



Inspection générale
des affaires sociales

Mission de contrôle du Centre Hospitalier Universitaire de la Réunion

TOME 2 : PIÈCES JOINTES

Établi par

Claude DAGORN, Jean-Robert JOURDAN, Angel PIQUEMAL

Membres de l'Inspection générale des affaires sociales

- Avril 2017-
2016-117R

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
Listes pièces jointes.....	5
pieces jointes N°1 :	7
pieces jointes N°2 :	19
pieces jointes N°3.1 :	35
pieces jointes N°3.2 :	41
pieces jointes N°4 :	45
pieces jointes N°5 :	53
pieces jointes N°6 :	57
pieces jointes N°7 :	91
pieces jointes N°8.1 :	97
pieces jointes N°8.2 :	103
pieces jointes N°8.3 :	107
pieces jointes N°8.4 :	111
pieces jointes N°8.5 :	117
pieces jointes N°9 :	127
pieces jointes N°10 :	147
pieces jointes N°11 :	153
pieces jointes N°12 :	159
pieces jointes N°13 :	163
pieces jointes N°14.1 :	167
pieces jointes N°14.2 :	177
pieces jointes N°14.3 :	183
pieces jointes N°15 :	189
pieces jointes N°16 :	195
pieces jointes N°17 :	203
pieces jointes N°18 :	207
pieces jointes N°19.1 :	231
pieces jointes N°19.2 :	241

pieces jointes N°19.3 :	251
pieces jointes N°19.4 :	259
pieces jointes N°20 :	271
pieces jointes N°21.1 :	275
pieces jointes N°21.2:	281
pieces jointes N°22 :	285
pieces jointes N°23 :	289
pieces jointes N°24 :	293

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

LISTES PIÈCES JOINTES

numéro	désignation
1	Protocole d'accord relatif à la fusion 24/05/2011
2	Protocole d'accord relatif au volet social de la fusion 24/05/2011
3	Projet social 2016-2018 Protocole d'accord 20/07/2016 et fiche action 26 stagiairisation
4	courrier du directeur général du CHU au directeur général de l'ARS relatif à un préavis de grève 05/10/2016
5	Facture COGHOR, CTE/ CME du 1/10/15, village vacances de Souris-chaude
6	Exemple de document sur l'activité : présentation du RIA1 de 2016, conseil de surveillance 28/11/2016
7	Courrier du DG du CHU au personnel, 15/06/2015
8	Courriers de l'ARS au CHU relatifs aux EPRD de 2012 à 2016
9	Agence GBO, présentation des prestations, octobre 2015 octobre 2016
10	Volet social du personnel médical, septembre 2012
11	Exemples de fiches de paie d'agents contractuels (occulté)
12	Relevé de carrière de M. XX
13	Mail du Centre national de gestion à la mission, 15/11/2016
14	Situation de Mme XX : PV de la CAP n°3, 16/12/2015 ; arrêté avancement 22/02/16 ; courrier du DG du CHU à la CFDT
15	Note relative à la situation de Mme XX, 28/11/2016
16	Note de l'ARS pour la mission relative au PPI, 01/08/2016
17	Lettre de l'ARS au CHU relative au PPI, 06/2015
18	Schéma d'investissement en santé Réunion-Mayotte, 07/2013
19	CPOM 25/02/2013
20	Eléments financiers bâtiment central actualisé au 30/06/2016
21	Courrier de l'agence AART au CHU, 23/06/2011 ; Courrier d'ICADE au CHU 11/08/2011
22	Courrier du CGI au CHU, 09/09/2016
23	Courrier du DG de l'ARS au DG du CHU relatif à la restructuration du site sud, 06/10/2016
24	Courrier du DG du CHU au DG de l'ARS relatif à l'opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central, 20/10/2016

PIECES JOINTES N°1 :

**PROTOCOLE D'ACCORD RELATIF AU PROCESSUS DE FUSION
DU CENTRE HOSPITALIER FELIX GUYON ET DU GROUPE HOSPITALIER SUD REUNION
DANS LE CADRE DE LA CREATION DU CHU DE LA REUNION**

Les parties signataires au protocole d'accord

Monsieur Michel CALMON, Directeur Général du Centre Hospitalier Régional de La Réunion et représentant légal du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Monsieur Bernard VON PINE, Président du Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Monsieur Jean-Paul VIRAPOULLE, Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

Monsieur Tawfiq HENNI, Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

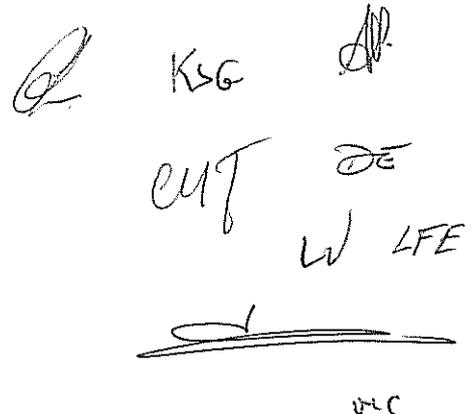
Monsieur Christophe TREBUCHET, Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Les représentants du personnel suivants du Centre Hospitalier Félix Guyon :

Monsieur Alain PUELLE, Président de la section syndicale CFTC du Centre Hospitalier Félix Guyon ;
Monsieur Gilbert KING SOON, Secrétaire Général du syndicat FO du Centre Hospitalier Félix Guyon ;
Monsieur Guy LEBON, Secrétaire de la section syndicale CFDT du Centre Hospitalier Félix Guyon ;
Madame Marlène JEANNE, Secrétaire Générale du syndicat CGTR du Centre Hospitalier Félix Guyon.

Les représentants du personnel suivants du Groupe Hospitalier Sud Réunion :

Madame Valérie LALOUE, Présidente de la section syndicale CFTC du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;
Monsieur Expédit LOCK-FAT, Secrétaire de la section syndicale CFDT du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;
Monsieur Eddie DIJOUX, Secrétaire Général du syndicat CGTR du Groupe Hospitalier Sud Réunion.



Handwritten signatures of the signatories, including initials like KSG, AP, EUT, DE, LW, LFE, and a large signature with 'VLC' below it.

Préambule

La création d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire à La Réunion répond à une attente forte des Réunionnais, relayée par les élus de La Réunion.

Elle se traduira par des apports considérables pour la population réunionnaise, en permettant notamment la consolidation et l'extension des activités de recours et d'excellence, gages d'une qualité optimale de la prise en charge du patient, mais aussi l'élargissement de l'offre de soins à La Réunion, limitant le recours aux évacuations sanitaires en métropole. Elle entraînera également le renforcement de la démographie médicale à La Réunion, liée à la poursuite du développement de l'enseignement des études médicales dans l'île et, par conséquent, à l'attractivité des carrières hospitalières ou d'installation en ville. Le CHRU ouvrira à la population réunionnaise de nouvelles perspectives d'exercice professionnel, dans un cadre particulièrement diversifié et ouvert.

La création du CHRU de La Réunion constitue une opportunité unique pour le système de santé réunionnais, le plaçant dans une position centrale dans l'Océan Indien, favorisant le rayonnement de la France dans cette partie du monde ainsi que le développement de coopérations internationales. Elle garantira, par ailleurs, la poursuite du programme d'investissement et de modernisation des installations hospitalières de l'île, avec l'accompagnement financier de l'Etat et des pouvoirs publics.

Le CHRU de La Réunion sera bipolaire. Dans le cadre d'un projet de prise en charge du patient innovant et de qualité, le CHRU garantira une offre de soins de proximité mais aussi de référence et d'excellence, répartie de façon équilibrée entre ses deux sites hospitaliers, en conformité avec le SROS 4 et en cohérence avec les besoins de santé de La Réunion et de Mayotte.

La bipolarité du CHRU se traduira également au travers de l'organisation des études de médecine, ce qui conduira les étudiants à effectuer leurs cours et leurs stages chaque année sur un même site, leur permettant ainsi de mieux connaître les différents sites hospitaliers du CHRU. Cette organisation facilitera également l'investissement dans l'enseignement par les praticiens de chaque site, les postes de professeurs des universités-praticiens hospitaliers étant répartis de manière équilibrée entre les deux sites.

La deuxième année de médecine sera installée à Saint Pierre à la rentrée universitaire 2011, la troisième année sera mise en place à Saint Denis.

Le retour à l'équilibre financier constaté fin 2010 dans les budgets de chacun des deux établissements doit être pérennisé dans le futur CHRU, cette condition étant garante de tous les développements des projets à venir.

Mais la création du CHRU de La Réunion ne sera une réussite que si, au-delà d'être une opportunité pour la population réunionnaise et pour le système de santé réunionnais, elle bénéficie aussi à l'ensemble de ses personnels. C'est ainsi que les membres de la communauté médicale disposeront en particulier d'un environnement plus favorable pour développer les activités de recherche et d'enseignement, tant par la reconnaissance financière de ces activités que par le renforcement des ressources humaines qui leur seront affectées. Pour le personnel soignant, médico-technique, technique et administratif, la création du CHRU de La Réunion s'accompagnera d'avancées significatives formalisées dans le cadre d'un projet social ambitieux, comportant par exemple un plan pluriannuel d'intégration dans la fonction publique hospitalière des agents contractuels disposant de plus de deux ans d'ancienneté, ou encore dans le domaine de la petite enfance.

La création du CHRU de La Réunion est portée conjointement par le CHR de La Réunion et l'Université de La Réunion. C'est dans cette perspective que l'Université de La Réunion a créé en mai 2010 l'Unité de

Formation et de Recherche en Santé. Elle organise, en partenariat avec le CHR de La Réunion, l'enseignement de la deuxième année des études médicales depuis septembre 2010 et assurera celui de la troisième année en septembre 2011.

La fusion du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion, au sein du Centre Hospitalier Régional de La Réunion, constitue une condition préalable à la création du CHRU de La Réunion. En effet, le CHR de La Réunion, érigé en établissement public de santé, signera avec l'Université de La Réunion une convention hospitalo-universitaire entraînant la création du Centre Hospitalier Régional et Universitaire de La Réunion, 30ème CHU de France, mais 15^{ème} au regard de sa taille et de son activité.

La fusion des deux sites du CHR, permettant la création du CHRU de La Réunion, doit correspondre à une adhésion collective la plus large possible de l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette adhésion doit se construire, d'une part, sur la confiance en une vision partagée de l'évolution de l'hôpital public et, d'autre part, sur la transparence et le respect des engagements relatifs aux conditions et modalités de la fusion.

L'objet du présent protocole d'accord est de préciser ces engagements et les dispositions qui en découlent.

Valeur juridique du protocole d'accord

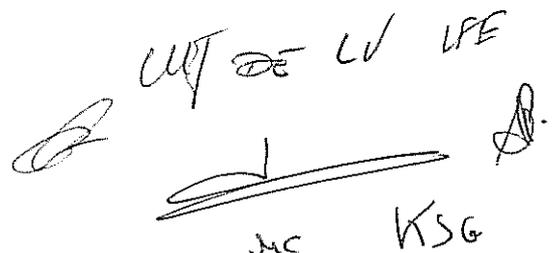
Le présent protocole d'accord est adopté par les parties signataires. Il fait l'objet d'une adoption conjointe par le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Félix Guyon et le Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier Sud Réunion, à l'occasion de leurs délibérations relatives à la fusion des deux établissements du CHR de La Réunion.

Ce protocole d'accord constitue le fondement de l'approbation de la fusion des deux établissements et exprime l'adhésion des Conseils de surveillance du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion aux modalités et conditions de la fusion. Il est juridiquement partie intégrante à la délibération et représente à cet effet un acte créateur de droit.

Il en résulte tout d'abord pour le représentant légal du futur CHRU de La Réunion l'opposabilité de ses dispositions et pour tout personnel de cet établissement, ayant intérêt à agir, la possibilité, le cas échéant, d'un recours devant les juridictions compétentes dans l'hypothèse où l'un de ces engagements ne serait pas tenu.

Les signataires du protocole d'accord sont garants de sa bonne application.

Ce protocole est complété d'un protocole d'accord relatif au volet social de la fusion du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion et à la création du CHU de La Réunion, adopté par les organisations syndicales représentatives signataires et la direction, ainsi que par les conseils de surveillance des deux établissements, après consultation de leurs comités techniques d'établissement respectifs.



Les engagements

Article premier - Les conditions préalables au processus de fusion

Les conditions préalables à la fusion sont les suivantes :

- L'absence de mobilité des personnels entre les sites, même pour une période de courte durée, sauf sur la base du volontariat.

Pour les personnels médicaux déjà en poste, les décisions d'affectation ou les contrats confirmeront le site actuel (nord ou sud) et le pôle d'affectation. Pour tout nouveau recrutement, la décision d'affectation ou le contrat précisera le site (nord ou sud) et le pôle d'affectation.

Pour les personnels non médicaux, les décisions d'affectation ou les contrats confirmeront (pour les personnels déjà en poste) le site actuel ou préciseront (pour tout nouveau recrutement) le site d'affectation (nord ou sud). Pour les personnels stagiaires, titulaires ou contractuels affectés sur un emploi permanent, les décisions ou les contrats préciseront également les pôles d'affectation.

Pour l'ensemble des personnels médicaux et non médicaux, un article de ces décisions ou de ces contrats précisera que le personnel ne pourra être affecté sur un autre site (nord ou sud), même pour une période de courte durée, que sous réserve d'une acceptation expresse de sa part.

Les décisions d'affectation sur un site (nord ou sud) sont des décisions administratives créatrices de droit.

- L'engagement d'un projet social « ambitieux » pour le personnel

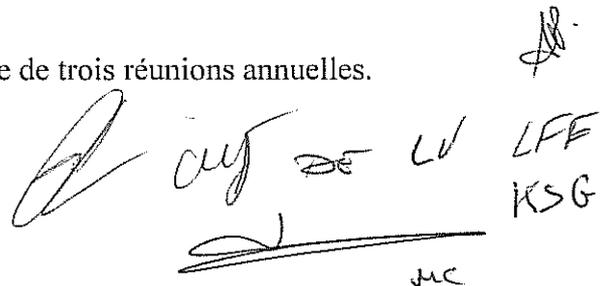
Pour les personnels médicaux, le taux de cotisation à la formation continue sera aligné sur les conditions actuellement les plus favorables sur un site. De plus, une amélioration des modalités de la formation médicale continue ainsi que l'accueil, l'intégration, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, sera mise en œuvre.

Pour les personnels non médicaux, le projet social contiendra notamment un plan pluriannuel d'intégration dans la fonction publique hospitalière des agents contractuels disposant de plus de deux ans d'ancienneté, ainsi que des engagements pour améliorer la prise en charge de la petite enfance.

Le projet social devra être l'œuvre de travaux communs des partenaires sociaux représentatifs, de la direction générale et des directions de site. Il devra traduire une vraie politique de dialogue social mesurée en permanence à l'aide d'indicateurs.

Le projet social devra être finalisé et validé avant le 1^{er} novembre 2011, soit deux mois avant la fusion juridique et comptable des deux établissements au sein du CHRU de La Réunion.

Un comité de suivi du projet social sera mis en œuvre, sur la base de trois réunions annuelles.



Handwritten signatures and initials: LFF, KSG, and a signature that appears to be 'JC'.

- Le maintien d'instances consultatives de site

De manière à favoriser la concertation interne, et compte-tenu de l'éloignement géographique des deux sites du CHRU, les instances consultatives de site suivantes seront maintenues, tout au moins pendant la période transitoire de quatre ans prévue à l'article 2 :

- ° Commission consultative du Conseil de surveillance ;
- ° Comité médical consultatif ;
- ° Comité technique d'établissement local ; les CTE locaux donneront des avis à l'intention du CTE CHR pour ce qui concerne les questions se rapportant à l'organisation des sites concernés ;
- ° Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ;
- ° Commission consultative des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ° Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge ;
- ° Commissions paritaires locales de site, dénommées « commissions paritaires consultatives de site » ; chaque commission paritaire consultative de site donnera un avis sur les tableaux d'avancement du personnel du site concerné.

Les instances de l'établissement public de santé « CHRU de La Réunion » seront les suivantes :

- ° Conseil de surveillance ;
- ° Commission médicale d'établissement ;
- ° Comité technique d'établissement ;
- ° Commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- ° Commissions administratives paritaires locales. Ces CAP locales donneront un avis conforme à celui donné par les commissions paritaires consultatives de site. Les membres des commissions paritaires consultatives de site siègent aux commissions administratives paritaires locales du CHRU.

- Le maintien des directions de site

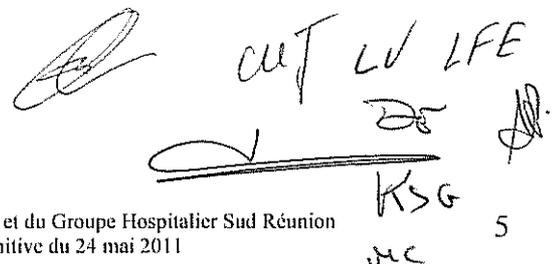
Les directions de site seront maintenues avec la présence sur site a minima de directions des ressources humaines, des affaires économiques, des travaux et des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

- Le maintien d'une présentation des EPRD et des comptes de résultats par site

La présentation des EPRD et des comptes de résultats de chaque site figurera en annexe de l'EPRD et du compte de résultat du CHRU de La Réunion.

- La sanctuarisation des capacités d'autofinancement de chaque site

La capacité d'autofinancement de chaque site, constatée à la clôture des comptes de l'année 2011, sera consacrée au financement des investissements du site concerné.



Article 2 - Les étapes de la fusion

La fusion administrative et comptable du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion, au sein d'un établissement public de Santé, dénommé le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de La Réunion, sera effectuée en deux étapes :

Une première étape, transitoire, d'une durée de quatre ans (du 1^{er} Janvier 2012 au 31 décembre 2015), au cours de laquelle certaines spécificités dans la gestion des sites seront maintenues :

- L'organisation des élections professionnelles sur chacun des sites et l'agrégation des résultats au niveau du CHRU, pour constituer le CTE du CHRU ;
- Le maintien de commissions paritaires par site, dénommées « commissions paritaires consultatives de site », issues des résultats aux élections professionnelles d'octobre 2011, et fonctionnant de manière identique aux CAPL actuelles ;
- Le maintien de l'ensemble des instances consultatives de site ;
- Le maintien de particularités de site dans la gestion du temps de travail non médical, une convergence étant menée pendant cette période transitoire dans le cadre de l'élaboration d'un « référentiel de gestion du temps de travail » négocié avec les organisations syndicales, certaines spécificités étant appelées à disparaître progressivement ;
- L'alternance annuelle de la présidence du conseil de surveillance et de la CME du CHRU par des représentants de chacun des sites ;
- L'élection du président de la commission médicale d'établissement du CHRU parmi les PU-PH et les praticiens hospitaliers ;
- La sanctuarisation des capacités d'autofinancement de chaque site, constatée au 31/12/2011.

Une seconde étape, de consolidation, à l'issue de la période transitoire, qui s'accompagnera par :

- L'organisation des élections professionnelles au niveau du CHRU, pour constituer le CTE et les CAPL du CHRU de La Réunion ;
- Le maintien de certaines instances consultatives de site : Comités médicaux consultatifs, Comités techniques d'établissements locaux, CHSCT et CRUQPEC ;
- Le référentiel de gestion du temps de travail harmonisé entre les deux sites du CHRU ;
- L'élection du président du conseil de surveillance, à l'occasion de son renouvellement en 2016, conformément aux dispositions de droit commun ;
- L'élection d'un président de la CME, à l'occasion de son renouvellement en 2015, pour une durée de quatre ans et d'un vice-président issu de l'autre site. La possibilité pour un praticien hospitalier d'être élu président sera maintenue tant que le nombre de PUPH n'atteint pas 5% de l'effectif des praticiens hospitaliers.

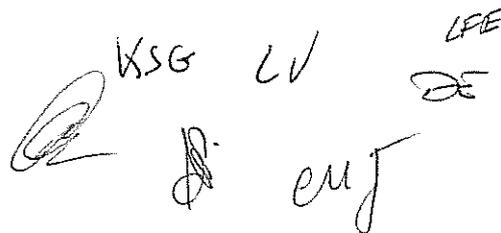
Article 3 – Les modalités de suivi des étapes de la fusion

Un comité de suivi et d'évaluation des étapes de la fusion sera constitué dès le 1^{er} janvier 2012. Il devra veiller au respect des engagements pris dans le présent protocole et sera chargé d'évaluer le dispositif de mise en œuvre des étapes de la fusion.

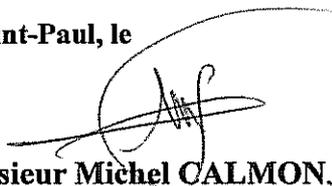
Il sera composé :

- du directeur général du CHRU ainsi que des directeurs de site ;
- du président et du vice-président du conseil de surveillance du CHRU ;
- du président et du vice-président de la CME du CHRU ;
- d'un représentant de chaque organisation syndicale de chacun des sites représentative des personnels non médicaux signataires du protocole d'accord relatif au volet social de la fusion du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion et à la création du CHU de La Réunion.

Il sera réuni au moins deux fois par an.



A Saint-Paul, le



Monsieur Michel CALMON,

Directeur Général du Centre Hospitalier Régional de La Réunion et représentant légal du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Monsieur Bernard VON PINE,

Président du Conseil de Surveillance du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;



Monsieur Jean-Paul VIRAPOULLE,

Président du Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

Monsieur Tawfiq HENNI,

Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

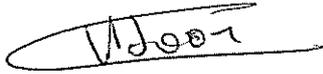
Monsieur Christophe TREBUCHET,

Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Les représentants du personnel suivants du Centre Hospitalier Félix Guyon :



Monsieur Alain PUELLE,
Président de la section syndicale CFTC du Centre Hospitalier Félix Guyon ;



Monsieur Gilbert KING SOON,
Secrétaire Général du syndicat FO du Centre Hospitalier Félix Guyon ;



Monsieur Guy LEBON,
Secrétaire de la section syndicale CFDT du Centre Hospitalier Félix Guyon ;



Madame Marlène JEANNE,
Secrétaire Générale du syndicat CGTR du Centre Hospitalier Félix Guyon.

Les représentants du personnel suivants du Groupe Hospitalier Sud Réunion :



Madame Valérie LALOUE,
Présidente de la section syndicale CFTC du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;



Monsieur Expédit LOCK-FAT,
Secrétaire de la section syndicale CFDT du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;



Monsieur Eddie DIJOUX,
Secrétaire Général du syndicat CGTR du Groupe Hospitalier Sud Réunion.

PIECES JOINTES N°2 :

Protocole d'accord relatif au volet social de la fusion du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion et à la création du CHU de La Réunion

Version du 24 mai 2011

Les parties signataires du présent protocole d'accord

Pour le Centre Hospitalier Félix Guyon

Monsieur Alain PUELLE, Président de la section syndicale CFTC du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

Monsieur Gilbert KING SOON, Secrétaire Général du syndicat FO du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

Monsieur Guy LEON, Secrétaire de la section syndicale CFDT du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

Madame Marlène JEANNE, Secrétaire Générale du syndicat CGTR du Centre Hospitalier Félix Guyon ;

Pour le Groupe Hospitalier Sud Réunion

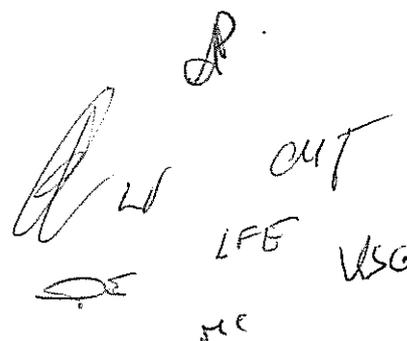
Madame Valérie LALOUE, Présidente de la section syndicale CFTC du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Monsieur Expédit LOCK FAT, Secrétaire de la section syndicale CFDT du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Monsieur Eddie DIJOUX, Secrétaire Général du syndicat CGTR du Groupe Hospitalier Sud Réunion ;

Et

Monsieur Michel CALMON, Directeur Général du CHR de La Réunion ;



Handwritten signatures and initials: A large signature on the left, a smaller one above it, and several initials including 'LFE', 'VSG', and 'ME' on the right.

Préambule

La création d'un Centre Hospitalier Régional et Universitaire à La Réunion répond à une attente forte des Réunionnais, relayée par les élus de La Réunion.

Elle se traduira par des apports considérables pour la population réunionnaise en permettant notamment la consolidation et l'extension des activités de recours et d'excellence, gages d'une qualité optimale de la prise en charge du patient, mais aussi l'élargissement de l'offre de soins à La Réunion, limitant le recours aux évacuations sanitaires en métropole. Elle entraînera également le renforcement de la démographie médicale à La Réunion, liée à la poursuite du développement de l'enseignement des études médicales sur l'île et par conséquent, à l'attractivité des carrières hospitalières ou d'installation en ville.

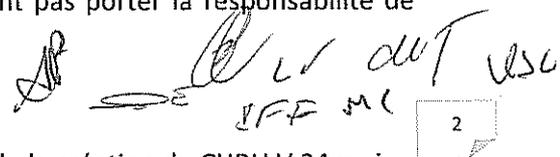
La création du CHRU de La Réunion constitue une opportunité unique pour le CHR de La Réunion. Elle placera tout d'abord le système de santé réunionnais dans une position centrale dans l'océan Indien, favorisant le rayonnement de la France dans cette partie du monde et la formalisation de coopérations internationales. Elle garantira, par ailleurs, la poursuite du programme d'investissement et de modernisation des installations hospitalières de l'île, avec l'accompagnement financier de l'Etat et des pouvoirs publics.

Le CHRU de La Réunion sera bipolaire. Il garantira, dans le cadre d'un projet de prise en charge du patient innovant et de qualité, une offre de soins de proximité mais aussi de référence et d'excellence, répartie de façon équilibrée entre ses deux sites hospitaliers, en conformité avec le SROS 4, et en cohérence avec les besoins de santé de la population de La Réunion et de Mayotte.

La bipolarité du CHRU se traduira également au travers de l'organisation des études de médecine, ce qui conduira les étudiants à effectuer leurs cours et leurs stages chaque année sur un même lieu, soit au Nord, soit au Sud, leur permettant ainsi de mieux connaître les différents sites hospitaliers du CHRU. Cette organisation facilitera également l'investissement dans l'enseignement par les praticiens de chaque site. La deuxième année de médecine sera installée à Saint Pierre dès la rentrée universitaire 2011, la troisième année sera mise en place à Saint Denis.

Mais la création du CHRU de La Réunion ne sera une réussite que si, au-delà d'être une opportunité pour la population réunionnaise, et pour le CHR, elle bénéficie aussi à l'ensemble de ses personnels et notamment au personnel soignant, médico-technique, technique et administratif. Or, le ministère a mis comme condition préalable à la création du CHRU de La Réunion, la fusion du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion au sein du Centre Hospitalier Régional de La Réunion parce que c'est le CHR de La Réunion, érigé en établissement public de santé, qui signera avec l'Université de La Réunion une convention hospitalo-universitaire entraînant la création du Centre Hospitalier et Universitaire de La Réunion, 30^{ème} CHU de France, mais 15^{ème} au regard de sa taille et de son activité.

Les organisations syndicales représentatives du CHR n'ont pas souhaité cette fusion dans des délais aussi rapprochés parce qu'elle suscite des craintes compréhensibles auprès des personnels. Mais elles adhèrent en même temps à l'analyse des avantages de la création du CHRU, pour les réunionnais comme pour les établissements actuels et n'entendent pas porter la responsabilité de l'échec du projet.

Handwritten signatures and initials, including 'IFF MC' and '2' in a box.

Dans ce contexte, les organisations syndicales représentatives des deux établissements, regroupées en intersyndicale, ont exigé que des garanties précises et opposables, soient explicitement apportées aux personnels ; que des spécificités de fonctionnement du futur CHRU, liées notamment à la situation géographique des deux établissements et à leur histoire, soient clairement actées, et enfin que des engagements assortis d'obligation de résultats soient formalisés en matière de gestion des ressources humaines afin que cette fusion permette d'améliorer concrètement et réellement les conditions de travail de l'ensemble des catégories de personnel.

La direction considère comme légitime la démarche des instances représentatives. Elle souhaite que la fusion corresponde à une adhésion collective la plus large possible de l'ensemble de la communauté hospitalière. Cette adhésion doit se construire d'une part, sur la confiance en une vision partagée de l'évolution de l'hôpital et d'autre part, sur la transparence et le respect des engagements relatifs aux conditions et modalités de la fusion.

Elle propose donc la rédaction d'un protocole d'accord précisant ces garanties, ces spécificités de fonctionnement et ces axes d'amélioration des conditions de travail ainsi que les dispositions qui en découlent afin de donner de la visibilité à l'ensemble du personnel. Tel est l'objet du présent document.

AP
LV
WVG
SE
MC

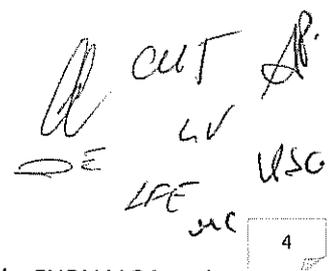
Valeur juridique du présent protocole d'accord

Le présent protocole d'accord est adopté par les parties signataires. Il fait l'objet d'une consultation du Comité Technique d'Etablissement du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Comité Technique d'Etablissement du Groupe Hospitalier Sud Réunion puis d'une adoption parallèle par les Conseils de Surveillance des deux établissements du CHR de La Réunion.

Ce protocole d'accord constitue le fondement de l'approbation de la fusion des deux établissements et exprime l'adhésion des Conseils de surveillance du Centre Hospitalier Félix Guyon et du Groupe Hospitalier Sud Réunion aux modalités et conditions de la fusion. Il est juridiquement partie intégrante à la délibération et représente à cet effet un acte créateur de droit.

Il en résulte tout d'abord pour le représentant légal du futur CHRU de La Réunion l'opposabilité de ses dispositions et pour tout personnel de cet établissement ayant intérêt à agir, la possibilité, le cas échéant, d'un recours devant les juridictions compétentes dans l'hypothèse où l'un de ces engagements ne serait pas tenu.

Les signataires du protocole d'accord sont garants de sa bonne application.

Handwritten signatures and initials: CUT, LV, USC, LPE, and others.

Les engagements

Les organisations syndicales représentatives des deux établissements ont formulé ensemble différentes exigences qui constituent pour elles des conditions absolument nécessaires pour que la création du CHRU, au-delà de ses conséquences positives pour les réunionnais et pour l'institution CHR elle-même, puisse avoir concrètement et effectivement des conséquences positives pour les personnels des établissements concernés.

Les présents engagements répondent point par point à ces exigences. Ils sont présentés ci-après dans un ordre qui ne traduit aucune priorité relative entre les sujets abordés.

Ces engagements seront intégrés dans le règlement intérieur du CHR de La Réunion, avant le 1^{er} janvier 2012.

- a) **Une organisation des élections professionnelles, en octobre 2011, de manière indépendante sur chaque site**, sachant que les instances représentatives à ce jour et la direction s'accordent pour décider ensemble qu'il y aura regroupement des résultats en janvier 2012 pour les désignations aux instances du CHRU, c'est-à-dire qu'il n'y aura pas de nouvelles élections.

En revanche, dans quatre ans, les élections professionnelles auront bien lieu au niveau du CHRU.

- b) **Une garantie d'absence de mobilité « imposée » entre les deux sites pour l'ensemble du personnel, même pour des périodes de courte durée, sauf sur la base du strict volontariat.** Chaque agent présent au 31-12-2011, disposera, quel que soit son statut, d'une décision d'affectation ou d'un contrat qui confirmera comme site d'affectation (Nord ou Sud), le site de l'établissement pour lequel il travaille. Pour les personnels stagiaires, titulaires ou contractuels affectés sur un emploi permanent, cette décision ou ce contrat précisera également le pôle d'affectation.

A cette occasion, les conditions de rémunération des agents en CDI ne seront pas modifiées.

De la même façon, tout nouvel agent recruté à compter du 01-01-2012 recevra une décision d'affectation ou un contrat qui précisera le site unique d'affectation – sauf dans le cas particulier où l'exercice multi sites aura été explicitement précisé sur la fiche de poste. Pour les personnels stagiaires, titulaires ou contractuels affectés sur un emploi permanent, la décision d'affectation ou le contrat précisera également le pôle d'affectation.

Pour l'ensemble des personnels, un article de ces décisions ou de ces contrats précisera que le personnel ne pourra être affecté sur un autre site (Nord ou Sud), même pour une période de courte durée, que sous réserve d'une acceptation expresse de sa part.

Cette décision d'affectation sur un site (Nord ou Sud) est une décision administrative créatrice de droit qui est donc opposable au Tribunal Administratif et constitue, si besoin était, une protection supplémentaire pour les personnels.

En parallèle, la démarche des agents volontaires souhaitant une affectation sur un autre site sera facilitée par la direction, et ce pour tous les grades et pour tous les statuts.

c) Une étape transitoire d'une durée de quatre ans (1^{er} janvier 2012 – 31 décembre 2015) sera instaurée pendant laquelle l'institution sera obligatoirement « bipolaire » avec le maintien de certaines particularités au CHRU de la Réunion :

- a. Maintien des instances : Comité Technique d'Etablissement Local, Comité Médical Consultatif, Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail, Commission Consultative des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, et Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge sur chaque site. Une commission consultative du Conseil de surveillance sera constituée sur chaque site, selon la composition actuelle du Conseil de surveillance de chaque site. Des commissions paritaires locales, dénommées « commissions paritaires consultatives de site », fonctionnant d'une manière identique aux CAPL actuelles, seront maintenues sur chaque site. Chaque commission paritaire consultative de site donnera un avis sur les tableaux d'avancement du personnel du site concerné. Cet avis sera transmis à la CAPL du CHRU qui donnera un avis conforme à celui donné par la commission paritaire consultative de site. Les membres des commissions paritaires consultatives de site siègent aux commissions administratives paritaires locales du CHRU.
- b. Présentation des EPRD séparés pour chaque site, en annexe de l'EPRD du CHRU. Sanctuarisation des capacités d'autofinancement propres sur chaque site.
- c. Maintien des directions de proximité sur chaque site : direction de site, direction des RH, direction des affaires économiques, direction des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques), direction des travaux, sur chaque site.

Il est par ailleurs souhaité que la Trésorerie maintienne sur chaque site a minima une antenne avec des personnels en nombre suffisant pour que le service actuel d'accueil des personnels et des usagers du CHR perdure avec le même niveau de qualité de service.

- d. Maintien des droits syndicaux (décharge d'activité et autorisations d'absence syndicale) au niveau où ils existent aujourd'hui sur chacun des sites.
- e. Plan de formation CHRU, mais avec une enveloppe formation explicite et une déclinaison précise des actions de formation sur chaque site ; maintien d'une commission formation sur chaque site et création d'une commission de formation CHRU pour définir les grands axes de la formation CHRU.

d) Au-delà de cette période de quatre ans (1^{er} janvier 2012 – 31 décembre 2015), maintien, compte tenu de la distance entre les deux sites, d'un certain nombre de spécificités indispensables au bon fonctionnement du CHRU :

- a. Maintien des instances locales suivantes : Comité Technique d'Etablissement Local, Comité Hygiène Sécurité Conditions de Travail, Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge, pour garantir une prise en compte efficace des questions qu'elles traitent. Les CTE locaux se réuniront donc régulièrement et transmettront leurs avis au CTE central qui donnera l'avis définitif.

Handwritten signatures and initials:
LFE
LW
1856

En revanche, si la décision a été prise de mettre en place des commissions consultatives locales du conseil de surveillance sur chaque site pendant la période transitoire, elles disparaissent au terme de cette période.

De même, il est « a priori » prévu au terme de cette période transitoire, la suppression des commissions paritaires consultatives de site et la création d'une CAPL CHRU, mais cette fois-ci à la condition expresse que les partenaires sociaux (organisations représentatives et directions des ressources humaines) aient conduit, tout au long des quatre années de la période transitoire, un travail effectif de convergence des situations des agents des deux sites en termes de notation, et que les simulations conduites semestriellement aient démontrées de façon convaincante que la mise en place d'une CAPL unique, qui est donc l'objectif visé, puisse se faire sans léser le déroulement de carrière de tel ou tel groupe d'agents sur tel ou tel site.

- b. Maintien des directions de proximité (Direction de site, DRH, Direction des Travaux, DSIRMT, DAL) pour apporter une gestion et une réponse de proximité aux usagers et personnel.
- e) **La formalisation et la mise en œuvre durant cette période de quatre ans (1^{er} janvier 2012 – 31 décembre 2015) d'un projet social, à la fois ambitieux et réaliste, qui sera décliné en actions précises, clairement positionnées sur un calendrier, avec une obligation de résultat**

Ce projet social permettra d'aller vers un équilibre des moyens mis en œuvre dans l'intérêt des patients réunionnais, et vers un rayonnement du CHRU dans l'océan Indien avec l'adhésion de l'ensemble du personnel hospitalier.

La volonté des partenaires sociaux est, dans ce contexte, de fixer un nombre limité d'axes de travail et de les décliner en un plan d'actions précis avec calendrier et indicateurs de résultats.

Le contenu définitif de ce projet social sera finalisé entre juin et octobre prochain, lors de séances de travail entre la direction et les organisations syndicales représentatives signataires du présent protocole ; toutefois, trois axes majeurs ont d'ores et déjà été actés :

1. La mise à plat de la gestion des contractuels quel que soit leur métier (administratifs, techniques, médico-techniques, soignants) avec, ...
- ... l'affirmation de l'objectif politique : tout agent contractuel - CDI, CDD sur poste permanent, et CDD de remplacement – ne doit pas rester plus de 2 ans dans la position de contractuel, pour autant, bien sûr, qu'il souhaite intégrer la fonction publique hospitalière ;
 - ... et la formalisation d'un plan pluriannuel d'intégration précis qui s'étalera, au maximum, sur la période de 4 ans pour atteindre cet objectif.

La mise en œuvre de ce plan de stagiarisation qui concernera donc tous les contractuels de plus de 2 ans d'ancienneté, demandera à ce qu'une réflexion de gestion prévisionnelle soit conduite et que des échanges entre partenaires sociaux permettent de dégager une utilisation optimale des deux critères clés que sont l'ancienneté et la capacité d'adaptation au poste.

Les engagements de la direction, en termes d'organisation des concours et des recrutements sans concours, pour les douze mois suivant la signature du protocole d'accord, sont joints en annexe du présent protocole. Les autres étapes du plan de stagiarisation des contractuels seront examinées dans le cadre du comité de suivi du présent protocole d'accord.

2. L'aboutissement des projets « crèche » (mini-crèche, relais assistantes maternelles, ...) sur chacun des deux sites avant juin 2013, ce qui signifie que les premiers enfants pourront être accueillis dans ces équipements au plus tard à cette date.

3. La mise en place d'une vraie politique de dialogue social mesurée en permanence à l'aune de deux indicateurs :

- La régulière mise à disposition des instances, en avril (respectivement en octobre) de l'année N d'un tableau de bord dont le contenu précis sera défini avec les organisations représentatives et qui contiendra des données sur les effectifs par grade, par secteur, par ancienneté au 1^{er} janvier (respectivement au 1^{er} juillet de l'année N) et sur les recrutements du dernier semestre de l'année N-1 (respectivement du premier semestre de l'année N).
- L'information systématique des représentants du personnel avant toute réorganisation au sein des établissements ou des pôles.

f) La réalisation durant cette période de quatre ans (1^{er} janvier 2012 – 31 décembre 2015) d'un travail de convergence des règles et pratiques en matière de ressources humaines en toute sérénité, selon le principe suivant :

Ce travail de convergence visera l'uniformisation des règles et pratiques là où c'est nécessaire au bon fonctionnement du CHRU, sans exclure le maintien de particularités sur les sites lorsqu'elles ne nuisent pas à la cohérence d'ensemble et qu'elles sont favorables au personnel.

Les partenaires sociaux examineront ensemble toutes les actions visant à « gommer » les différences de situation administrative, statutaire, situation de carrière des agents des deux établissements. Ce travail de négociation sociale n'utilisera ni systématiquement le principe de nivèlement par le bas, ni systématiquement le principe de nivèlement par le haut.

Handwritten signatures and initials:
LFE
LVE
LST
LSD

Ce travail de convergence suivra la méthode suivante : thème par thème, ...

- ... une première réunion :
 - Pour partager la situation sur chaque site (état des lieux) sur la base d'un document envoyé en amont par la direction générale ;
 - Pour débattre des objectifs et cibles de convergence.
- ... une seconde réunion pour discuter sur un projet d'accord sur la base d'un document envoyé en amont par la direction générale ;
- ... d'autres réunions si nécessaires.

... sachant qu'une réunion pourra traiter plusieurs thèmes.

La négociation regroupera la direction et un représentant par site pour chaque organisation syndicale représentative signataire du présent protocole d'accord.

Le dispositif de suivi du présent protocole d'accord

Une commission de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du présent protocole d'accord sera constituée dès le 1^{er} janvier 2012. Elle veillera au respect des engagements pris dans ce document et suivra la mise en œuvre effective du projet social dans l'intérêt de l'ensemble du personnel hospitalier des deux sites. Elle sera composée :

- a) Du directeur général du CHRU, ainsi que des directeurs de site ;
- b) Des DRH de site et des DSIRMT de site ;
- c) D'un représentant par site (donc deux au total) de chaque organisation syndicale représentative des personnels non médicaux, signataire du présent protocole d'accord.

Cette commission se réunira tous les 4 mois (soit 3 réunions de la commission de suivi par an) et ce, tout au long de la période de 4 ans.

Lors de chaque réunion, l'avancement des différentes actions prévues dans le projet social fera l'objet d'une évaluation. Des actions correctrices seront, en cas de besoin décidées et mises en œuvre.

Dans le cadre du travail de cette commission, une attention particulière sera portée au traitement concret des demandes de mobilité géographique afin, progressivement, de dégager entre partenaires sociaux un processus et, si possible, des critères consensuels de gestion de ces dossiers.

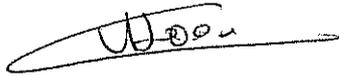
aut *LV* *SP*
LFE *USG*
DE
9
ME

A Saint Paul, le

Pour le Centre Hospitalier Félix Guyon



Monsieur Alain PUELLE,
Président de la section syndicale CFTC du Centre Hospitalier Félix Guyon



Monsieur Gilbert KING SOON,
Secrétaire Général du syndicat FO du Centre Hospitalier Félix Guyon



Monsieur Guy LEBON,
Secrétaire de la section syndicale CFDT du Centre Hospitalier Félix Guyon



Madame Marlène JEANNE,
Secrétaire Générale du syndicat CGTR du Centre Hospitalier Félix Guyon

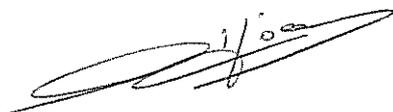
Pour le Groupe Hospitalier Sud Réunion



**Madame Valérie LALOUE,
Présidente de la section syndicale CFTC du Groupe Hospitalier Sud Réunion**

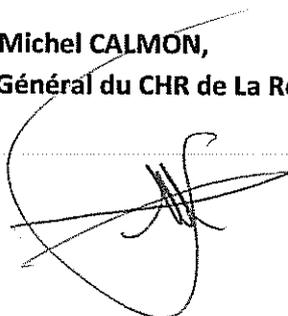


**Monsieur Expédit LOCK-FAT,
Secrétaire de la section syndicale CFDT du Groupe Hospitalier Sud Réunion**



**Monsieur Eddie DIJOUX,
Secrétaire Général du syndicat CGTR du Groupe Hospitalier Sud Réunion**

**Monsieur Michel CALMON,
Directeur Général du CHR de La Réunion**



ANNEXE 1**ORGANISATION DES CONCOURS CHR-GHSR****ENGAGEMENTS DE LA DIRECTION****CALENDRIER PRÉVISIONNEL****Nouveaux concours à organiser de juin 2011 à mai 2012**

Grade	Effectifs concernés	Echéances
Adjoint Administratif	33	Décembre 2011
AEQ	28	Décembre 2011
Aide préparateur (CDI)	3	Juin 2011
Analyste programmeur	1	Février 2012
AS/AP	32	Mars 2012
Assistant de serv. social (*)	2	Avril 2012
IDE/Puer.	27	Mars 2012
Ingénieur (*)	1	Avril 2012
Masseur Kinésithérapeute	1	Février 2012
Manipulateur ER	1	Février 2012
OPQ	9	Décembre 2011
Sage-femme	7	Mars 2012
TSH (*)	4	Avril 2012
TOTAL	149	-

(*) Sous réserve de parution dans les délais par les services du Journal Officiel

ANNEXE 1

ORGANISATION DES CONCOURS CHR-CHFG

ENGAGEMENT DE LA DIRECTION

CALENDRIER PREVISIONNEL

Nouveaux concours à organiser de Juin 2011 à Mai 2012

Grades	Effectifs concernés	Echéances
Diététicien	1	Mars 2012
IDE	57	Mars 2012
Aide soignant	31	Mars 2012
Adjoint administratif	14	Décembre 2011
AEQ	4	Décembre 2011
TSH *	3	Avril 2012
ASHQ	4	Mai 2012
Psychologue *	1	Mai 2012
Préparateur en pharmacie	1	Février 2012
TOTAL	116	

*(sous réserve de parution dans les délais par les services du Journal Officiel)

PIECES JOINTES N°3.1 :

PROJET SOCIAL 2016 – 2018

PROTOCOLE D'ACCORD

INTRODUCTION

Elément incontournable du Projet d'Etablissement, le projet social « définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs »¹.

Le projet social 2016- 2018 du CHU de La Réunion fait partie intégrante du projet d'établissement du CHU.

Ce projet social a été élaboré dans le cadre d'une démarche d'étroite concertation associant la Direction et les partenaires sociaux représentants des deux sites qui composent le CHU.

A cet effet, les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement signataires du présent protocole et la direction sont convenues de ce qui suit :

ARTICLE 1 : METHODOLOGIE D'ELABORATION

L'élaboration du projet social 2016-2018 a été marquée par plusieurs étapes successives :



Transmission par les organisations syndicales, représentées au CTE, de leurs propositions écrites



Rassemblement de ces propositions par la Direction au sein d'un document de synthèse



Examen de ce document de synthèse, réunions de travail bilatérales, et échanges en CTE afin d'y apporter précisions, modifications et priorisation des objectifs.

