



Le Président

Nantes, le 27 avril 2015

**Référence à rappeler : GD150936KJF
2015-211**

Monsieur le Directeur,

Je vous ai adressé par lettre du 16 mars 2015 le rapport d'observations définitives concernant la gestion de votre établissement pour les années 2009 et suivantes, que la chambre a arrêté après contradiction dans sa séance du 10 mars 2015.

Ce rapport a également été adressé à vos prédécesseurs, MM. MORICE et CAILLAT, pour ce qui les concerne, ainsi qu'à M. BECHU, Président du conseil de surveillance de cet établissement.

Aucune réponse n'étant parvenue à la chambre à l'issue du délai d'un mois qui était imparti, la procédure est désormais close et vous trouverez ci-joint le rapport, qui est également transmis au président du conseil de surveillance de votre établissement.

Ainsi que je l'indique à ce dernier, ce rapport doit être communiqué au conseil de surveillance dès sa plus proche réunion, en application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières. Il doit être inscrit à son ordre du jour, être annexé à la convocation adressée à chacun des membres du conseil et donner lieu à un débat.

A compter de la date de cette réunion, que je demande au président du conseil de surveillance de me faire connaître, la communication du rapport à toute personne en faisant la demande est de droit. J'en transmets par ailleurs une copie au représentant de l'Etat dans le département, au Directeur départemental des finances publiques et à la Directrice Générale de l'Agence régionale de Santé.

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

François MONTI

Monsieur Yann BUBIEN
Directeur général du Centre Hospitalier Universitaire d'Angers
4, rue Larrey
49933 ANGERS CEDEX 9

Nantes, le 16 mars 2015

Référence à rappeler – 2015-109

**Observations définitives concernant la gestion du
centre hospitalier universitaire d'Angers**

Années 2009 et suivantes

Principales observations du rapport

Le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers est le premier acteur dans la prise en charge des patients sur son territoire, même s'il reste confronté à la concurrence de nombreux établissements publics comme privés. Il est le 2^{ème} établissement de la région des Pays de la Loire et occupe le 27^{ème} rang en nombre de séjours au plan national et le 21^{ème} rang en valorisation T2A¹ (tarification à l'activité) des séjours.

En progression continue depuis 2009, son activité s'est largement redéfinie au plan qualitatif par une augmentation du nombre de patients âgés et des prises en charge en ambulatoire, notamment en chirurgie, ainsi que par la progression de l'activité en cancérologie (chirurgie et nombre de séances). Toutefois, l'augmentation de l'activité des urgences témoigne d'une relative faiblesse de la prise en charge de la permanence des soins par la médecine de ville.

En matière de personnels, qu'ils soient médicaux ou non médicaux, le taux de progression des effectifs est sensiblement plus élevé que celui des séjours en hospitalisation complète et partielle, à l'exception des urgences. Par ailleurs, le CHU, comme la plupart des hôpitaux publics, subit la pénurie de praticiens dans certaines disciplines médicales (notamment anesthésie-réanimation), ce qui l'oblige à des surcoûts liés à l'intérim médical.

Au budget principal, les charges de personnel, qui représentent 64 % des dépenses totales, progressent de plus de 15 % entre 2009 et 2013.

¹ La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007.

Dans le même temps, les produits provenant de l'assurance maladie, qui représentent 77 % du total des produits, n'augmentent que de 9,3 %. La progression des produits d'activité traduit l'effort du CHU d'Angers pour développer son attractivité dans un environnement fortement concurrencé par les cliniques privées. Cependant, l'augmentation des recettes en résultant n'est pas suffisante compte tenu de la limitation de la tarification des actes, dans un contexte d'augmentation continue des charges structurelles à capacités constantes. Cette évolution différenciée conduit fin 2013 à un fragile équilibre budgétaire au regard de la masse financière de cet établissement avec une tendance à la contraction. Sans modification des capacités installées, l'établissement sera conduit à reconsidérer les moyens mis en œuvre au regard de chaque type d'activité.

