



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES

Centre hospitalier universitaire de Bordeaux (Département de la Gironde)

Exercices 2016 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 12 avril 2022.

TABLE DES MATIÈRES

SYNTHÈSE	3
RECOMMANDATIONS.....	5
Les recommandations issues des précédents contrôles	5
Les recommandations du présent contrôle	6
ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE.....	8
CONTEXTE ET STRATÉGIE	9
1 PRÉSENTATION DU CHU DE BORDEAUX.....	9
1.1 La carte d'identité du CHU.....	9
1.2 La difficile conciliation des différents rôles du CHU	10
1.3 Une activité d'hospitalisation en perte de vitesse	11
2 LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES	12
3 LES SUITES DONNÉES AUX DIFFÉRENTS CONTRÔLES.....	14
3.1 Les suites données aux recommandations de la CRC.....	14
3.2 La démarche de prévention des risques d'atteinte à la probité	15
3.3 L'effort de contrôle du cumul des activités accessoires	17
3.4 Le suivi des déclarations des liens d'intérêts	20
3.5 Un référent déontologue identifié	21
PARTIE FINANCIÈRE	22
4 DU CONTRÔLE PARTENARIAL À LA CERTIFICATION DES COMPTES	22
4.1 La démarche de certification des comptes	22
4.2 Le partenariat entre les services financiers et le comptable.....	22
5 LA FIABILITÉ DES COMPTES.....	23
5.1 Le passage au protocole d'échanges de données entre l'ordonnateur et le comptable (PES V2)	23
5.2 Le contrôle des régies	24
5.3 Le respect du principe d'indépendance des exercices	25
5.4 Les provisions	25
6 LA TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE	26
6.1 L'évolution du compte de résultat principal	26
6.2 Les produits du budget principal.....	27
6.3 Les charges du budget principal	28
6.4 L'évolution des budgets annexes	31
6.5 L'évolution du résultat consolidé.....	36
7 L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS FINANCIERS	37
7.1 L'excédent brut d'exploitation	37
7.2 La détérioration de la marge brute.....	37
7.3 L'évolution de la capacité d'autofinancement (CAF).....	38
7.4 L'évolution du fonds de roulement	38
7.5 La politique de désendettement	38

7.6 La diminution de la trésorerie.....	40
8 L'OPTIMISATION DE LA CHAINE DE FACTURATION.....	40
8.1 Le passage au système d'information <i>Fides</i> pour les actes externes	41
8.2 Le pilotage des rejets de factures de l'assurance maladie.....	41
8.3 Les annulations de factures	42
8.4 La progression des restes à recouvrer	43
9 LE FINANCEMENT DE LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT	43
9.1 La situation patrimoniale	43
9.2 Les modalités de suivi des investissements	43
9.3 La relance de la politique d'investissement en 2019	44
10 LE SUIVI FINANCIER DE LA RECHERCHE CLINIQUE.....	46
10.1 Le nouvel enjeu financier représenté par l'activité de recherche clinique	47
10.2 La structuration d'un suivi budgétaire de la recherche clinique.....	47
10.3 Le cas du brevet Hémangiol	47
10.4 Les entités satellites de promotion de la recherche clinique.....	50
PARTIE ACHATS.....	53
11 LES PROCESSUS ACHATS POUR LE COMPTE DU CHU.....	53
11.1 La succession des réorganisations de la direction des achats.....	53
11.2 Le rôle de la cellule commune des marchés (CECOMA)	55
11.3 Le rôle de la commission des marchés (COM)	55
11.4 Le panorama des achats du CHU	57
11.5 Les achats via les groupements de commandes nationaux.....	59
11.6 Les achats hors marchés	60
11.7 L'impact de la crise sanitaire sur les procédures d'achats.....	61
11.8 L'examen des procédures et du respect du code de la commande publique	61
11.9 La progression du nombre de contentieux.....	65
12 LA RÉORGANISATION DES ACHATS DANS LE CADRE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT) « ALLIANCE DE GIRONDE »	66
12.1 L'organisation des achats au sein du GHT « Alliance de Gironde ».....	66
12.2 Les procédures d'achats au sein du GHT « Alliance de Gironde ».....	67
ANNEXES	70

SYNTHÈSE

Un établissement hospitalier de premier plan

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux, composé de trois entités réparties dans l'agglomération (le groupe hospitalier (GH) Saint-André, le GH Pellegrin et le GH Sud), se positionne comme le premier établissement de santé de la région Nouvelle-Aquitaine. Avec plus de 3 000 lits, près de 400 places, et plus de 14 400 agents, il réalise chaque année 800 000 hospitalisations en journée complète, 75 000 séjours ambulatoires dont près de 13 800 en chirurgie, 616 000 consultations externes, plus de 132 000 passages aux urgences, 80 300 interventions en bloc opératoire et près de 5 800 naissances.

En revanche, depuis 2018, son rythme de progression des séjours est inférieur à celui de la moyenne des CHU. Il est ainsi passé de la 3^e place en 2017 à la 25^e position en 2019, sur 32 CHU. Il est revenu à la 13^e place en 2020, moins impacté par la crise que la moyenne des CHU.

Bordeaux est aussi l'un des sites hospitaliers de recherche médicale les plus actifs. En 2019, le CHU se plaçait en 2^e position nationale, après les Hôpitaux de Paris, en nombre de dossiers retenus aux appels à projets de recherche clinique académique, et au 3^e rang en matière de recherche industrielle. À titre d'exemple, l'institut de rythmologie et modélisation cardiaque « Liryc » a déposé vingt brevets depuis 2012. Autre illustration, le brevet Hémangioliol, traitement des hémangiomes infantiles développé par quatre praticiens du CHU, compte parmi les inventions qui génèrent le plus de rémunérations depuis sa commercialisation par un laboratoire pharmaceutique sur le marché européen, et prochainement sur le marché américain.

La dégradation de la situation financière

Avec un volume de produits croissant de 1,10 Md€ à 1,23 Md€, la situation budgétaire du CHU se dégrade cependant sur la période examinée, en passant d'une situation excédentaire (presque 2 M€ en 2016, 7 M€ en 2017) à un déficit de 1,5 M€ en 2019 et 8,8 M€ en 2020. Cette dégradation résulte d'une progression des charges plus rapide que celle des produits (+ 5,8 %, contre + 5,4 % pour les produits).

Cet effet est majoré en 2020. En effet, bien que l'établissement bénéficie d'une très forte progression de ses produits (+ 6,2 % sur un an), les charges accélèrent leur augmentation (+ 6,7 %), alors même que les dépenses d'exploitation liées à la crise sanitaire ont été presque intégralement couvertes par des financements spécifiques. Le résultat consolidé est désormais négatif depuis 2019.

La chambre régionale des comptes alerte l'ordonnateur sur la dégradation du résultat, et notamment du taux de résultat hors aides et événements exceptionnels, continue depuis 2108.

Le projet de « Nouveau CHU » et son financement

Le CHU s'était, par le passé, engagé dans une spécialisation de ses différents sites hospitaliers. Le dernier projet d'établissement 2021-2015 s'oriente désormais vers une stratégie

de réhabilitation totale du CHU, appelée « Nouveau CHU » qui va pouvoir bénéficier de la rénovation du dispositif de financement des investissements, autour du Conseil national de l'investissement en santé installé en 2021. Le montant prévisionnel de l'opération « Nouveau CHU » est de 800,5 millions d'euros au total, équipements compris.

Le CHU devra veiller à améliorer son taux de marge brute dans la perspective du financement de ce projet, mais également de l'ensemble des autres opérations majeures de son schéma directeur immobilier. En effet, le taux de marge brute ne représente plus que 3,7 % en 2019, contre 4,6 % en 2016. Le taux de marge non aidée de 2,29 % en 2019 place désormais l'établissement à la 25^e position parmi les 32 CHU.

Les nouveaux enjeux de la fonction achats

La fonction achats du CHU a été durement impactée par les réorganisations internes et le transfert de compétences vers lui, en tant qu'établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Alliance de Gironde » qui regroupe neuf autres hôpitaux. Ces changements sont encore inaboutis dans les organisations et procédures (notamment le rôle renforcé de la cellule juridique des marchés). Quant à la commission des marchés, celle-ci n'a pas rempli son rôle, et ne disposait pas, sur la période contrôlée, des moyens d'émettre des avis éclairés sur les procédures et les fournisseurs.

L'examen d'un échantillon de marchés conduit la chambre régionale des comptes à formuler des remarques sur l'absence d'exhaustivité dans l'archivage des pièces des marchés, le recours fréquent et parfois abusif aux accords-cadres et marchés négociés sans mise en concurrence, et surtout la pratique interne visant à ne fixer aucun montant minimum et maximum, qui peut s'apparenter à un contournement des procédures inscrites dans le code de la commande publique et du seuil de computation. Dans sa réponse, l'ordonnateur s'est engagé à modifier ces pratiques et veiller au respect des seuils de la commande publique.

Enfin, le transfert de compétence de la fonction achats des neuf hôpitaux du GHT vers le CHU s'est traduit par une organisation centralisée mais qui reste inachevée. A l'issue de l'instruction, l'amélioration de la sécurité juridique et de la performance entourant les achats hospitaliers du territoire n'était pas démontrée.

L'attention portée à la déontologie

Le CHU a formalisé une politique de lutte contre les atteintes à la probité depuis 2017, à travers plusieurs dispositifs et divers documents de sensibilisation, certains non encore achevés. Il a renforcé depuis 2019 son contrôle des activités accessoires, soumises à autorisation écrite, et des déclarations obligatoires de liens d'intérêt, notamment en accentuant l'intervention du référent déontologue.

La chambre régionale des comptes relève positivement l'engagement du CHU dans cette démarche, lequel est, avec les Hôpitaux de Paris, l'un des établissements les plus avancés dans cette thématique. Toutefois ce suivi des risques déontologiques devrait viser à l'exhaustivité et mieux justifier la mise en œuvre effective de cette prévention des risques.

RECOMMANDATIONS

Les recommandations issues des précédents contrôles

1. Poursuivre les efforts pour augmenter la productivité par l'optimisation des organisations des services de soins afin d'améliorer les taux d'occupation en réduisant les lits et en mutualisant les personnels. [mise en œuvre en cours]
2. Évaluer la réorganisation de la DRH¹. [mise en œuvre en cours]
3. Développer les outils d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC²). [totalement mise en œuvre]
4. Finaliser la révision de l'accord sur la réduction du temps de travail. [mise en œuvre en cours]
5. Poursuivre le travail entrepris en matière d'optimisation de l'indemnisation de la permanence des soins. [totalement mise en œuvre]
6. Accorder une vigilance particulière aux provisions pour CET³ afin de garantir la couverture du risque qui devra être validé dans le cadre de la certification. [totalement mise en œuvre]
7. Achever la réorganisation du contrôle de l'activité libérale et établir et annexer un tableau de programmation concomitamment à la signature des contrats d'activité libérale. [mise en œuvre]
8. Mettre en place pour l'activité libérale des outils pour garantir les droits des patients en matière d'information et de délais. [mise en œuvre partiellement]
9. Veiller à l'équilibre des différentes structures satellites dans lesquelles est financièrement engagé le CHU. [totalement mise en œuvre]
10. Veiller à dégager un montant de taux de marge brute suffisante pour permettre au CHU de Bordeaux de poursuivre ses investissements (...). [mise en œuvre en cours]

¹ DRH : direction des ressources humaines.

² GPEC : gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

³ CET : compte épargne-temps.

Les recommandations du présent contrôle

Recommandation n° 1 : Poursuivre les actions engagées en termes de prévention des risques de probité et les inscrire au sein du règlement intérieur de l'établissement ; prévoir un plan d'action annuel permettant de justifier la mise en œuvre de ces procédures (recenser les anomalies détectées, les corrections mises en place).

[mise en œuvre en cours]

Recommandation n° 2 : Mettre en œuvre une démarche de contrôle allégé en partenariat conforme aux textes en vigueur (arrêté du 11 mai 2011).

[non mise en œuvre]

Recommandation n° 3 : Mettre en place un plan de contrôle des régies à enjeux et mettre (article R. 6145-54-1 du CSP) en conformité les régies (paiements par cartes bancaires).

[partiellement mise en œuvre]

Recommandation n° 4 : Améliorer la justification de certaines provisions et procéder aux corrections concernant les provisions injustifiées.

[non mise en œuvre]

Recommandation n° 5 : Formaliser un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les autorités de tarification dès que possible et en tout état de cause avant le 31 décembre 2024⁴, conformément à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

[mise en œuvre en cours]

Recommandation n° 6 : Améliorer le suivi juridique et financier des entités satellites du CHU dans le domaine de la recherche clinique ; profiter de la dissolution du groupement d'intérêt économique « *Accelence* » pour évaluer les mécanismes de soutien financier aux essais cliniques.

[mise en œuvre en cours]

Recommandation n° 7 : Évaluer les réorganisations des directions visant à la centralisation des processus (direction des ressources humaines, direction des ressources matérielles)

[non mise en œuvre]

⁴ L'instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229 du 16 novembre 2021 invite les ARS à « *desserrer de 3 ans le calendrier de signature des CPOM précités soit jusqu'au 31 décembre 2024.* ».

Recommandation n° 8 : Clarifier le fonctionnement de la commission des marchés et exiger qu'elle fournisse les éléments permettant de rendre compte de ses avis ; modifier le règlement intérieur en conséquence.

[mise en œuvre en cours]

Recommandation n° 9 : Veiller au respect de la computation des seuils conformément aux règles du code de la commande publique.

[mise en œuvre en cours]

Recommandation n° 10 : Mettre en place les outils permettant de respecter le code de la commande publique et évaluer la performance des achats réalisés pour le compte du groupement hospitalier de territoire « Alliance de Gironde ».

[non mise en œuvre]

ÉLÉMENTS DE PROCÉDURE

Le contrôle des comptes et de la gestion du centre hospitalier universitaire (CHU) de Bordeaux a été inscrit au programme 2020 de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine.

Le contrôle a été réalisé en deux étapes distinctes. Une première, consacrée à la crise sanitaire, s'inscrivait dans l'enquête sur la gestion de l'épidémie par le système hospitalier en Nouvelle-Aquitaine et en Bourgogne-Franche-Comté⁵. Une seconde a consisté en un contrôle organique. La première phase a fait l'objet de l'envoi d'un rapport d'observations définitives le 10 septembre 2021.

L'instruction de la seconde phase a été inscrite au titre du programme 2021 de la chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine. Il s'agit d'un examen de la gestion qui porte sur les exercices 2016 et suivants. Il a fait l'objet d'un plan de contrôle validé le 4 janvier 2021.

La présente instruction s'appuie sur la procédure de la première phase, à savoir :

- un courrier d'ouverture du contrôle au président du conseil de surveillance et directeur général, daté du 25 juin 2020 ;

- un courrier du 10 juillet 2020 informant M. Philippe Vigouroux, ancien ordonnateur en fonctions jusqu'au 30 septembre 2019 ;

- un courrier complémentaire a été adressé le 17 décembre 2020, informant les deux ordonnateurs du changement de l'équipe de contrôle. Un entretien de présentation du plan de contrôle de la phase d'examen de la gestion s'est tenu le 13 janvier 2021 en présence de la directrice générale adjointe et du directeur du pôle finances.

L'instruction s'est orientée autour de deux axes de contrôle portant sur les finances et le processus des achats. Elle n'a pas été facilitée du fait des délais de réponse de l'établissement, que celui-ci attribue à la crise sanitaire.

L'entretien de fin de contrôle s'est tenu, d'une part, avec l'ancien ordonnateur par visioconférence le 28 juillet 2021 et, d'autre part, à la direction générale du CHU le 24 août 2021 avec l'actuel ordonnateur.

Lors de sa séance du 12 octobre 2021, la chambre régionale des comptes a arrêté les observations provisoires.

Le rapport d'observations provisoires a été adressé à l'ordonnateur et à l'ancien ordonnateur le 10 décembre 2021. Tous deux ont souhaité bénéficier d'un report de délai, qui leur a été accordé le 2 février, jusqu'au 28 février. L'ancien ordonnateur indique qu'il fait siennes les réponses de l'actuel ordonnateur et s'être concerté avec lui.

L'agence régionale de santé et le département n'ont pas adressé de réponse.

⁵ La crise pandémique du Covid-19, qui a amené les autorités françaises à déclarer l'état d'urgence sanitaire à compter de mars 2020, a conduit à une modification du programme de la chambre régionale des comptes, selon l'arrêté n° 2020-08 du 18 juin 2020 pris par le président.

CONTEXTE ET STRATÉGIE

1 PRÉSENTATION DU CHU DE BORDEAUX

1.1 La carte d'identité du CHU

Le centre hospitalier universitaire de Bordeaux (CHU) est un établissement public de santé composé de trois groupes hospitaliers répartis sur six sites géographiques :

- le groupe hospitalier Pellegrin situé à Bordeaux (Tripode, hôpital des enfants, centre François-Xavier Michelet, centre Aliénor d'Aquitaine-maternité) qui totalise 1 257 lits⁶ et 194 places ;
- le groupe hospitalier Saint-André regroupant l'hôpital Saint-André en centre-ville et un bâtiment distinct (centre Jean Abadie). Il totalise 291 lits et 65 places ;
- le groupe hospitalier Sud sur la commune de Pessac regroupant les hôpitaux Haut-Lévêque et Xavier-Arnoz ainsi qu'un Ehpad sur la commune de Lormont, qui totalise 1 123 lits et 137 places.

Il est le principal acteur de santé du territoire de la Gironde et désormais établissement support du groupement hospitalier de territoire (GHT) « Alliance de Gironde »⁷.

Son budget annuel de fonctionnement est d'environ 1,2 milliard d'euros, organisé en un budget principal et 7 budgets annexes. Il rémunère 14 497 ETP, dont 1 276 médecins et 775 internes, et 12 146 non médecins, dont 9 151 personnels paramédicaux. Après l'État, il est le plus grand employeur de Nouvelle-Aquitaine.

Le centre hospitalier de Bordeaux est identifié comme étant à la première place au sein du palmarès des hôpitaux établi par la presse⁸ (en 2019 et 2020) et à la seconde place en 2021.

Il est marqué par une triple vocation, celle de dispenser des soins de proximité, tout en développant des soins de haute technicité, avec une activité d'enseignement, de recherche clinique et d'innovation.

⁶ Capacité d'accueil au titre de 2019.

⁷ Conformément à la loi du 26 janvier 2016, 10 établissements de Gironde se sont regroupés afin de former un groupement hospitalier de territoire (GHT) : les centres hospitaliers d'Arcachon, Bazas, Cadillac, Charles Perrens, Haute Gironde, Libourne, Sainte-Foy-la-Grande, Sud Gironde, le centre de soins - maison de retraite de Podensac et le CHU de Bordeaux. La convention constitutive du GHT prévoit notamment que le CHU de Bordeaux, établissement support du GHT, veille à la coordination du GHT et à la mise en place des fonctions support.

⁸ Le palmarès des hôpitaux est établi chaque année par l'hebdomadaire « *Le Point* » en comparant 1400 hôpitaux et cliniques à travers 80 disciplines médicales et chirurgicales pour établir 127 classements par pathologie.

1.2 La difficile conciliation des différents rôles du CHU

Le CHU doit à la fois concilier son rôle d'hôpital de proximité, son rôle de référence au niveau régional au titre de ses missions d'enseignement et d'établissement support du groupement hospitalier de territoire⁹, sans oublier son envergure nationale voire internationale, notamment en matière de recherche clinique.

En effet, il assure un rôle important d'hôpital de proximité puisque 76,57 % des patients sont originaires de la Gironde, dont 44,91 % de Bordeaux métropole. En 2019¹⁰, le CHU de Bordeaux détient la première place en termes de parts de marché sur sa zone d'attractivité¹¹ (31,6 % des parts de marché de médecine, 18,9 % en chirurgie, 49,5 % en obstétrique, 27,1 % en cancérologie et 29 % en séances de chimiothérapie). Il se place ainsi en tête des établissements de santé de la région Nouvelle-Aquitaine devant les CHU de Poitiers (4,6 %) et de Limoges (3,8 %).

Sur un plan régional, le CHU de Bordeaux constitue le pôle de soins le plus important avec, chaque année, de l'ordre de 800 000 hospitalisations en journée complète (764 770 en 2020), 75 000 séjours ambulatoires dont près de 13 800 concernent la chirurgie ambulatoire (68 991 en 2020 dont 11 344 en chirurgie ambulatoire), 616 000 consultations externes (538 206 en 2020), plus de 132 000 passages aux urgences (102 894 en 2020), 80 300 interventions en bloc opératoire (45 125 actes en 2020), et près de 5 800 naissances (5 441 en 2020)¹². Le CHU dispose d'unités et spécialités de recours pour la région Nouvelle-Aquitaine. Il est également reconnu et labellisé pour de nombreuses missions et centres de référence. Il est par ailleurs l'établissement chargé du recensement des donneurs potentiels et de l'organisation du prélèvement d'organes.

Le CHU de Bordeaux est également l'établissement de santé de référence (ESR) de la zone de défense et de sécurité. À ce titre, il dispose d'une équipe pluridisciplinaire, de structures¹³ et de moyens spécifiques¹⁴ qui lui permettent de répondre aux situations de crises sanitaires.

Enfin, il est l'un des sites hospitaliers de recherche médicale les plus actifs parmi les CHU. En 2019, les projets de recherche étaient au nombre de 2 415¹⁵ (2 467 en 2020)¹⁶, ce qui

⁹ La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que chaque établissement public de santé soit partie prenante d'un groupement hospitalier de territoire (GHT).

¹⁰ Dernier exercice disponible sur Hospidiag ; par ailleurs, l'exercice 2020 n'est pas représentatif du fait de la crise sanitaire.

¹¹ Selon la définition de l'ATIH, la zone d'attractivité d'un établissement est le territoire défini par la liste des codes postaux dans lesquels l'établissement réalise les taux d'hospitalisation (nombre de séjours médicaux / nombre d'habitants) les plus élevés, classés de manière décroissante et dont le cumul représente 80 % de l'activité de l'établissement.

¹² Source : chiffres clés 2019 et 2020.

¹³ SAMU, service d'accueil des urgences, aire permettant de poser un hélicoptère, services dotés de chambre d'isolement à pression négative, un service de médecine nucléaire, un service de prise en charge des brûlés, un laboratoire d'un niveau de confinement L3, une salle « ORSEC » au sein du service de médecine légale.

¹⁴ En extra hospitalier : poste sanitaire mobile de niveau 2, poste sanitaire mobile pédiatrique, unité de décontamination hospitalière et tenues de protection. En intra-hospitalier : une dotation de médicaments, dispositifs biomédicaux (respirateurs notamment), une dotation d'oxygène.

¹⁵ 949 promus par des industriels, 365 par le CHU et 1 101 par des promoteurs académiques.

¹⁶ 991 promus par des industriels, 395 par le CHU et 1 081 par des promoteurs académiques.

le plaçait en 2^e position nationale, après l'AP-HP¹⁷ en nombre de dossiers retenus aux appels à projets de recherche clinique académique et au 3^e rang en matière de recherche industrielle.

Le CHU dispose de disciplines phares dont certaines jouissent d'une reconnaissance nationale, voire internationale, à la fois au titre des missions de soins mais également dans le domaine de la recherche clinique. À titre d'exemple, le pôle cardio-thoracique est labellisé au niveau national en tant que centre de référence dans plusieurs domaines (hypertension artérielle pulmonaire, cardiomyopathies, malformations congénitales complexes, maladies rythmiques héréditaires). L'institut de rythmologie et modélisation cardiaque « Liryc »¹⁸ développe différentes innovations et a déposé vingt brevets depuis 2012¹⁹.

Il gère par ailleurs de nombreux étudiants de médecine (externes et internes) pour lesquels il perçoit des dotations via la mission d'enseignement de recherche et d'innovation (MERRI). Toutefois, la dotation MERRI²⁰ a diminué d'environ 3 M€ sur la période examinée, masquant une évolution disparate entre une forte progression des dotations liées à l'activité d'enseignement (+ 44 %) et une baisse des rétributions au titre de la recherche (- 30 %).

1.3 Une activité d'hospitalisation en perte de vitesse

Le CHU est rétribué via une tarification à l'activité (mise entre parenthèse depuis mars 2020) liée directement au nombre de séjours et actes recensés. Or, le fléchissement tendanciel notable de la progression de son activité d'hospitalisation (en volume comme en valeur) a eu pour conséquence de rétrograder sensiblement le CHU dans son positionnement parmi les trente-deux établissements de sa catégorie²¹ (dans la période qui précède la crise sanitaire).

Le décrochage de l'activité du CHU de Bordeaux à compter de 2018 provient essentiellement d'une diminution des séjours d'hospitalisation de plus d'une nuit. Cette diminution n'est pas compensée par l'évolution des séances (plus favorable que pour l'ensemble des CHU), ni par l'implication dans l'ambulatoire (qui reste en deçà de celle des CHU), ce qui ne manque pas d'interroger la chambre régionale des comptes.

Il est ainsi passé du 4^{ème} rang en progression du volume de séjours, à la 25^{ème} place en 2018 et 2019. Il en est de même en termes de valorisation des séjours²². *À contrario*, le CHU de Bordeaux a amélioré ses recettes externes de 22 % entre 2016 et 2019, contre 6 % en moyenne pour la totalité des CHU.

¹⁷ AP-HP : assistance publique des hôpitaux de Paris.

¹⁸ Liryc : L'institut de rythmologie et modélisation cardiaque.

¹⁹ Les innovations que développe Liryc concernent principalement : les cathéters d'électrophysiologie, et leur optimisation pour les interventions ainsi que la formation innovante et interactives des cliniciens à leur utilisation, les logiciels basés sur l'imagerie, utilisés pendant les interventions pour rendre celles-ci plus efficaces et plus sûres.

²⁰ MERRI : dotation attribuée au titre de la compensation des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Cette dotation fait partie de la dotation nationale de financement des MIGAC (missions d'intérêt général d'aide à la contractualisation). Elle est allouée aux établissements de santé de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) aux termes de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

²¹ Voir données de la banque de données inter-CHU de Montpellier en annexe.

²² Valorisation des séjours en 100 % T2A ; données issues du PMSI collectée au sein de la banque inter-CHU de Montpellier (données détaillées en annexe).

En 2020, le CHU de Bordeaux présente toutefois un taux d'évolution du nombre de total de séjours (hors séances) légèrement supérieur à la moyenne des CHU (- 8,7 %, contre - 9,9 % en moyenne), le plaçant ainsi à la 13^{ème} position et tendant à démontrer qu'il a été moins impacté par la crise que d'autres établissements de sa catégorie.

En termes de sévérité des séjours, le CHU de Bordeaux se situe dans la fourchette basse des établissements de sa catégorie, avec 10,34 % de séjours de niveau 3 et 4, soit à peine un demi-point de plus que le 2^{ème} décile de sa catégorie (9,92 %).

Par ailleurs, le contrôle qualité opéré mensuellement par l'unité de coordination et d'analyse de l'information médicale (UCAIM) permet d'effectuer un suivi de l'exhaustivité des codages à l'issue de la sortie du patient. La rapidité de codage des séjours est toutefois en diminution sur la période examinée, ce qui impacte nécessairement les montants perçus mensuellement ainsi que la trésorerie. Le rapport d'activité de l'UCAIM avait identifié un indicateur délai médian de traitement du dossier alors de huit jours en 2016, onze jours en 2017, treize jours en 2018 et enfin dix-huit jours en 2019 et 2020.

La qualité du dossier patient s'était régulièrement améliorée jusqu'en 2018, mais se détériore depuis 2019, alors même que le nombre de dossiers expertisés et détectés par les techniciens d'information médicale ne cesse de progresser, aboutissant à un écart de valorisation de « rattrapage » évalué à 8 M€ par l'UCAIM en 2016, contre 12,9 M€ en 2019 et 12,4 M€ en 2020.

2 LES ORIENTATIONS STRATÉGIQUES

Le précédent projet d'établissement du CHU (2016-2020) visait à spécialiser les différents sites hospitaliers. Le dernier projet d'établissement (2021-2025) s'oriente désormais vers une stratégie de réhabilitation totale du CHU, projet désormais appelé « Nouveau CHU ».

Le projet d'établissement a été récemment approuvé le 29 juin 2021, décalé dans son calendrier pour cause de crise sanitaire. Le projet stratégique comprend neuf priorités, dont les idées principales sont : renforcer l'offre de soins, coopérer et ouvrir le CHU sur son territoire vers les partenaires publics et privés, innover et développer la recherche. Par ailleurs, des objectifs de management interne y sont développés.²³

Il se décline ensuite en cinq conditions pour mettre en place la transformation vers un « Nouveau CHU », en lien avec le nouveau schéma directeur immobilier (2021-2032), visant notamment à la réalisation du projet de modernisation architecturale et organisationnelle afin de doter l'établissement d'unités de soins rénovées.

Le nouveau projet va reposer sur des indicateurs de performance rénovés, lesquels demeurent encore en cours d'arbitrage au niveau national, mais dont on peut penser qu'ils seront éloignés des précédents²⁴ compte tenu des enseignements issus de la crise sanitaire.

²³ Afin de soutenir les managers et également former pour préparer l'avenir et inventer les métiers de demain.

²⁴ Indicateurs capacitaires, amélioration des taux d'occupation, amélioration de l'indicateur de performance des durées moyennes de séjours (IPDMS).