¹ Article L6143-2-1 du Code de la Santé Publique



Adoption des axes stratégiques et du sujet transversal par le CTE du 1^{er} décembre 2015



Adoption du document final par le CTE exceptionnel du 2 juin 2016

ARTICLE 2 : CHAMPS DU PROJET SOCIAL CHU

Le projet social 2016-2018 du CHU de La Réunion comporte quatre axes stratégiques principaux et un sujet transversal déclinés en objectifs prioritaires, ces derniers se déclinant eux-mêmes en 36 actions ciblées faisant chacune l'objet d'une fiche action (FA) annexée au projet social :

AXE 1

Faire de la qualité de vie au travail /bien-être au travail, un élément clé des changements du CHU.

AXE 2

Finaliser l'harmonisation des pratiques et des organisations RH.

AXE 3

Formaliser et mettre en œuvre une stratégie actualisée pour l'emploi, la promotion professionnelle et le développement des compétences adaptés aux enjeux du CHU.

AXE 4

Fonder les bases d'un dialogue social interne renouvelé autour des DRH-DSIRMT.

SUJET TRANSVERSAL

Déploiement de la Charte des relations professionnelles (initialement intitulée Charte du management et des relations professionnelles).

Il convient par ailleurs de préciser que l'ensemble des objectifs et actions figurant dans ce projet social est commun aux deux sites du CHU, ce qui témoigne du souci de la Direction et des partenaires sociaux de s'inscrire dans une logique CHU.

Cependant, en fonction des spécificités propres à chaque site, ces objectifs ou actions pourront, le cas échéant, être déployés avec une intensité ou dans des délais différents (ex : FA 4 :

Mettre à disposition des professionnels un affichage automatisé des plannings en temps réel dans chaque service).

ARTICLE 3 : COMMISSION DE SUIVI ET D'ÉVALUATION DU PROJET SOCIAL 2016-2018 DU CHU

Une commission de suivi et d'évaluation sera mise en place dès adoption du projet par le Conseil de surveillance.

Cette commission de suivi et d'évaluation comprendra le Président du Conseil de Surveillance, le Directeur Général, les Directeurs de site, les Directeurs des Ressources Humaines, le Coordonnateur Général des soins et deux membres de chaque organisation syndicale représentative des personnels non médicaux signataires du présent protocole.

La commission de suivi et d'évaluation du projet social veillera au respect des engagements pris dans ce document et suivra la mise en œuvre effective du projet social dans l'intérêt de l'ensemble du personnel hospitalier des sites du CHU.

Cette commission se réunira deux fois par an tout au long de la période 2016 – 2018.

Lors de chaque réunion, l'avancement des différentes actions prévues dans le projet social feront l'objet d'une évaluation. Des actions correctrices seront, en cas de besoin décidées et mises en œuvre.

Les signataires du présent protocole d'accord sont garants de sa bonne exécution.

À Saint-Paul, le 20 juillet 2016



**Le représentant du syndicat
Santé CFDT**


Expédit LOCK-FAT

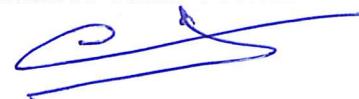
**Le représentant du syndicat
CFTC Santé CHU**


Jean-Yves HOARAU

**Le Secrétaire Général
Force Ouvrière CHU**


Gilbert KING-SOON

**Le représentant de Sud
Solidaires Santé Sociaux**


Jean-Bernard RAMALINGOM

**La secrétaire Générale
UNSA SANTÉ**



Françoise ANOUMBY-AVABY

**Le Directeur Général
du CHU de La Réunion**



Lionel CALENGE



PIECES JOINTES N°3.2 :

Axe 3 : Formaliser et mettre en œuvre une
Stratégie actualisée pour l'emploi, la promotion professionnelle et le développement des compétences adaptés
aux enjeux du CHU
Projet 7 : Stagiairisations et promotions professionnelles
Fiche action 26 : Stagiairisation

Responsables	Fredo DARTY et Eliane CHIEZE			
Objectifs	Poursuivre la dynamique annuelle de stagiarisations.			
Périmètre	CHU			
Contexte	<p>Un des points importants du précédent projet social concerne la politique de stagiarisation</p> <p>Dans un environnement budgétaire contraint, trouver le point d'équilibre</p> <p>Préparer les CAPL CHU</p>			
Plan d'actions	<p>Poursuivre une information régulière des représentants des personnels : comité de suivi trimestriel sur la base des tableaux établis et diffusés au niveau du CHU (cf. annexe ci-après)</p> <p>Présenter un projet pluriannuel dès 2016 (avec impact financier), présentant des listes principales et complémentaires, permettant notamment en terme financier, un plan glissant mais connus des professionnels (ancienneté égale ou supérieure à 3 ans)</p> <p>Etablir et communiquer en même temps un calendrier des concours CHU (nécessiter de caler au sein du CHU une organisation inter site)</p>			
Points de vigilance	Difficultés/risques	Actions		
	Injonction nationale Caler « finement » les organisations DRH CHU	Sécuriser les parcours professionnels des CDD et généraliser les CDD de 6mois à un an Formaliser des procédures partagées, mise en place d'une coordination resserrée (binôme responsable Sud et Nord)		
Interfaces	DSIRMT, DIRECTION DE SITE ET DG, OS			
Indicateurs de suivi		2016	2017	2018
	Nb de CDD > 3 ans (base 2015)	X	X	X
	Engagement CHU Nb stagiarisations (CTE 2 juin 2016)	100	100	100
	Engagement COPERMO	A confirmer	A confirmer	A confirmer

Valorisation

Temps de préparation- organisation- logistique : 4H
Nb de séances de travail : 4
Durée des séances de travail : 7H
Nb de participants : 20
Durée de rédaction du Compte-rendu :2H
Suivi : DRH
Evaluation : 1 M€ (CHU)

RAPPEL DES DÉCLARATIONS ET ACCORDS DU DIRECTEUR GENERAL

EN CTE EXCEPTIONNEL du 2 JUIN 2016

- Complément de possibilités de stagiarisations demandé au COPERMO à l'issue de l'audit flash de l'IGAS qui devrait intervenir en juin - juillet ; réponse attendue du COPERMO avant la fin de 2016

- Accord donné pour application de la loi ANT dans la mesure des possibilités et le respect de la réglementation

ANNEXE à la Fiche action 26 - RAPPEL METHODOLOGIQUE PLAN DE STAGIAIRISATIONS

Références : Axe 1 projet 2 mesure 5 et Axe 3 projet 7 mesure 26

Source : Projet Social 2012-2015

CALENDRIER ET DOCUMENTS

- a. Pour mémoire : le tableau des contractuels par ancienneté totale CHU et par groupe de grades (confer ci-après tableau calendrier du plan de stagiairisation) au 30 juin et au 31 décembre de chaque année, site par site et en consolidé CHU ;
- b. Le tableau des effectifs en nombre, par statut, par pôle et par groupe de grades (confer ci-après tableau calendrier du plan de stagiairisation) au 30 / 06 et au 31 / 12 de chaque année, site par site ;
- c. Le tableau des effectifs en ETP, par statut, par pôle et corps (confer ci-après calendrier du plan de stagiairisation) au 30 / 06 et au 31 / 12 de chaque année, site par site.

Le calendrier du plan annuel de stagiairisation

Au 30 avril de l'année N, la DRH de chaque établissement fournit aux organisations syndicales la photographie précise des effectifs contractuels au 31/12 de l'année N-1 par ancienneté CHU « totale » selon le modèle du tableau suivant :

Nombre de CDD par tranche d'ancienneté, par filières et par grades						
Effectif physique CDD au 31.12..... (hors CDD Recherche)						
<i>Filières / Grades</i>	0 à 1 an	1 à 2 ans	2 à 3 ans	3 à 4 ans	sup à 4 ans	Total général
Personnels administratifs						
AAH						
ADCH						
Adjoint adm -serv adm						
Adjoint adm -sec med						
Secrétaire médicale						
Personnels des services de soins						

A.S.H.Q.						
AS						
Diététicien						
Ergothérapeutes						
IADE						
IBODE						
IDE						
IDE puéricultrice						
Masseur Kinésithérapeute						
Pédicure Podologue						
Psychologue						
Sage-femme						
Personnels éducatifs et sociaux						
Assistants socio-éducatif						
Personnels médicotechniques						
Manipulateur radio						
Préparateurs en pharmacie						
Technicien de labo						
Personnels techniques et ouvriers						
Agent de maîtrise						
Conducteur ambulancier						
Ingénieur						
Ouvrier						
TSH						
Total général						

Début avril de l'année N, la DRH de chaque établissement fournit aux organisations syndicales :

- a. La liste des contractuels qui ne peuvent pas être titularisés, ainsi que la liste des contractuels qui ne souhaitent pas être titularisés et donc le nouveau tableau des contractuels avec leur ancienneté au 31/12/N-1, une fois ces personnes déduites.

- b. Les postes permanents à pourvoir dans l'année N, en séparant idéalement les motifs : remplacement de départs de titulaires et création de postes permanents.

Deux réunions entre les DRH et les OS ont lieu en mai/juin pour finaliser le plan de stagiairisation de l'année N, c'est-à-dire les concours (volume par grade) qui auront lieu au cours du second semestre de l'année N et du premier semestre de l'année N+1, ainsi que l'impact économique des intégrations envisagées :

1. Pour les métiers à fort effectif, il faut veiller chaque fois que possible, à prévoir à côté de la liste principale, une liste complémentaire...

2. ... sans oublier les métiers à faibles effectifs pour lesquels la régularité de l'organisation de concours est également importante.

Ces réunions préparent la présentation de l'EPRD aux instances de fin du premier semestre.

En août, la DRH fournit, par établissement, la situation projetée des effectifs contractuels de plus de deux ans, à la fin de l'année N.

Les concours correspondant au plan d'intégration finalement décidé par la Direction sont mis en œuvre de Juillet de l'année N à Juin de l'année N+1.

Lors de la 1^{ère} quinzaine de septembre de l'année N, la DRH de chaque établissement fournit aux organisations syndicales la photographie précise par ancienneté CHU « totale » des effectifs contractuels au 30/06 de l'année N – à l'exception toujours de ceux qui ne souhaitent pas, ou ne peuvent pas être titularisés – ainsi que les départs de titulaires stagiaires observés sur le premier semestre de l'année N.

Une troisième réunion entre les DRH et les OS a lieu lors de la seconde quinzaine de septembre.

PIECES JOINTES N°4 :

Date : Mercredi 05 octobre 2016

DIRECTION GÉNÉRALE

RÉF. : 291-2016/LC/JL/EF

Monsieur François MAURY
Directeur Général
Agence de Santé Océan Indien
2 bis, Avenue Georges Brassens
CS 61002
97743 SAINT-DENIS Cedex 9

Monsieur le Directeur Général,

Suite au dépôt d'un préavis de grève illimitée, à compter du 7 octobre, une rencontre a été organisée ce jour avec les représentants de l'intersyndicale CFTC-FO-UNSA, co-signataires du préavis, afin d'établir un protocole de négociations.

Les organisations syndicales présentes ont bien compris le sens de la mission d'audit dit T0 de l'IGAS, ainsi que l'enjeu important associé à cette mission pour la trajectoire stratégique et économique du CHU, de même que la volonté de l'agence de santé d'accompagner le CHU, volonté réaffirmée par vous-même lors de son conseil de surveillance.

Les signataires du préavis de grève ont également compris l'importance du dossier COPERMO et la demande d'accompagnement financier argumentée que porte le CHU en lien avec l'ARS, moyennant la définition d'une trajectoire de retour à l'équilibre.

Néanmoins, les représentants de l'intersyndicale indiquent comme pré-requis à la levée de grève une rencontre avec vous-même et en ma présence afin de discuter de l'engagement de l'Etat sur la politique de stagiarisation issue du projet social 2012-2016, qui est à ce jour d'une centaine de personnels (chiffre exact en cours de recalcul) en contrat à durée déterminée de plus de deux ans d'ancienneté au 01 juillet 2015, restant à titulariser. Je rappelle que 1 432 titularisations sont intervenues sur la base de ce projet social sans accompagnement financier de l'établissement, sur la base d'un protocole social lié à la création du CHU signé en juillet 2011.

Une revendication émise porte également sur la suppression de l'indemnité de vie chère et de l'indexation du traitement de base, pour la prise en charge des Etudes Promotionnelles de plus de 52 jours par l'ANFH, en application du décret du 2 août 2008. L'intersyndicale sollicite l'étude d'un dispositif au niveau national permettant de pallier les pertes financières subies par les agents concernés.

Je reste à votre disposition sur les suites de ce courrier.

Je vous prie de croire, *Monsieur le Directeur Général*, en l'expression de ma considération respectueuse.

Le Directeur Général

Lionel CALENGE



PIECES JOINTES N°5 :

COGOHR, Ile de La Réunion
Village Vacances du Cogohr

SIRET: 315 668 210 00026 - APE: 552 E
Association déclarée de type loi 1901
Crédit Agricole de Sant-Paul
No 19906 00974 40303640001 18

CHU

11 RUE DE L'HOPITAL
97460 SAINT PAUL
Ile de la Réunion

Date 02/10/2015
Chambre 9800
Arrivee 01/10/2015
Depart 02/10/2015
Nuitée 1
Page 1/1

Invoice Copy

Numero Facture 29095

Caisse/ No: MARICAUDIN, Elodie/19

Date	Description	Debit Eu	Credit Eu
01/10/2015	FORFAIT SEMINAIRE CTE	50,00	0,00
01/10/2015	FORFAIT SEMINAIRE CME	400,00	0,00
01/10/2015	FORFAIT SEMINAIRE REPAS CTE	468,00	0,00
Total		918,00	0,00
<u>Montant Tranféré en Débiteur</u>			918,00 Eu

PIECES JOINTES N°6 :

Question 4

Direction des finances

Note DM1- 2016 et RIA-1

Le présent rapport rend compte de l'exécution de l'EPRD 2016 au 3eme trimestre 2016. Il s'agit du rapport infra annuel (RIA) prévu par les textes en vigueur.

Les prévisions de résultat 2016 élaborées sur la base de ce RIA donnent lieu à une décision modificative.

En effet l'EPRD initial qui prévoyait un résultat négatif à hauteur de 16 M€ doit être substantiellement modifié pour afficher un résultat de – 26 M€. Cette dégradation des comptes du CHU affecte en premier lieu la capacité d'autofinancement de l'établissement.

S'agissant d'un déficit structurel, un plan de retour à l'équilibre sera mis en œuvre dès 2017 pour un assainissement sur la durée des finances de l'établissement.

Le présent rapport est établi sur les éléments d'appréciation disponibles à fin septembre et examinera les points suivants :

- l'activité de l'établissement ;
- les recettes et les dépenses ;
- l'investissement et le fonds de roulement.

L'EPRD 2016 modifié s'établit comme suit

	EPRD initial	M9-2016	Prévision 2016 = EPRD+DM	Ecart Prev/EPRD initial	%
Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie	530 913 459	349 199 059	536 053 712	5 140 253	0,97%
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière	61 742 915	31 139 342	60 742 915	-1 000 000	-1,62%
Titre 3 : Autres produits	80 132 684	29 440 489	81 132 684	1 000 000	1,25%
TOTAL DES PRODUITS	672 789 058	409 778 890	677 929 311	5 140 253	0,76%
Titre 1 : Charges de personnel	430 089 981	303 830 394	434 232 180	4 142 199	0,96%
Titre 2 : Charges à caractère médical	122 731 182	94 965 178	130 209 402	7 478 220	6,09%
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	67 480 874	50 342 827	71 073 938	3 593 064	5,32%
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	68 576 387	7 219 522	68 576 387	0	0,00%
TOTAL DES CHARGES	688 878 424	456 357 922	704 091 907	15 213 483	2,21%
RESULTAT	-16 089 366		-26 162 596	-10 073 230	62,61%

I – L'activité de janvier à septembre 2016

A) Données du 2^{ème} semestre 2016 : entrées, journées, durée moyenne de séjour et taux d'occupation

L'activité du CHU (données administratives)

ANALYSE PAR DISCIPLINE	DONNEES D'HEBERGEMENT															
	Nb Lits			Nb ENTREES				Nb JOURNEES				DMS HC		Tx.		
	installés			cumul		%	cumul		%	Jour./ nb IEP		Occup. cumulé				
	2016	2015	%	2016	2015		Evol.	2016		2015	Evol.	2016	2015	2016	2015	
	moy.	moy.	Evol			Evol.			Evol.							
Total MEDECINE	947	924	2,49%	↗	58 974	59 999	-1,71%	↘	209 026	206 549	1,20%	↗	5,5	5,4	84%	85%
Total CHIRURGIE (UCA incluses)	284	281	1,07%	↗	18 717	18 115	3,32%	↗	56 599	54 955	2,99%	↗	4,5	4,5	75%	74%
Total Obstétrique (IVG incluses)	177	179	-1,12%	↘	12 618	12 135	3,98%	↗	37 436	35 950	4,13%	↗	4,0	4,0	79%	76%
Total MCO	1 408	1 385	1,66%	↗	90 309	90 249	0,07%	↗	303 061	297 454	1,88%	↗	5,1	5,0	81%	82%
Total SSR	102	114	-10,53%	↘	9 017	9 045	-0,31%	↘	22 736	24 581	-7,51%	↘	21,8	22,0	92%	92%
Total PSY	196	197	-0,51%	↘	12 278	14 089	-12,85%	↘	34 087	34 174	-0,25%	↘	12,5	12,5	81%	82%
Total LONG SEJOUR	170	170	0,00%	→	38	41	-7,32%	↘	42 863	42 793	0,16%	↗	228,0	218,3	92%	92%
Total Séances (Dialyses incluses)	46	46	0,00%	→	30 500	29 297	4,11%	↗	30 500	29 297	4,11%	↗				
Total Établissement	1 923	1 912	0,58%	↗	142 142	142 721	-0,41%	↘	433 247	428 299	1,16%	↗	6,5	6,5	86%	86%
Total Établissement (hors Séances)	1 877	1 866	0,59%	↗	111 642	113 424	-1,57%	↘	402 747	399 002	0,94%	↗	6,5	6,5	83%	83%

A fin septembre 2016, l'activité totale du CHU, par rapport à la même période 2015, est quasi stable en nombre d'entrées (-0,41%) et évolue de +1,16% en nombre de journées.

Données du site Félix Guyon

ANALYSE PAR DISCIPLINE	DONNEES D'HEBERGEMENT															
	Nb Lits			Nb ENTREES				Nb JOURNEES				DMS HC		Tx.		
	installés			cumul		%	cumul		%	Jour./ nb IEP		Occup. cumulé				
	2016	2015	%	2016	2015		Evol.	2016		2015	Evol.	2016	2015	2016	2015	
	moy.	moy.	Evol			Evol.			Evol.							
Total MEDECINE	461	460	0,22%	↗	30 030	30 796	-2,49%	↘	104 574	106 425	-1,74%	↘	6,1	6,3	86,21%	88,42%
Total CHIRURGIE (UCA incluses)	132	132	0,00%	→	8 699	8 421	3,30%	↗	27 629	26 395	4,68%	↗	5,1	5,0	79,15%	76,76%
Total Obstétrique (IVG incluses)	61	61	0,00%	→	4 477	4 168	7,41%	↗	13 481	12 921	4,33%	↗	4,0	4,0	81,06%	77,99%
Total MCO	654	653	0,15%	↗	43 206	43 385	-0,41%	↘	145 684	145 741	-0,04%	↘	5,6	5,7	84,29%	85,07%
Total SSR	34	34	0,00%	→	1 705	1 742	-2,12%	↘	7 966	8 124	-1,94%	↘	19,2	18,4	90,40%	92,61%
Total Séances (Dialyses incluses)	20	20	0,00%	→	8 584	8 456	1,51%	↗	8 584	8 456	1,51%	↗	-	-	90,55%	90,34%
Total Établissement	708	707	0,14%	↗	53 495	53 583	-0,16%	↘	162 234	162 321	-0,05%	↘	6,3	6,4	84,88%	85,68%
Total Établissement (hors Séances)	688	687	0,15%	↗	44 911	45 127	-0,48%	↘	153 650	153 865	-0,14%	↘	6,3	6,4	84,58%	85,44%

Données du site GHSR

ANALYSE PAR DISCIPLINE	DONNEES D'HEBERGEMENT															
	Nb Lits installés			Nb ENTREES			Nb JOURNEES			DMS HC		Tx. Occup.				
	2016	2015	%	cumul		%	cumul		%	Jour./nb IEP		cumulé				
	moy.	moy.	Evol.	2016	2015	Evol.	2016	2015	Evol.	2016	2015	2016	2015			
Total MEDECINE	486	465	4,52%	↗	28 944	29 203	-0,89%	↘	104 452	100 124	4,32%	↗	5,0	4,7	81,71%	82,37%
Total CHIRURGIE (UCA incluses)	152	149	2,01%	↗	10 018	9 694	3,34%	↗	28 970	28 560	1,44%	↗	4,0	4,1	71,31%	71,90%
Total Obstétrique (IVG incluses)	116	118	-1,69%	↘	8 141	7 967	2,18%	↗	23 955	23 029	4,02%	↗	4,0	3,9	77,53%	74,26%
Total MCO	754	732	3,01%	↗	47 103	46 864	0,51%	↗	157 377	151 713	3,73%	↗	4,6	4,5	78,94%	78,90%
Total SSR	68	80	-15,00%	↘	7 312	7 303	0,12%	↗	14 770	16 457	-10,25%	↘	24,5	25,5	92,64%	91,16%
Total PSY	196	197	-0,51%	↘	12 278	14 089	-12,85%	↘	34 087	34 174	-0,25%	↘	12,5	12,5	80,84%	82,02%
Total LONG SEJOUR	170	170	0,00%	→	38	41	-7,32%	↘	42 863	42 793	0,16%	↗	228,0	218,3	92,02%	92,21%
Total Séances (Dialyses incluses)	26	26	0,00%	→	21 916	20 841	5,16%	↗	21 916	20 841	5,16%	↗	0,0	0,0	249,05%	236,83%
Total Établissement	1 215	1 205	0,83%	↗	88 647	89 138	-0,55%	↘	271 013	265 978	1,89%	↗	6,7	6,5	86,60%	86,58%
Total Établissement (hors Séances)	1 189	1 179	0,85%	↗	66 731	68 297	-2,29%	↘	249 097	245 137	1,62%	↗	6,7	6,5	81,93%	82,15%

➤ **Evolutions en Médecine : entrées (-1,71%), journées (+1,20%), Durée moyenne de séjour (DMS) sur les IEP (dossiers) (+0,1 jour) et Taux d'occupation (TO) (-1 point).**

Site nord :

A fin septembre 2016, **le pôle « Urgences, Médecine aigue »**, enregistre une baisse d'activité en nombre d'entrées de -4,6 %, en journées de -3,9 %.

L'activité de médecine est impactée par le développement de l'offre de soins de la Clinique Ste-Clotilde.

Le service de gériatrie est confronté à une saturation des structures d'aval et doit faire face au besoin d'un SSR gériatrique.

Gastro-entérologie : augmentation du nombre de vacations en endoscopie en septembre 2015. L'activité de la gastro en ambulatoire continue de progresser en 2016.

Neurologie : Augmentation d'activité suite à la mise en œuvre de la fiche action en octobre 2015 visant en une extension de 4 à 6 lits de l'USINV et en la création d'un espace de dégagement des patients USINV en attente d'une place en neurologie UNV.

Rhumatologie : fermeture des 4 lits d'HC en juin 2015 et transfert en Neurologie suite à la fiche action.

Hématologie : Départ d'un PH non remplacé en juillet 2015. Effectif médical incomplet depuis juillet 2015. Ouverture d'une HDS de 2 lits en septembre 2015.

Diabétologie : fermetures exceptionnelles de 6 lits en HS(UF2331) de 4 lits en HC diabéto (UF 2330) et de 2 lits en HC pied (UF 2332).

Site sud :

Neurologie :

Le service maintient un niveau d'activité global stable par rapport à 2015 mais avec des évolutions différentes entre les UF : recul d'activité en HC et en UNV compensé en nombre d'entrées par un fort développement de l'HDJ.

Pédiatrie : l'activité est très variable d'une année à l'autre et surtout très dépendante d'épidémies virales.

Hémato-oncologie :

L'activité du pôle est portée vers le haut notamment grâce au développement de l'activité de Soins Intensifs (+74 %) et de l'Unité Protégée (+23,8 %).

L'unité protégée (UPPA) a été en travaux de réhabilitation puis a été ouverte le 7 mars 2016.

Addictologie :

-Passage de 8 à 15 lits depuis le 10 août 2015, date de départ de la Psychiatrie du site de St Louis
-Depuis 2016, fonctionnement sur les 7 jours de la semaine (patients restant le week-end) contrairement à un fonctionnement uniquement en semaine l'an dernier. Ceci a provoqué un allongement de la DMS.

-Depuis 2016, prise en charge des sevrages complexes et aigus (patients avec des taux de sévérité et DMS plus importantes).

Hépatogastro-entérologie :

- Les entrées d'hospitalisation complète (HC) et d'hospitalisation de jour (HJ) sont en hausse respectivement de 6,4 % et 30 %.

- Le service prévoit une augmentation de son activité ambulatoire tout en poursuivant ses autres prises en charge étant donné les données démographiques (vieillesse et augmentation de la population).

Endocrino-diabétologie :

- L'HJ inclut le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) créé le 1er août 2015 sur 2 lits.

Pneumologie :

Une activité d'enregistrement nocturne du sommeil (ENR) a été démarrée sur 3 lits distincts dédiés (augmentation capacitaire) dans le service de Pneumologie, création d'UF au 1^{er} janvier 2016

Hôpital de St Joseph :

Baisse de l'activité en HC de gériatrie (-1,6 %) et de médecine polyvalente (-6,9 %) mais retour à la hausse de l'activité d'HJ (+25,3 %).

Cardiologie :

L'activité HDJ connaît une progression importante (+20 % de séjours) en raison des liens avec le SSR. A noter, que le secteur cardio HC augmente son activité (+1 % des entrées) alors que le nombre de lits moyens en 2016 est de 21 contre 23,7 en 2015. La DMS a donc diminué de -0,3 jour. Le service ne bénéficie plus des 4 lits mis à disposition auparavant par l'ORL.

Hyperbarie :

L'hôpital de semaine d'hyperbarie connaît une hausse de +19 % liée essentiellement aux greffes de peau.

Réanimation : on note une baisse de 11 % des séjours en réanimation polyvalente. La comparaison par rapport à 2015 est cependant faussée sur une partie de l'année du fait de l'ouverture de l'USC (premier trimestre des patients USC en Réa).

Le taux d'occupation de 87% est élevé pour une réanimation.

Difficultés du service :

Le service est confronté à la problématique de lits d'aval (absence de prise en charge des patients post réanimation avec retour à domicile).

Patients lourds : 67 % de sévérités 3 et 4 en réanimation (contre une moyenne nationale de 45 %)

Médecine Cilaos : le nombre d'entrées baisse mais le TO s'améliore (+1, 5 point) avec la prise en charge de patients plus lourds (allongement de la DMS : +1,6 jour).

Néphrologie : l'activité d'hospitalisation complète de néphrologie est en hausse par rapport à 2015, le pôle n'étant pas confronté cette année au problème des patients étrangers qui présentaient des durées de séjour extrêmement élevée, faute de solution d'hébergement. En 2015, 2 patients sont en effet, restés très longtemps (4 et 6 mois) ce qui a allongé la DMS de l'unité. A fin septembre 2016, la situation est redevenue un peu plus stable.

➤ **Evolutions en Chirurgie : entrées (+3,32 %), journées (+2,99 %), DMS/IEP stable et Taux d'occupation (+1 point).**

Site sud :

Chirurgie des spécialités :

Le service enregistre un recul d'activité (-6% des entrées) à fin septembre 2016 qui concerne l'ophtalmologie et la stomatologie.

Neurochirurgie: Le service enregistre une hausse d'activité à fin septembre en réduisant sa DMS de 0,6 jour.

Disciplines chirurgicales et Anesthésiologie (UCA incluses) :

Le pôle enregistre +4.7% d'entrées à fin sept 2016, soit +325 entrées. La hausse d'activité concerne essentiellement l'UCA (+13.6% soit +324 entrées par rapport à 2015).

Orthopédie : +4% entrées

Le développement de l'ambulatoire est important +9 % et se poursuivra dans les prochains mois.

Urologie : - 0, 7% entrées ; TO : 65,9 % (-2,8 points)

Développement de l'activité UCA.

Il est noté des difficultés d'optimisation du lithotriteur en raison de la présence 15 jours par mois et des nombreuses pannes (report des interventions).

Par ailleurs, ce service subit une forte concurrence du privé.

Chirurgie vasculaire & thoracique :- 10 % entrées ; TO : 71, 4 (+12.9 points)

La baisse d'activité peut s'expliquer par des mouvements au sein de l'équipe médicale : 2 nouveaux PH vasculaire et PH vasculaire thoracique sont en disponibilité. L'arrivée d'un assistant a été actée en novembre 2016.)

Le TO s'améliore (+12 points) ceci en parallèle de l'allongement de la DMS due à des patients plus lourds.

Chirurgie ambulatoire : +12,3 % entrées

La réorganisation des locaux a conduit à une forte augmentation des entrées. Cette nouvelle organisation a été mise en place afin de favoriser les rotations sur les lits projets

➤ **Evolutions en Obstétrique : entrées (+3,98 %), journées (+4,13 %), DMS/IEP stable et Taux d'occupation (+3 points).**

L'obstétrique présente des hausses importantes de son activité tout en maintenant une DMS stable.

Il est à noter que le service de gynécologie (IVG incluses) obstétrique du sud est en cours de restructuration. Un impact positif est attendu sur l'activité. Il est à noter la fermeture de 3 lits en orthogénie à compter du 1^{er} aout 2016.

En conclusion, les disciplines de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO) le nombre d'entrées stable et celui des journées évolue positivement (+1,88%).
--

➤ **Evolutions en Soins de Suite et de réadaptation (SSR) : entrées (-0,31 %), journées (-7,51 %), DMS/IEP (-0,2 jour) et taux d'occupation stable.**

Site nord :

Médecine Physique et de Réadaptation : des difficultés existent quant au niveau de l'effectif médical en 2015 et 2016 (effectif non complet suite congés maladies,...)

Site sud :

Médecine Physique et Réadaptation: sur les -595 entrées, l'HDJ enregistre un recul de 492 entrées (-13,1%) par rapport à la même période en 2015.

Cardiologie SSR : +30 % entrées

➤ **Evolutions en Psychiatrie : entrées (-12,85%), journées (-0,25%), DMS/IEP stable et Taux d'occupation (-1 point).**

Suite au déménagement de la Psychiatrie du site de St Louis vers le site de St Pierre depuis août 2015, l'augmentation de la capacité a été de 7 lits sur deux unités. Le changement de la direction de pôle intervenu mi-2016, conduit aujourd'hui à restructurer cette activité.

➤ **Evolutions en Long séjour : entrées (-7,32 %), journées (+0,16 %), DMS/IEP (+9,7 jours) et taux d'occupation stable.**

USLD : +25% des entrées

Des réflexions sont en cours sur l'évolution capacitaire, les mises aux normes du service et l'accueil des personnes de moins de 60 ans.

EHPAD de St Joseph : -31,8 % des entrées

EHPAD de St Louis : +18,2 % des entrées

➤ **Evolutions des séances : entrées (+4,11 %)**

Séances	DONNEES D'HEBERGEMENT													
	Nb Lits installés			Nb ENTREES				Nb JOURNEES				Tx. Occup. cumulé		
	2016	2015	%	cumul		%	cumul		%					
	LIBELLE POLE	moy.	moy.	Evol	2016	2015	Evol.	2016	2015	Evol.	2016	2015		
Dialyses (adulte + enfant)	38	38	0,00%	→	15 906	15 627	1,79%	↗	15 906	15 627	1,79%	↗	88%	88%
Hémato-Oncologie	2	2	0,00%	→	11 523	10 948	5,25%	↗	11 523	10 948	5,25%	↗		
Pneumo-Gastro				→	1 278	963	32,71%	↗	1 278	963	32,71%	↗		
Hyperbarie	6	6	0,00%	→	1 793	1 759	1,93%	↗	1 793	1 759	1,93%	↗		
TOTAL ETABLISSEMENT	46	46	0,00%	→	30 500	29 297	4,11%	↗	30 500	29 297	4,11%	↗		

Les séances de dialyse sont en progression de +1,79 % sur l'ensemble des deux sites.

Sur le site nord, la séparation physique de l'hémodialyse adulte et enfant a été réalisée en 2015. Le site sud est le seul centre de repli dans le sud et les pathologies des patients sont, d'ailleurs de plus en plus sévères. Il est précisé que le TO tient compte des 2 rotations de patients par jour.

Les séances en Hémato-Oncologie augmentent de +5,25 %. L'activité de séances d'hémato-oncologie qui se déroule sur les places de l'HJ d'hémato-oncologie est en progression.

En radiothérapie :

Les séances de curiethérapie et d'irradiations sont en hausse. En outre, de nouvelles techniques de traitement telles que le RapidArc (décembre 2014), la curiethérapie vaginale par HDR (haut débit de dose), la stéréotaxie cérébrale (octobre 2015) et la curiethérapie utérivaginale (17/10/2016) ont été mises en place mais le service souffre encore de l'image négative qui lui a été attribuée suite à sa fermeture du 17/05/2013 au 10/10/2013. L'activité du service est en bonne voie mais n'a pas encore retrouvé son niveau d'avant la fermeture (année 2011, année de référence).

Les séances Hyperbarie réalisées en hôpital de jour présentent une hausse de +31 %.

B) Données d'activité PMSI de Janvier à Septembre 2016

Données portant sur le total CHU

	2016	2015	Evolution
Séjours HC	52 773	51 911	1,7 %
HDJ	23 356	23 199	0,7 %
Chimiothérapie	6 606	6 672	-1,0 %
Radiothérapie	8 283	7 726	8,6 %
Radiothér. Hospit	392	263	
Dialyses (séances)	15 804	15 563	1,3 %
Dialyses (Hospit)	2 460	2 465	
RUM	126 492	125 314	0,9 %
RSS	106 822	105 071	1,7 %

Données portant sur le nord

	2016	2015	Evolution
Séjours HC	22 106	21 805	1,4 %
HDJ	9 572	9 283	3,1 %
Chimiothérapie	2 340	2 807	-16,6 %
Dialyses (séances)	8 483	8 377	0,1 %
Dialyses (Hospit)	1 441	1 534	
RUM	53 777	53 830	-0,1 %
RSS	42 501	42 272	0,5 %

Données portant sur le sud

	2016	2015	Evolution
Séjours HC	30 667	30 106	1,9 %
HDJ	13 784	13 916	-0,9 %
Chimiothérapie Kc	4 266	3 865	10,4 %
Radiothérapie	8 283	7 726	8,6 %
Radiothér. Hospit	392	263	
Dialyses (séances)	7 321	7 186	2,7 %
Dialyses (Hospit)	1 019	931	
RUM	72 715	71 484	1,7 %
RSS	64 321	62 799	2,4 %

II - Les recettes et les dépenses à fin septembre 2016

A) Les recettes

L'exécution des recettes au 30 Aout 2016 montre une quasi stabilité à septembre 2016 (-,015%) par rapport à septembre 2015, mais les éléments attendus laissent envisager au final une progression de 5 M€ par rapport à l'EPRD qui était fixé à 672,7 M€ (soit +0,7%) et de + 2% fin 2016 par rapport à 2015 (677,9 M€ de recettes prévues fin 2016).

	2015 (CF)	M8-2015	M8-2016	Prev 2016	Evol M9
Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie	517 234 090	344 386 839	349 199 059	536 053 712	1,40%
Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière	63 272 206	35 033 268	31 139 342	60 742 915	-11,11%
Titre 3 : Autres produits	84 154 121	30 985 841	29 440 489	81 132 684	-4,99%
TOTAL DES PRODUITS	664 660 417	410 405 948	409 778 890	677 929 311	-0,15%

LES RECETTES DU TITRE 1

Les produits versés par l'assurance maladie sont en évolution de +1,40 % par rapport à M9-2015. Cette évolution positive est à mettre au crédit des recettes T2A.

Les dotations

La 1ere notification de l'ARS en date du 17 Aout 2017 est en deçà de l'EPRD initial et une 2eme notification est attendue prochainement.

	EPRD initial	Notification ARS	Produits constatés d'avance	Produits attendus non notifiés	Prévu 2016
Forfaits annuels	8 159 600	8 752 232			8 752 232
Dotation annuelle de financement	40 640 257	40 407 929			40 407 929
Dotations MIGAC	54 797 126	42 885 985	2 978 630	8 932 511	54 797 126
Fonds d'intervention régional	35 370 683	33 631 164	360 875	1 378 644	35 370 683

Si les forfaits annuels (Forfait Accueil aux urgences, Prélèvement d'organes et Greffe) augmentent de 0,6 M€, les efforts d'économies en DAF (SSR et psychiatrie) sont reconduites et se traduisent par une diminution de 0,24 M€.

Les crédits attendus concernent la reconduction de mesures telles que : rémunération des internes, les registres épidémiologiques, l'observatoire des grands prématurés, les activités de recours et de référence, l'accompagnement du cyclotron ...

Un abondement de la dotation pour les dépenses de médicaments sous ATU est également attendu en raison de la forte augmentation de la consommation de ces médicaments strictement encadrés.

Les recettes T2A

Les recettes GHS progressent de manière significative en 2016 soit +3,67 % pour les GHS et +29,14 % pour les dispositifs médicaux implantables et enfin + 5,99 % pour les molécules onéreuses.

	M8 -2015	M8 -2016	taux Evolution
Forfait GHS + supplément	212 725 153	220 525 108,78	3,67 %
PO	191 915	121 057,30	-36,92 %
IVG	378 222	361 510,91	-4,42%
DMI séjour (DMI)	3 506 883	4 528 765,59	29,14%
Médicaments séjour (MO)	11 288 944	11 964 790,88	5,99%
TOTAL	228 091 116	237 501 233,46	4,13%

L'évolution des recettes GHS est liée à l'accroissement de l'activité.

	M8 -2015	M8 -2016	Evolution
Séjours transmis	93 517	94 974	1,56 %
Séjours non facturable à l'AM hors PO	3 326	3 124	-6,07 %
Séjours valorisés	89 152	90 836	1,89 %

Il convient de souligner que séjours et recettes n'évoluent pas dans les mêmes proportions en raison notamment de l'optimisation du codage. Les résultats de M8-2016 permettent au CHU d'envisager une réalisation supérieure au prévisionnel. Pour ce qui concerne les DMI et les MO, s'agissant d'un mécanisme de remboursement les augmentations de recettes s'accompagnent en parallèle d'une augmentation de dépenses. L'activité externe T2A connaît également une évolution positive à +15 % du fait de l'augmentation de l'activité et de l'amélioration de la facturation.

Type d'activité (en euros)	M8-2015	M8-2016	Taux evol.
Actes CCAM + NGAP	12 356 721	14 474 469	17,14 %
SE	198 429	220 265	11,00 %
ATU	1 349 273	1 260 779	-6,56 %
FTN	1 768 579	1 932 883	9,29 %
DMI ACE	0	109 376	
Activité Externe	15 673 003	17 997 773	14,83 %

Activité externes (nombre d'actes)	M8-2015	M8-2016	Evolution
Codes CCAM (Classification commune des Actes Médicaux)	100 617	113 392	12,70 %
lettres clé NGAP (Nomenclature Générale des actes professionnels)	11 858 788	13 185 193	11,18 %
Codes SE (Soins en environnement hospitalier)	2 605	2 920	12,09 %
ATU (Accueil et traitement des urgences)	43 427	45 707	5,25 %
FTN (forfaits technique équipements lourds)	8 406	9 076	7,97 %

Le titre 1 en recettes peut être augmenté de 5,1 M€ par rapport à l'EPRD. Cette évolution sera de + 19 M€ par rapport à 2015 (pour rappel la progression de 2015 par rapport à 2014 a été de + 15 M€). L'incidence positive du transfert du titre 2 de recettes vers le titre 1 pour la facturation des patients de Mayotte est encore à déterminer avec précision.

LES RECETTES DU TITRE 2

Les recettes de titre 2 sont fortement impactées par le nouveau mode de facturation des séjours des patients de Mayotte Pour rappel : ces séjours étaient facturés en titre 2 au tarif journalier de prestations. Depuis 2016 ils sont facturés en titre 1 au titre des GHS. Le titre 2 est donc mécaniquement diminué.

Ci-dessous l'évolution des principaux comptes impactés par le nouveau mode de facturation.

	Sept 2015	Sept 2016	Ecart	Evolution
Autres produits de l'activité hospitalière	35 033 268	31 139 342	-3 893 926	-11,11 %
Dont				
Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en charge par l'AM	22 100 025	14 647 831	-7 452 194	-33,72 %
Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'AM	1 598 157	1 287 967	-310 191	-19,41 %
Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM	3 494 728	3 240 231	-254 497	-7,28 %

Il faut dans le même temps souligner une augmentation des recettes Aide médicale Etat (AME) et Soins Urgents

	Effectif			Recettes AM		
	M8-2015	M8-2016	%	M8-2015	M8-2016	%
Nombre de séjours/séance en AME	236	649	175 %	2 161 107	3 903 826	81 %
Nombre de séjours/séance en SU		46			599 288	
				2 161 107	4 503 114	108 %

Cette forte augmentation permet de compenser en partie l'impact négatif de la facturation en T2A des séjours des patients de Mayotte.

La DM conduit à diminuer de 1 M€ les recettes prévisionnelles sur ce titre de recettes par rapport à l'EPRD. Ceci implique une diminution de près de 3 M€ par rapport au réalisé 2015. Des précisions sur les pertes de recettes liées au changement de tarification des patients de Mayotte seront apportées lors du RIA2 en février 2016, cet impact étant encore difficile à estimer puisque les instructions techniques pour ce changement de mode de tarification sont parvenues à l'établissement en juillet 2016. Un rappel de

facturation est donc engagé mais il n'est pas encore possible d'en estimer parfaitement les incidences en négatif ou en positif pour le titre 2.

LES RECETTES DU TITRE 3

L'exécution des recettes de titre 3 est retracée ci-après

		M9 2015	M9 2016	Ecart	%
	Autres produits	30 985 841	29 440 489	-1 545 352	-5%
	Dont				
70	Ventes de produits fabriqués, prestations de services,	2 918 762	3 062 983	144 222	5%
7071	Rétrocession de médicaments	17 002 211	16 867 110	-135 101	-1%
74	Subventions d'exploitation et participations (sauf 7471)	1 312 162	1 040 000	-272 162	-21%
75	Autres produits de gestion courante	1 934 721	2 423 234	488 513	25%
77	Produits exceptionnels (sauf 7722)	5 172 122	4 176 802	-995 320	-19%
RRCS2	Remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes	2 645 863	1 869 717	-776 146	-29%

L'exécution des recettes du titre 3 se situe en deçà du niveau de 2015 (81,1 M€ en 2016 versus 96,2 M€ en 2015) mais devrait être supérieure de 1 M€ à la prévision de l'EPRD. Ce titre évolue fortement en fin d'année lors de l'enregistrement des écritures de remboursement des budgets annexes et de reprises sur provisions. Les premières estimations des reprises à écrire permettent d'orienter la hausse du titre.

Cependant les aléas liés à la certification des comptes doivent conduire à la prudence et des précisions sur ces projections seront fournies en début d'année lors du RIA2 en février 2017.

Les évolutions notables des recettes du titre 3 à septembre concernent les postes suivants

	M9-2015	M9-2016	Ecart	%
S MAJ POUR CH PARTICULIERE	390 773,23	941 591	550 817,62	41%
S MAD DE PERSONNEL FACTURE	1 784 513,07	1 344 924,85	-439 588,22	-25%
REMBOURSEMENT REMUNERATIONS	2 645 863	1 869 717	-776 145,76	-29%

La majoration pour chambre particulière a été harmonisée et formalisée au cours du deuxième semestre 2015. En 2016 l'effet se traduit une augmentation de 41 %. Les écarts négatifs sur les deux autres postes de recettes traduisent un allongement des délais de traitement des dossiers, notamment des recettes de l'activité libérale et de formation promotionnelle.

La DM relative aux produits

Titre	PRODUITS	2015 CF	EPRD approuvé 2016	DM1	EPRD modifié DM1
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	517 234 090	530 913 459	5 140 253	536 053 712
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	63 272 205	61 742 915	-1 000 000	60 742 915
Titre 3	Autres produits	84 154 120	80 132 684	1 000 000	81 132 684
	TOTAL DES PRODUITS	664 660 417	672 789 058	5 140 253	677 929 311

B) Les dépenses

LES DEPENSES DU TITRE 1

L'EPRD 2016 a été élaboré avec une hypothèse d'évolution de 3 % par rapport à 2015. L'augmentation des dépenses de personnel dans la DM1 par rapport à l'EPRD est finalement de + 0,99 % soit +4,142 M€. La hausse totale annuelle par rapport à 2015 pour le titre 1 est donc de 3,99 % (c'est-à-dire une progression annuelle de 16,6 M€). Les évolutions sont de +3, 51 % pour le PNM et de + 5 ,5 % pour le PM. L'annexe 1 apporte des précisions pour ces dépenses par site.

Ces évaluations ont été réalisées par les directions DAM et DRH sur la paie de septembre 2016 avec prise en compte des 235 internes au semestre de novembre 2016 au lieu de 177 en mai 2016 et de l'impact du protocole PPCR (primes/point d'indice) pour le PNM.

Les dépenses de personnel médical

		M9-2015	M9-2016	Ecart	Evolution
621	Personnel extérieur à l'établissement	15 054	-861	-15 915	
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts)	1 563 976	1 657 483	93 507	5,98 %
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	1 267 999	1 382 173	114 174	9,00 %
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423,6425 et 6429)	7 185 936	7 608 102	422 167	5,87 %
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel	31 259 488	32 858 102	1 598 614	5,11 %
6422	Praticiens contractuels renouvelables de droit	216 282	329 760	113 478	52,47 %
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	10 129 372	10 624 676	495 304	4,89 %
6425	Permanences des soins	4 703 586	4 795 840	92 254	1,96 %
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical	16 206 727	17 104 704	897 977	5,54 %
648	Autres charges de personnel	-4 658	33 124	37 782	
		72 543 762	76 393 103	3 849 341	5,31 %

En année pleine le taux d'évolution des dépenses de personnel médical sera de 5,5 % par rapport à 2015 soit 5 M€ de plus qu'en 2015. L'augmentation du nombre d'internes explique 1 M€ de cette évolution. La mise en place de mesures nouvelles telles que la création de 3 postes de PU-PH, le renforcement de la chirurgie, de l'addictologie et de la cardio pédiatrie explique cette évolution l'autre part de cette évolution. En outre les extensions année pleine des mesures nouvelles décidées en 2015 entrent dans cette variation.