En effet, même si sa capacité d'autofinancement est suffisante pour assurer le renouvellement de ses investissements courants, le CHU d'Angers présente fin 2013 une dégradation de sa marge brute. Cette tendance, si elle se confirmait, risque de limiter la capacité de l'établissement à développer de nouveaux projets d'investissement au-delà du renouvellement courant des équipements.

Il est à noter cependant un pilotage particulièrement serré en matière financière avec deux orientations majeures : l'optimisation du niveau de la trésorerie afin de limiter l'endettement, et les procédures budgétaires et comptables liées à la certification des comptes de 2014. Les principaux ratios d'équilibre financier au bilan comptable ne présentent, fin 2013, pas de signes de dégradation au regard des résultats observés pour la médiane des hôpitaux de même catégorie.

Le CHU d'Angers fait partie du premier contingent d'hôpitaux qui se sont engagés pour la certification de leurs comptes à compter de l'année 2014. Il s'est engagé dans cette voie dès 2012, en organisant une revue complète de la présentation de ses comptes. Une phase de diagnostic a été initiée avec l'aide de deux cabinets d'audit externe, et un contrôleur interne a été recruté. Le management des opérations a été coordonné par la direction des finances, en lien avec toutes les directions concernées, et a conduit à des plans d'actions par processus.

De plus, le pilotage et l'organisation interne de la fonction achat, comme celle de son système d'information devraient répondre aux impératifs de la certification de ses comptes. Néanmoins, des progrès restent à accomplir dans la chaîne de facturation, ce dont l'hôpital a pris conscience. Les difficultés ont été recensées, et des propositions de solutions ont été avancées. L'ensemble des améliorations mises en œuvre est de nature à permettre une bonne préparation en vue de la certification, même si le volume des restes à recouvrer, comme celui des titres de recettes annulés et réémis, reste encore d'un niveau important compte tenu du caractère récent des nouvelles dispositions en matière d'admission/facturation.

Recommandations

- 1- Redéfinir les capacités et moyens en offre de soins en adéquation à l'évolution constatée des modes de prise en charge.
- 2- Modifier le guide de gestion du temps de travail afin de le mettre en conformité avec la réglementation applicable sur le temps de travail, les droits à congés et le compte épargne temps.
- 3- Renforcer le rôle de la direction des affaires médicales dans le suivi des tableaux mensuels de service prévus à l'article R. 6152-26 du code de la santé publique.
- 4- Améliorer la facturation des chambres individuelles.

SOMMAIRE

Préambule	7
1. Présentation du CHU	7
2. Les évolutions observées en matière de gouvernance depuis le précédent contrôle	9
3. Les principales données d'activité	11
3.1. Les principales données administratives	11
3.2. L'activité mesurée au regard du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)	12
3.2.1. Le nombre de séjours en hospitalisation complète ou partielle	12
3.2.2. Le positionnement de l'hôpital dans son environnement	13
3.2.3. L'optimisation de la durée moyenne de séjour	13
3.2.4. L'activité ambulatoire	14
3.2.5. L'activité du bloc opératoire	15
3.2.6. La maternité	15
3.2.7. L'activité du service des urgences	15
3.2.8. Le positionnement du CHU d'Angers comme hôpital de recours/référence	16
3.2.9. Le taux d'utilisation des lits par rapport au taux d'occupation	17
3.3. L'évolution des capacités installées	17
4. Les moyens mis en œuvre en personnel	17
4.1. L'évolution des effectifs	17
4.1.1. L'évolution des effectifs médicaux du budget général	17
4.1.2. L'évolution des effectifs non médicaux du budget général	18
4.2. La gestion administrative des personnels non médicaux	20
4.2.1. L'avancement d'échelon	20
4.2.2. Les primes et indemnités	21
4.3. Le temps de travail du personnel non médical	22
4.3.1. La durée du travail	22
4.3.2. Le compte épargne temps	25
4.3.3. Le taux d'absentéisme	26
4.4. Le temps de travail médical et la permanence des soins	27
4.4.1. Le tableau de service mensuel	27
4.4.2. La mise en œuvre du temps de travail additionnel	27
4.4.3. Le versement d'indemnités de temps de travail additionnel aux praticiens intérimaires	29
4.4.4. Le coût de la permanence des soins	30