La direction insiste sur l'opportunité créée par la rénovation du dispositif de financement des investissements (suppression du Copermo²⁵ et installation du Cnis²⁶ en avril 2021). L'établissement avait précédemment bénéficié du plan de relance pour la reconstruction de la maternité et de crédits Copermo pour construire le pôle « HGE » d'hépatogastroentérologie.

À la clôture de l'instruction, le schéma directeur immobilier devait être présenté auprès de l'ARS, puis au niveau national dans le cadre du nouveau dispositif et des moyens financiers destinés au financement des investissements après la crise sanitaire²⁷. Le projet a toutefois fait l'objet d'une annonce par voie de presse²⁸ en mars 2021, indiquant que le CHU allait bénéficier pour le « nouveau projet du CHU²⁹ » de 240 millions d'euros d'aide de l'État et 4 M€ pour les investissements quotidiens (le coût annoncé était de 1,4 milliard d'euros sur 10 ans).

Ce projet comprend des déclinaisons sur chacun des sites hospitaliers : construction d'un nouveau bâtiment abritant les plateaux techniques à Pellegrin, ainsi que la reconstruction des urgences-SMUR ; construction d'un institut de biologie sur le site du Haut-Lévêque et la construction de deux nouveaux bâtiments de cardiologie et oncologie ; enfin, « *donner un nouveau souffle à Saint-André* » qui se traduirait par la conservation des seuls bâtiments historiques pour y organiser des consultations de pointe, une maison de santé universitaire en 2022 et un hôpital pour adolescents, issu du transfert des activités de l'actuel centre Jean Abadie (dont les locaux vont être mis en vente). Le ministre des solidarités et de la santé a toutefois précisé que le projet ne donnerait pas lieu à réduction d'effectifs, ni de capacités en lits.

Le plan global de financement pluriannuel (PGFP) du CHU comprend également la réalisation d'autres opérations pour partie liées à la réhabilitation globale, à savoir la restructuration des secteurs logistiques et techniques, tout comme d'autres projets comme la construction d'un nouvel Ehpad de 120 lits sur le site de Lormont. En revanche, ces opérations ne sont pas contenues dans le périmètre des opérations aidées par l'État.

²⁵ Copermo : Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers.

²⁶ Le Conseil national de l'investissement en santé (Cnis) a été installé le mercredi 7 avril 2021. Il est chargé de l'instruction et de la validation des projets au-delà de 150 millions d'euros dans le cadre de la nouvelle doctrine d'investissement en santé définie par le Ségur de la santé de l'été dernier.

²⁷ Le Ségur de la santé de juillet 2020 a dégagé un investissement global de 19 milliards d'euros pour les secteurs sanitaire et médico-social, la ville et le numérique. Les mesures afférentes vont donner lieu à des investissements inédits, massifs et ambitieux dans notre système de santé. Pour le ministère des solidarités et de la santé, ils « *doivent être un levier majeur et durable pour innover, répondre aux besoins des territoires et réduire les inégalités d'accès aux soins* ». Dans un communiqué de presse, le 9 avril dernier, Olivier Véran a insisté sur la nécessité de « *relancer les investissements en santé, lancer la nouvelle méthode Ségur, le Cnis, le conseil scientifique, et surtout dans les territoires avec les ARS. Nous avons l'impératif d'aller vite pour nos soignants, pour nos médecins, pour nos concitoyens [...]* ».

²⁸ Article paru dans le quotidien « Sud-Ouest », le 10 mars 2021.

²⁹ Dépêche APM du 6 avril 2021.

3 LES SUITES DONNÉES AUX DIFFÉRENTS CONTRÔLES

3.1 Les suites données aux recommandations de la CRC

3.1.1 En matière de ressources humaines (personnels non médicaux)

La direction générale du CHU a suivi pour partie les précédentes recommandations formulées par la chambre régionale des comptes et portant sur la gestion des personnels non médicaux.

La recommandation qui concernait le développement d'outils d'une gestion prévisionnelle des emplois et compétences (GPEC) a ainsi été totalement mise en œuvre, grâce à la formalisation d'outils (fiches métiers, fiches de poste, fiches de tâches) qui se sont traduits par une cartographie de dix entités et pôles internes en 2021. Par ailleurs, un accompagnement des personnels impactés par des restructurations ou des reconversions³⁰ a été organisé, ainsi qu'une détection des potentiels, des outils d'évaluation professionnelle et de formation tout au long de la vie et développement professionnel continu (DPC).

Néanmoins, la recommandation invitant l'ordonnateur à « *évaluer la réorganisation de la direction des ressources humaines* » n'a été que pour partie suivie d'effet. En effet, la direction des RH est désormais organisée en départements au sein de la direction générale. Cette nouvelle organisation s'est traduite par la mise en place de nouvelles missions (maintien dans l'emploi et paie et carrière, gestion du temps et formation, QVT³¹). Au total, le projet s'est accompagné d'une diminution de 14 % des effectifs sur les sites, avec une progression équivalente au sein de la direction générale et du centre de formation permanente, conforme à l'effectif cible de 120,2 équivalents temps plein (ETP). La chambre régionale des comptes encourage l'ordonnateur à mener une évaluation qualitative de cette réorganisation, au-delà de l'évaluation quantitative.

Enfin, la chambre régionale des comptes avait recommandé qu'il soit mené une révision de l'accord portant sur la réduction du temps de travail. À ce sujet, l'ordonnateur indique qu'une actualisation du guide du temps de travail s'est achevée en mai 2021, afin d'intégrer les évolutions réglementaires.

L'évaluation menée par la chambre régionale des comptes aboutit à mettre en évidence un écart entre les durées annuelles du temps de travail réalisées au CHU et les durées réglementaires³² de l'ordre de 296 571 heures non réalisées, ce qui représente l'équivalent théorique d'environ 187 ETP, soit un montant de 6,1 M€.

L'ordonnateur dans sa réponse indique que cet écart provient d'une forfaitisation des jours de congés au titre du fractionnement qui est inscrit au sein de l'accord sur la réduction du

³⁰ Ce professionnel est notamment mobilisé sur la reconversion professionnelle des agents hospitaliers concernés par les projets de restructuration en cours sur les fonctions techniques et logistiques (bio-nettoyage, restauration).

³¹ QVT : qualité de vie au travail.

³² Détail en annexe.

temps de travail, mais reste irrégulière³³. Elle pourra toutefois s'inscrire dans l'agenda social prévu en 2023³⁴ dans le cadre de la mise en œuvre des accords portant sur le Ségur de la santé.

3.1.2 Les actions en matière de gestion du personnel médical

La recommandation visant à « *poursuivre le travail entrepris en matière d'optimisation de l'indemnisation de la permanence des soins* » a été totalement mise en œuvre, notamment grâce au déploiement de l'appliquetif de gestion des temps médicaux (*GTMED*) déployé entre 2015 et 2018. Les saisies dans l'appliquetif font par ailleurs l'objet de contrôles de cohérence entre les plages d'astreintes, les récupérations et les déplacements.

Il en est de même concernant la recommandation visant à « *achever la réorganisation du contrôle de l'activité libérale et établir et annexer un tableau de programmation concomitamment à la signature des contrats d'activité libérale* », pour laquelle les éléments transmis par l'ordonnateur (contrats d'activité libérale signés, états de suivi trimestriels de l'activité libérale attestant d'un rapprochement avec les relevés du système national inter-régime (SNIR) de l'assurance maladie, saisie des demi-journées dans *GTMED*) confirment sa mise en œuvre.

La chambre régionale des comptes constate toutefois que le nombre de praticiens pratiquant une activité libérale est en forte augmentation (+ 28 % de 2011 à 2019), tout comme le montant des redevances (+ 29 % de 2016 à 2019).

En revanche, concernant la « *mise en place pour l'activité libérale des outils pour garantir les droits des patients en matière d'information et de délais* », la chambre régionale des comptes constate que, bien que le livret d'accueil du patient précise que les « *tarifs [sont] affichés dans les salles d'attente et sur le site internet du CHU de Bordeaux* », l'établissement, contrairement à ce qu'il indique, ne se conforme pas à son obligation de procéder à cet affichage au sein de son site internet, conformément à l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique³⁵, qui précise que « *s'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public* ». En effet, s'il est bien indiqué que le patient se verra facturer un dépassement, le montant n'est cependant pas précisé.

3.2 La démarche de prévention des risques d'atteinte à la probité

Le CHU a formalisé une politique de lutte contre les atteintes à la probité à la suite de la publication des recommandations de l'Agence française anticorruption (AFA) au sein du journal officiel du 22 décembre 2017. Un groupe de travail pluridisciplinaire (le GRELIN),

³³ Article 1^{er} du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002.

³⁴ Une nouvelle négociation collective doit s'ouvrir en matière de gestion du temps de travail dans le cadre de la mise en œuvre des accords sur le Ségur de la santé, concernant notamment l'annualisation du temps de travail et la modification de la durée du repos de sécurité.

³⁵ Loi n° 2011-940 du 10 août 2011 modifiant certaines dispositions de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires complète l'article L. 1111-3-2 du code de la santé publique en prévoyant que « *s'agissant des établissements de santé, l'information est délivrée par affichage dans les lieux de réception des patients ainsi que sur les sites internet de communication au public*. ».

piloté par deux médecins et la directrice des affaires juridiques et éthiques, a élaboré un plan d'actions en 2019 visant à la prévention des conflits d'intérêts.

À la clôture de l'instruction, les outils étaient pour partie formalisés mais sans avoir tous un caractère opérationnel. Ils reflètent toutefois une démarche volontariste de prévention des conflits d'intérêts (cf. tableau infra).

Tableau n° 1 : Actions identifiées dans le cadre des risques d'atteinte à la probité

<i>Actions</i>	réalisé	En cours	Non réalisé
Impliquer les instances dans l'élaboration de cette politique	X		
Améliorer la gestion des demandes de cumul d'activités	X		
Créer la fonction de référent déontologique	X		
Mettre en place un dispositif de déclaration des liens d'intérêts	X		
Améliorer le dispositif de détection des atteintes à la probité : organiser signalement par lanceur d'alerte	X (juin 2021)		
Élaborer un plan de formation spécifique		X	
Clarifier et codifier les relations avec les industriels de la santé		X	
Élaborer un code de code conduite : charte "transparence et probité"		X	
Mettre en place une cartographie des risques d'atteinte à la probité			X
Mettre en place et formaliser un dispositif d'évaluation des tiers			X
Améliorer le suivi des associations de service		X	
Mettre en place un contrôle interne		X	

Source : CRC, d'après données du CHU

Plusieurs documents existent pour sensibiliser les professionnels (charte « transparence et probité » ; une note déclinant les dispositifs anti-cadeaux³⁶ et dispositif transparence³⁷ ; une

³⁶ Introduit dans le système législatif français par l'article 47 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social. La dernière version du dispositif anti-cadeaux a été mise en place par l'ordonnance du 19 janvier 2017 qui elle avait inséré au code de la santé publique (CSP) les articles L. 1453-3 et suivants en lieu et place de l'article L. 4113-6. Le décret n° 2020-730 du 15 juin 2020 relatif aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé, apporte des précisions sur le « nouveau » dispositif anti-cadeaux. Deux arrêtés sont venus compléter certaines notions et permettre une mise en œuvre effective du dispositif : l'arrêté du 7 août 2020 fixe les montants en deçà desquels les avantages en nature ou en espèces sont considérés comme d'une valeur négligeable en application du 4° de l'article L. 1453-6 du CSP et de ce fait autorisé. L'arrêté du 7 août 2020 fixe les montants à partir desquels une convention, prévue à l'article L. 1453-8 du CSP et stipulant l'octroi d'avantages, est soumise à autorisation. Le décret ainsi que les arrêtés sont entrés en vigueur le 1^{er} octobre 2020. Enfin, la dernière pièce du puzzle réglementaire a été publiée par arrêté du 24 septembre 2020 portant sur la typologie thématique des avantages et des conventions en application de l'article R. 1453-14 du code de la santé publique.

³⁷ Art. L. 1453-1 du code de la santé publique introduit par la loi Bertrand en 2011 et modifié par la loi du 26 janvier 2016.

charte « Probité » ; une charte précisant les règles des visites promotionnelles), sans qu'ils soient tous validés, ou diffusés.

La chambre régionale des comptes relève ainsi positivement l'engagement du CHU dans cette démarche, lequel est, avec l'AP-HP, l'un des établissements les plus avancés dans cette thématique. Elle recommande à l'ordonnateur de poursuivre ces améliorations, et en particulier la formalisation d'une cartographie des risques et le programme de formation qui devrait débiter en 2021.

Dans sa réponse, l'ordonnateur précise avoir mis en place un plan de formation spécifique en 2021 et 2022 à l'attention des personnels des directions et des médecins, ainsi qu'un SharePoint informatif « *Transparence et probité* ».

Recommandation n° 1 : Poursuivre les actions engagées en termes de prévention des risques de probité et les inscrire au sein du règlement intérieur de l'établissement ; prévoir un plan d'action annuel permettant de justifier la mise en œuvre de ces procédures (recenser les anomalies détectées, les corrections mises en place).

3.3 L'effort de contrôle du cumul des activités accessoires³⁸

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé a souhaité renforcer la transparence dans les relations avec l'industrie de la santé et les professionnels de santé. Le principe de transparence renforcée initié au sein de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation du système de santé a rendu publique les rémunérations versées dans le cadre d'une collaboration entre industrie et professionnels de santé et l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 a aussi souhaité clarifier les conditions dans lesquelles les professionnels de santé peuvent bénéficier d'avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé.

Le CHU a récemment sensibilisé le corps médical à son obligation réglementaire de déclaration et formalisation d'une demande écrite d'autorisation préalable des activités accessoires (décret n° 2020-69 du 30 juin 2020) suite au contrôle de l'Agence française anticorruption (AFA), lequel a mis en évidence des situations de conflits d'intérêts pouvant aller jusqu'à influencer le recours à certains fournisseurs dans le cadre de procédures d'achats.

Le caractère opérationnel de la procédure déployée par le CHU peut être relevé positivement, même si elle est diversement suivie au sein du corps médical. Le personnel médical est cependant désormais régulièrement sensibilisé au respect de ces règles par la

³⁸ La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé entend renforcer la transparence dans les relations avec l'industrie de la santé et les professionnels de santé. L'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 traite des avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé. Le principe de transparence renforcée était initié au sein de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation du système de santé et rendant publique les rémunérations versées dans le cadre d'une collaboration entre industrie et professionnels de santé ; l'autorité notifie sa décision conformément l'article 13 du décret n° 2020-69 du 30 juin 2020.

diffusion de mails³⁹, des présentations aux instances et la mise en ligne de documents sur l'intranet.

Les activités accessoires ont, au préalable, fait l'objet d'une définition consensuelle avec le corps médical⁴⁰ (activité de moins de 10 heures par semaine, activité impliquant moins de 21 journées d'absence par an pour les hospitalo-universitaires ou pour les praticiens hospitaliers-PH, soit 42 demi-journées annuelles). La chambre régionale des comptes s'interroge sur l'imprécision de cette définition laquelle ne permet pas de savoir si la limitation de 10 heures hebdomadaires s'entend par activité ou de manière globale. La réponse apportée par l'ordonnateur qui indique qu'« *est jugée excessive, une activité impactant l'activité principale* », n'est toutefois pas éclairante.

Pour ce faire, une commission « activités accessoires » a été chargée d'instruire les demandes d'autorisation d'activité accessoire des médecins. Depuis le 1^{er} juillet 2019, toute demande est soumise à l'appréciation de cette commission. Elle est saisie lorsque le montant total annuel perçu est supérieur à 2 000 €, que le montant horaire de rétribution est supérieur à 200 € de l'heure, ou dans le cas d'une activité représentant plus de quinze jours par an.

Sa saisine est requise pour les praticiens hospitaliers (PH) temps plein, les attachés à partir de 80 % d'activité et les PU-PH⁴¹ (deux procédures distinctes, l'une pour le CHU et l'autre à l'université). Un imprimé de demande d'activité accessoire est à remplir 45 jours avant la réalisation de l'activité accessoire, le CHU s'engageant à répondre dans le délai d'un mois. Il comprend cependant un *item* « avis de la commission non requis » notamment lorsque le cumul de la rémunération horaire ou le nombre de jours est inférieur aux seuils déclinés supra.

Dès lors que la commission est saisie, un tableau recensant les demandes et les avis est complété et fait office de procès-verbal. Ce tableau de suivi a le mérite d'identifier les temps passés à la réalisation de ces activités accessoires, et devrait permettre, à terme, d'isoler les liens entre les fournisseurs et les praticiens, et mettre en évidence les éventuels conflits d'intérêts. La direction indique faire œuvre de pédagogie sur le sujet, afin de susciter les déclarations, sans brider les initiatives.

En revanche, la commission n'est pas toujours saisie par les praticiens, même si l'ordonnateur indique dans sa réponse aux observations provisoires, qu'une meilleure exhaustivité des demandes d'autorisation est perceptible. On constate en effet que toutes les disciplines ne sont pas représentées dans le tableau (ex : médecine légale). Par ailleurs, la direction fait remarquer que le conflit récent entre les praticiens de médecine légale a eu pour conséquence de freiner les volontés de réalisation d'activités d'expertise. Ainsi, les praticiens se cantonnent à une activité d'expertise réduite à 2,5 jours par semaine⁴² équivalant au niveau d'activité autorisé par la réglementation sans nécessiter de déclaration d'activité accessoire. Cependant, cette décision des praticiens a placé les autorités judiciaires en difficulté.

³⁹ Courriel du 30 juillet 2019 diffusé à tous les médecins seniors, avec courrier du directeur général et note d'information.

⁴⁰ PV du directoire du 2 mai 2019.

⁴¹ PU-PH : praticien universitaire-praticien hospitalier.

⁴² Article R. 6152-30 (version en vigueur depuis le 27 juillet 2014) « *Les praticiens hospitaliers exerçant leurs fonctions à temps plein peuvent réaliser les expertises mentionnées au II de l'article L. 6152-4 pendant leurs obligations de service dans la limite de deux demi-journées par semaine, cette durée étant calculée en moyenne sur une période de quatre mois.* ».

L'ordonnateur précise qu'une information spécifique sera réalisée à l'attention des médecins de médecine légale en 2022.

On peut déplorer l'absence de croisement entre la liste des principaux fournisseurs et celle des activités accessoires des praticiens (cf. tableau infra), qui révèle l'absence de cartographie des risques associée à ce dispositif, ce auquel s'est engagé toutefois l'ordonnateur.

Enfin, le suivi des activités accessoires est facilité depuis la mise en place de l'exigence réglementaire pour les laboratoires de déclarer les montants attribués⁴³. Néanmoins, la direction précise être confrontée désormais à une nouvelle difficulté concernant la tentative des praticiens d'obtenir une autorisation d'activité accessoire préalable pour une durée de deux ans, et comprenant une fourchette indicative de nombre de jours, conformément à la demande des laboratoires. Ainsi, en évitant de remplir les déclarations annuelles, les éventuels limitations ou dépassements sont contournés.

Tableau n° 2 : Croisement entre les principaux fournisseurs (laboratoires pharmaceutiques et produits de santé) et les demandes d'activités accessoires du 1^{er} janvier 2021 au 26 juin 2021

<i>Activité accessoire 2021 / Fournisseurs</i>	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
<i>Nombre de praticiens</i>	14	16	14	1	8	6	3	2	21	30	15	2
<i>Nombre de demandes</i>	20	18	27	2	10	6	3	2	38	46	26	2
<i>dont sans avis commission</i>	7	1	12	2	1	1	1	0	18	22	1	0
<i>Jours correspondant aux demandes</i>	10,3	85,8	11,4	1,28	11,8	4	3,2	0,6	23,6	34	77,8	2,5
<i>Cumul de jours Praticiens</i>	108,2	169,7	67,3	2,08	70,2	40	7,8	19,9	157,8	154,2	219,5	39,5

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après les données croisées du CHU.

La chambre régionale des comptes rappelle ses obligations à l'ordonnateur qui, en qualité d'employeur, peut le cas échéant, accorder son autorisation pour une durée précise ou pour une durée plus courte que celle sollicitée par le praticien et ce, en conformité avec l'article 13 du décret n° 2020-69 du 30 juin 2020⁴⁴. Elle relève ainsi que le suivi des activités

⁴³ L'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé ; le principe de transparence renforcée au sein de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation du système de santé qui oblige à rendre publiques les rémunérations versées dans le cadre d'une collaboration entre industrie et professionnels de santé.

⁴⁴ Article 13 du décret : « L'autorité compétente notifie sa décision dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande, hormis le cas mentionné au dernier alinéa de l'article 9, dans lequel ce délai est porté à deux mois. La décision de l'autorité compétente autorisant l'exercice d'une activité accessoire peut comporter des réserves et recommandations visant à assurer le respect des obligations déontologiques mentionnées au chapitre IV de la loi du 13 juillet 1983 mentionnée ci-dessus, ainsi que le fonctionnement normal du service. Elle précise que l'activité accessoire ne peut être exercée qu'en dehors des heures de service de l'intéressé. En l'absence de décision expresse écrite dans les délais de réponse mentionnés au premier alinéa, la demande d'autorisation est réputée rejetée ».

accessoires est organisé et l'encouragement à déployer ce dispositif au sein de l'ensemble de la communauté médicale, à contrôler les activités d'expertises et croiser ces informations avec le fichier des fournisseurs.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur s'est engagé à transmettre le tableau de recensement des conflits d'intérêts au président de la commission du médicament, tout comme à opérer un croisement avec les données des fournisseurs et à limiter la durée des autorisations de cumul à un an.

3.4 Le suivi des déclarations des liens d'intérêts⁴⁵

En 2019, seuls trois cadres du CHU étaient concernés par cette déclaration (le directeur général, la directrice générale adjointe et le coordonnateur général des soins). L'élargissement du recueil des déclarations d'intérêt aux personnels exposés a été initié suite à une dénonciation mettant en cause un ingénieur biomédical. Le CHU a ainsi structuré une procédure et diffusé en interne les documents supports en 2019.

Cependant, ce dispositif a tardé à se mettre en place et demeure encore peu développé, même si l'ordonnateur indique que le recueil des déclarations d'intérêt s'effectue désormais en ligne. Désormais, 120 déclarations concernent l'équipe de direction et membres de comités, et 79 concernent les acheteurs. La direction des achats a également entamé une réflexion visant à identifier les risques au sein des différentes procédures d'achats au sein du GHT « Alliance de Gironde ».

La chambre régionale des comptes relève positivement l'élargissement du recueil des déclarations d'intérêt, notamment celles des acheteurs. Toutefois, le recueil de ces fiches n'exempte pas l'ordonnateur de préciser les actions correctives qui seront mises en place, notamment par croisement avec le fichier des fournisseurs de l'établissement, ainsi que dans la composition des commissions techniques (cf. développements infra partie « Achats »).

⁴⁵ La loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, modifiée par la loi n° 2016-483 du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires. Cette loi a notamment défini la situation de conflits d'intérêts et mis en place la fonction de référent déontologue (décret n° 2017-519 du 10 avril 2017), mais également mis en place des dispositifs pour prévenir les situations de conflits d'intérêts (mécanisme de déport, obligation d'abstention, nouvelles règles de cumul d'activités et élargissement de la compétence de la commission de déontologie de la fonction publique (décret n° 2017-105 du 27 janvier 2017, relatif à l'exercice d'activités privées par les agents publics et certains agents contractuels). La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé entend renforcer la transparence dans les relations avec l'industrie de la santé et les professionnels de santé, l'ordonnance n° 2017-49 du 19 janvier 2017 relative aux avantages offerts par les personnes fabriquant ou commercialisant des produits ou des prestations de santé. Le principe de transparence renforcée était initié au sein de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 portant modernisation du système de santé et rendant publique les rémunérations versées dans le cadre d'une collaboration entre industrie et professionnels de santé. Enfin, l'article L. 1451-1 du code de la santé publique (qui concerne le régime strict de déclaration de liens d'intérêts et de patrimoine auquel sont soumis les membres des commissions et conseils siégeant auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, les membres des cabinets des ministres, etc...).

3.5 Un référent déontologue identifié

Le CHU a nommé un référent déontologue⁴⁶, conseiller d'État et ancien PU-PH, et président de la commission de déontologie de l'AP-HP, ce qui est un atout et rend cette fonction incontestable en interne.

Par la suite, la fusion de la fonction de référent déontologue avec celle de référent laïcité en élargissant son domaine d'intervention à tous les établissements membres du GHT, n'a fait qu'asseoir son autorité, sans toutefois que cela ne se traduise par une progression des demandes d'avis. Depuis la mise en place de cette fonction, le référent déontologue a été saisi à cinq reprises par le CHU de Bordeaux (quatre saisines par des médecins, une par la direction générale) et une fois par un établissement membre du GHT. Le nombre de saisines demeure donc encore très modeste. À la fin de l'exercice 2021, il avait été saisi à neuf reprises par le CHU de Bordeaux et quatre fois par les établissements membres du GHT.

Cependant, depuis que le référent déontologue est désormais saisi pour avis des demandes de cumul d'activités accessoires, les décisions rendues par la direction ne souffrent plus de contestations juridiques du corps médical. Ce dispositif permet de faire émerger une solution juridique pertinente pour les praticiens et l'institution, sans brider les initiatives des praticiens et les démarches de recherche clinique. Les éléments consultés révèlent une position de modérateur du référent, jamais censeur, toujours soucieux de limiter les risques juridiques en prônant les vertus de la transparence, pour susciter les déclarations des praticiens.

La chambre régionale des comptes invite l'ordonnateur à poursuivre les actions visant à renforcer le rôle du référent déontologue.

⁴⁶ Le référent déontologue est une obligation légale créée par la loi du 20 avril 2016 relative à la déontologie et aux droits et obligations des fonctionnaires qui doit être mise en place dans tous les établissements publics dont les établissements publics de santé. Ce dernier doit : répondre aux interrogations des professionnels et leur apporter « tout conseil utile au respect des obligations et des principes déontologiques » ; apporter tous conseils de nature à faire cesser les faits susceptibles d'être qualifiés de conflit d'intérêts signalés par un lanceur d'alerte ; être sollicité pour avis (depuis la loi du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique), préalablement à la décision du directeur général : sur le projet de cessation temporaire ou définitive des fonctions d'un fonctionnaire qui souhaite exercer une activité privée lucrative, sur la compatibilité du projet de création ou de reprise d'une entreprise par un fonctionnaire avec les fonctions qu'il exerce ; la nomination de référent déontologue et une obligation légale entrée en vigueur le 13 avril 2017.

PARTIE FINANCIÈRE

4 DU CONTRÔLE PARTENARIAL À LA CERTIFICATION DES COMPTES

4.1 La démarche de certification des comptes

Conformément à l'arrêté du 23 décembre 2013, le CHU de Bordeaux est soumis à la certification de ses comptes depuis 2015. Ses comptes sont certifiés sans réserve, y compris en 2020.

Le commissaire aux comptes n'a pas retenu la capacité d'autofinancement (CAF) comme indicateur, la jugeant trop variable, ni le résultat, ni la marge brute, qui ne permettent pas, selon lui, d'apprécier le flux des transactions. Les indicateurs retenus reposent essentiellement sur le flux financier représenté par les recettes d'exploitation, retraitées des dotations. À l'occasion de la crise sanitaire et face à la mise en place d'une garantie de financement, le commissaire aux comptes a certifié les comptes 2020 en se référant aux critères privilégiés usuellement retenus pour les EPN, sans enrichir les informations sur les méthodes comme pouvait y inviter le conseil national des commissaires aux comptes (CNCC)⁴⁷.

4.2 Le partenariat entre les services financiers et le comptable

Il existait deux conventions entre les services, l'une datant de 2013 concernant le partenariat, l'autre de 2008 concernant le contrôle allégé en partenariat⁴⁸. Les deux conventions sont désormais obsolètes et ne se conforment pas à la réglementation issue de l'arrêté du 11 mai 2011, laquelle précise la démarche d'audit et les mesures de régularisation qui doivent permettre par la suite d'organiser le contrôle interne.

L'ordonnateur et le comptable indiquent travailler actuellement à une actualisation des dispositifs conventionnels. La chambre régionale des comptes recommande à l'ordonnateur de mettre en œuvre les démarches de contrôle allégé en partenariat qui soient conformes aux textes en vigueur et permettent de structurer le contrôle interne comptable et financier.

Recommandation n° 2 : Mettre en œuvre une démarche de contrôle allégé en partenariat conforme aux textes en vigueur (arrêté du 11 mai 2011).

⁴⁷ Cf. document « Questions / Réponses relatives aux conséquences de la crise sanitaire et économique liée à l'épidémie de Covid-19 » (CNCC).

⁴⁸ Le contrôle allégé en partenariat est prévu aux termes du second alinéa de l'article 42 du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012, arrêté du 11 mai 2011 portant fixation des modalités de justification des dépenses des collectivités territoriales, de leurs établissements publics et des établissements publics de santé (NOR BCRE1113038A) et précisé par l'instruction de la DGFIP n° 2013/01/1236 du 14 janvier 2013 diffusant le guide méthodologique du contrôle allégé en partenariat.

5 LA FIABILITÉ DES COMPTES

La cohérence des soldes des comptes en 451 dans la comptabilité des différents budgets au titre de l'exercice 2019 a fait l'objet d'un examen, lequel ne présentait pas d'anomalies. Par ailleurs, les soldes des comptes de liaison entre le budget principal et les budgets annexes n'appellent pas de remarque. Globalement, la fiabilité s'améliore sur la période examinée, au travers de l'IQCL⁴⁹ établi chaque année par le comptable et qui permet de comparer le CHU au sein de sa catégorie.