Les dépenses de personnel non médical

		M9-2015	M9-2016	Ecart	Evolution
621	Personnel extérieur à l'établissement	-20 000	23 606	43 606	
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6319)	4 833 890	4 930 370	96 480	2,00 %
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	8 479 713	8 647 769	168 056	1,98 %
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	1 332 001	1 794 481	462 480	34,72 %
6411	Personnel titulaire et stagiaire	129 683 423	134 923 560	5 240 138	4,04 %
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	2 947 712	3 163 932	216 220	7,34 %
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	30 931 987	30 638 738	-293 249	-0,95 %
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	40 120 873	40 689 673	568 801	1,42 %
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	2 409 063	2 363 732	-45 331	-1,88 %
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	317 993	261 429	-56 564	-17,79 %
		221 036 654	227 437 291	6 400 637	2,90 %

En année pleine le taux d'évolution des dépenses de personnel non médical sera de 3,51 % au lieu des 3 % prévus.

L'impact de l'extension en année pleine des recrutements de 2015 de 17,3 ETP soit près de 0,9 M€. Les recrutements de 2016 impactent les dépenses à hauteur de 18,4 ETP soit 1 M€. Parmi les mesures nouvelles mis en œuvre en 2016, 6 recrutements concernent le secteur de la recherche (4,5 ETP) et l'essentiel des autres recrutements concerne le secteur des soins. Le relèvement du point d'indice et les effets du plan de titularisation sont également à prendre en compte dans la variation de la masse salariale.

LES DEPENSES DU TITRE 2

		M9-2015	M9-2016	Ecart	Evolution
Titre 2	Charges à caractère médical	85 627 058	94 965 178	9 338 120	10,91 %
602	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	45 910 794	49 041 457	3 130 663	7 %
606	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	30 441 716	35 687 066	5 245 350	17 %
6072	Fournitures médicales	2 846 798	3 293 199	446 401	16 %
62	Sous-traitance générale	1 737 054	2 545 826	808 772	47 %
63	Locations à caractère médical	95 331	150 691	55 360	58 %
65	Entretiens et réparations de biens à caractère médical	4 595 366	4 246 939	-348 427	-8 %

Les dépenses du titre 2 sont en forte évolution par rapport à 2015 (+4,3M€ par rapport au compte financier 2015) et se traduisent par un dépassement de 7,5 M€ de l'EPRD initial. Le dépassement est réalisé en pharmacie, laboratoire et sous-traitance médicale, stabilité mais une baisse existe dans les autres secteurs.

Pharmacie

Les prévisions de dépenses de pharmacie sont augmentées de 7 M€ en lien avec l'activité. On note un fort taux de réalisation de ces dépenses mais ce rythme devrait se tasser pendant le dernier trimestre. En raison de délais d'acheminement, les commandes bateau passées en fin d'année concernent l'exercice suivant. Seules les commandes avion impacteront l'exercice en cours.

Pour les médicaments il faut mettre en lien l'augmentation des dépenses avec l'accroissement de l'activité +1, 9 % de séjours supplémentaires en M8. Les spécialités sous ATU devraient être compensées par une dotation MIG en fin d'année et par des gains en rétrocession.

On peut détailler pour exemple les éléments suivants :

- MON : en projection dec. 2016 : + 290 000 €
ALIMTA : +40 000 € 2016/2015 : AMM traitement de maintenance après une première ligne dans le cancer bronchique non à petite cellule
AVASTIN 100 mg et 400 mg : +22 0000 € : AMM traitement de maintenance cancer du sein (ESSAI IMELDA) : projet de sortie de la liste en sus, discussion programmée avec les prescripteurs
HALAVEN : + 30 000 € : AMM cancer du sein avancé ou métastatique à partir de la 1^o ligne

GHS : en projection dec. 2016 : +730 000 € :

KEYTRUDA : +40 000 euros : 1 patient qui a débuté-initié son traitement en métropole en réponse complète, financement MIGAC

OPDIVO : +66 0000 € : innovation thérapeutique majeure notamment dans le cancer bronchique non à petite cellules : gratuit de mai à décembre 2015 puis payant, financement MERRI

ABRAXANE : retenu comme protocole de référence devant le Folfirinox dans le cancer du pancréas (ASCO GI 2016) : +30 000 € : non inscrit liste en sus.

Pour les dispositifs médicaux, outre l'augmentation de l'activité, notamment celle retracée par la T2A (+29% en recettes), les techniques et dispositifs innovants participent au dépassement des crédits.

- l'augmentation de l'activité de dialyse ;
- l'extension des plages des blocs opératoires ;
- le recrutement de nouveaux chirurgiens ;
- la mission en chirurgie vasculaire, neuro radiologie et chirurgie ortho ;
- les changements de pratique avec bénéfice patient (diminution de risque) mais compensées dans certains cas par des économies en médicaments ;
- l'introduction de nouveaux produits après étude médico économique et compensée par des économies en médicaments ;
- l'introduction de produits innovants dans de nombreux secteurs.

Laboratoires

Les prévisions de dépenses pour le laboratoire se traduisent par un dépassement de 1 M€ de l'EPRD 2016.

Ce dépassement provient :

- de l'augmentation de la production de +4,5 0% entre aout 2015 et 2016 ;
- de l'évolution de la politique d'achat sur les réactifs (+17 % soit 0,5 M€). La première partie des nouveaux marchés de réactifs a été notifiée, la seconde est prévue fin 2016 ;
- de l'augmentation du coût patient en lien avec les contraintes COFRAC (augmentation des contrôles qualité par bornage des séries de patients, périodes probatoires des contrôles qualité).

Prestations médicales

Le recours à la société IMADIS a nettement augmenté en raison du nombre de poste vacants en Imagerie et de la difficulté à les pourvoir. Ainsi le coût d'IMADIS s'élevait à 66 360 € en 2014, 280 061 € en 2015 et sera environ de 520 000 € en 2016.

LES DEPENSES DU TITRE 3

Les dépenses du titre 3 devront être abondés de 3, 5M€ (soit un total de 71 M€) en décision modificative pour tenir compte du dépassement prévu en RIA1. La progression sera de 2 M€ par rapport à 2015 (l'EPRD 2016 ayant prévu une baisse sur le Titre 3).

Le compte « Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066) » a été augmenté de 0,6 M€.

Les Achats stockés et autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022) sont portées au même niveau que le CF 2015 avec +1,3 M€ dans la DM.

Les prévisions de dépenses pour les services extérieurs progressent à +1,7 ME dont 1,2 M€ pour la maintenance de logiciels non médicaux, notamment en raison d'un changement d'imputation comptable et d'un recours accru à de la sous traitance informatique.

		M9-2015	M9-2016	Ecart	Evolution
Titre 3	Charges hôtelières et générales	44 383 825	50 342 827	5 959 002	13,4 %
6012	Achats stockés de matières premières ou fournitures à caractère hôtelier et général	0			
602	Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	5 759 799	6 069 963	310 164	5,4 %
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	5 108 514	6 708 169	1 599 656	31,3 %
6072	Achats de marchandises à caractère hôtelier et général	0	0	0	
603	Variation des stocks (sauf 60311, 60321,60322 et 60371)	0	0	0	
61	Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	11 659 157	14 632 071	2 972 915	25,5 %
62	Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	21 870 255	22 908 205	1 037 950	4,7 %
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339)	50	7 474	7 424	
65	Autres charges de gestion courante	-13 951	16 943	30 894	
709	Rabais, remises et ristournes accordées par l'établissement	0			
71	Production stockée (ou déstockage)	0			

Maintenance informatique

Les dépenses informatiques sont en nette augmentation. L'analyse de cette évolution porte sur plusieurs points suite notamment aux opérations suivantes :

- 1/ Rectification d'imputation comptable : des dépenses improprement imputés en investissement sont en 2016 comptabilisés en exploitation : il s'agit de renouvellement annuel de licences : Citrix : 252 000€, Oracle : 270 000€, Microsoft : 400 000€ ;
- 2/ Début du transfert de bases de données sur le Data Center Régional (Logiprem, Sysmarché, Asset Plus, Crossway, Urqual, Pastel) : 340 000 € en 2016 soit 800 000 € en année pleine. Ces coûts sont susceptibles d'augmenter en lien avec les nombre

d'applicatifs transférés. Il n'y aura pas de baisse significative sur les prestations de maintien en condition opérationnelle à attendre, les serveurs et les bases locales étant maintenues ;

- 3/ Sous-traitance et prestations mises en œuvre lancées courant 2016.
 - o Maintien en condition opérationnelle infrastructure : 400 000 € soit 700 000 € en année pleine ;
 - o Maintien en condition opérationnelle des postes de travail (bureautique) 100 000 € soit 200 000 en année pleine ;
 - o o Contrat spécifique pour le suivi 24h/24h, 7j/7j pour diminuer le temps d'indisponibilité de l'applicatif Crossway en cas de problème : 30 000 €
 - o L'impact en 2017 de ces diverses prestations est de 860 000 € à 1 M€ si le nombre d'applicatifs transférés au data center régional augmente.

- 4/ Autres évolutions :

4.1/ Augmentation des dépenses de fournitures et consommables informatiques : augmentation du parc d'imprimantes couleurs pour les services médicaux (labo, stérilisation, pharmacie...) ;

4.2/ Liaisons spécialisés : forte augmentation du au changement d'imputation comptable des coûts des liaisons ADSL et R2S (transfert du H6284 au H6261) ;

4.3/Téléphonie : une baisse est attendue par rapport à 2015 avec l'application des nouveaux tarifs de téléphonie mobile obtenus dans le cadre d'un marché régional. En 2017 la négociation d'un marché régional pour la téléphonie fixe est prévue et aura un impact plus important dans la diminution de cette dépense.

DTST Nord

La prévision de dépenses au 31/12/2016 dépasse le budget alloué à l'EPRD 2016, mais les montants se rapprochent des réalisations 2015.

H 62881 = le gardiennage augmenté suite au renforcement de Vigipirate avec 1 agent sécurité de plus 24/24 7 jours sur 7 (6 agents) +142 000 €

Maintenance et sécurité générale : + 300 000 € dont mise en conformité d'un bâtiment qui conduit à une dépense de 135 000 € , travaux sur ascenseurs 3 7 000 € et maintenance corrective SSI : 58 000 €

Désamiantage d'un pavillon = 83 000 €

DTST Sud

Les prévisions de dépenses pour la DTST Sud s'élèvent à 9M€ soit +1,6 M€ de plus que l'EPRD 2016 dont 0,7 M€ de dépenses en charges exceptionnelles (H67) concernant des prestations de 2015 et 0,3 M€ pour des prestations de gardiennage (compte transféré de la gestion de la DAE vers celle de la DTST en 2016)

Le suivi des comptes attribués à la DTST dans le cadre de l'EPRD 2016 fait apparaître un dépassement provenant principalement de

- l'entretien des courants forts +0,250 M€ (maintenance corrective importante en 2016 pour les durites et compensation sous-effectif en électriciens),

- de la maintenance de la climatisation avec +0,3 M€
- et de la consommation en énergie électricité évaluée + 0,2 M€ par rapport à l'EPRD 2016.

L'entretien des courants faibles augmente du fait de nouveaux contrats de maintenance incendie incluant désormais les sites extérieurs

DAE

- Transport de biens prévu par la DAE en dépassement (**+ 0,821 M€ par rapport EPRD 2016**, + 0,529 M€ par rapport à 2015) lié à l'augmentation de volumes transportés et à la nature de la prestation comprenant désormais une température dirigée avec sonde afin de garantir la qualité des produits pharmaceutiques à la livraison. La fonction transport en cours d'analyse par le contrôleur de gestion de la cellule achat ;
- Transports divers : +0,268 M€ par rapport à l'EPRD 2016 et au constaté 2015
 Transport de produits de laboratoires entre les sites du sud : le changement de prestataire en raison d'insatisfaction de la qualité du service rendu par le précédent fournisseur a généré un surcoût de la prestation. Une régulation des appels à ce fournisseur est en cours de mise en place dans l'établissement
 Transport de bouteilles de 7 000€/mois supplémentaires liées aux nouveaux marchés de gaz, auparavant libellé dans le prix du gaz sur les comptes de pharmacie

Les autres explications de variation de dépenses :

- Les dépenses relatives aux produits alimentaires en 2016 seront au même niveau que ceux constatés en 2015 (donc supérieur à l'EPRD 2016 de près de 0,360 M€). Un suivi mensuel de ces dépenses au sein de la DAE est mis en place afin de les réduire progressivement.
- Les produits d'entretien sont en augmentation (+70 000 € par rapport à 2015 et + 0,211 M€ par rapport à EPRD 2016) malgré les rencontres réalisées avec le CLIN et la diminution du nombre de références et de lingettes. Les marges de manœuvre sont réduites dans un contexte de préparation à la certification V2014 HAS avec les visites prévues le 1^{er} semestre 2017.
- Les fournitures de bureau sont en augmentation (+60 000 € par rapport à 2015 et + 0,130 M€ par rapport à EPRD 2016). L'harmonisation des imprimés entre services est prévue au plan d'action achat pour un effet en 2017 à condition que des référents soient identifiés pour l'expression commune des besoins. Actions déjà en cours : diminution du nombre de cachets à chaque arrivée de médecins, enveloppes sans entête.
- Couches, alèses et habillements : 2016 sera réalisé au même niveau que 2015, pas d'économies possible
- Locations d'équipement non médicaux : location cuve/bouteilles de gaz supplémentaires 9 000 € /mois de plus et rajout de prestation de location de bacs roulants pour les déchets en 2016 qui conduit à + 52 000 € par rapport à 2015 à fin sept 2016.

- Transport des usagers : une baisse de 0,108 M€ est en revanche prévue pour ce poste de dépense
- Sous-traitance blanchisserie : infrastructure actuelle insuffisante pour répondre aux besoins de la cuisine, des EHPAD et de l'ensemble des sites sud. La restructuration de la blanchisserie n'est prévue que pour fin 2018.

LES DEPENSES DU TITRE 4

Il n'est pas prévu à ce stade de dépassement. Cependant ce titre peut évoluer lors de l'enregistrement de dépenses d'amortissement et de dotations aux provisions dont les éléments ne seront connus qu'en fin d'année.

Au total une prévision d'augmentation de dépenses de 15,2 M€ par rapport à l'EPRD (+4,1 M€ pour le titre 1, + 7,5 M€ pour le titre 2 et +3,6 M€ pour le titre 3) et une dégradation du résultat prévisionnel de 10,6 M€. En prévision, la progression fin 2016 sera de 19 M€ par rapport à 2015 (2,8%) dont 16,6 M€ pour le titre 1, 4,3 M€ pour le titre 2, 1,8 M€ pour le titre 3 et -3,6 M€ au titre 4)

La DM relative aux dépenses

Titre	Charges	2015 CF	EPRD approuvé 2016	DM1	EPRD modifié DM1
Titre 1	Charges de personnel	417 563 091	430 089 981	4 142 199	434 232 180
Titre 2	Charges à caractère médical	125 895 929	122 731 182	7 478 220	130 209 402
Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	69 185 340	67 480 874	3 593 064	71 073 938
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	72 228 108	68 576 387	0	68 576 387
	TOTAL DES CHARGES	684 872 469	688 878 424	15 213 483	704 091 907

BUDGETS DES EHPAD

Les mouvements de crédits proposés modifient le montant des chapitres limitatifs tel qu'ils ont été fixés dans l'EPRD précédemment adoptés mais ne changent ni le titre 1, ni leur résultat.

Tableau de financement

Le tableau de financement concerne les ressources et les dépenses d'investissement. Les ressources sont affectés par la dégradation du résultat (-26 M€) et par un recours prévisionnel à l'emprunt plus important.

A contrario en dépenses, le remboursement de dettes financière légèrement inférieur aux prévisions et le taux de réalisation des immobilisations conduisent à diminuer les prévisions de dépenses.

Chapitre	EPRD 2016 avant DM	Somme de Mandaté net	Taux de réalisation
H20	2 223 121,00	2 028 486,75	91%
H212	60 000,00	32 256,51	54%
H213	3 475 000,00	1 975 540,03	57%
H214	-	96 750,44	
H215	11 792 932,00	6 112 216,04	52%
H218	3 396 778,00	2 666 812,74	79%
H23	60 780 575,04	23 296 835,75	38%
Total général	81 728 406,04	36 208 898,26	44%

Au 30 septembre 2016, le taux de mandatement par rapport à l'EPRD 2016 est de 44 %.

Les opérations majeures ont été réalisées dans le calendrier prévu

- le Bâtiment soins critiques s'est vu mandaté un montant de 7,6 M€ soit 44 % du budget annuel. Le CHU envisage de mandater 15 M€ de plus pour cette opération en 2016.
- Sur le bâtiment central du site sud 4,4 M€ a été mandaté, ce qui représente 30 % du budget 2016. Il est prévu d'ici fin 2016 un mandatement supplémentaire de 3M€.
- le bâtiment SSR Tampon pour 4,1 M€ soit 92 % du budget annuel

Au vu du taux de mandatement le budget 2016 peut être réduit et porté à 70,38 M€, soit une baisse de 11,35 M€.

		EPRD Initial	DM	EPRD modifié
	Immobilisations	81 728 406,00	- 11 350 000,00	70 378 406,00
20	Immobilisations incorporelles (sauf 2095)	2 223 121,00		2 223 121,00
211	Terrains	-		-
212	Agencements et aménagements de terrains	60 000,00		60 000,00
213	Constructions sur sol propre	3 475 000,00		3 475 000,00
214	Constructions sur sol d'autrui	-	250 000,00	250 000,00
215	Installations techniques, matériel et outillage industriel	11 792 932,00	- 3 000 000,00	8 792 932,00
218	Autres immobilisations corporelles	3 396 778,00		3 396 778,00
23	Immobilisations en cours	60 780 575,00	- 8 600 000,00	52 180 575,00

La capacité d'autofinancement baisse de 10 M€, conséquence de l'actualisation du résultat prévisionnel du résultat principal. Le recours à l'emprunt est par ailleurs porté à 56 M€ soit 11 M€ de plus que prévu à l'EPRD initial

Ainsi l'ensemble des ressources sont portées dans l'EPRD DM1 est modifié de manière peu significative, alors que les emplois diminuent de 12 M€ ce qui implique un prélèvement de fonds de roulement de 7.8 M€ au lieu de 20,8 M€ à l'EPRD initial.

Emplois	Dernier EPRD approuvé	Décision modificative	EPRD modifié N°1
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE	0,00		0,00
Titre 1 : Remboursement des dettes financières	16 651 147,00	-750 182,87	15 900 964,13
Titre 2 : Immobilisations	81 728 406,00	-11 350 000,00	70 378 406,00
Titre 3 : Autres emplois	0,00		0,00
TOTAL DES EMPLOIS	98 379 553,00	-12 100 182,87	86 279 370,13
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	0,00		0,00
TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT	98 379 553,00		86 279 370,13

Ressources	Dernier EPRD approuvé	Décision modificative	EPRD modifié N°1
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE	28 601 472,01	-10 073 229,00	18 528 243,01
Titre 1 : Emprunts	45 000 000,00	11 000 000,00	56 000 000,00
Titre 2 : Dotations et subventions	4 008 459,00	-131 966,69	3 876 492,31
Titre 3 : Autres ressources	10 000,00	0,00	10 000,00
TOTAL DES RESSOURCES	77 619 931,01	294 804,31	78 414 735,32
PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT	20 759 621,99		7 864 634,81
TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT	98 379 553,00		86 279 370,13

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL PRINCIPAL

	CHARGES		PRODUITS		
	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	
Titre 1 : Charges de personnel	430 089 981,00	434 232 180,00	530 913 459,00	536 053 713,00	Titre 1 : Produits versés par l'assurance maladie
Titre 2 : Charges à caractère médical	122 731 182,00	130 209 402,00	61 742 915,00	60 742 915,00	Titre 2 : Autres produits de l'activité hospitalière
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier & général	67 480 874,00	71 073 938,00	80 132 684,00	81 132 684,00	Titre 3 : Autres produits
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	68 576 387,00	68 576 387,00			
TOTAL DES CHARGES	688 878 424,00	704 091 907,00	672 789 058,00	677 929 312,00	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	0,00	0,00	16 089 366,00	26 162 595,00	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL	688 878 424,00	704 091 907,00	688 878 424,00	704 091 907,00	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL

Tableau de passage du résultat prévisionnel à la CAF prévisionnelle

	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	0,00	0,00	16 089 365,99	26 162 594,99	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
valeur comptable des éléments d'actifs cédés	0,00	0,00	0,00	0,00	produits des cessions d'éléments d'actifs
dotations aux amortissements, dépréciations et aux provisions	57 699 947,00	57 699 947,00	894 068,00	894 068,00	quote part des subventions virée au résultat
			12 115 041,00	12 115 041,00	reprises sur amortissements, dépréciations et provisions
SOUS TOTAL 1	57 699 947,00	57 699 947,00	29 098 474,99	39 171 703,99	SOUS TOTAL 2
CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT (si 1-2>0)	28 601 472,01	18 528 243,01	0,00	0,00	INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT (si 1-2<0)

TABLEAU DE FINANCEMENT PREVISIONNEL

	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	
INSUFFISANCE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE	0,00	0,00	28 601 472,01	18 528 243,01	CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT PREVISIONNELLE
Titre 1 : Remboursement des dettes financières	16 651 147,00	15 900 964,13	45 000 000,00	56 000 000,00	Titre 1 : Emprunts
Titre 2 : Immobilisations	81 728 406,00	70 378 406,00	4 008 459,00	3 876 492,31	Titre 2 : Dotations et subventions
Titre 3 : Autres emplois	0,00	0,00	10 000,00	10 000,00	Titre 3 : Autres ressources
TOTAL DES EMPLOIS	98 379 553,00	86 279 370,13	77 619 931,01	78 414 735,32	TOTAL DES RESSOURCES
APPORT AU FONDS DE ROULEMENT	0,00	0,00	20 759 621,99	7 864 634,81	PRELEVEMENT SUR LE FONDS DE ROULEMENT
TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT	98 379 553,00	86 279 370,13	98 379 553,00	86 279 370,13	TOTAL EQUILIBRE DU TABLEAU DE FINANCEMENT

Lettres budgétaires : B

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	
Titre 1 : Charges de personnel	2 392 079,89	2 392 079,89	2 072 114,58	2 072 114,58	Titre 1 : Produits afférents aux soins
Titre 2 : Charges à caractère médical	98 440,77	98 440,77	378 416,00	378 416,00	Titre 2 : Produits afférents à la dépendance
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	708 203,72	708 203,72	818 724,00	818 724,00	Titre 3 : Produits de l'hébergement
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	70 530,19	70 530,19	0,00	0,00	Titre 4 : Autres produits
TOTAL DES CHARGES	3 269 254,57	3 269 254,57	3 269 254,58	3 269 254,58	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	0,01	0,01	0,00	0,00	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	3 269 254,58	3 269 254,58	3 269 254,58	3 269 254,58	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE

Lettres budgétaires : E

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	
Titre 1 : Charges de personnel	3 706 370,42	3 706 370,42	2 669 120,02	2 669 120,02	Titre 1 : Produits afférents aux soins
Titre 2 : Charges à caractère médical	353 670,99	353 670,99	766 609,00	766 609,00	Titre 2 : Produits afférents à la dépendance
Titre 3 : Charges à caractère hôtelier et général	1 901 930,74	1 901 930,74	3 017 744,00	3 017 744,00	Titre 3 : Produits de l'hébergement
Titre 4 : Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	521 227,87	521 227,87	29 727,00	29 727,00	Titre 4 : Autres produits
TOTAL DES CHARGES	6 483 200,02	6 483 200,02	6 483 200,02	6 483 200,02	TOTAL DES PRODUITS
RESULTAT PREVISIONNEL (EXCEDENT)	0,00	0,00	0,00	0,00	RESULTAT PREVISIONNEL (DEFICIT)
TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	6 483 200,02	6 483 200,02	6 483 200,02	6 483 200,02	TOTAL EQUILIBRE DU COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE

Lettre budgétaire : C

COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL ANNEXE	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	Dernier EPRD approuvé	EPRD modifié N°1	
Titre 1 : Charges de personnel	7 598 897,00	7 598 897,00	9 900 018,00	9 900 018,00	Titre 1 : Produits relatifs à l'activité d'enseignement
Titre 2 : Autres charges	3 812 587,00	3 812 587,00	1 511 466,00	1 511 466,00	Titre 2 : Autres produits
TOTAL DES CHARGES	11 411 484,00	11 411 484,00	11 411 484,00	11 411 484,00	TOTAL DES PRODUITS
REPORT A NOUVEAU DEFICITAIRE	0,00	0,00	0,00	0,00	REPORT A NOUVEAU EXCEDENTAIRE
TOTAL GENERAL DES CHARGES	11 411 484,00	11 411 484,00	11 411 484,00	11 411 484,00	TOTAL GENERAL DES PRODUITS

		CAA 2016 CHU de La Réunion					
Chapitres	CHARGES	Compte Financier 2015	Réalisé M9 2015	Réalisé M9 2016	EPRD 2016	DM 2016	EPRD + DM
Titre 1	Charges de personnel	417 563 091	293 580 416	303 830 394	430 089 981	4 142 199	434 232 180
621	Personnel extérieur à l'établissement	450 779	-4 946	22 745	467 687	21 151	488 838
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (administration des impôts) (sauf 6319)	8 759 096	6 397 865	6 587 853	8 831 093	322 325	9 153 418
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	13 483 487	9 747 713	10 029 943	13 801 936	193 815	13 995 751
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413,6415 et 6419)	1 847 692	1 332 001	1 794 481	1 914 280	566 031	2 480 311
6411	Personnel titulaire et stagiaire	181 524 990	129 683 423	134 923 560	188 626 343	1 084 475	189 710 818
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	4 023 817	2 947 712	3 163 932	4 139 450	115 587	4 255 037
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	42 583 148	30 931 987	30 638 738	42 809 436	-668 412	42 141 024
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423,6425 et 6429)	10 063 943	7 185 936	7 608 102	9 171 110	1 704 289	10 875 399
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel et hospitalo-universitaires titulaires	41 920 521	31 259 488	32 858 102	43 953 623	-149 112	43 804 511
6422	Praticiens à recrutement contractuel renouvelables de droit	285 399	216 282	329 760	429 243	1 469	430 712
6423	Praticiens à recrutement contractuel sans renouvellement de droit	13 880 134	10 129 372	10 624 676	14 010 355	518 055	14 528 410
6425	Permanences des soins	7 134 022	4 703 586	4 795 840	8 458 060	-1 243 143	7 214 917
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	64 984 653	40 120 873	40 689 673	66 444 186	703 915	67 148 101
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical (sauf 64529)	22 196 883	16 206 727	17 104 704	22 045 350	1 511 512	23 556 862
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	3 415 055	2 409 063	2 363 732	3 496 749	-48 830	3 447 919
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	1 009 473	313 335	294 552	1 491 080	-490 928	1 000 152
						0	
Titre 2	Charges à caractère médical	125 895 930	85 627 058	94 965 178	122 731 182	7 478 220	130 209 402
6021	Produits pharmaceutiques et produits à usage médical	59 028 507	45 910 794	49 041 457	57 028 506	4 000 000	61 028 506
6022	Fournitures, produits finis et petit matériel médical et médico-technique	40 220 901	30 441 716	35 687 066	39 220 902	3 000 000	42 220 902
6066	Fournitures médicales	3 562 684	2 846 798	3 293 199	3 562 683	0	3 562 683
	Variations des stocks à caractère médical (60311, 60321, 60322, 60371)	14 390 811			13 920 690	0	13 920 690
611	Sous-traitance générale	3 434 624	1 737 054	2 545 826	3 434 623	400 000	3 834 623
6131	Locations à caractère médical	72 471	95 331	150 691	72 471	78 220	150 691
6151	Entretiens et réparations de biens à caractère médical	5 185 933	4 595 366	4 246 939	5 491 307	0	5 491 307
						0	

Titre 3	Charges à caractère hôtelier et général	69 185 341	44 383 825	50 342 827	67 480 874	3 593 064	71 073 938
602	Achats stockés ; autres approvisionnements (sauf 6021 et 6022)	6 961 452	5 759 799	6 069 963	5 661 452	1 300 000	6 961 452
606	Achats non stockés de matières et fournitures (sauf 6066)	7 108 499	5 108 514	6 708 169	6 108 499	599 670	6 708 169
603	Variation des stocks (sauf 60311, 60321,60322 et 60371)	2 151 249			2 846 781	0	2 846 781
61	Services extérieurs (sauf 611, 6131, 6151 et 619)	12 938 678	11 659 157	14 632 072	12 938 678	1 693 394	14 632 072
62	Autres services extérieurs (sauf 621 et 629)	32 460 324	21 870 255	22 908 205	32 360 324	0	32 360 324
63	Impôts, taxes et versements assimilés (sauf 631, 6319, 633 et 6339)	15 221	50	7 474	15 221	0	15 221
65	Autres charges de gestion courante	7 549 919	-13 951	16 943	7 549 919	0	7 549 919
Titre 4	Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	72 228 109	8 584 424	7 219 522	68 576 387	0	68 576 387
66	Charges financières	5 479 359	3 032 040	2 373 614	5 479 360	0	5 479 360
67	Charges exceptionnelles	9 137 322	5 552 384	4 845 908	6 692 330	0	6 692 330
68	Dotations aux amortissements, dépréciations et provisions	57 611 427			56 404 697	0	56 404 697
	TOTAL DES CHARGES	684 872 471	432 175 723	456 357 922	688 878 424	15 213 483	704 091 907

Chapitres	PRODUITS	Compte Financier 2015	Réalisé M9 2015	Réalisé M9 2016	EPRD 2016	DM 2016	EPRD + DM
Titre 1	Produits versés par l'assurance maladie	517 234 090	344 386 839	349 199 059	530 913 459	5 140 253	536 053 712
73111	Produits de la tarification des séjours	327 790 778	213 295 289	221 007 677	339 322 683	4 177 317	343 000 000
73112	Produits des médicaments facturés en sus des séjours	17 421 614	11 288 944	11 964 791	18 031 370	0	18 031 370
73113	Produits des dispositifs médicaux facturés en sus des séjours	5 697 940	3 506 883	4 528 766	5 897 368	1 102 632	7 000 000
73114	Forfaits annuels	8 159 600	6 205 125	5 834 821	8 159 600	592 632	8 752 232
73117	Dotation annuelle de financement <i>dont produits attendus non notifiés (***)</i>	40 640 258	30 352 749	26 938 619	40 640 257	-232 328 232 327	40 407 929 232 327
73118	Dotations MIGAC <i>dont produits attendus non notifiés (***)</i>	54 038 802	36 292 095	36 531 417	54 797 126	0 8 882 511	54 797 126 8 882 511
7312	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	25 542 982	15 673 003	17 997 773	26 394 372	1 000 000	27 394 372
7471	Fonds d'intervention régional <i>dont produits attendus non notifiés (***)</i>	35 675 243	25 505 877	23 580 455	35 370 683	0	35 370 683
7722	Produits sur exercices antérieurs à la charge de l'assurance maladie	2 266 874	2 266 874	814 739	2 300 000	-1 500 000	800 000
Titre 2	Autres produits de l'activité hospitalière	63 272 206	35 033 268	31 139 342	61 742 915	-1 000 000	60 742 915
7321	Produits de la tarification en hospitalisation complète non pris en	38 707 550	22 100 025	14 647 831	36 575 183	-3 000 000	33 575 183

	charge par l'AM						
7322	Produits de la tarification en hospitalisation incomplète non pris en charge par l'AM	2 527 865	1 598 157	1 287 967	2 591 061	0	2 591 061
7323	Produits de la tarification en hospitalisation à domicile non pris en charge par l'AM	10 408	1 932	1 476		0	
7324	Produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique non pris en charge par l'AM	5 110 471	3 494 728	3 240 231	5 238 241	0	5 238 241
73271	Forfait journalier MCO	6 123 354	4 003 016	3 879 630	6 276 438	0	6 276 438
73272	Forfait journalier SSR	364 482	197 820	170 172	373 594	0	373 594
73273	Forfait journalier psychiatrie	275 805	137 768	149 661	282 700	0	282 700
733	Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	8 760 928	2 612 711	6 829 101	8 979 951	2 000 000	10 979 951
734	Prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement	1 390 973	886 842	933 066	1 425 747	0	1 425 747
735	Produits à la charge de l'Etat, collectivités territoriales et autres organismes publics	370	269	206		0	
Titre 3	Autres produits	84 154 121	30 985 841	28 332 937	80 132 684	1 000 000	81 132 684
70	Ventes de produits fabriqués, prestations de services, marchandises et produits des activités annexes (sauf 7071, 7087 et 709)	5 607 382	2 918 762	3 043 024	6 107 382	0	6 107 382
7071	Rétrocession de médicaments	23 494 394	17 002 211	16 101 237	23 809 229	1 000 000	24 809 229
7087	Remboursement de frais par les CRPA	2 805 402			2 665 401	0	2 665 401
74	Subventions d'exploitation et participations (sauf 7471)	3 282 142	1 312 162	1 040 000	1 280 823	0	1 280 823
75	Autres produits de gestion courante	5 883 839	1 934 721	2 116 126	5 928 743	0	5 928 743
76	Produits financiers	296		642	259	0	259
77	Produits exceptionnels (sauf 7722)	6 598 306	5 172 122	4 162 191	6 682 758	0	6 682 758
78	Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions	14 758 076			12 059 041	0	12 059 041
603	Variations de stocks à caractère médical (60311, 60321, 60322, 60371) (crédits)	0			13 920 715	0	13 920 715
603	Autres variations de stocks (sauf 60311, 60321, 60322, 60371) (crédits)	16 733 807			2 554 860	0	2 554 860
RRCS2	Remboursements sur rémunérations, charges sociales ou taxes (6419, 6429, 64519, 64529, 64719, 64729, 6489, 6319, 6339)	4 990 477	2 645 863	1 869 717	5 123 473	0	5 123 473
	TOTAL DES PRODUITS	664 660 417	410 405 948	408 671 337	672 789 058	4 640 253	677 929 311
		-20 212 054			-16 089 366		-26 162 596

Annexe : Le titre 1 par site.

Chaque site participe aux dépenses de T1 dites transversales c'est-à-dire non affectées spécifiquement à un site. Les dépenses communiquées ci-après intègrent ces dépenses transversales à hauteur de 4 M€ pour l'ensemble du CHU.

Personnel médical		CHFG			
		M9-2015	M9-2016	Ecart	%
621	Personnel extérieur à l'établissement	15 054	-861	-15 915	
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations	748 137	790 533	42 396	5,67%
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes)	570 721	636 872	66 152	11,59%
642	Rémunérations du personnel médical (sauf 6421, 6422, 6423, 6425 et 6429)	3 430 377	3 300 638	-129 739	-3,78%
6421	Praticiens hospitaliers temps plein et temps partiel	14 152 803	15 268 552	1 115 749	7,88%
6422	Praticiens contractuels renouvelables de droit	133 341	205 805	72 464	54,34%
6423	Praticiens contractuels sans renouvellement de droit	5 245 531	5 332 576	87 045	1,66%
6425	Permanences des soins	2 559 801	2 500 623	-59 178	-2,31%
6452	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel médical	7 639 461	8 061 275	421 814	5,52%
648	Autres charges de personnel	-8 537	-8 501	35	
		34 486 689	36 087 514	1 600 825	4,64%

GHSR			
M9-2015	M9-2016	Ecart	%
0		0	
815 839	866 950	51 111	6,26%
697 279	745 301	48 022	6,89%
3 755 559	4 307 464	551 905	14,70%
17 106 685	17 589 550	482 865	2,82%
82 941	123 954	41 014	49,45%
4 883 842	5 292 101	408 259	8,36%
2 143 785	2 295 216	151 431	7,06%
8 567 266	9 043 429	476 163	5,56%
3 878	41 625	37 747	
38 057 073	40 305 589	2 248 517	5,91%

	Personnel non médical	M9-2015	M9-2016	Ecart	%
621	Personnel extérieur à l'établissement	-20 000	23 606	43 606	
631	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations	2 190 348	2 195 718	5 370	0,25%
633	Impôts, taxes et versements assimilés sur rémunérations (autres organismes) (sauf 6339)	3 812 159	3 828 653	16 494	0,43%
641	Rémunérations du personnel non médical (sauf 6411, 6413, 6415 et 6419)	927 866	1 264 008	336 141	36,23%
6411	Personnel titulaire et stagiaire	56 298 880	58 529 433	2 230 553	3,96%
6413	Personnel sous contrats à durée indéterminée (CDI)	1 166 829	1 284 843	118 014	10,11%
6415	Personnel sous contrats à durée déterminée (CDD)	15 784 357	15 230 845	-553 512	-3,51%
6451	Charges de sécurité sociale et de prévoyance - personnel non médical (sauf 64519)	17 825 189	17 740 306	-84 883	-0,48%
6471	Autres charges sociales - personnel non médical (sauf 64719)	1 072 521	1 069 953	-2 568	-0,24%
648	Autres charges de personnel (sauf 6489)	298 417	253 476	-44 941	-15,06%
		99 356 565	101 420 839	2 064 273	2,08%

M9-2015	M9-2016	Ecart	%
0	0	0	
2 643 542	2 734 652	91 110	3,45%
4 667 555	4 819 117	151 562	3,25%
404 134	530 474	126 339	31,26%
73 384 543	76 394 127	3 009 585	4,10%
1 780 883	1 879 090	98 207	5,51%
15 147 630	15 407 893	260 263	1,72%
22 295 684	22 949 368	653 684	2,93%
1 336 542	1 293 779	-42 763	-3,20%
19 576	7 953	-11 623	-59,37%
121 680 089	126 016 453	4 336 364	3,56%

Les dépenses de personnel médical augmentent de plus 4,64 % au CHFG et de 5,91 % au GHSR soit une évolution de 5,31 % pour le CHU. Hors les charges liés aux internes, les dépenses des deux sites évoluent dans les mêmes proportions soit 5 %.

Le personnel non médical augmente également plus fortement au GHSR notamment pour le personnel titulaire et les CDD.

Il convient de souligner que les écritures de fin d'année des dépenses de personnel non médical peuvent être très significatives et propres à modifier les ratios d'évolution par site.

PIECES JOINTES N°7 :

Le 15 juin 2015,

Chers collègues du CHU de La Réunion,

Le comité technique d'établissement (CTE) et la commission médicale d'établissement (CME) du CHU se sont réunis ce lundi notamment pour examiner le contenu du « **Plan ONDAM 2015** », porté par le Gouvernement et prévoyant, au niveau national, la réalisation de 3 Milliards € d'économies sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Le Gouvernement incite, en outre, très fortement les établissements hospitaliers à amplifier le développement de leurs activités de chirurgie ambulatoire. Le CHU de La Réunion s'est déjà résolument engagé dans cette direction – qui représente une avancée en terme de qualité de la prise en charge de nos patients – et continuera à encourager les projets portés par nos équipes en ce sens.

Pour l'ensemble des hôpitaux, la mise en œuvre de ce plan se traduira également par la mise en œuvre d'un plafonnement de l'évolution de leur masse salariale notifié par l'Agence régionale de santé. Pour le CHU de La Réunion, cette notification devrait nous amener à contenir l'évolution annuelle de notre masse salariale entre + 2 et + 3 % (contre + 5 % en 2014).

La régulation de cette évolution nous amène à prendre un certain nombre de dispositions comme le principe de non-remplacement des départs sur les secteurs « hors soins ». Nous veillerons à l'équité dans la répartition de ces efforts pour contribuer à la consolidation des projets de notre jeune CHU. Ces efforts s'appliqueront donc aussi à la direction qui poursuivra et amplifiera ses démarches de réorganisations et de regroupements de fonctions.

Cette action contribuera à répondre au cadrage du plan ONDAM tout en respectant trois engagements essentiels :

- L'absence de suppressions nettes de postes à l'échelle du CHU ;
- La poursuite du développement de nos activités de soins grâce au levier des « fiches actions ». Celles-ci permettent de répondre aux projets d'activités nouvelles portés par les pôles du CHU et se traduisent par le déploiement de moyens complémentaires en personnel tout à fait significatifs ;
- La poursuite de la mise en œuvre des objectifs du projet social actuel avec l'engagement d'un programme de concours au niveau de ce qui a été opéré les années antérieures. Pour 2015, les engagements spécifiques pris pour certains secteurs seront tenus avec, par exemple, la mise en œuvre d'un concours pour les psychologues.

Le respect de ces engagements pourra être obtenu grâce à une évolution de la masse salariale certes régulée mais qui restera donc nettement positive en 2015.

L'ensemble de ces mesures sera, à nouveau, très prochainement examiné par le CTE.

Je voudrais souligner le fait que la mise en œuvre de ce plan ONDAM 2015 se traduit, **dans la plupart des CHU**, par des volumes très significatifs de suppressions de postes et de fermetures de services. De ce point de vue, la **situation du CHU de La Réunion** est donc particulière mais ceci s'explique très largement par l'activité significativement croissante connue depuis 2012 (+ 4 % par an en moyenne) afin de répondre aux besoins de santé eux-mêmes fortement croissants de la population réunionnaise dans un contexte de nécessaire poursuite du développement de l'offre de soins régionale.

Je suis conscient du caractère très exigeant, au quotidien, de l'exercice de vos métiers au service de la santé des Réunionnaises et des Réunionnais. Je veux donc vous dire que **nous continuerons résolument à mettre en œuvre les objectifs du projet social du CHU** qui visent à donner des perspectives positives pour l'évolution de vos carrières. Ce projet social a, en particulier, permis la mise en œuvre de plus de 1 100 stagiairisations / titularisations depuis la création du CHU. Nous aurons à être particulièrement attentifs pour que l'esprit du volet « petite enfance » de ce projet social soit également respecté à travers le déploiement, dès 2015, du Chèque emploi service universel qui permettra d'accompagner les professionnels de l'établissement en matière de garde d'enfant ou d'accompagnement d'un proche en situation de dépendance.

Mais il faut, dès à présent, donner une perspective pour la suite de cette dynamique, le projet social actuel venant à échéance à la fin de cette année 2015. C'est pourquoi, **nous avons engagé avec les partenaires sociaux, le 28 mai dernier, les travaux de préparation d'un nouveau projet social pour la période 2016-2019**. Ce projet poursuivra un objectif de sécurisation des parcours professionnels de celles et ceux qui font le choix de s'engager pour l'hôpital avec la poursuite de la dynamique de stagiairisations.

Cette dynamique s'accompagnera aussi de la mise en œuvre d'une **démarche d'allongements progressifs des durées de contrats pour les professionnels contractuels** : l'objectif est ici de mettre un terme à la pratique, encore trop répandue, de successions de contrats de durée très courte pour des professionnels qui ont pourtant fait la démonstration de leur valeur professionnelle.

Ce projet social permettra également **l'harmonisation des paramètres de gestion des ressources humaines entre les deux sites du CHU** : notation, régimes indemnitaires ou encore modalités de gestion des heures supplémentaires. Cette harmonisation donnera plus de lisibilité et d'équité à nos principes de gestion des ressources humaines à l'échelle du CHU. J'ai bien noté également les attentes fortes des partenaires sociaux sur l'insertion d'un volet prévention des risques psycho-sociaux et bien-être au travail dans ce projet social.

Comme c'est le cas pour le projet social actuel, ce nouveau projet social comportera **un volet relatif au personnel médical**. Il aura, en particulier, à aborder la question de la gestion du temps médical afin d'aider concrètement les médecins du CHU à répondre aux contraintes croissantes des missions de soins, d'enseignement et de recherche. Je sais, en

outre, que la question de l'accès à la formation constitue un enjeu majeur – auquel le dispositif de développement professionnel continu n'a pas encore permis de répondre suffisamment – et sur lequel le CHU de La Réunion aura à déployer une contribution complémentaire.

Les discussions viennent donc de s'engager sur tous ces sujets et je forme le vœu qu'elles puissent se concrétiser au cours des prochaines semaines. Nous ne manquerons pas de revenir vers vous pour vous informer de leur avancée.

Les contraintes budgétaires nationales et régionales actuelles n'empêcheront pas le CHU de La Réunion **de poursuivre résolument le développement de ses activités au service de la santé des Réunionnaises et des Réunionnais**. Les récentes inaugurations de l'Unité de chirurgie ambulatoire et du plateau d'endoscopies de Saint-Denis et du nouvel IRM de Saint-Pierre et de l'Unité de soins continus de Saint-Pierre témoignent de cette dynamique.

Vous avez, en outre, pu constater que nos opérations d'investissements structurants sont désormais très clairement engagées sur chacun des sites.

Vous comprenez donc que des perspectives fortes et positives sont clairement établies pour la poursuite de la construction de notre jeune CHU. Pour autant, nous avons bien conscience que des signaux sont attendus à très court terme pour accompagner les efforts exigeants que nous devons relever ensemble.

