paraît difficile en augmentant la capacité du service à 24 lits.

→ Incidence surfaces :

La surface disponible est compatible avec la création de 20 lits de Gériatrie + 2 salles de convivialité.

→ Incidence coût :

Les coûts des travaux pour le service Gériatrie sont estimés équivalents aux CC prévues pour cette zone dans le cadre du marché du projet ERBC.

A noter que les études d'EXE des entreprises et les études de SYNTHÈSE sont réalisées et un surcoût pour la reprise des études est à provisionner.

→ Incidence planning:

Il convient d'aboutir rapidement sur un nouveau plan d'aménagement de la zone, afin d'éviter un impact sur le planning général.

ETAGE TECHNIQUE

→ Demande de modification :

Suppression du service UCA au niveau de l'étage technique – Déplacement au niveau R+3 bâtiment H.

Création de 45 places d'Hôpital de jour plus 6 places d'Hôpital de Jour Neurologie au niveau Etage Technique.

➔ **Incidences au niveau du projet en cours :**

Le programme actuel du niveau Etage technique est peu impacté, 36 lits d'hôpital de jours sont prévus dans l'emprise du bâtiment extension C. L'ancienne emprise de l'UCA à une capacité de 18 places. La réalisation de 51 places HDJ est donc faisable avec une augmentation de la capacité à 54 places maxi.

La réalisation de 36 places HDJ est possible en phase 01 à condition d'adapter le phasage du marché (Extension C), le complément jusqu'à 51 voire 54 places se fera en phase 03. (Construction surélévation socle, ancien emprise UCA).

➔ **Incidence surfaces :**

La surface à aménager est identique à l'emprise des travaux dans le cadre du projet ERBC.

➔ **Incidence coût :**

Les coûts des travaux pour le service HDJ sont estimés équivalents aux CC prévues pour cette zone y compris ancien UCA.

➔ **Incidence planning:**

A la condition de conserver l'ancien cloisonnement, pas d'incident.

RDC :

➔ **Demande de modification :**

Le service de dialyse avec les consultations Néphrologie prévu dans le cadre du projet ERBC au RDC de l'extension bâtiment C restera situé à son emplacement actuel au pavillon 06, qui a reçu récemment une extension de salle de dialyse de XX places.

Le fait que le pavillon 06 soit localisé à proximité directe de l'établissement AURAR et que les deux centres de dialyse travaillent actuellement en étroite collaboration pourra étayer le présent projet d'optimisation d'aménagement.

Au lieu et place du service dialyse le CHU souhaite aménager un plateau technique hors AG, comprenant 4 salles d'endoscopie hors AG et des divers salles de exploration.

Nota : Nous ne comptabilisons pas des éventuels travaux d'amélioration des services Dialyse et de l'hospitalisation Néphrologie au pavillon 06.

➔ **Voir schéma d'aménagement ci-joint**

« Aménagement RDC Extension C »

→ Incidences au niveau du projet en cours :

Le service Endoscopie hors AG situé préalablement au niveau -1 du bâtiment H et A avec ces quatre salles d'intervention sera déplacé dans le RDC de l'extension du bâtiment C à la place de la Dialyse.

La surface en question au RDC se trouve au-dessus des locaux techniques du niveau -1, qui étaient destinés à recevoir les centrales de traitement d'air de la dialyse ainsi que les équipements pour la production de l'eau osmosée. Ces fonctions sont donc supprimées et les surfaces techniques au niveau -1 peuvent être récupérées pour recevoir le traitement d'air du bloc endoscopie hors AG et des autres salles créées au RDC.

Nous ne voyons pas de contrainte technique spécifique pour le nouveau projet de l'aménagement de la zone, par contre il faut prendre en compte la hauteur du niveau de dalle à dalle relativement faible de 3,35m.

Aujourd'hui le gros-œuvre de cette zone est exécuté sur le niveau -1 et RDC.

Le schéma de principe d'aménagement joint respecte l'emplacement de la structure porteuse ainsi que la conservation de gaines verticales principales entre le niveau -1 et des niveaux supérieurs.

→ Incidence surfaces Niveau RDC :

Endoscopie niveau -1 bâtiment H & A projet actuel : SDO 539 m²

Emplacement **Dialyse** Extension Bâtiment C : SDO 825 m²

La surface disponible au RDC bâtiment C est de 825m² SDO. L'Endoscopie hors AG (avant 539 m² SDO) sera intégrée ainsi que des salles d'exploration ou consultation complémentaires.

En final la surface à aménager ne sera pas modifiée au niveau RDC du bâtiment C, par contre l'opération ERBC actuel sera réduite de la surface correspondant à l'ancien aménagement du secteur endoscopie hors AG au bâtiment H & A niveau -1 soit moins 539m². (Voir incident surfaces et coûts niveau -1)

→ Incidence coût Niveau RDC :

Nous estimons un léger surcoût pour l'aménagement des salles d'exploration au lieu du service de dialyse au RDC. En effet la surface à aménager est plus importante et le ratio coût de construction/m² pour les salles d'exploration est plus élevé. La suppression de l'eau de dialyse est à mettre en balance avec ce surcoût.

En résumé nous estimons pouvoir réaliser l'aménagement à un coût de construction final proche au coût de construction prévu aujourd'hui pour le CHU. Nota : la production d'eau osmosée a fait l'objet d'une moins-value au lot plomberie et n'est plus comptabilisée sur l'opération ERBC.

Les adaptations du gros œuvre au niveau des réservations doivent être prévues.

A noter également que les études d'EXE des entreprises et de SYNTHÈSE sont entièrement réalisées et un surcoût pour les études est à provisionner.

→ Incidence planning Niveau RDC :

Compte tenu que les zones concernées sont en construction un incident sur planning n'est pas évitable. Il convient d'aboutir très rapidement sur un nouveau plan d'aménagement de la zone, afin de minimiser l'impact sur le planning général.

Nous proposons de geler rapidement les travaux de second œuvre du niveau 0, ainsi que les équipements des locaux techniques servant le secteur dialyse au niveau -1.

Avis MOE : INCIDENT, car commandes pour approvisionnement à la réunion imminentes.

Démarrage du second œuvre des zones prévues selon planning actuel recalé :

Extension C	Niveau -1	Juillet 2017
	Niveau 0	Aout 2017

NIVEAU -1 :

La surface prévue pour le service Endoscopie hors AG sera utilisée pour l'aménagement de l'extension du bloc opératoire.

Le bloc opératoire existant dispose de 13 salles d'opération et d'un SSPI de 20 places.

La demande d'aménagement de l'extension du bloc opératoire consiste dans la création de 5 salles complémentaires de taille supérieure à 42m² et de leurs surfaces annexes, ainsi que dans l'agrandissement de la salle SSPI existante à 24 places. (Ratio Nbr. salles/places SSPI à vérifier)

Le CHU souhaite la mise à disposition d'une salle d'opération complémentaire dès la fin de la phase 1.

➔ Voir schéma d'aménagement ci-joint.

➔ **Incidence coût Niveau -1:**

A l'exception de l'aménagement de l'extension du bloc opératoire nous constatons des travaux en moins-value.

Le service endoscopie hors AG sera retiré de ce niveau, ce que représente une réduction des surfaces à aménager de 539 m² SDO. En appliquant le ratio de 1100 euros/m² par rapport à nos estimations, la suppression du service endoscopie hors AG de ce niveau représente une moins-value d'environ 592 900 euros HT.

A noter que les études d'EXE des entreprises et de SYNTHESE sont entièrement réalisées.

A noter également que la réalisation en cours de l'opération tiroir « cuisine relais » n'est pas reportable.

➔ **Incidence planning Niveau -1 :**

Démarrage du second œuvre des zones prévues :

Restructuration H	Niveau -1	avril 2017
-------------------	-----------	------------

Compte tenu que les zones concernées sont en construction un incident sur planning n'est pas évitable. Il convient d'aboutir très rapidement sur un nouveau plan d'aménagement de la zone, afin de minimiser l'impact sur le planning général.

Nous proposons de geler les travaux dans la zone endoscopie ainsi que dans les locaux techniques contenant les CTA de la zone en question. (Niveau -2 et Etage technique H)

Nota : Comme selon le planning initial la zone endoscopie ne sera pas mise en service à la fin de la phase 01 mais uniquement à la fin de la phase 03, nous avons demandées aux entreprises de ne pas équiper ce secteur en phase 01, ni de commander et positionner les CTA pour cette zone.

BLOC OPERATOIRE :

➔ Voir schéma d'aménagement ci-joint.

L'aménagement de l'extension du bloc opératoire ne fait pas partie de l'emprise de l'opération ERBC.

Les études abandonnées par la MOE concernant le bloc opératoire contenait un positionnement des salles d'opération prêt des secteurs ABCD du bloc opératoire existant.

Selon le schéma actuel souhaité les salles seront réalisées dans l'emprise du bâtiment H existant ou extension. Ceci est possible au niveau d'hauteur de niveau disponible ainsi que en respectant la structure porteuse du bâtiment existante et les éléments porteurs en cours de construction.

Par contre il convient d'adapter les réseaux gravitaires venant de l'étage RDC en dalle haut du niveau -1. Ils sont à disposer en conséquence de l'aménagement du bloc opératoire (Dégagement des pléniums dans l'emprise des salles).

Le projet d'extension du bloc opératoire impacte sur le zoning SSI, sur la position des circulations générales actuels et leurs réseaux de désenfumage prévue dans le cadre du projet ERBC.

Une adaptation des plans d'exécution des entreprises et des plans de synthèse sera nécessaire si ce scénario est retenu.

➔ Incidence planning :

La construction de l'extension du bloc opératoire (en dehors de la salle prévue dans l'emprise du bâtiment H existant) peut se réaliser uniquement après libération de la surface de l'opération tiroir « cuisine relais », en phase 3.

Nous proposons de geler les travaux de réseaux dalle haute niveau -1 hors zone cuisine relais en attente de votre décision, ainsi que les travaux dans la zone endoscopie.

L'impact sur le planning reste à évaluer.

PHASAGE :

Demande :

Occuper la totalité des surfaces du bâtiment H et C à la fin de la phase 01 avec leur utilisation finale.

Le déménagement des services venant du bâtiment principal bloc AD et C et de différents pavillons à la fin de la phase 01

Date : Vendredi 02 décembre 2016

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. 350-2016/LC/EF

Monsieur le Directeur Général

Agence de Santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens

CS 60050

97408 SAINT-DENIS cedex

Objet : *Opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central du site hospitalier de Saint-Pierre / demande d'inscription dans une procédure COPERMO investissements*

Monsieur le Directeur Général,

Comme suite à nos échanges, je vous confirme par la présente la demande du CHU de La Réunion d'inscrire l'opération de réhabilitation du bâtiment central de Saint-Pierre dans une procédure de COPERMO investissements, dans les suites du COPERMO performance du 13 décembre prochain au cours duquel le CHU présentera une proposition de trajectoire de retour à l'équilibre.

Il me semble en effet crucial pour l'avenir du CHU de pouvoir poursuivre l'opération d'investissement sur le site de Saint-Pierre et d'en sécuriser le financement. Comme vous le savez, cette opération a été prévue dans le cadre des engagements pris avant la création du CHU (protocole politique de juillet 2011 dans le cadre de la fusion), et inscrite dans le CPOM de l'établissement en février 2013 signé avec l'Agence de Santé Océan Indien.

Le bâtiment central de Saint-Pierre, dans son fonctionnement actuel, connaît des réserves de sécurité incendie reconnues par la commission de sécurité incendie, dont le dernier avis date du 12 août 2014, la détection de fumée ne couvrant pas l'ensemble des locaux.

Cette opération est également légitime au regard des conditions de vétusté et de non-conformité existantes actuellement sur le bâtiment central à Saint-Pierre et dans plusieurs pavillons de médecine concernés par l'opération. Cette situation a été pointée de façon précise dans le rapport de la HAS dans son rapport de certification issu de sa dernière visite, réalisée en 2012, sur critère « respect de la dignité et de l'intimité du patient », les conditions d'hospitalisation dans certains secteurs ne permettant pas ce respect et mettant aussi en difficultés les professionnels. Les experts de la HAS seront à nouveau en visite de certification au mois de février 2017 et risquent d'effectuer le même constat.

Concernant le calendrier de cette opération et de son démarrage, je vous confirme qu'à sa genèse, en 2009, ce projet a été accompagné par l'ARS-OI tout d'abord au niveau financier (Notification du 29 décembre 2011 de 1 M€ et fléchage FIR de 7,5M€ dans le cadre du CPOM), discuté au niveau politique (lettre signée par le Président du Conseil de surveillance du 6 février 2013 et sujet porté à l'ordre du jour de plusieurs conseils de surveillance depuis 2009) mais également au niveau technique au vu d'un programme et d'un calendrier qui ont évolué dans le cadre du dialogue régulier avec la communauté hospitalière du CHU.

Le CPOM intégrant l'opération bâtiment central a été signé par le CHU avec l'Agence le 25 février 2013. La Circulaire interministérielle DGOS/PF1/DSS/DGFIP/2013/271 du 5 juin 2013 a par la suite mis en place le comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers (COPERMO).

Je suis aussi conscient que la capacité à porter cette opération et à la voir réalisée sera la conséquence d'une mobilisation synergique et d'une vision conjointe du projet et de son évolutivité aux standards de prise en charge actuels et à venir entre l'ARS-OI et le CHU. Le projet médical sous-tendant cette opération a été pensé pour l'essentiel avant la création du CHU, et dans une logique territorialisée.

La communauté hospitalière est désormais prête à penser le fonctionnement du CHU globalement, à partir d'un projet fédérateur dépassant une approche de site. Cette stratégie médicale nouvelle, s'inscrivant dans les travaux d'élaboration du nouveau projet d'établissement d'ici la fin du premier semestre 2017, est portée dans la concertation entre équipes et disciplines, et permettra de mettre en avant des axes de modernisation majeurs du CHU autour du développement de l'ambulatoire (médecine et chirurgie), de l'amélioration des prises en charge.

L'opération s'inscrit dans une très légitime problématique d'évolution capacitaire et de densification du bâtiment central, cette démarche ayant vocation à s'inscrire dans des orientations discutées avec vos services. Dans le cadre de la récente demande du CGI, mes équipes travaillent sur un nouveau rapport socio-économique à vous présenter d'ici le 15 février 2017. Le premier rapport transmis a vocation à être revu à partir d'une vision partagée entre l'Agence et le CHU sur le projet, de nature à en assurer l'optimisation, d'en revoir l'ambition médicale intégrant un virage ambulatoire et une densification du bâtiment.

L'évolution du projet médical et du programme capacitaire qui le sous-tend est compatible avec le respect des ordres de services déjà transmis et une évolution significative des taux de médecine et chirurgie ambulatoire par rapport au projet initial. Le CHU s'engage donc dans une révision du programme fonctionnel de l'opération.

Le CHU sera en mesure de produire une évolution **détaillée activité par activité et service par service** dans le cadre de la réécriture du rapport socio-économique, avant le 15 février 2017. Cette rédaction qui implique la communauté médicale et soignante définira les activités éligibles à taux d'activité ambulatoire en forte hausse, réduisant mécaniquement les capacités en hospitalisation complète envisagées initialement. Ces évolutions pourraient être présentées de façon détaillée à un COPERMO Investissement en 2017, si le CHU passe avec succès l'étape du COPERMO performance de décembre, une trajectoire de retour à l'équilibre et une actualisation du PPI étant des prémisses incontournables.

Sur un plan **technique**, je me permets d'attirer votre attention sur les conséquences juridiques et financières d'un arrêt ou d'une suspension de l'opération.

- **L'hypothèse d'une décision d'arrêt de l'opération.**

L'opération s'appuie sur plusieurs marchés, le budget de l'opération est de 108 879 781 € TDC TTC. Tous les marchés de prestations et services sont notifiés, et leur exécution en cours.

En ce qui concerne les marchés de travaux, 13 marchés sur 15 sont notifiés (Tranches fermes conditionnelles). Les travaux ont commencé, seuls 2 lots de finition restant à notifier (signalétique et équipements biomédicaux) qui représentent moins de 1% de la masse des travaux. A la fin décembre 2016, les dépenses déjà réglées se monteront à 20 491 849 € TTC soit environ 19% du prévisionnel.