5.1 Le passage au protocole d'échanges de données entre l'ordonnateur et le comptable (PES V2)⁵⁰

Le CHU a adapté ses procédures internes de liquidation de la dépense en s'inscrivant dans le passage au modèle PES V2, à compter de juin 2017, lequel permet de véhiculer des pièces justificatives dématérialisées à l'appui des mandats de dépenses.

La démarche vise à améliorer l'exhaustivité des pièces adossées aux mandats et homogénéiser des procédures entre les différentes directions. L'ordonnateur indique procéder désormais à un premier contrôle *a priori* des pièces justificatives, en conformité avec le respect du contrôle hiérarchisé de la dépense, ce qui, selon la chambre régionale des comptes, participe toutefois à une perméabilité des missions du contrôle des comptes entre le comptable et l'ordonnateur. Le comptable indique que selon lui, il n'existe pas de confusion entre les rôles de l'ordonnateur et celui du comptable et précise n'avoir pas modifié les contrôles préalables à la mise en paiement.

En outre, la dématérialisation a entraîné une diminution du nombre de mandats et par voie de conséquence un regroupement d'un plus grand nombre de lignes de dépenses sur chacun d'entre eux. Ceci a, dans un premier temps, généré une progression du nombre de rejets. En 2017, le CHU dénombrait ainsi 16 139 rejets contre 7 874 en 2016. Toutefois, le taux d'erreur de 0,77 % en 2020, contre 2,89 % en 2016 est désormais « *négligeable* » selon le comptable.

La dématérialisation intégrale qui devait être étendue aux recettes en 2018, n'a pu être déployée face aux difficultés rencontrées (les titres issus des régies, le typage des mutuelles aboutissant à un mauvais plan de recouvrement, le numéro de sécurité sociale de l'assuré non véhiculé sur une partie des titres par défaut du logiciel et dont le correctif a été inscrit en septembre 2019 seulement).

⁴⁹ IQCL : indice de qualité comptable des comptes locaux ; il est valorisé au moyen d'un score sur 20 et permet une analyse des comptes du comptable.

⁵⁰ PES V2 : protocole d'échange standard d'Hélios en matière de recettes et dépenses, organisé autour de l'aller et du retour entre les services du comptable et ceux de l'ordonnateur. Le passage à cette norme nécessite une validation technique par la DGFIP du logiciel de la collectivité permettant de générer ces flux, ainsi que la signature électronique et transmission des pièces justificatives électroniques (notamment le typage correct des pièces).

5.2 Le contrôle des régies⁵¹

Le CHU disposait de vingt régies⁵² sur la période contrôlée (2016 à 2021). À la clôture de l'instruction, il demeurait dix régies à enjeux, dont le maniement était supérieur à 100 000 € par an. Demeure toutefois une régie qui n'a plus d'activité et mériterait d'être clôturée (régie d'avances des services économiques), ce auquel a procédé l'ordonnateur début 2022.

Des contrôles réguliers ont été réalisés par le comptable au cours de la période vérifiée, mais qui ne sont toutefois pas exhaustifs. *A contrario*, l'ordonnateur ne dispose d'aucun plan de contrôle des régies qui lui soit propre, ce que la chambre régionale recommande de formaliser, conformément à l'article R. 6145-54-1 du CSP.

Les contrôles du comptable ont donné lieu à la formulation de recommandations⁵³, lesquelles n'ont pas toujours été suivies d'effet. Des anomalies avaient été relevées concernant la présence de chèques datés de plus 48 jours, non-endossés ou avec un ordre erroné⁵⁴, un risque d'erreurs généré par l'existence de deux logiciels distincts pour saisir les recettes, impliquant des reports de recettes *DX BILLING* dans *SAGA*, mais aussi par l'utilisation d'un registre manuel préalable à l'enregistrement des recettes dans *SAGA* pour les ventes de tickets repas, ou encore, l'absence de sécurisation de la comptabilité des régies. En effet, en l'absence d'interface entre le logiciel de facturation et *SAGA*, des discordances entre ceux-ci avaient été constatées. La chambre régionale des comptes recommande en conséquence à l'ordonnateur de procéder à l'évaluation de l'utilisation de ces outils par les régisseurs et les sécuriser. Celui-ci s'est depuis engagé à mettre en œuvre une interface entre les deux applicatifs.

La chambre régionale des comptes recommande à l'ordonnateur d'élaborer un plan de contrôle des régies à enjeux. Le comptable indiquant par ailleurs associer systématiquement les services de l'ordonnateur à ses propres contrôles.

⁵¹ L'instruction codificatrice n° 06-031-A-B-M du 21 avril 2006, prévoit que les régies doivent faire l'objet d'une vérification sur place par le comptable public tous les quatre ans. En vertu de l'article R. 1617-17 du code général des collectivités territoriales, applicable aux établissements publics de santé (article R. 6145-54-1 du CSP) « *les régisseurs de recettes et d'avances sont soumis aux contrôles du comptable public assignataire et de l'ordonnateur* ». A l'instar du comptable, l'ordonnateur est amené à effectuer deux types de contrôle sur les opérations des régies : un contrôle administratif et un contrôle comptable. Une circulaire DGFIP du 5 juin 2013 a fait évoluer les modalités de contrôle sur place du comptable public sur les régies. La périodicité du contrôle sur place est désormais proportionnée aux enjeux et risques variables de chacune d'elles.

⁵² Détail en annexe.

⁵³ Recommandation n° 10 : Conformément aux dispositions de la décision de création de la régie du 16 mars 2011, les sous-régisseurs doivent verser chaque jour au régisseur les chèques ; Recommandation n° 9 : Proscrire tout encaissement en numéraire supérieur à 300 € conformément à l'article 19 de la loi de finances rectificatives pour 2013, applicable au 1^{er} avril 2014.

⁵⁴ Extrait PV contrôle de la régie de l'IMS de XA : Les chèques les plus anciens étaient datés du mois d'août 2019 (deux chèques) et quarante-huit chèques étaient datés de plus de trente jours. Le délai moyen de mise en instance s'élève à vingt-six jours. Ces chèques étaient tous datés mais six chèques comportaient un ordre erroné (« CESHU » au lieu de « Trésor Public »). Une grande majorité de chèques n'étaient pas endossés, le régisseur effectuant cette opération lors de leurs saisies dans le logiciel. Par ailleurs, sur l'année 2019, quatre encaissements en numéraire supérieurs au seuil réglementaire de 300 € ont été constatés.

Recommandation n° 3 : Mettre en place un plan de contrôle des régies à enjeux et mettre (article R. 6145-54-1 du CSP) en conformité les régies (paiements par cartes bancaires).

5.3 Le respect du principe d'indépendance des exercices

Conformément aux préconisations de la direction générale des finances publiques (DGFIP), le taux de report de charges, calculé en rapportant les comptes 672 (charges sur exercices antérieurs) à l'ensemble des charges, doit être inférieur à 0,2 %. Or, cet indicateur connaît une évolution tendancielle défavorable (0,35 % en 2016 à 0,42 % en 2020). Il est désormais inférieur au 8^{ème} décile de la catégorie (0,44 % en 2020) et inférieur à la médiane sur toute la période contrôlée (0,29 %). La chambre régionale des comptes attire l'attention de l'ordonnateur sur ce point. Ce dernier a depuis indiqué vouloir renforcer ses actions pour respecter ce principe, en lien avec les services du comptable.

5.4 Les provisions

Depuis la mise en place de la certification des comptes, le CHU a entrepris des corrections des montants de provisions et modifié certaines méthodes de comptabilisation (provisions pour dépréciation des créances, comptes épargne-temps). La chambre régionale des comptes a cependant constaté une forte progression du montant total des provisions (+ 27,3 M€ entre 2016 et 2020), assortie d'une très nette progression à la clôture de l'exercice 2020 (+ 14,2 M€). Elle estime par ailleurs qu'un montant de 4,8 M€ de provisions n'est pas justifié, et 4 M€ de provisions pour litiges insuffisamment documentées par l'établissement. Le commissaire aux comptes indiquant avoir quant à lui apprécié la provision pour litiges auprès de l'assureur de 1,8 M€ comme étant non-fondée.

En outre, la provision pour grosses réparations n'était toujours pas adossée à un plan pluriannuel conformément à la réglementation : la progression de 4,5 M€ en 2020 n'était donc pas justifiée. Au final, le montant total de provisions injustifié s'élevait à 9,3 M€ à la clôture de l'exercice 2020.

Dans leurs réponses, l'ordonnateur et le comptable indiquent qu'ils s'attacheront désormais à un contrôle plus approfondi des provisions en clôture d'exercice.

Le détail des développements portant sur les provisions est inséré en annexe n° 3 du présent rapport.

Recommandation n° 4 : Améliorer la justification des provisions et procéder aux corrections concernant les provisions injustifiées.

6 LA TRAJECTOIRE BUDGÉTAIRE ET FINANCIÈRE

Le CHU compte un budget principal et sept budgets annexes : dotation non affectée (DNA), unité de soins de longue durée (USLD), institut de formation paramédicale (IFSI), établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD de Lormont et de Xavier Arnozan), et centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP), un budget annexe supplémentaire ayant été créé pour le GHT « Alliance de Gironde » (G).

Le CHU de Bordeaux présente un bilan de 649 M€ au 31 décembre 2020, en progression sur cet exercice, après une relative stabilité depuis 2016. Cette progression est essentiellement due aux créances d'exploitation, alors que la part que représente l'actif immobilisé est en baisse sur la période (52 % du bilan contre 54 % précédemment).

6.1 L'évolution du compte de résultat principal

6.1.1 Les prévisions inscrites au sein des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD)

Les prévisions inscrites au sein des EPRD s'améliorent puisque les écarts représentent des pourcentages relativement faibles (entre 0,8 % et 0,1 % sur la période examinée) et nettement inférieurs à ceux relevés par la chambre régionale des comptes en 2010 (4,5 %).

Les prévisions de dépenses de personnel sont finement dimensionnées compte tenu des montants en cause, tout comme les charges hôtelières. En revanche, les estimations en matière de dépenses à caractère médical sont systématiquement sous dimensionnées (excepté en 2018), pour des montants qui affectent le résultat dès lors qu'ils contribuent à la moitié du dérapage des dépenses prévues à l'EPRD. L'autre moitié de cet écart est imputable au titre 4, lequel est systématiquement sous dimensionné sur toute la période examinée.

La chambre régionale des comptes relève que la prévision des dépenses au sein des EPRD mériterait d'être fiabilisée concernant les titres 2 et 4 (charges à caractère médical et charges liées aux amortissements, provisions, charges financières et exceptionnelles), ce que l'ordonnateur explique par la progression des dépenses de médicaments (titre 2) et la difficulté d'anticiper certaines charges exceptionnelles concernant le titre 4.

6.1.2 La dégradation de l'activité principale

La situation budgétaire du CHU se détériore sur la période examinée, en passant d'une situation excédentaire (7 M€ en 2017) à un déficit de 1,5 M€ en 2019 et 8,8 M€ en 2020.

Cette situation est directement liée à celle de l'activité principale déficitaire de 3 M€ en 2019 et 9,3 M€ en 2020, les charges progressant plus rapidement que les produits.

Le taux de résultat hors aides et événements exceptionnels calculé par la chambre est de - 1,5 % des produits en 2020, contre - 0,6 % en 2018, mais 0,4 % en 2017.

Le résultat d'exploitation, retraité des aides et événements exceptionnels, était cependant déficitaire dès 2016 (- 2,9 M€), porté à - 18,5 M€ en 2020.

Tableau n° 3 : Le calcul du taux de résultat du compte de résultat principal (hospitalier)

Détail du compte de résultat de l'activité principale (en €)	2016	2017	2018	2019	2020	Prévisions 2021
TOTAL DES PRODUITS	1 103 626 659	1 153 244 768	1 140 253 480	1 163 522 404	1 234 918 858	1 260 224 558
TOTAL DES CHARGES	1 101 888 702	1 148 519 353	1 139 910 179	1 166 589 611	1 244 190 154	1 271 182 730
EXCÈDENT/ DÉFICIT	1 737 956	4 725 415	417 413	-3 067 208	-9 271 296	-10 958 142
Montant des aides ⁵⁵ (données CHU)	0	4 066 049	6 071 449	0	0	0
Résultat CRP H retraité des aides (calcul CRC)	1 737 956	659 366	-5 654 236	-3 067 208	-9 271 296	-17 430 855
Montants évènements exceptionnels ⁵⁶	4 606 687	4 278 866	508 623	6 618 703	9 264 700	
Résultat CRP H retraité des aides budgétaires et éléments exceptionnels (calcul CRC)	-2 868 731	-4 278 433	-6 162 859	-9 685 911	-18 535 996	
Taux de résultat	0,16 %	0,41 %	0,04 %	-0,3 %	-0,8 %	0,9 %
Taux de résultat CRP hors aides et évènements exceptionnels	0,26 %	0,4 %	-0,6 %	-0,8 %	-1,5 %	

Source : Tableau CRC Nouvelle-Aquitaine à partir des comptes financiers ; retraitements CRC

Cet effet est majoré en 2020. En effet, bien que l'établissement ait pu bénéficier de dotations lui ayant permis de comptabiliser une forte progression de ses produits (+ 6,2 %), les charges augmentent plus rapidement (+ 6,7 %), alors même que les dépenses d'exploitation liées à la crise sanitaire ont été presque intégralement couvertes par des financements spécifiques.

À cet égard, il convient de rappeler que le montant des MIGAC⁵⁷ a également progressé de 18,3 M€ en 2019 à 122,5 M€ en 2020 pour soutenir le CHU face à la crise sanitaire. Enfin, ne sont pas non plus comptabilisés dans ce retraitement du résultat, les montants d'aides à l'investissement de 13,6 M€ en 2020.

La chambre régionale des comptes alerte l'ordonnateur sur la dégradation du résultat, et notamment du taux de résultat hors aides et évènements exceptionnels, afin de pouvoir dégager des marges financières pour contribuer au financement du projet de « Nouveau CHU ».

6.2 Les produits du budget principal

L'activité principale souffre d'un faible taux de progression de l'activité, lequel ne permet pas de financer la progression tendancielle des charges. En effet, les produits d'exploitation évoluent de 5,4 % sur la période contrôlée. La progression du titre 1 n'est pas

⁵⁵ Montants attribués en AC, DAF ou FIR, hors aides à l'investissement (extraites des comptes c/731182, 7311,7471) extraits des comptes financiers (onglet C1H et C1 aides).

⁵⁶ Montants calculés à partir des comptes financiers = comptes de produits c/771 et 778 opérations de gestion sur exercice courant + sur exercices antérieurs (772 et 773) - 7722 produits sur exercices antérieurs pris en charge par l'assurance maladie) + produits issus d'opérations en capital (c/775 ; 777) + les charges liées à des opérations de gestion sur exercices courants et antérieurs (c/671,678, 672 et 673) + charges liées à des opérations sur capital (c/675).

⁵⁷ MIGAC : missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation.

issue des produits de l'hospitalisation, très stables depuis 2017, mais des recettes liées aux actes externes qui augmentent de 23,2 % et des forfaits techniques (imagerie) de 40,7 %. Les recettes des autres titres enregistrent des évolutions à la baisse.

En 2020, les recettes d'hospitalisation ne progressent que de 0,3 M€, mais la garantie de financement est cependant venue neutraliser le choc de la baisse de l'activité réelle et se substituer au mécanisme de la tarification à l'activité.

Tableau n° 4 : Évolution des produits par titre

<i>Comptes financiers (en millions d'€)</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Écart 16/19	Écart 19/20
<i>Produits versés par l'assurance maladie (titre 1)</i>	858,4	894,1	904,2	936,7	1 017,9	+ 9,2 %	+ 8,7 %
<i>Autres produits de l'activité hospitalière (titre 2)</i>	68,1	66,5	68,5	66,7	59,3	- 2 %	-11,2 %
<i>Autres produits (titre 3)</i>	196,3	214,8	188,3	180,2	179,5	-8,2 %	-0,3 %
<i>Total produits d'exploitation</i>	1 122,8	1 175,4	1 161	1 183,6	1 256,7	+ 5,4 %	+ 6,2 %

Source : Comptes financiers

En effet, les établissements de santé ont bénéficié en 2020 d'un mécanisme de garantie de financement mis en place pour faire face à la baisse des recettes liée à la crise sanitaire. Attribuée sur une hypothèse de reconduction des moyens 2019, cette garantie concerne l'ensemble des activités réalisées. Ce mécanisme vise à garantir un niveau minimal de recettes pour l'activité de soins durant la crise sanitaire mais étendu au-delà dès lors qu'il est encore en vigueur en 2021. L'écart entre la valorisation de l'activité réelle d'hospitalisation et le complément versé au titre de la garantie de financement représentait 34,8 M€ pour les mois de mars à décembre 2020.

Par ailleurs, les dépenses supplémentaires supportées par l'établissement en raison de la crise sanitaire et la baisse des autres recettes d'activité ont fait l'objet d'une compensation.

6.3 Les charges du budget principal

6.3.1 L'évolution globale des charges sur la période contrôlée

Le rythme de progression des charges est plus soutenu que celui des produits à compter de 2018, conduisant à un effet ciseaux à compter de 2019. Sur la période 2016 à 2019, la progression des produits s'établit à 5,4 % contre 5,8 % pour les charges. Cet effet s'est amplifié en 2020.

Tableau n° 5 : Évolution des charges du budget principal de 2016 à 2020

<i>En K€</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Evol. 2016/ 2019	Evol. 2019/ 2020
<i>Titre 1 Charges de personnel</i>	659 051	673 046	678 754	691 816	741 142	4,9 %	7,1 %
<i>Titre 2 Charges à caractère médical</i>	312 734	334 196	316 990	327 780	348 827	4,8 %	6,4 %
<i>Titre 3 Charges hôtelières et général</i>	72 963	76 446	76 089	82 027	83 331	12,4 %	1,6 %
<i>Titre 4 Charges d'amortissements, provisions et financements exceptionnels</i>	76 300	86 990	88 794	85 017	92 669	11,4 %	9 %
<i>Total Charges</i>	1 121 048	1 170 678	1 160 626	1 186 640	1 265 969	5,8 %	6,7 %

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après le tableau A1 H des comptes financiers du CHU

Le montant de progression des charges de personnel et charges à caractère médical représente le double de l'augmentation constatée sur les quatre derniers exercices (2016 à 2019), soit 7,1 % pour les charges de personnel et 6,4 % pour les charges à caractère médical⁵⁸.

Toutefois, c'est le titre quatre qui progresse le plus rapidement en pourcentage (9 %) et pour un montant équivalent à celui des quatre derniers exercices. Ce titre atteint le niveau le plus élevé jamais connu par le CHU jusqu'alors.

Le titre 3 des charges hôtelières et générales progresse de 12,4 % entre 2016 et 2019. Il est le titre qui progresse le moins pendant la crise sanitaire (1,6 %). L'ordonnateur évalue les charges supplémentaires liées à la crise sanitaire (hors dotations de l'État) à 1,8 M€ en 2020.

6.3.2 L'évolution des dépenses de personnels

Tableau n° 6 : L'évolution des dépenses de personnel

<i>Montants de dépenses en millions d'€</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Évol. 2016/ 2019	Évol. 2016/ 2020
<i>Dépenses de personnel médical</i>	167,2	171,3	170,3	173,3	186,5	3,6 %	7,6 %
<i>Dépenses de personnel non médical</i>	491,8	501,7	508,4	518,6	554,6	5,4 %	7 %
<i>Total des dépenses de titre 1</i>	659	673	678,7	691,9	741,1	5 %	7,1 %

Source : Rapport financier 2020

⁵⁸ Ces charges sont pour partie compensées par des recettes au titre des médicaments qui sont des molécules onéreuses remboursées en sus des séjours (MO), ainsi que des dispositifs médicaux implantables (DMI).

La progression des dépenses de personnel est de 5 % entre 2016 et 2019, alors qu'elle s'établit à plus de 7 % entre 2019 et 2020.

Dans le détail, les effectifs médicaux sont plutôt à la baisse (effet volume) sur la période contrôlée, la progression des montants de rémunérations étant ainsi directement liée aux mesures réglementaires (effet prix). L'exercice 2020 doit toutefois être analysé séparément, car il se traduit par un effet volume de + 1,4 %, pour un effet prix de + 7,6 % (soit + 13,2 M€).

L'évolution des effectifs du personnel non médical reflète une maîtrise sur la période contrôlée, restant même en 2020 inférieure au seuil des 2 % inscrits au CPOM. En revanche, ce sont les montants de rémunérations qui progressent rapidement, traduisant ainsi une déconnexion entre l'effet prix et l'effet volume. Ainsi, en 2019, 0,1 % de progression des effectifs se traduit par un effet prix de + 1,1 % (soit 4,9 M€). Cette tendance est encore plus marquée en 2020, avec un effet volume de 1,2 % qui produit un effet prix de 7,7 % (soit + 34,4 M€). L'effet prix est expliqué, par la direction, par l'impact des mesures réglementaires et ses conséquences structurelles. L'effet prix semble être également lié à l'évolution de la structure des effectifs (progression des effectifs de titulaires depuis 2019).

6.3.3 L'évolution des dépenses de titre quatre

Le montant total du titre quatre progresse de 11,4 % entre 2016 et 2019 (soit + 8,7 M€), puis de 9 % entre 2019 et 2020 (+ 7,7 M€), c'est-à-dire plus rapidement que le total des charges (6,7 %), pourtant déjà positionné à un niveau très élevé.

Tableau n° 7 : Détail du titre 4 de dépenses

Détail du titre 4 (en millions d'€)	2016	2017	2018	2019	2020	Evol. 2016/2019	Evol. 2019/2020
Charges financières	5,1	4,8	4,5	3,8	3,2	-2,5 %	-14,3 %
Charges exceptionnelles	9,8	14,2	20,1	18,4	15,8	+ 87,7 %	-14,4 %
Dotations aux amortissements, provisions	61,4	67,9	64,2	62,8	73,7	2,3 %	17,2 %
Dont provisions	15,3	21,5	17,1	16,7	26,4	9,1 %	58,5 %
Total titre 4	76,3	87	88,8	85	92,7	11,4 %	9 %
Total des charges	1 121	1 170,7	1 160,6	1 186,6	1 266	5,8 %	6,7 %

Source : comptes financiers

Les charges exceptionnelles évoluent de + 4,4 M€ en 2017, du fait des annulations et titres de recettes et rémissions, évoquées par l'ordonnateur comme étant consécutives à la mise en place du nouveau logiciel de facturation. En revanche, la persistance de ces annulations et rémissions lors des exercices suivants et la progression des charges jusqu'en 2019 (+ 8,6 M€ par rapport à 2016) ne manquent pas d'interroger (cf. partie « facturation ») tant en termes d'impact budgétaire que d'organisation des services (financiers et services du comptable).

Comme évoqué précédemment, les provisions ont évolué à la hausse sur la période examinée, notamment en 2020, alors que les charges financières sont *a contrario* en baisse.

6.4 L'évolution des budgets annexes

6.4.1 Le faible poids des budgets annexes

Les activités annexes du CHU ne représentent que 2,5 % des masses budgétaires, ce qui est nettement inférieur à la médiane de sa catégorie (3,5 %)⁵⁹. Les budgets annexes ne viennent impacter que marginalement le résultat consolidé, l'activité principale représentant presque 98 % des produits. Globalement, cinq budgets annexes sont équilibrés sur la période contrôlée et seuls deux sont déficitaires (USLD et EHPAD de l'Alouette).

Les budgets du CAMPS, des écoles et du GHT n'appellent pas de remarque particulière. L'établissement identifiait encore en 2017 une insuffisance de financement du budget CAMPS, qui a été résorbée depuis 2018 grâce à une légère progression des dotations assortie d'une maîtrise des charges.

Tableau n° 8 : Les résultats des budgets annexes et résultat consolidé

Résultats par activité (en millions d'€)	2016	2017	2018	2019	2020
A-Dotation non affectée	0,01	1,93	-0,18	0,28	0
B-USLD	-0,29	-0,16	-0,25	-0,06	-0,1
C-Instituts et Écoles	0,01	0,16	0,2	0,52	0,15
E1-EHPAD de Lormont	0,46	0,51	0,66	0,71	6
E2-EHPAD Les Jardins de l'Alouette	0,03	-0,08	-0,06	-0,02	-0,07
G-GHT » Alliance de Gironde »				0,04	0
P-CAMSP	0	-0,09	0,03	0,09	0,02
H-Activité principale	1,74	4,73	0,42	-3,1	-9,3
Résultat consolidé	1,96	7	0,8	-1,5	-8,8

Source : Comptes financiers

Seuls quatre budgets annexes font l'objet de développements infra (DNA, USLD et les deux EHPAD).

6.4.2 La pérennité du budget de la dotation non-affectée (DNA)

Les recettes de ce budget se composent essentiellement de redevances d'un brevet pour le médicament Hémaniol, de produits de cessions et de revenus des immeubles.

Le comptable a transmis l'actif de la DNA lequel retrace les sorties récentes (c/21312) et démontre la politique de cessions d'éléments d'actif. À cet égard, l'établissement indique

⁵⁹ Données de la Base d'Angers.

que la règle d'affectation des produits des cessions s'explique par l'implantation géographique des biens (les donations et logements qui ne sont pas sur les sites hospitaliers sont comptabilisés sur le budget DNA). La chambre régionale des comptes relève, comme l'a souligné précédemment la Cour des comptes dans son rapport de 2013 sur le patrimoine hospitalier, que les imputations comptables liées aux cessions révèlent, en l'absence de règles comptables claires, des pratiques disparates, et permet, en l'espèce, de préserver l'existence du budget DNA en procédant à l'imputation de certaines recettes de cessions.

Le Grand Théâtre de Bordeaux fait partie de l'actif et apparaît avec une valeur d'amortissement identique à sa valeur d'entrée, les règles comptables ne prévoyant qu'une valorisation des actifs à leur valeur historique. Ainsi que le relève la Cour des comptes dans le rapport précité⁶⁰, la chambre régionale des comptes pourrait également déplorer une méconnaissance de la valeur de marché du patrimoine privé du CHU.

En 2020, le brevet représente 1,1 M€ de recettes, soit presque 100 % des recettes, pour 0,5 M€ reversés au titre de l'intéressement des inventeurs. L'issue du contentieux concernant le reversement des *royalties* aux praticiens aura donc une incidence sur les recettes prévisionnelles du budget DNA et sa pérennité.

6.4.3 Les disparités budgétaires entre les activités de gériatrie

Les activités de gériatrie⁶¹ sont retracées au sein de trois budgets distincts (USLD, EHPAD de Lormont et EHPAD « Les jardins de l'Alouette »).

6.4.3.1 Le déficit chronique de l'unité de soins de longue durée (USLD)

L'USLD du CHU de Bordeaux comprend deux secteurs distincts, un secteur d'hospitalisation conventionnelle d'une capacité 106 lits et un secteur d'UHR⁶² (unité d'hébergement renforcée) d'une capacité de 14 lits. Le dernier avenant à la convention tripartite en vigueur, signé le 20 septembre 2009, est donc caduc depuis 2014.

Globalement, les taux d'occupation de l'USLD s'améliorent sur la période en passant de 84,7 % en 2016 à 93,8 % en 2019, sans toutefois dépasser les 94 %. L'exercice 2020 est marqué par un léger recul du taux d'occupation du fait de la crise sanitaire.

Tableau n° 9 : Évolution budgétaire de l'USLD

<i>En €</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Variation
<i>Produits</i>	6 951 910	7 537 977	7 703 691	7 725 388	8 083 122	16,27 %
<i>Charges</i>	7 245 010	7 698 765	7 954 413	7 787 879	8 256 804	13,97 %
<i>Résultat</i>	-293 100	-160 788	-250 722	-62 491	-173 682	

⁶⁰ Rapport de la Cour des comptes sur le patrimoine hospitalier 2013.

⁶¹ Activités de gériatrie en dehors de la médecine gériatrique et du SSR inscrites au budget H.

⁶² L'UHR est située au sein du centre de recherche et de traitement pour personnes âgées et dépendantes Alzheimer (CRTA), qui a ouvert en mars 2014.

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après les rapports financiers

La dotation soins reste stable, les dotations dépendance et hébergement progressent quant à elles de façon importante. L'augmentation des produits de 16 % depuis 2016 ne suffit cependant pas à permettre un équilibre budgétaire, même si les charges progressent moins rapidement (14 %). En 2020, l'exercice est marqué par la crise : les produits d'hébergement sont en baisse de 4,43 %, mais sont compensés globalement par une augmentation de 4,6 % des produits. Les charges, bien qu'en hausse de 6 %, ne permettent pas une amélioration du résultat.

6.4.3.2 Deux EHPAD aux tendances disparates

Le CHU dispose de deux EHPAD, chacun comprenant un budget distinct : l'EHPAD de Lormont (Budget E1) et l'EHPAD « Les jardins de l'Alouette » à Pessac (budget E2), lesquels dépendent tous les deux du groupe hospitalier Sud. Les deux établissements ont opté pour un tarif global.

- Des prises en charge différentes

L'EHPAD « Les jardins de l'Alouette » se situe à Pessac (site Arnoz), désormais dans des locaux neufs disposant de chambres simples (cinquante-huit lits, dont quarante-cinq d'hébergement permanent et six lits d'accueil temporaire, et sept places de jour orientées vers la prise en charge de maladies Alzheimer ou apparentées), alors qu'*a contrario*, celui de Lormont comprend cent vingt lits d'hébergement permanent dont seulement trente-six en chambre simple et quatre-vingt-quatre en chambre double. L'établissement a identifié depuis de nombreuses années la vétusté des locaux comme étant le principal obstacle à l'amélioration des taux d'occupation.