C'est pourquoi, **deux types de dispositifs exceptionnels seront mis en œuvre dès 2015 :**

- La mise en œuvre d'un **dispositif de déblocage anticipé sous forme monétaire de 400 000€ d'heures supplémentaires déjà provisionnées par le CHU**. Ce mécanisme, mis en œuvre au niveau des sites, s'appliquera aux secteurs ayant à répondre à des progressions significatives d'activité. Une note méthodologique vous sera communiquée à cet égard dans les prochains jours : l'objectif est de rendre ce dispositif applicable au plus tard sur la paye de ce mois de septembre ;

- **L'amplification des dispositifs d'accompagnement contractuel auprès des pôles cliniques et médico-techniques du CHU** qui, au-delà du maintien du soutien à l'enseignement (250.000€) et à la recherche (250.000€) en vigueur depuis 2013, comporteront de nouvelles modalités dans le cadre des avenants 2015 aux contrats de pôle. Tout d'abord, le CHU s'engage à soutenir les pôles afin de mettre en œuvre leurs projets d'amélioration continue de la qualité (à hauteur de 200.000€). Il s'agit ensuite d'encourager les pôles à contribuer à l'amélioration de la situation financière de l'établissement en considérant plus particulièrement l'évolution du résultat des activités cliniques, du coût des activités médico-techniques et de certains critères pour les pôles de santé publique et thérapeutique avec une dotation minimale à hauteur de 200.000€. Enfin, un dispositif de soutien financier aux pôles (250.000€) pourra être négocié au cas par cas et le cas échéant validé en vue de financer directement quelques projets en investissement ou en fonctionnement. Au total, ce sont au moins 1,15 M€ qui seront ainsi mobilisés au profit des pôles, afin de soutenir leurs projets, valoriser leurs résultats et leur participation à la mise en œuvre de la politique de l'établissement. Cette politique ambitieuse d'accompagnement des

pôles, afin de soutenir leurs projets, valoriser leurs résultats et leur participation à la mise en œuvre de la politique de l'établissement. Cette politique ambitieuse d'accompagnement des pôles traduit un signal de confiance et de responsabilité envers les responsables et l'encadrement, mais plus généralement envers tous les personnels médicaux et non médicaux, dont la participation au projet du pôle conditionne l'aboutissement des orientations stratégiques du CHU de La Réunion. C'est pourquoi, conformément aux principes de la **Charte du management et des relations professionnelles**, je serai particulièrement attentif à ce que ces moyens complémentaires alloués aux pôles s'accompagnent, dans chacun d'eux, d'une concertation approfondie associant le plus largement les professionnels du pôle dans l'information des crédits attribués et du choix de leur emploi.

Vous assurant de notre engagement à vos côtés, je vous prie d'agréer l'expression de ma considération respectueuse.

*Meu de votre
engagement*

Le Directeur général

David GRUSON



PIECES JOINTES N°8.1 :

Saint Denis, le 27 juin 2012

Délégation de la Réunion
Pôle Offre de Soins
Offre de soins hospitalière

Affaire suivie par : Caroline ALMARCHA
Courriel : caroline.almarcha@ars.sante.fr

Téléphone : 0262 93 94 60
Télécopie : 0262 93 95 95

Réf. : m 277 / ARS / 2012 / POJ / Di R

Objet : approbation EPRD – PGFP 2012

Monsieur le Directeur Général

CHU de la Réunion

11, rue de l'hôpital

97460 SAINT PAUL

Monsieur le Directeur Général,

Par mail reçu le 21 juin 2012 vous m'avez transmis l'Etat Prévisionnel de Dépenses et de Recettes (EPRD) et le Plan Global de Financement Pluri annuel (PGFP) du CHU de la Réunion pour l'exercice 2012. Il s'agit du premier EPRD du CHU de la Réunion, fusion du CHFG et du GHSR.

L'examen de votre EPRD appelle les observations suivantes :

Sur la forme :

Je note l'absence de transmission de votre proposition de tarifs de prestation. Par conséquent, je vous demande de m'adresser ces éléments dans les plus brefs délais. Les autres documents présentés sont conformes à la réglementation.

Au fond :

- les recettes augmentent globalement de + 0.68% :

Les recettes de titre 1 augmentent de + 1.31% par rapport à la somme des recettes de titre 1 enregistrées pour le CHFG et le GHSR en 2011. Elles intègrent des produits attendus non notifiés à hauteur de 8 951 006€ soit 775K€ en DAF (complément SSR pédiatrique sollicité) et 8 176K€ en MIGAC (reconduction de la dotation MIGAC fin 2011 sollicitée). Je vous rappelle que conformément aux dispositions de l'article D 6145-31 du code de la santé publique, l'approbation de l'EPRD incluant ce type d'écriture ne vaut pas engagement de notification par le DGARS. Concernant l'activité de SSR pédiatrique, une avance de 304K€ a été allouée fin 2011 et le besoin supplémentaire sera quantifié lors de la visite de conformité.

L'augmentation des recettes T2A (GHS + activité externe) estimée à 4.67% correspond à l'extrapolation des données du premier quadrimestre et reflète une politique volontariste de développement d'activité mais intègre également l'application du modèle de facturation AME aux assurés sociaux mahorais (GHS x 1.32%).

Comme rappelé dans mon courrier du 24 mai 2012 ce modèle de prise en charge des assurés sociaux mahorais dépend d'une décision nationale qui ne peut être validée localement.

Les recettes de titre 2 baissent de 12.02% ce qui correspond au changement de règles de facturation concernant les patients mahorais (arrêt de la facturation au tarif de prestation).

Les recettes de titre 3 augmentent de 6.76%. Cette augmentation résulte notamment du changement dans les modalités de financement de 4 MIG. Désormais les MIG PDSES, ETP, CPP et CDAG sont financées par une subvention du FIR (fond d'intervention régional). Il convient de noter l'inscription à ce titre de produits attendus non notifiés pour un montant de 6.67M€.

Comme pour les autres produits attendus non notifiés, la validation de l'EPRD ne vaut pas engagement de notification de la part de l'ARS à hauteur de ce montant. La notification des crédits au titre du FIR devrait intervenir en septembre 2012.

- les dépenses augmentent globalement de + 1.65% :

Ce résultat est principalement dû à l'évolution négative des titres 3 et 4 et à la quasi stabilité du titre 2.

Le titre 1 augmente de 5.05%, il prend en compte les recrutements liés au développement d'activité et l'impact annuel du protocole social. Sans tenir compte des modalités de rémunération des assurés sociaux de Mayotte sollicitée par l'établissement, les charges de personnel augmentent plus vite que les recettes d'activité. Par conséquent, je vous invite à plus grande prudence quant à l'évolution de ce titre de dépenses.

Le titre 2 est quasi stable avec une hausse de + 0.36%.

Le titre 3 baisse de - 1.46%. Ce résultat comprend à la fois des baisses liées au rapatriement de la réanimation de Saint Benoît et à la fin de certaines opérations mais également l'introduction de dépenses structurelles liées notamment aux nouveaux bâtiments.

Le titre 4 baisse de - 11.83%. Cette évolution correspond à la diminution substantielle des provisions pour risques et charges (diminution des provisions pour les assurés sociaux de Mayotte).

Cette situation aboutit à un résultat prévisionnel à l'équilibre pour l'exercice 2012 contre un excédent de 5.4M€ en 2011 (cumul CHFG et GHSR).

En ce qui concerne les comptes de résultats prévisionnels annexes (USLD, EHPAD et écoles), il est bien entendu qu'ils ne deviendront exécutoires qu'après notification des crédits du Conseil Général et du Conseil Régional.

Compte tenu de ces remarques, j'approuve avec réserves l'EPRD 2012 du CHU de la Réunion.

L'examen de votre PGFP appelle les observations suivantes :

Sur la forme :

Le PGFP tel que transmis est conforme au cadre réglementaire.

Au fond :

Le PGFP présente des résultats excédentaires à compter de 2013.

Les produits de l'activité évoluent en moyenne de 2.87% sur la période, les charges de personnel évoluent quant à elles de 1.91% dégagant ainsi une marge brute en augmentation sur la durée du PGFP.

Les taux d'évolution envisagés démontrent une volonté de poursuivre le développement d'activité tout en rationalisant les dépenses. Cependant, les hypothèses intègrent un accompagnement financier dans le cadre du plan Hôpital 2012 dont la décision n'est pas connue à ce jour.

Sur la période la CAF demeure supérieure aux remboursements des annuités d'emprunt. Cependant, l'établissement prélève son fond de roulement sur l'ensemble de la période.



L'établissement devrait enregistrer une trésorerie négative sur la période 2013-2014.

Cette situation s'accompagne également d'une dégradation de l'indépendance financière du CHU de la Réunion qui passera de 51% en 2012 à 60% en 2016.

Compte tenu de ces éléments, j'approuve le PGFP sous réserve d'un accord de financement dans le cadre d'hôpital 2012 et d'un examen approfondi du PPI dans le cadre de la négociation pour le CPOM 2013-2017.



La Directrice Générale,
Directrice de la Délégation
de l'île de la Réunion

S. COSIALS

PIECES JOINTES N°8.2 :

Saint Denis, le 11 septembre 2013

**Délégation de la Réunion
Pôle Offre de Soins
Offre de soins hospitalière**

Affaire suivie par : Boris SZKLARZ
Courriel : boris.szklarz@ars.sante.fr

Téléphone : 0262 93 94 07
Télécopie : 0262 93 95 95

Objet : EPRD 2013

Monsieur le Directeur Général

CHU de la Réunion

11, rue de l'hôpital

97460 SAINT PAUL

Monsieur le Directeur,

Par courrier réceptionné le 25 juillet 2013, vous m'avez transmis l'Etat Prévisionnel de Dépenses et de Recettes (EPRD) et le Plan Global de Financement Pluri annuel (PGFP) du Centre hospitalier Universitaire de La Réunion pour l'exercice 2013.

Ce nouvel EPRD intègre les éléments contenus dans mes courriers de notification de crédits pour l'exercice 2013 en date du 18 juin et 4 juillet dernier,

L'examen de votre EPRD appelle les observations suivantes :

Sur la forme :

Les documents transmis ne sont pas conformes à la réglementation. En effet, l'article R6145-10 du code de la santé publique prévoit que l'EPRD doit être transmis au DGARS selon un modèle fixé par arrêté (en m'occurrence l'arrêté du 10 avril 2013), Ce n'était pas le cas dans l'envoi réceptionné ce 25 juillet.

L'EPRD transmis n'est également pas accompagné des annexes prévues à l'article R6145-19 du code de la santé publique : il manque en particulier la proposition de tarifs de prestations servant de base à la participation du patient.

Je vous prie donc de bien vouloir me faire parvenir un EPRD conforme au modèle accompagné d'une proposition de tarifs de prestation.

Au fond :

- les recettes augmentent globalement de + 0.38 % :

Les recettes de titre 1 baissent de - 2.76 % par rapport à 2012.

Les recettes de titre 2 augmentent de 14.69 %. Je vous prie de bien vouloir m'expliquer l'origine de l'augmentation de 5 170 K€, entre 2013 et 2012 du compte 733 « Produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France ».

Les recettes de titre 3 augmentent de +8.44% en lien avec la subvention inscrite au titre du Fonds d'Intervention Régional

- les dépenses augmentent globalement de +1.66 % :

Les charges de personnel présentent une augmentation de 3.63%.

Les charges à caractère médical restent globalement stables (+0.13%).

Le titre 3 des dépenses évolue à la baisse de -1.73%. Cette évolution est notamment liée à la suppression du reversement de crédits au GCS TESIS.

Enfin, le titre 4 affiche une évolution négative de -4.25%. Cette évolution est notamment liée à un ajustement des dotations aux amortissements et aux provisions.

Cette situation aboutit à un résultat prévisionnel déficitaire à hauteur de – 3 702 597 € soit 0.62% du total des produits prévisionnels pour l'exercice 2013.

Je constate que l'EPRD fait état d'un montant de 11 939 313 € au titre des produits attendus non notifiés, je vous rappelle que l'approbation du budget dans globalité ne vaut pas engagement de notification de crédits.

Enfin, je note qu'il existe une différence de 3 000 € entre le montant de la dotation MIGAC, 45 160 624 €) notifiée à votre établissement dans mon courrier du 04 juillet dernier et le montant inscrit dans l'EPRD reçu (45 163 634€). Il s'agit là d'un des motifs de refus d'approbation d'un EPRD prévus par l'article D6145-31 du code de la santé publique. Toutefois, ce montant, 3 000 €, restant quasi insignifiant au regard des sommes évoquées (45 160 624 €), je ne m'oppose pas à l'approbation de l'EPRD. Je vous demande de bien vouloir m'expliquer ou corriger cette différence à l'occasion d'une prochaine décision modificative.

La Directrice Générale,

PIECES JOINTES N°8.3 :

Saint Denis, le 20 octobre 2014

Délégation de la Réunion
Pôle Offre de Soins
Offre de soins hospitalière
Affaire suivie par : Dominique AH-SON
Courriel : dominique.ah-son@ars.sante.fr
Téléphone : 0262 93 94 60
Télécopie : 0262 93 95 95

Monsieur le Directeur Général

CHU de la Réunion
Allée des Topazes
97405 Saint Denis Cedex

Objet : EPRD 2014

En réponse à vos précédentes transmissions, l'Etat des Prévisions de Dépenses et de Recettes (EPRD) actualisé, intégrant la notification daté du 2 juillet dernier, appelle les observations suivantes :

Sur la forme :

Les documents transmis ne sont pas conformes à la réglementation. En effet, l'article R6145-10 du code de la santé publique prévoit que l'EPRD doit être transmis au DGARS selon un modèle fixé par arrêté (en l'occurrence l'arrêté du 10 avril 2013), non respecté dans la transmission.

Par ailleurs, l'EPRD transmis n'est pas accompagné des annexes prévues à l'article R6145-19 du code de la santé publique. Il y manque le tableau prévisionnel des effectifs rémunérés et les propositions de tarifs de prestations servant de base à la participation du patient.

En conséquence, je vous prie donc de bien vouloir me faire parvenir un EPRD conforme au modèle réglementaire accompagné des pièces annexes susmentionnées.

Sur le fond :

L'EPRD de l'exercice 2014 du CHU est présenté avec un déficit prévisionnel de 4 996 182 €. Pour autant, les comptes de l'établissement permettent de générer une capacité d'autofinancement de 34,1M€.

Un prélèvement de 10,6M€ est opéré sur le fonds de roulement qui ramène ce dernier à un fonds de roulement prévisionnel au 31 décembre 2014 de 98 M€.

- **Par rapport au réalisé 2013, les recettes augmentent globalement de 1,23%**

Les recettes du titre 1 (Produits versés par l'assurance maladie) augmentent de 2,54%.

Les recettes du titre 2 (Autres produits de l'activité hospitalière) augmentent de 3,34%.

Les recettes du titre 3 diminuent de - 5,41%. Cette diminution de recettes s'explique notamment par des reprises de provisions moins importantes que celles effectuées en 2013 et par une prévision de diminution des produits exceptionnels.

Je constate qu'il est fait état d'un montant d'environ 9,9 M€ au titre de produits attendus non notifiés. Ce montant ne peut être retenu, la notification qui vous a été adressée était précise sur les crédits réservés au niveau régional et devant faire l'objet d'une allocation ultérieure. Il convient donc dès maintenant de ne pas prendre en compte dans votre exécution budgétaire, une prévision de recettes tout à fait incertaine et qui ne saurait engager ni votre établissement ni l'ARS.

Pour rappel, seules les mesures MIGAC suivantes restent à notifier au niveau régional, sans garantie d'une allocation intégrale au CHU, pour un total de 6 630 K€ : le financement des internes, des assistants partagées et des mesures relatives aux études médicales, la coopération internationale, et l'accès aux soins urgents à moins de 30 minutes.

De même, la notification initiale indiquait pour le FIR : « *En première notification, 50 238 688 € sont alloués aux établissements de santé, soit 96,30% des crédits inscrits au FIR. Le solde, dont la notification reste conditionnelle, pour 1 932 709 € correspond à des mesures réservées pour instruction ultérieure (plan de santé, soutiens ponctuels, mesures d'aide au fonctionnement...)* ».

Une notification complémentaire vous sera adressée dans les tous prochains jours, de même que la validation de certaines reconnaissances tarifaires.

- **Les prévisions de dépenses 2014 augmentent globalement de 1,95% par rapport à 2013.**

Les charges de personnel (Titre 1) augmentent de 4,02% soit une hausse significative semblant impacter davantage le personnel non médical que le personnel médical. Globalement cette augmentation serait majoritairement due à l'effet année pleine des recrutements intervenus en 2013.

Les charges à caractère médical (Titre 2) augmentent significativement passant de 100M€ à 109M€, soit une hausse de 8,41%. Cette progression des charges est due notamment à l'augmentation de la maintenance biomédicale en lien avec les nouveaux équipements et l'augmentation des dépenses des laboratoires et pharmacie.

Les charges à caractère hôtelier et général (Titre 3) progressent de 4,66%. Les principales hausses semblent se cantonner aux postes « services extérieurs et autres services extérieurs ». Il est demandé à l'établissement de produire une explication détaillée de l'évolution de ces deux postes.

Le titre 4 relatif aux charges d'amortissements, de provisions, financières reculent de - 19,76%. Cette baisse du titre 4 est due notamment aux réajustements des provisions en 2014 suite à une remise à niveau exceptionnelle en 2013 notamment pour faire face au chantier de fiabilisation des comptes en vue de la certification. La diminution du montant du titre 4 est liée également à la baisse sur les charges sur exercices antérieurs.

Cette situation aboutit à un résultat prévisionnel déficitaire de 4 996 183€, soit près de 0,80% de la totalité des produits prévisionnels pour 2014.

Hors titre 4, l'augmentation des charges restent très supérieur aux recettes, ce qui démontre que l'établissement n'est, cette année encore, pas entré dans une démarche d'ajustement résolu de ces dépenses aux produits.

Au regard de ces remarques, l'attention de l'établissement est en conséquence attirée sur la nécessité d'une vigilance plus marquée sur l'évolution de ses dépenses.

A défaut, il est à craindre un résultat plus sensiblement déficitaire que celui envisagé, traduisant une insuffisance de pilotage budgétaire de l'établissement, malgré des accompagnements régionaux conséquents et un programme d'investissement ambitieux.

La Directrice Générale,



Chantal de SINGLY

PIECES JOINTES N°8.4 :



Délégation de l'île de La Réunion
Pôle Offre de Soins

Affaire suivie par : Dominique AH SON
Et Union TOMAS Y REIG
Courriel : dominique.ah-son@ars.sante.fr
Téléphone : 02 62 93 94 60
Télécopie : 02 62 97 97 18

Le Directeur Général

A

Monsieur le Directeur Général
du Centre Hospitalier Régional
Allée des Topazes
CS 11021
97400 Saint Denis

Réf : 648 /ARS/DIR/POS/2015

LRAR n° 2C 09660349245

Monsieur le Directeur Général,

Par courrier du 29 juin 2015, vous avez transmis votre proposition d'EPRD et PGFP 2015. Ce document ne peut pas être déclaré complet conformément à l'article 6145-19 du CSP en l'absence des propositions concernant les tarifs de prestation. Toutefois, pour ne pas entraver la gestion de l'établissement, l'EPRD fait l'objet d'un examen. Je vous demande de me transmettre vos propositions de tarifs comportant le détail des calculs dans les plus brefs délais.

En référence aux articles R 6145-11, D 6145-31 (EPRD) listant les motifs réglementaires de refus et d'approbation, et en application de l'article D 6145-33 du code de la santé publique, l'examen de ce document appelle les commentaires suivants :

A - L'EPRD 2015 :

a) Sur la sincérité des dépenses et des recettes (art 6145-11 2°) :

- Conformité des prévisions de recettes des arrêtés de dotation (article D 6135-31 CSP 1° et dernier alinéa).

L'EPRD 2015 du CHR ayant été élaboré avant la transmission de la notification du DGARS. Les montants inscrits par l'établissement sont basés sur les bases reconductibles 2014 en DAF, FIR et MIGAC.

- sur la sincérité des recettes d'activité.

Pour ce qui concerne les recettes d'activité, celles prévues pour l'exercice 2015 comprennent une hausse des produits de la tarification des séjours de 3,40 %/compte financier 2014 (pour le cumul des comptes 73111, 7312 et 7722). Cette projection est supérieure à celle relevé sur les données EPMSI sur la période janvier à mai avec une valorisation MCO à +0,9 % /2014. Sachant qu'une variation d'activité de 1 % représente 3,5 millions d'euros de recettes pour le CHU.

Sur un plan global, le total des produits progresse de 0,81 % /compte financier 2015 ; cette faible progression est liée à une stagnation des dotations inscrites à l'EPRD 2015 et à une baisse des reprises sur provisions de 8 800 000 €/CF 2014. A cette diminution des provisions s'ajoute une disparition des produits financiers dont le montant 2014 était de 1 044 975 €.

Le montant des recettes inscrit à l'EPRD 2015 apparaît comme sincère au regard des données disponibles, toutefois un risque apparaît sur l'évolution de l'activité T2A qui pourrait avoir un impact notable sur le résultat de l'exercice 2015.

Il est rappelé qu'en application de l'article D 6145-31 du code de la santé publique, l'éventuelle approbation des propositions budgétaires ne vaut pas engagement de notification par le DGARS.

- sur la sincérité des dépenses.

En matière de charges du CRPP, je constate une évolution des charges de personnel de 3,24 % soit + 12 927 511 €/CF 2014, ce qui est légèrement supérieur au montant du cadrage de la masse salariale fixé par l'ARS pour 2015.

Il est rappelé à l'établissement que la maîtrise de la masse salariale est un élément essentiel pour un retour à l'équilibre de la structure.

- * Concernant les évolutions des charges du titre 2 soit 1,18 %/CF 2014, cette faible évolution est due à la constitution d'un stock important en 2014 pour un montant de 4,4 millions d'euros qui n'est pas reconduit en 2015.

Le titre 3 évolue pour sa part à la baisse de 2,59 %/CF 2014 liées pour l'essentiel à une renégociation du marché assurance et transit soit une économie de 2,2 millions d'euros pour ces deux marchés.

En fonction de l'ensemble de ces éléments, je considère que les prévisions de recettes et de dépenses ont été réalisées de manières sincères et réalistes.

b) Sur l'équilibre de l'EPRD (art 6145-11 1°) :

- Sur le CRPP :

Le CRPP est présenté avec un déficit prévisionnel de 7 827 889 € représentant 1,19 % des produits 2015. Ce résultat se dégrade depuis 2012 avec un creusement de ce déficit de 3 millions par an sur les trois derniers exercices.

Compte tenu des dépenses de personnel réelle sur le début de l'année 2015 dont la croissance est supérieure à 4%, le déficit 2015 pourrait être supérieur au prévisionnel.

Le montant du déficit est inférieur à 2,5 % des produits 2015 et ne justifie pas la mise en place d'un CREF. L'établissement a pris des mesures de maîtrise la masse salariale susceptible de stabiliser ce déficit.

Il convient de noter que la progression de recette prévisionnelles 0,18 %, conditionne le redressement du CHU à une maîtrise de l'évolution des charges de titre 1 à moins de 3 %/CF 2014.

- Sur le Compte de résultat des budgets annexes :

Les comptes de résultat des budgets annexes de l'USLD, des écoles et des deux EHPAD sont présentés à l'équilibre.

c) Le niveau de CAF (art 6145-11 3°) :

Le niveau de la CAF de l'établissement est de 32,2 millions € soit 4,81 %/produits en 2015.

Ce niveau de CAF permet de rembourser le capital des emprunts de 17 557 000 € et laisse une CAF nette de 14 709 445 €.

Il est à noter que le niveau de CAF permettant le financement des opérations prévues au PGFP est estimé par le CHU à 40 millions d'euros en moyenne dans son PGFP 2015-2019. Pour atteindre cet objectif le CHU doit avoir un CRPP à l'équilibre sur la période.

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

B - PGFP 2015-2019 :

a) Equilibre du CRPP du dernier exercice (art D 6145-67 1°) :

Le dernier exercice de votre PGFP se clôture sur un résultat en déséquilibre avec un déficit de 482 763 € soit -0,07 % des produits prévisionnels 2019. Cette diminution du déficit est conditionnée à un très net ralentissement du rythme de progression des charges (2,5 % entre 2015 et 2016 et de 2 % entre 2016 et 2017). Cet objectif est atteignable mais reste ambitieux et nécessitera sans doute une réflexion du centre hospitalier en terme d'optimisation de son organisation.

b) Compatibilité de l'évolution des résultats prévisionnels avec le maintien de l'équilibre ou le redressement de la situation (article D 6145-67 1°)

Le PGFP prévoit une évolution des résultats en amélioration jusqu'en 2019, le taux de marge brute passe durant cette période de 6,02%/produits 2015 à 7,24 %/produits en 2019. Le PGFP prévoit un retour transitoire à l'équilibre du budget H en 2018.

c) Compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement.

Le montant total des investissements prévus sur la période 2015-2019 est réparti selon la programmation annuelle suivante :

2015	2016	2017	2018	2019
66 481 732 €	84 689 306 €	77 936 453 €	43 012 760 €	36 760 000 €

Soit un total cumulé d'investissement sur la période 2015-2019 de 308 880 251 €.

Les éléments d'analyse financière sont par ailleurs les suivants :

Le taux d'endettement (encours de la dette sur les produits) est de 44,9 % à en 2017 ce qui est supportable sur le long terme.

Le taux d'indépendance financière atteint 57,72 % en 2017, ce qui est légèrement supérieur au maximum de 50 % prévu par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011.

La CAF actuelle de l'établissement est de 32,2 millions d'euros. Pour couvrir le plan de financement sur cette période, le PGFP prévoit une CAF à 38 millions d'euros en 2016 et à 39,7 millions en 2017 puis elle dépasse 40 millions en 2018 et 2019.

L'établissement a dans les trois derniers PGFP déposé, prévu des objectifs de redressement qui ne ce sont pas concrétisés dans les comptes financiers qui ont suivis.

La trésorerie reste négative sur toute la période mais connaît une amélioration entre 2015 et 2017.

Le résultat 2015 ne permet pas d'atteindre le niveau de CAF (40 millions), pourtant nécessaire au financement dans la durée des investissements inscrits au PGFP.

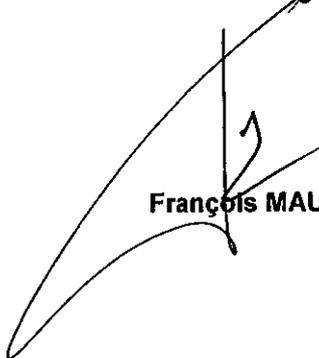
Le redressement annoncé, outre le fait qu'il n'est pas intervenu au cours des trois derniers exercices n'est pas étayé par un plan de réorganisation documenté.

Dans ce contexte, et pour éviter une remise en cause des projets d'investissements indispensables pour le CHU, j'approuve avec réserve ce PGFP. Toutefois, pour clarifier la trajectoire de redressement prévue par le CHU, il est indispensable que vous documentiez les mesures de réorganisation du personnel permettant de consolider les projections de réduction des déficits et d'amélioration de la CAF.

Ce travail est préparatoire à l'élaboration du dossier de demande d'accompagnement au COPERMO performance, condition d'un projet de financement capable d'assurer la pérennité financière du CHU sur le moyen terme.

Mes services, restent à votre disposition pour collaborer à ce dossier, sachant compter sur votre engagement, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de mes sentiments distingués.

Le Directeur Général de l'agence régionale de santé,


François MAURY

PIECES JOINTES N°8.5 :

DIRECTION DE L'ÎLE DE LA REUNION

Pôle Offre de Soins

Affaire suivie par : Audrey Verbard et Stéphane Courtois

Date : 25/05/2016

N° 318/ARS/DIR/POS/2016

RAR N° 2C 096 617 8188 4

Monsieur le Directeur Général
du Centre Hospitalier Universitaire
Allée des Topazes
CS 11021
97400 SAINT DENIS

Monsieur le Directeur Général,

Vous avez déposé dans mes services le 25 avril 2015 votre proposition d'EPRD 2016 et PGFP 2016-2020.

Sur le plan réglementaire, cette transmission appelle les remarques suivantes :

- L'article R 6145-29 du code de la santé publique prévoit pour l'année 2016 une transmission des documents au plus tard le 31 mars 2016. J'attire votre attention que conformément à l'article L 6145-2 le défaut de transmission à cette date réglementaire, le DGARS peut arrêter lui-même l'EPRD revêtant alors un caractère entièrement limitatif.
- Il est constaté que vos propositions de tarifs de prestations servant de base à la participation du patient sont inchangées depuis 2012. Je vous saurai gré de m'adresser l'état de répartition des charges par catégorie tarifaire relatif à ces propositions de tarifs conformément à l'article R 6145-19 du code de la santé publique.

Toutefois, pour ne pas entraver la gestion de l'établissement, l'EPRD fait l'objet d'un examen. En référence aux articles R 6145-11, D 6145-31 (EPRD) listant les motifs réglementaires de refus et d'approbation, et en application de l'article D 6145-33 du code de la santé publique, je vous prie de bien vouloir trouver ci-dessous, l'examen de votre EPRD et PGFP :

A - L'EPRD 2016 :

a) Sur la sincérité des dépenses et des recettes (art R 6145-11 2°) :

- Conformité des prévisions de recettes des arrêtés de dotation (article D 6145-31 CSP 1° et dernier alinéa).

Suite à la modification réglementaire, la présentation d'un EPRD en amont des notifications de dotations et forfaits doit conduire les établissements à faire preuve de prudence sur leurs prévisions.

Les montants inscrits par l'établissement sont conformes aux bases reconductibles 2015 en DAF, FIR et MIGAC.

J'attire votre attention que pour l'ensemble des dotations (DAF, MIGAC, FIR...), les prévisions doivent être intégrées en produits attendus non notifiés.

En outre, je vous rappelle que cette inscription de produits non notifiés ne vaut pas engagement par le DGARS conformément aux prescriptions du dernier alinéa de l'article D 6145-31 du code de la santé publique.

- sur la sincérité des recettes d'activité.
- Sur le titre 1 de produits

Une évolution à la hausse de 2,6% est annoncée pour les produits de titre 1. Celle-ci repose principalement sur une prévision d'augmentation des produits de la tarification à l'activité de l'ordre de 3,5% par rapport au compte financier 2015.

Le montant des recettes d'activité pour 2016 semble cohérent au regard des évolutions des dernières années. Par ailleurs, l'analyse des produits d'activité constatés sur les premiers mois de l'année ne permet d'attester de la prudence de cette prévision. L'établissement est invité à préciser l'impact de l'effet prix attendu dans le cadre du plan ONDAM et à justifier l'évolution des montants inscrits par champ MCO et type de séjours. Dans l'attente, cette prévision est validée avec réserve. En effet, un risque lié à l'évolution de l'activité T2A pourrait avoir un impact notable sur le résultat de l'exercice 2016.

- Sur le titre 2 de produits

L'établissement prévoit une diminution des recettes de Titre 2 de l'ordre de 1,5 M€ imputable à l'impact du passage de la facturation des patients de Mayotte en GHS. Cette incidence a déjà été évoquée lors de nos échanges passés néanmoins dans le cadre de l'instruction budgétaire, je vous invite à transmettre à mes services le détail du calcul de cet impact pour l'année 2016.

- sur la sincérité des dépenses.
- Sur le titre 1 de charges (charges de personnel)

En matière de charges du CRPP, il est proposé une évolution des charges de personnel de +3% entre 2015 et 2016, soit un surcoût de 12,5 M€. Je vous rappelle que la cible fixée dans le cadre du plan ONDAM était +2,5% par rapport à 2015. Cette augmentation constitue un dépassement de l'ordre de 10M€ de l'objectif cible du plan ONDAM d'un montant de 420 M€ pour l'année 2016.

	Compte anticipé 2015	Cible Plan ONDAM 2016	EPRD 2016	EPRD 2016/CF 2015	
TITRE 1 - Charges de personnel	417 563 091 €	420 000 000 €	430 089 981 €	12 526 890 €	3%

Cette prévision s'inscrit dans le cadre de mesures réglementaires et statutaires ainsi que la mise en œuvre de mesures nouvelles. Les éléments transmis lors des échanges avec l'établissement apportent les précisions suivantes :

- La prévision de 430 M€ est composée de 23% de charges pour le personnel médical et 77% de charges pour le personnel non médical.
- Concernant les charges de personnel médical : celles-ci augmentent de près de 3 M€ pour une variation de + 36 ETP dont 16 ETP d'internes et 7 ETP d'assistants. Cela implique une diminution du coût moyen d'un ETP de personnel médical en 2016.
- Concernant les charges de personnel non médical : celles-ci augmentent de près de 10 M€ dont l'effet prix correspondant à l'application de mesures réglementaires et statutaires (évolution de la valeur du point en juillet 2016, effet report en année pleine des recrutements effectués en 2015,...) représenterait plus de 7 M €. Le reliquat de 3 M€ correspondraient à la création de nouveaux postes et au coût de stagiairisation.

Je vous rappelle que la maîtrise de la masse salariale est un élément essentiel des engagements pris pour un retour à l'équilibre de la structure. L'évolution de la masse salariale devra être en adéquation avec l'évolution réelle de l'activité et limitée à l'objectif d'évolution des charges de titre 1 de l'ordre de 3%.

L'établissement est invité à justifier de façon plus précise ces évolutions. Dans cette attente la prévision de dépense du titre 1 est validée avec réserve.

- Sur le titre 2 de charges (charges à caractère médical)

L'EPRD prévoit une économie prévisionnelle d'un montant de 3,16 M€ par rapport au CF 2015, soit une diminution de 2,5 % reposant sur l'optimisation des achats de médicaments et de dispositifs médicaux.

- Sur le titre 3 de charges (charges à caractère hôtelier et général)

L'EPRD prévoit une diminution prévisionnelle d'un montant de 1,7 M€ par rapport au CF 2015, soit une baisse de 2,44 % lié à la souscription de nouveaux marchés permettant ainsi des efforts de maîtrise sur l'ensemble de ce titre.

- Sur le titre 4 de charges (Charges d'amortissement, de provisions et financières)

Les travaux en cours du processus de certification des comptes vont impacter le compte financier anticipé 2015. En effet, l'objectif de fiabilisation des comptes est bien de clarifier la situation financière de votre établissement notamment par l'intégration de durée d'amortissements conformes et des modes de calcul des créances selon les règles communes.

Dans l'attente de l'arrêt des comptes 2015, on constate une évolution de -9% du titre 4 entre le compte anticipé 2015 et l'EPRD 2016. Cette évolution est justifiée par l'établissement par une diminution des charges exceptionnelles que sont les restes à recouvrer et pour lesquels une action est menée en interne, ainsi que par une diminution des dotations aux provisions pour lesquelles un éclairage de l'établissement est attendu.

b) Sur l'équilibre de l'EPRD (art 6145-11 1°) :

- Sur le CRPP :

Le CRPP est présenté avec un déficit prévisionnel de 16 M€ représentant 2,4 % des produits 2016. Le montant prévisionnel de ce déficit est supérieur au seuil réglementaire de 2%. Compte tenu des observations susvisées concernant les dépenses et les recettes, le déficit 2016 pourrait être supérieur au prévisionnel.

J'attire votre attention sur le fait que ce critère caractérise la présence d'un déséquilibre financier conformément aux prescriptions de l'article D 6143-39 du code de la santé publique. Ce niveau de déficit, pouvant entraîner réglementairement la mise en œuvre d'un plan de redressement, confirme le bien-fondé des travaux préparatoires dans le cadre de l'inscription de votre établissement en COPERMO. Dans cette optique, ce résultat est donc approuvé avec réserve.

- Sur le Compte de résultat des budgets annexes :

Les comptes de résultat des budgets annexes de l'USLD, des écoles et des deux EHPAD sont présentés à l'équilibre.

c) Le niveau de CAF (art R 6145-11 3°) :

La prévision de la CAF de l'établissement pour 2016 s'élève à 28,6 M€ soit une augmentation de +5,8 M€ (+2,5%) par rapport à 2015. Cette évolution repose sur une augmentation de la marge brute de +3,4 M€ et la diminution des charges exceptionnelles. L'établissement est invité à apporter des éléments complémentaires quant à ce phénomène d'ores et déjà justifié par l'extinction des provisions des restes à recouvrer. L'amélioration de la CAF prévisionnel 2016 repose donc en partie sur des éléments conjoncturels.

Le montant de la CAF en 2016 permet le remboursement des dettes financières à hauteur de 17 M€ et laissant une CAF Nette de 12 M€.

La diminution de -20,8 M€ du fonds de roulement net global en 2016 va contribuer à dégrader l'insuffisance de fonds de roulement qui s'élève à -634 M€.

Par ailleurs, les besoins de trésorerie au 31/12/2016 atteignent -20,8 M€ en raison d'une sollicitation de financements à court terme envisagés par l'établissement durant l'exercice.

Cela conduit à une situation de trésorerie précaire pour l'établissement.

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.**

B - PGFP 2016-2020 :

a) Equilibre du CRPP du dernier exercice (art D 6145-67 1°) :

Le dernier exercice de votre PGFP en 2020 affiche un résultat en déséquilibre de 10,29 M€ soit 1,45 % des produits prévisionnels 2020. Ce résultat est en deçà du seuil réglementaire fixé par décret pris en application de l'article L 6143-30. Il est conditionné à un net ralentissement du rythme de la progression des charges du titre 1.

Cet objectif reste ambitieux compte tenu de la trajectoire financière actuelle de l'établissement et nécessitera sans doute une réflexion en termes d'optimisation des ressources (humaines et financières) de l'établissement.

En effet, l'exécution des derniers exercices fait apparaître la difficulté à laquelle fait face l'établissement à maîtriser ses charges de Titre 1 :

	2014		2015	
	EPRD	Réalisé	EPRD	Réalisé
Titre 1-Charges de personnel	394 137 933	398 871 194	411 798 706	417 563 091
Ecart Prévisionnel/Réalisé	4 733 261	1,19%	5 764 385	1,38%
Ecart Réalisé N/N-1	5,27%		4,69%	

b) Compatibilité de l'évolution des résultats prévisionnels avec le maintien de l'équilibre ou le redressement de la situation (article D 6145-67 1°)

Le PGFP prévoit une faible amélioration des résultats jusqu'en 2020 mais celui-ci reste négatif et inférieur à -10 M€.

De 2016 à 2018, l'indicateur du résultat sur les produits dépasse le seuil réglementaire des 2% justifiant la mise en place d'un plan de redressement.

Aussi, pour permettre une amélioration du résultat financier du CHU, il convient de limiter la progression des charges de titre 1 à un taux inférieur à celui de l'évolution des produits. Le différentiel de progression entre les deux grandes masses devrait atteindre 0,5 % (soit 3,5 M€ en volume) pour espérer un redressement sur trois exercices. Cet effort est déjà inscrit dans votre PGFP qui prévoit une progression de la masse salariale de 2 % en 2017 et 1 % en 2018.

c) Compatibilité des niveaux d'investissement ou d'endettement financier avec la situation financière de l'établissement.

Le montant total des investissements prévus sur la période 2016-2020 de 205,8 M€ est réparti selon la programmation annuelle suivante :

2016	2017	2018	2019	2020
67 240 886 €	65 426 053 €	34 198 960 €	24 403 000 €	14 538 500 €

Ces investissements sont financés par des recours à l'emprunt pour un montant de 150 M€ sur la période et par prélèvement au fond de roulement sur la période. Ces nouveaux prélèvements de fonds

de roulement vont dégrader l'insuffisance de fonds de roulement qui atteint déjà 634 M€ à la clôture de l'exercice 2015.

	Prévisions 2016	2017	2018	2019	2020
CAF	28 601 472 €	27 041 420 €	24 529 929 €	27 709 243 €	31 405 044 €
Remboursement dettes financières	16 651 147 €	18 433 311 €	21 522 465 €	21 161 133 €	31 103 904 €
Taux Caf	4,24%	3,96%	3,53%	3,94%	4,41%

Le niveau de la CAF de l'établissement stagne à 4 % sur la période. Le montant de la CAF permet le remboursement des dettes financières mais laisse une CAF nette quasi nulle sur la fin de période.

Les éléments d'analyse financière sont par ailleurs les suivants :

	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ratio indépendance financière	52%	56%	61%	63%	64%	63%
Durée apparente de la dette	10,23	9,15	10,85	12,10	10,42	8,76
L'encours de la dette	35%	39%	43%	43%	41%	39%

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.

C – TARIFS DE PRESTATIONS :

Vos propositions de tarifs de prestations étant inchangées, l'arrêté en date 13 février 2012 reste en vigueur.

Néanmoins, je vous invite à m'adresser l'état de répartition des charges par catégorie tarifaire relatif à ces propositions de tarifs conformément à l'article R 6145-19 du code de la santé publique.

Mes services, restent à votre disposition pour collaborer à ce dossier. Sachant compter sur votre engagement, je vous prie d'agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de ma parfaite considération.

**Le Directeur Général
de l'Agence de santé Océan Indien**

Le Directeur Général

François MAURY

PIECES JOINTES N°9 :

l'agence
GBO

Octobre 2015 / Octobre 2016

Prestations Agence GBO CHU Réunion

Veille stratégique et monitoring e-reputation :

- Contrat 1 : Du 1^{er} octobre 2015 au 29 février 2016
- Contrat 2 : du 1^{er} au 31 mars 2016
- Contrat 3 : du 1^{er} avril 2016 au 31 janvier 2017

Renforcement de la veille stratégique (du 1^{er} février au 10 mars 2016)

Mise à disposition d'un consultant, d'un senior manager et d'un directeur pour interface avec la presse (du 18 janvier au 29 février 2016)

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
- ✓ Via la technologie Digimind

Revue de
presse
quotidienne

Type de livrable : envoi d'un courriel

Objet : revue de presse recensant les articles collectés et qualifiés sur les mots-clés et thématiques de la veille CHU-GHER

Destinataires : mr Calenge, mme Boyer, mme Cosials, mr Goyon

Périodicité : quotidienne (jours ouvrés)

no-reply@digimind.com
À moi

28 sept. (il y a 5 jours)

IRVE[®]

Revue de presse **CHU-GHER**

Cher **Bruno**,

Vous avez de nouvelles mentions (Seulement sauvegardées) pour le topic **CHU de La Réunion / GHER**.
Vous pouvez lire plus de news [ici](#).

Santé: les médicaments génériques utilisés depuis 20 ans à La Réunion - LINFO.re - La Réunion, Santé

Invité du JT de 12H30 d'Antenne Réunion, Jean-Xavier Bello, directeur Santé de la COSS Réunion faisait le point sur la consommation de médicaments génériques à La Réunion. [Lire la suite](#) »
#CHUGHER2 #ARS OR #CHUDELA REUNION

Source : [Linfo](#) | Rang : 6 | Sentiment : Neutre

Réseaux sociaux et secret professionnel

D'autres exemples de d'arapages sur les réseaux sociaux existent: aux Etats-Unis, au début de 2015, une infirmière a été congédiée parce qu'elle a annoncé sur son Twitter la naissance et le prénom de l'enfant d'une actrice célèbre qui souhaitait la discrétion autour de son accouchement. [Lire la suite](#) »
#FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE #CHUGHER2

Source : [Cadresante](#) | Rang : 4 | Sentiment : Neutre

Des gisements importants dans les achats hospitaliers

En interne, l'IdAe est de recenser le rôle des acheteurs sur des missions stratégiques, essentiellement sur l'amont, c'est-à-dire l'optimisation des besoins. [Lire la suite](#) »
#FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIERE #CHUGHER2

Source : [Cadresante](#) | Rang : 4 | Sentiment : Neutre

Un partenariat renforcé entre la Clinique Les Tamarins et le CHU de La Réunion - reunion.orange.fr/actu/reunion... Lire la suite »
#CHUGHER2 #CHUDELA REUNION

Source : [Twitter](#) | Rang : 6 | Sentiment : Positif

[freedom.fr/la-clinique-les-tam... Lire la suite](#) »
#CHUGHER2

Source : [Twitter](#) | Rang : 3 | Sentiment : Positif

Journées Internationales de la non-violence : demandez le programme ! - réunion - actu - Orange Réunion

Ecole Internationale Soufie de La Réunion [Lire la suite](#) »
#PREFECTURE DE LA REUNION #CHUGHER2

Source : [Reunion Orange](#) | Rang : 10 | Sentiment : Neutre

Le réseau Les Tamarins et le CHU élisent une convention pour

Livrables : alertes e-réputation

alerte e-
reputation

Type de livrable : envoi d'un courriel

Objet : envoi automatisé par la plateforme de veille d'une alerte dès la collecte d'articles contenant un mot-clé sensible

Destinataires : mr Calenge, mme Boyer

Périodicité : à la détection d'articles contenant un mot clé sensible (7j/7)

Nouvelles mentions Digimind Social pour le topic CHU de La Réunion / GHER

ds-newsletter@digimind.com <ds-newsletter@digimind.com>
À : bfianjaha@lagencegbo.com

17 août 2016 à 14:15



Alerte e-reputation CHU-GHER

Cher **Bruno**,

Vous avez de nouvelles mentions dans **Twitter, Facebook, News et Google+** contenant "CHU Réunion" OR "erreur médicale" OR "Lionel Calenge" OR FSEI OR "Fiche d'évènements indésirables" OR GHER OR "Groupe hospitalier Est Réunion" pour le topic CHU de La Réunion / GHER. Vous pouvez lire plus de news [ici](#).

RT @zinfoslive: **GHER** : Un partenariat avec la gendarmerie pour renforcer la sécurité des... | #zinfos974 zinfos974.com/GHER-Un-partenar... <https://t...>
[Lire la suite »](#)

CHU-GHER1 GHER

Source : Twitter | Rang : 1

Note
d'étonnement

Type de livrable : envoi d'un courriel

Objet : envoi d'un courriel si le veilleur détecte sur un nouveau sujet qui pourrait potentiellement nuire à la réputation du CHU-GHER

Destinataire : mme Boyer

Périodicité : à la détection d'articles jugés potentiellement néfastes pour le CHU-GHER

Alerte veille CHU-GHER - Courrier des lecteurs de la CGTR-GHER



Bruno Fianjaha <brianjaha@lagencegbo.com>

9 févr. ☆



À Frederique, lionel.calenge, david.gruson, Christophe, Hayat ▾

Bonsoir,

La CGTR GHER vient de publier un courrier des lecteurs très critique envers le directeur du GHER et sa gestion de l'établissement sur le site de Zinfos974.

- http://www.zinfos974.com/Lettre-ouverte-de-la-CGTR-GHER-a-la-direction-du-CHU_a97403.html?utm_source=dlvr.it&utm_medium=twitter

Pour l'instant ce courrier n'a pas généré de commentaires. Ce courrier pourrait être potentiellement repris demain dans les deux quotidiens (le précédent courrier de la CGTR Santé envers le directeur du CHU pas été repris par les autres médias).