La décision d'arrêter l'opération se traduirait par la résiliation des marchés sans faute des titulaires, du fait du Maître de l'Ouvrage. Au niveau juridique, bien que la résiliation soit de plein droit, une charge de travail très importante sera à prévoir pour tenter de limiter le montant des réclamations indemnitaires (3 à 4 contentieux envisageables au minimum).

Dans le cas d'une décision d'arrêt de l'opération qui serait prise en décembre 2016, les conséquences financières seraient les suivantes :

- « perte sèche » des sommes déjà réglées soit 20 491 849 € TTC ;
- indemnisation des entreprises par rapport aux marchés en cours ;
- travaux à prévoir pour remettre les bâtiments et le site en sécurité (sur ce dernier point, il est difficile à ce stade d'en évaluer les coûts).

Le total des indemnisations probables est donc de 6 322 144 € au minimum. Au final dans le cas d'une résiliation unilatérale des marchés de l'opération pour motif d'intérêt général, les pertes pour le CHU agrègent les sommes dépensées par le CHU au titre de l'opération et des indemnisations à venir soit un total prévisible de 26 813 993 € (environ 25% du montant total).

- **L'hypothèse de la suspension de l'opération**

Bien qu'il soit très difficile de chiffrer précisément les effets financiers d'une interruption temporaire du chantier, elle peut être évaluée à un coût élevé du fait des conséquences suivantes :

- installations de chantier, stockage des commandes déjà réalisées ;
- mise au chômage des quelques 75 salariés concernés actuellement ;
- immobilisation partielle de la maîtrise d'œuvre et des prestataires intellectuels, (nouveau contrat de MOE pour la réalisation du programme souhaité...) dont le montant final serait en plus potentiellement aggravé par des incertitudes (contentieux, demandes d'indemnités, contractualisation de nouveaux avenants pour le redémarrage...).

Une estimation de l'ordre de 1 M€ par mois d'interruption semble réaliste d'autant que la période risquerait de se prolonger plus que prévu en raison des difficultés prévisibles à remobiliser les entreprises.

En outre, un risque juridique fort pèsera sur ce processus en raison de la remise en question du projet initial et nous atteindrons très rapidement les seuils évoqués avec toutes les conséquences dommageables qui en découleront (Travaux supplémentaires ingérables, demandes indemnitaires, surcoûts...).

Enfin, les conséquences financières d'une suspension de plus de 12 mois ou d'un arrêt définitif des travaux seront de l'ordre de 35 M€ à rembourser à l'Agence Française de Développement et 10,4 M€ à destination de la Caisse des Dépôts et Consignations, correspondants aux remboursements des emprunts contractés pour l'opération.

Au-delà des conséquences juridiques, techniques et financières d'un arrêt ou d'une suspension de l'opération, j'attire votre attention sur les conséquences qu'une telle décision ne manquerait pas à mon sens d'engendrer :

- managériales en premier lieu avec une probable rupture d'adhésion au projet porté par le CHU de La Réunion en soutien de l'ARS-OI. Cette décision ne serait probablement pas comprise des usagers et des professionnels du CHU du fait des conditions de fonctionnement très difficiles constatées sur le terrain dans la prise en charge des patients ;
- politiques également, cette opération ayant été portée et validée comme un des piliers et fondements mêmes de la création du CHU de La Réunion.

Dans l'attente de votre réponse à la demande d'inscription au COPERMO investissements de cette opération par le CHU, je me félicite d'avoir toujours pu échanger de façon constructive avec vous-même et vos équipes sur ce sujet, et je sais combien l'Agence de Santé Océan Indien est sensible à apporter tout son soutien à l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients du territoire Sud et de la population Réunionnaise et de Mayotte pour les disciplines de recours et de référence.

Me tenant à votre disposition sur ces éléments, convaincu de votre engagement pour porter cet investissement pertinent et du soutien précieux que vous apportez au CHU de La Réunion, je vous prie d'agrèer, **Monsieur le Directeur Général**, l'expression de mes salutations respectueuses.

Le Directeur général du CHU de La Réunion



Date : Mercredi 06 février 2013

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 49-2013/DG/EL

Objet : CPOM du CHU de La Réunion

Le Président du Conseil de Surveillance du CHU
à

Madame Chantal De SINGLY
Directrice Générale

Agence de santé Océan Indien
2 bis avenue Georges Brassens
97408 SAINT DENIS CEDEX

Madame la Directrice générale,

Je me permets de vous solliciter dans le cadre de l'achèvement des discussions en vue de la finalisation du projet de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) du CHU de La Réunion.

Je tenais, tout d'abord, à vous remercier pour la confirmation, dans ce cadre, du soutien apporté par l'Agence aux opérations d'investissements structurantes du CHU :

- Bâtiment de soins critiques (incluant la nouvelle plateforme 15-18) à Saint-Denis ;
- Réhabilitation et extension du bâtiment principal de Saint-Pierre
- Opération d'investissement sur le Tampon.

Je sais aussi quel a été votre engagement pour relayer les positions portées par le Conseil de surveillance du CHU sur le dossier, très important pour le développement du partenariat entre le CHU et le CH de Mayotte, du régime de tarification applicable aux patients assurés sociaux mahorais.

Je souhaitais également porter auprès de vous la satisfaction du Conseil de surveillance quant à l'insertion, que vous avez souhaitée, des dispositions du Projet Social du CHU dans le cadre de ce CPOM.

Vous pourrez compter sur ma vigilance et sur celle des membres du Conseil quant à l'effectivité des mesures mises en œuvre, démarche essentielle pour l'avenir des professionnels de l'établissement.

Dans ce contexte, le Conseil de surveillance qui s'est réuni le mardi 05 février 2013 a émis un avis favorable sur ce projet de CPOM.

Cependant, le Conseil a souhaité avant la finalisation de ce document, que soit porté à votre connaissance, plusieurs questions qu'il souhaite évoquer :

- D'un point de vue financier tout d'abord et s'agissant plus spécifiquement du chiffrage du différentiel sur les aides à la contractualisation (AC), les appréciations divergent à ce stade dans les échanges techniques entre l'Agence (chiffrage à 5.5 M€) et le CHU (3.2 M€). Il s'agit naturellement d'un point majeur au regard de l'enjeu financier en cause ;

- S'agissant de la prise en charge des patients en santé mentale, le Conseil de surveillance a souhaité que soient rappelées les demandes présentées par le CHU au mois de décembre dernier pour porter un certain nombre de projets d'amélioration de la qualité. La programmation prochaine d'une réunion d'arbitrage à votre niveau constituerait un signal apprécié, permettant notamment d'encourager les initiatives travaillées conjointement avec l'EPSMR ;
- Le Conseil de surveillance a fortement souligné la nécessité de pouvoir consolider les projets sur les sites extérieurs GHSR. De manière plus spécifique et au-delà du signal fort que vous avez d'ores et déjà bien voulu envoyer pour le site du Tampon, la construction d'un projet global pour Cilaos et l'affirmation d'une démarche d'excellence gériatrique à Saint-Joseph (pouvant inclure la construction d'un projet en gérontopsychiatrie), apparaissent prioritaires ;
- Quant à l'hôpital de Saint-Louis, comme vous le savez, la maternité de cet établissement a été transférée dans le nouveau pôle Femme Mère Enfant, en mai 2012 ;
- Le service de Médecine polyvalente sera quant à lui transféré sur l'hôpital de Saint-Pierre en 2017, lors de la mise en service de l'extension du bâtiment principal ;

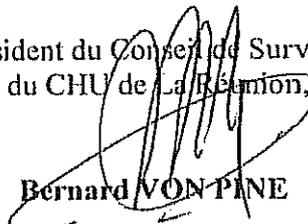
A terme l'hôpital de Saint-Louis pourra donc accueillir la consultation «douleur», ainsi que l'ensemble des activités du pôle de santé mentale, pour ce secteur :

- le CMP qui s'y trouve déjà, en améliorant les conditions de fonctionnement ;
 - les activités de pédopsychiatrie (CMPEA) ;
 - des solutions d'hébergement alternatives (appartements thérapeutiques) comme le préconise son chef de pôle, Monsieur le Docteur Laurent DENIZOT.
- De manière plus spécifique, le Conseil de surveillance a souligné son attachement au projet *Rapid Arc* dans le domaine de la cancérologie. Il s'agit, en effet, d'un projet très important pour la consolidation de l'excellence du CHU dans cette discipline et l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients.

Je vous remercie encore une fois pour l'attention que vous porterez à ces demandes, confirmant ainsi votre attachement à la construction du CHU de La Réunion.

Je vous prie d'agréer, *Madame la Directrice générale*, l'expression de ma considération distinguée.

Le Président du Conseil de Surveillance
du CHU de La Réunion,



Bernard VON PINE

Date : le vendredi 28 juin 2013

Christian ANASTASY

Directeur général

ANAP

23 avenue d'Italie

75013 PARIS

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 162-2013/DG/MP/EL

Objet : *Bilan du Contrat de Performance du CHU de la Réunion*

Monsieur le Directeur général,



Dans la perspective de notre COPIL de juillet, je souhaitais par la présente, et au-delà naturellement des éléments communiqués à l'Agence dans le cadre des travaux de capitalisation¹, vous apporter quelques éléments d'appréciation de la démarche CONTRAT PERFORMANCE engagée au CHU depuis octobre 2011.

De mon point de vue, les points positifs et les principaux résultats engrangés sont les suivants :

- *Piste 1 : "Qualité et Gestion des Risques"* : L'émergence d'un pôle médico-administratif à vocation transversale constitue une transformation importante à mettre au crédit du Contrat performance. Le contrat de ce pôle "inédit" sera par ailleurs signé fin juin 2013.
- *Piste 2 : "Ressources et Management"* : L'élaboration d'une charte du management et des relations professionnelles, la mise en œuvre d'actions de prévention de l'absentéisme pour maladie ordinaire, la production d'outils de pilotage communs aux deux sites (absentéisme, moyens de remplacement, effectifs...), la structuration d'un dialogue social dans une période de fusion constituent les principaux apports des travaux de cette piste.
- *Piste 3 : "Temps médical"* : La mise à plat des gardes et astreintes a été éclairante pour procéder à des ajustements et a eu aussi pour corollaire la régularisation des modalités de rémunération des internes (500 K€ d'économies en année pleine). La production d'un référentiel de gestion commun aux deux sites (quasi finalisé en juin) constitue aussi un socle de gestion précieux pour cette démarche qui aura naturellement à être consolidée au cours des prochains mois.

¹ Concernant les travaux de capitalisation, mes équipes ont finalisé les deux notes portant sur les pistes 6 et 9. Le traitement de la note de capitalisation de la piste 7 sera finalisé dans les prochaines semaines pour pouvoir intégrer les arbitrages très récemment intervenus sur les restructurations des unités de production alimentaire du CHU.

- *Piste 4 : "Projet médical"* : La structuration à l'échelle du CHU a généré une reconfiguration profonde des pôles : diminution du nombre de pôles et émergence de quatre pôles à vocation transversale qui contribuent concrètement à une plus grande intégration des deux sites que compte le CHU. La démarche « contrat de performance » a, par ailleurs, indéniablement irrigué, en 2012, la finalisation du projet d'établissement et la construction, avec l'Agence de santé Océan Indien, du CPOM du CHU.
- *Piste 5 : "Coopérations territoriales et développement de l'activité"* : Les actions visant à développer certaines de nos activités se sont soldées par une capture importante de recettes supplémentaires sur le périmètre retenu (dont notamment les cathétérismes en coronarographie et les endoscopies digestives). Outre ces résultats, les travaux ont, par ailleurs, significativement contribué à l'optimisation de nos activités ambulatoires. J'ajoute que la démarche « contrat de performance » a permis d'initier des dynamiques d'émulation positive et de capitalisation sur les meilleures pratiques : c'est le cas, en particulier, pour l'élévation du temps d'utilisation quotidien des blocs opératoires du CHU, mouvement qui aura bien sûr à être prolongé et amplifié.
- *Piste 6 : "Médicaments"* : Les travaux sur le circuit du médicament n'ont malheureusement pas généré tous les résultats attendus. Je retiendrai cependant le déploiement du plein/vide dans les services de soins, l'amorce d'une collaboration active entre les deux PUI pour acheter ensemble et activer ainsi un levier de massification (1 098 K€ d'économies attendus en année pleine sur les premiers appels d'offre) dans le cadre de l'unification de nos process achats. La juste prescription, telle que promue par la piste 6, reste un chantier prioritaire (dont les PCME se sont saisis) que nous investirons.
- *Piste 7 : "Approvisionnement"* : Outre les efforts des équipes pour maîtriser le coût du transit (2 M€ depuis 2010), je souhaite souligner l'engagement des deux sites dans des projets de réorganisation des UCPA en lien avec d'autres partenaires (établissement de santé et collectivité locale). Les travaux sur la blanchisserie, bien qu'attendus sur la piste 7, n'ont pas pu être menés à bien dans le délai du contrat de performance : l'expertise de solutions soutenables se traduisant par des gains d'efficacité et de qualité de service constituera une priorité pour les mois qui viennent.
- *Piste 8 : "Facturation"* : La réorganisation du processus de facturation sur les deux sites (urgences, PFME, externes, rattachement à la DGCG...) s'est traduite par des transformations importantes assorties de résultats quantitatifs qui dépassent nos prévisions (baisse du nombre de séjours non facturables, encaissement de recettes et réduction des délais de facturation...). Des marges importantes de progression subsistent sur la qualité du codage et le CHU accompagnera les efforts utiles pour avancer en ce sens.
- *Piste 9 : "Tenue du dossier patient"* : Au crédit de la démarche, je mettrais un pilotage serré des moyens de remplacement dévolus aux secrétariats médicaux, l'émergence de nouvelles modalités d'organisation dans certains secrétariats (frappe dédié, call center, regroupement des consultations...). Cependant, malgré des améliorations des scores IPAQSS, d'importants efforts restent à réaliser en matière de tenue des dossiers patients.

- *Piste 10 : "Immobilier"* : Je mettrais en exergue les économies de fonctionnement constatées sur le PFME du site sud et la mise en place d'un pilotage transversal des investissements.
- *Piste 11 : "Activités déficitaires"* : Pour finir, les travaux engagés sur certaines activités "isolées" se concrétisent notamment par une meilleure valorisation de l'activité médicale et une plus grande rigueur dans la prescription d'actes de biologie.

Outre ces résultats "piste par piste", je souhaite souligner le vecteur de changement induit par cette démarche pour rapprocher les équipes des deux sites dans le cadre de la fusion, le partage de pratiques entre les professionnels, la diffusion d'outils et de "réflexes" utiles à une meilleure efficacité de nos organisations, le développement de compétences sur les questions de performance dans nos équipes ainsi que la forte mobilisation des équipes sur ces sujets.

J'ajouterais par ailleurs que le format du contrat s'est révélé particulièrement adapté. Nous avons pu mesurer tout l'intérêt du travail en articulation très étroite avec l'ARS sur les sujets de performance et pu capitaliser sur l'aiguillon et les concours apportés par l'ANAP.

Le CPOM du CHU, signé le 25 février dernier avec l'ARS, a d'ores et déjà marqué l'intention d'une continuité de cette démarche de performance. Nous avons d'ores et déjà pris la décision d'installer d'une part un COPIL PERFORMANCE ARS/CHU qui agira en fonction d'un programme de travail (circuit de médicament, blocs opératoires, fonctions supports...) et d'insérer d'autre part dans tous les contrats de pôles une annexe "performance" comportant des objectifs précis pour les quatre années à venir.

Je serais naturellement reconnaissant à l'ANAP du concours qu'elle voudra bien continuer à apporter à ces travaux. En particulier, le CHU déposera, dans les prochains jours, une candidature au titre de l'appel à projets « gestion des lits » lancé par l'Agence. Cette démarche constitue un enjeu stratégique pour l'établissement.

Vous priant de bien vouloir remercier vos équipes pour tout le concours apporté dans le cadre de cette démarche « contrat de performance », je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, en l'expression de ma considération respectueuse.