Les taux d'occupation sont faibles sur toute la période examinée (93 % en 2019). Or, les données statistiques issues de la CNSA⁶³ indiquent que le taux d'occupation médian des EHPAD rattachés à un établissement public de santé (EPS) est de 97,5 % en 2019, taux que n'atteignent pas les EHPAD du CHU, notamment au sein de l'établissement rénové. Le taux d'occupation de l'hébergement temporaire paraît également inférieur à la médiane de la catégorie (62,6 % en 2018 mais 66 % en 2017), pour une médiane nationale qui s'établit à 66,7 %.

Le CHU justifie la faiblesse des taux d'occupation par la spécificité de la population accueillie, ce qui ne ressort pas nettement des indicateurs de mesure des prises en charge. Ainsi, seul le site de Lormont dispose d'un pathos moyen pondéré (PMP)⁶⁴ qui mesure les besoins en soins supérieurs à la moyenne nationale (398 en 2017 à Lormont, contre 160 aux Jardins de l'Alouette, comparés à une moyenne nationale de 213⁶⁵). Par ailleurs, la mesure de la perte d'autonomie au moyen du GMP, démontre que le site de Lormont dispose d'un GMP⁶⁶

⁶³ « Situation économique et financière des EHPAD entre 2017 et 2018 » CNSA (mai 2020).

⁶⁴ La réalisation d'une coupe Pathos de chacun des établissements donne un chiffre qu'on appelle le « PMP » ou « pathos moyen pondéré ». Plus ce chiffre est élevé plus le budget sera élevé.

⁶⁵ Données de la CNSA.

⁶⁶ L'évaluation de la perte d'autonomie, réalisée à l'aide de la grille nationale AGGIR, donne lieu à un classement de chaque personne dans un « groupe iso-ressources » (GIR) ; elle permet de calculer un niveau de perte d'autonomie moyen des personnes hébergées, dénommé « groupe iso-ressources moyen pondéré » (GMP).

légèrement supérieur à la moyenne nationale (726), alors que le GMP des Jardins de l'Alouette est très supérieur (824). Le calcul de l'indicateur synthétique, à partir de ces deux données, place l'EHPAD de Lormont à un GMPS supérieur à celui de l'EHPAD des Jardins de l'Alouette.

Les deux établissements prennent en charge des résidents ne nécessitant pas les mêmes besoins, en raison de la contrainte des locaux à Lormont. Toutefois, aucune de ces deux structures ne dispose de GMP ou PMP justifiant la faiblesse des taux d'occupation.

- Des tendances budgétaires opposées

Malgré sa vétusté et ses inconvénients architecturaux, l'EHPAD de Lormont dégage un résultat positif en constante augmentation, et ce grâce à une maîtrise des charges (+ 0,4 % entre 2016 et 2020). *A contrario*, l'EHPAD des Jardins de l'Alouette continue de dégager un déficit sur toute la période examinée, avec une progression des recettes supérieure à celle de Lormont, mais assortie d'une augmentation des charges de 7 %.

Le report à nouveau du budget de l'EHPAD des Jardins de l'Alouette reste déficitaire de 1,2 M€. Les dotations soins ont pourtant largement progressé entre 2016 et 2019 (+ 9 % de dotation soins).

Tableau n° 10 : Les évolutions des deux budgets EHPAD

<i>Budget de Lormont (en €)</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Evol %
<i>Produits</i>	5 856 081	684 673	5 895 982	5 862 527	5 998 170	2,4 %
<i>Charges</i>	400 194	5 174 038	5 240 224	5 153 793	5 423 666	0,4 %
<i>Résultat</i>	455 887	510 635	655 758	708 734	574 504	26 %

<i>Budget « Les jardins de l'Alouette » (en €)</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Evol %
<i>Produits</i>	2 738 826	2 744 896	2 680 925	2 686 406	2 822 062	3 %
<i>Charges</i>	2 711 971	2 828 626	2 737 345	2 705 080	2 894 150	7 %
<i>Résultat</i>	26 855	-83 730	-56 420	-18 674	-72 087	-168 %

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après les comptes financiers

La direction insiste toutefois sur la fragilité du résultat de l'EHPAD des jardins de l'Alouette, compte tenu du coût de la rénovation qui pèse sur les charges.

- La comparaison des tarifs d'hébergement

Les tarifs journaliers d'hébergement autorisés par l'autorité départementale ont évolué en 2018 pour l'EHPAD des Jardins de l'Alouette à la faveur de la reconstruction du bâtiment (de 60,8 € à 64,52 € en 2020). Les tarifs autorisés pour l'EHPAD de Lormont sont *a contrario* très stables sur la période examinée (52,42 € pour une chambre simple en 2020).

Les tarifs de chambre seule de l'EHPAD de Pessac étaient, avant la reconstruction, conformes à la médiane de la catégorie (58,14 €) et sont désormais très supérieurs aux tarifs pratiqués par les EHPAD publics du département (+ 6,3 €). *A contrario*, les tarifs de l'EHPAD de Lormont restent bien en-deçà de la médiane de la catégorie (- 6,4 €)

- La comparaison des tarifs de dépendance

La structure des personnes âgées admises entre les deux EHPAD diffère de manière importante. En effet, alors que l'EHPAD de Lormont accueille des résidents plutôt fortement dépendants (8 % sont classés en GIR 5 et 6, contre 0 au sein de l'EHPAD des Jardins de l'Alouette), le nombre de résidents les moins dépendants représentent 88,5 % des résidents de Pessac, contre 53,8 % à Lormont.

De ce fait, les tarifs pratiqués par le département ont contribué à tenter d'améliorer la situation de l'EHPAD de Lormont, en les situant au-dessus de la médiane du département. En revanche, les tarifs de dépendance autorisés pour l'EHPAD de Pessac, sont désormais inférieurs à la médiane des établissements publics du département, voire inférieurs à la médiane toutes catégories confondues.

Tableau n° 11 : Tarifs théoriques dépendance

<i>EHPAD de Lormont</i>	2020 (1 ^{er} février)	Médiane du département Ehpad Public	Médiane du département Tous statuts
<i>GIR 1 et 2 Lormont</i>	23,51 €	21,56 €	20,42 €
<i>GIR 1 et 2 Les Jardins de l'Alouette</i>	20,55 €		
<i>GIR 3 et 4 Lormont</i>	14,93 €	13,65 €	12,96 €
<i>GIR 3 et 4 Les Jardins de l'Alouette</i>	13,04 €		
<i>GIR 5 et 6 Lormont</i>	6,33 €	5,80 €	5,51 €
<i>GIR 5 et 6 Les Jardins de l'Alouette</i>	5,54 €		

Sources : Données du CHU et comparaisons avec les données CNSA

- L'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

L'EHPAD de Lormont dispose d'une convention tripartite conclue le 17 juillet 2014 et parvenue à échéance en 2019. L'EHPAD des Jardins de l'Alouette dispose d'une convention tripartite datée de 2017 qui arrive à échéance en 2022. Or, la réforme tarifaire⁶⁷ rend désormais la formalisation d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) obligatoire pour tous les EHPAD, au plus tard le 1^{er} janvier 2022.

⁶⁷ Le décret n° 2016-1814 du 21 décembre 2016, relatif aux principes généraux de la tarification, au forfait global de soins, au forfait global dépendance et aux tarifs journaliers des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes, ainsi que le décret n° 2016-1815 du 21 décembre 2016, modifiant les dispositions financières applicables aux établissements et services sociaux et médico-sociaux.

La chambre régionale des comptes recommande la formalisation d'un CPOM, alors que l'une des deux conventions tripartites est par ailleurs caduque depuis 2014. L'absence de CPOM introduit une complexité supplémentaire pour l'établissement, à la fois en termes de procédure budgétaire et de validation des résultats et de programmation des investissements.

Recommandation n° 5 : Formaliser un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les autorités de tarification dès que possible et en tout état de cause avant le 31 décembre 2024⁶⁸, conformément à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles.

6.5 L'évolution du résultat consolidé

Le résultat d'exploitation est excédentaire jusqu'en 2018, de 4,8 M€ en 2016, 3,7 M€ en 2017 et 2,7 M€ en 2018. Mais, il est déficitaire en 2019 de 7 M€, soit 0,6 % des produits tous budgets consolidés, et se dégrade à hauteur de 14,5 M€ en 2020, représentant 1,2 % des produits.

Tableau n° 12 : L'évolution des résultats toutes activités confondues

<i>En K€</i>	2016	2017	2018	2019	2020
<i>RÉSULTAT D'EXPLOITATION</i>	4 780	3 695	4 485	- 7 026	- 14 453
<i>RÉSULTAT FINANCIER</i>	- 4 628	- 4 497	- 4 638	- 3 943	- 3 829
<i>RÉSULTAT EXCEPTIONNEL</i>	1 794	7 806	976	9 470	9 505
<i>RÉSULTAT NET CONSOLIDÉ</i>	1 946	7 004	823	- 1 499	- 8 777

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après les comptes financiers

Les résultats nets ont bénéficié des recettes exceptionnelles (cessions, reprises de provision et optimisation fiscale). En 2020, le résultat net se dégrade de plus de 7 M€.

⁶⁸ L'instruction n° DGCS/5C/DSS/1A/CNSA/DESMS/2021/229 du 16 novembre 2021 invite les ARS à « desserrer de 3 ans le calendrier de signature des CPOM précités soit jusqu'au 31 décembre 2024. ».

7 L'ÉVOLUTION DES INDICATEURS FINANCIERS

7.1 L'excédent brut d'exploitation

L'excédent brut d'exploitation (EBE) permet de visualiser la rentabilité dégagée grâce à son simple système de production et donc d'appréhender sa performance. Bien que l'EBE soit toujours positif sur la période contrôlée, on constate néanmoins une tendance à la dégradation de celui-ci depuis 2016. La progression de l'EBE en 2020 est quant à elle essentiellement liée aux dotations perçues durant la crise sanitaire, sans pouvoir être comparée à celle des exercices précédents.

Tableau n° 13 : Évolution de l'EBE de 2016 à 2020

en K€	2016	2017	2018	2019	2020
Excédents bruts d'exploitation	49 772	56 211	43 851	36 148	42 065
EBE / Produits bruts (%)	4,6	5,0	4,0	3,2	3,5

Source : TBFEPS

7.2 La détérioration de la marge brute

La marge brute se dégrade depuis l'exercice 2018 sous l'effet de la progression des charges. La particularité de l'exercice 2020 ne permet pas de tirer des enseignements du léger redressement de la marge brute.

Tableau n° 14 : Évolution de la marge brute (toutes activités)

En €	2016	2017	2018	2019	2020	Évol. 16-19
Marge brute	53 227 352	59 576 243	50 761 449	44 640 551	50 226 289	-5,6 %
Taux de marge brute	4,8 %	5,2 %	4,5 %	3,8 %	4,1 %	-14,6 %

Source : Données du CHU

Avec un taux de marge brute de 3,8 % en 2019, le CHU se plaçait toutefois en-dessous du premier décile de sa catégorie (4,06 %), alors que la médiane des CHU se situait à 6,35 %, soit un taux relativement faible.

La chambre régionale des comptes invite l'ordonnateur à améliorer le taux de marge brute dans une perspective de financement du projet du « Nouveau CHU ». L'ordonnateur précise que le financement du projet prévoit une progression du taux de marge de 3,2 % en 2022 à 6,4 % en 2034. En revanche, l'aide régionale de 3 M€ dont il a pu bénéficier en 2021 afin de restaurer sa marge brute, ne lui a pas permis d'atteindre le taux médian de sa catégorie.

7.3 L'évolution de la capacité d'autofinancement (CAF)

La CAF brute consolidée est en diminution de 5,6 % en 2016 et 2019. Elle demeure toutefois largement suffisante pour couvrir le remboursement des annuités de la dette (28 M€ en 2019 et seulement 20 M€ en 2020).

Selon les données du comptable, le taux de CAF du CHU était, en 2019, inférieur à la médiane de sa catégorie (5,32 %), et proche du deuxième décile (3,4 %). Or, le taux de capacité d'autofinancement est un enjeu dans le cadre du financement du schéma directeur immobilier.

Tableau n° 15 : L'évolution de la CAF

En €	2016	2017	2018	2019	2020
CAF brute	47 197 175	56 724 020	44 306 363	44 541 611	53 892 687
Taux de CAF brute	4,3 %	4,9 %	3,9 %	3,9 %	4,4 %

Source : Comptes financiers

Si la CAF se redresse en 2020, c'est à la faveur de la majoration des produits encaissables, sans qu'il ne soit possible de la comparer aux exercices précédents.

7.4 L'évolution du fonds de roulement

Le fonds de roulement net global (FRNG) enregistre son niveau le plus élevé (139 M€)⁶⁹ en 2017, notamment grâce à un recours plus facile aux soutiens bancaires, lui permettant d'abonder le fonds de roulement de 43,7 M€. Même s'il reste à un niveau supérieur à celui de 2016, le moindre recours aux emprunts en 2018 et 2019 s'est traduit par un prélèvement sur le fonds de roulement de respectivement 3,7 M€ et 47,4 M€.

En 2020, il s'établit à 123 M€ et représente désormais 38 jours de charges courantes, ce qui place le CHU très légèrement en dessous de la médiane de sa catégorie (40 jours).

7.5 La politique de désendettement

Le CHU mène une politique de désendettement. Il possède une structure de dette variée, des taux d'intérêts faibles exceptés ceux des deux emprunts structurés mais dont l'extinction est désormais proche. Cette stratégie de désendettement s'accompagne toutefois d'un assèchement de la trésorerie, ce qui peut interroger dans un contexte de recours aisé à des emprunts à des taux attractifs.

⁶⁹ Données du TBFEPS.

7.5.1 Un montant de dette financière en diminution

La dette financière s'établit à 148,3 M€ à fin 2020, en baisse de 23 % par rapport à fin 2017 (192,5 M€). Cette diminution est notamment en rapport avec le remboursement partiel (12 M€) de l'un des trois emprunts obligataires détenus par le CHU et l'absence de recours à l'emprunt en 2018 et 2019. L'établissement n'a procédé à de nouveaux emprunts qu'en 2020, pour un montant total de 20 M€.

Selon les données du comptable, le taux d'indépendance s'établissait à 42,6 % en 2017, en baisse constante sur la période examinée (33,38 % en 2019 et 32,85 % en 2020⁷⁰), soit une situation bien meilleure que la médiane de sa catégorie (55,48 %), et proche du premier décile (28,47 %).

La durée apparente de la dette est stable en moyenne sur la période examinée et s'établit à 3,33 années en 2019, ce qui place l'établissement dans une position plus favorable que la médiane de la catégorie des CHU (5,75 ans).

L'ensemble de ces indicateurs démontre que l'établissement n'a jamais été en situation d'approcher les seuils de vigilance définis à l'article D. 6145-70 du code de la santé publique.

7.5.2 Une dette majoritairement à taux fixe

Au 31 janvier 2021, la dette du CHU de Bordeaux est composée de 38 emprunts pour un capital restant dû de 147 445 724 €. Le taux moyen à cette date est de 1,97 %, contre 2,38 % en 2019, soit un taux plutôt compétitif au regard des autres CHU (2,61 %). La durée de vie résiduelle de la dette était évaluée à 10 ans et 22 mois au 31 janvier 2021. Selon les données du prestataire externe, la durée de vie résiduelle de la dette du CHU est très inférieure à celle constatée au sein de la catégorie (14,2 années).

La dette du CHU est majoritairement orientée à taux fixe (70,4 %), le reste étant représenté par la dette à taux variable (9,5 %) et une dette structurée (2 %). La spécificité de la structure de la dette se situe dans la part plus importante des emprunts indexés sur le livret A (la moyenne de sa catégorie est de 4,6 %), et un faible volume financier de produits variables, mais qui s'avèrent toutefois plutôt risqués puisque calculés à partir d'un écart par rapport à l'inflation. Toutefois, ces deux produits demeurent marginaux (3 M€) au sein de la dette du CHU et leur extinction est désormais proche (2024).

7.5.3 Le remboursement à venir des emprunts obligataires

Le CHU a recours depuis 2009 aux emprunts obligataires groupés, mais non solidaires entre les CHU et via un groupement de coopération sanitaire. Plusieurs opérations ont permis successivement de procéder à des émissions d'emprunts obligataires, dont le remboursement du capital est prévu « in fine ».

Le CHU a successivement contracté pour 5 M€ en 2010 au taux de 3,625 %, puis 10 M€ en 2013 au taux de 3,65 % et enfin 20 M€ en 2015 au taux de 1,75 %. Les échéances sont les suivantes : avril 2020, février 2023 et décembre 2025.

⁷⁰ Définition du TBFEPS : montant de la dette à moyen et long terme rapporté aux capitaux permanents.

Le CHU doit ainsi anticiper des difficultés de trésorerie qui sont liées aux pics de remboursements *in fine* de ces emprunts en 2023 puis 2025, dans un contexte politique de relance de l'investissement.

7.6 La diminution de la trésorerie

Les disponibilités sont en forte diminution entre 2017 et 2020. Les disponibilités s'établissent à 19,2 M€ à la clôture 2020 contre 25,5 M€ à fin 2019 et 53,6 M€ à fin 2017. À fin 2019, la trésorerie nette représentait huit jours de charges courantes ce qui correspond à la médiane de la catégorie, contre dix-huit jours en 2017.

Elle ne représente cependant plus que 5,82 jours en 2020, ce qui place désormais l'établissement en-dessous de la médiane de la catégorie (7,6 jours), sans pour autant que la crise sanitaire ne puisse être identifiée comme responsable de cette diminution.

En effet, le CHU a indiqué avoir dû faire face à des tensions de trésorerie en 2020, qui s'expliquaient en partie par l'accélération des paiements réclamés par les fournisseurs durant la crise sanitaire, l'engagement rapide de dépenses non prévues et la suspension des relances de paiement envers les débiteurs. Cependant, la source principale des difficultés provient de la décision de décaler la mobilisation des emprunts longs termes, nécessitant alors la mobilisation d'une ligne de trésorerie (10 M€) et le recours à des nouveaux emprunts (20 M€). Les avances versées par la CPAM en compensation des pertes de recettes ont permis toutefois d'améliorer la situation en évitant toute rupture de trésorerie.

8 L'OPTIMISATION DE LA CHAÎNE DE FACTURATION

Le CHU a connu plusieurs événements qui ont eu des impacts sur la facturation, liés aux évolutions des outils informatiques⁷¹ ainsi qu'aux règles de transmission des factures d'actes externes dans le cadre de l'expérimentation *Fides*⁷² en 2017.

Tous ces éléments techniques ont altéré la rapidité de la facturation, les annulations de titres et leur réémission et la progression du nombre de titres, avec une incidence non négligeable sur l'organisation du travail des équipes en charge de la facturation, ainsi que celle du comptable et sur le recouvrement. La qualité des factures adressées à l'assurance maladie semble en revanche s'être améliorée, comme en témoigne la diminution du nombre de rejets.

⁷¹ *DX Billing* en janvier 2016 comme nouvel applicatif de facturation, lequel créé désormais la venue du patient depuis le logiciel *DX Care*, support du dossier médical informatisé ; et plus récemment en 2021, l'installation du logiciel IMS en lieu et place de « service patients ».

⁷² Dans la continuité de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A), les établissements publics doivent progressivement adopter le service *Fides* (facturation individuelle des établissements de santé) vers l'assurance maladie. Il s'agit pour ces établissements de facturer individuellement et directement les consultations et les séjours du domaine MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie) aux caisses d'assurance maladie.

8.1 Le passage au système d'information *Fides* pour les actes externes

Le CHU a mis en œuvre la facturation individuelle, limitée, dans un premier temps, au champ des actes et consultations externes. La principale difficulté résidait dans la progression du nombre de titres (+ 7,1 %) plutôt que dans les montants traités (actes externes). La direction des finances chiffre ce volume à 21 600 titres représentant un montant financier de 3,1 M€.

Le nombre de factures d'actes externes transmises via *Fides* a ainsi progressé de 6 % depuis 2017. Le taux de factures mal renseignées est en diminution depuis 2019, portant ainsi le taux de rejet à désormais 2,95 %, ce qui représente néanmoins un volume important de factures à traiter. En outre, le délai de facturation de 18 jours pour les actes externes ainsi que l'exhaustivité des données exigées par l'assurance maladie pour les envois *Fides*, impliquent une facturation plus rapide et exhaustive, sans possibilité de correction.

8.2 Le pilotage des rejets de factures de l'assurance maladie

Le précédent rapport de la chambre régionale des comptes indiquait que le taux de rejet par les organismes d'assurance maladie des factures télétransmises était en moyenne de 12,65 % en 2008 et devait être réduit pour passer en dessous du seuil de 5 %. Depuis 2016, les taux de rejet s'améliorent passant d'environ 10 % à moins de 3 % globalement pour l'ensemble des trois sites.

De manière générale, les principaux rejets proviennent des codes d'exonération (ex : concernant les quatre derniers mois de grossesse) qui représentent plus de 14 % des rejets et correspondent à environ 879 factures rejetées sur un total de 85 645 factures émises (à fin avril 2021).

Le second motif de rejet provenait par ailleurs de l'absence de bénéficiaire reconnu par l'assurance maladie (date, rang de naissance, erreur de numéro d'inscription au répertoire de l'Insee⁷³, dit « NIR »), même si la consultation des droits des bénéficiaires grâce à la carte vitale devrait l'éviter, sous réserve que le patient en dispose bien à l'entrée de l'établissement. Il s'agit de 1 390 factures rejetées. Ces rejets proviennent tous d'erreurs administratives lors de l'admission, ce que l'établissement explique notamment par l'insuffisance du système d'information *DX Billing* qui ne permet pas le report automatique des exonérations inscrites sur les cartes Vitale.

Par ailleurs, des erreurs dans le montant de la facture émise par le système d'information⁷⁴ aboutissent à rejeter 1 288 factures sur 83 013, soit 1,5 % des factures transmises. Les services de l'ordonnateur précisent que les rejets en provenance de l'assurance maladie font désormais l'objet d'un réel pilotage et qu'ils sont exploités quotidiennement pour éviter les retards de facturation.

⁷³ Insee : institut national de la statistique et des études économiques.

⁷⁴ R-0710060 montant demandé > montant calculé / facturation FTN, le prix unitaire ne correspond pas à la MT MD, ou montant demandé en consultation publique supérieur au montant calculé par la T2A : le montant de la facture transmise est donc erroné.

8.3 Les annulations de factures

Le CHU a procédé début 2016 à un changement d'applicatif de facturation (anciennement *CASH* et désormais *DX-BILLING*) devant permettre une interface facilitée avec le logiciel du dossier médical informatisé partagé (*DX-Care*). La principale difficulté rencontrée en 2016 concernait l'intégration de la base des tiers au sein du nouvel applicatif laquelle représentait des milliers de débiteurs particuliers (sans prénom ou adresse incomplète). Lors de l'instruction, il ressort que les difficultés d'interface entre *DX-Care*, le logiciel de facturation et l'applicatif comptable (*CPage*) ne sont pas totalement résolues.

Cette situation génère, pour l'ordonnateur, l'annulation et la réémission d'importants volumes de titres, et par voie de conséquence, pour le comptable, la gestion d'un volume important de contestations. Le comptable indique qu'il peut s'agir de trois à quatre réémissions pour un même patient, ce qui ne manque pas de générer des incompréhensions.

Par ailleurs, depuis la mise en place de cet applicatif, les annulations ne peuvent désormais plus être partielles⁷⁵ car il procède à des regroupements des lignes du titre, ce que par ailleurs le logiciel *Hélios* interprète comme étant une annulation totale du titre. Face au volume des contestations gérées par la trésorerie, le comptable a décidé de procéder désormais à des rejets à compter du mois d'avril 2021.

Tableau n° 16 : Évolution des montants annulés en cours d'exercice

Libellés	2017	2018	2019	2020
Montants annulés	208 427 €	139 977 €	149 780 €	114 084 €
Montants totaux pris en charge par la TP	1 426 641 €	1 301 021 €	1 340 847 €	1 230 391 €
% représentés par les annulations en montants	14,6 %	10,76 %	11,17 %	9,3 %
Taux global de recouvrement	84,14 %	80,89 %	88,46 %	83,56 %

Source : Données du comptable

La chambre régionale des comptes attire l'attention de l'ordonnateur sur la difficulté générée par les annulations et réémissions de factures, qui trouve son origine dans des obstacles techniques qui n'ont pas trouvé d'issue depuis cinq ans, et qui devrait désormais être une priorité de l'établissement.

⁷⁵ Annulations partielles correspond à l'annulation d'une ou plusieurs lignes sur un titre de recettes, sans que la totalité des lignes ne soient concernées.

8.4 La progression des restes à recouvrer

Le montant des restes à recouvrer augmente de manière préoccupante (+ 123 % sur la période examinée). Les montants les plus importants demeurent ceux à recouvrer auprès des organismes de sécurité sociale.

Tableau n° 17 : Évolution des restes à recouvrer (RAR) en montants

Montant des RAR en K€	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	31/12/2020
Total	94 725	101 439	131 362	139 197	211 718

Source : rapports aux comptes financiers

9 LE FINANCEMENT DE LA POLITIQUE D'INVESTISSEMENT

9.1 La situation patrimoniale

Le CHU apparaît plutôt vétuste. En effet, le taux de renouvellement des immobilisations en 2019 était de 4,31 % selon les données du comptable, soit légèrement supérieur à la médiane des CHU (4,07 %). Ce taux s'améliore toutefois en 2020 du fait de la politique d'investissement (4,62 %), désormais nettement supérieur à la médiane de la catégorie, mais le ratio de renouvellement du patrimoine⁷⁶ demeure tout juste supérieur à 100 % (105 %) et très inférieur à celui de 2015 (159 %).

Le taux de vétusté des équipements est par ailleurs de 79,49 % en 2019 et diminue pour s'établir à 70,16 % en 2020, désormais inférieur à la médiane de la catégorie (78,57 %).

9.2 Les modalités de suivi des investissements

Les montants des opérations majeures sont déclinés dans le rapport accompagnant le compte financier et au sein du plan global de financement pluriannuel (PGFP). Le contour des opérations courantes est flou et certaines opérations (telles celles identifiées sous l'appellation « PMSIT ») prévoient des montants annuels (entre 4,5 M€ et 5 M€) importants, sans jamais expliciter le détail des travaux réalisés.

⁷⁶ Il se calcule en rapportant les investissements (mobiliers et immobiliers) aux amortissements (traduction comptable du vieillissement et de l'usure des actifs immobilisés). Un taux inférieur à 100 % revient à constater un vieillissement du patrimoine de l'établissement, et inversement.

Jusqu'en 2018, les libellés des opérations majeures (schéma de la logistique, schéma de la biologie) identifient des montants sur plusieurs exercices. Chacun de ces projets ne fait pas l'objet d'un suivi par ligne de compte, ni d'un document synthétique permettant d'en mesurer les gains et retours sur investissement et donc d'en évaluer la performance.

Par ailleurs, les opérations d'investissement réalisées par le CHU au titre des opérations majeures dans le cadre des activités de recherche clinique (ex : institut hospitalo-universitaire « Lyric »), mériteraient d'être également isolées et présentées aux instances.

Au final, les opérations d'investissement inscrites dans les PGFP doivent faire l'objet d'un suivi par fiche détaillant les modalités de financement, les impacts budgétaires par lignes de comptes sur les cinq exercices à venir, ce que le CHU ne formalise pas.

L'ordonnateur a depuis fait évoluer le suivi des investissements permettant d'avoir une vision consolidée des investissements de l'ensemble des sites, par type d'opération (majeure, courante, inscrites dans le schéma directeur immobilier-SDI ou hors SDI) et rapportés aux prévisions inscrites dans l'état prévisionnel des recettes et des dépenses et le plan global de financement pluriannuel.

9.3 La relance de la politique d'investissement en 2019

Le CHU a connu en 2015 des opérations majeures qui ont placé les investissements à leur niveau le plus élevé soit 71 M€. Le montant des réalisations diminue entre 2016 et 2018, exercice où il atteint son niveau le plus bas (35 M€) équivalent à celui de 2012. Cette diminution de l'investissement s'est accompagnée d'un fort désendettement. Une relance de la politique d'investissement est perceptible depuis 2019 (46 M€ et 52 M€ en 2020) avec une perspective de réalisation du projet de nouveau CHU inscrit au sein du nouveau schéma directeur immobilier (SDI).

9.3.1 Le projet « Nouveau CHU »

Le montant prévisionnel des investissements du « Nouveau CHU », regroupé au sein de l'appellation « schéma directeur immobilier », est prévu à hauteur de 800,5 M€ sur 11 ans (685,2 M€ de travaux, 109,3 M€ d'équipements et 6 M€ d'équipements informatiques).

Globalement, le schéma directeur immobilier représentera jusqu'à 11,9 % des produits en 2027 (soit plus de 151 M€ par an). À compter de 2026, il représente presque la totalité des investissements, dont l'effort est porté jusqu'à 13 % des produits.

Le montant total des opérations à financer ne se limite pas au projet de « Nouveau CHU », mais comprend également d'importantes opérations inscrites en dehors du périmètre du dossier subventionné par le Cnis⁷⁷, pour un montant total de 145 M€ à compter de 2021 et jusqu'en 2032, avec un pic d'opérations en 2026 et 2027 (rénovation de l'EHPAD de Lormont, de la maternité, de la blanchisserie, des urgences de Pellegrin, des accélérateurs de particules).