Cordialement,

-

Bruno Fianjaha

l'agence


Plateforme de veille Digimind

Type de livrable : Accès sécurisée à la plateforme de veille Digimind et aux dashboards « CHU-GHER » et « e-reputation CHU-GHER »

Objet : Accès aux articles collectés et qualifiés pour le veille CHU-GHER.
Possibilité d'accéder :

aux archives de la veille CHU-GHER

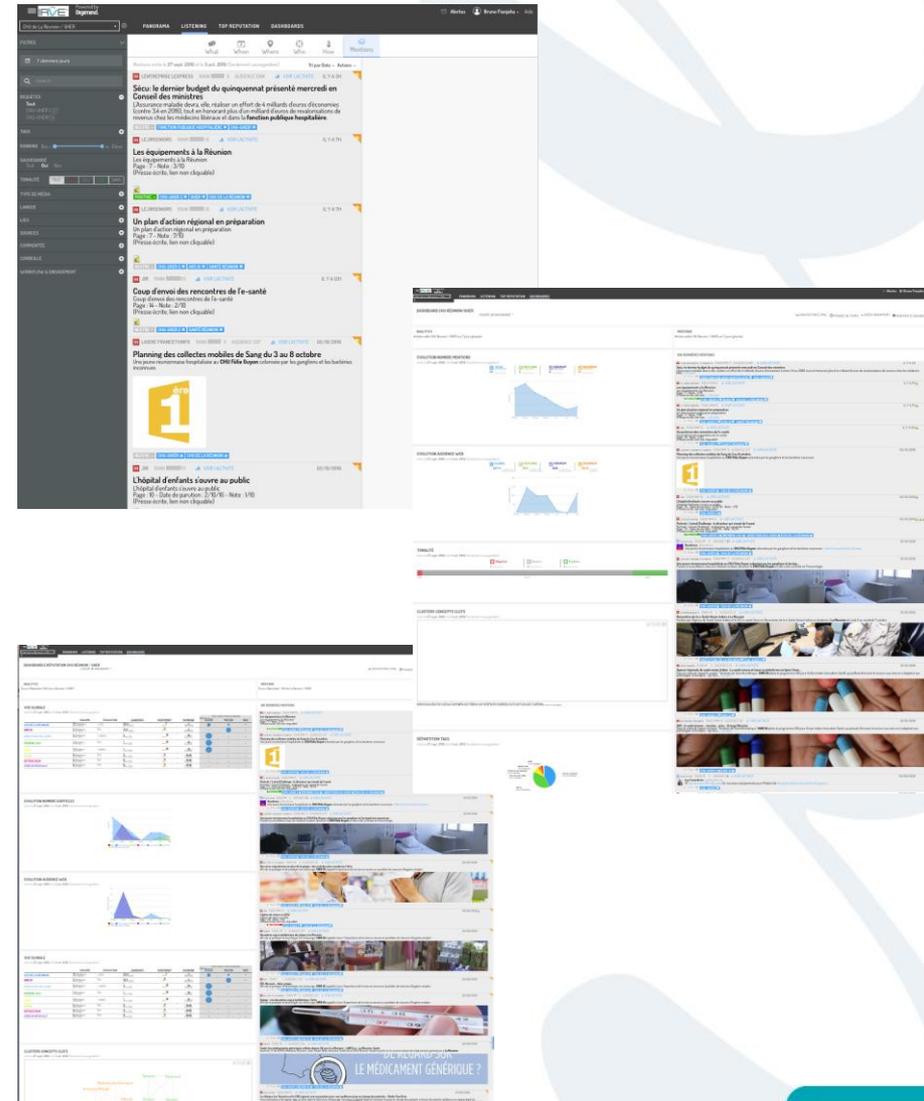
des analyses quantitatives et qualitatives des articles collectés

Dashboard « CHU-GHER », pour avoir une vision d'ensemble des articles paru sur les thématiques intéressant le CHU-GHER

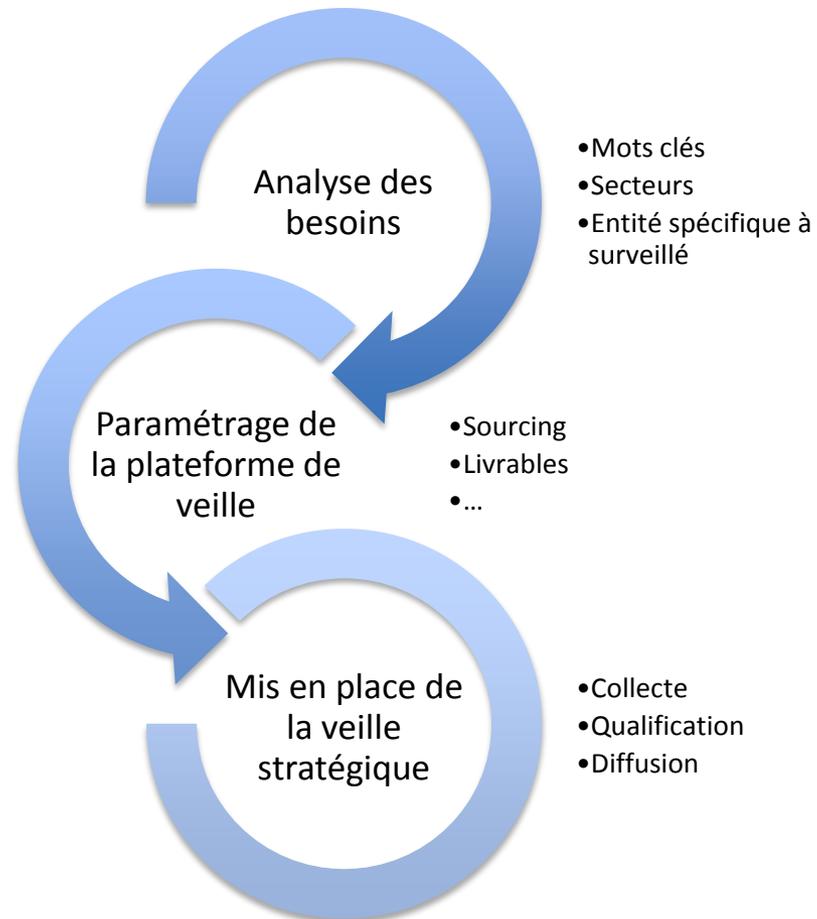
Dashboard « e-reputation CHU-GHER », pour avoir une vision d'ensemble des articles concernant directement le CHU-GHER

Destinataire : mme Boyer

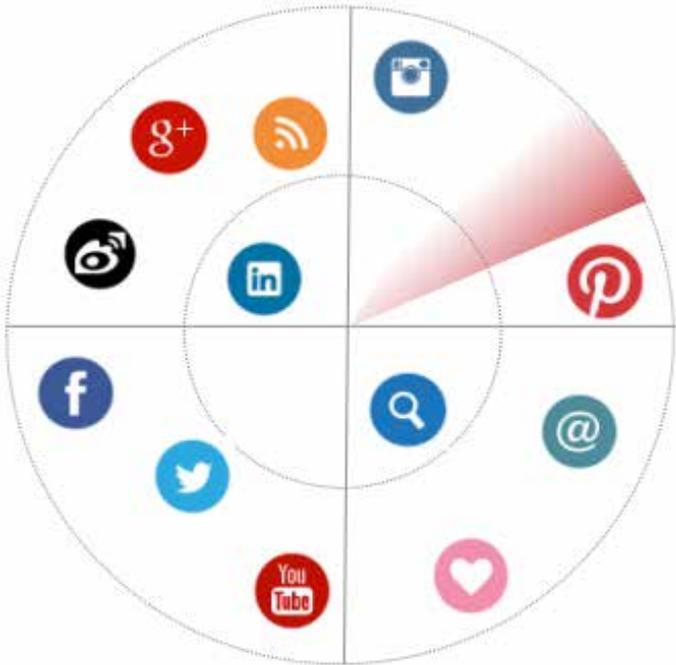
Périodicité : 7j/7



La méthodologie employée



Le périmètre de veille



- ✓ Une quarantaine de mots-clés en liens avec :
 - ✓ L'actualité du CHU-Réunion
 - ✓ Le secteur de la santé à la Réunion
 - ✓ Les projets hospitalo-universitaires.

- ✓ Sources:
 - ✓ News : digitale et presses papiers Réunion
 - ✓ Blog
 - ✓ Web
 - ✓ Forum
 - ✓ Réseau sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn, Google+, Instagram, Pinterest, etc)
 - ✓ Plateforme vidéo (Youtube, Dailymotion)

- ✓ Localisation
 - ✓ Réunion
 - ✓ France
 - ✓ Zone OI (Comores, Madagascar, Maurice, Mayotte., Seychelles)
 - ✓ Autres

- ✓ Multilingue
 - ✓ Français
 - ✓ Anglais
 - ✓ Langues OI

➔ Plus de 110 000 sources web spécifiques qualifiées, avec une focalisation sur les sources réunionnaises et OI (+ de 300 sources réunionnaises)



Négative

4 mentions



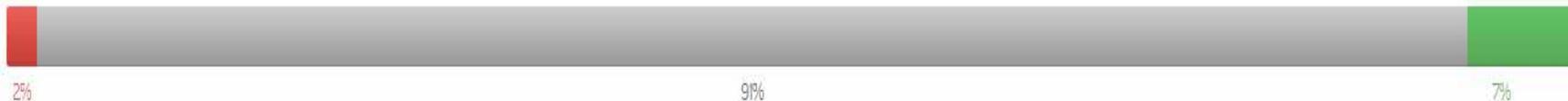
Neutre

191 mentions



Positive

15 mentions



Exemple analyse de tonalité (19/01 au 28/02)



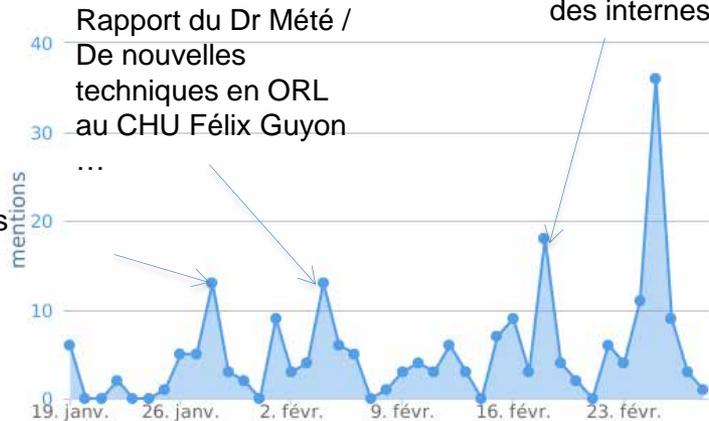
Exemple analyse de sujets clés (19/01 au 28/02)

TOTAL
mentions
210 mentions

MINIMUM
Par jour
0 mentions

MOYENNE
Par jour
5 mentions

MAXIMUM
Par jour
36 mentions



Article de ZINFOS 974 sur la Franc Maçonnerie au sein du CHU-GHER

news



twitter



forum



web



facebook



blogs

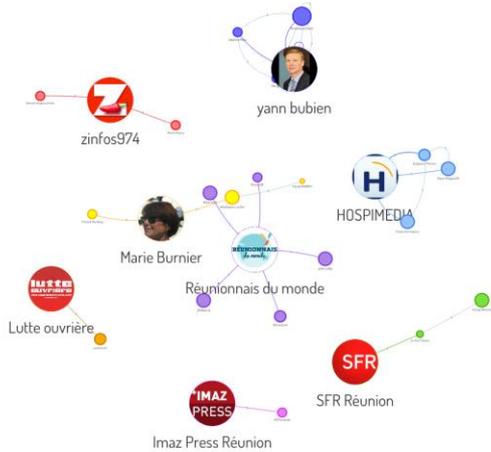


google+

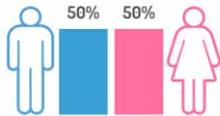


Exemple Analyse de volumétrie (19/01 au 28/02)

Exemple Analyse de sources CHU (19/01 au 28/02)



GENRE



LANGUES

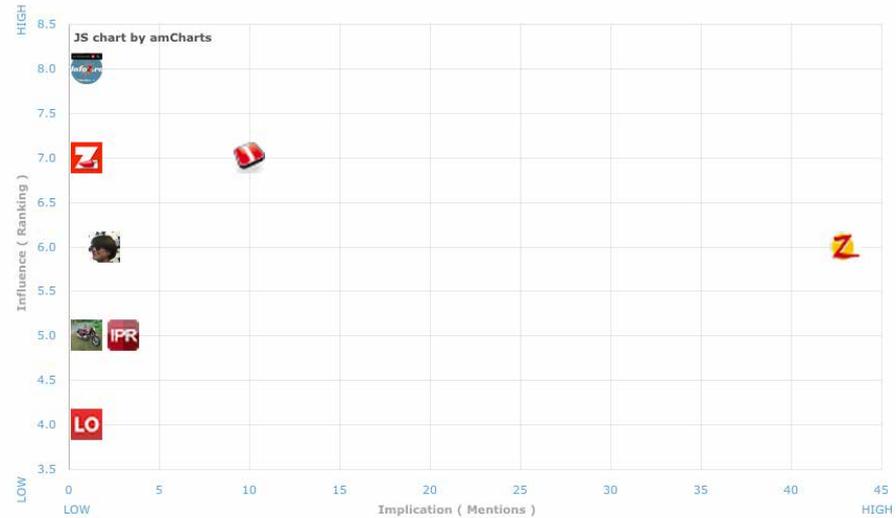
1. Français 38

PAYS

1. France 15

2. La Réunion 8
3. Territoires britanniques de l'Océan Indien 1

Name	Localisation	Score	Ranking	Mentions	Following	Followers	Klout	Tweets	Listes
Marie Burnier	paris	12	6	2	820	3733	47	58199	177
HOSPIMEDIA	france	8	8	1	764	11224	57	20220	406
InfoZ.re®	saint-denis /	8	8	1	6076	18525	48	54537	74
Ouéguiner Thomas	lille, france	8	4	2	99	761	42	1669	41
Réunionnais du monde	reunion	7	7	1	1709	8079	55	8371	151
Numerique&Santé		7	7	1	2793	8154	54	8061	269
zinfos974	ile de la réu	7	7	1	46	5212	49	16612	111
Marie-Margaux78		5	5	1	1015	1175	49	91455	32
What's up Doc	paris	5	5	1	548	1973	53	3669	94
Imaz Press Réunion	saint-denis d	5	5	1	214	2073	49	15040	61



Exemple analyse de influenceurs CHU (19/01 au 28/02)

TOP SEARCH

pour la requête **GHER** sur les moteurs de recherche **La Réunion en Français**

GHER

1	GHER saint benoit	0
2	GHER reunion recrutement	0
3	GHER saint benoit recrutem...	+4
4	GHER saint benoit bras fusil	-1
5	GHER imagerie	0
6	GHER radiologie	0
7	GHER st andré	-3
8	GHER st benoit maternité	0
9	GHER a info	0
10	GHER [groupe hospitalier est...	0

IMPACT DE RÉPUTATION IMPORTANT

Ces mots clés sont ceux qui sont les plus tapés par les internautes, et qui sont suggérés par les moteurs de recherches.

TOP RÉSULTATS

pour la requête **GHER** sur les moteurs de recherche **La Réunion en Français**

RANK	GOOGLE RESULTS	RANK VARIATION
1	Dernières négociations sur l'emprunt toxique... http://www.clicanoo.re/462909-derniers Dernières négociations sur l'emprunt toxique du GHER. R7agir. Clicanoo.re; publié le 24 Février 2015, 02h30. R7Auteurs Augmenter Imprimer Favori Commenter	NEW
2	La chimie bioéthique au GHER - Société - Journal... http://www.clicanoo.re/450566-la-chimie Malgré de très difficiles négociations, le GHER (groupe hospitalier de l'...	+1
3	Une direction commune entre le CHU et le GHER... http://www.clicanoo.re/391956-une-dir clicanoo ? JIR.RE ? femmag ? m'caic ? Casemag ? Nostalgie ? Clicanoo mobile	-1
4	Le GHER va attaquer la BRCE en justice - Soci... http://www.clicanoo.re/450566-le-gher "Les propositions des banques ne sont toujours pas satisfaisantes" accuse David Gruson, directeur du GHER (700 agents) et du CHU (6 300...	
5	Le GHER se hisse au rang des "bons élèves"... http://www.clicanoo.re/433288-le-gher David Gruson, DG du CHU GHER entouré de ses collaborateurs ainsi que des repr? sentants des usagers de la Commission m'dicale?...	-4
6	Du changement la tête du GHER ? - Journal de L... http://www.clicanoo.re/404569-brevets clicanoo ? JIR.RE ? femmag ? m'caic ? Casemag ? Nostalgie ? Clicanoo mobile	NEW
7	Nouveau GHER - un hôpital 4 étoiles pour l'Es... http://www.le-gha-qaic.com/2012/02/ Il semblerait que ce soit enfin chose faite et qu'ils commencent cette semaine ? intégrer le nouvel hôpital de Saint-Benoît. Le site du nouveau?...	-2
8	Radio Arc en Ciel - A la une! - Croche de Nob... http://radioarcenciel.re/main/news/103 Nous avons ?77b? No? avec les ?résidents du GHER, avec personnes hospitalis?es en longue durée ? Saint André? Nous avons ?couvert leur o?de, o?77b?...	NEW
9	GHER - FELIN Fédération de Lutte contre L... http://www.felin.re/ghp.php?article62 GHER. Statut : Etablissement Public. Activit?s : MCO-MATER-PED-SSR-SLD. Nombre de places : 200. Adresse : 30 RN3 - ZAC Madeleine B.P. 186	-2
10	GHER de Saint-Benoît - Réunionnais du Monde... http://www.reunionnaisdumonde.com/ghp Le tout nouveau P?te sanitaire Est (GHER de Saint-Benoît) ouvre ses portes en janvier 2012 ZAC Madeleine ? Bras-Fusil (tel : 02 82 50 84 84). Un ?quipement?...	-4

TOP CONCEPTS

Les mots les plus présents dans les 1000 premiers résultats de Google

1	clicanoo mobile	88%	NEW
2	nouveau gher	84%	+1
3	étoiles	84%	+1
4	saint andré	83%	+1
5	gher de saint-benoît	81%	-3

TOP DOMAINES

Les domaines les plus présents dans les 1000 premiers résultats

1	clicanoo.re	6%	
2	alizesconseil.re	3%	
3	domimmo.com	2%	
4	fnaim.re	2%	+20
5	nc383751.ovh.net	2%	+43

Exemple analyse de Top Search et Top Result CHU (19/01 au 28/02)

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.

Mise à disposition d'une équipe

- Dans un contexte d'arbitrages sur les 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

Mise à disposition d'une équipe

- Un accompagnement sur du long terme permettrait de nouer des relations de qualité avec l'ensemble des médias et d'obtenir que le CHU soit systématiquement consulté lorsqu'il est au cœur d'une information quel que soit le domaine

PIECES JOINTES N°10 :

VOLET SOCIAL DU PERSONNEL MEDICAL

Ce document constitue la production issue d'un processus de travail entre les médecins des deux sites et un représentant syndical des médecins, processus qui s'est déroulé entre février et avril 2011.

Il a été validé par les instances du CHU de la Réunion, dont :

- CME CHU du 11 septembre 2012
- Conseil de surveillance du 19 septembre 2012

➤ Les engagements

Les médecins des deux établissements ont formulé ensemble différentes exigences qui constituent pour eux des conditions absolument nécessaires pour que la création du CHU puisse avoir concrètement et effectivement des conséquences positives pour les personnels médicaux des établissements concernés.

Les présents engagements répondent point par point à ces exigences. Ils sont représentés ci-après :

1/ Les conditions d'une éventuelle mobilité :

Est réaffirmé le principe de la mobilité exclusivement sur la base du volontariat. Chaque médecin présent au 31.12.2011, ainsi que tout nouveau médecin recruté au 01.01.2012 disposera, quelque soit son statut, d'une décision d'affectation qui confirmera (dans le premier cas) ou précisera (dans le second cas) le site unique d'affectation (sauf dans le cas particulier où l'exercice multi sites aura été explicitement précisé sur la fiche de poste) et le pôle d'affectation. Pour l'ensemble des médecins, un article de ces décisions stipulera que le médecin ne peut être affecté sur l'autre site, même pour une période de courte durée, que sous réserve d'une acceptation expresse de sa part.

Cette décision d'affectation sur un site est une décision administrative créatrice de droit qui est donc opposable au Tribunal Administratif.

En parallèle, la démarche des médecins volontaires souhaitant une affectation sur un autre site sera facilitée par la direction. Ainsi, il existera une priorité « temporelle » dans le cadre du parcours professionnel du praticien. En d'autres termes, avant de publier un poste sur le site du CNG, un premier tour de recrutement sera lancé en interne au CHU. Si un médecin du CHU est intéressé, il pourra postuler, sous réserve de l'avis du chef de pôle et du président

CME. Si sa candidature est retenue, ses frais de déménagement seront pris en charge par la direction du CHU.

Aussi, en cas de mobilité volontaire sur l'autre site pour aide ponctuelle, les frais kilométriques seront pris en charge, et un logement à proximité du site pourra être mis à disposition, si nécessaire.

Enfin, concernant les recrutements bipolaires, le principe du remboursement des frais kilométriques sur la base de la résidence principale (rattachement administratif à un site) est acté.

2/ Améliorer l'efficacité du recrutement

Il est acté la mise en œuvre d'une démarche systématique de **Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC)**, afin d'anticiper les départs, mais aussi le développement de nouvelles activités.

Aussi, en fonction des spécialités et de la difficulté à recruter, des **procédures graduées** seront mises en place. En effet, la procédure de publication des postes sera adaptée en conséquence : publication dans des revues spécialisées et/ou sur les sites CHU et FHF, et recours éventuel à des cabinets de recrutement.

Des contrôles de références systématiques (réalisés par la DAM, le responsable de service/chef de pôle, et président de CME), ainsi que des périodes d'essai (via des remplacements ou convention de mise à disposition) seront privilégiées autant que possible afin de tester le candidat et de s'assurer de ses compétences médicales en lien avec le projet d'établissement.

3/ Renforcer les dispositifs d'accueil et d'intégration

L'accueil physique à l'aéroport sera généralisé au CHFG, comme au GHSR.

Un **logement** sera également mis à disposition de tout remplaçant, à titre gratuit pendant un mois. En amont de chaque arrivée, La DAL veillera à la propreté du logement et à la qualité de ses équipements. Concernant les mutations, cette possibilité ne sera offerte que pour les spécialités sinistrées.

S'agissant de la mise à disposition d'un **véhicule**, cela ne sera possible que pour les spécialités à recrutement difficile, et pour une durée maximum d'un mois.

Le praticien remplaçant se verra proposer systématiquement le **4^e échelon** (comme au GHSR).

Aussi, afin de permettre au médecin de s'intégrer rapidement, le responsable de service vérifiera, en amont de son arrivée, qu'il dispose bien d'un « **trousseau** » (bureau, PC, DECT,...). Par ailleurs, il réalisera un entretien systématique au bout d'un mois avec le nouveau praticien, ainsi qu'une présentation de ce dernier aux **deux CMC de site** et CME CHU

4/ Favoriser le développement des compétences

Il est acté l'**alignement du CHFG sur les règles du GHSR**, à savoir :

- Un budget annuel basé sur 1% de la masse salariale (et non plus 0,75%), contre 0,50% pour les CHU de métropole
- Un droit de tirage global et non sectorisé
- Le cumul des droits (en jours et en montant) sur 2 ans

Par contre, alignement sur le CHFG s'agissant du **remboursement des frais hôteliers** : sur la base des tarifs réglementaires (et non plus à l'euro près) et dans la limite du plafond alloué par praticien.

Par ailleurs, une **enveloppe spécifique DG** servira aux formations management et aux formations obligatoires. Son montant sera de 50 000€/an pour l'ensemble du CHU.

Aussi, grâce aux économies réalisées sur l'abonnement aux revues médicales (revues numériques, fin des doublons N/S, accès aux packages de l'université), un **budget complémentaire** pourra être mis en œuvre pour des actions de « pôles », à la demande des chefs de pôle, concernant des actions collectives et/ou transversales aux deux sites et dispensées a priori sur l'île.

Enfin, afin de limiter au maximum les dépenses, plusieurs pistes sont évoquées :

- recours éventuellement généralisé à l'AMEX (sous réserve de l'assouplissement des règles concernant le choix de la compagnie, le choix de l'aéroport,...)
- recours dans la mesure du possible à la visioconférence, au télé-enseignement et la téléformation (conditionné par la mise en place effective du haut débit)

5/ Améliorer les conditions de garde

Les médecins souhaitent que les conditions matérielles de garde soient améliorées notamment concernant le logement et les repas.

Un état des lieux sur la localisation des chambres de garde et sur leurs équipements sera réalisé. Un regroupement des chambres de gardes au plus près du lieu de travail du praticien est demandé, ainsi qu'une remise à niveau des équipements.

Aussi, un système de distribution de plateaux repas sera mis en place sur les deux sites grâce à des armoires réfrigérées. Chaque médecin disposera d'une carte personnalisée lui permettant de récupérer son plateau repas. Des bornes disposées dans l'enceinte de l'établissement leur permettront de recharger la dite carte.

➤ Le dispositif de suivi du présent volet social

Un comité de suivi et d'évaluation de la mise en œuvre du présent protocole d'accord sera constitué en 2012. Il veillera au respect des engagements pris dans ce document et suivra la mise en œuvre effective du projet social dans l'intérêt de l'ensemble du personnel médical des deux sites. Il sera composé :

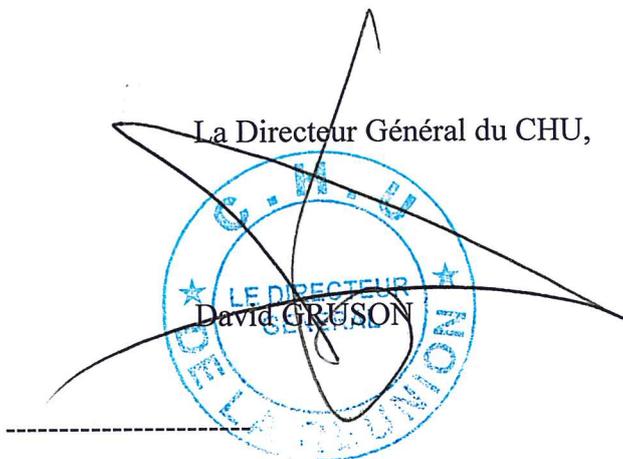
- des deux présidents CMC et 2 vice-présidents CMC
- des deux coordonnateurs DPC de chaque site
- de deux médecins de chaque site
- du ou des représentants syndicaux de médecins
- de la direction des affaires médicales
- de la direction des affaires logistiques

Ce comité se réunira environ trois fois par an.

Lors de chaque réunion, l'avancement des différentes actions prévues dans le projet social fera l'objet d'une évaluation. Des actions correctrices seront, en cas de besoin, décidées et mises en œuvre.

La Directeur Général du CHU,

David GRUSON



PIECES JOINTES N°11 :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

PIECES JOINTES N°12 :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)



Dossier maj le 21/08/2014

SITUATION ACTUELLE

LE	GRADE	STATUT	ECHELON	OBSERVATIONS
01/01/2001	ASHQ	Recrutement contractuel	01	
01/01/2003	ASHQ	Titulaire	01	
15/03/2003	ASHQ	Avancement d'échelon	02	
15/02/2003	ASHQ	Avancement d'échelon	03	
27/02/2006	ASHQ	Reclassement	01	
22/08/2006	ASHQ	Avancement d'échelon	02	
22/08/2008	ASHQ	Avancement d'échelon	03	
22/03/2010	ASHQ	Avancement d'échelon	04	ancienneté dans l'échelon : 22/03/2010
Du 06/09/2010 au 10/07/2011 Promotion professionnelle Aide soignant Soit 9 ans de fonctions en qualité d'ASHQ				
01/05/2012	AS CN	Nomination, détaché stagiaire	04	ancienneté dans l'échelon : 22/03/2010 Décision à retirer
01/07/2012	AS CN	Revalorisation indiciaire	04	ancienneté dans l'échelon : 22/03/2010
01/01/2013	AS CN	Revalorisation indiciaire	04	ancienneté dans l'échelon : 22/03/2010
01/02/2014	AS CN	Reclassement	04	ancienneté dans l'échelon : 22/03/2010 Dossier en instance

REVISION DE LA SITUATION ADMINISTRATIVE

LE	GRADE	STATUT	LIBELLE	ECHELON	DUREE	IM	ANCIENNETE
06/09/2010	AS CN	détaché stagiaire	NOMINATION	04	36 mois	300	22/03/2010
11/07/2011	AS CN		TITULARISATION	04	36 mois	300	22/03/2010
01/01/2012	AS CN	titulaire	REVALORISATION INDICIAIRE	04	36 mois	306	22/03/2010
01/07/2012	AS CN	titulaire	REVALORISATION INDICIAIRE	04	36 mois	312	22/03/2010
22/10/2012	AS CN	titulaire	AVANCEMENT D ECHELON	05	36 mois	314	22/10/2012
<p>22/03/2010 + 36 m = 22/03/2013 note 2012 = 17.00 bénéfice d'une réduction de 5 mois lorsque la durée moyenne de l'échelon est de 36 mois pour la catégorie C soit le 22/03/2012 - 5 mois = 22/10/2012</p>							
01/02/2014	AS CN	titulaire	RECLASSEMENT	05	24 mois	322	26/03/2013

PIECES JOINTES N°13 :

De: VAN-HERZELE, Annick
Envoyé: mardi 15 novembre 2016 11:53
À: PIQUEMAL, Angel
Cc: DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert; TOUPILLIER, Danielle; RENOUL, Patricia; NIZOU, Alban; PARIZEL, Annie
Objet: RE:

Bonjour Monsieur,

La NBI doit être prévue par un texte pour pouvoir s'appliquer.

Les emplois de DG de CHU figuraient dans le décret n°2005-931 du 2 août 2005 portant attribution de la NBI quand il s'agissait d'emplois fonctionnels.

Le décret n°2012-748 du 9 mai 2012 pris pour l'application de l'article 8 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la FPH a, dans son article 2, abrogé les dispositions du décret n°2005-931 en tant qu'elles concernent les emplois de DG de CHR ou CHU.

Bien à vous

Annick Van Herzele

De : PIQUEMAL, Angel
Envoyé : mardi 15 novembre 2016 09:57
À : TOUPILLIER, Danielle; VAN-HERZELE, Annick
Cc : DAGORN, Claude (IGAS); JOURDAN, Jean-Robert
Objet :

Bonjour Danielle,

Nous effectuons une mission de contrôle du CHU de la Réunion.

Dans ce cadre, nous souhaitons connaître les dispositions et le texte sur lesquels s'appuie la non attribution de la NBI aux Directeurs Généraux de CHU.

Avec nos remerciements et restant à ta disposition,

Bien à toi.

Claude Dagorn- Jean- Robert Jourdan- Angel Piquemal
Membres de l'IGAS

PIECES JOINTES N°14.1 :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)



**COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE
LOCALE CHU N°3**

DU 16 DECEMBRE 2015

Le mercredi 16 décembre 2015, à 8h30, s'est réunie en salle Recherche - Direction Générale du CHU de la Réunion à Saint-Paul, la Commission Administrative Paritaire Locale CHU n°3 sur l'ordre du jour suivant :

1. **Examen de la notation au titre de l'année 2015**
2. **Examen de propositions de titularisation au titre de l'année 2016**
3. **Examen des propositions d'avancement d'échelon au titre des années 2015 et 2016**
4. **Examen des propositions d'avancement grade au titre de l'année 2016**

Conformément à la réglementation en vigueur, la commission siège en formation restreinte. Par ailleurs, elle est composée de telle façon, qu'en aucun cas un agent d'un grade donné ne soit appelé à formuler un avis sur un agent d'un grade hiérarchiquement supérieur.

ETAIENT PRESENTS

REPRESENTANTS DE L'ADMINISTRATION	REPRESENTANTS DU PERSONNEL
Me Bernard VON PINE, Vice-président	M. Mounir NAJAFALY, Attaché d'administration hospitalière, (tit.)
Mme Céline LUCILLY, (sup.)	Mme Joëlle VASSEUR, Attaché principal d'administration hospitalière, (sup.)

La Présidence est assurée par Maître Bernard VON PINE.

Le Secrétariat est assuré, à la diligence du directeur, par Monsieur Frédo DARTY, Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines au CHU Sud Réunion.

Le quorum étant atteint, le Président déclare la séance ouverte.

Mme Joëlle VASSEUR est désigné secrétaire adjoint de séance.

Deux demandes de révision de note ont été réceptionnées dans les délais et donc examinées.

Monsieur Frédo DARTY précise que les demandes de révision de note ont été étudiées compte tenu des critères suivants :

- appréciations littérales du responsable
- qualité du service rendu.

Par ailleurs, il rappelle que dans un souci d'équité, des péréquations ont été effectuées pour tous les agents bénéficiaires d'un changement de corps ou d'un avancement de grade.

A- Cas de Madame [REDACTED] Attaché d'Administration Hospitalière au 8^{ème} échelon.

Monsieur Frédo DARTY donne lecture de la demande de révision de note. Communication des appréciations portées sur la manière de servir de l'intéressée est faite aux membres de l'assemblée.

Cette demande de révision est à relier à la question n°4. Il convient donc de s'en tenir à la note portée par M. Pierre BERGER.

Après discussion, le Président demande de passer au vote sur la question suivante :
« maintien de la note attribuée par M. Pierre BERGER, en sa qualité de Directeur de site »

Résultat du vote :

Votants : 4

Pour : 4

QUESTION 1 - EXAMEN DES PROPOSITIONS D'AVANCEMENT D'ÉCHELON AU TITRE DES ANNÉES 2015 ET 2016

Les listes des agents pouvant prétendre à un avancement d'échelon à l'ancienneté moyenne au titre de l'année 2016 sont examinées par les membres de la Commission (cf. annexes 2 à 3).

GRADE	NBRE AVANCEMENT	N° ANNEXE
Attaché d'Administration Hospitalière	2	2

GRADE	NBRE AVANCEMENT	N° ANNEXE
Attaché Principal d'Administration Hospitalière	1	3

Avis de la commission : Favorable à l'unanimité pour l'avancement d'échelon au titre des années 2015 et 2016.

Les listes des agents pouvant prétendre à un avancement au grade au titre de l'année 2016 sont examinées par les membres de la Commission (cf. annexe 4).

Noms - Prénoms	GRADE	N° ANNEXE
[REDACTED]	Attaché Principal d'Administration Hospitalière	4

Mme Joëlle VASSEUR fait remarquer que les représentants du personnel découvrent, ce jour, en début de séance, le tableau d'avancement ainsi que la proposition d'avancement au grade de Mme [REDACTED] M. Fredo DARTY indique qu'il s'agit de la régularisation d'une situation au Conseil départemental, car l'agent est en détachement. Mme Joëlle VASSEUR fait remarquer que Mme [REDACTED] remplissait déjà les conditions lors du précédent tableau d'avancement de grade et qu'elle préférerait donc s'abstenir pour le vote. M. Mounir NAJAFALY explique sa position délicate de représentant du personnel et personnel de l'administration, et donc il préfère également s'abstenir.

En l'absence d'autre remarque, le Président demande de passer au vote sur la proposition de l'administration : « avancement au grade au titre de l'année 2016 ».

Résultat du vote :

Votants : 4

Pour : 2

Avis de la commission : Partage égal de voix.

L'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée à 10h00.

Le Secrétaire,

Frédo DARTY

Le Secrétaire Adjoint,

Mme Joëlle VASSEUR

Sous réserve
de joindre le
document
ci-annexé

Le Président,

Bernard VON PINE

Observations de Joëlle Vasseur

Le PV ne reflète pas la sincérité des débats

Page 3/6 :

Cas de Mme [REDACTED] : il n'a pas été fait lecture de la demande de l'intéressée ni des appréciations sur la manière de servir. Il a juste été dit que l'on parlerait de la situation au moment d'étudier le tableau d'avancement de grade. A ce moment M Darty nous a informés que la note de Mme [REDACTED] avait été augmentée d'un demi point par le Directeur du GHSR.

Il est à noter que le tableau de notation remis en début de séance comporte d'ailleurs la note déjà augmentée d'un demi point.

Page 6/6

Le PV donne à penser que le tableau d'avancement au grade d'Attaché d'administration principal ne comportait qu'un seul nom, **ce qui n'est pas le cas** ; Mme [REDACTED] y figure en 1ere position (ancienneté et note) et Mme [REDACTED] en 2ème position.

J'avais précisé en séance lors d'une longue discussion, et je souhaite que ce soit reporté sur le PV que :

- Le fait de n'avoir les tableaux qu'en séance (tableau de notation et d'avancement de grade) ne permet pas aux représentants du personnel d'exercer leur mission ;
- Que l'agent en détachement peut poursuivre sa carrière au Département mais qu'en aucun cas une « régularisation » d'une situation au Conseil général » ne doit pénaliser un cadre du CHU plus ancien et mieux noté
- Qu'en l'absence d'appréciations ce sont la note et l'ancienneté qui doivent prévaloir comme critères pour l'avancement
- Qu'il n'y a aucune raison de ne pas nommer Mme [REDACTED] plus ancienne et mieux notée avant de nommer Mme [REDACTED]



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
LA REUNION
CHU DE LA REUNION

COMMISSIONS PARITAIRES ANNEXE 2 111
LISTE DES PROPOSITIONS DES AVANCEMENTS D'ECHELON

Période du 01/01/2016 au 31/12/2016 Commission du 16/12/2015 Le 27/11/2015
Année de notation 2015

Commission 3		Cat A Encadrt adminl.		Sous-groupe U		Sous groupe unique		Note moyenne du grade 23,04							
Grade 0430		ATTACHE ADMINISTR.													
Matricule	Nom Prénom (UF Libellé UF)	Statut Age	Ech	Date effet	Date inc.	Dur Moy	Brut Maj.	Nb Avanc. MI In Mo	Der Min	Notes 2013 2014 2015	Avancement proposé Ech Date effet Date anc.	Nature d'avancement	Brut Maj.	Avis de la commission	
018077	[REDACTED]	00 41	08	14/08/2013	14/08/2013	30	625	0 4 0	9	21,50 22,25 22,75	09 05/08/2015 05/08/2015	INTERMEDIAIRE - MOYEN - 6 mois - 9 Jours	653		
022530	(0630 P Direction GHSR)	00 41	05	15/05/2014	15/05/2014	24	524	0 3 0	9	18,75 19,50 20,00	06 15/12/2015 15/12/2015	INTERMEDIAIRE - MOYEN - 5 mois	545		
	(0671 P Direction Ress Humaines)	39					500						542		
							431						461		
Reliquat commission précédente															
Nombre d'agents promouvables										3		Tiers promouvable au minimum		1	
										2		Avancements au minimum calculés		0	

COMMISSION ADMINISTRATIVE PARITAIRE LOCALE - CHU REUNION - N° 3 - du 16 décembre 2016

QUESTION : Tableau d'avancement au grade d'attaché principal d'administration au titre de l'année 2016

Liste des agents, remplissant les conditions requises, susceptibles d'être inscrits au tableau d'avancement au grade d'attaché principal d'administration

Possibilité : 01

Candidates : 02

Conditions : Attachés qui justifient, au plus tard le 31 décembre de l'année au titre de laquelle le tableau d'avancement est établi, d'au moins 7 ans de services effectifs dans un corps, cadre d'emploi ou emploi de catégorie A ou de même niveau et comptent au moins 1 an d'ancienneté dans le 9ème échelon du grade d'attaché

N° DE LIGNE	NOM ET PRENOM	DATE DE NAISSANCE	AGE	AFFECTATION	DATE ENTREE F.P.H.	DATE NOMIN. STAG/TITUL	DATE NOMIN. CORPS	ANCIENNETE DANS LE CORPS AU 31/12/2016	ECH.	DATE ANCIEN. ECH.	ANCIENNETE ECHELON AU 31/12/2016	NOTES			MOY. DES NOTES
												2013	2014	2015	
1	[REDACTED]	09/06/1965	51	DAE	01/12/1986	01/12/1986	01/08/2001	15 05 00	12	29/10/2014	02 02 02	25,00	25,00	25,00	25,00
2	[REDACTED]	24/01/1974	42	DG Sud	01/10/2001	01/10/2001	01/10/2001	15 03 00	9	29/06/2015	01 06 02	21,50	22,25	23,25	22,33

PIECES JOINTES N°14.2 :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

Date : le vendredi 1^{er} juillet 2016

MONSIEUR EXPEDIT LOCK FAT
SECRETARE GENERAL

DIRECTION GÉNÉRALE

SYNDICAT SANTE SOCIAUX CFDT REUNION

RÉF : 116-2016/LC/FDY/MN/SG

V/ RÉF. : Courrier du 4 mai 2016

Objet : *Votre recours gracieux concernant la décision portant tableau d'avancement de grade n°2190/2016*

Monsieur le Secrétaire Général,

Je donne suite à votre courrier ci-dessus référencé, portant recours gracieux à l'encontre de la décision portant tableau d'avancement de grade n°2190/2016 et ce faisant, je confirme mes explications fournies lors de notre entretien du 23 mai 2016.

A l'appui de votre raisonnement, vous excipez des dispositions combinant les règles des quotas et de ratios.

Cependant, la rédaction de l'article 4 du Décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière a évolué :

- Rédaction sous l'empire de la règle des quotas (2001 à 2007) :

« L'effectif des attachés principaux ne peut être supérieur à 30 % de l'effectif des attachés et attachés principaux. Toutefois, lorsque l'effectif est inférieur à quatre, une nomination peut être prononcée ».

- Rédaction sous l'empire de la règle des promus/promouvables (1^{er} janvier 2008 à ce jour) :

« Le nombre de promotions prononcées dans le grade d'attaché principal est calculé, chaque année, dans chaque établissement, dans les conditions fixées à l'article 1er du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière. »

En effet, l'article 1^{er} du Décret n°2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière dispose que :

« A compter du 1er janvier 2008, le nombre maximum d'avancements de grade au sein des corps de la fonction publique hospitalière est, dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et lorsque les statuts particuliers de ces corps le prévoient, déterminé pour chaque année par application d'un taux de promotion. Ce taux s'applique à l'effectif des fonctionnaires remplissant les conditions pour un avancement de grade au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle sont prononcées les promotions. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le taux de promotion et comprend une annexe dans laquelle figure la liste des corps relevant de ce dispositif. »

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.

L'arrêté du 11 octobre 2007, régulièrement modifié, définit un taux de promotion, ainsi qu'il suit :

Reliquat 2007 (système des quotas) : 2.8

2008	Ratio : 20% Promouvables : 4 - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $4 \times 0.20 = 0.80$ Promotions : $2.8 + 0.80 = 3.6$ Promu : 0
2009	Ratio : 20% Promouvables : 4 - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $4 \times 0.20 = 0.80$ Promotion : $3.6 + 0.80 = 4.4$ Promue : 1 [REDACTED] => Reste 3.4
2010	Ratio : 20% Promouvables : 4 - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $4 \times 0.20 = 0.80$ Promotion : $3.4 + 0.80 = 4.2$ Promu : 0
2011	Ratio : 15% Promouvables : 3 - [REDACTED] - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $3 \times 0.15 = 0.45$ Promotion : $4.2 + 0.45 = 4.65$ arrondi à 4.7 Promue : 1 [REDACTED] => Reste 3.7
2012	Ratio : 15% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.15 = 0.30$ Promotion : $3.7 + 0.30 = 4$

	Promu : 0
2013	Ratio : 15% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.15 = 0.30$ Promotion : $4 + 0.30 = 4.30$ Promu : 0
2014	Ratio : 10% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.10 = 0.20$ Promotion : $4.30 + 0.20 = 4.50$ Promue : 1 ([REDACTED]) => Reste 3.50
2015	Ratio : 10% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.10 = 0.20$ Promotion : $3.50 + 0.20 = 3.70$ Promue : 1 ([REDACTED]) => Reste 2.70
2016	Ratio : 10% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.10 = 0.20$ Promotion : $2.70 + 0.20 = 2.90$ Promus : 2 ([REDACTED] et [REDACTED]) => Reste 0.70

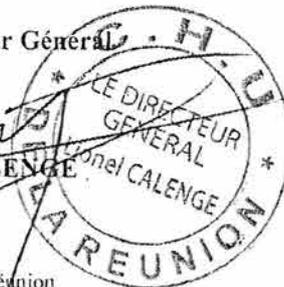
A toutes fins utiles, je vous informe que, conformément à l'article 2 du Décret n°2007-1191 :
« Lorsque le nombre de promotions calculé en application de l'article 1er n'est pas un entier, la décimale est ajoutée au nombre calculé au titre de l'année suivante. ».

En conséquence, par la présente je vous notifie le rejet de votre recours gracieux.

Convaincu de votre bonne compréhension, je vous prie, *Monsieur le Secrétaire Général*, d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général

Lionel CALENGE



Copies : Patrick GOYON, Directeur des sites du CHU Sud Réunion
Suzanne COSIALS, Directrice de site du CHU Félix Guyon
Frédo DARTY, Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines du CHU Sud Réunion

Voies de recours : Contentieux auprès du Tribunal Administratif de la Réunion – 2, rue Félix Guyon – B.P. 2024 – 97448 SAINT DENIS CEDEX dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de la réception du présent courrier.

PIECES JOINTES N°14.3 :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

Date : le vendredi 1^{er} juillet 2016

MONSIEUR EXPEDIT LOCK FAT
SECRETARE GENERAL

DIRECTION GÉNÉRALE

SYNDICAT SANTE SOCIAUX CFDT REUNION

RÉF : 116-2016/LC/FDY/MN/SG

V/ RÉF. : Courrier du 4 mai 2016

Objet : *Votre recours gracieux concernant la décision portant tableau d'avancement de grade n°2190/2016*

Monsieur le Secrétaire Général,

Je donne suite à votre courrier ci-dessus référencé, portant recours gracieux à l'encontre de la décision portant tableau d'avancement de grade n°2190/2016 et ce faisant, je confirme mes explications fournies lors de notre entretien du 23 mai 2016.

A l'appui de votre raisonnement, vous excipez des dispositions combinant les règles des quotas et de ratios.

Cependant, la rédaction de l'article 4 du Décret n°2001-1207 du 19 décembre 2001 portant statut particulier du corps des attachés d'administration hospitalière a évolué :

- Rédaction sous l'empire de la règle des quotas (2001 à 2007) :

« L'effectif des attachés principaux ne peut être supérieur à 30 % de l'effectif des attachés et attachés principaux. Toutefois, lorsque l'effectif est inférieur à quatre, une nomination peut être prononcée ».