Amities fidèles

Le Directeur Général

David GRUSON



Copie : Madame la Directrice générale de l'Agence de santé Océan Indien

Date : Mardi 29 avril 2014

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 81-2014/DG/LC/EL

V/Réf : Votre lettre en date du 6 mars 2014

Madame Chantal De SINGLY

Directrice Générale

Agence de santé Océan Indien

2 bis avenue Georges Brassens

97408 SAINT DENIS CEDEX

Objet : *Démarche de suivi et d'évaluation des CPOM –
Evaluation 2014*

Madame la Directrice Générale,

En réponse à votre lettre ci-dessus référencée et, conformément aux dispositions de l'article 3 du Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens qui prévoit un suivi annuel des engagements contractualisés dans le cadre du dialogue de gestion entre l'ARSOI et les établissements de santé sous la forme d'une revue annuelle, je vous prie de bien vouloir trouver, en pièce jointe, le bilan 2013 des objectifs inscrits dans les annexes du CPOM ci-dessous :

- Annexe 1 : Les orientations stratégiques
- Annexe 2 : Développer les coopérations territoriales
- Annexe 4 : Gestion du risque assurantiel
- Annexe 5 : Pilotage interne de l'établissement et de ses ressources
- Annexe 6 : Système d'information en santé, télémédecine et observation en santé
- Annexe 12 : Financement
- Annexe 13 : Les missions de Service Public
- Annexe 14 : Les reconnaissances contractuelles

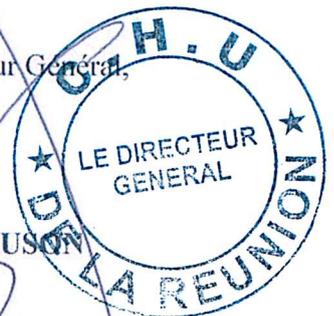
Je me tiens à votre disposition ainsi que l'équipe du CHU pour discuter de cette formalisation de ce premier point d'étape 2013 du CPOM.

Je vous prie de croire, **Madame la Directrice Générale**, en l'expression de mes salutations respectueuses.

*Merci de votre appui
à nos projets*

Le Directeur Général,

David GRUSON



CHU DE LA RÉUNION
DIRECTION GÉNÉRALE

11, rue de l'hôpital • 97 460 Saint-Paul

tél : 0262 35 95 40/41 • fax : 0262 49 53 47

mail : secretariat.dq@chu-reunion.fr • www.chu-reunion.fr

Demande d'analyse complémentaire du CHU concernant les prestations du groupe GBO

Par mail du 19 octobre 2016, l'IGAS interroge le CHU sur une demande d'analyses complémentaires sur les prestations du groupe GBO, suite à un premier ensemble d'éléments fournis par le CHU.

« Vous voudrez bien nous communiquer, par retour de mail, concernant les prestations du groupe GBO :

- le mode de mise en concurrence et le cahier des charges pour chaque contrat ;*
- les consultations effectuées ;*
- les propositions reçues ;*
- les analyses des offres ;*
- les productions du cabinet pour les contrats d'octobre 2015 (NE204008), mars 2016 (NE 230776) et avril 2016 (NE 232880). »*

1. Le groupe GBO s'est vu confier 3 missions successives par le CHU de La Réunion.

Les missions ont été confiées par bon de commande, sans organisation préalable d'une mise en concurrence.

- Mission confiée par bon de commande n°NE204008 du 1^{er} octobre 2015, pour un montant de 14.500 € HT.

Cette première mission a porté sur la surveillance de l'e-réputation du CHU et de la Direction. Les factures portent sur la période d'octobre 2015 à janvier 2016. La période d'exécution va jusqu'au 29 février 2016.

Elle a porté sur une revue de presse recensant les articles collectés et qualifiés sur les mots clés et thématiques de la veille médiatique du CHU et du GHER (détection d'articles contenant un mot-clé sensible), et l'envoi d'un courriel si le veilleur détecte un nouveau sujet qui pourrait potentiellement nuire à la réputation du CHU-GHER.

- Mission confiée par bon de commande n°NE 230776 du 17 mars 2016 pour un montant de 24.900 € HT.

La période d'exécution correspond au devis daté du 1^{er} mars 2016 et porte non seulement sur la mise en place d'une veille renforcée, mais également la mise à disposition d'un consultant, d'un sénior manager et d'un Directeur pour la mise en œuvre d'une interface avec les médias.

La période d'exécution va jusqu'au 31 mars 2016.

Au début du mois de février 2016, le CHU de la Réunion a souhaité mettre en place un dispositif de veille renforcée pour une période d'un mois, en complément de la prestation de veille stratégique.

Cette prestation de veille renforcée a été décidée afin de surveiller la couverture et la réception médiatique du départ de David Gruson du poste de directeur général du CHU-GHER et du mouvement "Tir Sa" du collectif militant "La Klarté" (épisode ayant eu un retentissement médiatique très fort autour de l'appellation d'un pavillon de psychiatrie dit « Maloya », et ayant déclenché une polémique à caractère identitaire et culturel sur les liens entre la santé mentale et une danse historique fortement associée à la libération de l'esclavage à la Réunion).

La veille renforcée consistait en :

- Une détection des sujets polémiques, alertes par mail du client et mise sous surveillance des sujets détectés
- Une mise sous surveillance des commentaires suites aux articles polémiques (sections commentaires des sites d'actualités, sur les réseaux sociaux, forums, ...)
- Une identification et une mise sous surveillance (compte sociaux, médias, ...) des détracteurs
- L'envoi de 3 reporting de crise par semaine

La veille renforcée a été mise en place jusqu'au 31 mars 2016.

Elle s'est traduite par un accompagnement dans les relations avec les médias avec pour objectif d'adoucir la coloration des articles de presse souvent très fortement négatifs sur cette période par une meilleure communication sur les actions du CHU.

Un dispositif composé de trois personnes a été mis en place pour accompagner le CHU.

Il s'agissait de passer d'un silence installé et mettre les médias en « stéréo », car ils n'avaient jusque-là que le son de cloche des détracteurs. Rapidement la couverture médiatique est passée de très négative à négative puis de négative à neutre

- Mission confiée par bon de commande n°NE 232880 du 6 avril 2016 pour un montant de 24.160 € HT confiée à l'Institut Régional veille et études du groupe GBO pour un montant de 24.160 € HT.

La période d'exécution s'échelonne du 1^{er} avril 2016 au 31 janvier 2017 et porte sur une mission de veille image et de mise en place d'une prestation de lobby dans le portage des dossiers FEDER du CHU.

Elle porte sur la collecte et l'analyse d'informations stratégiques visant à alimenter la stratégie du CHU dans la collecte des fonds européens.

Dans un contexte d'arbitrages sur la prochaine génération de fonds européens, une prestation ponctuelle complémentaire a été souhaitée par le CHU. Ce recours s'est déjà traduit par des arbitrages très positifs du CHU sur la génération 2014-2020 des Fonds structurels européens sur les parties recherche, coopération internationale et TIC notamment.

2. Plusieurs éléments justifient des recours successifs au groupe GBO sur une période rapprochée.

En premier lieu, le CHU n'a pas sollicité le groupe GBO de manière continue, mais à l'occasion de missions ponctuelles et de durée variable, dont la nature a évolué, alternant des missions de e-réputation de l'organisation et de la direction, de veille image, de lobby dans le portage des dossiers Feder, et des missions distinctes d'assistance par des consultants.

Cette variation résulte de l'expression de besoins différents de l'établissement, résultant de circonstances ponctuelles qui ne pouvaient pas être anticipées d'un bon de commande à l'autre, de sorte que le CHU ne pouvait anticiper la passation d'un marché plus global dès octobre 2015 ou en début d'année 2016.

Le rapport de prestations joint permet de pouvoir expliciter finement le caractère spécifique de chaque mission successive confiée au prestataire et au caractère non anticipable des bons de commande.

En deuxième lieu, le groupe GBO est sur l'île de La Réunion le seul opérateur en capacité de répondre au besoin de veille et de conseil spécialisé exprimé par le CHU. Or, en l'absence de concurrents, le juge administratif a déjà eu l'occasion de préciser que le pouvoir adjudicateur peut légalement décider que les marchés puissent être passés en l'absence de publicité et de mise en concurrence préalable, sans méconnaître les principes de liberté d'accès à la commande publique et d'égalité de traitement des candidats (CE, 28 janvier 2013, n°356670).

En troisième lieu, il convient de relever que pour les bons de commande délivrés sous l'empire du code des marchés publics (n°NE204008 du 1^{er} octobre 2015 et n°NE 230776 du 17 mars 2016), le pouvoir adjudicateur pouvait décider que le marché serait passer sans publicité ni mise en concurrence préalable si son montant estimé est inférieur à 25.000 € HT.

S'agissant du bon de commande n°NE 232880 du 6 avril 2016, ce marché a été engagé sous le régime de l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 et de son décret d'application n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, qui organisent un régime identique (article 30) en précisant que « *les acheteurs peuvent passer un marché public sans publicité ni mise en concurrence préalables (...) 8° pour les marchés publics répondant à un besoin dont la valeur estimée est inférieure à 25.000 € HT.* »

Lionel CALENGE

Directeur Général

Pièces jointes 12.1 à 12.6

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

Le 21 février 2017,

**A l'attention de Monsieur Alain LEMOINE
Trésorier du CHU de La Réunion**

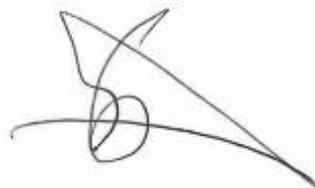
Objet : Constatations provisoires de l'IGAS sur l'application de la NBI au directeur général du CHU

Monsieur le Trésorier,

Lionel CALENCE, Directeur général du CHU de La Réunion, m'a indiqué que, dans le cadre de sa mission menée sur le CHU de La Réunion, l'IGAS a informé le CHU, à titre provisoire, d'une constatation selon laquelle le versement de la NBI au directeur général du CHU serait irrégulier. Cette NBI était perçue, antérieurement à ma prise de fonctions au sein de l'établissement, depuis le 30 novembre 2007, par le directeur général du CHR puis du CHU sur la base du décret n° 2005-931 du 2 août 2005. L'IGAS déduirait cette irrégularité de l'application de la réforme nationale portée par le décret n°2012-748 du 9 mai 2012 avec effet au 29 juillet 2009.

Je vous indique donc me tenir, dès à présent et sans attendre que les constatations de l'IGAS ne viennent à acquérir un caractère définitif, à votre disposition et à celle du directeur chargé des affaires financières du CHU que je me permets de mettre en copie de cette correspondance pour procéder au règlement du titre de recettes correspondant dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions réglementaires afférentes au remboursement de ce type de versement. Je vous communique mon nouveau mail (d.gruson@fhf.fr) ainsi que mes nouvelles coordonnées téléphoniques (01 44 06 84 40).

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



David GRUSON
Ancien directeur général du CHU de La Réunion

Copies :

Monsieur Lionel CALENCE, Directeur général du CHU de La Réunion

Monsieur Geoffroy CHARRIER, Directeur chargé des affaires financières du CHU de La Réunion

Date : Mardi 21 Février 2017

A l'attention de Monsieur Alain LEMOINE

Trésorier du CHU de La Réunion

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. :102 -2017/LC/JL/EF

Objet : *Constatations provisoires de l'IGAS sur l'application de la NBI au directeur général du CHU*

Monsieur le Trésorier,

Dans le cadre de sa mission menée sur le CHU de La Réunion, l'IGAS a informé le CHU, à titre provisoire, d'une constatation selon laquelle le versement de la NBI au directeur général du CHU serait irrégulier. Cette NBI était perçue, antérieurement à ma prise de fonctions au sein de l'établissement, depuis le 30 novembre 2007 par le directeur général du CHR puis du CHU sur la base du décret n° 2005-931 du 2 août 2005. L'IGAS déduit cette irrégularité de l'application de la réforme nationale portée par le décret n°2012-748 du 9 mai 2012 avec effet au 29 juillet 2009.

Je vous indique donc me tenir, dès à présent et sans attendre que les constatations de l'IGAS ne viennent à acquérir un caractère définitif, à votre disposition et à celle du directeur chargé des affaires financières du CHU que je me permets de mettre en copie de cette correspondance pour procéder au règlement du titre de recettes correspondant dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions réglementaires afférentes au remboursement de ce type de versement.

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

Le Directeur Général CHU-GHER



Lionel CALENGE

Copie :

-Monsieur Geoffroy CHARRIER, Directeur chargé des affaires financières du CHU de La Réunion

2 OBSERVATIONS DU DIRECTEUR GENERAL DE DE L'ARS-OI AU RAPPORT PROVISOIRE ET REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS

Observations de François Maury, directeur de l'ARS

Paragraphe 302

Contrairement à ce qui est écrit, la somme de 900 000 € ne correspond pas au coût de titularisations intervenant dans le cadre du plan social 2016 – 2018, récemment signé par la Direction Général du CHU. Dans le compte rendu de la réunion qui a eu lieu entre l'ARS et les organisations syndicales le

10 octobre (voir pièce jointe n°1), le DG de l'ARS exprime clairement sa différence de perception entre le plan social 2011 – 2015 qui avait été approuvé explicitement par l'ARS au travers un courrier de Mme de Singly (voir pièce 2), et celui négocié en 2016 sans aval de l'ARS. De fait, dans la suite de ce compte rendu, il évoque 176 titularisations qui correspondent au « solde » du premier plan social, repris dans une note du CHU portant sur l'intégration des CDD au CHU de la réunion depuis 2011 (voir pièce jointe n°3).

Par ailleurs, l'ARS n'a pas attribué une enveloppe de 900 000 € en compensation de ces titularisations, comme l'indique les notifications de crédits intervenues sur la fin de l'année 2016 (voir pièce jointe n°4 et n°5). D'ailleurs dans la pièce jointe n°1, le DG de l'ARS ne s'engage pas

explicitement sur un financement de ce surcoût : il se limite à considérer que la titularisation des 176 postes restant (soit environ 900 000 €) est une dépense incontournable à intégrer dans le dossier Copermo. Par ailleurs ces dépenses incontournables, devront être financées par le retour à une gestion saine. Ce point contredit par ailleurs la fin du paragraphe 59.

Réponse de la mission:

Les dernières phrases des paragraphes 59 et 302 seront supprimées.

Paragraphe 531

Il est à souligner que dès 2015, l'ARS a diagnostiqué la dégradation de la situation financière du CHU (voir pièce jointe n°6), et a cherché à partager ce diagnostic avec l'établissement. Par conséquent, et dans le contexte du plan triennal, il a été demandé à l'établissement de limiter la croissance de la masse salariale, selon un principe de décélération sur trois ans (3% en 2015, 2,5% en 2016 et 2% en 2017) – (voir pièce jointe n°7).

La mise en place de cette contrainte a suscité une réaction hostile du conseil de surveillance en août

2015, l'ARS a néanmoins rappelé à l'établissement la nécessité de maintenir les efforts (voir pièce jointe n°8).

Afin d'améliorer le suivi infra-annuel des dépenses des établissements, un partenariat opérationnel entre l'ARS et la DRFIP s'est mis en place dans le courant 2015. Il a abouti en 2016 sur la mise à disposition des agents de l'ARS de compte sur Oregon en juillet 2016 (pièce jointe 9).

Enfin, nous avons alerté la DGOS de la situation, demandant, alors que les critères comptables n'étaient pas encore réunis, de pouvoir obtenir l'examen de la situation de l'établissement devant le Copermo.

Pour autant, nous avons constaté que ces alertes n'ont pas permis d'infléchir l'évolution de la masse

salariale ; l'établissement finissant l'exercice 2015 avec une progression du titre 1 supérieure à 4,69%.

L'ARS a par ailleurs identifié dans le rapport socio-économique accompagnant le passage prévu du CHU au Copermo de janvier 2016 que l'établissement n'était pas mûr sur son diagnostic stratégique et organisationnel, et qu'il ne proposait pas de plan de retour à l'équilibre crédible (voir pièce jointe 11).

Début 2016, l'ARS en lien avec la DRFIP ; a exigé de la direction de l'établissement d'être transparente sur la réalité de la situation financière fin 2015, lui demandant de réintégrer des reprises de provisions injustifiées, portant le déficit de 12 à 20 millions d'€. Les comptes 2015 de l'établissement n'ont malgré tout pas pu être rectifiés en raison, notamment, d'une maturité insuffisante du contrôle interne (voir pièce jointe 12) et le commissaire aux comptes ne les a pas certifiés.

Ces constats et les difficultés à obtenir des infléchissements notables dans la gestion du CHU a amené l'ARS de solliciter explicitement la réalisation d'un audit de l'IGAS, pratique habituelle à l'occasion de la nomination d'un nouveau DG de CHU (voir pièce jointe 13).

Réponse de la mission:

Ces observations confirment les constatations de la mission.