5.	La fiabilité des comptes et la situation financière	31
5.1.	La fiabilité des comptes	32
5.1.1.	Les provisions	32
5.1.2.	L'impact de la politique de provisionnement sur les résultats comptables	35
5.2.	La situation budgétaire et financière	35
5.2.1.	L'analyse des tendances budgétaires	36
5.2.2.	Les tendances prévues de l'année en cours (2014)	39
5.2.3.	L'analyse des principaux résultats financiers	40
5.2.4.	La formation de l'autofinancement	40
5.2.5.	Le financement des investissements	40
5.2.6.	L'équilibre financier au bilan comptable	41
5.2.7.	La situation de la dette	42
5.2.8.	Les perspectives à moyen terme : le PGFP 2014-2020	43
6.	La chaîne de facturation	46
6.1.	Le montant des restes à recouvrer	46
6.2.	Le taux de facturation en recouvrement direct	46
6.3.	Le volume et le montant des titres annulés sur le budget principal	46
6.4.	La prise en charge des patients en situation précaire	48
6.5.	L'impact des régies dans le recouvrement des prestations liées à l'activité non prise en charge par l'assurance maladie	49
6.6.	La facturation des chambres individuelles	49
7.	La procédure achat et l'analyse de quelques marchés publics de travaux	50
7.1.	Analyse du marché de travaux relatif au Pôle Femme Mère Enfant	50
7.2.	L'analyse du marché de travaux relatif à l'unité d'hospitalisation de jour pour patients obèses sur le site de Saint Barthélémy d'Anjou	51
8.	Enquête nationale des juridictions financières sur la fiabilisation des comptes des établissements publics de santé	52
8.1.	Etat d'avancement de la mise en œuvre des directives	52
8.2.	Coût de la préparation à la certification des comptes	55
8.3.	Positionnement, rôle et implication du comptable au sein du dispositif, quelles que soient les étapes	56
8.4.	Organisation et mise en place des actions fonctionnelles liées à la démarche	59
8.4.1.	Déploiement du contrôle interne	59
8.4.2.	Développement de l'audit interne	60
8.5.	Degré d'appropriation du dispositif par les parties prenantes au sein de l'EPS	61
8.6.	Points sensibles (facteurs de risque d'échec) de la démarche	62

8.6.1.	Qualité du système d'information	62
8.6.2.	Fiabilisation des états financiers (respect du référentiel comptable)	67
8.6.3.	Difficultés survenues lors du dispositif de fiabilisation des comptes	67
8.7.	Conclusion et perspectives	68
8.7.1.	Bilan d'étape réalisé par l'EPS	68
8.7.2.	La sélection des CAC et les difficultés de l'EPS dans sa relation avec les CAC	68
8.7.3.	Les coûts de l'audit	69
	ANNEXES	70

Préambule

Le contrôle du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers pour les années 2009 et suivantes a été inscrit au programme de l'année 2014 de la chambre régionale des comptes des Pays de la Loire.

L'ouverture du contrôle a été notifiée le 19 mars 2014 à M. Yann BUBIEN, directeur général du CHU depuis octobre 2011, et à M. Yvonnick MORICE, ancien directeur général. M. Jean-François CAILLAT, directeur intérimaire de mars à octobre 2011 et actuellement directeur général adjoint, a été également informé de l'ouverture du présent contrôle.

Les entretiens de fin de contrôle, prévus à l'article L. 241-3 du code des juridictions financières, se sont déroulés les 6 et 9 octobre 2014.

Outre la situation financière, le contrôle du CHU a, notamment, porté sur les moyens en personnel, la chaîne de facturation, la procédure achat et la préparation de l'hôpital aux opérations de certification de ses comptes 2014, ce dernier point étant traité dans le cadre d'une enquête nationale des juridictions financières.