⁷⁷ Cnis : comité national pour l'investissement en santé.

Tableau n° 18 : PGFP avec le projet « Nouveau CHU »

Montants en K€	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2031	2032	Total
SDI	243	6 845	16 903	45 938	58 815	151 278	152 328	116 846	73 748	74 283	78 903	24 434	800 562
SDI/ total produits	0 %	0,5 %	1,3 %	3,6 %	4,6 %	11,8 %	11,9 %	9,1 %	5,8 %	5,8 %	6,2 %	1,9 %	
Hors SDI	44 792	61 392	30 876	7 449	1 103								145 611
Hors SDI/ total produits	1,5 %	3,6 %	4,8 %	2,4 %	0,6 %								
Opérations courantes	25 304	17 100	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	17 000	212 404
Courant / Total produits	2 %	1,4 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	1,3 %	
Total investissements	70 339	85 336	64 778	70 386	76 918	168 277	169 328	133 846	90 748	91 283	95 903	41 434	1158 577
Total investissements / total des produits	5,6 %	6,7 %	5,1 %	5,5 %	6 %	13 %	13 %	10,4 %	7 %	7 %	7,5 %	3,2 %	

Source : Tableau CRC Nouvelle-Aquitaine, à partir des données du CHU

Par voie de conséquence, sur la période de réalisation du projet « Nouveau CHU », l'entretien courant ne représentera plus que 1,3 % des produits, contre 2 % en 2021, soit 17 M€ par an au lieu de 25,3 M€ précédemment.

9.3.2 Le financement du schéma directeur immobilier (SDI)

Le financement repose sur des emprunts à hauteur de 561,7 M€, 273,4 M€ de subventions d'investissement, dont 240 M€ au titre du Cnis, 540,3 M€ d'autofinancement, soit un total global de 1 milliard 443 M€ sur 12 ans. Sont également intégrés 67,8 M€ de produits de cessions sur huit ans à compter de 2022, le remboursement des emprunts (notamment l'emprunt obligataire de 30 M€ en 2025) et la fin de l'aide antérieure Copermo (8 M€) en 2025.

Les aides octroyées dans le cadre du dossier validé par la Cnis sont calculées sur un ratio de 35 % du montant total des travaux. Or, elles correspondent à 30 % du montant de l'opération SDI (travaux et équipements), abaissé à 21 % si on le rapporte au montant total des investissements (SDI et hors SDI).

Le tableau de financement indique toutefois que le CHU sera dans l'obligation d'effectuer un prélèvement sur le fonds de roulement en 2021 et 2022, mais aussi en 2025 lors du remboursement de l'emprunt obligataire.

Le plan global de financement pluriannuel 2021-2032 (PGFP) simule une projection des charges qui comprend une forte progression des dépenses de personnel en début de période (+ 5,46 %), puis une tendance à la baisse à compter de 2025, qui se traduit par une forte contraction des moyens jusqu'en 2032. Les autres charges tendent à la baisse (- 30 %). Les produits sont prévus de façon prudente sur les dix exercices.

En effet, l'objectif de ce plan est à la fois de financer le projet du « Nouveau CHU », mais également de restaurer le taux de marge (de 4,03 % en 2020), après une baisse anticipée du taux en 2021 (3,2 %). Le plan prévoit ainsi une progression pour atteindre 3,4 % en 2024, puis 4,4 % en 2028, 5 % en 2030 et finalement 5,7 % en 2032. Le résultat du compte principal est prévu déficitaire en 2021 à hauteur de 10 M€ et excédentaire à compter de 2024.

Le financement de la totalité du plan induit une dégradation des indicateurs d'endettement. Selon les simulations de l'établissement, le CHU connaîtrait une dégradation de son taux d'indépendance financière qui passerait ainsi de 36,6 % en 2021 à 45 % en 2027 et porté au maximum à 47 % en 2031, sans toutefois dépasser le seuil des 50 % (article D.6145- 70 du CSP)⁷⁸. La durée apparente de la dette, établie à cinq ans en 2021, serait portée à 8 ans en 2027, mais ne dépasserait pas le seuil des 10 ans⁷⁹. Enfin, la part de l'encours de la dette rapportée aux produits représente 13,3 % en 2021 mais progresserait au-delà du seuil des 30 %⁸⁰ à compter de 2029 et jusqu'en 2032. L'établissement remplirait alors l'un des trois critères de l'article D. 6145-70 du code de la santé publique à savoir le remboursement de la dette qui représenterait ainsi 25 % des produits à compter de 2029.

L'établissement va bénéficier d'une opportunité lui permettant d'être accompagné pour le financement d'un projet d'envergure. Cependant, la soutenabilité du plan global de financement pluriannuel et notamment celle de la contraction des charges ne manquent pas d'interroger la chambre régionale des comptes.

10 LE SUIVI FINANCIER DE LA RECHERCHE CLINIQUE

L'établissement affiche une stratégie volontariste de développement de la recherche clinique en améliorant notamment les structures d'appui à la direction, en coopération avec les acteurs du territoire. Cet objectif phare l'a conduit à perfectionner le suivi budgétaire des projets de recherche clinique, mais sans permettre encore de produire un suivi infra annuel et une information directement accessible par les concepteurs.

⁷⁸ Seuils contenus dans le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé ; article D. 6145-70 du CSP indique que : « *Le recours à l'emprunt des établissements publics de santé dont la situation financière présente au moins deux des trois caractéristiques suivantes est subordonné à l'autorisation préalable du directeur général de l'agence régionale de la santé : le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de la dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ; la durée apparente de la dette excède dix ans ; l'encours de la dette, rapporté au total de ses produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %* ».

⁷⁹ Cf. article précité.

⁸⁰ Cf. article précité.

10.1 Le nouvel enjeu financier représenté par l'activité de recherche clinique

Le projet d'établissement 2021-2025 prévoit de poursuivre le développement de la recherche clinique afin, d'une part, de permettre au CHU de demeurer un acteur de la recherche et de l'innovation en santé et, d'autre part, de rester parmi les CHU les plus reconnus et productifs en matière de recherche clinique. La volonté de vouloir construire sa stratégie en partenariat avec les autres acteurs de la recherche et de l'innovation, et notamment l'université de Bordeaux, le CNRS⁸¹, l'INSERM⁸², la région Nouvelle-Aquitaine ou Bordeaux métropole, y est clairement établie.

Les principaux objectifs sont notamment orientés autour de l'amélioration, de la performance des structures d'appui de la direction de la recherche clinique, du développement de la recherche clinique au sein des équipes de soins et du développement de la recherche paramédicale.

10.2 La structuration d'un suivi budgétaire de la recherche clinique

Il existe désormais un document de suivi des dépenses et recettes par projet de recherche clinique (via un applicatif spécifique). Cependant, les projets de recherche ne font pas systématiquement l'objet d'un suivi infra-annuel et d'un retour auprès de leurs concepteurs, ce auquel s'est engagé l'ordonnateur grâce au déploiement du module de suivi financier de l'applicatif *Easydore*, lequel devrait « *permettre un accès en temps réel aux informations budgétaires pour les équipes en charge des projets de recherche* ».

10.3 Le cas du brevet Hémangioli⁸³

Le brevet Hémangioli est exemplaire au niveau national et compte parmi les inventions qui génèrent le plus de rémunérations consécutives à l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament breveté (en l'espèce, pour le traitement cutané des hémangiomes). Il est cité comme étant une « belle réussite » et envié par les autres CHU, compte tenu du volume de recettes qu'il génère depuis la commercialisation par un laboratoire pharmaceutique sur le marché européen et prochainement sur le marché américain. À ce jour, le montant à répartir est d'environ un million d'euros et semble en passe d'être multiplié rapidement par trois ou quatre.

L'invention de mission, développée par quatre praticiens, rend le CHU, en qualité d'employeur, copropriétaire de l'invention à hauteur de 50 %. Une licence d'exploitation

⁸¹ CNRS : centre national de recherche scientifique.

⁸² INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale.

⁸³ Cf. annexe n°4 concernant le brevet Hémangioli.

exclusive des brevets et du savoir-faire a été signée par la suite avec un laboratoire pharmaceutique en 2011.

La répartition des revenus d'exploitation est décrite au sein du règlement de copropriété et détaillée en annexe. C'est la SATT Aquitaine Science Transfert⁸⁴ qui, en qualité de mandataire exclusif, perçoit annuellement les *royalties*, qu'elle répartit entre les copropriétaires. Puis, les montants concernant les inventeurs sont attribués à l'entité juridique chargée du mandatement de la paie des intéressés, à savoir, l'université concernant deux PU-PH⁸⁵ et le CHU concernant les deux praticiens hospitaliers. La SATT précise par ailleurs qu'elle ne procède à la répartition qu'après l'approbation formelle par les deux entités. La convention précise que la SATT dégage sa responsabilité dans cette répartition et que le CHU en accepte expressément le principe (article 2.4).

Le calcul de la part « inventeurs » et de la part « établissements », est réalisé conformément à la convention initiale et à la réglementation (article R. 611-11-14, II, al 2 du code de la propriété intellectuelle). Le détail de la répartition des redevances est détaillé dans le tableau infra.

Tableau n° 19 : Répartition des redevances suivant les acteurs de 2016 à 2020

Années	Redevances PDF	Solde à repartir après apurement des frais de propriété intellectuelle (a)	Part inventeurs (b)	SATT (gestion 15 % de a) (c)	Part établissement (=a-b-c)/2	
					CHU	Universités
2015	634 842,00 €	114 962,92 €	57 481,45 €	17 244,45 €	20 118,51 €	20 118,51 €
2016	1 053 915,47 €	996 939,69 €	384 920,99 €	149 540,95 €	231 238,87 €	231 238,87 €
2017	1 190 264,86 €	1 147 797,93 €	424 268,76 €	172 169,69 €	275 679,74 €	275 679,74 €
2018	1 294 755,07 €	1 250 859,67 €	450 596,52 €	187 628,95 €	306 317,10 €	306 317,10 €
2019	1 453 020,24 €	1 400 227,10 €	487 938,37 €	210 034,07 €	351 127,33 €	351 127,33 €

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après courriers d'Aquitaine Science Transfert (nouvellement SATT)

Les établissements ont convenu à l'origine, que les revenus ainsi générés seront, lorsque le seuil prévu par la réglementation est atteint⁸⁶, pour partie reversés aux unités de recherche,

⁸⁴ Il existe 13 SATT sur le territoire français métropolitain. Il s'agit d'une société d'accélération du transfert de technologies, dont la mission première est de protéger et valoriser les inventions issues des travaux des chercheurs publics néo-aquitains, accélérer le processus de valorisation socio-économique des inventions, depuis la déclaration d'invention des chercheurs jusqu'au transfert de la technologie, du produit, du procédé, du service, du logiciel à une entreprise.

⁸⁵ Un praticien hospitalier est devenu PU-PH postérieurement à la signature de la convention de copropriété.

⁸⁶ L'article R.611-14-1 du code de la propriété intellectuelle prévoit que « II- La prime d'intéressement est calculée, pour chaque invention, sur une base constituée du produit hors taxes des revenus perçus chaque année au titre de l'invention par la personne publique, après déduction de la totalité des frais directs supportés par celle-ci pour l'année en cours ainsi que des frais directs supportés les années antérieures n'ayant pas fait l'objet de déduction faute de revenus suffisants, et affectée du coefficient représentant la contribution à l'invention de l'agent concerné. La prime au brevet d'invention n'est pas prise en compte dans les frais directs. La prime due à chaque agent auteur

dans la limite de 150 000 € additionnels par laboratoire. Le laboratoire du CHU a ainsi perçu 539 K€ sur les cinq derniers exercices.

Le CHU a perçu 644 K€ pour son propre compte sur la même période. Le détail des montants perçus par le CHU figure en annexe. Quant aux inventeurs, ils ont perçu des sommes comprises entre 388 K€ par personne, jusqu'à 514 K€ pour le principal inventeur (détails en annexe).

En l'espèce et conformément à l'article L. 611.7 du code de la propriété intellectuelle⁸⁷, il s'agit d'une invention de mission qui permet au salarié inventeur de bénéficier d'une rémunération supplémentaire qui se traduit par le versement d'« une prime d'intéressement » calculée par le CHU, sur la base des produits perçus chaque année au titre de l'invention, après déduction des frais directs supportés par celui-ci. Il est ensuite appliqué à ce montant un coefficient en fonction du degré de contribution du salarié à l'invention.

En l'espèce, les établissements ont souhaité aller au-delà de cette réglementation et rémunérer à parts égales les quatre inventeurs, qui pourtant ne pouvaient y prétendre aux termes de l'article R. 611-14-1 du code de la propriété intellectuelle⁸⁸. C'est l'un des inventeurs bénéficiant de cette application extensive, qui en conteste les montants ainsi perçus car inférieurs à ceux calculés par la SATT, du fait de l'application par le CHU d'un abattement au titre des cotisations patronales (détail inséré en annexe précitée).

En effet, les revenus d'exploitation perçus par les copropriétaires sont répartis après déduction de la totalité des frais directs, ce que le CHU interprète comme étant les charges patronales, ce qui n'est pas corroboré par la définition des « charges directes » établie par le

d'une invention correspond, charges comprises, à 50 % de la base définie ci-dessus, dans la limite du montant du traitement brut annuel soumis à retenue pour pension correspondant au deuxième chevron du groupe hors échelle D, et, au-delà de ce montant, à 25 % de cette base. »

⁸⁷ Article L. 611.7 du code de la propriété intellectuelle : « Si l'inventeur est un salarié, le droit au titre de propriété industrielle, à défaut de stipulation contractuelle plus favorable au salarié, est défini selon les dispositions ci-après : 1. Les inventions faites par le salarié dans l'exécution soit d'un contrat de travail comportant une mission inventive qui correspond à ses fonctions effectives, soit d'études et de recherches qui lui sont explicitement confiées, appartiennent à l'employeur. L'employeur informe le salarié auteur d'une telle invention lorsque cette dernière fait l'objet du dépôt d'une demande de titre de propriété industrielle et lors de la délivrance, le cas échéant, de ce titre. Les conditions dans lesquelles le salarié, auteur d'une invention appartenant à l'employeur, bénéficie d'une rémunération supplémentaire sont déterminées par les conventions collectives, les accords d'entreprise et les contrats individuels de travail. [...] ».

⁸⁸ I.- Pour les fonctionnaires ou agents publics de l'État et de ses établissements publics relevant des catégories définies dans l'annexe au présent article et qui sont les auteurs d'une invention mentionnée au 1 de l'article R. 611-12, la rémunération supplémentaire prévue par l'article L. 611-7 est constituée par une prime d'intéressement aux produits tirés de l'invention par la personne publique qui en est bénéficiaire et par une prime au brevet d'invention. II.- La prime d'intéressement est calculée, pour chaque invention, sur une base constituée du produit hors taxes des revenus perçus chaque année au titre de l'invention par la personne publique, après déduction de la totalité des frais directs supportés par celle-ci pour l'année en cours ainsi que des frais directs supportés les années antérieures n'ayant pas fait l'objet de déduction faute de revenus suffisants, et affectée du coefficient représentant la contribution à l'invention de l'agent concerné. La prime au brevet d'invention n'est pas prise en compte dans les frais directs. La prime due à chaque agent auteur d'une invention correspond, charges comprises, à 50 % de la base définie ci-dessus, dans la limite du montant du traitement brut annuel soumis à retenue pour pension correspondant au deuxième chevron du groupe hors échelle D, et, au-delà de ce montant, à 25 % de cette base. La prime d'intéressement est versée annuellement et peut faire l'objet d'avances en cours d'année.

CNRS⁸⁹. Dans sa réponse, l'ordonnateur indique que cette note n'a pas vocation à s'appliquer aux établissements publics de santé, et précise que cette question a fait l'objet d'une consultation de la direction générale des finances publiques, sans en transmettre toutefois le contenu.

Concernant les charges patronales, l'article L. 241-8 du code de la sécurité sociale indique que « *la contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge. Toute convention contraire étant nulle de plein droit* » ce qu'applique la jurisprudence de manière constante⁹⁰. Ces éléments ont été confirmés par le courrier du 10 octobre 2019 du pôle régional d'expertise juridique de l'Urssaf Aquitaine et corroborée par un courriel du 24 décembre 2019 du responsable du contrôle de l'Urssaf Aquitaine adressé au CHU de Bordeaux, bien que celui-ci en fasse une lecture différente et qu'il ait, dans sa réponse aux observations provisoires, maintenu sa position.

Enfin, l'Ircantec a fait part de cette même analyse en précisant que ces primes d'intéressement n'étaient pas assujetties aux cotisations retraite. Le CHU a ainsi accepté de rétrocéder aux inventeurs les montants prélevés à tort concernant les cotisations retraite.

Dans l'attente de la réponse de la commission nationale des inventions de salariés (CNIS) saisie par le CHU, la chambre régionale des comptes évalue le coût d'une éventuelle régularisation à 448 K€ (cf. détail en annexe précitée), somme qui fait actuellement l'objet d'une provision pour litige.

10.4 Les entités satellites de promotion de la recherche clinique

10.4.1 Le suivi juridique et financier des entités satellites

Le projet d'établissement 2021-2026 prévoit de développer l'attractivité du CHU et notamment d'accroître la performance des structures d'appui de la direction de la recherche clinique, ainsi que d'accélérer les collaborations « hors les murs », structurer les échanges et partenariat avec l'université, les établissements publics à caractère scientifique et technologique (INSERM, CNRS, etc.). Or, le CHU est déjà engagé depuis longue date dans différentes entités juridiques visant à promouvoir la recherche clinique et les coopérations extérieures, sans toutefois que celles-ci n'aient fait l'objet d'un suivi juridique et financier adapté, ni d'une présentation des enjeux financiers aux instances.

⁸⁹ Source : CNRS « inventions et fonction publique – LES – 26 janvier 2010.

⁹⁰ La Cour de cassation est en charge de vérifier que le mode de calcul de la rémunération variable n'est pas de nature à faire peser sur le salarié une partie de la charge des cotisations sociales qui ne lui reviendrait pas. En ce sens, une rémunération variable calculée proportionnellement à la marge brute résultant de l'activité du salarié, « et après déduction de différentes charges » n'aboutit pas, selon elle, « à faire supporter par le salarié les cotisations sociales dues par l'employeur » [Cass., Soc., 27 janvier 2021, n° 18-21391] De la même façon, le fait qu'un contrat prévoit le versement d'une « commission de 20 % » sur la marge « nette », à savoir la « marge brute » après déduction de « tous les frais de voiture, téléphone, restaurant, péage exposés par le salarié, un forfait au titre des charges sociales », ne revient pas à faire peser sur le salarié « les cotisations patronales de sécurité sociale » [Cass., Soc., 27 janvier 2021, n° 17-31.046].

Le CHU précise désormais procéder à un suivi régulier et approfondi du GIE Accelence et de l'IHU Liryc. Pour les autres entités, dans lesquelles le CHU détient une participation mais avec lesquelles les relations sont modestes, voire inexistantes, le suivi ne se fait qu'une fois par an à l'occasion de la clôture des comptes.

Le montant des participations en 2020 s'élève au total à 847 K€⁹¹ dont la moitié est liée à la recherche (438,4 K€ de participations auprès des deux GIE Accelence et Bordeaux Recherche Clinique, correspondant désormais à 212,5 K€ du fait de la dépréciation des créances).

10.4.2 Le cas du groupement d'intérêt économique (GIE) « Accelence »

Créé en 2011, il avait vocation à offrir une plate-forme de services pour les essais cliniques en partenariat industriel, afin d'offrir un soutien organisationnel et logistique. Le CHU n'a cependant pas opéré de surveillance de cette entité satellite, laquelle n'a jamais atteint son équilibre économique. Une première alerte est pourtant formulée dès 2012 face aux pertes enregistrées. L'article 21 des statuts prévoyait que *« s'il est constaté des pertes, elles font l'objet d'un report à nouveau déficitaire. En cas de constatation de déficits cumulés susceptibles de compromettre le fonds de roulement, l'assemblée générale arrête les mesures nécessaires sur proposition de l'administrateur »*, ce qui n'a pourtant donné lieu à aucune saisine de l'assemblée. Or, le cumul des déficits compromettait le fonds de roulement (1,5 M€ de pertes cumulées). Le GIE Accelence a fait l'objet d'une procédure d'alerte par le commissaire aux comptes en 2017, puis l'objet d'une dissolution décidée en 2019, mise en œuvre en 2020.

En effet, le CHU n'a pas tenu compte des alertes représentées par les départs successifs des membres, notamment dès 2014 concernant la chambre de commerce et d'industrie (CCI) qui décide alors d'interrompre définitivement son soutien financier, puis l'institut Bergonié en 2018. Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur indique que le départ de la CCI correspond à la dissolution de l'entité « SARI » et son souhait de procéder à la récupération des créances, et le retrait de l'institut Bergonié lié à des difficultés financières. Le centre hospitalier de la Côte Basque a quant à lui, souhaité interrompre son contrat de partenariat, en 2019, suite à l'augmentation des tarifs proposés par le GIE.

Le CHU ne s'est pas non plus interrogé sur l'évolution des produits du GIE Accelence et les difficultés de négociation avec les partenaires. En effet, les produits d'exploitation n'ont pas permis d'atteindre les budgets annuels prévus par le GIE et ne permettent donc pas de faire face aux charges fixes d'exploitation.

Un audit réalisé en 2017 a identifié plusieurs dysfonctionnements au sein de l'organisation interne, tels que le délai moyen de contractualisation (98 jours en 2016 et 75 jours en 2017), le délai de facturation, notamment concernant les actes sous-traités au CHU, et dont le délai peut être porté jusqu'à un an. Le délai moyen de facturation auprès du promoteur était ainsi évalué entre 45 et 60 jours en 2017, représentant 224 jours de chiffre d'affaires, et un besoin en fonds de roulement important.

Le recrutement d'un directeur général dont la refacturation cumulée des traitements s'élève à 1 M€, n'était pas prévu dans les statuts. À compter de l'assemblée générale du

⁹¹ Détail en annexe n°4.

27 septembre 2019, la liquidation anticipée du GIE met fin à la fonction de directeur, contribuant à l'amélioration du résultat de l'exercice.

La chambre régionale des comptes attire l'attention de l'ordonnateur sur le fait que la dissolution du GIE Accelence se traduit par la volonté du CHU de réinternaliser ces missions, sans avoir pu transmettre à la chambre régionale des comptes l'analyse de la rentabilité des essais cliniques, ni l'évaluation des modalités de contractualisation et de facturation, tout comme les résultats de l'enquête de satisfaction des investigateurs que l'ordonnateur indique avoir menée en 2018, ni s'être appuyé sur les partenaires extérieurs possédant une expérience similaire (ADERA, filiale de l'université de Bordeaux, dont le CHU n'est pas partenaire), et ce contrairement à d'autres expériences de création de sociétés par actions simplifiées au sein d'autres CHU.

La chambre régionale des comptes recommande plus largement de mettre en place un suivi des entités satellites qui participent au financement de la recherche clinique, en mettant en évidence les flux financiers en exploitation et en investissement et leur impact sur la structure financière du CHU.

Recommandation n° 6 : Améliorer le suivi juridique et financier des entités satellites du CHU dans le domaine de la recherche clinique ; profiter de la dissolution du GIE « Accelence » pour évaluer les mécanismes de soutien financier aux essais cliniques.

PARTIE ACHATS

La direction générale de l'offre de soins (DGOS) avait lancé en 2011 un programme "Performance hospitalière pour des achats responsables" (PHARE) dont l'objectif était de structurer la fonction achats dans les hôpitaux et de dégager des « économies intelligentes ». En 2018, la mise en place des fonctions achats mutualisées entre les établissements d'un territoire poursuit l'objectif de performance commune et de coopération. Les orientations 2018-2022 du programme PHARE sont d'accompagner la montée en efficience de la fonction achats des GHT⁹², d'industrialiser le dispositif des opérateurs d'achats mutualisés régionaux, de mettre en œuvre des processus d'achats complexes et innovants, et d'optimiser les processus logistiques (stockage et distribution).

La politique stratégique du CHU en matière d'achats est plus nettement déclinée depuis 2018, mais demeure toutefois essentiellement orientée autour des réorganisations successives de la fonction achats du CHU, cumulée avec celle opérée pour le compte du GHT « Alliance de Gironde ».

11 LES PROCESSUS ACHATS POUR LE COMPTE DU CHU

Le CHU a réalisé un audit du processus achats, au départ orienté sur le diagnostic du fonctionnement de la fonction achats pour le compte du GHT « Alliance de Gironde », mais également pour son propre compte. L'analyse devait contribuer à améliorer l'organisation interne.

11.1 La succession des réorganisations de la direction des achats

11.1.1 L'absence de lisibilité des liens fonctionnels et hiérarchiques

L'organisation de la direction des achats a évolué trois fois en cinq ans. Ces réorganisations successives ont entraîné un manque de lisibilité interne comme en atteste la succession des organigrammes sur la période (2017, 2018, 2020, puis 2021). La direction était initialement constituée de trois directions distinctes (ingénierie et travaux, ingénierie biomédicale, direction des achats et des approvisionnements, et une direction des affaires logistiques), dont chacune disposait d'une unité d'achats. Toutes ces unités d'achats ont été regroupées dans la direction des ressources matérielles par filières (prestations hôtelières,

⁹² Recentrer l'acheteur sur ses missions stratégiques amont (juste besoin, sourçage, ...); harmoniser les pratiques sur la base d'un corpus documentaire unifié « référentiel achat »; outiller en SI-Achat (reporting, planification); recentrer les établissements hospitaliers sur leur cœur de métier (autour du soin); mettre en œuvre des modalités d'affacturage afin d'éviter les frais réglementaires. Au final, faire en sorte que ce nouveau cadre produise de la performance lisible.

biologie et biomédical, travaux et maintenance, produits de santé) avec une volonté affichée de supprimer l'ancienne partition entre les différents secteurs (travaux, biomédical, médicaments, économiques) et harmoniser les pratiques.

Enfin, une nouvelle organisation a été mise en place en 2021, identifiant la direction comme responsable du « Nouveau CHU », en plus des « ressources matérielles ». La nouvelle direction entend simplifier l'organisation, mais les organigrammes transmis restent complexes et ne permettent pas d'identifier les liens fonctionnels distincts des liens hiérarchiques.

Ces transformations successives ont conduit à une plus grande centralisation des achats et des responsabilités. Restent néanmoins en dehors de cette centralisation, les achats du secteur informatique, ainsi que la recherche clinique et les formations. L'audit organisationnel n'avait pas prôné la centralisation des achats informatiques, le recours aux procédures formalisées y étant courant. En revanche, il n'existe pas d'évaluation des pratiques d'achats en matière de formations et des achats réalisés par la direction de la recherche clinique, quand bien même les montants sont moindres, mais les achats hors marchés prépondérants.

11.1.2 Les moyens humains dédiés à la fonction achats

Les effectifs dans le périmètre concerné par ces réorganisations⁹³ sont à la baisse entre 2016 et 2020, y compris la fonction achats dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde ». L'ordonnateur précise que l'audit externe mené en 2020 n'avait toutefois pas mis en évidence de sous-effectif de la fonction achats.

Tableau n° 20 : Évolution des moyens humains de 2016 à 2020

<i>Exercices</i>	2016	2017	2018	2019	2020	Évol. 18/20 en %	Évol. 16/20 en %
<i>Budget G</i>	1	1	17,88	19,72	17	-5 %	NS
<i>Budget principal CHU</i>	82,22	80,39	62,67	61,63	61,29	-2 %	-26 %
<i>Total général</i>	83,22	81,39	80,55	81,35	78,29	-3 %	-6 %

Source : Extraction Cpage RH

Par ailleurs, la réduction des effectifs, amorcée dès 2016, s'est accompagnée d'une moindre qualification, laquelle n'est pas compensée par la progression plus récente du nombre de techniciens supérieurs.

Ainsi, alors que le montant global des marchés progresse de 6,7 % entre 2017 et 2020, les effectifs sont en réduction de 6 % sur la même période. Dans le détail, l'augmentation de 37 % des montants des marchés de travaux s'accompagne d'une diminution de 3,3 % des effectifs. L'absence d'analyse des dépenses par famille d'achats nuit à l'évaluation de l'organisation et de sa performance.

⁹³ Ainsi que le précise l'ordonnateur dans sa réponse, *ces effectifs concernent les « services économiques, les personnels de la direction des achats, la coopération du GHT et les achats du système d'information ».*

Enfin, de nombreux postes étaient vacants en 2021 au sein de la direction (huit ETP au total, représentant 75 % de l'effectif de la direction des travaux, 30 % de la direction des achats et approvisionnements, 25 % de l'effectif de la CECOMA), la direction connaissant des difficultés de recrutement importantes, notamment liées à l'absence d'attractivité des postes proposés. L'ordonnateur précise qu'en 2022, quatre ETP sont encore vacants.

La chambre régionale des comptes recommande à la direction d'évaluer qualitativement et quantitativement la réorganisation.

Recommandation n° 7 : Évaluer les réorganisations des directions visant à la centralisation des processus (direction des ressources humaines, direction des ressources matérielles).

11.2 Le rôle de la cellule commune des marchés (CECOMA)

La CECOMA assure la sécurité juridique des marchés au stade de la passation et au stade du choix. Elle contrôle depuis sa création les documents de lancement des procédures formalisées, les avis de marchés d'un montant supérieur à 90 K€. Elle est en contact avec les différentes directions du CHU et celles des établissements membres du GHT « Alliance Gironde ».