Paragraphe 596

Le projet de restructuration du site Sud est sensible politiquement. Il correspond à un engagement pris par l'Etat au moment de la création du CHU (voir pièce jointe n°2). Il est de fait un point d'équilibre de la constitution du CHU.

La seule validation du principe de cette opération était effectivement actée dans le SRIS et dans le CPOM. Par ailleurs, l'établissement a bénéficié, hors passage au Copermo, des offres d'emprunts de la CDC et de l'AFD pour financer les opérations « Bâtiments Soins critiques » et « Restructuration du bâtiment central ».

Comme l'indique le rapport de contrôle dans son paragraphe 591, les responsables ont accéléré le processus d'engagement des travaux en 2015, sans en informer l'ARS. Le DG du CHU a transmis en date du 29 juillet 2015 une note à l'ARS (voir pièce jointe 14 et 14b) informant l'ARS que la consultation pour les marchés de travaux avait été lancés mi-juillet 2015. De fait, le retour de l'entretien du DG du CHU par la DG de l'ARS confirme « Sur le bâtiment St Pierre, le DG reconnaît qu'il ne nous a pas tenus informés» (voir pièce jointe n°15).

Or le lancement de la consultation, en juillet 2015, constitue un engagement significatif de l'établissement, dont la réversibilité ne pouvait être envisagée sans pénalité. Pourtant la situation financière était déjà appréciée comme préoccupante par l'ARS, comme l'indique la saisine du Copermo formulée septembre 2015.

Dans ce contexte, l'ARS a demandé à l'établissement, dans son courrier d'approbation de l'EPRD-PGFP (voir pièce jointe n°16), des garanties quant au redressement de sa situation financière, afin de ne pas remettre en cause les projets d'investissement. Il s'agissait d'une condition que l'établissement n'a pas satisfaite.

Au constat du silence de l'établissement et de la conjugaison de la dimension politique, réglementaire et financière de ce dossier, suivi également par la DGOS, l'ARS a notamment sollicité la réalisation rapide d'un audit de l'IGAS, pratique systématique à l'occasion de la nomination d'un nouveau DG de CHU (voir pièce jointe 13).

Par ailleurs, l'ARS s'est positionnée sur la problématique du financement de cet investissement. Elle a explicitement rejeté le PGFP en raison d'une trajectoire incompatible avec les investissements (voir pièce jointe n°17).

En octobre 2016, dans un courrier annexé au rapport, l'ARS a signifié à l'établissement qu'ayant engagé des travaux en l'absence d'une contre-expertise du CGI et de conditions levés sur les PGFP, il convenait de ramener l'opération de restructuration du site Sud dans la légalité.

En outre, l'ARS a demandé à l'établissement de travailler sur un nouveau programme fonctionnel qui prenne en compte certaines critiques également formulées par l'IGAS lors de l'audit, et profitant de la trêve des travaux estivales à la Réunion, a mobilisé un expert identifié par l'ANAP, afin qu'il confirme si ce nouveau programme fonctionnel pouvait être fondu dans les marchés de travaux en cours, sans indemnité et en restant sur la même enveloppe d'investissement. Dans son rapport, il répond positivement à cette question.

Au final, des améliorations significatives ont été apportées au programme fonctionnel initial, avec notamment un virage ambulatoire plus favorable à l'établissement, et un phasage permettant à l'établissement de réaliser des économies d'exploitation et d'investissement (voir pièce jointe n°18, 18b, 18c).

Réponse de la mission:

La mission prend note de ces observations qui convergent avec ses propres constats.

3 OBSERVATIONS DE CHANTAL DE SINGLY, ANCIENNE DG DE L'ARS-OI ET REPONSES DE LA MISSION AUX OBSERVATIONS

Observations de Chantal de Singly, ancienne DG de l'ARS

« §26 : Créé en 2007 le CHR qui installait une direction commune pour les deux établissements le Centre Hospitalier Felix Guyon, et le Groupe Hospitalier Sud Réunion, devait préparer la création du CHU à horizon 2011. Parallèlement l'université de La Réunion créait une UFR santé en 2010 à cette fin. En 2010, au moment de l'installation de l'ARS, la fusion n'était pas prête ; le CHR proposa alors que le CHU se crée par convention entre un GCS d'activité médicale et l'université de la Réunion. Outre l'étranglement du périmètre envisagé pour le GCS (Pièces n°1 et 2), la solution risquait de maintenir durablement les deux établissements dans leur personnalité juridique propre et des fonctionnements séparés. Cette proposition fut rejetée par l'ARS et par la DGOS. La question fut posée de retarder l'échéance de la fusion de 4 années supplémentaires. Mais après discussions au niveau régional et national, il fut décidé d'aboutir à une fusion en 2011 en acceptant une période transitoire de 4 ans pendant laquelle seraient maintenues des instances de site préparant les débats des instances proprement dites du CHU. Cette période devait permettre de construire un projet

médical et de soins pour le CHU et de préparer pour le 1^{er} janvier 2016 un fonctionnement complètement unifié. Le « protocole d'accord relatif à la fusion du CHFD et du GHSR dans le cadre de la création du CHU de La Réunion », que l'ARS et la DGOS ont jugé acceptable fait partie des engagements pris pour rendre possible la fusion. Sans ce protocole, et les engagements qu'il comporte, la fusion ne se serait pas faite. Ecrire que le contenu du protocole a « enrayé la fusion » me semble de ce fait inexact. »

Réponse de la mission :

Ces observations ne répondent pas expressément au contenu du paragraphe 26. La mission a écrit que «Le processus de fusion a été enrayé» et que « les protocoles ont figé le CHU ».

Recommandation n°2 : cette implantation de la direction générale du futur CHU sur un site hospitalier a fait l'objet dès 2011 d'une position très claire de l'ARS à laquelle le directeur général du CHR a répondu par la négative tout aussi clairement (Pièce n°3).

Réponse de la mission :

La mission prend acte de la position de l'ARS qui conforte la pertinence de la recommandation.

« §139 : Comme l'analyse très bien la mission (notamment au paragraphe 328) , la présentation des comptes faite par la direction du CHU n'a pas permis de repérer assez tôt la dégradation de la situation financière. Pour ma part au vu des éléments qui m'ont été transmis, je n'ai pas identifié avant le deuxième semestre 2014, une situation porteuse de telles dérives. La notion d' « indulgence » n'est donc pas celle qui correspond à ma perception du positionnement de la tutelle. »

Réponse de la mission :

En regard du contenu du paragraphe 139, ces observations sont partielles dans la mesure où les constats de la mission ne portent pas que sur les aspects budgétaires. La mission relève toutefois la convergence de vue sur le contenu du paragraphe 328.

« §140 : La fusion des deux établissements était une opération difficile, elle pouvait rendre la gestion sociale risquée ; l'ARS en avait en effet conscience et y veillait. Cependant au vu des informations portées à ma connaissance, je n'ai pas repéré pendant les deux premières années de fonctionnement du CHU des éléments qui auraient appelé une réaction de la part de l'ARS différente de celle qu'elle a adoptée. »

Réponse de la mission :

Ces observations n'appellent pas de modification du contenu de ce paragraphe.

« §275 : Concernant le temps médical disponible pour l'hôpital il faut observer que la faiblesse du nombre de postes de médecins hospitalo-universitaires a eu un impact sur le temps hospitalier. En effet les médecins hospitaliers consacraient un temps de ce fait plus important aux activités d'enseignement que leurs confrères dans d'autres CHU. L'ouverture de la deuxième puis de la

troisième année d'enseignement médical ont pesé sur le temps médical hospitalier disponible ».

Réponse de la mission :

Cette observation n'invalide pas les constats opérés par la mission dans ce paragraphe qui se contente d'évaluer l'évolution des effectifs.

**4 OBSERVATIONS DE DAVID
GRUSON, ANCIEN DIRECTEUR
GENERAL DU CHU DE LA REUNION,
AU RAPPORT PROVISOIRE ET
REPONSES DE LA MISSION**

**4.1 COURRIER DU 17 MARS 2017,
PIECES JOINTES ET REPONSES DE LA
MISSION**

Le 17 mars 2017,

**A l'attention de Messieurs Claude DAGORN,
Jean-Robert JOURDAN, Angel PIQUEMAL**

Inspecteurs généraux de l'IGAS

Objet : Eléments en vue de notre entretien de ce 30 mars dans le cadre de vos diligences relatives au CHU de La Réunion

Messieurs les Inspecteurs généraux,

Vous avez bien voulu me proposer une rencontre ce 30 mars à 9h30 et vous me proposez de vous transmettre en amont de premiers éléments écrits.

Dans cette perspective, je vous rappelle le cadre attendu pour cet échange tel que précisé dans la lettre adressée le 3 mars dernier à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé. Par cette lettre, j'ai eu l'honneur de demander:

- D'une part, à pouvoir être entendu afin qu'il puisse être procédé à la révision du rapport d'évaluation;
- D'autre part, la suspension en l'état de la procédure de contrôle avant, le cas échéant, son réengagement dans un cadre renouvelé conforme aux principes généraux du droit, ce qui supposerait alors naturellement la mise en place d'un nouvel échange préalable à l'établissement d'un nouveau rapport provisoire à transmettre ultérieurement pour contradiction.

A défaut de réponse reçue, à ce stade, à cette lettre, je considère donc que notre rencontre de ce 30 mars permettra de vous apporter les éléments d'information permettant la révision du rapport d'évaluation.

Dans cette perspective, vous trouverez, en pièce jointe à cette lettre, de premiers éléments utiles à la mise en œuvre de cette révision.

Ce rapport d'évaluation, dont je regrette une nouvelle fois qu'il ait été rendu public sans que les règles du contradictoire n'aient été respectées, fait, en effet, état de constatations manifestement inexactes. Il m'impute notamment la décision d'engager, de ma propre initiative, des opérations d'investissements lourds alors que celles-ci, prévues dans le cadre du contrat

pluriannuel d'objectifs et de moyens signé début 2013 avec l'ARS Océan Indien, ont vu la confirmation de leur engagement hors la procédure du COPERMO explicitement confirmé par le Directeur général de l'offre de soins le 6 novembre 2013 dans le cadre de l'instruction des prêts bonifiés AFD et des prêts sur fonds d'épargne de la CDC. Je vous prie donc de bien vouloir trouver ci-joints la lettre de saisine retraçant les précédents échanges avec l'ARS et le ministère ainsi que le courrier électronique du Directeur général de l'Offre de soins (Pièces jointes A).

En outre, ce rapport d'évaluation évoque les indexations jugées irrégulières de certains régimes indemnitaires: ce constat concernant l'ensemble des établissements hospitaliers ultra marins, j'avais saisi le ministère de la Santé de ce point précis dès la formulation de cette constatation dans le rapport rendu par la Chambre régionale des comptes à l'automne 2014. Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joints la lettre de saisine de la direction générale de l'offre de soins sur ce dossier ainsi que le courrier qui avait informé le personnel du CHU de La Réunion de cette démarche (Pièces jointes B).

J'ajoute que le contenu de ce rapport s'avère, de mon point de vue, très partiel. Il n'évoque pas, en particulier, les effets pour le CHU de la mission de redressement du Groupe hospitalier Est Réunion qui m'a été confié par le ministère de la Santé au 1er janvier 2014. Le rapport minore également les effets du soutien apporté à Mayotte sur le cycle de gestion du CHU. De manière plus large, ce document n'accorde qu'une très faible place au contexte d'exercice du CHU de La Réunion dans l'environnement Réunion-Mayotte et Océan Indien et n'évoque pas la structuration du groupement hospitalier de territoire Océan Indien.

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Inspecteurs généraux, l'expression de ma considération distinguée.


David GRUSON
Ancien directeur général du CHU de La Réunion

Copie: Monsieur Pierre BOISSIER, Chef de l'IGAS

Réponse de la mission :

La mission rappelle que le rapport ne rend pas compte d'une évaluation générale de l'établissement mais d'un contrôle du CHU dont le champ est défini par la lettre de mission de la Ministre. Les liens du CHU avec d'autres établissements ou groupements constitués et avec son environnement régional ne figurent pas dans les champs du contrôle.

Sur les observations concernant l'opération d'investissement sur le bâtiment central du site Sud :

L'ancien directeur général du CHU ne produit aucune pièce prouvant qu'une autorisation de lancement des travaux ait été formellement accordée par l'ARS ou la DGOS. L'ARS confirme supra n'avoir pas été informée du lancement de l'appel d'offres. La pièce produite (courrier du 10 octobre 2013 du DG du CHU au DG de la DGOS) porte sur la recherche d'un financement, est conditionnée par une capacité d'autofinancement nette de 25 M€ que l'établissement n'a pas été en mesure de maintenir et concerne une opération dont le coût estimé à 89 M€ en 2013 a atteint 109 M€ en 2015. De plus, la mission rappelle les dispositions de l'article 17 de la loi n° 2012-1558 de programmation des finances publiques du 31/12/2012 et du décret n°2013-1211 du 23/12/2013 qui conditionnent l'engagement de travaux de cette importance à la production d'une analyse socio-économique, et, pour l'une des opérations, à une contre-expertise.

Sur les suites données au rapport de la CRC

La mission constate que les recommandations de la CRC n'ont pas été suivies et qu'il relevait de la responsabilité de l'ordonnateur de les mettre en œuvre.

Concernant l'indexation de certaines primes et indemnités, la mission conteste les affirmations selon lesquelles cette observation s'applique à l'ensemble des hôpitaux des DOM ; les CHU de la Guadeloupe et de la Martinique n'indexent pas ces primes et indemnités.

Pièces jointes A



Date : Jeudi 10 octobre 2013
Direction des Finances
& du Contrôle de Gestion

Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Directeur Général de la DGOS
14, avenue Duquesne
75350 Paris SP 07

RÉF. DFCG/DG/BM/81/2013

Affaire suivie par Bertrand MICHEL,
Directeur Adjoint
bertrand.michel@chu-reunion.fr

Objet :

Eligibilité du CHU de la Réunion au dispositif
de financement sur fonds d'épargne de la
CDC

Monsieur Le Directeur Général,

Le CHU de La Réunion présente un plan pluriannuel d'investissement de 382 M€ sur la période 2012-2019. Ce PPI recense les besoins d'investissement incompressibles à réaliser sur les 7 prochaines années et « finançables » par le CHU sous conditions de reconduction des financements alloués dans le CPOM et de préservation de la marge brute.

L'Agence de santé de l'Océan Indien a notamment confirmé, dans le CPOM signé le 25 février dernier, son soutien aux trois opérations principales du CHU : projet Bâtiment de soins critiques et plateforme commune 15-18 de Saint-Denis (55 M€) ; requalification et extension du bâtiment principal de Saint-Pierre (89 M€) ; opération neuro-rééducation et Alzheimer sur le site du Tampon (14 M€).

Le financement du PPI incompressible est aujourd'hui assuré par une CAF nette prévisionnelle de 25M€ en moyenne sur les prochaines années mais doit encore être consolidé par un recours à l'emprunt. Nos deux principaux partenaires financiers que sont l'Agence Française de Développement et la Caisse des Dépôts et Consignations sont prêts à nous accompagner sur ces projets :

- l'AFD a diligencé en juin 2013 une mission d'analyse des risques pour définir sa capacité d'accompagnement du CHU sur ses projets structurants en fonction de la soutenabilité financière du PPI présenté et suite à cette mission, poursuivra l'accompagnement du CHU sur les prochaines années ;
- la CDC est prête à contractualiser dès 2013 pour les 5 prochaines années pour assurer le financement des opérations structurantes du CHU sur le dispositif sur fonds d'épargne. En revanche, pour être éligible à ce financement, les projets supérieurs à 50 M€ doivent, en principe, faire l'objet d'une validation du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'Offre de soins (COPERMO) ou d'un accord de la DGOS.



Aussi, ces opérations n'étant pas présentées au COPERMO, afin de pouvoir assurer leur financement, j'ai l'honneur de solliciter votre accord pour rendre éligible au dispositif de financement de la CDC les deux opérations principales du CHU : le Bâtiment des Soins Critiques de St-Denis (55 M€) et la requalification et extension du Bâtiment Central de St-Pierre (89 M€).

Je vous remercie de l'attention que vous saurez porter à cette demande et dans l'attente d'une suite favorable, je vous prie de croire, **Monsieur Le Directeur Général**, à l'expression de ma considération distinguée.