1. Présentation du CHU

Le centre hospitalier universitaire (CHU) d'Angers est, avec celui de Nantes, l'un des deux plus importants hôpitaux de la région des Pays de Loire, tant en termes d'activité, de moyens humains et matériels, d'effectifs qu'en termes budgétaires. Il occupe le 27^{ème} rang en nombre de séjours au plan national et le 21^{ème} rang en valorisation T2A² des séjours. Comme d'autres établissements, il reste toutefois contraint par l'effectif de la population desservie. Ainsi, il réalise 68 % de son activité d'hospitalisation sur le territoire de proximité d'Angers alors qu'il assure 23 % des séjours.

Cette situation ne paraît pas affecter l'exercice de ses missions d'enseignement et de recherche. Ainsi, le CHU d'Angers, classé 16^{ème} pour les publications scientifiques des cinq dernières années, est en 10^{ème} place pour le nombre d'articles scientifiques de rang A/B au score SIGAPS global³.

Le CHU d'Angers a présenté, en mai 2014, son projet d'établissement pour la période 2014-2019, qui comporte, outre un projet médical et un projet social, 12 projets associés (recherche, gestion et politique financière, immobilier...). Cinq objectifs y sont définis : le développement de la médecine personnalisée, le renforcement de la synergie hôpital/université, l'innovation dans les soins, l'approche territoriale, et le financement des projets. Pour encourager le développement de la médecine personnalisée, le projet d'établissement compte, entre autres, formaliser un parcours de cancérologie.

² T2A : La tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements de santé français issu de la réforme hospitalière du plan Hôpital 2007, qui vise à médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé.

³ L'application SIGAPS-SIGREC permet le recensement des publications scientifiques et des essais cliniques réalisés dans un établissement de santé.

Le CHU prévoit, par ailleurs, l'élargissement de l'offre de recours par l'acquisition d'un nouvel équipement de réanimation chirurgicale, la création d'un réseau de soins "régional" des traumatisés graves, la mise en place d'un centre des traumatisés, et la création d'un registre régional des traumatisés.

Pour affirmer sa dimension hospitalo-universitaire, outre la formation des médecins, le CHU d'Angers dispose :

- d'un centre de documentation,
- d'un institut de formation en soins infirmiers,
- d'un institut de formation d'aides-soignants,
- d'une école de puériculture,
- d'une école de sages-femmes,
- d'un institut de formation des cadres de santé,
- d'un centre d'enseignement de soins d'urgence,
- d'un institut de formation ambulancier.

Il comporte quatre centres de références :

- le centre de références des maladies neuromusculaires,
- le centre de références des maladies de la réceptivité hormonale,
- le centre de références des maladies neurogénétiques,
- la plateforme régionale d'information et d'orientation sur les maladies rares (PRIOR).

Le CHU d'Angers s'inscrit, en outre, dans l'action de la délégation régionale à la recherche clinique du Grand Ouest, qui couvre quatre régions : Bretagne, Centre, Pays de Loire et Poitou-Charentes. Depuis janvier 2012, un centre de recherche clinique a été mis en place avec pour objectif d'améliorer la performance de l'hôpital en matière de recherche clinique, notamment en favorisant les inclusions des chercheurs dans les essais académiques et industriels. Ce centre constitue une plateforme opérationnelle, mise à disposition des investigateurs et des équipes de soins engagées dans un projet de recherche.

Pour assumer sa responsabilité territoriale, le CHU entend développer une cellule de gestion des lits et évaluer les patients socialement exclus.

En matière d'investissement, le CHU d'Angers s'est fixé trois échéances : la reconfiguration du bâtiment Larrey pour une mise en service en janvier 2015, la réfection du bâtiment Robert-Debré (équipement d'imagerie et blocs opératoires, structuration du secteur ambulatoire des spécialités chirurgicales) et l'ouverture de l'Hôtel-Dieu-Nord au 3^{ème} trimestre 2016.

2. Les évolutions observées en matière de gouvernance depuis le précédent contrôle

Un nouveau directeur général a pris ses fonctions en 2011. Il s'est employé à structurer l'ensemble de la gouvernance du CHU et s'est engagé dans une démarche de certification des comptes dès 2014.