- Rédaction sous l'empire de la règle des promus/promouvables (1^{er} janvier 2008 à ce jour) :

« Le nombre de promotions prononcées dans le grade d'attaché principal est calculé, chaque année, dans chaque établissement, dans les conditions fixées à l'article 1er du décret n° 2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière. »

En effet, l'article 1^{er} du Décret n°2007-1191 du 3 août 2007 relatif à l'avancement de grade dans certains corps de la fonction publique hospitalière dispose que :

« A compter du 1er janvier 2008, le nombre maximum d'avancements de grade au sein des corps de la fonction publique hospitalière est, dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée et lorsque les statuts particuliers de ces corps le prévoient, déterminé pour chaque année par application d'un taux de promotion. Ce taux s'applique à l'effectif des fonctionnaires remplissant les conditions pour un avancement de grade au 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle sont prononcées les promotions. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le taux de promotion et comprend une annexe dans laquelle figure la liste des corps relevant de ce dispositif. »

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.

L'arrêté du 11 octobre 2007, régulièrement modifié, définit un taux de promotion, ainsi qu'il suit :

Reliquat 2007 (système des quotas) : 2.8

2008	Ratio : 20% Promouvables : 4 - ██████████ - ██████████ - ██████████ - ██████████ Calcul : $4 \times 0.20 = 0.80$ Promotions : $2.8 + 0.80 = 3.6$ Promu : 0
2009	Ratio : 20% Promouvables : 4 - ██████████ - ██████████ - ██████████ - ██████████ Calcul : $4 \times 0.20 = 0.80$ Promotion : $3.6 + 0.80 = 4.4$ Promue : 1 (██████████) => Reste 3.4
2010	Ratio : 20% Promouvables : 4 - ██████████ - ██████████ - ██████████ - ██████████ Calcul : $4 \times 0.20 = 0.80$ Promotion : $3.4 + 0.80 = 4.2$ Promu : 0
2011	Ratio : 15% Promouvables : 3 - ██████████ - ██████████ - ██████████ Calcul : $3 \times 0.15 = 0.45$ Promotion : $4.2 + 0.45 = 4.65$ arrondi à 4.7 Promue : 1 (██████████) => Reste 3.7
2012	Ratio : 15% Promouvables : 2 - ██████████ - ██████████ Calcul : $2 \times 0.15 = 0.30$ Promotion : $3.7 + 0.30 = 4$

	Promu : 0
2013	Ratio : 15% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.15 = 0.30$ Promotion : $4 + 0.30 = 4.30$ Promu : 0
2014	Ratio : 10% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.10 = 0.20$ Promotion : $4.30 + 0.20 = 4.50$ Promue : 1 ([REDACTED]) => Reste 3.50
2015	Ratio : 10% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.10 = 0.20$ Promotion : $3.50 + 0.20 = 3.70$ Promue : 1 ([REDACTED]) => Reste 2.70
2016	Ratio : 10% Promouvables : 2 - [REDACTED] - [REDACTED] Calcul : $2 \times 0.10 = 0.20$ Promotion : $2.70 + 0.20 = 2.70$ Promus : 2 ([REDACTED] et [REDACTED]) => Reste 0.70

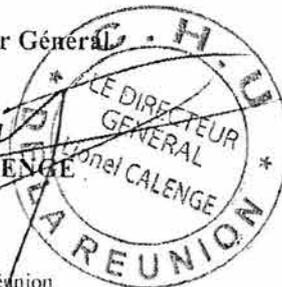
A toutes fins utiles, je vous informe que, conformément à l'article 2 du Décret n°2007-1191 :
« Lorsque le nombre de promotions calculé en application de l'article 1er n'est pas un entier, la décimale est ajoutée au nombre calculé au titre de l'année suivante. ».

En conséquence, par la présente je vous notifie le rejet de votre recours gracieux.

Convaincu de votre bonne compréhension, je vous prie, *Monsieur le Secrétaire Général*, d'agréer l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général

Lionel CALENGE



Copies : Patrick GOYON, Directeur des sites du CHU Sud Réunion
Suzanne COSIALS, Directrice de site du CHU Félix Guyon
Frédo DARTY, Directeur Adjoint chargé des Ressources Humaines du CHU Sud Réunion

Voies de recours : Contentieux auprès du Tribunal Administratif de la Réunion – 2, rue Félix Guyon – B.P. 2024 – 97448 SAINT DENIS CEDEX dans un délai de deux (2) mois à compter de la date de la réception du présent courrier.

PIECES JOINTES N°15 :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

Le 28 novembre 2016

Note à l'attention du Directeur général du CHU de La Réunion
relative à la demande d'informations de l'IGAS sur la situation administrative
[REDACTED] Adjoint des cadres hospitaliers au CHU de La Réunion

Informations relatives au poste occupé au CHU de La Réunion

Conformément à mon changement d'affectation (*cf Annexe 1*), effectif depuis le [REDACTED] à la direction de [REDACTED] du CHU de La Réunion, vous trouverez ci-jointe ma fiche de poste relative à cette fonction (*cf Annexe 2*).

La transversalité de mon périmètre d'actions, détaillée dans la rubrique « missions transversales » justifiant également mon double rattachement hiérarchique avec [REDACTED] et [REDACTED]. Aussi, ma mobilité entre les sites du CHU de La Réunion et hors sites du CHU.

Formation en cours

Ayant obtenu l'examen d'entrée à l'école des Sciences politiques à Paris, pour suivre un Executive Master en gestion et politique de santé en formation continue, j'ai constitué un dossier pour un examen de la prise en charge de ma formation par la commission de l'ANFH.

ANFH : Association Nationale pour la Formation permanente du personnel Hospitalier

Organisme paritaire collecteur agréé (OPCA) de la fonction publique hospitalière, l'Association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) est agréée par le ministère de la santé pour collecter et gérer les fonds consacrés au financement :

- du Plan de formation (2,1% de la masse salariale),
- des Congés de formation professionnelle (CFP), des congés pour Validation des acquis de l'expérience (VAE) et des congés pour Bilan de compétences (BC) (0,2% de la masse salariale),
- des Etudes promotionnelles (0,6% de la masse salariale),
- du Développement professionnel continu médical (DPCM) (0,5% ou 0,75% de la masse salariale médicale)
- et à la formation professionnelle des travailleurs handicapés pris en charge par les Etablissements et services d'aide par le travail (ESAT) (4,8%).

La commission de l'ANFH a délibéré favorablement sur ma demande de prise en charge de ma formation, en sa séance du 15 avril 2016, pour une durée de 90 jours (à raison de 2jours/mois) sur la période de juin 2016 à décembre 2017. (*cf Annexe 3*)

A l'issue de cette délibération de l'ANFH, et conformément à la réglementation :

- Code de la santé publique ;
- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière ;
- Décret 2008-824 du 21 août 2008 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, notamment son article 8 ;

La DRH du CHU a élaboré une décision (N° [REDACTÉ] cf *Annexe 4*) me positionnant en congé de formation professionnelle (CFP)

Congé de formation professionnelle (CFP) :

Constitue la possibilité de suivre des formations à titre individuel pour réaliser un projet personnel (reconversion, volonté promotionnelle, démarche professionnelle ...) à l'ensemble des agents, titulaires ou non, des trois fonctions publiques.

Ce congé de formation professionnelle est un droit de la Loi no 86-33 du 9 janvier 1986 et est distinct des plans de formation qu'offre l'établissement dans lequel exerce l'agent.

Conformément à la réglementation prévue dans ce cadre statutaire, je suis rémunérée à hauteur de 85% de mon traitement brut indiciaire, soit une perte de salaire mensuel net de [REDACTÉ] €, correspondant à ma période d'absence mensuelle du CHU couverte par les décisions citées plus haut à savoir :

- 2 jours de délai de route (intervenants en jour franc, en amont et aval, des 2 jours de formation. Soit 1 délai de route la veille du premier jour de formation et 1 délai de route le lendemain de la dernière journée de formation)
- 2 jours de formation
- 2 jours de RH (intervenants, en jour franc, à l'issue du 2eme jour de délai de route)

Ces 6 Jours d'absence sont par ailleurs remboursés par l'ANFH au CHU.

L'ANFH assure la prise en charge de deux billets d'avion sur la totalité de la durée de ma formation. Je vous indique à ce stade avoir assumé la prise en charge de 3 billets d'avion sur mes deniers propres.

Je tiens à préciser qu'au vue de l'opportunité qui m'a été offerte d'intégrer cette école de haute renommée, suite à ma réussite à l'examen d'entrée, c'est un sacrifice personnel que j'ai tenu à entreprendre pour mon enrichissement personnel et dans l'intérêt de mon évolution professionnelle.

Cumul d'activités à titre provisoire

J'ai entrepris, depuis 2015, avec [REDACTÉ] dans le cadre de mon cumul d'activités réalisé auprès de [REDACTÉ] de mars à juin 2015) suite aux engagements pris par [REDACTÉ], des travaux pour permettre la définition par le Gouvernement d'une

[redacted] Cette mission ayant abouti à l'élaboration d'une
[redacted] et à des [redacted]
[redacted]

Suite à deux entretiens que j'ai réalisés avec [redacted]
[redacted] j'ai accepté de poursuivre à l'échelle Nationale cette mission
[redacted]
[redacted] ainsi, avec l'accord du CHU (cf annexe 5) que j'effectue ce cumul d'activités pour [redacted]
[redacted]

Autorisation de cumul d'activités à titre accessoire par les agents de la fonction publique sont régis par textes réglementaires suivants :

- Code de la santé publique ;
- Loi n°83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ;
- Loi n°86-33 du 09 janvier 1986 portant dispositions statutaires de la fonction publique hospitalière ;
- Décret 2007 n°658-2007 modifié relatif au cumul d'activités des fonctionnaires, des agents non titulaires de droit public et des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

Mon temps de travail dédié à [redacted] effectue sur mon temps personnel (Week end, nuits ou sur mes congés annuels lorsqu'un temps en présentiel est requis), correspondant à 14h hebdomadaire d'activités.

Enfin, lorsqu'un temps en présentiel est requis à Paris au titre de [redacted] la prise en charge de mes déplacements est assurée par [redacted]

Plannings horaires de travail au CHU de La Réunion

Vous trouverez ci-joint mes plannings CLEPSYDRE mensuels, d'avril à novembre 2016 (cf *Annexe 6*).

Pièces jointes :

Occulté

(Code des relations entre le public et l'administration, articles L311-6 et L311-7)

PIECES JOINTES N°16 :

DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS

Pôle Offre de Soins

Rédacteur : Stéphane Courtois

DELEGATION ILE DE LA REUNION

Date : 01 août 2016

Note synthétique sur les INVESTISSEMENTS du CHU

Le CHU de La Réunion avec un taux de vétusté de ces équipements de 80,6% et de ces bâtiments de 51,3 % en 2013 a initié un PPI 2013-2020 ambitieux de 400 M€ revu à la baisse à 388 M€ et réévalué à 412 M€ en 2015. Cette dernière prévision pourtant à la hausse n'intègre pas les tranches optionnelles des opérations majeures et reporte des opérations au-delà de 2020. Toutefois aucune information n'est disponible au-delà de 2020. Une demande a été formulée pour prolonger le PGFP à 2022 à l'occasion de l'invalidation du PGFP 2016-2020. Certaines opérations majeures ont déjà fait l'objet de mandatement dès 2010 qui ne permettent pas d'appréhender leur cout global.

CHU en M€	PPI 2013-2020 v05.2014	PPI 2013-2020 v05.2015	Ecart	Moy/an
Travaux et services techniques	261,9	281,0	+19,0	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

Ce PPI intègre 2 opérations structurantes MCO et une opération USLD/SSR :

1. Bâtiment Soins Critiques sur le site de St Denis :

En juin 2011, une note interne¹ ARS présente ce projet dans une version n'intégrant pas l'étage dédié à la plate-forme 15-18 pour un cout estimé fin 2010 à 38,6 M€ TDC valeur finale, hors aménagement du niveau dédié au laboratoire (initialement différé). La capacité de ce bâtiment doit permettre de passer de 40 lits en 2011 à 63 lits soit +23 lits.

Les objectifs sont multiples et évoluent par la suite dans *un nouveau projet arrêté en juin 2011 d'un coût de 52 M€ TDC² (dont 32,7 M€ empruntés)*, comporte désormais 3 volets :

¹ Note de présentation du projet de construction d'un bâtiment Réanimation Soins Critiques au CHR – site nord: INVESTISSEMENT 2011-06-22 bâtiment réa soins critiques1.pdf

² Voir la fiche DGOS dans le cadre de la candidature aux crédits H2012 : ARS Océan Indien H 2012 fiche CHFG 25 septembre 2011

- la construction d'un bâtiment de soins critiques, visant à regrouper l'ensemble des lits de réanimation et de soins critiques tant existant (une partie au nord et une autre à l'est) qu'en création pour répondre aux besoins de la population
- le réaménagement du bloc opératoire, en vue de poursuivre la politique de regroupement des sites anesthésiques
- le rapprochement sur une même plateforme du centre 15 et du CODIS, (attendu depuis plusieurs années et cofinancé par le Conseil Général) et le regroupement des laboratoires de l'établissement (en vue de l'accréditation COFRAC).

La soutenabilité financière de cette opération telle que présentée dans le cadre des aides Hôpital 2012 dans une note ARS³ devait permettre de générer un excédent d'exploitation pour des activités traditionnellement déficitaires. Hors charges d'amortissement et frais financiers liés aux travaux, l'activité devait générer des recettes supérieures aux charges engagées. Pour des activités critiques telles que la réanimation, la surveillance continue et les grands brûlés, l'établissement enregistrerait une amélioration substantielle de sa marge (passage d'un déficit de 394 K€ en 2010 à un excédent prévisionnel de 2 M€). Le projet de bâtiment soins critiques doit permettre également de porter le projet de regroupement des laboratoires. L'aménagement des locaux est intégralement financé par les gains d'efficience.

Cette opération de restructuration et d'extension des capacités a été inscrite au CPOM 2013-2017 du CHU puis au SRIS en juillet 2013 avec un coût de 55,1 M€ TDC Hors équipement dans le respect des normes basses du référentiel ANAP et des travaux devant commencer en juillet 2014 (étude initiées en aout 2010). Suite à l'absence de soutien sur le programme H2012, l'ARS s'est engagé sur sa marge régionale à soutenir les surcouts de titre 4 à hauteur de 0,65 M€.

Selon une fiche réalisée par le CHU⁴ dans le cadre de la préparation du SRIS en 2013, le projet est effectivement de 55,1 M€ mais il intègre 2 M€ d'équipements (et 53,1M€ au titre des honoraires et des travaux). La capacité est augmentée avec 70 lits (dont 2 de recherche). Aussi, des surcouts prévisionnels à hauteur de 13,8M€ sont annoncés (sans précision du cout de référence) ci-après :

- + 4 325 000 € pour le laboratoire et les lits de recherche
- +1 216 000 € pour la trame supplémentaire
- +3 663 000 € pour la rénovation des blocs existants et la mise aux normes de la salle de réveil (NFS90-351 avril 2013)
- +2 256 000 € pour le renforcement de la structure du terrain (imprévisible en phase programme)
- +1 495 000 € pour l'augmentation du coût des travaux +2,8%/an, suite décalage opération d'un an
- +800 000 € pour le désamiantage et la démolition du bâtiment des écoles

Suite au dépôt du PGFP 2015-2019 du CHU, l'ARS a adressé un courrier au CHU pour l'alerter sur sa capacité à financer son PPI. L'établissement était invité à présenter tous les aspects de ce PPI afin d'en mesurer les états d'avancements et valider la pertinence des opérations au regard de la situation financière de l'établissement⁵.

Une présentation du CHU de ce projet en septembre 2015 à la demande de l'ARS faisait état d'une capacité de +21 lits et d'un cout de 69,8 M€ (soit +17,8 M€).

³ Note ARS

⁴ Fichier excel « INVESTISSEMENT SRIS CHU Nord vdef .xlsx »

⁵ Courrier 2015 ARS au CHU : « INVESTISSEMENT lettre PPI CHU »

Dénuée d'étude socio-économique⁶, la simulation financière demandée par l'ARS depuis plusieurs mois a été présentée en mode projet le 27 juin 2016⁷. Cette dernière fait état d'une capacité de 68 lits (sans référence aux 2 lits de recherche) et selon des hypothèses d'ouverture complète et de recettes prudentes, le résultat serait de -5,1 M€.

Afin de ne pas dégrader encore plus la situation financière du CHU sur des activités déficitaires, l'ouverture prévue en septembre 2017 devra être progressive afin de graduer les équipes et les équipements dédiés en fonction des besoins réels.

2. Restructuration et extension du bâtiment principal sur le site du CHR Sud :

La restructuration et l'extension du bâtiment principal été déjà inscrit dans le cadre du Schéma Directeur du CHR-Sud avant la fusion doit permettre :

- 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.
- élargir 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
- répondre 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).

Sur la base de la fiche remontée à la DGOS dans le cadre de demande H2012⁸, le cout du projet était estimé à 86,3 M€ dont 2,8 M€ en équipement. Le financement devait amener le CHU à financer 40% du projet et recourir pour 60% à l'emprunt. La soutenabilité financière devait être notamment assurée par des économies d'exploitation d'environ 1M€ principalement sur l'optimisation de la fonction logistique.

De plus, l'impact marginal du projet sur le PGFP⁹ hors charges d'amortissement et frais financiers liés aux travaux) serait positif. La marge attendue pourrait représenter 19,7% des produits supplémentaires engendrés.

Ce projet a été validé par l'ARS, inscrit au CPOM 2013-2017 du CHU et au SRIS en 2013 pour 89 M€ (respect des bornes basses ANAP) dont 5,5 M€ d'équipements avec une date prévisionnel de début des travaux en aout 2014. Suite à l'absence de soutien sur le programme H2012, l'ARS s'est engagé sur sa marge régionale à soutenir les surcouts de titre 4 à hauteur de 1,13 M€.

Après plusieurs demandes de l'ARS, une présentation du CHU de 2015 montre un projet modifié avec un cout de 108, 7 M€ TDC dont 101,5 M€ de travaux et 7,2 M€ de désamiantage.

⁶ Note ARS du 8 février 2015 relative à la non réalisation de l'évaluation socio-économique pour les investissements du CHU dont le montant est supérieur à 20 M€

⁷ Voir document du CHU du 27 06 2016 : 201606_CHU-INV-BSC-impact financier.pdf

⁸ Voir la fiche DGOS dans le cadre de la candidature aux crédits H2012 : ARS Ocean Indien H 2012 fiche GHSR 25 septembre 2011

⁹ Sans référence à l'année du PGFP

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

Les évolutions des capacités entre le projet dimensionné en 2011 et celui de 2015 sont relativement stables (total où les 3 salles d'opération pour l'ambulatoire sont neutralisées). Faits remarquables, l'absence d'études socio-économiques est peut être à l'origine de l'absence d'intégration des points suivants :

- un développement de l'ambulatoire au dépend de l'hospitalisation (ici réduction de l'ambulatoire)
- accroissement des lits en réanimation –soins critiques et ce dans un contexte d'ouverture de nouvelles capacités d'accueil sur le site de St Denis.
- Une réduction des capacités de chirurgie correspondant à une évolution opposée préconisée par les analyses sur le capacitaire du plan ONDAM (sauf à réduire drastiquement la DMS).
- Pas de précision quant au développement de lits en réanimation néonatale actuellement en tension.
- La création d'un service de médecine gériatrie aigüe de 20 lits (stratégie territoriale avec St Joseph) et une réduction des capacités sur St Louis mais pas de fermeture.

Sans schéma directeur immobilier MCO au sein du CHU¹⁰ et sans étude socio-économique¹¹, la simulation financière demandée par l'ARS depuis plusieurs mois a été présentée en mode projet¹² le 27 juin 2016. Cette dernière est basée sur une capacité de 480 lits et selon ces hypothèses le résultat serait de hautes l'excédent serait de +2,54 M€.

L'ouverture de ce bâtiment principal devra mettre en œuvre graduellement les nouvelles capacités en fonction des besoins et en redéployant à minima une partie de son personnel afin de ne pas dégrader la situation financière du CHU.

3. Réhabilitation de l'unité d'éveil et EVC – EPR et construction des unités USLD Alzheimer et UCC sur le site du Tampon

Projet inscrit au SRIS en juillet 2013 où l'application des bornes basses du référentiel ANAP n'avait pas encore été appliquée. Le projet présenté prévoit un coût total (hors équipements) de l'opération de **12 604 798 €**, comprenant la construction des 12 lits d'UCC, la reconstruction de l'unité USLD de

¹⁰ Lettre observation CHU dans le cadre de la revue CPOM 2014

¹¹ Note ARS du 8 février 2015 relative à la non réalisation de l'évaluation socio-économique pour les investissements du CHU dont le montant est supérieur à 20 M€

¹² Voir document du CHU du 27 06 2016 : 201606_CHU-INV-BP-impact financier.pdf

16 lits en passant à 40/50 lits de l'USLD, ainsi que les locaux permettant d'accueillir l'unité d'éveil et l'unité des EVC/EPR. Ce coût ne comprend pas les investissements ultérieurs incontournables sur le bâtiment principal, concernant l'humanisation des locaux d'hébergement des résidents de l'USLD et des lits de SSR ainsi que la reconstruction d'un plateau technique de rééducation.

A la suite de cette présentation, l'ARS par courrier du 26 janvier 2015 a demandé au CHU de ne pas engager de travaux dans l'attente de réponse à des questionnements concernant le modèle économique entre le SSR et l'USLD (notamment la séparation des crédits notifiés par l'ARS en CNR pour le SSR), la prise en compte dans le dimensionnement des capacités des développements récents d'une offre de soins médico-sociale spécialisée issue du plan Alzheimer 2008-2012, ou encore les choix architecturaux conformes à une organisation efficiente.

Dans une note succincte réalisée par le CHU à la demande de l'ARS datée du 20/07/2015, il est précisé que les travaux sont en cours, d'une durée de près de 2 ans en 3 phases doivent se terminer au 1^{er} trimestre 2017.

PIECES JOINTES N°17 :

DIRECTION DE L'ORGANISATION DES SOINS
Pôle Offre de Soins

DELEGATION ILE DE LA REUNION

Date :

**Monsieur le directeur général du CHU de
la Réunion
Allée des Topazes
CS 11021
97400 Saint Denis**

Monsieur le directeur général,

Vous m'avez transmis le 8 juin 2015 des éléments de votre PPI qui comprenait une programmation chiffrée de vos investissements sur la période 2015-2020, ces éléments ont été complétés par une réunion le 18 juin 2015 présentant la situation financière actuelle du CHU et une projection à 5 ans sous la forme d'un PGFP provisoire.

Une analyse de ces éléments a été réalisée dans la perspective de l'élaboration d'un dossier d'accompagnement à l'investissement par le COPERMO.

Je souhaite vous faire part de mes interrogations sur la programmation la priorisation et sur la soutenabilité financière de ce PPI.

I – soutenabilité des investissements :

Le PGFP provisoire présenté par le CHU repose sur une capacité d'auto financement de 40 millions d'euros par an. Pour atteindre ce niveau de CAF l'établissement doit présenter un résultat à l'équilibre. L'établissement présente un résultat en déficit de 3 880 000 € en 2014 et le prévisionnel 2015 fait état d'un déficit de 7 800 000 €. Les projections l'établissement sur la période 2015-2020 prévoient de manière prudente une progression des produits inférieure à 2 %.

Pour envisager un redressement l'évolution des charges et notamment des charges de personnel doit être inférieure à ces 2 %.

A la mi 2015 les charges de personnel évoluent de 4,3 %/ RIA 3 2014.

Le niveau d'auto financement prévu au PGFP n'est donc atteignable qu'avec une maîtrise de la masse salariale qui n'est pas effective à ce jour.

Sans cette maîtrise le risque de dérive est réel en cas de maintien du déficit ce sont 40 millions d'euros qui seraient défalqués de l'auto financement (CAF).

Dans ce contexte et devant la difficulté de maîtrise de la masse salariale, il convient d'examiner la programmation des investissements telle que présentée par le CHU.

II – La programmation des investissements :

Le montant des investissements prévus par le CHU pour la période 2013-2020 est de 233 millions d'euros sur le site sud et de 178 millions sur le site nord soit un total de 411 millions d'euros.

Afin de permettre une analyse stratégique de ce projet, il conviendrait de nous transmettre les éléments détaillés de ces opérations en précisant :

- 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 biomed et dsio détaillée avec une indication sur la faisabilité d'un étalement de ces investissements.

Ces interrogations sont en lien direct avec la soutenabilité de cette opération et sur la construction d'une PPI qui respecterait les prérequis indispensables à un examen en COPERMO.

Sachant compter sur votre plein engagement dans ce dossier, je vous prie d'agréer, Monsieur le directeur général, l'expression de mes sentiments distingués.

La directrice générale,

Chantal de Singly

PIECES JOINTES N°18 :

REUNION

MAYOTTE

**SCHEMA
D'INVESTISSEMENT
EN SANTE
*La Réunion-Mayotte***

PHASE 1

Juillet 2013



SOMMAIRE

INTRODUCTION

I.	Eléments de contexte démographique, socio-économique et environnemental	p.4
	Contexte ultramarin et international	p.4
	— Contexte démographique	p.4
	— Contexte socio-économique et environnemental	p.5
	Des disparités sociales et territoriales de santé	p.5
	— Des inégalités de mortalité	P.5
	— Des inégalités territoriales	P.6
II.	Un projet régional de santé pour La Réunion et pour Mayotte	p.7
	Les priorités d'actions en santé	p.8
	Les priorités d'organisation	p.9
	— Schéma d'organisation des soins	p.9
	• Une partie ambulatoire	p.9
	• Une partie hospitalière	p.9
	— Schéma d'organisation médico-sociale	p.10
	Le programme des systèmes d'information et de télémédecine	p.11
	• Accompagnement individualisé des établissements de santé	p.11
	• Accompagnement des initiatives collectives	p.12
III.	Bilan des opérations d'investissements conduits dans l'Océan Indien	p.12
	Secteur sanitaire et médico-social -Territoires de santé de La Réunion	p.12
	— Secteur sanitaire (297 M€)	p.12
	• Impact sur l'offre territoriale de soins	p.12
	• Impact sur le parcours du patient	p.12
	• Impact sur la performance et l'efficacité	p.13
	— Secteur médico-social (150 M€)	p.13
	• Secteur Personnes âgées	p.13
	• Secteur Personnes handicapées	p.13
	Secteur sanitaire et médico-social -Territoire de Mayotte	p.13
	— Secteur sanitaire (159 M€)	p.13
	• Impact sur l'offre territoriale de soins	p.13
	• Impact sur le parcours du patient	p.13
	• Autres projets	p.13
	— Secteur médico-social (0,2 M€)	P.14
	Systeme d'information en santé à La Réunion et à Mayotte (5,4 M€)	P.14

IV.	20 projets d'investissements prioritaires pour l'Océan Indien	P.15
<hr/>		
— Volet Réunion du SRIS		p.15
• Le secteur sanitaire		p.15
• Le secteur médico-social		p.16
— Volet Mayotte du SRIS		p.17
• Le secteur sanitaire		p.17
• Le secteur médico-social		p.18
— Volet Système d'Information Réunion/Mayotte du SRIS		p.19

Phase 1 du Schéma d'investissement en santé de La Réunion et de Mayotte

L'élaboration des schémas régionaux d'investissement en santé (SRIS) s'inscrit dans la stratégie nationale de santé. Elle est placée sous la responsabilité des agences régionales de santé (ARS). Cette démarche a pour objectif de promouvoir la qualité et l'articulation des investissements portés par l'ensemble des opérateurs qu'ils relèvent de l'offre de soins ou de prises en charge médico-sociales au cours des 10 prochaines années, dans les domaines de l'immobilier, des équipements et des systèmes d'information. Au-delà de cette approche limitée aux seuls opérateurs de l'offre de biens et services de santé, il serait souhaitable d'ouvrir la réflexion à une véritable stratégie d'aménagement de l'espace favorable à la santé : des lieux où sont facilités les accès aux services publics, les mobilités pour toute personne, les transports en commun, des lieux où les espaces de loisirs sont bien articulés avec ceux du travail et du domicile, des lieux favorisant l'activité physique, les relations humaines et le respect de l'environnement, des lieux qui permettent le développement et le maintien de l'autonomie. C'est une ambition que nous espérons voir reconnue dans la construction des SRIS.

Conformément à l'instruction du 28 mai 2013, l'ARS Océan Indien transmet dans un premier temps la phase 1 du SRIS qui comprends un diagnostic établi sur les projets d'investissement conduits depuis 10 ans et des priorités ayant un impact structurant sur l'offre de soins et médico-sociale à l'horizon des 10 prochaines années.

Dans le contexte particulier des deux départements d'outre-mer La Réunion et Mayotte dont l'ARS OI a la responsabilité, et en cohérence avec la construction du PRS (telle que le prévoit le décret du 7 juillet 2010) et ses deux volets en matière de schémas d'offre de soins et d'offre médico-sociale, La Réunion d'une part et Mayotte d'autre part, nous présentons de manière distinctes les priorités concernant chacun des DOM.

Dans un second temps, un schéma stratégique et prospectif prenant en compte les besoins d'investissement en santé des territoires de santé sur l'ensemble des secteurs sera élaboré.

I. Eléments de contexte démographique, socio-économique et environnemental

Contexte ultramarin et international

— Contexte ultramarin et international

L'identité singulière de La Réunion et de Mayotte est liée à leur dimension ultramarine, à leur environnement international, aux mouvements de population induits, mais aussi au rapport des hommes et des femmes à leur santé face à des risques sanitaires, naturels et sociaux notables.

— Contexte démographique

Les populations de La Réunion et de Mayotte sont des populations très jeunes. 37% de la population de La Réunion a moins de 20 ans, 54% à Mayotte (25% France entière).

La croissance démographique se poursuit à un rythme soutenu et l'INSEE prévoit à l'horizon 2030, un million d'habitants à La Réunion et 300 000 à Mayotte.

— Contexte socio-économique et environnemental

Les conditions socio-économiques mettent une grande partie de la population à l'écart du développement.

A La Réunion

Un tiers de la population bénéficie d'au moins un minimum social et 34% de la couverture maladie universelle complémentaire.

À La Réunion en 2010, près d'un jeune de 16 à 24 ans non scolarisé sur deux (49 %) ne possède aucun diplôme du secondaire. Avec deux fois plus de sorties précoces que la moyenne nationale, La Réunion est aux côtés des autres DOM en queue du classement des régions françaises, selon le recensement de la population de 2007. A La Réunion est une des régions françaises les plus exposées aux risques naturels en raison de ses conditions climatiques extrêmes (cyclones, fortes pluies), de son contexte géodynamique (volcanisme actif, sismicité modérée). Il existe un retard important en matière d'infrastructures d'adductions d'eau de consommation humaine. Un peu plus de la moitié des eaux distribuées par les réseaux publics proviennent de captages d'eaux superficielles, donc très vulnérables aux sources de pollution.

A Mayotte

Un habitant sur 5 gagne moins de 100 euros par mois. Les logements sont souvent insalubres, et 25 % des ménages à Mayotte n'ont pas accès à un point d'eau individuel à domicile.

Le département de Mayotte est par ailleurs confronté à la difficile régulation de l'immigration, et donc à une problématique permanente d'accès aux soins. La question de l'immigration clandestine et de son impact en termes d'indices de santé (notamment sur les taux de natalité) constitue un particularisme mahorais.

Des disparités sociales et territoriales de santé à La Réunion et à Mayotte

— Des inégalités de mortalité

Malgré une constante augmentation, l'espérance de vie reste inférieure à celle de la métropole (**82,7 ans pour les femmes et 74,9 pour les hommes à La Réunion, 73 ans à Mayotte (les données de l'état-civil à Mayotte ne permettent pas de distinguer l'écart entre l'espérance de vie des femmes de celle des hommes), 84,3 pour les femmes et 77,8 pour les hommes en métropole**).

Une surmortalité globale par rapport à la métropole, concerne surtout les femmes à Mayotte et les hommes et les femmes à La Réunion. Les maladies cardio-vasculaires sont au premier rang des causes de mortalité à La Réunion et à Mayotte.

Par ailleurs, la part des décès « évitables » par des pratiques de prévention primaire portant sur les conduites addictives, les accidents de la circulation, les chutes accidentelles et le sida, est de 27% de la mortalité prématurée à La Réunion contre 11% à Mayotte.

A Mayotte, la mortalité maternelle serait estimée à « 50 décès pour 100 000 naissances », ce qui serait près de 2 fois plus élevée qu'à La Réunion (17,9), et 6 fois plus qu'en métropole en 2007 (7,8).

Les taux de mortalité infantile sont très largement supérieurs aux taux métropolitains. Pour Mayotte, le taux de mortalité infantile est près de 2 fois supérieur au taux de La Réunion (7,5 pour 1000 naissances en moyenne sur la période 2008 à 2010) et près de 4 fois plus qu'en métropole.

— Des inégalités territoriales

A La Réunion

Concernant l'offre de soins, La Réunion est la région française la moins bien dotée pour le court séjour hospitalier, excepté en gynécologie-obstétrique.

Par ailleurs, les taux de recours aux soins hospitaliers sont inférieurs à ceux observés en métropole, en chirurgie en 2011. En revanche, on note une prise en charge satisfaisante des soins de 1^{er} recours et une place importante des médecins généralistes libéraux auprès de la population.

Concernant la prise en charge médico-sociale, si la période 2006-2009 a été marquée par un effort de rattrapage de l'équipement, le taux d'équipements reste en dessous de la moyenne nationale. Pour les personnes âgées, le faible taux d'équipements est compensé par une prise en charge familiale, encore très présente à La Réunion dans les zones rurales. Le taux d'équipements en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes est de 46.8 pour 1000 habitants de 75 ans et plus contre 103.3 en métropole.

En 2010, le taux d'équipement est de 7,2 places pour 1 000 enfants de moins de 20 ans à La Réunion contre 9,4 en métropole, soit un écart de 2,2 points. Atteindre le taux d'équipement moyen de 2010 de métropole supposerait la création de 621 places supplémentaires à La Réunion dont 159 places en SESSAD, 236 en ITEP et 281 en IME/IMP/IMPro. En 2010, le taux d'équipement est de 4,5 places pour 1 000 adultes de 20 à 59 ans à La Réunion contre 9,3 en métropole, soit un écart de 4,8 points. Cet écart s'est accentué par

rapport à 2001, malgré un accroissement conséquent du nombre de places installées (cf. tableau 5). Atteindre le taux d'équipement moyen métropolitain de 2010 supposerait la création de 121 places supplémentaires pour les structures médicalisées (FAM et MAS).

A Mayotte

L'offre de soins est structurée autour du Centre Hospitalier de Mayotte assurant les prises en charge de médecine, chirurgie, obstétrique, de 4 centres de santé intercommunaux dits centres de référence et d'un réseau de 13 centres de consultation répartis sur le territoire de santé et assurant les soins de premier recours dont l'important dispensaire de Jacaranda à Mamoudzou.. Il n'y a pas de structure de soins de suite et de réadaptation, ni d'hospitalisation à domicile.

A Mayotte, 2 349 accouchements (sur les 6 736 réalisés en 2012) se font dans les 4 centres de santé intercommunaux par des sages femmes en l'absence de gynécologue-obstétricien, de pédiatre, d'anesthésiste. La prise en charge en santé mentale repose sur un service de psychiatrie de 10 lits + 2 chambres d'isolement) au sein du Centre Hospitalier de Mayotte. La prise en charge des problématiques infantiles va pouvoir se fonder sur la constitution d'une première offre pédopsychiatrique ambulatoire à partir de cette année.

Par ailleurs, l'offre de soins libérale comprend aujourd'hui : 17 médecins généralistes et 10 médecins spécialistes, 39 kinésithérapeutes, 98 infirmiers, 9 dentistes, 16 pharmacies et 1 laboratoire de biologie médicale. Le déficit en médecins spécialistes est un des éléments les plus préoccupants.

Le secteur médico-social qui se structure depuis peu nécessite un accompagnement important.

A Mayotte, on estime à environ 1000 le nombre de personnes ayant un handicap, hors adultes avec un handicap psychique (estimés à 500 selon les sources du centre de santé mentale du CHM).

Cinq structures de prise en charge médico-sociale ont été autorisées et installées en 2012 soit 1 ITEP, 1 MAS, 1 SASAIS, 1 IME et 1 SESSAD correspondant à une capacité d'accueil de moins de 300 places.

II. Un projet de santé pour La Réunion et pour Mayotte

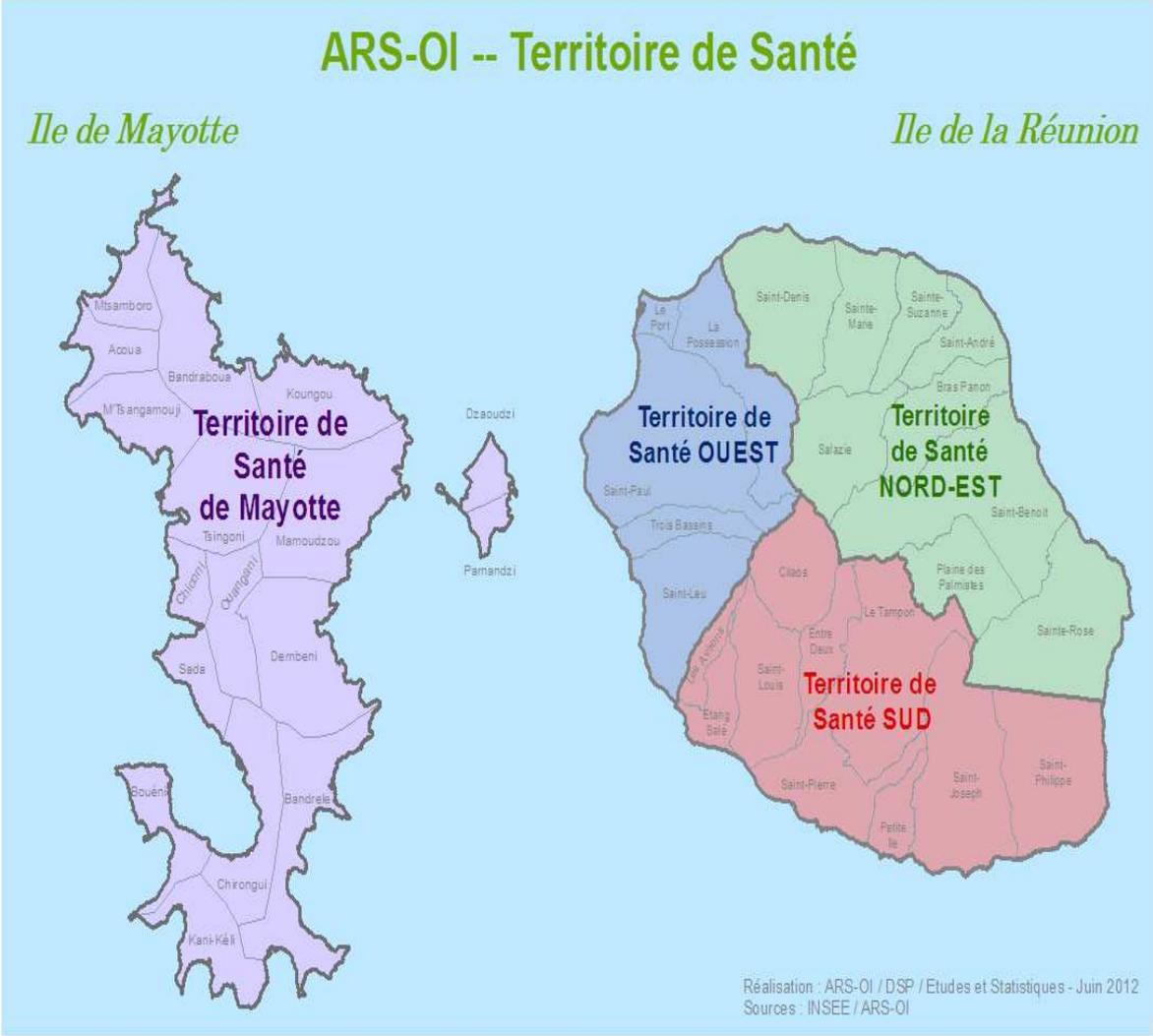
Le champ d'intervention de l'Agence de santé Océan Indien couvre les îles de La Réunion et de Mayotte qui représente plus d'un million d'habitants en 2013.

Le Projet de Santé a été arrêté le 29 juin 2012.

L'île de La Réunion a été découpée en 3 territoires de santé et l'île de Mayotte en un seul territoire de santé.

Le découpage territorial a pris en compte l'organisation des filières de prise en charge au sein des territoires, en cohérence avec :

- la conduite d'actions de prévention,
- le déploiement de l'offre médico-sociale
- l'organisation des soins de premier recours.



Les priorités d'actions en santé

14 priorités inscrites dans le plan stratégique de santé guident l'action de l'ARS-OI dans ses différents champs de compétence.

	Domaines d'action	Priorités
1	PERINATALITE ET PETITE ENFANCE	La maîtrise pour chaque femme ou chaque couple de son projet d'enfant. Le capital santé des enfants L'observation en santé
2	MALADIES CHRONIQUES	La prévention des maladies chroniques L'adaptation du système de santé à la prise en charge des maladies chroniques

3	HANDICAP ET VIEILLISSEMENT	La prévention et l'accompagnement précoce
		Le respect du projet de vie
		La fluidité des parcours
4	SANTÉ MENTALE, y compris LES ADDICTIONS ET LA SANTÉ DES JEUNES	La promotion de la santé mentale et la prévention des conduites à risques
		La prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ou des publics spécifiques
5	SANTÉ ENVIRONNEMENT DONT RISQUES SANITAIRES	L'espace de vie et l'environnement urbain
		Les maladies infectieuses et les intoxications aiguës
		La veille sanitaire et la réponse aux situations d'urgence
6	PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ	La performance du système de santé

Deux schémas d'organisation ont décliné les priorités du Plan Stratégique de Santé en organisant les soins et la prise en charge médico-sociale.

Par décret n°2010-765 du 7 juillet 2010 portant adaptation des dispositions réglementaires, chaque schéma comporte deux volets spécifiques, un volet pour les territoires de La Réunion et un volet pour le territoire de Mayotte. Ainsi, les spécificités de santé publique de ces deux îles distantes de près de 1500 kms ont été affirmées.

Les schémas d'organisation

— Schéma d'organisation des soins

Le SOS-PRS est constitué en deux parties :

Une partie ambulatoire

Des évolutions dans l'organisation des soins de ville seront nécessaires pour répondre à l'émergence des maladies chroniques, au vieillissement de la population et d'autre part, à l'évolution de la démographie des professionnels de santé.

De nouveaux modes d'exercice seront encouragés dans chacune des deux îles :

- ▶ les maisons de santé pluri-professionnels, pôles de santé, centres de santé ;
- ▶ les coopérations entre professionnels de santé.

L'objectif est de substituer à la logique d'une médecine d'actes, le développement d'une médecine de parcours alliant des activités, telles que la prévention, le dépistage, le suivi et l'éducation thérapeutique du patient.

Pour favoriser l'accès aux soins, la permanence des soins ambulatoires et l'articulation entre la ville et l'hôpital seront renforcées et améliorées en particulier par les nouvelles technologies de l'information et de la communication.

A La Réunion, l'accès aux soins de premier recours devra être soutenu dans les cirques de Salazie et de Cilaos ainsi que dans les Hauts de l'Ouest.

A Mayotte, le dispositif centré autour du Centre Hospitalier de Mayotte, des 4 centres de référence et des 13 dispensaires offre une répartition spatiale adéquate mais il est fragilisé par la faiblesse de la démographie médicale.

Une partie hospitalière

Fondée sur des objectifs d'accessibilité, de sécurité et de qualité des soins et d'efficience, les nouveaux modes de prise en charge, le développement des approches substitutives à l'hospitalisation complète et l'optimisation de l'offre dans un contexte de gradation des plateaux techniques seront favorisés afin de permettre l'expression de parcours de santé.

A La Réunion, la dynamique engagée par le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion en matière d'enseignements, de formation, de recherche et d'innovation de soins en particulier dans les domaines de la périnatalité, des maladies infectieuses, des maladies du métabolisme et de la nutrition, en lien avec tous les établissements de La Réunion et de Mayotte sera un facteur d'enrichissement de toute la démarche du projet régional de santé.

Afin de compléter la réponse de l'offre territoriale aux besoins, la construction d'un pôle sanitaire dans le territoire Ouest, est affirmée dans le SOS-PRS.

Ainsi, l'organisation du schéma hospitalier sera équilibrée spatialement à La Réunion au niveau des activités de médecine, chirurgie et obstétrique, des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie.

Pour les cinq années d'exercice du SOS-PRS, de nouveaux modes de prises en charge sont attendus pour les territoires de santé de La Réunion :

- ▶ L'organisation des parcours de santé suivants : personnes âgées, accidents vasculaires cérébraux, diabète, périnatalité, obésité sévère, chirurgie infantile, blessés de la main;
- ▶ Le développement de la greffe cardiaque ;
- ▶ La spécialisation des soins de suite et de réadaptation ;
- ▶ La création d'une deuxième unité de soins palliatifs.

Pour le territoire de Mayotte, sont attendus la création d'une offre de soins de suite et de réadaptation pour les enfants et les adultes, la création d'une offre d'hospitalisation à domicile, la création d'une offre de psychiatrie comprenant des dispositifs hospitaliers pour les adultes et les enfants et la pérennisation d'une prise en charge ambulatoire au plus près des populations.

L'activité de médecine sera renforcée sur le site de Mamoudzou notamment sur les spécialités médicales insuffisamment présentes aujourd'hui, ainsi que sur la Petite Terre autour d'un nouveau projet médical.

L'offre de chirurgie devra se diversifier au plan des disciplines chirurgicales et développer la chirurgie ambulatoire en lien avec des professionnels de santé de La Réunion.

Le renforcement de la périnatalité sur le site du Centre Hospitalier de Mayotte, l'organisation du réseau des maternités des centres de référence en maisons de naissance seront un enjeu fort pour l'exercice de ce schéma.

Le déficit d'offre de soins en particulier au plan de la médecine et de la chirurgie spécialisée devra mobiliser autour de projets de coopération innovants les professionnels de santé de La Réunion.