Elle a été conduite à émettre des avis sur des dossiers qui n'avaient pas fait l'objet d'un contrôle lors du lancement de la procédure. Ces avis de la CECOMA, dont ni la forme ni les modalités de transmission ne sont prévues, n'ont par ailleurs pas toujours été suivis d'effet. La CECOMA fait le secrétariat de la commission des marchés, établit l'ordre du jour, sans toutefois pouvoir, jusqu'à une période récente, influencer sur la présentation des dossiers. La direction indique avoir élaboré un modèle de rapport de présentation uniforme des dossiers, lequel n'a cependant pas été transmis.

La réduction des effectifs de la CECOMA (de quatre ETP à 3,02 ETP en 2020), semble peu compatible avec son rôle de conseiller juridique pour l'ensemble du GHT « Alliance de Gironde », et les missions supplémentaires que la direction entend lui affecter (vérification des procédures en amont, à différentes étapes des procédures, harmonisation des dossiers de présentation en commission des marchés, recensement des déclarations d'intérêt des acheteurs et leur vérification, du recueil des pièces des négociations, etc...).

11.3 Le rôle de la commission des marchés (COM)

Le CHU a souhaité maintenir une commission des marchés. Son fonctionnement est prévu aux termes d'un règlement intérieur qui date de 2018. La régularité des réunions, les procès-verbaux systématiquement dressés et ordres du jour établis, la présence des membres aux réunions et leur intérêt, sont autant d'aspects qui peuvent être relevés positivement. Toutefois, il apparaît à la lecture des procès-verbaux entre 2016 et 2020, qu'elle ne dispose pas des moyens lui permettant de jouer son rôle.

Elle est présidée par le directeur général de l'établissement ou son représentant. Elle est composée de quatre membres à voix délibérative⁹⁴ (deux membres du CHU et deux membres des établissements parties) et de deux membres à voix consultative⁹⁵. Enfin, les agents des établissements du GHT « Alliance de Gironde » peuvent participer aux travaux de la commission avec voix consultative. La prévention des conflits d'intérêts mériterait d'être mieux précisée au sein du règlement intérieur, avec notamment l'ajout de la référence aux déclarations d'intérêt pour chacune des affaires⁹⁶, ainsi que celles des membres de la commission.

De manière générale, l'ensemble des procédures formalisées concernant les fournitures et services y sont examinées, ainsi que les procédures d'un montant supérieur à 400 000 € concernant les travaux. Les marchés subséquents et toutes les opérations signalées y sont également présentés ou tous les dossiers sensibles, même inférieurs aux seuils prévus par le code de la commande publique.

Les éléments transmis aux membres concernant l'analyse des offres ne permettent pas toujours d'émettre un avis éclairé sur le choix. Ainsi, plusieurs éléments ont été relevés lors de la lecture des procès-verbaux :

- absence d'harmonisation de la présentation des prix : offres présentées et comparées avec des taux de TVA différents⁹⁷ ;
- présence d'abréviations dans les dossiers techniques⁹⁸ ;
- absence d'explication concernant le calcul du critère prix ;
- absence de définitions de certains éléments comme le détail du critère « valeur technique », « programme prévisionnel des prestations de gros entretien renouvellement »⁹⁹ ;
- absence de pièces techniques importantes : CDE, PV des réunions techniques de choix auxquelles serait jointe la composition de ces réunions ainsi que les DI en lien avec l'affaire présentée¹⁰⁰.

Entre 2016 et 2020, la commission des marchés n'est que tardivement alertée par la CECOMA et ne suit généralement pas ses avis, excepté lors d'erreurs matérielles. Les arguments des experts techniques prévalent presque exclusivement sur les arguments juridiques. Ainsi, l'avis de la CECOMA est-il rarement suivi d'effet¹⁰¹.

⁹⁴ Désignés par décision du directeur général du CHU de Bordeaux.

⁹⁵ À savoir le trésorier du CHU ou son représentant ainsi que le directeur régional des entreprises de la concurrence de la consommation du travail et de l'emploi ou son représentant.

⁹⁶ En effet, actuellement un paragraphe du règlement intérieur porte sur le conflit d'intérêts et indique que si un membre est susceptible de bénéficier des prestations, objet d'une affaire, il peut siéger mais ne pourra ni délibérer, ni signer la partie du PV de la commission sur cette affaire. Par ailleurs, il y est indiqué que le représentant du pouvoir adjudicateur qui signe le marché ne peut être la personne qui a présidé la commission des marchés. Il n'est toutefois pas fait mention des déclarations d'intérêts que pourraient remplir les membres de la COM.

⁹⁷ PV du 28 janvier 2016 à propos d'un marché 35-11 pour des injecteurs INTENGO vendus par Bayer.

⁹⁸ PV du 7 avril 2016 PSE concernant le marché portant sur les installations thermiques de Saint-André.

⁹⁹ PV du 9 juin 2016.

¹⁰⁰ PV d'une COM en 2017 dans lequel le comptable souligne qu'il « regrette que les éléments d'analyse, évoqués de manière précise dans le corps du document, n'aient pas été reportés avec leurs notes dans le tableau synthétique de comparaison des offres pour éclairer le choix ».

¹⁰¹ PV 24 juillet 2017 un avis défavorable de la COM mais fondé sur des erreurs matérielles (formations du personnel), et lots relancés.

Dans le cas du dossier du dialogue compétitif de 2017, un courriel de la CECOMA a alerté la direction générale adjointe en sa qualité de présidente de la séance, sur les différents risques juridiques liés à cette procédure, sans toutefois que le procès-verbal de la COM du 8 février 2017 n'indique que les membres en aient été informés. En effet, la CECOMA mettait pourtant en évidence les risques juridiques liés à l'intégration d'un co-contractant en fin de procédure dans le cadre de l'ajout d'une prestation informatique (SIL), ainsi que la complexité de la procédure du dialogue compétitif et la traçabilité de toutes les étapes de négociation.

La direction générale a depuis indiqué que l'intervention de la CECOMA, dès la revue de procédure, devrait permettre d'en améliorer son action.

La chambre régionale des comptes recommande à l'ordonnateur de clarifier le rôle de la commission, afin qu'elle se saisisse pleinement de sa mission, en rendant compte des avis formulés. Pour ce faire, il convient qu'elle puisse disposer de dossiers harmonisés dans leur forme et leur contenu, auxquels doivent être jointes les pièces nécessaires à son arbitrage et notamment les procès-verbaux des commissions techniques (comprenant l'analyse et cotation détaillées des offres). Par ailleurs, la formalisation de la procédure d'alerte de la CECOMA mérite d'être intégrée au sein du règlement intérieur de la COM.

L'ordonnateur s'est depuis engagé à formaliser un dossier uniforme d'analyse des offres présentées en COM à compter de 2022, tout comme modifier son règlement intérieur.

<p>Recommandation n° 8 : Clarifier le fonctionnement de la commission des marchés et exiger qu'elle fournisse les éléments permettant de rendre compte de ses avis ; modifier son règlement intérieur en conséquence.</p>
--

11.4 Le panorama des achats du CHU

Le volume des dépenses, en baisse entre 2017 et 2019, augmente rapidement en 2020. Le nombre de fournisseurs représentant 80 % des dépenses reste concentré sur un nombre sensiblement équivalent sur la période examinée (moins de 200 fournisseurs).

Tableau n° 21 : Panorama des achats

<i>Libellé</i>	2017	2018	2019	2020
<i>Lignes de commandes dans CPage</i>	296 127	300 643	336 000	293 621
<i>Nombre de fournisseurs</i>	2 605	ND	7 379	2 636
<i>Nombre de fournisseurs représentant 80 % des dépenses</i>	147	ND	175	155
<i>Montant total des dépenses</i>	401 735 309 €	377 645 759 €	398 487 571 €	426 999 103 €
<i>Dépenses hors périmètre</i>	23 631 000 €	31 175 000 €	30 958 000 €	22 631 000 €
<i>Dépenses non rattachées à un marché</i>	13 330 000 €	12 403 000 €	11 498 000 €	15 114 000 €

Source : CRC à partir des données du CHU ; analyse commandes de 2017 à 2020

Les dépenses qui font l'objet de la présente instruction sont celles soumises aux procédures formalisées et celles recensées comme n'étant pas rattachées à un marché. Sont exclues les dépenses hors périmètre.

La cartographie des achats n'a cependant pu être réalisée par catégories homogènes, segments ou familles, ce qui est regrettable. Le CHU dispose pourtant dans son système d'information de la codification prévue par la nomenclature des catégories homogènes des fournitures et services (NCHFS), mais sans qu'il n'en soit fait usage¹⁰², lui préférant un suivi par direction fonctionnelle. Or, ces données vont pourtant devenir incontournables dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde ». L'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires, indique que des indicateurs de suivi des achats, conformes à la NCHFS vont être mis en place, ainsi qu'une fiabilisation des données inscrites dans l'applicatif *Cpage*.

L'extraction fournie par les services du CHU est précise et facile d'exploitation, ce qui peut être relevé positivement. L'établissement produit des extractions du nombre de marchés en cours et le nombre de lignes de commandes.

Toutefois, la direction n'opère pas de suivi du nombre de procédures formalisées annuellement, ni des différents types de procédures par famille ou par montant. A la demande de l'équipe d'instruction, la direction a toutefois extrait ces données, qui démontrent une forte progression du nombre de procédures (123 % entre 2016 et 2019), mais pour des montants en légère régression (- 12 %).

¹⁰² cf. note n° DGOS/PF1/2017/283 du 29 septembre 2017.

Tableau n° 22 : Évolution du nombre de marchés et leur montant

Exercices	Nombre de marchés (en cours)	Evol. %	Montant HT	Evol. %
2016	9 663		291 247 791 €	
2017	10 047	4 %	599 478 145 €	105,8 %
2018	14 605	45,4 %	435 304 236 €	-27,4 %
2019	21 547	47,5 %	256 284 842 €	-41 %
2020	25 320	17,5 %	166 242 438 €	-35 %

Source : Données du CHU

Il existe une modification des pratiques au cours de la période contrôlée, la proportion de marchés négociés devenant inférieure à celle des appels d'offres à compter de 2017. L'analyse par montant démontre qu'en 2019, la procédure la plus usitée en nombre et en valeur était l'appel d'offres (59 % des procédures et 87 % des montants). Viennent ensuite les MAPA qui représentent 23 % des procédures mais seulement 3,7 % des montants. Les marchés négociés sans mise en concurrence, moins utilisés qu'en début de période ne représentent plus que 16,5 % des procédures mais encore 8,5 % des montants. Les procédures de dialogue compétitif sont peu nombreuses, la seule procédure utilisée en 2017 représentant toutefois 11,4 % des montants.

Les procédures utilisées dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde » ne semblent représenter qu'un faible pourcentage de procédures (environ 2 %) et des montants (0,8 %), excepté en 2020 (9,7 %). Les procédures menées pour le compte du GHT « Alliance de Gironde » ne sont toutefois pas clairement identifiées au sein des applicatifs informatiques. L'ordonnateur a indiqué avoir depuis, procédé à une consolidation des données des deux établissements les plus importants du GHT « Alliance de Gironde », afin de procéder à une première analyse des procédures et montants et du respect de la computation des seuils.

La chambre régionale des comptes relève que les procédures et leur utilisation ne font l'objet, ni d'une analyse, ni d'un pilotage stratégique par la direction, laissant le choix aux acteurs internes de recourir fréquemment et opportunément aux procédures plus souples que sont les marchés négociés sans mise en concurrence et les MAPA. L'ordonnateur s'est depuis engagé à opérer un suivi et analyse des procédures utilisées, concernant le CHU, mais également les achats opérés dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde ».

11.5 Les achats via les groupements de commandes nationaux

Le CHU participe à différents groupements de commandes dont le principal est l'union des hôpitaux pour les achats (UNIHA), lequel représente 70 % des participations. L'engagement du CHU au sein d'UNIHA est important, puisqu'il y coordonne les achats pour les segments énergie, médicaments et dispositifs médicaux. Enfin, l'ensemble des unités d'achats est régulièrement sollicité pour être partie prenante aux groupes experts (mobilier de bureau, mobilier et environnement du patient, équipement biomédicaux, restauration).

Tableau n° 23 : Achats via la centrale d'achats UNIHA

UNIHA	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de marchés	325	475	373	267	541
Montants	89 113 506 €	348 884 925 €	254 568 725 €	51 474 905 €	57 730 547 €

Source : CHU

Toutefois, le suivi du nombre de marchés et de leur taux de réalisation s'avère malaisé au sein de *Cpage*, et ne font pas non plus l'objet d'un suivi interne. Pourtant, les données démontrent que les marchés via UNIHA représentent désormais 30 % du total des procédures formalisées du CHU, mais 50 % des montants. Or, la direction indique que la performance des achats réalisés via cette coopérative d'acheteurs est effectuée en comparant les prix du marché écoulé aux prix du nouveau marché, sans pour autant que les quantités commandées ne soient appréciées, ainsi que l'impact budgétaire.

Par ailleurs, les achats réalisés via l'union des groupements d'achats publics (UGAP) sont référencés dans *Cpage* au sein d'une catégorie « autres procédures », et ainsi assimilés à des achats « hors marchés », sans être référencés au sein de la nomenclature des achats.

La chambre régionale des comptes relève que les achats via les groupements d'achats ne font l'objet d'aucune analyse *a posteriori*, ni par famille, ni des quantités commandées et donc de leur impact budgétaire.

11.6 Les achats hors marchés¹⁰³

En 2016, les dépenses non rattachées à un marché représentaient 3 % des dépenses, en baisse jusqu'en 2019 (- 13,7 %). Elles progressent de 31,4 % durant la crise sanitaire, notamment au sein de la direction de la recherche clinique. Elles représentent désormais 3,74 % des dépenses.

L'instruction a mis en évidence 17 fournisseurs auxquels le CHU fait appel tous les ans pour des montants au-delà des seuils (25 000 € jusqu'en 2019 et désormais 40 000 € en 2020). Des éléments de réponse ont été transmis correspondant à des erreurs de saisie, ou à la mise en place de marchés en 2020, ou à des prestations qui s'adaptent mal à des procédures formalisées. Au-delà de ces réponses, il demeure toutefois une dizaine de fournisseurs récurrents identifiés qui ne font pas l'objet de procédures formalisées pour des montants qui dépassent les seuils du code de la commande publique.

Les devis, archivés en version dématérialisée que de façon récente, ne permettent pas de vérifier la présence de trois devis estimatifs pour ces dépenses sur la période la plus ancienne (2017-2018).

À la demande de l'équipe d'instruction, la direction a procédé à une analyse des dépenses par direction, mais sans pouvoir la réaliser par famille de produits. En 2018, les achats

¹⁰³ Les dépenses ici analysées ne prennent en compte que les dépenses d'exploitation, hors investissement.

hors marchés représentaient 20,5 % des dépenses de travaux, soit 55 % du total des dépenses hors marchés.

11.7 L'impact de la crise sanitaire sur les procédures d'achats

Le CHU indique avoir utilisé les dispositions de l'ordonnance du 25 mars 2020 afin d'adapter des règles de passation, de procédure ou d'exécution des contrats soumis au code de la commande publique et des contrats publics qui n'en relevaient pas. Il s'agissait de deux chantiers pour lesquels le délai d'exécution a été prolongé sans application de pénalités (chantiers de la pédiatrie et de la plateforme de Xavier-Arnozan). Un chantier de travaux d'étanchéité a été décalé de deux mois (centre François Xavier Michelet).

Pour l'achat d'équipements et dispositifs médicaux, une seule consultation a nécessité de décaler les dates de remise des offres, générant un allongement systématique des délais de réponse aux consultations initiées durant cette période. Des avenants de prolongation de marchés arrivant à échéance ont été signés pour des dispositifs médicaux.

Pour les achats généraux et de prestations, les modalités de l'ordonnance, notamment en prolongeant les délais des procédures de passation en cours et en aménageant les modalités de candidature, ont permis aux entreprises de soumissionner malgré les mesures de confinement (ex : appel d'offres de petit matériel hôtelier 2020-2024 au profit du GHT, et pour des prestations d'interprétariat 2020-2024 au profit du GHT « Alliance de Gironde »). Par ailleurs, des contrats parvenus à échéance ont été prolongés par avenant (ex. des marchés de petit matériel hôtelier au profit du GHT « Alliance de Gironde », des marchés de produits d'entretien et d'hygiène des locaux et d'hygiène corporelle).

Les pénalités n'ont pas été appliquées lors de difficultés de livraison des fournisseurs ou d'impossibilité d'exécuter le marché en raison d'une pénurie au niveau national.

11.8 L'examen des procédures et du respect du code de la commande publique

L'analyse des procédures réalisée lors de l'instruction repose sur un échantillon de marchés. Cet échantillon est constitué de treize marchés négociés sans mise en concurrence, quatre MAPA et la procédure globale de dialogue compétitif réalisée en 2017. Concernant les MAPA, l'instruction n'a pas mis en évidence d'irrégularité.

11.8.1 L'archivage des pièces de marchés

L'analyse des pièces des marchés révèle des défaillances dans l'archivage, soit du fait de pièces manquantes, soit de pièces non signées ou incomplètes. Ainsi, concernant l'échantillon examiné, étaient manquants la totalité des courriers de rejet des offres, deux avis d'attribution (valves cardiaques en 2017 et 2019), les procès-verbaux de recevabilité des offres, deux rapports de présentation en COM, des avenants et enfin, des pièces de négociation.

Par ailleurs, les documents de consultation détaillant les sous-traitants ou cotraitants sont parfois manquants. C'est ainsi que, concernant le dialogue compétitif, il n'existe pas de déclaration du sous-traitant au sein de l'offre finale DC3 archivée, qui a pourtant été retenue comme sous-traitant au sein d'un protocole transactionnel (octobre 2017). Par ailleurs, ces documents sont peu fréquemment signés même si l'identité du gestionnaire ou PDG y figure. Enfin, le protocole transactionnel archivé et transmis à l'équipe d'instruction ne comprend pas la signature du directeur général du CHU.

La chambre régionale des comptes rappelle à l'ordonnateur que l'archivage est obligatoire. Le défaut d'archivage ne permet pas à l'autorité de contrôle de vérifier le respect des règles de la commande publique.

11.8.2 L'absence de suivi du respect du seuil de la commande publique

L'applicatif *Cpage*, dont la vocation est d'abord comptable et budgétaire (détermination de plafonds d'engagement par budget et ligne de comptes), dispose de fonctionnalités permettant d'intégrer les différents seuils du code de la commande publique, lesquelles ne sont toutefois pas utilisées, ce que l'ordonnateur s'est depuis engagé à modifier. À ce jour, seul le seuil concernant les appels d'offres européens y est intégré. Des seuils ont été intégrés par catégorie homogène de produits en 2018, sans que le CHU n'exploite ces données.

Entre les exercices 2016 et 2020 inclus, le CHU a eu recours à une pratique visant à prévoir, dans plus de la moitié des cas, des marchés sans montant ni minimum, ni maximum.

Le CHU a ainsi eu recours à des procédures non formalisées (article 28 du nouveau code pour des prestations de services de surveillance et gardiennage et prestations d'intérim ou des fournitures de médicaments) sans inscrire de montant maximum ou minimum alors que les consommations indiquées ont dépassé les seuils de procédures formalisées (221 000 €).

Le recours aux marchés négociés sans mise en concurrence est également très fréquemment assorti d'une absence de prévision de montants maximum et minimum (438 lignes de commandes sans prévisions sur un total de 884, soit la moitié des lignes de commandes entre 2016 et 2020).

Par ailleurs, des prévisions non sincères sont inscrites en 2019 et 2020 concernant des marchés de maintenance qui ne prévoient aucun montant minimum, mais un montant maximum de 999 999 999 €, pour des commandes à hauteur de 206 K€.

Les procédures d'appels d'offres ouverts recensées sur la période contrôlée font également très fréquemment apparaître une absence de montant maximum et minimum (134 lignes de commandes pour 45 M€ en 2016, 624 lignes de commandes en 2017, 361 en 2018, 636 en 2019 et 649 en 2020 pour un montant de 58,7 M€).

La chambre régionale des comptes recommande la modification de cette pratique qui ne permet pas d'apprécier le respect des règles de la computation des seuils prévue par le code de la commande publique, et peut même être appréciée comme un contournement des procédures. En effet, la réglementation prévoit qu'en l'absence de montant maximum fixé par le pouvoir adjudicateur, c'est alors le montant le plus élevé qui s'applique, conformément au code de la

commande publique (articles R. 2121-7 et 8¹⁰⁴), ce qui aurait alors pu conduire le CHU à organiser systématiquement des procédures formalisées. Enfin, cette pratique ne permet pas d'opérer un suivi budgétaire des marchés et des consommations, les taux de réalisation étant systématiquement erronés. Par voie de conséquence, il n'est donc pas possible d'opérer le suivi des dépenses inscrites au sein des avenants et le respect par le CHU de l'article R. 2194-3 du code de la commande publique¹⁰⁵.

L'ordonnateur s'est depuis engagé à modifier les pratiques internes et exiger la fixation d'un montant obligatoire dans le cadre de l'ensemble des procédures. Par ailleurs, il a indiqué mettre en place des regroupements par familles homogènes, contribuant au suivi et contrôle des seuils de la commande publique, y compris dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde », ainsi que sensibiliser l'ensemble des acteurs internes et partenaires du groupement.

Recommandation n° 9 : Veiller au respect de la computation des seuils conformément aux règles du code de la commande publique.

11.8.3 Le recours fréquent aux accords-cadres

La souplesse des accords-cadres du fait de l'exécution par émission de bons de commande ou passation de marchés subséquents est particulièrement adaptée aux fournitures médicales, dispositifs médicaux, médicaments du CHU.

L'analyse des dossiers présentés en commission des marchés démontre la pratique courante au CHU de recourir à l'accord-cadre sans montant mini et maxi, assorti d'un ou plusieurs marchés subséquents, permettant ainsi d'allonger la durée du marché, sans procéder à la formalisation d'un avenant. Or, même si l'accord-cadre ne fixe pas de montant minimum ou maximum, la rubrique « description des prestations » du formulaire européen d'avis de marché, qui prévoit de préciser la nature et la quantité des prestations, doit être remplie, ce qui n'est pas toujours le cas.

À titre d'exemple, la procédure lancée pour acquérir des protections de sondes pour thermomètres médicaux lancée en 2016 sous forme d'accord-cadre prévoit un montant minimum mais pas de maximum¹⁰⁶. Elle aurait ainsi dû faire l'objet d'une procédure formalisée, alors que le CHU a eu recours à une procédure négociée sans publicité, ni mise en concurrence

¹⁰⁴ Article R. 2121-7 : « Pour les marchés de fournitures ou de services qui répondent à un besoin régulier, la valeur estimée du besoin est déterminée sur la base : 1° Soit du montant hors taxes des prestations exécutées au cours des douze mois précédents ou de l'exercice budgétaire précédent, en tenant compte des évolutions du besoin susceptibles d'intervenir au cours des douze mois qui suivent la conclusion du marché ; 2° Soit de la valeur estimée des prestations qui seront exécutées au cours des douze mois ou de l'exercice budgétaire qui suit la conclusion du marché » ; Article R. 2121-8 : « Pour les accords-cadres et les systèmes d'acquisition dynamiques définis à l'article L. 2125-1, la valeur estimée du besoin est déterminée en prenant en compte la valeur maximale estimée de l'ensemble des marchés à passer ou des bons de commande à émettre pendant la durée totale de l'accord-cadre ou du système d'acquisition dynamique. Lorsque l'accord-cadre ne fixe pas de maximum, sa valeur estimée est réputée excéder les seuils de procédure formalisée. ».

¹⁰⁵ Article R. 2194-3 du code de la commande publique : « Lorsque le marché est conclu par un pouvoir adjudicateur, le montant de la modification prévue à l'article R. 2194-2 ne peut être supérieur à 50 % du montant du marché initial ».

¹⁰⁶ Commission des marchés du 8 septembre 2016.

préalable¹⁰⁷ auprès du fournisseur qui, par ailleurs, était celui qui avait mis à disposition le matériel gratuitement. L'absence de fixation de montants ne s'explique curieusement pas car ce segment de produits appartient à un marché concurrentiel disposant de prix.

Enfin, le recours à l'accord-cadre doit contribuer à réaliser des économies (notamment en termes de coûts de procédure et de propositions de prix plus avantageuses) et à optimiser les conditions d'achat en permettant aux acheteurs de planifier leurs acquisitions, ce qu'en l'espèce la chambre régionale des comptes n'est pas en capacité d'évaluer sur la période contrôlée.

11.8.4 Le recours fréquent aux marchés négociés (MN) sans mise en concurrence¹⁰⁸

Le CHU justifie le recours fréquent aux MN sans mise en concurrence par des droits d'exclusivité mis en avant par les fournisseurs, rendant la concurrence alors impossible, un seul fournisseur étant en capacité de fournir la prestation identifiée¹⁰⁹.

Or, le recours à cette procédure n'est en réalité possible que lorsqu'elle est justifiée par une exclusivité objective, ce que reconnaît le Conseil d'État, dans le cas d'un logiciel pour lequel une société est la seule à disposer des droits de maintenance et d'exploitation (CE, 2 octobre 2013, département de l'Oise, n° 368848). Il appartient cependant à l'acheteur d'obtenir au préalable la preuve de l'exclusivité dont se prévaut la société et de s'assurer de l'absence de toute concurrence.

Or, le recours à cette procédure dans le cadre d'un contrat de maintenance d'équipements biomédicaux n'était toutefois pas adossé à un certificat d'exclusivité¹¹⁰. Le choix de cette procédure a parfois été contesté par la CECOMA¹¹¹, notamment concernant un prestataire d'accompagnement et d'assistance technique « projets référents logistiques » et « système d'approvisionnement plein-vidé », qui a fait l'objet d'une procédure sans mise en concurrence et dont le marché a été attribué à l'ancien prestataire. Cependant, il ne s'agissait pas, selon elle, d'un domaine d'exclusivité puisqu'entrant dans le champ concurrentiel et que par ailleurs, d'autres fournisseurs pouvaient répondre à cette prestation.

La commission d'appel d'offres¹¹² s'est parfois interrogée sur l'utilisation de cette procédure concernant des pièces détachées et consommables d'injecteurs, fournitures captives,

¹⁰⁷ Articles R. 2122-1 à R. 2122-11 du code de la commande publique.

¹⁰⁸ Article 42 de l'ordonnance (Ord) du 23 juillet 2015 et 30 I-7 du décret (D) du 25 mars 2016, tous deux relatifs aux marchés publics, article 35-II-8 du code de la commande publique.

¹⁰⁹ Article R. 2122-3 du code de la commande publique : « *l'acheteur peut passer un marché sans publicité ni mise en concurrence préalables lorsque les travaux, fournitures ou services ne peuvent être fournis que par un opérateur économique déterminé, pour l'une des raisons suivantes : 1° (...); 2° Des raisons techniques. Tel est notamment le cas lors de l'acquisition ou de la location d'une partie minoritaire et indissociable d'un immeuble à construire assortie de travaux répondant aux besoins de l'acheteur qui ne peuvent être réalisés par un autre opérateur économique que celui en charge des travaux de réalisation de la partie principale de l'immeuble à construire ; 3° L'existence de droits d'exclusivité, notamment de droits de propriété intellectuelle. Le recours à un opérateur déterminé dans les cas mentionnés aux 2° et 3° n'est justifié que lorsqu'il n'existe aucune solution de remplacement raisonnable et que l'absence de concurrence ne résulte pas d'une restriction artificielle des caractéristiques du marché.* ».

¹¹⁰ Certificat non transmis avec l'échantillon de marchés.

¹¹¹ PV de la commission technique du 8 juillet 2016.

¹¹² PV de la commission du 28 janvier 2016.

alors que le marché initial n'avait envisagé, ni la maintenance, ni l'entretien et la fourniture de consommables. La direction s'est alors appuyée sur l'article R. 2122-4 du code de la commande publique¹¹³ qui prévoit des prestations complémentaires, pour justifier l'utilisation de cette procédure avec le fournisseur initial, ce qui est contestable.

En outre, l'usage de cette procédure ne peut justifier des délais de réponse inférieurs aux délais raisonnables couramment admis par le juge administratif (environ 11 jours), ce qui a pourtant été relevé dans plusieurs cas, notamment concernant le marché subséquent portant sur le démontage et remontage d'une salle de radiologie en 2016 qui a fait l'objet d'une consultation sollicitant une réponse en deux jours ouvrables uniquement¹¹⁴.

L'ordonnateur indique avoir récemment mis en place un contrôle plus strict des certificats d'exclusivité, ainsi que des déclarations d'intérêt des acheteurs (du CHU, comme des membres du GHT « Alliance de Gironde »). La chambre régionale des comptes rappelle que le recours abusif et non justifié à la notion d'exclusivité constitue un acte contraire aux textes ayant pour objet de garantir la liberté d'accès et l'égalité des candidats (article 432-14 du code pénal).

11.9 La progression du nombre de contentieux

L'état des contentieux en cours et achevés démontre leur faible nombre jusqu'en 2019 (treize contentieux concernant dix-sept fournisseurs), lesquels ont souvent été suivis de rejets (sept). Plus récemment, les contentieux progressent en nombre et en montant, notamment à la faveur de la compétence d'acheteur au titre du GHT « Alliance de Gironde ».