Merci pour votre soutien

Le Directeur Général du CHU,
David GRUSON

De : Jean.DEBEAUPUIS@sante.gouv.fr [mailto:Jean.DEBEAUPUIS@sante.gouv.fr]

Envoyé : Wednesday, November 06, 2013 03:56 PM Romance Standard Time

À : Camau, Olivier

Cc : Chantai.DESINGLY@ars.sante.fr <Chantai.DESINGLY@ars.sante.fr>; Yannick.LEGUEN@sante.gouv.fr <Yannick.LEGUEN@sante.gouv.fr>; Flaus, Jean-Charles; Hugo.GILARD@sante.gouv.fr <Hugo.GILARD@sante.gouv.fr>; Claire.BOUINOT@sante.gouv.fr <Claire.BOUINOT@sante.gouv.fr>; Yann.LEOUET@sante.gouv.fr <Yann.LEOUET@sante.gouv.fr>; Yann.LHOMME@sante.gouv.fr <Yann.LHOMME@sante.gouv.fr>

Objet : Eligibilité du CHU de La Réunion à l'enveloppe de prêts CDC

Monsieur le directeur,

Le directeur général du CHU de la Réunion souhaiterait bénéficier de l'enveloppe de prêts sur fonds d'épargne de la CDC pour financer les deux opérations d'investissement majeures de l'établissement, à savoir le bâtiment des soins critiques de Saint-Denis et la requalification et extension du bâtiment central de Saint Pierre.

Ces deux projets d'investissement ont été validés par l'ARS dans le cadre du CPOM signé le 25 février 2013. Les opérations sont aujourd'hui au stade respectivement du DCE et de l'APD.

Ces opérations sont déjà bien engagées. Leur plan de financement ne prévoyant pas d'accompagnement financier par le niveau national, il n'est pas prévu de les examiner en Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

Je vous confirme que ces deux opérations peuvent être intégrées à la liste des projets d'investissement éligibles au dispositif de financement sur fonds d'épargne de la CDC.

Bien cordialement,

Jean Debeaupuis

Directeur général de l'offre de soins

Ministère de la santé

Pièces jointes B



Date : le 25 septembre 2014

DIRECTION GÉNÉRALE
RÉF. : 251-2014/DG/LS/AP

Le Directeur Général de l'offre de soins
Sous-direction des ressources humaines du
Système de santé (RH2S)
Ministère des affaires sociales, de la santé et des
droits des femmes
14 avenue Duquesne
75350 PARIS CEDEX SP 07

A l'attention de Madame Michèle LENOIR-SALFATI

Sous-directrice par intérim

Objet : *rapport d'observations définitives de la Chambre
régionale des comptes de la Réunion concernant les dépenses
des personnels du CHU de La Réunion*

Monsieur le Directeur Général,

Je me permets de vous saisir pour un avis juridique concernant certains dispositifs de rémunération pour les personnels médicaux et non médicaux, considérés comme irréguliers dans un rapport rendu par la Chambre régionale des comptes (CRC) de La Réunion en matière de gestion des ressources humaines du CHU de La Réunion. Vous trouverez, joints à cette présente lettre, l'intégralité du rapport de la CRC ainsi que la réponse que j'ai adressée à la Chambre.

Le rapport de la CRC porte :

- Pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2012, sur le Centre hospitalier départemental Félix Guyon et le Groupe hospitalier Sud Réunion ;
- Et, depuis le 1^{er} janvier 2012, sur le CHU de La Réunion.

Ce rapport a été discuté dans les instances du CHU de La Réunion, et débattu en son Conseil de surveillance le 24 septembre 2014.

La Chambre régionale des comptes considère que sont irréguliers les dispositifs de rémunération suivants mis en œuvre par l'établissement :

- S'agissant du personnel médical, la Chambre met en question la base légale pour le versement de la surrémunération au cours des congés bonifiés (page 27 du rapport) ;
-
- S'agissant du personnel non médical, la CRC considère qu'est irrégulière l'indexation de la prime de service et de plusieurs autres régimes indemnitaires (pages 30 à 33 du rapport).

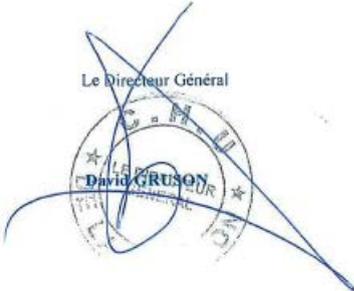
Je me permets de vous solliciter afin de recueillir vos points de vue sur les suites à donner à cette appréciation en droit formulée par la CRC. Il s'agit de questions juridiques ne concernant pas spécifiquement le CHU de La Réunion mais se posant pour l'ensemble des établissements hospitaliers mettant en œuvre ces modalités de prise en compte de l'indexation et de traitement des congés bonifiés.

CHU DE LA RÉUNION
DIRECTION GÉNÉRALE
11, rue de l'hôpital • 97 460 Saint-Paul
tél : 0262 35 95 40/41 • fax : 0262 49 53 47
mail : secretariat.dg@chu-reunion.fr • www.chu-reunion.fr

Vous remerciant de votre analyse juridique, le CHU de La Réunion se tient à votre entière disposition pour vous apporter tout complément d'information nécessaire à l'instruction de ce dossier.

Je vous prie de croire, *Monsieur le Directeur Général*, en l'assurance de mes salutations respectueuses et dévouées.

Le Directeur Général



Copies à :

- Madame Chantal de SINGLY, Directrice Générale de l'ARS-OI
- Monsieur Pierre GAILLON, Trésorier du CHU de La Réunion
- Monsieur Bernard VON PINE, Président du Conseil de surveillance du CHU de La Réunion
- Monsieur Arnaud MOREL, Secrétaire Général du CHU de La Réunion
- Monsieur Pierre BERGER, Directeur des sites du GHSR
- Madame Suzanne COSIALS, Directrice du site Félix Guyon
- Monsieur Frédo DARTY, Directeur des Ressources Humaines - site GHSR
- Monsieur Philippe CONY, Directeur des Ressources Humaines par intérim – site Félix Guyon
- Madame Hélène COURDENT, Directrice des Affaires Médicales du CHU de La Réunion

CHU DE LA RÉUNION
DIRECTION GÉNÉRALE
11, rue de l'hôpital • 97 460 Saint-Paul
tél : 0262 35 95 40/41 • fax : 0262 49 53 47
mail : secretariat.dn@chu-reunion.fr • www.chu-reunion.fr



Date : le Mercredi 24 septembre 2014

A l'attention des professionnels du CHU de La Réunion

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 249-2014/DG/EL

Chers collègues du Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion,

J'attache de l'importance, comme vous le savez, avec l'équipe de direction, à vous tenir informés des moments importants de la vie de notre jeune CHU.

C'est pourquoi, j'ai souhaité m'adresser à vous pour vous informer plus particulièrement de trois sujets significatifs concernant la gestion des ressources humaines de l'établissement et présentés cette semaine aux instances du CHU. J'ai considéré qu'il y avait sur ces trois questions un devoir tout à la fois d'information et d'explications auprès de vous.

Le premier sujet concerne la **politique de formation et de promotion professionnelle des agents hospitaliers**. Les partenaires sociaux du CHU m'ont fortement sensibilisé aux risques de fragilisation de cette politique liés à un projet de changement du mode d'indemnisation des stages faisant suite à une décision du bureau national de l'Association nationale pour la formation des hospitaliers (ANFH). La Commission de soins (CSIRMT), le Comité technique d'établissement (CTE) ont fait part de leur préoccupation à ce sujet. Bernard VON PINE, Président du Conseil de surveillance du CHU, a également pris ce matin l'initiative d'une motion de ce Conseil rappelant toute la nécessité de préserver cette politique essentielle au développement des carrières de nos collègues. Avec nos représentants dans les instances de l'ANFH, nous poursuivons le dialogue dans les prochains jours avec l'ANFH nationale pour garantir la continuité de dispositifs dont chacun reconnaît l'intérêt et l'efficacité pour les professionnels hospitaliers.

Le deuxième sujet porte sur le **rapport rendu par la Chambre régionale des comptes (CRC) en matière de gestion des ressources humaines** et sur les suites que nous aurions à y donner.

Vous trouverez, joints à cette présente lettre, l'intégralité du rapport de la CRC ainsi que la réponse que j'ai adressée à la Chambre. Encore une fois, cette communication aux professionnels du CHU, en dépit de la technicité de ce type de documents, me semble relever d'une exigence simple d'information.

Comme vous le savez, les CRC contrôlent, à échéances régulières, la gestion des collectivités et hôpitaux publics ; il s'agit d'un contrôle portant tout à la fois sur la régularité et le bon emploi des deniers publics. C'est ce qu'a fait la CRC de La Réunion en contrôlant la gestion des ressources humaines de notre établissement : son rapport porte, pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2012, sur le Centre hospitalier départemental Félix Guyon et le Groupe hospitalier Sud Réunion et, depuis le 1^{er} janvier 2012, sur le Centre hospitalier universitaire de La Réunion (issu de la fusion des deux établissements précités).

CHU DE LA RÉUNION
DIRECTION GÉNÉRALE
11, rue de l'hôpital • 97 400 Saint-Paul
tél : 0262 35 95 40/41 • fax : 0262 49 53 47
mail : secretariat.dg@chu-reunion.fr • www.chu-reunion.fr



S'agissant des orientations générales à donner à la politique de gestion des ressources humaines, la Chambre appelle de ses vœux la poursuite et l'amplification du mouvement d'harmonisation à l'échelle du CHU en constatant la persistance d'écarts entre les pratiques sur les deux principaux sites. Cette orientation donnée par la CRC va naturellement dans le bon sens pour autant que nous conservions – et c'est à mon sens une nécessité forte – la **période de transition de quatre ans** (prévue par le protocole préalable à la création du CHU et signée par la grande majorité des partenaires sociaux). Cette phase de transition (prévue jusqu'au 31 décembre 2015) constitue un impératif pour nous permettre de continuer à procéder progressivement et dans la sérénité à l'harmonisation de nos règles de gestion des ressources humaines. La CRC donne acte à l'établissement d'un certain nombre de changements d'ores et déjà opérés. Je me suis engagé, avec les partenaires sociaux membres de la commission de suivi du projet social, à ce que nous définissions, d'ici au début de l'année 2015, un calendrier opérationnel pour guider la suite de nos travaux. Je sais notamment que la question de l'harmonisation des dates des concours entre les deux principaux sites du CHU aura à être traitée en priorité.

La Chambre régionale des comptes se prononce, en outre, sur la **régularité de plusieurs dispositifs de rémunération et régimes indemnitaires du CHU**. Cette appréciation en droit par une juridiction financière s'avère naturellement importante pour déterminer la capacité d'action de l'ordonnateur des dépenses de l'établissement (qui est le directeur) et pour l'exercice – préalable au paiement de ces dépenses – du contrôle de régularité exercé par le trésorier, comptable public.

De ce point de vue, la CRC constate que le CHU s'est d'ores et déjà mis en conformité avec la réglementation sur plusieurs types de régimes indemnitaires pour lesquels des interrogations antérieures avaient été émises. Cependant, la Chambre considère que sont irréguliers d'autres dispositifs mis en œuvre par l'établissement :

- S'agissant du personnel médical, la Chambre met en question la base légale pour le versement de la surrémunération au cours des congés bonifiés. Ce versement représente un montant annuel global de l'ordre de 300 000€ pour le CHU ;
- S'agissant du personnel non médical, la CRC considère qu'est irrégulière l'indexation de la prime de service et de plusieurs autres régimes indemnitaires. S'agissant de la prime de service (versées aux personnels stagiaires et titulaires), la prise en compte de cette indexation représente un montant annuel moyen par agent de l'ordre de 150 à 200€. Cette indexation de la prime de service représente un montant annuel global de l'ordre de 800 000€ pour le CHU.

Je précise que l'appréciation de la CRC sur ces irrégularités porte aussi bien pour le CHD Félix Guyon et le GHSR pour la période antérieure au 1^{er} janvier 2012 que pour le CHU de La Réunion pour la période postérieure à cette date.

J'aurai bien sûr à cœur de saisir de ces questions nos autorités de tutelle régionale et nationale (ARS et ministère de la Santé) pour recueillir leurs points de vue sur les suites à donner à cette appréciation en droit formulée par la CRC. Il s'agit, en effet, de questions juridiques ne concernant pas spécifiquement le CHU de La Réunion mais se posant pour l'ensemble des établissements hospitaliers mettant en œuvre ces modalités de prise en compte de l'indexation et de traitement des congés bonifiés.

Je tenais, pour autant, à vous faire part dès à présent des orientations qu'il me semblerait logique et juste de suivre si le point de vue de nos tutelles répondait à celui exprimé par la CRC. Cette nécessité d'anticipation et de précaution est d'autant plus grande que le trésorier – indépendant de la direction de l'établissement et relevant de l'autorité hiérarchique du ministère des finances – peut décider d'interrompre à



tout moment le versement de régimes indemnitaires et dispositifs de rémunération considérés comme illégaux par la CRC.

C'est pourquoi, je voulais exprimer dès à présent auprès de vous trois principes essentiels à suivre si nous devons procéder à la mise en conformité de ces régimes :

1/ Toute application rétroactive pour une telle mise en conformité me semble devoir être écartée. Peut-être cohérente en droit avec l'appréciation de la CRC, toute idée de rétroactivité ne me semble pas envisageable en pratique : il serait, en effet, injuste de solliciter le reversement d'indemnités anciennes à des professionnels qui ne sont strictement pour rien dans le constat de cette irrégularité. Si une mise en conformité devait être mise en œuvre, elle ne pourrait, à mon sens, être opérée que pour l'avenir à compter du 1^{er} janvier 2015 ;

2/ Les marges de manœuvre éventuellement réalisées du fait de la mise en conformité de ces régimes auraient à être réinjectées pour la mise en œuvre des objectifs de notre politique de gestion des ressources humaines :

- S'agissant du personnel médical, les 300 000€ évoqués plus haut pourraient être réalloués à la **mobilisation de temps médicaux complémentaires au sein des pôles** (rendus nécessaires notamment par la montée en puissance de nos missions d'enseignement et de recherche) ou à la poursuite de la **montée en charge du nombre de nos internes** (que le CHU soutient avec force malgré les contraintes budgétaires et dont la CRC reconnaît elle-même la nécessité). J'ajoute que ces moyens pourraient aussi, le cas échéant, être mobilisés pour faciliter le déblocage de recrutements médicaux dans des **spécialités à recrutement difficile** au niveau national et au niveau local (je pense, par exemple, à l'imagerie). Il est, en effet, nécessaire de ne pas amoindrir l'attractivité médicale de notre CHU qui dispose aujourd'hui de l'un des taux d'emplois médicaux vacants les plus faibles au niveau national ;

- S'agissant du personnel non médical, la marge de manœuvre dégagée par la mise en conformité de ces régimes pourrait être réallouée à la **mise en œuvre de la démarche forte de stagiairisations et de titularisations** prévue par le projet social du CHU. Cette démarche – qui bénéficie à nos collègues disposant de deux années d'ancienneté à temps plein – a permis de procéder à plus d'un millier de stagiairisations en trois ans (plus de 600 sur le site Sud et plus de 400 sur le Site Nord), ce qui, a fortiori dans un contexte budgétaire contraint, est un effort sans équivalent au niveau national. Or, le terme de cette démarche est, en l'état, prévu au 31 décembre 2015 par le projet social du CHU. Je suis prêt à ouvrir dès à présent les discussions avec les partenaires sociaux pour que la marge de manœuvre le cas échéant obtenue par la mise en conformité de ces régimes indemnitaires soit réallouée à la **prolongation au-delà du terme initialement prévu de ce plan de stagiairisations.**

3/ Ces mises en conformité de régimes indemnitaires auraient à être mises en œuvre dans un esprit de dialogue, de concertation et d'efforts partagés. Comme délégué régional de la Fédération hospitalière de France, j'engagerai, dès le retour d'une position de principe ministérielle sur cette question, avec les directeurs des autres établissements, les concertations utiles en vue de l'élaboration d'une position commune entre tous les hôpitaux. A titre personnel et même si la CRC ne formule aucune observation sur ce point, je demanderai à l'ARS à ce qu'un abattement de 25 % soit pratiqué sur la part résultats de mon régime indemnitaire au titre de 2015. Je sais qu'1 euro n'a pas toujours la même valeur au regard des différences de rémunération mais aussi au regard des contraintes familiales ou sociales qui peuvent être celles de nos collègues. Mais je sais aussi qu'il serait peu compréhensible que la direction ne s'associe pas aux efforts demandés à nos collègues si les mises en conformité demandées par la Chambre régionale des comptes devaient être mises en œuvre.