En matière d'organisation clinique et médico-technique, la chambre observait un nombre élevé de pôles (12 pôles cliniques et trois pôles médico-techniques regroupant 60 services) plaçant le CHU dans « une fourchette basse en termes de taille critique » (96 lits par pôle).

La nouvelle organisation a regroupé l'organisation en cinq pôles cliniques et deux pôles médicotechniques :

- Un pôle « secrétariat général », interlocuteur transversal des responsables des pôles cliniques sur l'ensemble des questions liées à la gestion de l'établissement. Ce pôle comprend outre le médecin médiateur, la direction des affaires juridiques, la direction de la qualité et gestion des risques, la direction des affaires générales, la direction de la communication, la direction de la contractualisation interne et des pôles ;
- Un pôle « finances et efficacité », regroupant la direction des finances et du système d'information et la direction de l'analyse de gestion, des admissions et de la facturation ;
- Un pôle « affaires médicales et internationales, recherche et innovation » comprenant la direction des affaires médicales, de la recherche et de l'innovation et la direction des affaires internationales ;
- Un pôle des « ressources matérielles », comprenant la direction des services économiques et des achats et la direction des travaux et des logistiques techniques ;
- Un pôle « ressources humaines », comprenant la direction des ressources humaines et la direction des soins, de l'enseignement et de la recherche en soins.

Chaque pôle est placé sous la responsabilité d'un chef de pôle, assisté de cadres supérieurs coordonnateurs et de cadres de gestion, et est organisé selon une charte élaborée par le chef de pôle. Celle-ci prévoit le rôle du chef de pôle, les structures internes du pôle et son organigramme ainsi que la représentation du personnel non médical. Elle est approuvée par le directeur général après avis du président de la commission médicale d'établissement (CME).

A l'appui de chaque charte, les pôles signent avec la direction générale de l'hôpital un « contrat socle » définissant entre autres les modalités du dialogue de gestion par un engagement à suivre des indicateurs d'activité, de dépenses, d'atteinte d'objectifs sociaux ou de qualité.

Chaque contrat décline les objectifs à atteindre en six thèmes : activités, dépenses, recherche et enseignement, social, organisation et fonctionnement, qualité et gestion des risques.

Les moyens sont prévus selon quatre axes : ressources humaines, ressources matérielles, délégations de gestion, dépenses hôtelières.

La cellule d'analyse de gestion (rattachée au pôle finances et efficacité) fournit les données médico-économiques et les tableaux de bord produits par la cellule d'analyse de gestion.

Les indicateurs sont globaux mais pour certains pôles, ils sont déclinés par unité fonctionnelle⁴.

L'examen des tableaux de bord produits pour 2013 montre que ceux-ci, sans être dénommés comptes de résultats analytiques (CREA), en remplissent parfaitement la fonction, les données agrégées au niveau du pôle pouvant facilement être détaillées par unité fonctionnelle.

Ces données sont de deux natures :

- médico-administrative : nombre d'entrées, de venues, de journées d'hospitalisation, de consultations, d'actes médicaux et paramédicaux,
- budgétaires : recettes d'activité, dépenses de personnel, dépenses médicales.

La chambre observe cependant que l'éventail de délégations accordées aux chefs de pôle est resté limité :

en matière d'achats :

- Une enveloppe par famille de produits et par pôle est mise en place. Le référent de chaque pôle fait sa demande sur un éventail de produits limités.
- Chaque pôle clinique dispose d'un budget sous forme de « droits de tirage » dans le cadre d'une enveloppe budgétaire limitée par service utilisateur et limitée dans le périmètre de chaque famille de produits. Toutefois les pôles peuvent s'appuyer sur un référent logistique lui garantissant l'approvisionnement de chacun de ses services en fonction du budget alloué.

en matière de gestion des ressources humaines :

- Chaque chef de pôle dispose d'un « droit de tirage » sur deux enveloppes budgétaires, l'une destinée aux paiements des mensualités de remplacement, l'autre destinée à la formation des personnels.
- Un intéressement est mis en place en fonction d'objectifs prédéfinis et mesurables au moyen d'indicateurs (équilibre des dépenses, indicateurs qualité...). Chaque année un avenant précise l'atteinte ou non des objectifs et l'intéressement dont le pôle peut bénéficier. Il s'agit de crédits prévus lors de l'élaboration du tableau annuel prévisionnel des activités et des moyens « TAPAM » qui sera évoqué plus loin dans l'analyse de la procédure « achats ».