Il s'agit notamment du marché d'assurance responsabilité civile, lequel s'est achevé le 31 décembre 2019, puis prolongé jusqu'au 30 juin 2020 pour permettre la mise en œuvre d'une nouvelle procédure à l'échelle du GHT « Alliance de Gironde », après déclaration sans suite de la précédente procédure.

L'ancien prestataire du CHU qui n'a pas été retenu au titre du GHT « Alliance de Gironde » a saisi le tribunal administratif pour contester la validité de ce marché d'assurances, dont il demande l'annulation ou la résiliation. Le CHU a constitué une provision pour couvrir le risque financier des indemnités susceptibles d'être versées (1,7 M€).

¹¹³ Article R. 2122-4 du code la commande publique : « L'acheteur peut passer un marché de fournitures sans publicité ni mise en concurrence préalables ayant pour objet : 1° Des livraisons complémentaires exécutées par le fournisseur initial et qui sont destinées soit au renouvellement partiel de fournitures ou d'installations, soit à l'extension de fournitures ou d'installations existantes, lorsque le changement de fournisseur obligerait l'acheteur à acquérir des fournitures ayant des caractéristiques techniques différentes entraînant une incompatibilité ou des difficultés techniques d'utilisation et d'entretien disproportionnées. Lorsqu'un tel marché est passé par un pouvoir adjudicateur, sa durée ne peut dépasser, sauf cas dûment justifié, trois ans, périodes de reconduction comprises (...). ».

¹¹⁴ Lettre de consultation datée du jeudi 28 janvier 2016, pour une réponse attendue le mardi 2 février, assortie d'une négociation postérieure, pour laquelle la réponse est attendue le 12 février.

12 LA RÉORGANISATION DES ACHATS DANS LE CADRE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE (GHT) « ALLIANCE DE GIRONDE »

12.1 L'organisation des achats au sein du GHT « Alliance de Gironde »

12.1.1 Une organisation complexe

Le transfert de la compétence achats vers l'établissement support du GHT « Alliance de Gironde » s'est opéré le 1^{er} janvier 2018, avec comme objectif une convergence des marchés en 2020. Un règlement intérieur de la fonction achats du GHT « Alliance de Gironde » a été formalisé, permettant ce transfert de compétence des établissements membres vers le CHU.

Un comité de coordination (COSTRAT) assure le relais d'information entre les établissements. Le processus achats est organisé par filières depuis 2017, avec un plan d'actions pour standardiser les besoins, partager des bonnes pratiques et obtenir des gains grâce au regroupement des quantités. Ainsi, concernant le médicament, l'objectif est d'intégrer l'ensemble des quantités aux marchés préexistants via Uniha. D'autres objectifs sont plus difficiles à atteindre ou s'inscrivent dans une durée plus longue, notamment la réduction des commandes hors marchés pour les équipements médicaux et mise en commun des plans d'équipements de tous les établissements.

Les effectifs participant à la fonction achats sont imputés sur le budget « G ». Les effectifs ont progressé, passant de 17,88 ETP en 2018 à 22,9 ETP en 2019, puis 21,34 ETP en 2020 (y compris les personnels mis à disposition (MAD) pour un total de 5,15 ETP en 2019, et de 5,34 en 2020). Les reversements des rémunérations s'opèrent par des conventions de mise à disposition.

Au final, le total des effectifs dédiés aux achats (GHT et CHU) est identique entre 2016 et 2020 (66 ETP). Ces données d'effectifs mériteraient d'être évaluées au regard du nombre de procédures, des masses budgétaires par famille de dépenses, ainsi que des délais.

12.1.2 L'évaluation de l'organisation des achats au sein du GHT « Alliance de Gironde »

Après deux années de mise en place de la fonction achats mutualisée à l'échelle du GHT « Alliance de Gironde », les différentes directions ont souhaité procéder à une évaluation du processus achats par un prestataire externe.

Le diagnostic a fait émerger l'insatisfaction des services achats des membres vis-à-vis des sites du CHU, la volonté de réviser les filières, la documentation trop abondante et peu opérationnelle, l'inadéquation des moyens mis en place au regard des risques juridiques, l'utilisation partielle des outils « achats », et la volonté des directions membres de relever le seuil de délégation de 25 K€ à 40 K€.

Le prestataire externe a ainsi identifié des pistes permettant de faire progresser le nombre de marchés mutualisés auprès de fournisseurs communs et fait remonter les difficultés

des établissements membres, comme l'absence d'objectifs de performance communs (PAAT¹¹⁵ incomplets, pas ou peu de bilans), des consolidations des besoins encore difficiles à mener (des informations incomplètes ou des oublis nécessitant des adaptations en cours de marchés, une procédure de recueil chronophage), des procédures complexifiées comprenant des délais plus longs depuis la mise en place du GHT « Alliance de Gironde » et une intervention tardive de la CECOMA.

Par ailleurs, la présence d'outils hétérogènes en dehors de l'harmonisation des formats via l'applicatif *Marco*, est relevée comme étant un axe d'amélioration. Au-delà des applicatifs, c'est l'absence de transmission des informations portant sur les achats par famille ou catégorie homogène réalisés par chacun des membres qui est un obstacle à l'harmonisation et l'évaluation. Ainsi, en l'absence d'appréciation des montants de commandes hors marchés des établissements, il n'a pas été possible de donner suite à leur requête visant à relever le seuil de délégation. Il existe en effet une forte suspicion quant à la progression des commandes hors marchés afin de contourner les services mutualisés. À la suite de l'audit, une nouvelle gouvernance du GHT « Alliance de Gironde » simplifiée a été mise en place.

12.2 Les procédures d'achats au sein du GHT « Alliance de Gironde »

12.2.1 Le cadre juridique du transfert de compétence

La fonction achats est désormais définie par le 3° de l'article L. 6132-3 du code de la santé publique, qui dispose que « *l'établissement support assure [...] pour le compte des établissements parties au groupement [...] la fonction achats* ». Pour cette fonction, le directeur de l'établissement support exerce, par dérogation, les compétences de chef d'établissement pour les membres du GHT « Alliance de Gironde » (article L. 6143-7 du code de la santé publique). Une compétence résiduelle des pouvoirs adjudicateurs des établissements a été maintenue durant la période transitoire pour l'exécution des marchés publics notifiés avant 2018.

En l'espèce, les seuils de délégation de signature sont distincts pour les opérations de travaux et les marchés inférieurs au seuil de 25 K€ HT. A la demande des directeurs, des dérogations ont été accordées pour des opérations déterminées, sans toutefois excéder 250 K€ HT. Pour se faire, des périmètres de délégation de signature¹¹⁶ ont été consentis à des responsables de la fonction achats des établissements membres, sous couvert de conventions de mise à disposition, ce qui se révèle plutôt complexe.

12.1.3 Une mise en œuvre partielle

La convergence des marchés des établissements du GHT « Alliance de Gironde » s'est traduite par une synchronisation des dates de renouvellement des marchés et, par la suite, d'une planification coordonnée des marchés entre les membres du groupement. Cette période a parfois

¹¹⁵ PAAT : Plan d'actions achats du territoire.

¹¹⁶ Ces délégations permettent de réaliser en propre des achats jusqu'à 25 000 € HT et portant sur des procédures adaptées dont il peut déterminer librement les conditions. Depuis le 1^{er} janvier 2020, le seuil est passé à 40 000 € HT.

nécessité des adaptations, soit pour attendre les futurs marchés, soit afin de prolonger les existants par avenant/accords-cadres ou marchés subséquents, parfois irréguliers.

Selon les termes de l'article R. 6132-16 du code de la santé publique, la fonction achats mutualisée doit mettre en œuvre les missions d'« *élaboration de la politique et stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achats en exploitation et en investissement ; planification et passation des marchés ; contrôle de gestion des achats ; gestion des activités d'approvisionnement* ». À ce jour, le GHT « Alliance de Gironde » ne répond qu'à une partie de ces missions. Même si la réalisation d'un audit organisationnel en 2020 a permis des avancées, la stratégie d'achats n'est pas formalisée dans tous les domaines. Nonobstant la création d'une planification dans la passation des marchés, il n'existe pas encore de contrôle de gestion des achats et de gestion des activités d'approvisionnement.

Par ailleurs, l'harmonisation des références et le déploiement d'une nomenclature homogène, pourtant obligatoire, n'est pas mise en œuvre. Les travaux menés dans les réunions de filières permettent toutefois de procéder à une harmonisation des pratiques et notamment en matière d'hygiène hospitalière.

En outre, l'évaluation de la performance des achats dans le cadre du GHT « Alliance de Gironde » se limite à ce jour à la formalisation d'un plan qui ne retrace que les gains achats estimés, sans prendre en compte les aspects budgétaires, ni les moyens humains. Le CHU précise toutefois ne pas disposer de retours d'informations sur les quantités commandées et les gains budgétaires des établissements membres.

En revanche, la fonction mutualisée a joué un nouveau rôle face à la crise sanitaire en termes d'approvisionnement en EPI notamment, puis redistribution aux établissements membres. Par ailleurs, l'ARS Nouvelle-Aquitaine s'est appuyée sur les établissements supports des GHT « Alliance de Gironde » pour procéder, dans le cadre d'une commande portée par le CHU de Poitiers, à l'achat de respirateurs pour les établissements de la région¹¹⁷.

12.1.4 Une difficile computation des seuils sur le périmètre du GHT « Alliance de Gironde »

La mise en place de la fonction achats mutualisée avait pour objectif d'apporter une sécurité juridique accrue dans la passation des marchés publics. Cependant, il n'est pas possible à ce jour, de porter une appréciation sur l'amélioration de la sécurisation des processus. En effet, la coordination des calendriers n'a pas toujours été gage de sécurité des processus, et par souci de rapidité et/ou de simplicité, les établissements membres ont parfois fait progresser le volume de leurs commandes hors marchés.

Conformément à l'article 21 du décret n° 2016-360 du 25 mars 2016 relatif aux marchés publics, les établissements sont tenus de respecter la règle de la computation des seuils, qui exige de prendre en compte la valeur totale des fournitures ou des services considérés comme homogènes, désormais cumulée pour l'ensemble des établissements du GHT « Alliance de Gironde ». Or, en l'absence de système d'information homogène ou d'harmonisation dans les données disponibles, il n'est pas possible d'apprécier le respect de la computation des seuils à

¹¹⁷ Au total, quarante ont été attribués au CHU de Bordeaux, cinq aux postes sanitaires mobiles¹¹⁷ (PSM) et dix aux moyens zonaux.

la dimension du GHT « Alliance de Gironde ». Des évolutions sont toutefois attendues dans le cadre de l'harmonisation des applicatifs informatiques entre les établissements.

La chambre régionale des comptes recommande de développer une démarche partagée d'évaluation de la performance des achats réalisés par l'établissement support du GHT, ainsi que de la conformité des procédures au code de la commande publique, tout comme de la qualité du service rendu aux établissements membres.

Recommandation n°10 : Mettre en place les outils permettant de respecter le code de la commande publique et évaluer la performance des achats réalisés pour le compte du GHT « Alliance de Gironde ».

ANNEXES

Annexe n° 1. Glossaire	71
Annexe n° 2. La durée annuelle du temps de travail	74
Annexe n° 3. Les provisions	75
Annexe n° 4. Le brevet Hémangiol.....	81

Annexe n° 1. Glossaire

AO	Appel d'offres
AFA	Agence française anti-corruption
AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
ARM	Assistant de régulation médicale
ARS	Agence régionale de santé
AS	Aide-soignant
ASA	Autorisation spéciale d'absence
Atih	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
CAF	Capacité d'autofinancement
CDD	Contrat à durée déterminée
CDI	Contrat à durée indéterminée
CECOMA	Cellule commune des marchés du CHU
CET	Compte épargne-temps
CH	Centre hospitalier
CHSCT	Comité hygiène, sécurité et conditions de travail
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJF	Code des juridictions financières
CME	Commission médicale d'établissement
CNIS	Comité national pour l'investissement en santé
CNRS	Centre national de recherche scientifique
COM	Commission des marchés du CHU
Copermo	Comité interministériel de la performance et de la modernisation de l'offre de soins hospitaliers
COPS	Commission de la permanence des soins
Cpage	applicatif de gestion informatisée de la paie (RH) et des achats (RE)
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
DDPP	Direction départementale de la prévention et des populations
DG	Direction générale
DGA	Direction générale adjointe
DMP	Dossier médical partagé
DMS	Durée moyenne de séjour
DNA	Dotations non affectées

Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EPI	Équipement de protection individuelle
EPS	Établissement public de santé
EPRD	État prévisionnel des recettes et des dépenses
ESMS	Établissement social et médico-social
ESR	Établissement de santé de référence
ETP	Équivalent temps plein
FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
FIR	Fonds d'intervention régional
GCS	Groupement de coopération sanitaire
GH	Groupe hospitalier
GHM	Groupe homogène de malades
GHS	Groupement homogène de séjour
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
GT-MED	Applicatif de gestion informatisée du temps de travail des médecins
HCSP	Haut Conseil de la santé publique
HU	Hospitalo-universitaire
IADE	Infirmier anesthésiste diplômé d'État
IBODE	Infirmier de bloc opératoire diplômé d'État
IDE	Infirmier diplômé d'État
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
IP-DMS	Indice de performance de la durée moyenne de séjour
MAPA	Marché à procédure adaptée
MN	Marché négocié
MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
MCO	Médecine chirurgie obstétrique
MIGAC	Mission d'intérêt général et des aides à la contractualisation
PAAT	Plan d'actions achats du territoire
PES V2	Protocole d'échanges standards d'Hélios (entre le comptable et l'ordonnateur)
PCR	<i>Polymerase Chain Reaction</i> - réaction de polymérisation en chaîne
PDS	Permanence des soins

PGFP	Plan global de financement pluriannuel
PM	Personnel médical
PMCT	poids moyen du cas traité
PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
PNM	Personnel non médical
PRS	Projet régional de santé
PUI	Pharmacie à usage intérieur
QVT	Qualité de vie au travail
RSS	Résumé standardisé de séjour
RTT	Réduction du temps de travail
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDI	Schéma directeur immobilier
SHA	Solution hydro-alcoolique
SMUR	Service mobile d'urgence et de réanimation
TBFEPS	Tableau de bord des établissements publics de santé (DGFIP)
TIM	Techniciens d'information médicale
TVA	Taxe sur la valeur ajoutée
INSERM	Institut national de santé et de recherche médicale
UCAIM	Unité de coordination et d'analyse de l'information médicale
UNV	Unité neuro-vasculaire
URPS	Union régionale des professionnels de santé
USIC	Unité de soins intensifs en cardiologie
USLD	Unité de soins de longue durée

Annexe n° 2. La durée annuelle du temps de travail

Les durées annuelles du temps de travail des agents du CHU, en application de l'accord RTT¹, ne sont pas totalement conformes aux durées annuelles prévues par la réglementation.

Elles sont inférieures à celles prévues par la réglementation, et le détail par roulement est décrit infra :

- 1575 heures pour les agents en repos fixes (225 jours de 7 heures par an²), contre 1 607 heures prévues par la réglementation ;
- 1561 heures pour les agents en repos variables travaillant moins de 10 dimanches (soit 223 jours de 7 heures), contre 1 582 heures prévues par la réglementation ;
- 1547 heures pour les agents à repos variables travaillant plus de 10 dimanches par an (soit 221 jours de 7 heures), contre 1 568 heures prévues par la réglementation ;
- 1449 h pour les agents travaillant de nuit (soit 138 nuits de 10h30), contre 1 476 heures prévues par la réglementation.

Le tableau infra détaille le temps de travail théorique des agents du CHU par type de roulement et l'écart au temps de travail prévu par la réglementation. Au final, l'écart représente 296 571,41 heures travaillées, soit un équivalent théorique de 187 ETP annuels, soit 1,6 % de l'effectif des personnels non-médicaux.

Temps de travail des agents du CHU de Bordeaux comparé à la réglementation

ETP par type de roulements	ETP par roulement ³	Nombre d'heures théoriques travaillées CHU	Temps de travail réglementaire annuel	Écart en heures entre le réalisé et la réglementation	Traduction théorique En ETP
Roulements à repos fixes (personnels administratifs, médicotechniques, ouvriers, sociaux et éducatifs)	3 607,89	5 682 426,75	5 797 879,23	- 115 452,48	71,8
Roulements à repos variables avec moins de 10 dimanches travaillés (administratifs, ouvriers, soignants et médicotechniques)	3 734,94	5 830 241,3	5 908 675,1	- 78 433,7	49,58
Roulements à repos variables et travaillant plus de 10 dimanches (soignants)	3 606,6	5 578 482	5 654 208	- 75 726	48,2
Personnels de nuit	998,49	1 446 812,01	1 473 771,24	- 26 959,23	18,2
Total	11 407,92	18 537 962,06	18 834 533,57	- 296 571,41	187,78

¹ Durée annuelle opposable inscrite par le CHU au sein de son « guide de gestion du temps de travail » (mise à jour octobre 2018).

² Simulation établie par le CHU sur une base de 9 jours fériés par an.

³ Données CHU 2019.

Annexe n° 3. Les provisions

Depuis la mise en place de la certification des comptes, le CHU a entrepris des corrections des montants de provisions et modifié certaines méthodes de comptabilisation (provisions pour dépréciation des créances, comptes épargne-temps). La chambre régionale des comptes a cependant constaté une forte progression du montant total des provisions (+ 27,3 M€ entre 2016 et 2020), assortie d'une très nette progression à la clôture de l'exercice 2020 (+ 14,2 M€). Elle estime par ailleurs qu'un montant de 4,8 M€ de provisions n'est pas justifié, et 4 M€ de provisions pour litiges insuffisamment documentées par l'établissement. Le CAC indiquant avoir quant à lui apprécié la provision pour litige auprès de l'assureur de 1,8 M€ comme étant non-fondée.

En outre, la provision pour grosses réparations n'était toujours pas adossée à un plan pluriannuel conformément à la réglementation : la progression de 4,5 M€ en 2020 n'était donc pas justifiée. Au final, le montant total de provisions injustifié s'élevait à 9,3 M€ à la clôture de l'exercice 2020.

- La progression du volume des provisions

Le CHU a mené plusieurs corrections d'écritures impactant les provisions afin d'adapter les montants aux éléments de justification, conformément aux préconisations du CAC, mais aussi aux injonctions de l'ARS. De façon globale, les provisions ont progressé de 27,3 M€ entre 2016 et 2020, avec une très nette accélération entre 2019 et 2020 (+ 14,2 M€).

L'augmentation de 2020 porte essentiellement sur les provisions non réglementées qui atteignent ainsi leur niveau le plus élevé de toute la période examinée.

Détail de l'évolution des provisions entre 2016 et 2020

Comptes	2016	2017	2018	2019	2020	Écart €	Écart
142 - PROV POUR RENOUELEMENT DES IMMO.	15 227 711	14 597 361	14 810 941	20 189 086	22 479 161	7 251 450	47,6 %
1511 - PROVISIONS POUR LITIGES	25 367 772	26 283 090	16 980 129	12 388 023	18 814 695	-6 553 077	-25,8 %
1518 - AUTRES PROV POUR RISQUES	358 619	655 772	646 612	3 159 311	432 788	74 169	20,7 %
152 - PROV POUR R&C SUR EMPRUNTS	598 180	139 656	109 574	119 046	541 329	- 56 851	-9,5 %
1531 - PROV CHARGES CET PM	11 385 072	11 473 477	12 248 343	14 305 852	16 439 911	5 054 839	44,4 %
1532 - PROV CHARGES CET PNM	3 428 062	5 080 400	5 493 947	13 269 403	15 241 020	11 812 958	344,6 %
158 - AUTRES PROV POUR CHARGES	500 786	3 621 028	7 152 084	8 480 294	7 652 039	7 151 253	93,5 %
1572 - PROV POUR GROS ENTRETIEN	8 701 813	9 514 769	10 069 614	6 765 000	11 300 000	2 598 187	29,9 %
Total général	65 569 015	71 365 552	67 511 244	78 676 016	92 900 943	27 332 928	41,7 %

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine, d'après données du CHU

Le montant des provisions pour faire face aux dépréciations de comptes de redevables progresse de 2,372 M€ entre 2019 et 2020, soit une progression totale de 137 % entre 2016 et 2020. La chambre régionale des comptes s'interroge sur la justification de la faiblesse des montants de reprise.

En effet, certaines années, les dotations excèdent le montant des créances identifiées comme « contentieuses » (par exemple en 2019 : dotation de 4,7 M€ pour 4,4 M€ de créances contentieuses) et globalement le montant provisionné au 31 décembre semble toujours excéder ces dernières années le solde des créances contentieuses au 31 décembre.

Par ailleurs en théorie les reprises sur provisions devraient survenir soit lorsque la créance a été recouvrée (diminution des créances contentieuses), soit lorsque sont constatées le caractère définitivement irrécouvrable des créances (procédure d'admission en non-valeur). Le lien n'apparaît pas en l'état évident au vu des admissions en non-valeur notamment en 2020.

Les admissions en non-valeur évoluent en nombre de titres plus qu'en valeur, ce qui ne paraît pas justifier la forte augmentation de la provision pour créances irrécouvrables (4,8 M€ en 2017, 6,5 M€ en 2018, et désormais de 9 M€ en 2020), sachant que l'établissement n'a procédé par ailleurs en 2020 à aucune reprise de ladite provision. L'ordonnateur s'est depuis engagé à faire évoluer les montants de dotations et de reprises de la provision en fonction des montants de la dépréciation des créances constatés au 31 décembre de chaque exercice.

Évolution des admissions en non-valeur

Libellé	2016	2017	2018	2019	2020
Nombre de titres admis en non-valeurs	22 558	22 317	7 336	38 903	20 476
Montants des non-valeurs en K€	1 421,8	2 018,3	1 312,2	1 710	1 085

Source : Données du comptable

- La récente justification de la provision réglementée (c/142)

En 2019, l'ARS a poursuivi les travaux d'harmonisation des règles de financement des aides à l'investissement initiés depuis 2016. En conséquence, le CHU a procédé à la reconstitution historique des provisions pour renouvellement des immobilisations (PRI) associés aux six projets ciblés

La chambre régionale des comptes relève que le rythme des reprises n'est pas en lien avec les opérations financées, puisque cette provision n'a fait l'objet d'aucune reprise entre 2016 et 2018. Elle ne semble être utilisée pour la première fois qu'en 2019 pour un montant total de reprise de 2 M€ mais avec 1,9 M€ de dotations supplémentaires. En 2020, elle fait l'objet d'une reprise de 2,1 M€ et 5,6 M€ de dotations supplémentaires (gériatrie et schéma logistique).

- L'absence de justification de la provision pour risque concernant l'optimisation fiscale

Le CHU a fait appel à un prestataire externe afin de réaliser un audit fiscal et opérer un changement dans les modalités de calcul de la TVA déductible et appliquer les dispositions communes. Le CHU a ainsi constaté ses droits dans les comptes de l'exercice 2019 par l'émission de titres de recettes exceptionnelles pour un montant de 8,7 M€ pour les deux exercices 2016 et 2017. Considérant que le risque de contentieux n'était pas exclu, il avait alors constitué une provision de 2,5 M€.

La chambre régionale des comptes constate que cette démarche a eu un impact budgétaire non négligeable en améliorant le résultat net¹ de 6,2 M€ en 2019, sans toutefois que la provision ne puisse être justifiée par un risque de contentieux avec l'administration fiscale, celle-ci ayant transmis son accord (quand bien même il ne portait pas sur les exercices 2016 et 2017 dans un premier temps). Le CHU a depuis repris cette provision à la clôture de l'exercice 2020.

- Le changement de méthode à l'appui de la provision pour CET

¹ Le résultat est impacté du montant de l'optimisation fiscale (8,7 M€) déduit du montant provisionné (2,5 M€).

Le CHU a procédé à un changement de méthode d'évaluation² de la provision pour CET à la clôture de l'exercice 2018.

Évolution de la provision CET de 2016 à 2020

Libellés	31/12/2016	31/12/2017	31/12/2018	31/12/2019	Evol 16-19 en %	31/12/2020	Evol 19-20 en %
<i>Nb de jours épargnés PM</i>	25 191	25 377	27 107	27 084	+ 7,5 %	29 688	8,7 %
<i>Nb de jours épargnés PNM</i>	29 645	33 711	45 849	52 914	+ 78,4 %	58 921	62,4 %
<i>Valorisation de la provision CET PM</i>	11,4 M€	11,5 M€	14,2 M€	14,3 M€	+2,9 M€	16,4 M€	+2,1 M€
<i>Valorisation de la provision CET PNM</i>	3,4 M€	5,1 M€	11,3 M€	13,3 M€	+ 9,9 M€	15,2 M€	+1,9 M€

Source : Rapport financier du CHU 2020

Une correction en situation nette réalisée en 2019 a eu un impact budgétaire élevé, sous l'effet conjugué du changement de méthode de décompte, d'une augmentation des jours (+ 46 %) et d'une augmentation du coût moyen journalier passant à 261 € en moyenne en 2018, contre 120 € précédemment.

Le CHU évalue le nombre de jours servant de base au calcul de la provision en se référant aux années précédentes (le nombre de jours déposés en CET et jours indemnisés). Il ne s'agit donc que d'une estimation à la clôture de l'exercice.

La précédente recommandation qui suggérait à l'ordonnateur « *d'accorder une vigilance particulière aux provisions pour les comptes épargne-temps (CET) afin de garantir la couverture de ce risque qui devra être validé dans le cadre de la certification des comptes* » est totalement mise en œuvre. Toutefois, la forte progression des montants est expliquée par l'établissement essentiellement par l'augmentation du nombre de jours épargnés.

² Conformément à la fiche comptable de la DGFIP/DGOS n° 18.

- L'absence de PPE³ à l'appui de la provision pour gros entretien ou grandes révisions (c/1572)

Les montants de la provision sont stables entre 2016 et 2018, oscillant entre 8,1 M€ et 8,5 M€. La certification des comptes avait mis en évidence que les montants repris étaient faibles et que la justification de la provision ne reposait sur aucun plan pluriannuel d'entretien. De plus, les pourcentages théoriques de consommation des plans⁴ sont évalués par le CAC en moyenne à environ 20 % par an, pour une consommation d'environ 14 % au CHU entre 2016 et 2018.

En 2019, le CHU a ainsi procédé à une correction de 2,9 M€, après évaluation de la sous-exécution historique des dépenses. Il a également modifié la méthode d'estimation des engagements futurs. La fiche explicative transmise par le CHU indique que : « *la provision a été créée en 2015 par une dotation en clôture à hauteur de 3 593 000 €. Ce montant a été déterminé sur la base d'un plan de travaux sur 5 ans selon la méthode suivante : 32 €/m² sur la base d'une surface totale de 23 500 m² soit 6 unités d'hospitalisation / an. Sont ainsi prévus 393 K€ en 2016, puis 1.06 M€ par an en 2017, 2018 et 2019, ce qui conduit à un montant total de 3.593K€* ».

Pour autant, la provision 2020 a été réévaluée en passant de 5,5 M€ à 10 M€, sans l'adosser à un plan pluriannuel par immeuble permettant de justifier les montants. Or, l'instruction M21 indique⁵ que : « *Ce plan est actualisé à chaque clôture d'exercice et le montant des PGE est ajusté en conséquence par le jeu : d'une nouvelle dotation en cas de travaux supplémentaires ; d'une reprise de provision pour les montants utilisés ; d'une reprise en cas de provision devenue sans objet (...)* ».

Par ailleurs, les opérations qui justifient le montant repris au titre de l'exercice 2019 s'apparentent pour moitié à de l'entretien courant (50 % des montants ciblés concernent des travaux de peinture sur le site de la direction générale)⁶, alors que l'instruction comptable de la M21 précise que : « *s'agissant des travaux de peinture, seuls les travaux très importants (peinture des façades, traitement, nettoyage, peinture des parties communes et menuiseries) peuvent faire l'objet d'une PGE, avec un plan pluriannuel d'entretien. Les dépenses courantes de peinture ne peuvent faire l'objet d'une provision pour gros entretien* ».

³ Rappel de la règle : Gros entretiens (PGE) : charges d'exploitation très importantes ayant pour seul objet de vérifier le bon état de fonctionnement des installations et d'y apporter un entretien sans prolonger leur durée de vie au-delà de celle prévue initialement. La provision au compte C1572 est destinée à enregistrer des dépenses de gros entretien (non immobilisé par composants). La M21 en précise les conditions d'utilisation. Elle doit être justifiée par un plan pluriannuel d'entretien (par immeuble et type de travaux). En fonction de la politique d'entretien décidée par l'ordonnateur, la PGE correspondra aux dépenses de gros entretien des 5 prochaines années au minimum, inscrites au plan établi dans les conditions précitées. La M21 précise aussi une liste indicative non exhaustive des dépenses éligibles. Les PGE doivent être justifiées par un plan pluriannuel d'entretien. Le montant des PGE correspond au montant des travaux identifiés dans ce plan, établi par immeuble ou groupes d'immeubles et par catégorie de travaux. En fonction de la politique d'entretien décidée par l'ordonnateur, le montant des PGE correspondra aux dépenses de gros entretien des 5 prochaines années au minimum, inscrites au plan établi dans les conditions précitées.

⁴ Référence utilisée par le CAC.

⁵ https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/m21_tome1_2019.doc.pdf

⁶ Calcul CRC sur exploitation de la liste des travaux.