Je voudrais également vous dire, indépendamment des suites qui seront données aux appréciations formulées par la CRC, que **nous tiendrons les engagements pris s'agissant :**

- **De la mise en œuvre des orientations du projet social du CHU dans le cadre actuellement fixé.** En particulier, la démarche de stagiairisations se poursuivra de manière générale et aura à s'intensifier sur certains domaines comme les laboratoires ou les secteurs transversaux comme les personnels socio-éducatifs et les psychologues (pour lesquels un concours sera organisé au début de l'année 2015) ;
- **Du déploiement d'un programme plus global de sécurisation des parcours professionnels au sein de l'établissement.** Cette demande a été fortement exprimée par les partenaires sociaux siégeant au sein de la commission de suivi du projet social et je la trouve légitime. Cette action aura à être portée sur des champs et des métiers spécifiques ou nouveaux au sein de l'hôpital : je pense notamment aux personnels de recherche (pour lequel un projet de protocole vient de recevoir un avis favorable du CTE du CHU), aux professionnels de la DSIO ou encore aux assistants de gestion dans les pôles. Mais cette démarche doit aussi pouvoir bénéficier de manière plus générale aux personnels contractuels du CHU. Nous finaliserons ainsi dans les prochaines semaines un **projet de protocole de résorption des « contrats courts » : plusieurs centaines de nos collègues n'exercent encore leurs fonctions que sur des contrats très courts alors qu'ils sont présents depuis plus de deux ans dans l'établissement. Ce protocole visera donc à prolonger les durées de ces contrats de manière progressive afin de préparer les démarches de concours / stagiairisation.** L'objectif est d'opérer la totalité de ces extensions de durées de contrats d'ici à la fin de l'année 2015. Ce dispositif constitue une avancée réelle pour nos collègues mais est aussi un gage de bonne gestion : notre établissement doit pouvoir mieux évaluer et reconnaître la valeur professionnelle des agents qui oeuvrent pour lui et leur proposer de véritables trajectoires de sécurisation progressive de leurs parcours professionnels.

Le second sujet que je souhaitais aborder avec vous porte sur la **préparation des prochaines élections professionnelles pour le CHU de La Réunion**. J'ai saisi, voici quelques jours, le ministère de la Santé pour lui rendre compte de l'avancement du processus de préparation de cette échéance importante pour la vie de notre établissement. Le ministère considère, au regard des textes législatifs et réglementaires applicables, que les élections pour le CTE et la Commission administrative paritaire (CAP) du CHU doivent désormais se tenir sur la base d'élections se fondant sur un corps électoral unique au niveau du CHU. Conformément à l'esprit des engagements pris dans le cadre du protocole préalable à la création du CHU signé avec la grande majorité des partenaires sociaux, cette évolution – nécessaire pour garantir la sécurité juridique de ce processus électoral – doit aller de pair avec le maintien d'instances consultatives de sites fondées sur un calcul des résultats électoraux par sites. A 12 voix sur 15, les partenaires sociaux ont rappelé hier au CTE du CHU leur attachement au maintien de ces instances de dialogue social de proximité. Je réunirai, à nouveau, les partenaires sociaux dès les prochains jours pour préciser les modalités d'organisation des élections dans ce cadre garantissant tout à la fois la sécurité juridique mais également le maintien impératif de la proximité dans le dialogue social au sein du CHU. Je ne manquerai pas de revenir vers vous dans un délai très rapproché pour vous préciser ces modalités pratiques pour la tenue de ces élections professionnelles.



Chers collègues du CHU de La Réunion,

Notre jeune établissement continue sa transformation rapide au service de la santé des Réunionnaises et des Réunionnais. Nous avons mis en service la semaine dernière les nouveaux équipements de curiethérapie / radiothérapie de Saint-Pierre, nous lançons la modernisation de nos sites sur Saint-Joseph et nous inaugurerons très prochainement la nouvelle unité de chirurgie ambulatoire et le nouveau plateau d'endoscopies de Saint-Denis. Il ne s'agit bien sûr que de trois exemples de changements positifs parmi de très nombreux autres. Et cette modernisation sans précédent est encore appelée à s'intensifier au cours des prochains mois avec l'engagement en phase opérationnelle de nos **opérations d'investissements structurants : l'opération neuro-rééducation/ Alzheimer sur le site du Tampon, la construction du Bâtiment de soins critiques à Saint-Denis, la requalification et l'extension du Bâtiment central de Saint-Pierre précédée, dès les dix-huit prochains mois, par l'engagement des opérations d'humanisation des pavillons de médecine.** J'ajoute que notre politique de partenariats au service de la qualité de la prise en charge des patients continue à s'intensifier comme le montre la finalisation du projet de prise en charge des patients sur le territoire Nord-Est avec le Groupe hospitalier Est-Réunion.

Cette transformation doit aller de pair avec une dynamique positive pour la qualité de travail des professionnels, c'est précisément le sens du **plan bien-être au travail et prévention des risques sociaux que nous finaliserons avant la fin de l'année 2014.**

Conscient de votre engagement au service de nos patients et vous assurant de mon entière mobilisation à vos côtés pour continuer à faire avancer notre jeune CHU, je vous prie d'agréer l'expression de ma considération respectueuse.

Merci de votre engagement

Le Directeur Général du CHU de La Réunion

David CRUSON



4.2 COURRIER DU 29 MARS 2017, PIECES JOINTES ET REPONSES DE LA MISSION

Le 29 mars 2017,

**A l'attention de Messieurs Claude
DAGORN, Jean-Robert JOURDAN et
Angel PIQUEMAL,**

Inspecteurs généraux de l'IGAS

**Objet : Eléments complémentaires en vue de notre entretien de ce 30 mars
dans le cadre de vos diligences relatives au CHU de La Réunion**

Messieurs les Inspecteurs généraux,

Dans la perspective de notre rencontre de ce 30 mars, je vous confirme avoir bien reçu votre message de ce 21 mars. J'ai, par ailleurs, pris bonne note du courrier de Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé reçu le 15 mars dernier. Je suis en phase d'analyse des suites qui auraient, le cas échéant, à être données et ce notamment dans l'éventualité d'une décision de publication du document intitulé « rapport provisoire d'inspection ».

Je vous apporte, néanmoins, dès ce stade, à titre de complément à mon courrier du 17 mars dernier, les échanges de correspondances avec Monsieur le Trésorier du CHU de La Réunion relatifs au remboursement du montant versé au titre de la nouvelle bonification indiciaire, dont bénéficiait également mon prédécesseur. J'ai, à partir de la connaissance d'une observation possible de votre mission à ce sujet, pris l'initiative de solliciter Monsieur le Trésorier et opéré le remboursement consécutif. Le service gestionnaire n'avait pas pris en compte, dans la gestion de ma situation individuelle, la réforme nationale de ce régime indemnitaire intervenue postérieurement à ma prise de fonctions au CHU de La Réunion.

Je vous prie d'agréer, Messieurs les Inspecteurs généraux, l'expression de ma considération distinguée.

David GRUSON

Ancien directeur général du CHU de La Réunion



Réponse de la mission :

La mission rappelle qu'une NBI mensuelle de 100 points majorée de l'index de correction a été versée sans base légale aux directeurs généraux en exercice depuis 2012. Elle prend acte du paiement effectué par l'ancien directeur général du CHU du montant de l'avis des sommes à payer émis par le trésorier de l'établissement à son encontre et correspondant au versement de cette NBI sur les exercices 2015 et 2016 jusqu'à la fin de ses fonctions dans l'établissement. Elle constate, cependant, que l'ancien directeur général a bénéficié de l'application du délai de répétition de la créance de deux ans prévu par l'article 37-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations alors qu'il était à la fois ordonnateur d'une dépense sans base légale et l'unique bénéficiaire de cette dépense. Ceci fait qu'en l'état et à ce jour, la somme remboursée est très sensiblement inférieure aux sommes perçues ; le titre de recettes du CHU aurait pu, en effet, couvrir toute la période concernée et le débiteur ne pas invoquer la prescription.

De plus, la mission n'a pas connaissance d'un titre de recettes émis à l'encontre de l'actuel directeur général du CHU concerné lui aussi par l'attribution de cette NBI.

En conséquence, et pour ces raisons, la mission maintient la recommandation n°14.

Monsieur Alain LEMOINE
Trésorier

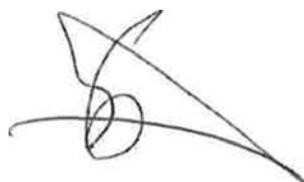
TRESORERIE CHR La Réunion
Terre Sainte
BP393
97458 SAINT-PIERRE CEDEX

Paris, le 28 mars 2017

Monsieur le Trésorier,

Comme suite à votre message du dernier, j'ai l'honneur de vous transmettre ci-joint le règlement de votre titre de recettes 385687 du 31 janvier 2017.

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be 'D. GRUSON'.

David GRUSON

Ancien Directeur général du CHU de La Réunion

1 AVIS DES SOMMES A PAYER

(Ce document est applicable des années 2015 à 2016 et est à compléter par l'assuré ou le bénéficiaire de l'avis de paiement)

CHU DE LA REUNION Centre Hospitalier		SAINT DENIS Ville:		97433543 AI	N°TITRE 395687
MALADE	N°ENTRÉE 21175030	RIMM. 0.0	Centre Hospitalier de la Réunion	Matricule 97043324	Date et rendu exécutoire le 11/01/2017
	Nom	Entrée	N°(s) le Sortie		N°Bordereau 2274
	Prénom		NN	Valeur CREANCE	N°Fichier 1
	Adresse				Exercice 2016
REMBOURSEMENT NBI 2015-2016		N°Mutualité		NN	Bén. Riq.

DATE	DESIGNATION	NOMBRE	TARIF	TARIF DE RESPONSABILITE	TAUX	A VOTRE CHARGE	UF
101215	REMBOURSEMENT NBI ANNEE 2015	1,00	8194,59			8194,59	0002
101216	REMBOURSEMENT NBI ANNEE 2016	1,00	1001,21			1001,21	0002

RENSEIGNEMENTS HÔPITAL

RECETTES DIVERSES TEL 0262905031 FAX 0263306113
 DU LUNDI AU VENDREDI DE 7H30 A 15H00 POUR OBTENIR
 UN RCV ADRESSER LA TOTALITE DE L'AVIS AU TRESOR
 Adressez la totalité de l'avis des sommes à payer à la Trésorerie
 pour obtenir un justificatif de paiement

Compte
 9195,80 € A PAYER

Pour les modalités de paiement se reporter au verso du présent avis

PAIEMENT

RDE. BDF 7D930000

RIB [REDACTED]

Heures d'ouverture
 Du lundi au jeudi de 7h30 à 12h30
 Vendredi de 07h30 à 11h30
 Téléphone 0262 21 89 48

PR6430001000647D930000000097

TREASORERIE C.M.R Réunion
 TERRE SAINTE
 BP 391
 97458 St PIERRE Cedex

9195,80 € A PAYER

IDENTIFICATION

PC. 104014 R +

CH. 097
 ENC. 2016
 nos. 328750830
 TC. 335687

Montant 9195,80 €

DESTINATAIRE

NNI NN
 PC. 104014
 Montant 9195,80 €
 CH. 097 ET. 010
 ENC. 2016
 nos. 328750830
 TC. 160085687097700

GRUSON DAVID

[REDACTED]

NE RIEN INSCRIRE DANS CETTE ZONE

+000009195905710401409770232875098016041>0385687000059+

MONTANT POINTS E.T. A N°ENTRÉE CREANC N°TITRE

SOCIETE GENERALE BANQUE FRANÇAISE MUTUALISTE

Payable en France : [redacted] M. ET MME DAVID GRUSON [redacted]
N° de chèque [redacted] Date gâché [redacted]

Neuf mille cent quatre-vingt /
Cinq euros et quatre vingt dix cts
A Trésorerie CNR Paris

€

€ 9 195,90 €

A Paris

Le 26/03/2017

[Signature] (57)

GRUSON David

De: GRUSON David
Envoyé: mardi 28 mars 2017 15:50
À: 'LEMOINE Alain (974)'
Objet: RE: TR: A votre attention
Pièces jointes: 3002_001 (00000002).pdf; Courrier Trésorier CHR Réunion.pdf

Monsieur le Trésorier,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joints copies du courrier et du chèque qui vous sont adressés ce jour en recommandé en réponse aux avis des sommes à payer transmis.

Je vous remercie, à nouveau, de votre diligence dans le traitement de ce dossier.

Très cordialement

David GRUSON

De : LEMOINE Alain (974) [<mailto:alain.lemoine1@dgifp.finances.gouv.fr>]
Envoyé: jeudi 23 mars 2017 15:51
À: GRUSON David <d.gruson@fhf.fr>
Objet : Re: TR: A votre attention

Monsieur le Directeur,

Comme convenu avec M.Charrier et après prise en charge des titres de recettes, je vous adresse les avis des sommes à payer.

Dans cette situation exceptionnelle, je vous invite à m'adresser personnellement votre règlement.

Très cordialement.

Alain LEMOINE

Alain LEMOINE tel: 02 62 35 94 62



ESC
Trésorerie du CHU
La Réunion

Adoptez l'éco-attitude.
N'imprimez ce mail que si c'est vraiment nécessaire

-----Message original-----

Sujet : Re: TR: A votre attention

De : GRUSON David <d.gruson@fhf.fr>
Pour: LEMOINE Alain (974) <alain.lemoine1@dgifp.finances.gouv.fr>
Date: 22/02/2017 08:16

Merci de votre confirmation de réception

Tres cordialement

Envoyé de mon iPhone

Le 21févr. 2017 à 23:16, LEMOINE Alain (974) <alain.lemoine1@dgfip.finances.gouv.fr> a écrit :

Monsieur le Directeur,

J'ai bien reçu votre courrier.

Je prends contact avec M Charrier afin d'assurer la mise en œuvre et le suivi de ce dossier.

Très cordialement.

Alain LEMOINE tel: 02 62 35 94 62
<image1_esc
Trésorerie du CHU
La Réunion

<mime- Adoptez l'éco-attitude.
N'imprimez ce mail que si c'est vraiment nécessaire
attachment.gif>

----- Message original -----

Sujet : TR: A votre attention

De : GRUSON David <d.gruson@fhf.fr>

Pour: alain.lemoine1@dgfip.finances.gouv.fr

<alain.lemoine1@dgfip.finances.gouv.fr>

Copie à : CALENGE Lionel <lionel.calenge@chu-reunion.fr>, "geoffroy.charrier@chu reunion.fr" <geoffroy.charrier@chu-reunion.fr>

Date: 21/02/2017 15:27

Monsieur le Trésorier,

Je vous prie de bien vouloir trouver une correspondance à votre attention pour laquelle je me permets de mettre Lionel CALENGE et Geoffroy CHARRIER en copie.

Je me tiens naturellement à votre disposition pour le suivi et la mise en œuvre de cette démarche.

Très cordialement,

David GRUSON

Le 21 février 2017,

**A l'attention de Monsieur Alain
LEMOINE Trésorier du CHU de La
Réunion**

**Objet : Constatations provisoires de l'IGAS sur l'application de la NBI au directeur
général du
CHU**

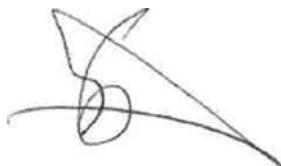
Monsieur le Trésorier,

Lionel CALENGE, Directeur général du CHU de La Réunion, m'a indiqué que, dans le cadre de sa mission menée sur le CHU de La Réunion, l'IGAS a informé le CHU, à titre provisoire, d'une constatation selon laquelle le versement de la NBI au directeur général du CHU serait irrégulier. Cette NBI était perçue, antérieurement à ma prise de fonctions au sein de l'établissement, depuis le 30 novembre 2007, par le directeur général du CHR puis du CHU sur la base du décret n° 2005-931 du

2 août 2005. L'IGAS déduirait cette irrégularité de l'application de la réforme nationale portée par le décret n°2012-748 du 9 mai 2012 avec effet au 29 juillet 2009.