— Schéma d'organisation médico-sociale

A La Réunion comme à Mayotte, l'enjeu du SOMS est de :

- ▶ Favoriser le dépistage et la prise en charge précoce des handicaps et de la perte d'autonomie ;
- ▶ Privilégier le maintien à domicile ou en milieu ordinaire pour les personnes les plus autonomes ;
- ▶ Développer l'insertion sociale et professionnelle des personnes en situation de handicap ;
- ▶ Réserver les capacités d'accueil institutionnel en direction des personnes ayant des restrictions extrêmes de l'autonomie ;
- ▶ Inscrire les populations dans une dynamique de parcours et favoriser les innovations ;
- ▶ Créer une dynamique autour de la qualité et de la performance du secteur médico-social.

La mise en œuvre de ces orientations permettra le décloisonnement des prises en charge dans une perspective de fluidité des parcours des personnes.

A La Réunion, la constitution d'un Groupe de Coopération Sanitaire « Surdité infantile » permettra d'améliorer le niveau de diagnostic et de bilan, en associant le CHU de La Réunion et les centres d'actions médico-sociales précoces (CAMSP) dans une dynamique commune.

Par ailleurs, le rattachement d'accueillants familiaux à des établissements médico-sociaux permettra d'offrir aux usagers une alternative sécurisante et innovante par rapport aux prises en charges traditionnelles.

Concernant les soins dispensés aux personnes sans logement ou disposant d'un logement indigne, des lits halte soins santé seront installés.

L'ouverture du Groupement de Coopération Sanitaire « Télémédecine » aux acteurs du secteur médico-social permettra la construction d'un système d'information médico-social partagé.

A Mayotte, la priorité est de poursuivre les appels à projets permettant d'autoriser des établissements et services médico-sociaux au titre du code de l'action sociale et des familles.

Il s'appuie sur le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie de La Réunion et de Mayotte (PRIAC) dont les objectifs sont de :

- ▶ rattraper les inégalités territoriales, en particulier la situation de sous-équipement de Mayotte ;
- ▶ orienter les anticipations des porteurs de projets et servir d'instrument de concertation avec les co-financeurs, dont le Conseil général.

Dans le prolongement des schémas d'organisation l'ARSOI a élaboré un programme de développement des systèmes d'information destinés à soutenir en particulier l'activité de télémédecine.

Le programme des systèmes d'information et de télémédecine

Le développement de la télémédecine dans les territoires de santé de La Réunion et de Mayotte constitue une réponse organisationnelle et technique aux nombreux défis épidémiologiques et démographiques auxquels le système de santé doit faire face aujourd'hui.

Pour y contribuer, La Réunion et Mayotte disposent d'un environnement favorable pour développer l'offre de services opérationnels. L'Agence de Santé Océan Indien soutient financièrement le Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine, Echanges, Systèmes d'Information de Santé Social (GCS TESIS), pilote du développement des infrastructures et des services nécessaires à l'échange d'information médicale entre les acteurs de santé, à La Réunion et à Mayotte.

Ce programme se décline en deux volets.

Le premier volet aborde les aspects structurants des systèmes d'information de santé. Le deuxième volet vise à favoriser la mise en place de nouveaux projets de télémédecine, s'appuyant sur l'architecture technique des systèmes d'information.

En matière de systèmes d'information l'investissement portera sur deux axes principaux :

Accompagnement individualisé des établissements de santé

Il est nécessaire que chaque établissement de santé et médico-social, chaque professionnel de santé, investisse davantage dans les nouvelles technologies de l'information.

Si les choix de l'outil ou de la solution relèvent de ces structures ou individus, l'ARS veillera notamment à ce que qu'ils soient :

- ▶ Conformés à l'état de l'art ;
- ▶ Cohérents dans le paysage régional ;
- ▶ Interopérables.

Accompagnement des initiatives collectives

L'ARS a vocation à promouvoir et supporter des initiatives collectives lorsqu'elles sont nécessaires pour une action coordonnée de plusieurs acteurs, ou quand cela représente une économie substantielle grâce une mutualisation des moyens.

Cela se traduit concrètement par :

- La promotion des programmes, projets et outils à portée nationale ;
- Des projets confiés à la maîtrise d'ouvrage régionale en systèmes d'information de santé : le Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine Echange et Systèmes d'information de Santé Social (anciennement GIE Télémédecine Océan Indien).

III. Bilan des opérations d'investissements conduites dans l'Océan Indien

Compte tenu des spécificités réglementaires du projet de santé de La Réunion et de Mayotte, le bilan des investissements sera présenté pour les champs relevant des secteurs sanitaire et médico-social en miroir des volets Réunion et Mayotte des deux schémas d'organisation.

Par contre, les investissements relevant des systèmes d'information seront présentés globalement pour tous les territoires de santé.

Secteurs sanitaire et médico-social - Territoires de santé de La Réunion

— Secteur sanitaire (297 M€)

16 projets structurants de l'offre sanitaire ont été recensés. Les projets se répartissent dans les trois territoires de santé.

Les différents projets achevés peuvent être classés selon leur impact dans le système de soins : offre territoriale de soins, parcours du patient, performance.

- Impact sur l'offre territoriale de soins

5 projets ont enrichi l'offre de soins dans chacun des trois territoires de santé depuis 10 ans. Les projets ont porté sur les disciplines suivantes : médecine, chirurgie, obstétrique et psychiatrie.

Un pôle sanitaire a été créé dans l'est de la région par regroupement sur un site de novo d'un Centre Hospitalier et d'un ESPIC.

L'Établissement Public de Santé Mentale a été reconstruit sur deux sites afin de répondre aux impératifs de la sectorisation psychiatrique. Une nouvelle clinique psychiatrique a été construite dans le territoire sud pour répondre aux besoins d'un territoire de près de 300 000 habitants.

Le centre de chirurgie ambulatoire de La Réunion a été reconstruit sur une nouvelle implantation.

Une structure dialyse a renforcé l'offre pour la prise en charge de cette pathologie en forte prévalence à La Réunion.

- Impact sur le parcours du patient

Les schémas d'organisation de deuxième et de troisième génération ont orienté l'offre de soins dans le développement d'une filière de soins de suite et de réadaptation (SSR).

4 structures de soins de suite et de réadaptation ont été installées sur l'ensemble des territoires de santé.

2 structures de SSR ont procédé à des travaux pour répondre aux exigences des décrets de restructuration de 2008.

- Impact sur la performance et l'efficience

Des travaux de restructuration des plateaux techniques de maternité pour un établissement public et un établissement privé vont permettre une optimisation des organisations médicales et soignantes ainsi qu'une meilleure prise en charge périnatale.

Les secteurs opératoires de deux établissements privés ont été réaménagés afin de développer une chirurgie ambulatoire programmée et substitutive.

— Secteur médico-social (150 M€)

17 projets structurants de l'offre médico-sociale ont été recensés. Les projets se répartissent dans les trois territoires de santé.

- Secteur Personnes âgées

La construction de 4 EHPAD ont permis une augmentation de capacité et l'adaptation de l'offre à la grande dépendance et aux problématiques de la maladie d'Alzheimer.

3 projets de reconstruction/restructuration d'EHPAD ont permis d'optimiser l'offre à la demande.

- **Secteur Personnes handicapées**

9 constructions nouvelles ont enrichi l'accompagnement médico-social (3 ITEP, 3 FAM, 1 MAS, 1 IMP et 1 IMS)

Secteurs sanitaire et médico-social - Territoire de Mayotte

— **Secteur sanitaire (159 M€)**

Le Centre Hospitalier de Mayotte a développé une politique importante d'investissements au cours des dix dernières années : modernisation du plateau technique central, réhabilitation des centres de référence, entretien des dispensaires de premier recours, indispensable compte tenu de l'évolution défavorable du secteur libéral, ces deux dernières années.

11 projets structurant l'offre sanitaire ont été recensés dans l'état des lieux.

Tous ces projets ont été portés par le Centre Hospitalier de Mayotte.

- **Impact sur l'offre territoriale de soins**

L'extension et la rénovation de la maternité du Centre Hospitalier de Mayotte va permettre de répondre à la demande accrue des femmes de Mayotte d'accoucher dans un environnement technique de qualité.

Le premier site de prise en charge des insuffisants rénaux chroniques a été ouvert en 2012 dans le cadre d'une unité d'autodialyse qui évitera le départ définitif des patients pour La Réunion.

- **Impact sur le parcours du patient**

La mise aux normes des 3 maternités périphériques a permis de sécuriser les accouchements physiologiques des femmes enceintes.

La réhabilitation du centre de Dzaoudzi a renforcé les niveaux de recours 1 et 2 au niveau de Petite Terre.

- **Autres projets**

La construction d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers et d'une plateforme logistique.

— **Secteur médico-social (0,2 M€)**

La première MAS du territoire de Mayotte a été construite pour mise en service en 2013.

Systèmes d'information en santé Réunion et Mayotte (5,4 M€)

Les systèmes d'information en santé ont connu ces 10 dernières années une évolution rythmée par la réforme hospitalière et les plans d'investissement « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ».

La réforme hospitalière a doté les établissements d'une certaine autonomie faisant émerger des innovations « individuelles ». Ainsi chaque établissement a pu moderniser son système d'information, mettant en place des infrastructures techniques et des solutions logicielles permettant dans un premier temps de couvrir des domaines fonctionnels essentiellement orientés autour de la gestion administrative, de la facturation et des fonctions médico-techniques.

Par la suite, les plans nationaux ont permis l'informatisation des premiers services médicaux, chaque établissement se dotant ainsi de logiciels de gestion des urgences médicales. Cette informatisation a lancé le départ de l'informatisation des autres services médicaux dans les établissements, permettant la création des dossiers patients informatisés à la faveur du plan

« Hôpital 2012 » (1,8 M€). Cette démarche a mis en lumière la nécessité d'urbaniser les systèmes d'information au sein des établissements, afin d'en diminuer la complexité et la maintenance au profit d'un usage facilité.

La nécessaire coordination de ces différentes informatisations dispersées s'est traduite par la naissance du Groupement d'Intérêt Economique Télémédecine Océan Indien (GIE TOI) en 2002 financé à hauteur de 1,1 M€ sur 10 ans. Les premières briques d'une informatique mutualisée sont alors posées : réseau d'interconnexion des établissements de santé (PIRES), accompagnement du plan Cancer (0,3 M€) et du plan Urgences (0,3 M€).

En 2012, à la faveur du programme « Emergence », ce GIE s'est transformé en Groupement de Coopération Sanitaire Télémédecine Echange et Système d'Information de Santé Social (GCS TESIS). Cette évolution a permis également de renforcer cette maîtrise d'ouvrage régionale sur le plan des ressources humaines et des compétences afin de poursuivre ses missions et en particulier d'accueillir les acteurs de l'offre médico-sociale.

Fortement soutenu par l'ARS OI (investissement de 6,5 M€ sur 5 ans) le GCS TESIS a mené en l'espace de 2 ans des projets qui ont abouti à des réalisations concrètes :

- un nouveau réseau à haut débit d'interconnexion des établissements (R2S), qui regroupait à fin octobre 2012 plus de 95% des adhérents du groupement et continue de s'étendre. Au-delà de l'intérêt financier immédiat (tarifs négociés) qu'y retrouve chaque adhérent, ce projet est un pré-requis technique important qui permettra de faciliter le déploiement et l'usage des services en cours de mise en œuvre ;
- un centre d'hébergement de données de santé (DataCenter régional), qui permet de proposer aux adhérents du groupement une offre d'hébergement agréé pour tout ou partie de leur système d'information, à des tarifs négociés (à noter qu'une clinique privée a migré la totalité de son système d'information vers ce DataCenter) ;
- une plateforme de télémédecine déclinant un premier usage autour de la prise en charge de l'AVC en phase aiguë, (...), et appelée à porter d'autres usages dès 2014 ;
- un Dossier Communicant en Cancérologie.

Cette maîtrise d'ouvrage régionale fédère aujourd'hui la presque totalité des acteurs sanitaires et médico-sociaux de la région Océan Indien, signe fort d'un engouement régional pour la mutualisation autour des systèmes d'information, mais aussi reconnaissance du réel savoir-faire de ce groupement.

IV. 20 projets d'investissements prioritaires pour La Réunion et Mayotte

Dans la logique du projet de santé La Réunion/Mayotte, les projets d'investissements en santé sont présentés en séparant les priorités de La Réunion et celles de Mayotte.

Les investissements en matière de système d'information en santé seront présentés de façon trans-territoriale.

Dans cette optique, 20 projets prioritaires composent le SRIS pour l'ARSOI toutefois ils ne représentent pas l'exhaustivité des besoins en santé, en particulier, les questions de santé-environnementale mériteraient un traitement spécifique par exemple pour les problématiques d'eau qui touchent les deux îles et la gestion des déchets pour Mayotte mais sur lesquelles l'ARS ne peut qu'influer sur la prise de décision.

Secteur sanitaire et médico-social du SRIS de La Réunion

L'éloignement géographique de la métropole et la reconnaissance d'un CHU comme référence régionale implique la mise à niveau de l'offre de soins hospitalière et oblige à disposer en propre de plateaux de recours et d'activités régionales isolées. Associé à une croissance soutenue de l'activité des établissements de santé, les 10 projets de La Réunion s'inscrivent principalement dans l'amélioration des structures existantes et dans le renforcement des filières afin de répondre de manière efficiente aux besoins des parcours du patient ainsi précisé dans le schéma d'organisation des soins et celui du médico-social.

A La Réunion, les travaux de réflexion pour la préparation des programmes 2014-2020 ont débuté au second semestre 2012. Le diagnostic territorial une fois achevé, s'est engagée en avril 2013 une concertation indispensable à l'acceptation et l'approbation des programmes 2014-2020 par la Commission Européenne. Les orientations (en cours de finalisation à mi juillet 2013) seront intégrées à la stratégie pluri-fonds.

Cette procédure garantit l'articulation des travaux locaux avec ceux conduits au niveau national.

Ainsi, les projets identifiés comme prioritaires dans le projet de SRIS volet Réunion sont également ceux qui figurent comme tels dans la maquette FEDER 2014-2020.

► Le secteur sanitaire (313,7 M€ au SRIS)

Six projets inscrits dans le SRIS pour La Réunion :

- Afin d'améliorer l'accès aux soins dans les écarts (cirque de Cilaos et de Salazie, Hauts de l'ouest) et d'améliorer la qualité de la prise en charge du patient, un projet portant des organisations d'exercice coordonné doit être soutenu pour attirer et fidéliser les professionnels de santé libéraux sur ces zones fragiles et prioritaires à La Réunion.
- Dans le territoire de santé ouest, le projet de reconstruction/extension du plateau hospitalier MCO public en coopération avec l'EPMSR est un projet constituant la dernière opération de restructuration hospitalière d'ampleur de La Réunion, permettant à ce territoire de disposer d'une offre de soins publique en rapport avec les besoins de santé de la population en croissance, et de répondre aux enjeux d'optimisation des organisations dans des locaux adaptés. L'actuel centre hospitalier en ville sera valorisé. Inscrit au COPERMO, selon les bornes basses des référentiels ANAP, le coût estimatif est de 140 M€.
- Au CHU site sud, principal établissement MCO du territoire Sud (et l'unique offre de soins en matière de médecine), 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€.
- Validé dans le cadre de la fusion constitutive du CHU de La Réunion, le projet sur le site nord intègre la construction du bâtiment regroupant les activités de soins critiques (réanimation, surveillance continue, soins intensifs, grands brûlés), la plateforme 15-18, le laboratoire et la réorganisation du bloc. 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€.

- ▶ L'offre en psychiatrie ne permet pas de répondre aux besoins de la population sur le territoire de santé nord/est. C'est pourquoi, le projet de relocalisation de 50 places du territoire ouest vers le territoire nord/est est inscrit au SRIS. Ce projet implique la construction de 50 places au CHU site nord et permet de libérer des espaces à l'EPSMR ouest. Inscrit au SROS, ce projet est estimé à 16 M€.
- ▶ Concernant la filière d'aval où les taux d'équipement de La Réunion sont les plus faibles de France, le CHU dispose, pour le territoire Sud, de la seule offre d'USLD et de SSR spécialisés dans les affections du système nerveux. Les locaux actuels ne sont plus adaptés (architecture de sanatorium) à l'activité et aux développements attendus dans le PRS. Le projet consiste donc à une mise à niveau du bâti existant permettant de disposer d'un plateau de SSR et d'USLD intégrant une unité Alzheimer en rapport avec la mission de recours du CHU pour un budget estimatif de 13,6 M€.

▶ **Le secteur médico-social (49,7 M€ au SRIS sur 191,3 M€)**

Les quatre projets inscrits au SRIS permettront d'améliorer l'offre grâce à des restructurations et des augmentations de capacité sont intégrés dans le PRIAC 2012-2016.

L'offre médico-sociale toujours sous développée par rapport aux besoins s'est étoffée ces dernières années en diversifiant les types de structures disponibles. Cette phase toujours en cours nécessite une réorganisation de l'offre notamment pour répondre à des jeunes maintenus en aménagement Creton en CEAP (centre pour enfants et adolescents polyhandicapés) faute de structures adaptées disponibles.

- ▶ Une offre adaptée est un des objectifs du projet d'opération de réhabilitation/extension du bâti menée sur le patrimoine existant d'un FAM et d'une MAS intégrant la rénovation d'un CEAP distinguant les espaces diurnes des espaces d'internat, dans le cadre d'une diminution de capacité avec redéploiement vers les SESSAD. Il est l'aboutissement d'une opération, menée conjointement par l'ARS et le département depuis plusieurs années, de restructuration de l'offre tenant compte de l'évolution des besoins pour un montant estimatif de 9,4 M€.
- ▶ Pour répondre à des mises aux normes et améliorer l'efficacité de l'offre, il est prévu la reconstruction de deux IME, portés par deux associations distinctes, l'un ne répondant plus aux normes de sécurité et d'accessibilité, l'autre actuellement éclaté sur plusieurs sites avec forte déperdition en matière de qualité et d'intensité de la prise en charge et pesant sur sa soutenabilité financière. Le projet traduit une réflexion commune des deux associations pour mieux répartir entre elles le public, permettre à chacune une spécialisation des prises en charge et favoriser l'organisation de parcours d'accompagnement et la complémentarité de leurs interventions. Le financement de ces nouvelles constructions à hauteur de 16,3 M€ intégrera la valorisation du patrimoine actuellement utilisé.
- ▶ Deux projets concernent la dépendance avec la construction de deux EHPAD, l'un sur le territoire nord/est et l'autre sur le territoire ouest. Ces projets déjà inscrits dans le PRIAC 2007-2011 permettent d'augmenter la capacité à hauteur de 160 places réduisant le déficit d'offre sur ces territoires de santé afin de faire face au vieillissement de la population en complément d'une politique résolue de maintien à domicile développée en lien avec le Département à La Réunion. Ces deux projets dont l'autorisation a déjà été délivrée sont estimés à 24 M€.

Secteur sanitaire et médico-social du SRIS de Mayotte

Les neuf projets d'investissements à 5 ans déclinés dans le SRIS pour le volet Mayotte constituent la réponse la plus urgente (et non exhaustive) au regard des besoins importants de structuration de l'offre de soins pour ce territoire fortement sous équipés.

La stratégie déclinée sur l'ensemble de l'offre de soins repose sur une vision réaliste des potentialités et contraintes du territoire et de son environnement. Elle consiste à impulser le développement du secteur libéral malgré des contraintes inhérentes, de continuer à accompagner le Centre Hospitalier de Mayotte dans son développement capacitaire et dans sa modernisation tout en construisant une approche de type parcours de soins et gradation des soins avec le CHU de La Réunion, et enfin de rendre crédible la structuration du médico-social en termes de structures d'accueil et de rebasage dans l'attente d'un plan de rattrapage.

Concernant le financement des projets le règlement accompagnant la rupésisation à compter du 1^{er} janvier 2014 n'est pas encore stabilisé. Le DOCUP est en cours d'élaboration. L'ARSOI a demandé un financement FEDER sur les projets tels que priorisés dans le cadre de cette première phase du SRIS. Il est à préciser que même avec un financement européen, la contrepartie nationale sera probablement sollicitée au titre du SRIS.

► Le secteur sanitaire (43,6 M€ au SRIS)

L'organisation du système de soins est centrée autour du centre hospitalier de Mayotte, établissement public de santé, de 4 centres de santé intercommunaux dits centres de référence et d'un réseau de 13 centres de consultation répartis sur le territoire de santé et assurant les soins de premier recours.

Quatre projets inscrits au SRIS sont portés par le CHM :

- Avec une démographie médicale particulièrement faible, le secteur libéral est peu développé du fait notamment d'absence généralisée d'affiliation au régime d'assurance maladie de la population qui faute de revenu suffisant bénéficie de soins gratuits au sein de l'hôpital et dans les dispensaires. Dès lors, les dispensaires du CHM sont les structures de santé qui permettent d'assurer l'accessibilité de la population aux soins primaires. Le choix réside dans la réhabilitation des dispensaires de proximité qui sont obsolètes afin d'apporter une offre de premier recours qui s'accompagnerait d'une modification du fonctionnement vers un statut de centre de santé. Cette solution permettra d'améliorer le parcours du patient en apportant une meilleure qualité de prise en charge tout en conservant la proximité et améliorant le recours à l'hospitalisation notamment pour les patients de maladies chroniques. Il est prévu la réhabilitation d'un dispensaire de proximité par an soit 4 dispensaires pour un montant total de 0,8 M€.
- Selon un rapport de mission et d'appui « SIMON » (novembre 2009) portant sur une analyse globale du CHM, il ressort que le bloc opératoire n'est pas conforme pour des vices architecturaux portant sur le dimensionnement, l'organisation de l'espace et les matériaux utilisés. Sa reconstruction est alors nécessaire pour assurer une meilleure prise en charge des patients. Cette reconstruction nécessite au préalable la réactualisation de l'audit bloc mené en 2008 dans le cadre d'un chantier MEAH dans le cadre du benchmarking « blocs opératoires ». Ce projet est estimé à 17,3 M€.
- La construction d'une structure hospitalière sur Petite Terre permettra une structuration de l'offre sur Petite Terre séparée du plateau technique de Mamoudzou par un bras de mer et reliée par un système de barge. Cette construction impliquera la délocalisation du centre de

Dzaoudzi en regroupant les 2 dispensaires de proximité de Petite terre et créant 30 lits de SSR. Le développement de la filière aval avec la création de la première capacité de SSR à Mayotte aura un fort impact sur le parcours du patient en évitant des évacuations sanitaires ou le prolongement des longs séjours à La Réunion. Ce projet estimé à 17,5 M€ permettra de transformer les lits de médecine du Centre de Dzaoudzi en lits de SRR et de créer une capacité nette supplémentaire de 16 lits. Ce regroupement de l'offre ambulatoire hospitalière actuellement organisée sur trois sites permet d'envisager, par ailleurs, un partenariat avec le secteur libéral dans le cadre d'un centre de santé adossé à une MSP. Une offre hospitalière mieux organisée sur Petite Terre est également une réponse aux enjeux de sécurité liés à la présence de l'aéroport.

- ▶ Avec une capacité totale actuelle de 10 lits et 2 chambres d'isolement et la pédopsychiatrie en voie de création en 2013, la psychiatrie embryonnaire à Mayotte nécessite la création de lits d'hospitalisation afin de répondre aux besoins des patients et de tous les partenaires. En effet, de nombreux partenaires (Centre pénitentiaire, PJJ, Education nationale, secteur médico-social) voient leur propre développement contraint faute de réponse hospitalière en santé mentale. Une première réponse envisagée est la création de 25 lits d'hospitalisation et d'un plateau technique ambulatoire. La création du CMP et des 12 lits dans l'enceinte du CHM telle que conduite en 2012 ne peut connaître d'extension sur le site actuel. Ce projet estimé à 8 M€ implique une nouvelle construction sur un foncier à rechercher à une distance compatible avec l'intervention des psychiatres aux Urgences.

- **Le secteur médico-social (1,9 M€ au SRIS)**

Les besoins de développement du secteur médico-social sont importants puisque fin 2012, les premières autorisations délivrées aux structures existantes dans la prise en charge des personnes handicapées concernées un SASAIS de 57 places, un SESSAD de 139 places, un ITEP de 24 places, un IME de 60 places et un MAS de 12 places soit une capacité d'accueil de moins de 300 places... Il s'est agi de labelliser l'existant avec des extensions relativement marginales. Faute de capacité à investir, les associations ont créé leurs services ou établissements à partir de locations standardisées. Une adaptation des locaux est alors indispensable. Une étude d'ensemble commandée par l'ARSOI a établi structure par structure la feuille de route et chiffré le coût prévisionnel des mises aux normes et des aménagements pour quatre structures médico sociales à échéance 5 ans.

Les cinq projets inscrits dans le SRIS pour le volet Mayotte :

- ▶ Quatre projets prioritaires concernant la mise aux normes et des aménagements pour l'ITEP, l'IME, le SESSAD, le SASAIS et le MAS. Le projet du MAS intègre aussi l'extension de 12 places supplémentaires réalisable sur l'assiette foncière actuelle pour atteindre 24 places. Ces projets permettent principalement de répondre à une meilleure qualité de la prise en charge du patient au sein des structures existantes. Le coût global pour ces projets est d'environ 0,9 M€.
- ▶ Dépister le plus tôt possible l'handicap afin d'orienter au mieux les enfants handicapés permet d'améliorer la prise en charge et le parcours du patient en évitant le sur-handicap et en priorisant la guidance parentale. Pour répondre à cet objectif, la création du premier Centre d'Action Médico-Sociale Précoce à Mayotte a été inscrite au SRIS. De dimension adaptée (coût estimé à 1 M€) car le centre aura vocation à travailler en réseau notamment

avec le CHM, la PMI et les autres établissements médico-sociaux, le CAMSP doit disposer d'une visibilité et de locaux adaptés afin que le handicap à Mayotte soit reconnu.

Systeme d'information en santé du SRIS de La Réunion et de Mayotte (85,6 M€)

Les systèmes d'information permettent notamment de rapprocher les deux îles de l'Océan Indien distantes de près de 1 500 km et plus généralement de les décloisonner.

Le bilan des années passées montre que la mutualisation autour des systèmes d'information de santé offre aujourd'hui des conditions favorables pour bâtir les systèmes d'informations partagés de demain : le programme des systèmes d'information et de télémédecine (PSIT), déclinaison du programme régional de santé (PRS), est ainsi la feuille de route du GCS TESIS, dans le cadre d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM).

Par ailleurs, une forte mobilisation régionale autour du prochain appel à projets « Territoire de Soins Numérique », a permis d'identifier deux objectifs majeurs permettant d'améliorer le parcours du patient :

- améliorer la lisibilité de l'offre de soins pour les acteurs de santé
- faciliter la circulation et la sécurité de l'information dans le cadre du parcours du patient

Un projet comportant deux volets est inscrit au SRIS, mettant en œuvre la stratégie régionale en matière de systèmes d'information sanitaire et médico-sociale :

Volet 1 : Dossier de Production de Soins Régionalisé (DPSR) pour 43,3 M€:

Le projet de régionalisation des données de production de soins va permettre l'échange d'informations autour de la prise en charge du patient et a pour objectif d'améliorer la coordination des soins sur l'ensemble du territoire. Les établissements de santé publics de l'Océan Indien tous regroupés au sein du GCS TESIS, pourront se doter d'un même dossier de production de soins. Conforme aux orientations du programme « Hôpital Numérique », au décret confidentialité, et aux objectifs d'alimentation du DMP, ce projet vise à permettre une plus grande fluidité des échanges garantie par l'interopérabilité d'une même solution technique.

Ce projet va permettre avec des coûts mutualisés d'accompagner les établissements de santé (MCO, SSR, HAD, PSY) et médico-sociaux dans la construction, le développement et le déploiement d'outils communicants qui permettront l'échange de données afin d'assurer le bon niveau de soins, au bon patient sur l'ensemble du territoire. Il s'agit d'inscrire la production de soins dans une logique de parcours ; les données suivent le patient tout au long des différentes phases de sa prise en charge (Amont, Aigu et Aval).

En outre, cette stratégie apporte une véritable réponse pour l'offre de soins car l'ensemble des professionnels de santé hospitaliers sera formé à l'utilisation des mêmes outils ce qui facilite le décloisonnement hôpital/ville et la coordination extra-territoriale des acteurs ou leur mobilité, notamment sur le territoire de Mayotte qui manque cruellement de compétences médicales.

Volet 2 : Mise à niveau des systèmes d'information des établissements sanitaires et médico-sociaux (42,3 M€):

Afin de faciliter la démarche de mutualisation en matière de dossier patient et de l'utilisateur informatisé, et permettre le déploiement de nouveaux services sécurisés et communicants, il est nécessaire d'accompagner les établissements sanitaires et médico-sociaux à un niveau de maturité suffisant de leurs systèmes d'information.

Des investissements sont nécessaires dans le domaine de l'infrastructure informatique (afin de mettre à l'état de l'art des systèmes arrivant en fin de vie et/ou dépassés technologiquement), ainsi qu'un accompagnement partiel de la mise en œuvre des schémas directeurs des systèmes

d'information (SDSI) des établissements (leur permettant de se recentrer davantage sur le volet métier de leurs systèmes d'information).

Cette démarche permettra notamment de lisser les écarts qui existent entre les différents établissements de santé par rapport à l'atteinte des cibles des pré-requis du programme « Hôpital Numérique », facilitant une plus grande adhésion à ce programme.

Les investissements prévus dans le secteur médico-social permettront, quant à eux, d'asseoir un socle technique mature qui accueillera le dossier informatisé de l'utilisateur au sein de chaque établissement.

La mise à niveau des systèmes d'information des établissements se décline comme suit :

- CHU : 30 M€ (mise en œuvre du SDSI).
- GHER : 3 M€ (production de soins informatisée, télémédecine).
- CHGM, EPSMR (PSO) : 3 M€ (mise en œuvre du SDSI commun).
- CLINIFUTUR : 1,3 M€ (mise en œuvre du SDSI).
- ARAR, ASDR (HAD) : 0,5 M€ (production de soins informatisée, sécurisation de la prescription au domicile).
- CHM : 3 M€ (interconnexion des centres de référence et dispensaires au CHM).
- Champ Médico-social : 1,5 M€.

PIECES JOINTES N°19.1 :



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 :

- Orientation n° 1 : Mettre en œuvre le projet CHU et les priorités Hospitalo-Universitaires
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
Orientation n° 3 : Accompagner l'évolution des besoins de santé de proximité sur les territoires en cohérence avec les priorités de santé publique
Orientation n° 4 : Affirmer la vocation universitaire de l'établissement
Orientation n° 5 : Assurer les conditions d'un équilibre financier durable de l'établissement

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

LISTE DES ANNEXES AU CPOM 2013-2017

Les Annexes « orientations stratégiques »

A1 : Les orientations stratégiques de l'établissement, en lien avec le PRS

A2 : Développer les coopérations territoriales

A3 : Améliorer la qualité et la sécurité des soins

A4 : Gestion du risque assurantiel

A 5 : Faire progresser le pilotage interne de l'établissement et de ses ressources

A6 : Système d'information en santé, télémédecine et Observations en santé

A 7 : Veille sanitaire et participation à la gestion des alertes

A 8 : Coopération internationale

A 9 : Droits des usagers

A 10 : Formation, recherche et enseignement

Les annexes « autorisation et pilotage de l'activité »

A 11 : Les autorisations et le pilotage de l'activité

A 12 : Les financements

A 13 : Les missions de service public

A 14 : Les reconnaissances contractuelles

Une annexe 15, non opposable rappelant les engagements de l'établissement hors CPOM

PIECES JOINTES N°19.2 :

Les annexes "Orientations stratégiques"

Annexe 1 : Les orientations stratégiques de l'établissement, en lien avec le PRS

Enjeux de l'annexe

Cette annexe autour de laquelle viennent s'appuyer les autres annexes constitue le cœur du contrat. Elle définit le positionnement de l'établissement dans l'offre de soins territoriale et précise les orientations stratégiques de l'établissement de santé ou du titulaire d'autorisation en lien avec les axes du Projet Régional de Santé. Cette annexe n'a pas vocation à concerner de manière exhaustive les différents champs de l'activité de l'établissement et à intégrer l'ensemble du projet médical.

Afin de garantir l'efficacité du contrat et de faciliter son suivi, cette annexe devra inscrire les principales évolutions de l'établissement envisagées pour les 5 années à venir.

Les demandes de nouvelles activités de soins ou d'équipements bien que compatibles avec les orientations du PRS-SROS restent conditionnées à la procédure d'autorisation d'activité de soins et ne préjugent pas de la décision qui sera amenée à prendre l'ARS.

Rappel Contexte et Diagnostic

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



Le Centre Hospitalier Universitaire de La Réunion est un établissement dynamique, dont l'activité et les missions, alliant proximité et excellence, ne cessent de se développer :

- Au niveau des territoires d'implantation de ses deux sites, il assure une part importante de l'offre de soins de proximité et des missions d'intérêt général ;
- Au plan régional, il remplit les missions de recours et de référence auprès de l'ensemble de la population réunionnaise et des autres structures sanitaires ;
- Dans la zone sud de l'océan Indien, le CHU doit devenir l'hôpital « pivot » qui réalisera et coordonnera différentes activités à vocation interrégionale.

L'établissement s'est également positionné comme un acteur significatif de la Recherche biomédicale en outre-mer, et contribue activement à la formation initiale et continue des professionnels paramédicaux et médicaux de la zone.

Le CHU de La Réunion agit dans un contexte démographique, épidémiologique et socio-économique particulier où l'offre et la consommation de soins montrent des spécificités.

- Une progression de l'activité MCO depuis 2007 sous l'effet d'une croissance démographique observée sur l'île toujours importante ;
- Des taux de recours qui restent néanmoins en deçà des moyennes nationales, notamment en Chirurgie ;
- Une offre de soins inférieure aux moyennes nationales dans la plupart des disciplines ;
- Une dépense en soins hospitaliers inférieure à celle de la Métropole : elle s'élève à environ 881€ par personne protégée à La Réunion (soit environ 678€ avant application du coefficient géographique de 30%) contre 1 029€ en Métropole.

Dans ce contexte, le CHU réalise 47% de l'activité régionale MCO (hors séjours) :

- En Médecine, il prend en charge plus de la moitié des séjours ;
 - En Chirurgie, la part du CHU progresse pour atteindre un peu moins d'un tiers de l'activité sur la région ;
 - L'Obstétrique enregistre la plus forte progression, le CHU réalise ainsi près de 50% de l'activité régionale.
- Sur le plan démographique, l'île de la Réunion devrait connaître des évolutions structurantes suivantes dans les vingt ans à venir :

- Poursuite de l'expansion démographique : plus d'un million d'habitants attendus en 2030, soit une progression de 25% par rapport à la population actuelle, qui devrait notamment concerner les zones Ouest et Sud ;
- Une accélération du vieillissement : doublement de la part des 60 ans et plus dans la population, et plus particulièrement des 75 ans et plus (+ 165%) ;
- Une incertitude sur l'évolution du nombre des naissances : selon les prévisions de l'INSEE le nombre de naissances à l'horizon 2030 pourrait varier entre 11 700 et 16 700 (15 000 actuellement) en fonction des hypothèses retenues.

L'activité MCO régionale devrait donc évoluer de la manière suivante :

- Poursuite de la progression des activités de Médecine et de Chirurgie, et stabilité de l'Obstétrique sous l'effet cumulé de l'expansion démographique et du vieillissement de la population ;

- Modification structurelle du profil des patients avec le fort développement de la problématique de la prise en charge des personnes âgées : prise en charge aux urgences, maîtrise de la DMS, développement des soins critiques, solutions d'aval, etc. ;
- Développement de l'offre de soins vers les alternatives à l'hospitalisation complète en Chirurgie comme en Médecine : adaptation des prises en charge aux besoins des patients, optimisation des ressources mobilisées et amélioration de la gestion des lits.

Compte-tenu de tous ces éléments, le Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens propose d'accompagner la demande grandissante de soins, par un développement raisonné de l'offre du CHU et par la modernisation et l'extension de ses structures sanitaires.

Le CHU de la Réunion entend, par ailleurs, s'inscrire pleinement dans les démarches en santé publique de renforcement de la prévention et de l'éducation thérapeutique. Dans cette perspective, il veillera à développer une offre complémentaire à l'offre de premier recours dans le cadre des priorités régionales en santé publique.

La Recherche et l'Enseignement constituent également une priorité pour l'établissement dans le cadre de l'élaboration de son projet hospitalo-universitaire.

Une étape essentielle a été franchie dans la structuration de la recherche du CHU avec l'identification claire de trois priorités de recherche en santé : maladies métaboliques (diabète, insuffisance rénale...) ; infectiologie et maladies émergentes ; périnatalité. Ces thématiques correspondent aux priorités de santé publique de l'Océan indien, ainsi que le démontrent les données suivantes du PRS 2012 :

- une mortalité maternelle estimée à plus de 26 décès pour 100 000 naissances à la Réunion contre 7,6 en métropole (2007) ;
- une mortalité infantile également élevée (6,1 ‰), soit près de deux fois plus qu'en métropole (3,6 ‰) ;
- un pourcentage de personnes diabétiques traitées pharmacologiquement estimé à 8,8% en 2008, soit plus du double de celui observée en métropole (3,9 %).

Orientation stratégique 1 : Mettre en œuvre le projet CHU et les priorités Hospitalo-Universitaires

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en œuvre	Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Cible établissement / Indicateurs de suivi			Sources	
					2013	2014	2015		2016
1 - Périnatalité Accompagner le développement des activités « lourdes » de pédiatrie et de périnatalité	1 Identifier une filière de médecine néonatale sur le CHU Nord pour répondre aux besoins des maternités partenaires			Unité de réanimation néonatale/pédiatrique mixte	Ouverture 6 lits USCP		Ouverture unité de réanimation pédiatrique et USCP		
	2 Organiser le dépistage précoce des grossesses à risque au CHU (modèle Prima Facie)		7000 femmes par an (80% d'une population cible de 8500)	0	2500	3500	4500	5000	7000
	3 Créer un lactarium régional au sein du CHU			Utilisation du lait cru, conservation prolongée impossible, achat de lait de Marmande	Lactarium localisé au CHU-Nord	Extension au CHU-Sud	Extension au CHGM	Extension à toute la région	Extension à Mayotte
	4 Organiser la prise en charge des hémorragies post-partum (HPP) sur tout le territoire (embolisation) ainsi que des autres urgences obstétricales et gynécologiques		Mortalité maternelle en métropole dont 50% par HPP : 7,6 / 100 000	Réduire la mortalité par HPP de 50%	Mortalité maternelle = 26/100 000 (50% par HPP)				18 / 100 000
									Enquêtes nationales périnatales Base de données périnatales régionales (PMSI élargi) et nationales (PMSI national)

	Organiser l'activité de chirurgie pédiatrique de recours au sein d'un service unique implanté sur chacun des deux sites du CHU afin de favoriser la concertation et l'harmonisation des pratiques chirurgicales et anesthésiques		Service unique				
	Renforcer l'offre de soins critiques pédiatriques par l'identification d'une unité de réanimation pédiatrique et de soins continus sur les sites Nord (réanimation : 6 lits; soins continus : 6 lits) et Sud (réanimation : 4 lits ; soins continus : 4 lits)			4 lits de Réa au Sud 2 de SC au Sud et 6 SC au Nord		2 lits de SC au sud	
	organiser une filière de prise en charge de l'endométriose profonde nord sud						
	Organiser l'approche pluridisciplinaire avec les gynécologues, chirurgiens proctologues, urologues, psychiatres et psychologues, spécialistes de la douleur chronique, PMA, etc						
	Identifier un parcours patient visible pour les médecins de l'île et pour les patientes		Initiatives isolées				Rapport annuel du COPIL endométriose
	Communiquer et enseigner sur l'endométriose pour une prise en charge plus rapide et plus précoce des algoménorrhées						
	Travailler avec les associations d'endométriosiques présentes dans l'île. Créer une espace de parole						
	Initiation de la recherche clinique et fondamentale dans ce domaine						
	Organiser la prise en charge pluridisciplinaire de l'endométriose profonde						

PIECES JOINTES N°19.3 :

Développer les techniques de prise en charge de la surdité	1	Développer une nouvelle technique de prise en charge de la surdité profonde : instruction par l'ARS de l'autorisation déposée pour l'activité de pose d'implants cochléaires					Mise en oeuvre						
	2	Travail en collaboration avec la Clinique Saint Vincent pour la prise en charge de la surdité											

Orientation stratégique 3 : Accompagner l'évolution des besoins de santé de proximité sur les territoires en cohérence avec les priorités de santé publique

Objectifs opérationnels	Modalités de mise en oeuvre	Cible nationale	Cible régionale	Valeur initiale	Cible établissement / Indicateurs de suivi					Sources	
					Valeur cible						
					2013	2014	2015	2016	2017		
Poursuivre et renforcer l'offre de soins gériatriques	1	Restructurer et moderniser les services concernés au CHU Sud Réunion					Livraison de St Joseph				
	2	Améliorer la prise en charge de l'urgence et l'accès aux consultations gériatriques en lien avec l'équipe mobile de gériatrie					En lien avec la filière gériatrique				



	Etablir précocement un contact avec la médecine du travail, pour les patients de 18 à 65 ans en situation d'emploi et transmettre un bilan médical permettant au médecin du travail d'évaluer l'aptitude à la reprise ultérieure de l'emploi.				% de patients de 18 à 65 ans faisant l'objet d'une transmission d'un bilan médical au cours de leur séjour à la médecine du travail	
3	Evaluer les besoins d'adaptation du logement et/ou du poste de travail et faire le lien avec les opérateurs compétents pour la mise en œuvre				% de patients de 18 à 65 ans bénéficiant d'une évaluation des besoins d'adaptation du logement % de patients de 18 à 65 ans en situation d'emploi bénéficiant d'une évaluation des besoins d'adaptation du poste de travail	
4	Evaluer les besoins de requalification/formation professionnelle et faire le lien avec les opérateurs de l'emploi et de la formation professionnelle				% de patients de 18 à 65 ans bénéficiant d'une évaluation des besoins de requalification/formation professionnelle	

Au cours de la durée du présent contrat pluriannuel et de moyens, le CHU devra, par ailleurs, **construire un projet global pour l'évolution des sites extérieurs du CHU Sud Réunion au regard de la double nécessité de structuration de la filière d'aval des urgences de Saint-Pierre et de réponse aux besoins d'un vieillissement rapide de la population.** Ce projet aura à être construit dans une double logique de rapprochement des lits de médecine générale avec les urgences et le plateau technique de Saint-Pierre et de renforcement des capacités de médecine dans le cadre d'un Pôle d'excellence gériatrique. Cette démarche devra être structurée avec l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées sur le Sud Réunion dans le cadre notamment de la contribution active que le CHU aura à apporter aux activités de la MAIA Réunion. Un projet pilote de télégériatrie pourra, ainsi, être porté, au cours de la durée du présent CPOM, avec la Fondation Père Favron.

Cette dynamique concerne naturellement le projet porté sur le site du Tampon, qui a déjà fait l'objet d'une notification par l'ARS-OI, et qui aura à être mise en œuvre au cours de ce CPOM (cf. annexe 12 sur le financement).

La vocation de recours et de soins proximité du CHU en gériatrie sur le territoire Sud devra se traduire par :

- le développement des activités de la consultation mémoire sur le site de Saint Pierre, conformément aux orientations nationales

Cet établissement est doté d'une salle d'accouchement « armée » qui ne fonctionne qu'en cas de coupure de la seule route donnant accès au Cirque de Cilaos. Pour faire fonctionner l'hôpital de Cilaos, une équipe paramédicale est en place, avec pour le service de jour (matin et après midi) une infirmière et deux aides-soignantes, et pour le service de nuit, une infirmière et une aide-soignante.

Une unité de télé médecine y fonctionne également, depuis 2007, sous l'autorité du SAMU 974, en liaison avec le SMUR de St Pierre².

À la suite d'une séance du Comité Régional de l'Organisation sanitaire et Sociale, le 3 septembre 2010, l'autorisation de faire fonctionner ces 15 lits de SSR a été retirée au GHSR à compter de l'exercice 2011.

La principale problématique porte sur la permanence des soins ambulatoires la nuit et le week-end. Si le Cirque de Cilaos compte au total 4 médecins libéraux, un seul, occupant, par ailleurs, des fonctions de praticien contractuel à temps partiel pour le CHU depuis plusieurs années, y réside effectivement et peut intervenir la nuit et le week-end.

Trois pistes pourraient dans un premier temps être formulées pour répondre à cette problématique de la permanence médicale :

- Conforter l'activité de télé médecine par l'apport d'un financement ad hoc
- Elaborer/participer à l'élaboration des protocoles de coopération entre professionnels de santé sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST et sur la base des travaux déjà initiés par le SAMU 974 ;
- Consolider la permanence médicale sur le site du CHU dans le cadre d'une solution globale ayant vocation à impliquer également la médecine libérale.

L'ARS installera avant la fin du premier semestre 2013 un comité de pilotage réunissant les différents opérateurs de santé et partenaires institutionnels concernés par l'offre de santé sur Cilaos.

Orientation stratégique 4 : Affirmer la vocation universitaire de l'établissement

Le CHU aura, en lien étroit l'Université, à construire les éléments de contenu de son projet hospitalo-universitaire d'enseignement et de recherche à l'issue d'une concertation approfondie avec l'ensemble des acteurs de l'enseignement et de la recherche en santé. Ce projet devra être construit en déployant une méthodologie participative impliquant l'ensemble des acteurs concernés et en visant un objectif majeur de renforcement des synergies entre le CHU et l'ensemble des acteurs de la recherche et de l'enseignement en santé à La Réunion. Ce projet devra se structurer autour des trois priorités pré-identifiées dont le contenu aura à être précisé en termes de projets : maladies chroniques et métaboliques ; infectiologie ; périnatalité. Un quatrième axe transversal aura à être développé sur le renforcement de la formation, de l'enseignement, de la simulation médicale et chirurgicale et du soutien au développement de la recherche en santé publique. Ces points seront plus particulièrement développés dans l'annexe 10 du présent CPOM, qui fera l'objet d'une contractualisation par voie d'avenant au cours de l'année 2013.

² Le SMUR de St Pierre assure, par ailleurs, les transferts de patients par la voie routière en cas de besoin avec un temps de trajet de l'ordre d'1 heure.