- Une forte progression de la provision pour litiges insuffisamment documentée

La progression des dotations pour provisions pour litiges évolue de manière importante sur la période examinée, comprenant une forte diminution de la provision pour contentieux en matière de personnel non-médical (- 3,7 M€), mais une progression de 6,4 M€ entre 2019 et 2020, justifiée par quatre litiges, pour lesquels les documents transmis par le CHU ne permettent pas toujours de justifier les montants importants provisionnés (litige avec l'assureur et un litige portant sur un brevet dans le domaine de la recherche clinique).

- Des provisions injustifiées

La chambre régionale des comptes estime que des dotations d'un montant total de 4,4 M€ n'étaient pas justifiées à la clôture de l'exercice 2020.

Il s'agit d'une provision pour charges en 2019 au titre des indemnités de fin de contrat (IFC) qui s'appuie sur la décision n° 409251 du Conseil d'État du 22 février 2018⁷. Cette provision doit être distinguée de celle constituée au titre de l'allocation d'aide au retour à l'emploi (ARE), pour un montant de 2,9 M€, quant à elle justifiée. Toutefois, des précisions⁸ concernant la provision IFC ont été apportées indiquant qu'elle n'est recevable que dans le cas où le licenciement ou le non renouvellement du contrat n'aurait pas été prononcé avant la date de la clôture et les intéressés non-informés. Or, en l'espèce, cette provision a pu être constituée afin de faire face au versement rétroactif en 2019, des montants d'IFC dus sur la période 2015-2019, sans toutefois justifier son maintien au-delà de 2020. Cette provision pour charges (505 K€) n'est ainsi plus justifiée, et les indemnités doivent désormais être comptabilisées en charges rattachées.

Le montant de la provision pour démolition de 3,8 M€ n'était par ailleurs pas justifié sur la période examinée, et n'a fait l'objet d'aucune reprise. L'ordonnateur confirme cette analyse et précise qu'elle trouve désormais sa justification aux termes du dossier en cours d'instruction par le comité Cnis.

⁷<http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/conseil-detat-22-fevrier-2018-n-409251-personnel-praticien-contractuel-praticien-hospitalier-emploi-similaire-candidature-refus-refus-de-cdi-indemnite-de-fin-de-contrat-exclusion>.

⁸ Les situations suivantes doivent être distinguées : 1. Le licenciement a été décidé par les organes compétents et les personnes intéressées en ont été informées avant la clôture de l'exercice mais n'est pas encore prononcé à cette date : une provision doit être constituée pour le montant des indemnités à verser. En effet, il existe une obligation de l'établissement à l'égard de la ou des personnes dont le licenciement a été annoncé, sans contrepartie et dont l'échéance n'est pas connue. L'annonce du licenciement peut intervenir au moyen de la lettre de convocation du salarié à l'entretien préalable. 2. Le licenciement a été prononcé avant la clôture de l'exercice, l'indemnité constitue une charge de l'exercice (comptabilisation aux comptes 64116,64136, 64156 selon la catégorie de personnel). Elle doit être comptabilisée comme charge à payer de l'exercice même si l'indemnité n'est versée qu'au cours de l'exercice suivant. Par conséquent, dès lors qu'un licenciement a été notifié avant la clôture de l'exercice et que l'échéance et le montant de l'indemnité de licenciement sont connus, cette indemnité de licenciement ne doit pas donner lieu à provision. Elle donne lieu à comptabilisation d'une charge à payer sur l'exercice concerné. Dans le cas où le licenciement a été prononcé avant la clôture de l'exercice alors que le montant exact de l'indemnité de licenciement n'est pas connu avec certitude, celle-ci pourra donner lieu à provision pour risque (compte 1518).

Annexe n° 4. Le brevet Hémangioliol

Le rappel historique

Des personnels de l'université et du CHU ont réalisé des travaux de recherche sur un projet intitulé « traitement de l'hémangiome capillaire infantile par le bêtabloquant propranolol¹ ». Ce projet a fait l'objet d'une déclaration d'invention par les quatre co-inventeurs le 10 septembre 2007.

L'invention ayant en partie été développée par un inventeur PU-PH et trois praticiens du CHU, celui-ci s'est vu céder 50 % de la propriété, aux termes d'un règlement de copropriété en date du 14 avril 2009. Une licence d'exploitation exclusive des brevets et du savoir-faire a été signée avec le laboratoire Fabre le 17 juillet 2011.

La gestion de la valorisation des brevets a été confiée au service Aquitaine Valo². Depuis l'absorption « d'Aquitaine Valo », selon les termes d'une convention de 2012, actualisée en 2016, la gestion est désormais assurée par la SATT Aquitaine Science Transfert³.

La répartition des revenus d'exploitation

La répartition des revenus d'exploitation est décrite au sein du règlement de copropriété et déclinée ainsi :

- l'université verse quinze pour cent (15 %), correspondant aux frais de valorisation, à l'université de Bordeaux pour le service de la SATT ;
- l'université déduit, les frais de propriété intellectuelle, supportés par l'université et le CHU à concurrence de leur quote-part de copropriété ; sur cette somme l'université consacre :
 - 50 % à l'intéressement des inventeurs, à concurrence de leurs quotes-parts d'inventivité ;
 - 50 % à parts égales entre les copropriétaires l'université et le CHU (sur lesquels sont prélevés 15 % à chacun pour rémunérer la SATT, soit un solde de 35 % pour chaque copropriétaire).

¹ Le propranolol est un médicament faisant partie de la classe des bêta-bloquants non sélectifs. C'est un médicament sympatholytique, c'est-à-dire qu'il inhibe le système sympathique. Les sympatholytiques sont utilisés dans le traitement de l'hypertension, l'anxiété et les attaques de panique.

² Service interne de l'université créé par vote en conseil d'administration de l'université de Bordeaux du 6 novembre 2007 dont la mission principale est de gérer la valorisation des résultats de la recherche des établissements membres fondateurs de l'université de Bordeaux, et notamment gérer la propriété intellectuelle, assurer le maintien des titres de propriété intellectuelle par tous- moyens, la rédaction, la négociation des contrats liés à leur exploitation.

³ Il existe 13 SATT sur le territoire français métropolitain. Il s'agit d'une société d'accélération du transfert de technologies, dont la mission première est de protéger et valoriser les inventions issues des travaux des chercheurs publics néo-aquitains, accélérer le processus de valorisation socio-économique des inventions, depuis la déclaration d'invention des chercheurs jusqu'au transfert de la technologie, du produit, du procédé, du service, du logiciel à une entreprise. Créée en juillet 2012 dans le cadre du programme national des investissements d'avenir, la SATT Aquitaine science transfert valorise aujourd'hui un territoire d'excellence en matière de recherche et d'innovations comprenant 5 500 chercheurs, 3 100 doctorants, 145 laboratoires, 18 plateformes de technologies et 24 cellules de transfert. Aquitaine science transfert gère un portefeuille de plus de 275 familles de titres de propriété intellectuelle et plus de 670 contrats de recherche partenariale par an.

Il est ainsi prévu que l'université reversera 25 % de sa quote-part de revenus d'exploitation au laboratoire unité INSERM U876 (transfert de gènes à visée thérapeutiques dans les cellules souches) et que le CHU reversera 25 % de sa quote-part de revenus d'exploitation à l'UG de recherche du pôle de Pédiatrie⁴.

Conformément aux dispositions de l'article R. 611-11-14, II, al 2 du code de la propriété intellectuelle, la prime due à chaque agent auteur d'une invention correspond, charges comprises, à 50 % de la base définie par l'article R. 611-11, II, al. 1 du code précité, dans la limite du montant du traitement brut annuel soumis à retenue pour pension correspondant au deuxième chevron du groupe hors échelle D, soit en 2017 : 67 843,03 euros. Au-delà de ce seuil (ci-après « le Seuil »), le montant de la prime d'intéressement est ramené à 25 % de la base définie par l'article R. 611-11, II, al. 1 du code précité.

Conformément aux dispositions réglementaires, les montants perçus au titre de l'accord de licence avec Pierre Fabre Dermatologie pour l'exploitation du brevet étant systématiquement supérieurs aux seuils depuis 2017, les 25 %, correspondant au reliquat des redevances, ne sont pas affectés à l'intéressement des inventeurs mais viennent abonder la quote-part des revenus attribués aux copropriétaires.

Ainsi, la réalité de la répartition des revenus d'exploitation, qui est au-delà du barème prévu par la réglementation, se décline comme suit :

1. Part « inventeurs » au titre de leur intéressement (25 % des revenus d'exploitation, dont) :

- 30 % de la part « Inventeurs » pour M. (soit 7,5 % des revenus);
- 25 % de la part « Inventeurs » pour M. (soit 6,25 % des revenus) ;
- 20 % de la part « Inventeurs » pour M. (soit 5 % des revenus) ;
- 25 % de la part « Inventeurs » pour M. (soit 6,25 % des revenus).

2. Part « Établissements » (soit 75 % des revenus d'exploitation) :

- 20 % de la part « Établissements » sont affectés à la SATT AST (soit 15 % des revenus)
- 16,66 % de la part « Établissements » sont affectés aux laboratoires/services concernés (soit 12,5 % des revenus), augmentés d'une soulte additionnelle dans la limite de 300 000 € par an ;
- 63,33 % de la part « Établissements » restent affectés aux établissements eux-mêmes (soit 47,5 % des revenus), diminués de la soulte dans la limite de 300 000 euros par an, supportée à parts égales entre le CHU de Bordeaux et l'université de Bordeaux:

- l'université perçoit : 50 % de la part établissements (soit 23,75 % des revenus) diminuée de sa part de la soulte versée aux projets développés par les laboratoires et services concernés, soit 150 000 euros additionnels

- le CHU reçoit : 50 % de la part établissements (soit 23,75 % des revenus d'exploitation) diminuée de sa part de la soulte versée aux projets développés par les laboratoires et services concernés, soit 150 000 euros additionnels.

C'est Aquitaine Science Transfert qui perçoit annuellement les *royalties* qu'elle répartit entre les copropriétaires. Puis, les montants concernant les co-inventeurs sont attribués à l'entité

⁴ Ci-après désignés « Laboratoires »

juridique chargée du mandatement de la paie des intéressés, à savoir, l'Université concernant les deux PU-PH, et le CHU concernant les deux PH. La SATT précise par ailleurs qu'elle ne procède à la répartition qu'après l'approbation formelle par les deux entités. La convention précise que la SATT dégage sa responsabilité dans cette répartition et que le CHU en accepte expressément le principe (article 2.4).

Répartition des redevances suivants les acteurs de 2016 à 2020

Année	Redevances PDF	Solde à répartir après apurement des frais de propriété intellectuelle (a)	Part inventeurs (b)	SATT (gestion 15 % de a) (c)	Part établissement (=a-b-c)/2	
					CHU	Universités
2015	634 842,00 €	114 962,92 €	57 481,45 €	17 244,45 €	20 118,51 €	20 118,51 €
2016	1 053 915,47 €	996 939,69 €	384 920,99 €	149 540,95 €	231 238,87 €	231 238,87 €
2017	1 053 915,47 €	1 147 797,93 €	424 268,76 €	172 169,69 €	275 679,74 €	275 679,74 €
2018	1 294 755,07 €	1 250 859,67 €	450 596,52 €	187 628,95 €	306 317,10 €	306 317,10 €
2019	1 453 020,24 €	1 400 227,10 €	487 938,37 €	210 034,07 €	351 127,33 €	351 127,33 €

Source : CRC NA d'après courriers d'Aquitaine Sciences Transfert (nouvellement SATT)

Les établissements ont convenu dès le départ que les revenus ainsi générés peuvent être pour partie reversés aux services/unités de recherche, dans la limite de 150 000 € additionnels par laboratoire. Le laboratoire du CHU a ainsi perçu 540 K€ sur les cinq derniers exercices. Le CHU en revanche, une fois l'ensemble des montants déduits, a perçu 645 K€ sur la même période. Le détail des montants réellement perçus par le CHU sont détaillés infra.

Calcul des montants perçus par le CHU

<i>Libellé</i>	Part établissement reçue de la SATT (a)	Part Laboratoires reversée (b)	Part établissement final (=a-b)
2015	17 244,45 €	5 030,00 €	15 088,88 €
2016	149 540,94 €	100 391,00 €	130 878,33 €
2017	172 169,69 €	125 031,00 €	150 648,48 €
2018	187 628,95 €	142 142,00 €	164 175,33€
2019	210 034,07 €	167 348,00 €	183 779,81€
<i>Total</i>	736 618,10 €	539 942 €	644 570,83 €

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine

Enfin, les montants perçus par les inventeurs déclinés infra démontrent la même progression entre 2015 et 2019. Cela représente 451 K€ concernant l'inventeur qui conteste les montants perçus.

Répartition par la SATT des revenus d'exploitation entre co-inventeurs

<i>Salaires versés par la SATT</i>	2015	2016	2017	2018	2019	Total/praticien
x.	17 244,44	108 691,89	120 414,66	128 284,88	139 487,43	514 123,30
y.	14 370,36	96 230,25	106 067,19	112 649,13	121 984,59	451 301,52
z.	11 496,29	83 768,50	91 719,72	97 013,38	104 481,76	388 479,65
w.	14 370,36	96 230,25	106 067,19	112 649,13	121 984,59	451 301,52
<i>Totaux</i>	57 481,45	384 920,89	424 268,76	450 596,52	487 938,37	/

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine d'après les courriers de la SATT

Le calcul de la rémunération complémentaire dites « royalties » des inventeurs

L'article L. 611.7 du code de la propriété intellectuelle⁵ indique qu'une invention faite dans le cadre de sa mission appartient à l'employeur et que le salarié bénéficie d'une rémunération

⁵ Article L. 611.7 du code de la propriété intellectuelle : « Si l'inventeur est un salarié, le droit au titre de propriété industrielle, à défaut de stipulation contractuelle plus favorable au salarié, est défini selon les dispositions ci-après :

1. Les inventions faites par le salarié dans l'exécution soit d'un contrat de travail comportant une mission inventive qui correspond à ses fonctions effectives, soit d'études et de recherches qui lui sont explicitement confiées, appartiennent à l'employeur. L'employeur informe le salarié auteur d'une telle invention lorsque cette dernière fait l'objet du dépôt d'une demande de titre de propriété industrielle et lors de la délivrance, le cas échéant, de ce titre. Les conditions dans lesquelles le salarié, auteur d'une invention appartenant à l'employeur, bénéficie d'une rémunération supplémentaire sont déterminées par les conventions collectives, les accords d'entreprise et les contrats individuels de travail. [...] ».

supplémentaire déterminée par les conventions collectives, accords d'entreprise ou contrats de travail.

Le code de la propriété intellectuelle prévoit donc une rétribution de l'inventeur salarié pour deux catégories d'inventions. En l'espèce, il s'agit d'une invention de mission qui prévoit que le salarié inventeur bénéficie d'une rémunération supplémentaire. Le versement de cette rémunération supplémentaire doit faire l'objet d'une mention précise figurant sur la fiche de paie.

Le régime et calcul de rémunération pour des co-inventeurs sont prévus par l'article R. 611-14-1 du code de la propriété intellectuelle⁶, lequel précise que seuls les PU-PH peuvent prétendre à une rémunération complémentaire. Or, en l'espèce, le CHU et l'université ont souhaité rémunérer à parts égales les quatre co-inventeurs et l'ont inscrit dans le règlement de copropriété (cf. article 4.4), dont le praticien qui à ce jour conteste les montants.

En l'espèce, la rémunération supplémentaire est constituée par «une prime d'intéressement» calculée sur la base des produits perçus chaque année au titre de l'invention, après déduction des frais directs supportés par celle-ci. Il est ensuite appliqué à ce montant un coefficient en fonction du degré de contribution du salarié à l'invention.

Le conflit qui oppose un inventeur à son employeur, le CHU

L'un des inventeurs s'est tourné vers son employeur, le CHU, afin de comprendre l'écart entre les sommes versées par la SATT à destination des inventeurs et les sommes inscrites sur les fiches de paies.

Écart de versement entre la répartition de la SATT et le versement de la rémunération supplémentaire du CHU

Libellé	2015	2016	2017	2018	Total
Salaires versés par la SATT	43 111,09	288 690,64	318 201,57	337 947,39	987 950,69
x	17 244,44	108 691,89	120 414,66	128 284,88	374 635,87
y	14 370,36	96 230,25	106 067,19	112 649,13	329 316,93
z	11 496,29	83 768,50	91 719,72	97 013,38	283 997,89
Salaires reversés par le CHU	28 731,01	188 327,99	211 425,00	224 460,00	652 944,00
x	11 492,41	70 905,44	80 007,99	85 205,05	247 610,89

⁶ I.-Pour les fonctionnaires ou agents publics de l'État et de ses établissements publics relevant des catégories définies dans l'annexe au présent article et qui sont les auteurs d'une invention mentionnée au 1 de l'article **R. 611-12**, la rémunération supplémentaire prévue par l'article **L. 611-7** est constituée par une prime d'intéressement aux produits tirés de l'invention par la personne publique qui en est bénéficiaire et par une prime au brevet d'invention.

II.-La prime d'intéressement est calculée, pour chaque invention, sur une base constituée du produit hors taxes des revenus perçus chaque année au titre de l'invention par la personne publique, après déduction de la totalité des frais directs supportés par celle-ci pour l'année en cours ainsi que des frais directs supportés les années antérieures n'ayant pas fait l'objet de déduction faute de revenus suffisants, et affectée du coefficient représentant la contribution à l'invention de l'agent concerné. La prime au brevet d'invention n'est pas prise en compte dans les frais directs.

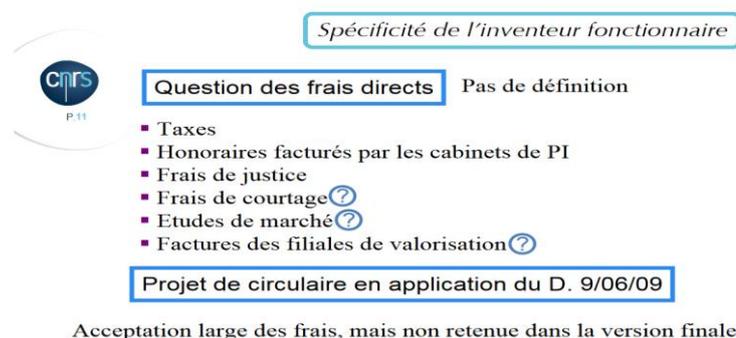
La prime due à chaque agent auteur d'une invention correspond, charges comprises, à 50 % de la base définie ci-dessus, dans la limite du montant du traitement brut annuel soumis à retenue pour pension correspondant au deuxième chevron du groupe hors échelle D, et, au-delà de ce montant, à 25 % de cette base.

La prime d'intéressement est versée annuellement et peut faire l'objet d'avances en cours d'année.

Libellé	2015	2016	2017	2018	Total
y	9 577,00	62 776,00	70 475,00	74 820,00	217 648,00
z	7 661,60	54 646,55	60 942,01	64 434,95	187 685,11
Écart versement SATT / CHU	14 380,08	100 362,65	106 776,57	113 487,39	335 006,69
x.	5 752,03	37 786,45	40 406,67	43 079,83	127 024,98
y.	4 793,36	33 454,25	35 592,19	37 829,13	111 668,93
z.	3 834,69	29 121,95	30 777,71	32 578,43	96 312,78

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine

Il s'avère que le CHU retranche des sommes réparties entre co-inventeurs par la SATT, les cotisations patronales. Le CHU a formalisé sa position par le biais de décisions annuelles du DG (n° 2017/0043/FIN de juillet 2017, n° 2017/0060/FIN de septembre 2017, n° 2018/0029/FIN de juillet 2018, n° 2019/037/FIN de juillet 2019 et n° 2020/033/FIN d'août 2020) dont l'article 2 dispose que « le montant revenant aux inventeurs, versé par Aquitaine Sciences Transfert, inclut le montant brut et les cotisations patronales ». Le CHU appuie sa position sur le fait que les revenus d'exploitation perçus par les copropriétaires sont répartis après déduction de la totalité des frais directs. Or, la seule définition des frais directs en matière d'invention auquel a pu se référer l'équipe d'instruction, est celle établie par le Cnrs (infra), qui ne comprend pas les charges patronales.



Source : CNRS « inventions et fonction publique – LES – 26 janvier 2010

Par ailleurs, la réglementation qui prévoit les cotisations sociales (salariales et patronales) est contenue à l'article L. 241-8 du code de la sécurité sociale concernant les charges patronales et à l'article L. 242-1⁷ du code de la sécurité sociale au titre des charges salariales. Le premier dispose que « *La contribution de l'employeur reste exclusivement à sa charge. Toute convention contraire étant nulle de plein droit* ». La jurisprudence en la matière est constante⁸.

⁷ La contribution du salarié est précomptée sur la rémunération ou gain de l'assuré lors de chaque paye. Le salarié ne peut s'opposer au prélèvement de cette contribution. Le paiement de la rémunération effectué sous déduction de la retenue de la contribution du salarié vaut acquit de cette contribution à l'égard du salarié de la part de l'employeur.

⁸ La Cour de cassation est en charge de vérifier que le mode de calcul de la rémunération variable n'est pas de nature à faire peser sur le salarié une partie de la charge des cotisations sociales qui ne lui reviendrait pas. En ce sens, une rémunération variable calculée proportionnellement à la marge brute résultant de l'activité du salarié, « et après déduction de différentes

La définition même des cotisations sociales expose donc clairement qu'elles correspondent aux taxes et impôts assis sur le salaire. Une partie des charges sociales est financée par le salarié, on parle de cotisations salariales, et l'autre partie est financée par l'employeur, on parle de cotisations patronales ou charges patronales. Ces dernières sont donc des charges propres à l'employeur qui ne doivent pas être supportées par le salarié. De plus, faire figurer une telle stipulation dans une convention ne lui conférerait aucune valeur juridique car comme exposé ci-avant « toute convention contraire est nulle de plein droit ».

Par courrier AR du 10 octobre 2019, le pôle régional d'expertise juridique de l'URSSAF Aquitaine a confirmé le caractère effectivement irrégulier de cette pratique. « *Votre demande concernait le régime social des redevances perçues par un médecin employé au sein de votre structure, dans le cadre d'un dépôt de brevet. L'invention a été réalisée dans le cadre de l'activité médicale hospitalière du médecin ; [...] Si l'employeur est propriétaire de l'invention, les sommes acquises sont des rémunérations au sens de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale, car l'activité qui les génère est indissociable des occupations professionnelles des salariés (Cass. soc., 28 janvier 1999, n° 97-14.714). Dans un tel cadre, ces sommes sont soumises à l'ensemble des cotisations et contributions sociales du régime général en application de l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale.* ». Cette analyse est également corroborée par un courriel du 24 décembre 2019 du responsable du Contrôle de l'Urssaf Aquitaine adressé au CHU de Bordeaux, bien que celui-ci en fasse une lecture différente.

Par ailleurs, l'IRCANTEC (groupe caisse des dépôts) a également avisé le CHU fin 2019 que ces primes d'intéressement du brevet Hémangiolo n'étaient pas assujetties aux cotisations retraite de ce régime. Le CHU a depuis fait savoir qu'il avait procédé à la rétrocession à l'intéressé des montants prélevés au titre de l'IRCANTEC.

En faisant peser le coût des cotisations patronales aux co-inventeurs, le CHU semble aller à l'encontre de l'article L. 241-8 du code de la sécurité sociale et de la jurisprudence constante en matière de cotisations sociales, ce que conteste l'ordonnateur dans sa réponse aux observations provisoires.

Un litige porté devant les juridictions

Une procédure amiable a été portée par le praticien devant le tribunal administratif le 16 septembre 2019. Cependant, par ordonnance en date du 29 décembre 2020, la juridiction administrative s'est déclarée incompétente⁹.

charges » n'aboutit pas, selon elle, « à faire supporter par le salarié les cotisations sociales dues par l'employeur » [Cass., Soc., 27 janvier 2021, n° 18-21391] De la même façon, le fait qu'un contrat prévoit le versement d'une « commission de 20 % » sur la marge « nette », à savoir la « marge brute » après déduction de « tous les frais de voiture, téléphone, restaurant, péage exposés par le salarié, un forfait au titre des charges sociales », ne revient pas à faire peser sur le salarié « les cotisations patronales de sécurité sociale » [Cass., Soc., 27 janvier 2021, n° 17-31.046].

⁹ Au profit des juridictions civiles en application de l'article L. 615-17 du code de la propriété intellectuelle. Il était alors clairement établi que le différend qui oppose le co-inventeur au CHU de Bordeaux a trait aux modalités de versement d'une rémunération supplémentaire due à un fonctionnaire ou un agent public, en contrepartie de l'exploitation d'un brevet d'invention créé dans le cadre de son activité professionnelle par l'établissement public ou celui-ci est employé, en application des articles L. 611-7 et R. 611-14-1 du code de la propriété intellectuelle, qui ne relève pas des juridictions administratives.

Celui-ci a récemment saisi la juridiction pénale. Une citation à comparaître devant le tribunal correctionnel de Bordeaux le 19 mars 2021 à l'encontre du CHU a donné lieu à une première audience le 20 mai 2021 sur deux infractions visées (détournement de fonds publics par un agent public, et fraude aux cotisations sociales). Le jugement en première instance en date du 14 mars 2022 a confirmé que le litige était de nature sociale et non pénale et la déclare abusive. Il condamne le praticien au versement d'une somme au titre des dommages et intérêts au directeur général du CHU mis en cause. Ce dernier n'a pas fait appel du jugement.

Enfin, en cas de contentieux, il est possible de saisir la commission de conciliation (la commission nationale des inventions de salariés, CNIS)¹⁰ siégeant auprès de l'INPI (art. L. 615.21), ce auquel a procédé le CHU le 9 février 2021, l'inventeur ayant désormais porté l'affaire devant la juridiction pénale. La procédure devant la CNIS est en cours d'instruction.

Le coût d'une éventuelle régularisation

Dans l'attente du résultat du contentieux ou de la réponse de la commission nationale des inventions de salariés (CNIS) saisie par le CHU, la chambre régionale des comptes évalue le coût d'une éventuelle régularisation à 448 K€ (cf. détail infra), somme qui fait actuellement l'objet d'une provision pour litige.

¹⁰ La Commission est présidée par un magistrat, assisté de deux représentants, l'un pour les employeurs et l'autre pour les salariés. La procédure est dite "contradictoire", c'est-à-dire que tout document remis à la CNIS par une des parties est obligatoirement communiqué à l'autre partie. La CNIS, dès qu'elle a été saisie, doit impérativement se prononcer dans les 6 mois : si la CNIS parvient à concilier les deux parties : elle dresse un procès-verbal qui constate leur accord ; si la CNIS ne parvient pas à concilier les parties : elle rédige une "proposition de conciliation" qui est adressée aux parties. La proposition vaut accord entre les parties, sauf si l'une d'entre elles saisit le Tribunal de grande instance de Paris afin de lui soumettre le litige. Ses décisions sont des propositions de conciliation ; leur application devient obligatoire si elles ne sont pas contestées devant le tribunal. La procédure de saisie de la CNIS est à la fois rapide et confidentielle.

Le coût de la régularisation

<i>Libellé</i>	2015	2016	2017	2018	Total
<i>Scénario du coût avec cotisations patronales assises sur le salaire brut réparti par la SATT</i>					
<i>Salaires bruts versés par la SATT (a)</i>	43 111,09	288 690,64	318 201,57	337 947,39	987 950,69
<i>Dr</i>	17 244,44	108 691,89	120 414,66	128 284,88	374 635,87
<i>Dr</i>	14 370,36	96 230,25	106 067,19	112 649,13	329 316,93
<i>Pr</i>	11 496,29	83 768,50	91 719,72	97 013,38	283 997,89
<i>Tx des cotisations patronales (b)</i>	33,36 %	34,76 %	33,56 %	33,58 %	
<i>Cotisations patronales (a x b)</i>	14 381,86	100 348,87	106 788,45	113 482,73	335 001,91
<i>Coût employeur à payer (c)</i>	57 492,95	389 039,51	424 990,02	451 430,12	1 322 952,60
<i>Scénario du coût avec cotisations patronales assises sur le salaire versé par le CHU</i>					
<i>Salaires bruts reversés par le CHU (d)</i>	28 731,01	188 327,99	211 425,00	224 460,00	652 944,00
<i>Dr</i>	11 492,41	70 905,44	80 007,99	85 205,05	247 610,89
<i>Dr</i>	9 577,00	62 776,00	70 475,00	74 820,00	217 648,00
<i>Pr</i>	7 661,60	54 646,55	60 942,01	64 434,95	187 685,11
<i>Cotisations patronales acquittées par le CHU €</i>	9583,48	65 471,84	70 946,34	75 376,76	221 378,42
<i>Coût employeur payé (f)</i>	38 314,49	253 799,83	282 371,34	299 836,76	874 322,42
<i>Écart coût employeur (c-f)</i>	19 178,46	135 239,68	142 618,68	151 593,36	448 630,18
<i>Part établissement final calculé (cf. tableau précédent)</i>	15 088,51	130 847,87	150 648,74	164 175,10	460 760,22
<i>Part établissement après coût des cotisations patronales</i>	-4 089,95	-4 391,81	8 030,06	12 581,74	12 130,04

Source : CRC Nouvelle-Aquitaine



Les publications de la chambre régionale des comptes
Nouvelle-Aquitaine
sont disponibles sur le site :

www.ccomptes.fr/fr/crc-nouvelle-aquitaine

Chambre régionale des comptes Nouvelle-Aquitaine

3 place des Grands-Hommes

CS 30059

33064 Bordeaux Cedex

nouvelleaquitaine@crtc.ccomptes.fr