Je vous indique donc me tenir, dès à présent et sans attendre que les constatations de l'IGAS ne viennent à acquérir un caractère définitif, à votre disposition et à celle du directeur chargé des affaires financières du CHU que je me permets de mettre en copie de cette correspondance pour procéder au règlement du titre de recettes correspondant dans le cadre de la mise en œuvre des dispositions réglementaires afférentes au remboursement de ce type de versement. Je vous communique mon nouveau mailainsi que mes nouvelles coordonnées téléphoniques

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



**David
GRUSON
Ancien directeur général du CHU de La
Réunion**

Copies:

Monsieur Lionel CALENCE, Directeur général du CHU de La Réunion

Monsieur Geoffroy CHARRIER, Directeur chargé des affaires financières du CHU de La Réunion

4.3 MAIls ECHANGES ENTRE LA MISSION ET DAVID GRUSON, ANCIEN DG DU CHU

Mails échangés entre la mission et David Gruson, ancien DG du CHU

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: mardi 21 février 2017 13:36
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert

Bonjour Monsieur,

Par courrier du 20 courant, vous avez exprimé au Chef de l'IGAS le souhait d'être entendu par la mission effectuant le contrôle du CHU de la Réunion demandé par la ministre de la santé et des affaires sociales. Nous tenons donc à vous faire savoir que nous sommes tout à fait disposés à vous recevoir ; cette rencontre pourrait avoir lieu dans nos locaux le lundi 27 après-midi ou le mardi 28 février au matin, à l'heure qui vous conviendra.

Toutefois, comme vous l'a rappelé le Chef de l'IGAS dans son courrier, la procédure contradictoire dans le cadre d'une mission de contrôle est avant tout écrite. Le rapport vous ayant été adressé le 1^{er} février, vous devez, disposant d'un délai de trois semaines, transmettre vos observations éventuelles pour la fin de cette semaine.

Ainsi, le rapport préliminaire et vos observations écrites serviront de base à nos échanges.

Dans l'attente de votre réponse,

Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: jeudi 23 février 2017 17:05
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Pièces jointes: 2016-117 CHU Réunion .pdf

Bonjour Monsieur,

Nous avons pris bonne connaissance de votre mail d'hier soir et souhaitons vous apporter les éclaircissements demandés, étant entendu que le sujet concerne exclusivement la mission de contrôle en cours.

Tout d'abord, il est indispensable de vous rappeler que la mission de contrôle, sollicitée par la ministre et confiée à l'Inspection Générale des Affaires Sociales, porte sur l'établissement ; dès lors, le représentant légal de l'établissement est notre interlocuteur de référence.

C'est pour cela que le chef de l'IGAS a informé le directeur général du CHU de La Réunion du lancement de la mission de contrôle; il relevait de la responsabilité du directeur de prévenir les personnes qu'il jugeait devoir informer.

Nous comprenons, au travers de votre mail, que le rapport ne vous aurait pas été transmis contrairement à nos indications, et nous le regrettons.

Vous nous avez exprimé votre désir d'être entendu par la mission ; nous vous confirmons notre accord pour cela et nous prendrons en compte vos remarques.

Nous vous proposons donc la démarche suivante : nous vous adressons copie du rapport pour que vous puissiez en prendre connaissance dans son intégralité et nous pouvons nous rencontrer au cours de la semaine 14 ou 16 à votre convenance.

Nous vous rappelons également que vous pouvez nous formuler des observations par écrit ; elles seront bien évidemment consignées dans le rapport.

Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'IGAS

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: jeudi 23 février 2017 17:48
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Pièces jointes: 2016-117 CHU Réunion .pdf

Bonsoir,

Une erreur s'est glissée dans notre mail pour ce qui concerne notre rendez-vous ; nous vous proposons une rencontre sur les semaines 10 ou 12.

Nous vous enverrons également un lien pour que vous puissiez prendre connaissance des pièces jointes qui sont assez volumineuses.

Avec nos excuses.

Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal

De: GRUSON David [d.gruson@fhf.fr]
Envoyé: mercredi 22 février 2017 20:50
À: PIQUEMAL, Angel
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert; BOISSIER, Pierre
Objet: RE:

Bonjour,

J'ai bien reçu votre message et je vous en remercie.

Je suis tout à fait prêt à adapter mon agenda pour répondre à vos propositions de créneaux. Je souhaiterais, cependant, pouvoir avoir, au préalable, votre éclairage sur le cadre de déroulement de cet échange.

En effet, votre message me pose question quant aux modalités de déroulement de l'inspection et de mise en œuvre du principe du contradictoire. Je n'ai, en effet, pas reçu communication d'un rapport provisoire à mes coordonnées professionnelles actuelles. Je comprends, par ailleurs, de la correspondance reçue ce 20 février par Monsieur le Chef de l'IGAS – que je me permets de porter en copie – qu'un échange contradictoire serait déjà en cours avec le CHU sur la base d'un rapport provisoire. Or, d'une part, je n'ai pas été entendu ou questionné préalablement à la réalisation de ce rapport provisoire portant pourtant sur une période de gestion incluant mon exercice au CHU de La Réunion et, d'autre part, je n'ai pas reçu, contrairement à ce que vous évoquez, communication de ce rapport provisoire à mes coordonnées professionnelles actuelles. La lettre reçue de Monsieur le Chef de l'IGAS évoque une transmission d'un rapport provisoire par l'intermédiaire du CHU : celle-ci n'a pas été effectuée à ce stade et j'ignore la base qui pourrait être retenue pour opérer valablement cette transmission et donc cette contradiction par l'intermédiaire du CHU pour ce qui me concerne.

Pourriez-vous m'éclairer sur ces points ?

Je vous précise, par ailleurs, que l'engagement de cette inspection ne m'avait pas été notifié. Je déduis donc de la lettre de Monsieur le Chef de l'IGAS et de votre message qu'une notification d'inspection pour les questions susceptibles de me concerner directement devrait donc prochainement intervenir et ce sans doute préalablement aux propositions de créneaux que vous évoquez dans votre message.

Vous remerciant par avance de votre éclairage et de vos précisions sur ces différents points qui me semblent importants en particulier au regard du précédent qu'a constitué la séquence de communication opérée la semaine dernière par le directeur général de l'ARS Océan Indien.

Respectueusement,

David GRUSON

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: vendredi 24 février 2017 13:42
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Pièces jointes: 2016-117 CHU Réunion .pdf

Importance: Haute

Bonjour Monsieur,
Comme indiqué dans notre mail d'hier, vous trouverez ci-dessous le lien pour télécharger les pièces jointes au rapport de contrôle du Chu de la réunion.
Vous en souhaitant bonne réception,
Bien à vous.
Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal

De: NAJI, Bouchra
Envoyé: mardi 28 février 2017 14:36
À: 'd.gruson@fhf.fr'
Cc: PIQUEMAL, Angel; DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Objet: notice contradictoire
Pièces jointes: Notice contradictoire- IGAS (2).pdf

Importance: Haute

Bonjour

Voici la notice contradictoire.
Bien cordialement

NAJI Bouchra
Assistante rapport
Inspection générale des affaires sociales
Tour Mirabeau
39/43 quai André Citroën
75739 Paris CEDEX 15

bouchra.naji@igas.gouv.fr

TEL: 01 40 56 66 29

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: mardi 7 mars 2017 15:37
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Objet: IGAS: Mission de contrôle du CHU de la Réunion- phase contradictoire

Bonjour,

Nous revenons vers vous au sujet de l'audition que vous avez sollicitée dans le cadre de la phase contradictoire liée au rapport de contrôle du CHU de la Réunion.

Nous vous avons fait parvenir à nouveau le rapport provisoire le 23 dernier; le délai habituel de trois semaines vous laisse jusqu'au 16 ou 17 mars pour nous adresser vos remarques puisque, comme nous vous l'avons rappelé, les observations formulées au cours de la phase contradictoire sont avant tout écrites.

Ainsi, nous vous proposons que nous fixions sous 48h la date de notre rencontre qui pourrait avoir lieu au cours de la semaine 12.

Dans l'attente,
Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

De : GRUSON David [<mailto:d.gruson@fhf.fr>]
Envoyé : jeudi 9 mars 2017 09:27
À : PIQUEMAL, Angel
Cc : DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Objet : RE: IGAS: Mission de contrôle du CHU de la Réunion- phase contradictoire

Bonjour,

J'ai pris connaissance de votre message et je vous en remercie.

Je peux me rendre disponible sur la matinée du 30 mars prochain si cela vous convenait.

Je me permets de vous retransmettre la lettre adressée ce 3 mars à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé qui fait part d'un certain nombre de demandes sur le cadre attendu pour ces échanges.

Je forme le vœu qu'une réponse puisse y être apportée avant notre prochaine rencontre.

Respectueusement

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: jeudi 9 mars 2017 14:22
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Objet: TR: IGAS: Mission de contrôle du CHU de la Réunion- phase contradictoire

Bonjour,

La date que vous nous proposez pour l'entretien sur le rapport provisoire de la mission de contrôle du CHU de la Réunion dans sa phase contradictoire nous convient parfaitement ; nous pouvons nous retrouver à l'IGAS à 9h30 par exemple si cette heure-là vous agréée.

Nous devons néanmoins vous rappeler que nous attendons vos observations écrites au rapport provisoire pour la fin de la semaine prochaine.

Nous vous remercions également de nous avoir transmis le courrier que vous avez adressé à la ministre. Cependant, il ne nous appartient pas d'en évoquer son contenu ainsi que la réponse que vous attendez.

Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

De : GRUSON David
Envoyé : vendredi 10 mars 2017 20:56
À : PIQUEMAL Angel <angel.piquemal@igas.gouv.fr>
Cc : DAGORN Claude <claudedagorn@igas.gouv.fr>; jean-robert.jourdan@igas.gouv.fr
Objet : Re: TR: IGAS: Mission de contrôle du CHU de la Réunion- phase contradictoire

Bonsoir,

C est bien note pour moi pour le 30 mars a 9h30 a l Igas.

Respectueusement

Envoyé de mon iPhone

De: GRUSON David [d.gruson@fhf.fr]
Envoyé: vendredi 17 mars 2017 14:19
À: PIQUEMAL, Angel
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert; BOISSIER, Pierre
Objet: RE: TR: IGAS: Mission de contrôle du CHU de la Réunion- phase contradictoire
Pièces jointes: Lettre CHU Réunion 030317.pdf; Entretien révision rapport d'évaluation 3003.pdf

Bonjour,

Comme vous l'avez souhaité, je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint des éléments écrits en vue de notre entretien du 30 mars prochain.

Je vous communique, par ailleurs, à nouveau, la lettre adressée le 3 mars dernier à Madame la Ministre des Affaires sociales et de la Santé qui fait part d'un certain nombre de demandes concernant le cadre attendu pour les échanges avec votre mission. Je n'ai pas reçu, à ce stade, de réponse à cette lettre. Je considère donc que notre prochain échange permettra de faire suite à ma première demande relative à la révision du rapport d'évaluation.

Je ne manquerai pas naturellement de revenir vers vous si réponse m'était apportée à la lettre précitée du 3 mars d'ici à notre rencontre du 30 mars prochain.

Respectueusement

De: PIQUEMAL, Angel
Envoyé: mardi 21 mars 2017 12:15
À: d.gruson@fhf.fr
Cc: BOISSIER, Pierre; ROMENTEAU, Pascale; DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert

Monsieur,

Nous vous accusons bonne réception de vos observations écrites reçues vendredi dernier. Toutefois, nous tenons à vous rappeler le cadre de la procédure au cas où il y aurait une ambiguïté. La rencontre que nous avons prévue avec vous se situe dans le cadre de la mission de contrôle du CHU de la Réunion dans sa phase contradictoire ; ceci a été indiqué dans tous les mails supports de nos échanges et c'est bien pour cela que nous vous avons demandé des observations écrites. Il ne s'agit donc pas d'une audition se situant dans le cadre de la mission d'évaluation « T0-Copermo » qui ne comporte pas de procédure contradictoire ; le rapport de cette mission d'évaluation a été remis à la ministre le 17/10/2016 et ne peut en aucun cas être modifié comme vous semblez le solliciter, la ministre vous ayant indiqué dans son courrier du 15 courant que les constats ne pouvaient être révisés. Si vos observations au rapport de contrôle devaient être différentes de celles que nous avons reçues vendredi, vous pourriez nous les adresser pour le mercredi 29. Dans l'attente de notre rencontre du 30 mars à 9h30. Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

De: GRUSON David [d.gruson@fhf.fr]
Envoyé: mercredi 29 mars 2017 15:13
À: PIQUEMAL, Angel
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Objet: RE:
Pièces jointes: Lettre 2903.pdf; Echanges de correspondances avec M le Trésorier.pdf

Messieurs les Inspecteurs généraux,

Je vous remercie de votre message dont j'accuse bonne réception en vue de notre échange de demain.

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joints en copie des éléments complémentaires à mon premier envoi du 17 mars dernier.

Respectueusement,

David GRUSON

De : Angel.PIQUEMAL@igas.gouv.fr [<mailto:Angel.PIQUEMAL@igas.gouv.fr>]
Envoyé : mercredi 29 mars 2017 10:57
À : GRUSON David <d.gruson@fhf.fr>
Cc : DAGORN Claude <claude.dagorn@igas.gouv.fr>; jean-robert.jourdan@igas.gouv.fr
Objet :

Bonjour,

Nous revenons vers vous au sujet de votre audition demain à 9h30 dans le cadre de la mission de contrôle du CHU de la Réunion. Nous vous proposons de vous présenter à l'accueil de la Tour Mirabeau, 39-43 quai André Citroën (métro Javel), qui sera prévenu de votre venue et à qui votre nom sera donné ; ainsi l'accueil nous informera de votre arrivée.

Par ailleurs, nous vous rappelons que vous pouvez jusqu'à ce soir nous faire parvenir des observations écrites complémentaires.

Bien à vous.

Claude Dagorn- Jean-Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'Inspection Générale des Affaires Sociales

De: IGAS-RAPPORTS de la part de Pierre BOISSIER
Envoyé: mercredi 1 février 2017 16:42
À: 'lionel.calenge@chu-reunion.fr'; 'secretariat.dg@chu-reunion.fr'
Cc: BOISSIER, Pierre; ROMENTEAU, Pascale; MOUNIER, Patricia; LOCRET, Vanessa; NAJI, Bouchra; DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert; PIQUEMAL, Angel
Objet: 2016-117R relatif au contrôle du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion
Pièces jointes: Notice contradictoire- IGAS (2).pdf; 2016-117 CHU Réunion .pdf
Importance: Haute

A l'attention de M. Lionel CALENGE, directeur général du CHU de la REUNION,

Vous trouverez ci-joint, le rapport provisoire IGAS 2016-117R relatif au contrôle du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion, établi par Claude DAGORN, Jean-Robert JOURDAN et Angel PIQUEMAL, membres de l'Inspection générale des affaires sociales.

Lien pour télécharger le tome 2, pièces jointes :

Ces liens seront actifs pendant 7 jours.

Je vous serais obligé de bien vouloir me faire parvenir, **dans un délai de 3 semaines**, les éventuelles observations que vous souhaitez formuler sur les constatations et recommandations de ce rapport. Ces observations, accompagnées de réponses de la mission, seront incluses dans le rapport définitif qui vous sera adressé à l'issue de cette phase.

J'attire votre attention sur le caractère confidentiel de ce rapport à ce stade.

Il vous appartient de communiquer ce document, tout ou partie, sous votre entière responsabilité, aux seules personnes dont vous jugez la contribution indispensable à l'élaboration de votre réponse.

En tout état de cause, vous prendrez toutes les dispositions destinées à conserver au présent rapport un caractère interne.

Vos réponses doivent être retournées à l'IGAS igas-section-rapports@igas.gouv.fr en vous conformant aux recommandations de la notice (procédure contradictoire) ci-jointe.

En diffusion complémentaire, vous transmettrai les rapports adressés à Mr David GRUSON, précédent DG du CHU.

lien internet :

Pierre BOISSIER
Chef de l'Inspection générale des affaires sociales

PJ : Rapport provisoire Tome 1 et Tome 2 + notice contradictoire + 2 rapport nominatif M.GRUSON

**4.4 LETTRE DU 3 MARS 2017 A MME LA
MINISTRE DES AFFAIRES SOCIALES ET
DE LA SANTE, PIECES JOINTES ET
REPONSE DU 15 MARS 2017**

Madame Marisol TOURAINE
Ministre des Affaires sociales et de la Santé
14 avenue Duquesne
75350 PARIS 07 SP

Paris, le 3 mars 2017

Objet : Demandes relatives aux diligences engagées par l'IGAS concernant le CHU de La Réunion faisant suite à la publication du rapport d'évaluation et aux éléments de communication mis en œuvre par le directeur général de l'ARS Océan Indien

Madame la Ministre,

Dans la perspective du passage en Copermo-Performance, l'IGAS a été saisie le 9 juin 2016 par votre directeur de cabinet d'une mission d'évaluation de la situation du CHU de la Réunion dont j'ai eu l'honneur d'assurer la direction générale d'avril 2012 à février 2016.