⁴ C'est notamment le cas du pôle des Spécialités médicales et chirurgicales intégrées.

3. Les principales données d'activité

3.1. Les principales données administratives

Le volume global d'activité, mesuré en nombre d'entrées et de venues dans l'établissement, est en progression de 10,7 % entre 2009 et 2013 (annexe 1).

La chambre constate une modification du mode de prise en charge des patients avec un accroissement de l'activité de court séjour (hospitalisation partielle et ambulatoire) concomitante à une légère progression de l'hospitalisation complète (ou de semaine) en nombre de journées réalisées (+ 3 %). En revanche, le nombre d'entrées augmente de manière plus notable (+ 6 % soit près de 2 400 entrées supplémentaires).

L'activité reste soutenue en chirurgie, que ce soit en nombre d'entrées (+ 4 % soit 573 entrées supplémentaires) ou en nombre de journées d'hospitalisation (+ 4 % soit 2 932 journées d'hospitalisation supplémentaires réalisées).

En médecine, si le nombre d'entrées augmente de manière marquée (+ 8 % soit 3 597 entrées supplémentaires), le nombre de journées réalisées progresse modérément (+ 3 % soit 7 531 journées supplémentaires).

En obstétrique, le nombre d'entrées progresse modérément (+ 3 % soit 182 entrées supplémentaires) et le nombre de journées d'hospitalisation complète diminue de 2 % (soit 544 journées en moins). Il est à noter que l'augmentation de 2012 est probablement liée à l'ouverture de la nouvelle maternité.

L'activité d'hospitalisation partielle, augmente de manière notable (+ 21 % soit plus de 3 000 venues supplémentaires), ce qui a des incidences sur l'organisation de cet établissement en termes capacitaires (effectifs de jour par rapport aux effectifs affectés à l'hospitalisation complète et au nombre de lits).

De même, en activité ambulatoire⁵, l'hôpital voit le nombre de journées croître de manière significative (+ 18 %) au cours de la même période. Le nombre de consultations et soins externes enregistre lui aussi une progression très forte (+ 75 %) dans tous les secteurs concernés.

En médecine, le taux d'occupation reste élevé à 88 % en raison de la progression du nombre d'entrées (+ 8 %), même si le nombre de journées ne progresse pas de la même manière (+ 3 %). Les entrées dans ces services après passage aux urgences pourraient expliquer cette tendance.

En chirurgie, le faible taux d'occupation en hospitalisation complète s'explique par l'augmentation de l'activité ambulatoire (+ 28 % soit près de 1 200 venues supplémentaires).

En gynéco obstétrique, le taux d'occupation démontrait jusqu'en 2013 une saturation artificielle en raison de l'absence de prise en compte de l'installation de 12 lits, ce qui a été fait par la suite.

⁵ Anesthésie et/ou chirurgie ambulatoire, hôpital de jour, séances de chimiothérapie et transfusion sanguine.

3.2. L'activité mesurée au regard du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI)

3.2.1. Le nombre de séjours en hospitalisation complète ou partielle

Ces constats d'évolution de l'activité du CHU sont confirmés par l'analyse des données PMSI (annexe 3).

D'une manière générale, les données PMSI montrent que le nombre de séjours en hospitalisation complète présente, hors séances et consultations externes, une augmentation (+ 6 %) pouvant être rapprochée de celle observée dans les données administratives portant sur le nombre de journées réalisées puisqu'incluant l'ambulatoire (zéro jour) et l'hospitalisation partielle (un jour). La progression de l'activité de cet hôpital universitaire est cependant plus marquée dans le secteur de la chirurgie (+ 16 % de séjours) en raison d'un accroissement du mode de prise en charge en ambulatoire (+ 38 %). La progression observée en médecine (+ 4 %) tient à l'hospitalisation de jour (+ 14 %) concomitante à une évolution plus mesurée de l'hospitalisation de moins d'une journée (+ 3 % de séjours) et de l'hospitalisation plus longue (+ 3 %).