PIECES JOINTES N°19.4 :

Annexe 12. Les financements

Outre les recettes d'activité MCO et de tarifications QON, les établissements de santé peuvent bénéficier des financements suivant sous compétence ARS :

- Les missions d'intérêt général sur enveloppe MIG
- Les missions d'intérêt général sur Fonds d'Intervention Régional (FIR)
- Les aides à la contractualisation
- Les subventions/financements au titre du Fonds d'Intervention Régional (FIR), hors mission d'intérêt général
- La dotation annuelle de financement (activités de SSR et de psychiatrie)
- La dotation annuelle USLD.

Les engagements de l'ARS figurant au présent CPOM sont conditionnés à la disponibilité des enveloppes et fonds régionaux, dont le montant est fixé annuellement par décision ministérielle.

L'expérience antérieure des gels ou débassages, dont le renouvellement sur la durée du CPOM ne peut être écarté au regard du contexte budgétaire national, oblige les établissements de santé à être prudents dans leurs projections budgétaires, et à veiller, selon les principes de construction de l'EPRD, à l'ajustement annuel de leurs dépenses à une prévision prudentes de recettes.

A cette contrainte s'ajoute l'obligation de contractualisation de justification au premier euro des dotations MIGAC, dans le respect du droit européen, et afin de garantir l'équité de traitement des établissements de santé.

Ces constats conduisent l'ARS à retenir les priorités suivantes dans l'allocation annuelle des recettes aux établissements de santé, par ordre décroissant :

- Mesures fléchées nationales par établissements (Plan d'Investissement, mesures ponctuelles)
- Reconduction des dotations MIG, DAF, USLD, FIR (missions reconductibles sur la durée du CPOM)
- Reconduction des AC sur engagements régionaux pluriannuels, et en leur sein les soutiens aux investissements
- Revalorisation et développement des MIG au regard des référentiels nationaux, des objectifs du PRS, et des indicateurs des établissements
- Aides aux projets régionaux concernant plusieurs établissements de santé (coopérations et structures de coopérations, postes et projets partagés)
- Soutiens régionaux budgétaires aux établissements sous réserve d'un engagement contractualisé de retour à l'équilibre
- Aides ponctuelles au développement de l'activité, à l'émergence de nouvelles formes de prise en charge et de pratiques, à l'amélioration de l'organisation et du fonctionnement des établissements de santé, à la performance et à la qualité des soins et des organisations.

Pour l'allocation aux établissements des soldes d'enveloppes régionales en fin d'exercice (dernier trimestre), l'ARS peut déroger à cette priorisation pour soutenir ponctuellement et de manière conséquente des projets d'intérêt régional ou prendre en compte la situation financière des établissements de santé, traités équitablement, tout en se réservant des marges de financement en année pleine pour l'exercice suivant.

Les financements MIGAC et FIR n'ont pas vocation, hors activités régionales isolées, à compenser les différences tarifaires entre catégorie d'établissements ou à compléter des mesures sous calibrage ou fléchage national, voire à accompagner transitoirement des évolutions réglementaires ou méthodologiques des modes de

tarification. Toutefois, il peut être dérogé à ce principe lorsqu'une modalité de financement, dont l'impact est défavorable aux établissements, fait l'objet de travaux nationaux en cours de redéfinition, et sous réserve d'une application équitable entre les établissements, toutes catégories confondues.

Les dotations annuelles de financement (DAF SSR et DAF Psychiatrie) sont reconduites aux établissements, après application du taux de reconduction régionale, plus ou moins la variation régionale IVA pour le SSR, et imputation, au pro rata, des efforts d'économies décidés nationalement. Ces derniers, issus de la loi de financement de la sécurité sociale, et donc de la volonté du législateur, s'imposent aux établissements qui devront veiller à l'ajustement de leur charges.

Les dotations USLD sont régies par les principes de la convergence tarifaire, qui doivent trouver leur application dans les conventions tripartites et dans la tarification annuelle.

La répartition des mesures MIGAC, DAF, USLD, FIR fait l'objet de deux présentations annuelles à la Conférence de Santé et de l'Autonomie (conférence plénière et/ou commission spécialisée de l'organisation des soins) :

- Au premier semestre de l'année pour compte rendu de l'allocation de l'exercice antérieur et projection de la campagne tarifaire en cours
- Au second semestre de l'année pour compte rendu des tarifications initiales et projection de l'utilisation des soldes.

Tout financement MIGAC et FIR, ainsi que toute mesure spécifique DAF, fait l'objet d'un rapport d'activité annuel de la part de l'établissement, annexé au rapport annuel défini à l'article 3 du présent CPOM.

Lorsque l'allocation de mesures nouvelles intervient en cours d'année, hors fléchage national, l'ARS peut faire application du prorata temporis, et à calculer les extensions années pleines de l'année suivante sur la base de la mise en œuvre réelle des mesures par l'établissement lors de l'exercice précédent.

➤ Sur les financements du Fonds d'Intervention Régional (FIR) :

L'ARS peut ouvrir chaque année un ou plusieurs appels à projet portant notamment sur le soutien aux investissements, le développement de nouvelles modalités d'organisation des soins, l'amélioration du fonctionnement des établissements de santé, et la gestion des ressources humaines.

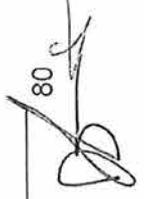
Le financement de la permanence des soins en établissements de santé et de l'éducation thérapeutique du patient fera l'objet d'une modélisation régionale applicable à compter de 2013.

➤ Sur les missions d'intérêt général, missions de service public et actions de santé recentralisées (enveloppe MIG et FIR) :

- Principes généraux applicables aux financements des missions d'intérêt général, missions de service public, et aux actions de santé recentralisées (enveloppe MIG et FIR) :

Toutes les MIG doivent faire l'objet d'une contractualisation et d'une justification au premier euro.

Les MIG faisant l'objet d'un financement sur décision régionale (donc hors MIG fléchées nationales) feront chacune l'objet d'une contractualisation spécifique, par voie d'avenant au présent CPOM, sur les années 2013 et 2014. L'ARS s'engage à allouer à chaque MIG ainsi revue une dotation équivalente au calibrage issu du Guide



méthodologique MIG de la DGO, dans sa dernière version en vigueur, en retenant le coût moyen de chaque poste figurant dans ce guide, et après application du coefficient géographique en vigueur et déduction des recettes d'activité.

Dans le cas où le guide méthodologique national ne prévoit pas de calibrage, le montant de la MIG, toujours calculé en référence au coût moyen des postes figurant au guide, fera l'objet d'une négociation spécifique retracée dans l'avenant au CPOM.

Pour chaque MIG revue, la dotation sera allouée en tout ou partie, en fonction de l'atteinte des objectifs fixés à l'avenant afférent.

Dans l'attente de la renégociation de chacune des MIG, ces dernières font l'objet d'une dotation en reconduction du montant précédemment alloué.

Les missions d'intérêt général faisant l'objet d'un financement fléché national sont allouées annuellement au niveau fixé par le ministère de la santé : elles ne justifient pas d'un complément régional.

La permanence des soins en établissements de santé MCO, à distinguer de la continuité des soins, a fait l'objet d'un schéma régional inscrit au PRS. Sur cette base, l'ARS mettra en œuvre un suivi à compter de 2013 auprès des établissements de santé pour identifier les lignes de garde et d'astreinte, et le niveau de mobilisation de ces dernières au titre de la PDSES. Elle proposera une modélisation de financement de la PDSES dans les établissements publics de santé comportant une part forfaitaire et une part calculée au pro rata de la mobilisation des lignes de garde et d'astreinte entre la PDSES et la continuité des soins. Cette modélisation sera appliquée progressivement à compter de 2013, et fera l'objet d'un avenant au présent CPOM.

- Modalités d'application pour le CHU de La Réunion :

Les missions d'intérêt général et missions de service public sont reconduites, dans leur intitulé, pour l'année 2013.

Elles feront l'objet chacune d'un avenant spécifique au présent CPOM, négocié en 2013 et 2014, définissant les objectifs, les moyens et les indicateurs d'évaluations.

Leur financement sera retracé annuellement dans un avenant au présent CPOM transmis au plus tard avec la dernière notification annuelle.

L'ARS retient, sur la base des principes précédemment indiqués, avant tout développement de nouvelles missions ou actions, la priorité de réajustement des financements reconductibles. Ceci sera mis en œuvre prioritairement par compensation des majorations et minorations au sein de la base reconductible de l'établissement, puis par mobilisation de moyens complémentaires.

Les autres projets de renforcement ou de création de missions d'intérêt général seront examinés sur la durée du CPOM conformément aux orientations du PRS et en lien avec les plans nationaux.

Au 31/12/2012, la dotation MIG du CHU est composée :

- 22 378 207 € de base reconductible
 - 1 064 190 € de crédits non-reconductibles
 - 27 761 255 € de MIG en justification au premier euro (fléchage national)
- Soit un total de 51 203 652 €.

➤ Sur les aides à la contractualisation :

- Principes généraux applicables aux AC :

Toutes les aides à la contractualisation doivent faire l'objet d'une contractualisation, et sont pas nature non-reductibles, ou reductibles sur une durée limitée, contractuellement fixée. Elles doivent faire l'objet d'une justification au premier euro.

A l'exception des AC fléchées nationales (soutiens aux investissements sur Plan nationaux, mesures ponctuelles, mesures de personnels) toute allocation en AC doit donc faire l'objet d'un avenant au présent CPOM, dès l'année de son allocation à l'établissement.

Ces dispositions nationales entraînent les conséquences suivantes :

- seules les AC reductibles au 31/12/2012 correspondant à des soutiens nationaux aux investissements, à des mesures reductibles fléchées nationales, ou à des activités reductibles régionalement déterminées, ont vocation à être reductibles à l'établissement sur la durée du présent CPOM, sous réserve de l'atteinte des objectifs et en l'absence de modification nationale des règles de financement ; elles feront l'objet d'une contractualisation par voie d'avenant en 2013 suite à la première notification budgétaire de l'exercice ;
- les AC non-reductibles au 31/12/2012, mais alloués sur la base d'un engagement pluriannuel de l'ARS, ont vocation à être reductibles à l'établissement sur la durée de l'engagement, sous réserve de l'atteinte des objectifs et en l'absence d'intervention d'un autre mode de financement ; elles feront l'objet d'une contractualisation par voie d'avenant en 2013, suite à la première notification budgétaire de l'exercice ;
- les autres AC non-reductibles au 31/12/2012 n'ont pas vocation, sauf exception à être servies à l'établissement sur la période de validité du présent CPOM ; ceci n'exclut pas l'allocation annuelle de nouvelles AC non reductibles.
- toute nouvelle AC allouée à l'établissement, en reductible ou non reductible, sur la période de validité du présent CPOM, devra faire l'objet d'un avenant au présent CPOM.

- Modalités d'application pour le CHU de La Réunion :

Au 31/12/2012, la dotation AC du CHU de La Réunion est composé de :

- 14 757 818 € de crédits reductibles, incluant le financement via l'établissement du GCS TESIS
- 16 175 805 € de crédits non-reductibles

Soit un total de 30 933 622 €.

La base AC reductible au 31 décembre 2012 s'élève à 13 893 233 € (hors GCS TESIS) dont :

1- Soutiens nationaux aux investissements :

- o Plan H2007 : 2 021 824 €
- o Plan H2012 : 307 710 €
- o Plan Villepin : 3 561 900 €

82


o Soutien national investissement (GREF GHSR) : 1 000 000 €

2- Mesures fléchées nationalement :

o Plan Cancer : 7 845 €
o Indemnisation/formation Responsables de Pôles : 56 669 €
o Coordination AVC : 97 430 €
o Plan Obésité : 78 069 €
o Création/transformation emploi HU : 84 028 €
o Conseiller technique soins infirmiers : 80 650 €

3- Mesures fléchées régionalement :

o GCS surdité : 792 000 €
o Médecine légale : 58 790 €
o AVC UNV : 120 800 €
o Laboratoire P3 : 129 281 €

Soit un total de 8 396 996 €, qui a vocation à être maintenu au CHU de La Réunion pour la durée du CPOM.

Le différentiel (5 469 237 à) correspond à un solde de mesures régionales allou es antérieurement à 2012 et non rattachables à un engagement de l'ARS couvrant la période 2013-2017. Ce montant sera maintenu globalement au CHU de la Réunion sur la durée du présent CPOM et fera l'objet d'une réaffectation prioritairaement au titre de la revalorisation des MIG ou en mesures AC à contractualiser (projets d'investissement, ...). A titre transitoire, il est maintenu en l tat au CHU pour l'année 2013, la réaffectation au titre de la revalorisation des MIG ou en mesures AC à contractualiser (projets d'investissement, ...) intervenant à compter de 2014.

Les AC allou es en 2012 en non-reconductible, pour des engagements pluriannuels, seront servies jusqu'à échéances de ces derniers au CHU de La Réunion pour la période 2013-2017.

Les soutiens aux activités régionales isolées (AC non reconductibles) sont maintenus, dans leur volume global au CHU de La Réunion pour la durée du présent CPOM, soit 5 019 669 à en base au 31/12/2012, pour les activités suivantes limitativement  num r es :

- Oncop diatrie
- Grands brûlés
- Chirurgie cardiaque
- TEP fonctionnement
- TEP 18FDG (fléchage national)
- Hyperbarie
- Curiothérapie
- Unité prot g e en cancérologie

Auxquelles s'ajoute l'odontologie dont le développement est attendu, particulièrement pour renforcer l'accès aux soins des personnes handicapées, en perte d'autonomie, ou en situation de précarité ou vulnérabilité sociale.

La reconduction à l'établissement de ce montant global limitatif de soutien aux activités régionales isolées est conditionnée à :

- la justification, activité par activité, des déficits constatés annuellement,
- l'engagement d'un plan pluriannuel contractualisé de réduction ou de limitation des déficits, activité par activité avec l'appui de la cellule performance du CHU

Dans le cas où les travaux nationaux en cours aboutiraient à la reconnaissance d'activités régionales isolées et à la définition de modalités nouvelles de financement, ces dernières se substitueraient aux soutiens régionaux jusqu'alors accordés.

Le soutien à l'activité de réanimation du CHU Site Nord dans l'attente du regroupement du service sur un seul bâtiment est reconduit à hauteur de 1,2 M€ en 2013 ; ce montant limitatif sera exclusivement dédié, à compter de 2014, au financement du surcoût en personnels justifié par la dispersion du service sur deux implantations. Les crédits éventuellement dégagés seront garantis au CHU de La Réunion pour le financement prioritairement du déficit des activités régionales isolées identifiées ci-dessus, puis du développement ou de la revalorisation des MIG ou pour des aides à la contractualisation.

➤ Sur la DAF SSR :

Au 31/12/2012, la DAF SSR du CHU de La Réunion est composée de :

- 13 279 020 € de crédits reconductibles
- 3 153 785 € de crédits non-reconductibles

Soit un total de 16 432 805 €.

La quote-part de la DAF antérieurement allouée pour le fonctionnement des lits de SSR du site de Cilaos, maintenu à titre transitoire au CHU dans l'attente de la redéfinition d'un projet pour ce site, devra être prioritairement mobilisée en renfort sur la durée du CPOM des activités de SSR autorisées au sein de l'établissement.

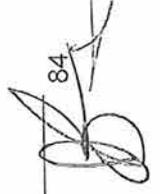
Sont retenus comme thématiques prioritaires pouvant faire l'objet, sur la durée du CPOM, d'un financement complémentaire (par redéploiement de la DAF de l'établissement ou par apport des moyens nouveaux), après analyse des projets :

- la consolidation de l'offre de soins de suite spécialisée sur le site du Tampon (EVC-EPR, Unité d'éveil)
- la création d'un plateau commun polyvalent de rééducation pour la prise en charge des affections cardio-vasculaires, respiratoires, sur le site de Saint Pierre.

➤ Sur la DAF Psychiatrie :

Au 31/12/2012, la DAF Psychiatrie du CHU de La Réunion est composée de :

- 27 058 222 € de crédits reconductibles
- 48 360 € de crédits non-reconductibles



Soit un total de 27 106 582 €.

Sont retenues comme thématiques prioritaires pouvant faire l'objet, sur la durée du CPOM, d'un financement complémentaire, après analyse des projets :

- la consolidation des moyens existant
- les prises en charge spécialisées en périnatalité, et les activités de liaison avec l'offre de soins somatique et médico-sociale
- les activités de réhabilitation de psychosociale, sectorielles, ou intersectorielle au travers de coopérations avec l'EPSMR
- la prise en charge des personnes en situation de précarité.

Les autres projets de l'établissement, visant au développement de nouvelles unités d'hospitalisation et/ou de prise en charge, seront examinés sur la durée du CPOM, conformément aux orientations du PRS.

Le rattachement prioritaire de Saint Leu au secteur 99G03 (EPSMR) se fera, sauf souhait contraire des intéressés, sans remise en cause de l'affectation des personnels concernés au CHU de La Réunion, site Sud. Ces effectifs devront faire l'objet d'une mobilisation prioritaire, sur accord de l'ARS au travers d'un avenant suite, à la première notification 2013, sur les projets prioritaires de l'établissement pour le développement et la consolidation de l'offre de soins psychiatriques pour le territoire Sud.

La permanence des soins en hospitalisation psychiatrique, financée en DAF, fera l'objet de travaux régionaux d'identification et d'harmonisation en 2013.

➤ Sur la dotation USLD :

La dotation USLD s'élève au 31/12/2012 à 2 237 737 € en crédits reconductibles.

Elle est soumise aux principes de convergence tarifaire.

➤ Sur les soutiens spécifiques aux investissements :

- Restructuration du site du Tampon :

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, respectant les critères ANAP, soumis à validation de l'ARS. La quote-part du Département de La Réunion, au titre des lits d'USLD devra être identifiée. Le coût global de l'opération, hors équipement devra être validé par l'ARS.

L'ARS a déjà contribué au financement de ce projet, en subvention d'investissement, soit :

- 730 423 € en 2009
- 3 138 785 € en crédits DAF non reconductibles en 2012
- 1 000 000 € en crédits AC non reconductibles en 2012

Soit un total de 4 869 208 €.

L'ARS poursuivra son soutien fléché sur la durée du CPOM, sous réserve des disponibilités de la marge régionale. Le CHU de La Réunion s'engage à dégager les marges budgétaires de financement complémentaire dans le cas où les soutiens fléchés de l'ARS ne permettraient pas, du fait de l'évolution des dotations régionales, de couvrir l'intégralité de l'investissement.

- Restructuration et rénovation du Bâtiment central de Saint Pierre : cf annexe 12

Le projet de restructuration du Bâtiment principal du CHU Sud a fait l'objet d'un réexamen approfondi par l'ARS en février 2012 à partir des éléments transmis par l'établissement, avec application notamment des référentiels ANAP, soit :

- une validation de la SDO à 30 738 m², proche de la borne basse du référentiel ANAP
- un coût global maximum du projet de 83 500 000€ (hors équipement), sur lequel l'établissement doit encore rechercher des économies dans le cadre des procédures de marché
- un financement par emprunt à hauteur de 50 100 000 €, la différence faisant l'objet d'un autofinancement de 33,4 M€

Le Plan de financement de l'opération, telle que validé à ce stade par l'ARS, comporte :

- 8 791 651 € de recettes annuelles supplémentaires pour 7 058 058 € de dépenses supplémentaires (hors surcoût titre 4), soit une marge bénéficiaire de 1 733 593 €
- 6 658 692 € de surcoûts de titre 4 liés à l'opération
- soit un besoin de soutien complémentaire, hors recettes d'activité et après imputation de l'intervention annuelle d'autofinancement (2 791 069 €), de 2 134 030 €.

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 un soutien complémentaire sur la marge régionale de 1 134 030 €, ou par une subvention nationale en investissement équivalente. Cette décision nationale, qui concerne un investissement supérieur à 50 M€, devrait intervenir après examen du projet par le Comité Interministériel de 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 €.

- Soutien budgétaire à la réalisation du Bâtiment Soins Critiques du site de Saint Denis :

Le projet de Bâtiments Soins Critiques (y compris plateforme 15-18) a fait l'objet d'un réexamen approfondi par l'ARS en février 2012, avec application notamment des référentiels ANAP, soit :

- une validation de la SDO à 13 454 m², proche de la borne basse du référentiel ANAP
- un coût global maximum du projet de 52 019 972 € (hors équipement), sur lequel l'établissement doit encore rechercher des économies dans le cadre des procédures de marché
- un financement par emprunt à hauteur de 48 619 000 €, la différence faisant l'objet d'une subvention SDIS (3,4 M€).

Le Plan de financement de l'opération, telle que validé à ce stade par l'ARS, comporte :

- 7 435 865 € de recettes annuelles supplémentaires pour 4 958 667 € de dépenses supplémentaires (hors surcoût titre 4), soit une marge bénéficiaire de 2 477 198 €
- 3 874 436 € de surcoûts de titre 4 liés à l'opération
- soit un besoin de soutien complémentaire, hors recettes d'activité, de 1 397 238 €.

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 Villepin à hauteur de 745 000 € par an, et d'autre part un soutien complémentaire sur la marge régionale de 652 238 €, ou par une subvention nationale en investissement équivalente. Cette décision nationale, qui concerne un investissement supérieur à 50 M€, devrait intervenir après examen du projet par le Comité Interministériel de 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 1 397 238 €.

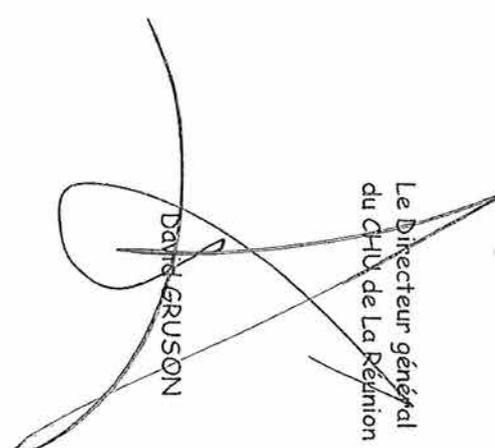
- Autres investissements :

Les autres investissements identifiés par le CHU de La Réunion devront être programmés dans le cadre du PPI et du PGFP, sur les ressources propres à dégager par l'établissement. Ils pourront faire l'objet de soutiens ponctuels annuels complémentaires en AC ou FIR (cf. supra), pour lesquels l'ARS n'est pas en mesure de s'engager par avance.

La Directrice générale de l'Agence de Santé
Océan Indien


Chantal de SINGLY

Le Directeur général
du CHU de La Réunion


David GRUSON

PIECES JOINTES N°20 :

ELEMENTS FINANCIERS BATIMENT CENTRAL CHU SUD - actualisé 30/06/2016

Plan de financement actualisé au 30/06/2016

**Groupe Hospitalier Sud Réunion
Réhabilitation et Extension du Bâtiment Principal**

AMO: Assiance Maitre d'ouvrage: Etudes.architecte,

FICHE FINANCIERE DETAILLEE DE L'OPERATION

MAJ22/09/2015

	DESIGNATION	TAUX	Budget GHSR HT	Budget conduite d'opération
			2014	HT
1	TRAVAUX			
1.1	Travaux (valeur septembre 2011)		64 885 000,00	70 273 187,74
1.1.1	dont Bâtiment Principal		62 720 000,00	68 500 910,79
1.1.2	dont Labos provisoires		800 000,00	752 520,67
1.1.3	dont VRD préalables		1 365 000,00	1 019 756,28
1.3	Marge pour fixation du coût prévisionnel des travaux	0,0%	0,00	0,00
	<i>Coût maximum prévisionnel des travaux fixé à</i>		<i>64 885 000,00</i>	<i>70 273 187,74</i>
1.3	Tolérance sur le coût prévisionnel des travaux	3,0%	1 946 550,00	2 108 195,63
	<i>Coût maximum prévisionnel des travaux réalisés</i>		<i>66 831 550,00</i>	<i>72 381 383,37</i>
1.4	Akfas travaux	2,0%	1 297 700,00	1 405 463,75
	Sous-total 1		68 129 250,00	73 786 847,13
2	FRAIS PRELIMINAIRES ET DIVERS			
2.1	Frais divers (reproduction, publications, frais huissiers...)		25 000,00	25 000,00
2.2	Etudes géotechniques / structure / amiante		250 000,00	250 000,00
2.3	AMO divers (conseil en assurances,...)		37 330,00	37 330,00
2.4	Indemnités de concours		950 000,00	950 000,00
2.5	provisions raccordement		100 000,00	
2.6	Assurances DO RC TRC CDG	1,5%	1 454 693,08	1 276 343,86
2.7	parking provisoire			200 000,00
	Sous-total 2		2 817 023,08	2 738 673,86
3	HONORAIRES			
3.1	Maîtrise d'Œuvre (taux de base 13,5%)		11 180 450,00	11 946 441,92
	<i>CSSI</i>		<i>170 000,00</i>	<i>170 000,00</i>
	<i>DIAG</i>		<i>351 538,00</i>	<i>351 538,00</i>
	<i>Signalétique</i>		<i>45 000,00</i>	<i>45 000,00</i>
	<i>SYNTHESE</i>		<i>605 724,85</i>	<i>605 724,85</i>
	<i>OPC</i>		<i>542 267,96</i>	<i>542 267,96</i>
3.2	AMO OEB		172 413,75	172 413,75
3.3	Micro-implantation		204 244,60	202 554,00
3.4	Contrôleur Technique		534 240,00	534 240,00
3.5	Coordinateur SPS		65 780,00	80 780,00
3.6	Provisions sur aléas	9,8%	382 821,50	344 338,62
	Sous-total 3		12 539 949,85	13 280 768,29
	PRIX DE REVIENT TECHNIQUE		83 486 222,93	89 806 289,27
4	AMO			
4.1	AMO (valeur 04/2011)	1,47%	1 474 720,00	1 432 152,45
	Sous-total 4		1 474 720,00	1 432 152,45
5	PROVISION POUR REVISION DES PRIX			
5.1 *	Provision pour révision des prix sur poste 1	11,5%	6 336 020,25	8 467 040,71
5.2 *	Provision pour révision des prix sur poste 3 et 4	5,5%	827 636,69	812 888,87
	Sous-total 5		7 163 656,94	9 279 929,58
	PRIX DE REVIENT PREVISIONNEL FINAL € HT		92 124 599,87	100 518 371,30
	PRIX DE REVIENT PREVISIONNEL FINAL € TTC		99 955 190,86	109 062 432,86

5.1 *	base 1,8% par an	moyenne des 2 dernières années
5.2 *	base 1,8% par an pendant les travaux	calculé sur 1% an sur la phase études

Nota : Non compris taxes du permis de construire

EMPRUNTS CONTRACTUALISES AU 30/06/2016

Prêteur	Taux	Période de remboursement du capital	durée	Type d'amortissement	Mtt total contractualisé au 30/06/2016	Montant mobilisé	Reste à mobiliser sur les emprunts contractualisés
AFD	1,70%	31/03/2020 au 30/09/2035	15 ans	amortissement constant du capital	8 500 000,00	8 500 000,00	-
AFD	taux fixe à déterminer lors du tirage ou euribor 6 mois +0.82% avec un taux minimum de 0.25%	31/03/2020 au 30/09/2035	15 ans	amortissement constant du capital	26 500 000,00	-	26 500 000,00
CDC	Livret A + 1%	19/08/2018 au 19/08/2039	21 ans	amortissement constant du capital	38 000 000,00	17 250 000,00	20 750 000,00
					73 000 000,00	25 750 000,00	47 250 000,00

FINANCEMENT	
EMPRUNTS	99 062 432,86
CDC	38 000 000,00
AFD	35 000 000,00
Autres (à contractuaïser)	26 062 432,86
AUTOFINANCEMENT	10 000 000,00
CAF	10 000 000,00
TOTAL FINANCEMENT	109 062 432,86

PIECES JOINTES N°21.1 :



F A R A H
ARCHITECTES
ASSOCIÉS



**CENTRE HOSPITALIER
REGIONAL LA REUNION**

Madame Hélène KEFI
Directrice des Travaux et
Services Techniques

SITE DU CENTRE HOSPITALIER
FELIX GUYON
97405 ST DENIS CEDEX

Paris, le 23 juin 2010

Envoi anticip e par courriel à helene@kefi.fr

N/Réf. : SF/AJE/NL/SDL97/0002/0610
Affaire : Centre Hospitalier Félix Guyon - SAINT DENIS DE LA REUNION
Objet : Bloc secondaire et bâtiment H

Madame la directrice,

Nous faisons suite à notre réunion du 22 juin dernier, à l'occasion de laquelle il a été convenu de vous adresser notre analyse juridique concernant la poursuite, par AART, de la phase études concernant le bloc secondaire et le bâtiment H du Centre Hospitalier Félix Guyon.

Selon nous, deux arguments juridiques forts militent en faveur d'un recours par le Maître d'ouvrage à la procédure dérogatoire de l'attribution du marché relatif au Bloc Secondaire et au Bâtiment H du Centre Hospitalier Départemental Félix GUYON sans mise en concurrence et nouvel appel d'offre.

En premier lieu, il convient d'attirer l'attention de la Maîtrise d'ouvrage sur le fait indiscutable que le marché de maîtrise d'œuvre confi e   AART en juillet 1997 comprenait une tranche conditionnelle n o3 portant sur la réalisation de ce Bloc Secondaire, pour laquelle AART a d'ores et déjà r ealis e un avant projet sommaire (APS) d'environ 4.000 m e2 de surfaces utiles (locaux techniques et parkings non inclus).

Il est donc parfaitement logique, d'un strict point de vue contractuel, de considérer la dévolution de cette mission de maîtrise d'œuvre de conception concernant le Bloc Secondaire comme un affermissement de fait de la tranche conditionnelle n o3 du marché initialement conclu entre AART et le C.H.R. Félix Guyon, assurant ainsi une logique continuité contractuelle.

Cet affermissement deviendrait alors effectif et incontestable par la simple délivrance d'un ordre de service (cf. les stipulations du point 1.5.2 du CCAP: « chacune des tranches conditionnelles sera notifiée par ordre de service »).

Les seuls critères prévus au CCAP pour l'affermissement des tranches conditionnelles de la mission étant :

- 1°- l'approbation de l'autorité de tutelle de l'avant projet sommaire global (d'ores et déjà réalisé),
- 2°- l'examen des contraintes financières accompagnant cette approbation.

En second lieu, l'attribution de ce marché à AART, en qualité de concepteur initial, serait de nature à satisfaire un impératif d'unité architecturale.

Souignons que cet impératif est au cœur même de la philosophie de la loi MOP qui précise les missions du maître d'œuvre en vue de garantir le respect de la cohérence architecturale de l'ouvrage.

Ainsi, l'ancien article 74.4.3 du Code des marchés publics envisageait, dans cette logique, la possibilité pour le maître d'ouvrage de recourir à une attribution du marché sans mise en concurrence, lorsqu'il est impossible de changer de prestataire « sans porter une atteinte sérieuse à l'unité architecturale, technique ou paysagère de l'ouvrage dont l'extension est envisagée ».

Nous estimons, en qualité d' « homme de l'art », que la cohérence architecturale du C.H.R. Félix Guyon est intimement liée au respect de l'organisation linéaire qui découle de l'axe médical et logistique pensé dans la conception retenue par le Maître d'ouvrage et mis en œuvre dans la première partie de ce projet d'ores et déjà réalisée.

Dans le cadre de son mémoire architectural d'octobre 1997, AART soulignait déjà l'importance, dans ce projet ambitieux, de la création d'un axe structurant nord-est/sud ouest prenant en considération l'ensemble de l'ouvrage constitué par le C.H.R. Félix Guyon, y compris dans les locaux concernés par les tranches conditionnelles du marché.

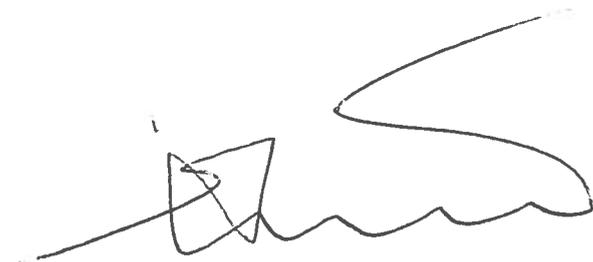
AART est donc l'architecte « naturel » de la mise en œuvre de ce projet pensé, dès l'origine, de façon globale, afin d'assurer une cohérence tant architecturale que fonctionnelle destinée à permettre le regroupement des services cliniques par pôles d'activités autour d'un plateau médico-technique centralisé et favoriser la mise en commun des moyens et des compétences.

Sans oublier qu'il paraît difficile de concilier les droits de propriété intellectuelle dont jouit AART sur cette conception globale avec la dévolution de la mise en œuvre de ce projet à un autre maître d'œuvre. A moins de rompre, par là même, son harmonie architecturale, tout en mettant en péril la fonctionnalité du C.H.R. Félix Guyon.

Aussi, dans l'intérêt premier du projet, afin de maintenir une cohérence architecturale ainsi que la fonctionnalité de l'ouvrage, proposons-nous d'assurer la continuité de la phase études par la réalisation de l'avant projet définitif (APD) en intégrant les conséquences induites par les contraintes de mise au point et d'adaptations liées à l'évolution naturelle du programme technique.

La délivrance d'un ordre de service en ce sens permettrait en outre un gain de temps significatif dans la poursuite du projet.

Dans ces attentes et restant à votre disposition pour tout complément d'information, nous vous prions d'agréer, Madame la Directrice, l'expression de nos salutations les plus distinguées.

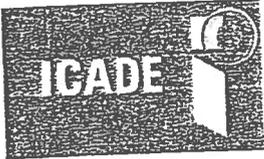


Samir FARAH
Architecte Mandataire

P.J. : - CCAP

- Ordre de service n°1 en date du 30 juin 1998, notifiant l'acceptation par la Maîtrise d'ouvrage du dossier d'Avant Projet Sommaire (APS) comportant le bloc secondaire
- Ordre de service n°6 en date du 22 juin 1999, notifiant l'approbation par la Maîtrise d'ouvrage de l'Avant Projet Définitif (APD),

PIECES JOINTES N°21.2:



CHR FELIX GUYON
14, Allée des Topazes
97400 SAINT DENIS

Saint Denis, le 11 août 2010
Réf. : gg-10-322-chd

Agence Océans Indien et Pacifique

A l'attention de Mr BIEN

Objet : Opération bloc principal et bloc secondaire
Engagement de la restructuration du bâtiment H et la construction du bloc secondaire

Monsieur Le Directeur,

Vous nous avez sollicités pour analyser la faisabilité contractuelle, juridique et opérationnelle des opérations de restructuration bâtiment H et la construction du bloc secondaire.

→ La restructuration du bâtiment H :

Le contrat du maître d'œuvre la prévoit dans l'avenant 5 pour la partie études et consultation des entreprises en tranche ferme, pour la partie travaux en tranche conditionnelle. La tranche ferme a été menée jusqu'à son terme, la tranche conditionnelle étant non engagée.
Le contrat de mandat intègre cette opération comprise dans la réalisation du bloc principal, objet des tranches ferme et conditionnelle N° 1 toutes deux engagées.

La construction du bloc secondaire :

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.
Le contrat de mandat intègre cette opération objet de la tranche conditionnelle N° 3 et engagée de fait.

Etant donnée la situation contractuelle, ces deux opérations peuvent être menées à leur terme dans le cadre des contrats en place. 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.

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 à noter que la désignation d'un nouveau maître d'œuvre ne manquerait pas de poser de sérieuses difficultés dans le respect des droits de propriétés intellectuelles de AART. Le nouvel intervenant serait contraint, soit de suivre le parti arrêté par AART et de se voir accusé de plagiat, soit de se différencier de ce parti au risque d'encourir la critique de dénaturation de l'œuvre initiale.

Nous restons à votre disposition et vous prions d'agréer, Monsieur le Directeur, l'expression de nos meilleurs sentiments.


Gilles GARCIA

PIECES JOINTES N°22 :



COMMISSARIAT GENERAL A L'INVESTISSEMENT

Le Commissaire général

Paris, le 9 septembre 2016
N°396/CGI/LS/SG

Objet : projet de restructuration et extension du bâtiment central, Site Sud (Saint Pierre) du CHU de La Réunion

Monsieur le Directeur général,

La loi de programmation des finances publiques n°2012-1558 prévoit l'évaluation socio-économique des projets d'investissement public financés en tout ou partie par l'Etat et ses établissements publics. Son décret d'application (2013-1211) prévoit également la tenue d'un inventaire annuel centralisé par le Commissariat Général à l'Investissement (CGI), la transmission au CGI des dossiers d'évaluation socio-économique et l'organisation de contre-expertises de cette évaluation pour les projets les plus importants.

A l'occasion de l'inventaire 2016 des projets hospitaliers, la fiche relative au projet de bâtiment central du site Sud du CHU de la Réunion précise que le montant HT du projet est de 100 126 730 euros. En conséquence, l'évaluation socio-économique de ce projet doit nécessairement faire l'objet d'une contre-expertise organisée par le CGI. Le rapport de contre-expertise et l'avis du CGI qui en résultent sont préalables à l'approbation du projet et en tout état de cause « préalables à l'acte d'engagement comptable et budgétaire relatif au projet, hormis les dépenses relatives aux études préalables » c'est-à-dire à la signature de tout ordre de service des travaux en procédure MOP.

La fiche inventaire transmise par l'ARS a attiré l'attention car elle ne répond pas à des informations pourtant demandées (date de validation du projet par l'ARS dans le PGFP) et indique que les travaux auraient commencé alors que le dossier d'évaluation était encore partiel et en cours d'actualisation.

En vertu de l'article 2.IV du décret 2013-1211, je demande la transmission du dossier complet d'évaluation socio-économique de ce projet. Pour le cas particulier des hôpitaux, Le format et les pièces d'un tel dossier ont été décrits dans la circulaire de 2013 relative à la mise en place du COPERMO.

Monsieur Lionel CALENGE
Directeur général du CHU de la Réunion
11, rue de l'hôpital
97 460 Saint-Paul

Le CGI, en particulier Madame Sylviane GASTALDO, directrice du programme « évaluation des investissements publics », se tient à votre disposition pour vous aider dans la mise en œuvre des obligations relatives à l'évaluation socio-économique.

Afin de programmer au mieux nos activités, je vous remercie de bien vouloir nous préciser à quelle échéance ce dossier devrait parvenir au CGI.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur général, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.



Louis SCHWEITZER

Copie :

Monsieur François MAURY, Directeur général de l'ARS Océan Indien (Réunion-Mayotte)

PIECES JOINTES N°23 :

— Délégation de l'île de la Réunion
Pôle Offre de Soins
— Affaire suivie par : Gilles Vignon
— Courriel : vignon.gilles@ars.sante.fr
— Téléphone : 02 62 93 94 21
— Télécopie : 02 62 97 97 18

—
—
Date : 06 octobre 2016

—
—
Réf. : 516/ARS/DIR/POS/ 2016

Objet : Restructuration du site sud

Le Directeur Général

à

Monsieur le Directeur Général
CHU de la Réunion
Direction Générale
Route de Bellepierre
BP 251
97405 SAINT-DENIS CEDEX

Monsieur le Directeur Général,

En 2015, le CHU a envisagé de lancer un marché de travaux relatifs à la restructuration du site Sud du CHU. Si la légitimité d'une modernisation de certains bâtiments de ce site ne soulève aucune objection et a été inscrite dans le CPOM, nous avons demandé à la direction du CHU, l'année dernière, de nous indiquer par quel financement vous alliez assurer ces travaux, compte tenu d'une perspective de déficit budgétaire notable finalement constaté à hauteur de 20 M€.

En 2016 et dans ce contexte financier, je me suis vu contraint de rejeter le PGFP que vous nous proposiez devant l'absence de garantie d'un budget d'investissement suffisant et équilibré, notamment, pour faire face à la réalisation de ces travaux. A ce jour, nous n'avons pas été destinataires de votre réponse et de vos propositions.

Informé de votre intention, le Commissariat Général à l'Investissement vous a rappelé le 9 septembre 2016 qu'il n'avait reçu aucun dossier de demande d'autorisation. En effet, pour une opération d'un coût supérieur à 100 millions d'euros, n'ayant pas fait l'objet d'un rapport socio-économique transmis à l'ARS et par conséquent n'ayant pu être validé ni par mes services, ni par le groupe technique du Copermo, ni par le Commissariat Général à l'Investissement après contre-expertise, le lancement de l'opération serait une décision contraire à la réglementation.

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.

Par ailleurs, dans le cadre de la préparation du dossier Copermo faisant actuellement l'objet d'échanges techniques entre le CHU et l'ARS, nous constatons que l'extension des capacités est contraire à votre objectif consistant à inscrire pleinement l'établissement dans le virage ambulatoire, que l'analyse de l'impact du projet en termes de charges et de recettes d'exploitation est loin d'être aboutie, mais en même temps que des évolutions de programmes sont encore envisagées.

Par conséquent, je suis amené à vous mettre en demeure de nous présenter, sous quinze jours, d'une part le programme de l'opération contenu dans le cahier des charges prévisionnel, support du marché, et d'autre part les actualisations envisagées. Chaque scénario devra être éclairé d'éléments d'analyse socio-économique, de l'appréciation des conséquences de ces ajustements au regard des engagements contractuels pris par l'établissement, et de l'analyse des impacts financiers.

En complément de ces éléments, je souhaite pouvoir connaître le détail (contenu et dates de signature) de l'ensemble des ordres de service de travaux concernant le site Sud Saint-Pierre du CHU d'ores et déjà signés et identifier ceux qui n'ont pas encore été passés.

Sur la base des éléments que vous me transmettez, la restructuration du site sud sera à l'ordre du jour de la réunion du 24 octobre 2016 déjà inscrits dans nos agendas respectifs.

Veillez agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de mes salutations distinguées.

Le Directeur Général



PIECES JOINTES N°24 :

Date : Le 20 octobre 2016

DIRECTION SUD REUNION

Réf : N° 233/2016/LC/PG/MD

Monsieur le Directeur Général

Agence de Santé Océan Indien
2 bis avenue Georges Brassens
CS 61002
97743 SAINT-DENIS Cedex 9

Objet : Opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central du site hospitalier de Saint-Pierre

Monsieur le Directeur Général,

Par courrier en date du 6 octobre courant, vous m'avez fait part de plusieurs interrogations quant aux conditions de validation, de financement et de déroulement de l'opération d'extension et de réhabilitation du bâtiment central du site hospitalier de Saint-Pierre, je vous apporte par la présente des éléments de réponse resituant cette opération dans son historique et ses conditions techniques et financières.

Au préalable, pour avoir pu échanger de façon constructive avec vous-même et vos équipes sur ce sujet, 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, et combien vous considérez que cet investissement est 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. 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.

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 (*Cf : notification du 29 décembre 2011 de 1 M€ et fléchage FIR de 7,5M€ dans le cadre du CPOM*) 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 Sud.

La Direction du CHU a veillé à vous informer systématiquement de l'avancement de cette opération majeure, notamment :

- dans le cadre du CPOM signé le 25 février 2013 qui intègre pleinement l'opération ;
- par la lettre signée par le président du conseil de surveillance en date du 6 février 2013 ;
- lors de nos conseils de surveillance depuis 2009 (*auxquels l'Agence participe et, dont elle est destinataire des compte-rendus*).

En outre, compte tenu de l'importance légitimement accordée à cette opération immobilière majeure, une présentation spécifique et exhaustive vous avait d'ailleurs été proposée lors de votre visite sur le site Sud, le 4 septembre 2015.

Enfin, nous avons transmis à vos services en début de l'année 2016 un tableau exhaustif des marchés passés et notifiés en décembre 2015 dans le cadre de cette opération.

Vous faites référence à la très légitime problématique d'évolution capacitaire et des ordres de services passés. Pour répondre à votre demande, je vous transmets en complément de ce courrier, par voie numérique, les documents exhaustifs des marchés relatifs à cette opération qui ont été passés entre décembre 2015 et février 2016 ainsi que les ordres de service signés le 2 mars 2016.

Vous faites également référence aux demandes du Commissariat Général à l'Investissement et, notamment, à la nécessaire production d'un rapport socio-économique. 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 assurer l'optimisation, d'en revoir l'ambition médicale intégrant un virage ambulatoire et une densification du bâtiment, et de vous présenter les premières hypothèses médico-économiques en ce sens lors de notre rencontre prévue le 24 octobre.

Par rapport aux critères d'éligibilité au COPERMO, je vous propose d'identifier en méthode deux phases distinctes afin de travailler conjointement sur l'amélioration de la performance de l'opération :

- une phase d'amélioration globale de la performance : les ordres de services déjà transmis sont en effet compatibles avec une réévaluation de l'évolution capacitaire et une évolution significative des taux de médecine et chirurgie ambulatoire par rapport au projet initial. Ces évolutions pourront être formalisées et présentées de façon **macroscopique** en vue du COPERMO Performance de décembre 2016.
- une phase d'amélioration détaillée : ces deux évolutions majeures pourront être détaillées **activité par activité et service par service** dans le cadre de la réécriture du projet médical et soignant du CHU. Cette rédaction qui impliquera la communauté médicale et soignante définira les activités éligibles à taux d'activité ambulatoire en forte hausse, réduisant mécaniquement les capacités en hospitalisation complètes 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.

Par ailleurs, j'ai d'ores et déjà validé une augmentation des capacités de l'UCA par réemploi de capacités d'hospitalisation complète avec des taux d'occupation faibles. Cette mesure permet d'identifier 9 places supplémentaires d'UCA d'ici à la fin de l'année à moyens constants.

Enfin, une relecture du phasage actuel du programme devrait permettre de livrer plus précocement l'UCA et l'endoscopie hors anesthésie générale au même niveau que l'hospitalisation de jour pour créer une grande plate-forme d'alternative à l'hospitalisation : ces places et ces organisations seront partie intégrante du projet médical et soignant CHU revisité.

Me tenant à votre disposition sur ces éléments, convaincu de votre engagement pour porter cet investissement pertinent au service de la population Réunionnaise et de Mayotte et du soutien précieux que vous apportez au CHU de La Réunion, je vous prie d'agréer, **Monsieur le Directeur Général**, l'expression de mes salutations respectueuses.

Le Directeur Général du CHU de La Réunion,


Lionel CALENGE



CHU DE LA REUNION
LE DIRECTEUR GENERAL