Par conférence de presse du 16 février 2017, le directeur général de l'ARS Océan Indien, s'est exprimé sur ce rapport, lequel a été publié ce même jour et par la suite largement diffusé par voie de presse (contrairement aux usages selon lesquels le rapport d'évaluation est un document administratif qui n'est pas publié). Au cours de la conférence de presse tenue pour l'occasion et à plusieurs occasions par la suite, le directeur général de l'ARS a publiquement relayé des éléments de nature péjorative en s'appuyant pour cela sur des inexactitudes matérielles contenues dans le rapport d'évaluation.

S'agissant du rapport, ce dernier fait état de constatations manifestement inexactes. Il m'impute notamment la décision d'engager, de ma propre initiative, des opérations d'investissements lourds alors que celles-ci, prévues dans le cadre du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé début 2013 avec l'ARS Océan Indien, ont vu la confirmation de leur engagement hors la procédure du COPERMO explicitement confirmé par le Directeur général de l'offre de soins le 6 novembre 2013 dans le cadre de l'instruction des prêts bonifiés AFD et des prêts sur fonds d'épargne de la CDC (cf. ma lettre de saisine ci-jointe retraçant les précédents échanges et le courrier électronique du DGOS ci-joint).

En outre, ce rapport d'évaluation évoque les indexations jugées irrégulières de certains régimes indemnitaires : ce constat concernant l'ensemble des établissements hospitaliers ultramarins, j'avais saisi votre ministère de ce point précis dès la formulation de cette constatation dans le rapport rendu par la Chambre régionale des comptes à l'automne 2014.

J'ajoute que le contenu de ce rapport s'avère très partiel. Il n'évoque pas, en particulier, les effets pour le CHU de la mission de redressement du Groupe hospitalier Est Réunion qui m'a été confié par votre ministère au 1^{er} janvier 2014. Le rapport minore également les effets du soutien apporté à Mayotte sur le cycle de gestion du CHU. De manière plus large, ce document n'accorde qu'une très faible place au contexte d'exercice du CHU de La Réunion dans l'environnement Réunion-Mayotte et Océan Indien et n'évoque pas la structuration du groupement hospitalier de territoire Océan Indien.

Au cours des investigations réalisées par l'IGAS, préalablement à la rédaction de ce rapport d'évaluation, je n'ai jamais été entendu ou questionné ce qui m'aurait naturellement permis d'apporter une contribution qui aurait sans doute permis d'éviter ces importantes inexactitudes factuelles ou d'analyse. Je constate également que les Présidents de Commission médicale d'établissement en exercice entre début 2012 et début 2016 (soit l'essentiel de la période sous revue) n'ont pas non plus été entendus par la mission d'inspecteurs.

La publication de ce rapport, par conséquent basé sur d'importantes erreurs matérielles, a porté un grave préjudice à mon honneur professionnel. Quant à la circonstance que je n'ai jamais été mis en mesure de pouvoir m'exprimer et d'apporter les éléments d'explication indispensables à une analyse rigoureuse et impartiale, celle-ci porte une atteinte manifeste au principe d'échanges contradictoires.

Afin de pouvoir voir rétablie la vérité des faits, j'ai saisi, la semaine dernière, l'IGAS afin de pouvoir être entendu.

J'ai compris, dans le cadre des échanges subséquents à cette saisine, que le 7 septembre 2016, dès avant la remise du rapport d'évaluation, une mission cette fois-ci de contrôle du CHU était confiée aux mêmes inspecteurs sans m'être notifiée et qu'un rapport provisoire, dont il ne manquait ni les index ni les annexes, avait été d'ores et déjà établi sans qu'encore une fois je puisse être préalablement entendu.

Il m'a finalement été proposé une rencontre dans le courant de la deuxième quinzaine de mars, soit postérieurement au terme de la phase de contradictoire fixée avec le CHU. Cette proposition m'est donc apparue très surprenante dans son phasage au regard des conditions de mise en œuvre du principe du contradictoire.

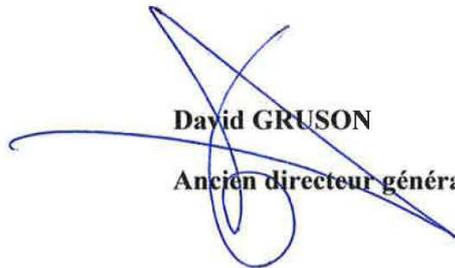
Le rapport provisoire m'a été transmis officiellement le 22 février et contrairement à ce qu'il m'a été indiqué par les inspecteurs en charge du dossier, je n'ai pas connaissance d'une demande faite au CHU de me transmettre ce rapport ; la délégation au CHU de la mise en œuvre du contradictoire s'agissant de constatations concernant ma gestion étant par ailleurs très questionnable au plan des principes (et sans doute désormais d'autant plus depuis que le rapport d'évaluation a été publié).

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, j'ai donc l'honneur de vous demander :

- d'une part, à pouvoir être entendu afin qu'il puisse être procédé à la révision du rapport d'évaluation ;
- d'autre part, la suspension en l'état de la procédure de contrôle avant, le cas échéant, son réengagement dans un cadre renouvelé conforme aux principes généraux du droit, ce qui supposerait alors naturellement la mise en place d'un nouvel échange préalable à l'établissement d'un nouveau rapport provisoire à transmettre ultérieurement pour contradiction.

Ne pas faire droit à ces demandes ne manquerait pas de renforcer les interrogations susceptibles d'être formulées sur une éventuelle volonté de m'exclure des procédures en cours et sur les fondements de la décision de publier le rapport d'évaluation et d'organiser une conférence de presse sur la base de constatations inexactes susceptibles de relectures péjoratives à mon encontre.

Formant le vœu que vous saurez être, d'une part, sensible à la nécessité de voir rétablie la vérité des faits et, d'autre part, attentive au respect du principe d'échanges contradictoires dans le cadre de procédures susceptibles de nuire ainsi indûment à l'honneur de professionnels hospitaliers, je vous prie d'agréer, Madame la Ministre, l'expression de ma considération respectueuse.



David GRUSON
Ancien directeur général du CHU de La Réunion

Copies :

- Madame Ericka BAREIGTS, Ministre des Outre-Mer
- Monsieur Pierre BOISSIER, Chef de l'IGAS
- Madame Anne-Marie ARMANTERAS-DE-SAXCE, Directrice Générale de l'Offre de Soins
- Madame Daniel TOUPILLER, Directrice Générale du CNG



Date : Jeudi 10 octobre 2013
Direction des Finances
& du Contrôle de Gestion

Monsieur Jean DEBEAUPUIS
Directeur Général de la DGOS
14, avenue Duquesne
75350 Paris SP 07

RÉF. DFCG/DG/BM/81/2013

Affaire suivie par Bertrand MICHEL,
Directeur Adjoint
bertrand.michel@chu-reunion.fr

Objet :

Éligibilité du CHU de la Réunion au dispositif
de financement sur fonds d'épargne de la
CDC

Monsieur Le Directeur Général,

Le CHU de La Réunion présente un plan pluriannuel d'investissement de 382 M€ sur la période 2012-2019. Ce PPI recense les besoins d'investissement incompressibles à réaliser sur les 7 prochaines années et « finançables » par le CHU sous conditions de reconduction des financements alloués dans le CPOM et de préservation de la marge brute.

L'Agence de santé de l'Océan Indien a notamment confirmé, dans le CPOM signé le 25 février dernier, son soutien aux trois opérations principales du CHU : projet Bâtiment de soins critiques et plateforme commune 15-18 de Saint-Denis (55 M€) ; requalification et extension du bâtiment principal de Saint-Pierre (89 M€) ; opération neuro-rééducation et Alzheimer sur le site du Tampon (14 M€).

Le financement du PPI incompressible est aujourd'hui assuré par une CAF nette prévisionnelle de 25M€ en moyenne sur les prochaines années mais doit encore être consolidé par un recours à l'emprunt. Nos deux principaux partenaires financiers que sont l'Agence Française de Développement et la Caisse des Dépôts et Consignations sont prêts à nous accompagner sur ces projets :

- l'AFD a diligenté en juin 2013 une mission d'analyse des risques pour définir sa capacité d'accompagnement du CHU sur ses projets structurants en fonction de la soutenabilité financière du PPI présenté et suite à cette mission, poursuivra l'accompagnement du CHU sur les prochaines années ;
- la CDC est prête à contractualiser dès 2013 pour les 5 prochaines années pour assurer le financement des opérations structurantes du CHU sur le dispositif sur fonds d'épargne. En revanche, pour être éligible à ce financement, les projets supérieurs à 50 M€ doivent, en principe, faire l'objet d'une validation du Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'Offre de soins (COPERMO) ou d'un accord de la DGOS.



Aussi, ces opérations n'étant pas présentées au COPERMO, afin de pouvoir assurer leur financement, j'ai l'honneur de solliciter votre accord pour rendre éligible au dispositif de financement de la CDC les deux opérations principales du CHU : le Bâtiment des Soins Critiques de St-Denis (55 M€) et la requalification et extension du Bâtiment Central de St-Pierre (89 M€).

Je vous remercie de l'attention que vous saurez porter à cette demande et dans l'attente d'une suite favorable, je vous prie de croire, **Monsieur Le Directeur Général**, à l'expression de ma considération distinguée.

Merci pour votre soutien

Le Directeur Général du CHU,
David GRUSON

De : Jean.DEBEAUPUIS@sante.gouv.fr [mailto:Jean.DEBEAUPUIS@sante.gouv.fr]
Envoyé : Wednesday, November 06, 2013 03:56 PM Romance Standard Time
À : Camau, Olivier
Cc : Chantal.DESINGLY@ars.sante.fr <Chantal.DESINGLY@ars.sante.fr>; Yannick.LEGUEN@sante.gouv.fr <Yannick.LEGUEN@sante.gouv.fr>; Flaus, Jean-Charles; Hugo.GILARDI@sante.gouv.fr <Hugo.GILARDI@sante.gouv.fr>; Claire.BOUINOT@sante.gouv.fr <Claire.BOUINOT@sante.gouv.fr>; Yann.LEQUET@sante.gouv.fr <Yann.LEQUET@sante.gouv.fr>; Yann.LHOMME@sante.gouv.fr <Yann.LHOMME@sante.gouv.fr>
Objet : Eligibilité du CHU de La Réunion à l'enveloppe de prêts CDC

Monsieur le directeur,

Le directeur général du CHU de La Réunion souhaiterait bénéficier de l'enveloppe de prêts sur fonds d'épargne de la CDC pour financer les deux opérations d'investissement majeures de l'établissement, à savoir le bâtiment des soins critiques de Saint-Denis et la requalification et extension du bâtiment central de Saint-Pierre.

Ces deux projets d'investissement ont été validés par l'ARS dans le cadre du CPOM signé le 25 février 2013. Les opérations sont aujourd'hui au stade respectivement du DCE et de l'APD.

Ces opérations sont déjà bien engagées. Leur plan de financement ne prévoyant pas d'accompagnement financier par le niveau national, il n'est pas prévu de les examiner en Comité interministériel de performance et de la modernisation de l'offre de soins (COPERMO).

Je vous confirme que ces deux opérations peuvent être intégrées à la liste des projets d'investissement éligibles au dispositif de financement sur fonds d'épargne de la CDC.

Bien cordialement,

Jean Debeaupuis

Directeur général de l'offre de soins

Ministère de la santé



MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

La Ministre

Paris, le 15 MARS 2017

CAB – TD/IT – Peg. D. 17-007147

Chef Monsieur le Délégué général,

Vous appelez mon attention sur les missions d'appui et de contrôle menées par l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) concernant la gestion du Centre hospitalier universitaire (CHU) de La Réunion, que vous avez dirigé de 2012 à 2016, et sur la communication déployée à ce sujet par l'Agence régionale de santé (ARS) Océan Indien.

En premier lieu, la lecture de votre courrier me conduit à rappeler que cette mission d'appui à l'ARS Océan Indien pour l'évaluation de la situation du CHU de la Réunion a été confiée à l'IGAS en application d'un usage systématique pratiqué à chaque changement de directeur général de centre hospitalier universitaire. A titre d'exemple, cette mission avait été immédiatement précédée par des évaluations analogues par l'IGAS de la situation des CHU d'Amiens, de Montpellier ou encore de Toulouse, consécutives également au changement de directeur général dans ces établissements.

Cet usage permet à la gouvernance nouvellement installée de tout CHU de bénéficier sans tarder d'un diagnostic externe et de recommandations pour le pilotage. Il était donc naturel que le CHU de La Réunion en bénéficie de la même manière au moment de la nomination de son nouveau directeur général, au-delà même de la perspective de son passage devant le Comité interministériel pour la performance et la modernisation de l'offre de soins (COPERMO). Quant à la saisine de l'IGAS en vue d'une mission de contrôle, formalisée en septembre 2016, elle découle expressément d'une demande de l'inspection elle-même, qui a estimé cette procédure nécessaire au regard des constats faits dans le cadre de la mission d'évaluation.

Par ailleurs, il me semble nécessaire de vous indiquer que le rapport d'évaluation de l'IGAS n'a pas fait l'objet d'une publication, puisque vous affirmez à plusieurs reprises que tel aurait été le cas. Ce rapport n'a été remis par l'ARS que de manière individuelle à la gouvernance du CHU, en l'espèce le directeur général et quatre membres (bureau restreint) de la commission médicale d'établissement. Pour ces derniers, il s'agissait de faire suite à une pétition signée par 300 praticiens du CHU, qui avait conduit l'ARS à considérer que la transparence sur le diagnostic vis-à-vis de la gouvernance médicale était devenue indispensable pour permettre à l'établissement de se projeter vers une nouvelle trajectoire.

Monsieur David GRUSON
Délégué général
Fédération hospitalière de France
1 bis rue Cabanis
75014 PARIS

14 AVENUE DUQUESNE – 75350 PARIS SP
TÉLÉPHONE: 01 40 56 60 00

Suite à cette remise, la presse locale s'est cependant immédiatement fait l'écho du contenu très précis de ce rapport, contraignant l'ARS à devoir réagir à cette médiatisation lors d'un point presse qui n'avait pas été conçu pour cela, puisqu'il devait initialement permettre l'expression conjointe du CHU et de l'ARS sur le contenu et les perspectives du plan de retour à l'équilibre, objet de la pétition susmentionnée. A aucun moment il n'a été envisagé de publier ce rapport, et je regrette bien évidemment que cette médiatisation ait pu vous causer le tort que vous évoquez.

S'agissant du contenu du rapport d'évaluation, il ne m'appartient pas de le commenter, sinon de rappeler que l'objet de la mission commandée se bornait à l'analyse de la seule situation du CHU de La Réunion.

Enfin, les règles qui président au travail de l'IGAS, notamment s'agissant de la communication des inspecteurs envers les parties prenantes et de la mise en œuvre d'échanges contradictoires, relèvent davantage d'une démarche qualité que de principes assimilables à ceux qui encadrent la prise de décisions individuelles faisant grief. Il s'agit donc de procédures de travail définies par le chef de corps de l'IGAS, et en l'espèce un rapport d'évaluation ne donne pas lieu à contradictoire, à l'inverse d'un rapport de contrôle.

A cet égard, les membres de la mission se tiennent comme vous le savez à votre disposition pour vous rencontrer suite à la demande que vous avez formulée en ce sens – sachant qu'ils avaient d'ores et déjà pris l'initiative d'un échange écrit. Ainsi, sur le volet des investissements, les éléments que vous avancez pourront donc être pris en compte dans le cadre de cet échange.

Il n'est cependant pas envisageable pour une inspection centrale autonome de revoir ses règles de travail au cas par cas, encore moins en révisant a posteriori le contenu des constats dressés sur la base des pièces obtenues au décours de ses missions

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Délégué général, l'expression de ma sincère considération.

Bien à vous,



Marisol TOURAINE