Le nombre de séjours en obstétrique diminue (- 1 %), probablement en raison d'une modification du mode de comptabilisation lié à la circulaire frontière qui transfère la cotation d'actes d'hospitalisation en consultations externes. Cette modification se traduit principalement par une diminution des séjours de moins d'une journée (- 4 %) corrélée par une augmentation du nombre de consultations et soins externes (+ 48 % soit 16 304 consultations supplémentaires selon les données administratives) et une augmentation des hospitalisations partielles (+ 21 % soit près de 3 000 venues supplémentaires selon les données administratives).

Par ailleurs, ainsi qu'il sera précisé plus loin, le CHU d'Angers se positionne comme établissement de recours et référence tant en chirurgie que dans la prise en charge en cancérologie. Cela se traduit par une activité soutenue dans ces spécialités et leur traitement, notamment par un nombre de séances en progression plus importante (+ 32 %) que dans les autres spécialités.

Ainsi, selon les données de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la part des GHM « recours/référence » dans l'activité totale de ce centre hospitalo-universitaire était de 5,3 % en 2012 alors que les établissements de même catégorie présentent une activité similaire entre 2,2 % et 6,5 %.

Au final, le nombre de séjours hospitaliers est, sur l'ensemble de la période, en progression identique à celle du nombre d'entrées (+ 6 %) même si la durée de ceux-ci ne suit pas la même tendance (+ 3 %). Ces ratios confirment la modification de la nature de prise en charge qui voit la part de l'hospitalisation partielle (+ 14 % de séjours en un jour en médecine), comme celle de l'activité externe et ambulatoire (notamment en chirurgie), progresser de manière significative.

Dans un contexte d'augmentation des effectifs sur la période récente, comme il sera vu plus loin, cette situation structurelle sera à prendre en considération.

3.2.2. Le positionnement de l'hôpital dans son environnement

3.2.2.1. L'origine géographique des patients

Selon les données du Système national d'information sur l'hospitalisation (SNATIH), l'attractivité de cet hôpital provient à 68 % du territoire d'Angers et sa périphérie ainsi qu'à 88 % de la nouvelle communauté hospitalière de territoire (CHT), constituée des départements de Maine et Loire et de la Mayenne. Néanmoins, le CHU doit faire face à la concurrence de nombreux établissements, publics comme privés, ce qui explique qu'il ne réalise que 28 % des séjours⁶ sur la CHT. Il est à noter toutefois que le nombre de séjours vers le CHU de Nantes reste anecdotique (1,1 % du total des séjours), ce qui témoigne de la bonne notoriété du CHU d'Angers.

3.2.2.2. La répartition des patients par tranche d'âge

Entre 2009 et 2013, la moyenne d'âge des patients hospitalisés en court séjour, (hors nouveau-nés) est passée de 51,6 à 52,9 ans.

Toutes les tranches d'âge sont en augmentation sur cette période, mais les patients âgés de plus de 80 ans sont ceux qui augmentent le plus (+ 21 % sur la période 2009-2013 et + 4 % de 2012 à 2013)⁷ et tout particulièrement les patients entre 90 et 95 ans (de 655 à 1 419 patients entre 2009 et 2013).

En 2013, les patients de plus de 80 ans représentent 14 % des séjours, 24 % des journées d'hospitalisation et 20 % des recettes d'hospitalisation.

Au final, le nombre de séjours en hospitalisation complète est en progression sur la période 2009-2013, plaçant le CHU d'Angers comme premier acteur dans la prise en charge des patients sur son territoire, même s'il reste confronté à la concurrence de nombreux établissements publics comme privés. Dans le même temps, son activité s'est largement redéfinie par une progression du nombre de patients âgés, du mode de prise en charge en ambulatoire (moins rémunératrice), ainsi que d'une augmentation des prises en charge en cancérologie (nombre de séances).

3.2.3. L'optimisation de la durée moyenne de séjour

Le CHU d'Angers présente un indicateur « IPDMS » – portant sur la durée moyenne de séjour (DMS) dans les trois grandes familles de spécialités médecine, chirurgie et obstétrique – supérieur à un, ce qui ne le situe pas parmi les établissements les plus performants en termes de DMS.

Toutefois cette approche doit être nuancée en fonction du niveau de sévérité des cas, notamment en chirurgie. Ainsi, selon la base SNATIH, l'activité « chirurgie » de cet hôpital est en relativement bonne position (1,049 contre 1,135 pour la borne haute des hôpitaux de même catégorie). Le même constat peut être fait avec l'IPDMS « chirurgie » évalué par la cellule d'analyse de gestion du CHU à un niveau légèrement inférieur à un.

⁶ Source : base SNATIH publiée par le ministère de la Santé sous Hospidiag.

⁷ 0-20 ans : + 4 % , 20-40 ans : + 3 % , 40-60 ans : + 10 % , 60-80 ans: + 12 % , + de 80 ans : + 21 %.

De même, le niveau élevé pour la DMS en obstétrique peut s'expliquer par le classement de la maternité en niveau 3 : l'établissement accueille beaucoup de parturientes placées en surveillance pour grossesse à risque, ce qui allonge mécaniquement la durée de séjour, même si toutes n'accouchent pas au CHU.

Le CHU d'Angers devra néanmoins porter une attention particulière à la gestion des flux de patients tant à l'entrée qu'à la sortie afin de ne pas subir de diminution de crédits à activité constante pour les séjours à durée normée.

3.2.4. L'activité ambulatoire

L'organisation d'un secteur ambulatoire performant suppose une organisation rigoureuse et complexe parfois difficile à mettre en œuvre dans le secteur public avec, dans la mesure du possible, un bloc opératoire dédié dont le programme ne doit être perturbé, ni par les urgences, ni par des dépassements de temps opératoire. En outre, pour le développement de ce type de prise en charge, l'hôpital doit avoir organisé un réseau de praticiens « adresseurs » avec la médecine de ville, ce qui ne semble pas le cas pour le CHU d'Angers.

Au final, même si le nombre de séjours en ambulatoire du CHU connaît une progression globale sur la période (+ 8,71 %), l'évolution est essentiellement constatée pour le secteur chirurgical qui augmente à la fois ses actes classant opératoires (activité chirurgicale + 46,87 %) tout comme ses actes classant non opératoires (activité interventionnelle comme les coronographies par exemple : + 27,72 %). A l'inverse, le secteur médical enregistre une diminution d'activité (- 2,61 %).

Il est à noter que la diminution observée dans le groupe médical « M+Z » peut être liée à l'application de la circulaire du 31 août 2006 modifiée par la circulaire DGOS 2010/201 du 15 juin 2010, dites « circulaires frontières », qui préconise que toute prise en charge de patient qui peut habituellement être réalisée en médecine de ville ou dans le cadre des consultations ou des actes externes des hôpitaux ne donne pas lieu à facturation d'un groupe homogène de soins (GHS) et ne soit pas comptabilisée comme tel.

Selon les données de la base SNATIH, le taux d'utilisation des places en ambulatoire⁸ tend à démontrer une bonne progression de ce type de prise en charge en lien avec le périmètre des capacités installées. En effet, fin 2012 ce taux est de 115 à comparer aux EPS de même catégorie sur le plan national présentant un ratio entre 66,8 et 129,9.

En outre, l'approche par la pratique des 18 « gestes marqueurs »⁹ montre que parallèlement à l'augmentation du taux d'occupation des places dédiées à cette activité, la réalité des pratiques telle qu'elle est retranscrite par les praticiens place cet hôpital parmi les plus performants dans ce domaine.

⁸ Cet indicateur reflète l'organisation au niveau de la chirurgie ambulatoire : il permet de mettre en évidence une sur ou sous capacité d'accueil des patients en chirurgie ambulatoire (hors endoscopies).

⁹ A la fois approche quantitative (l'intervention chirurgicale la plus fréquente en France pour chaque spécialité) et qualitative (niveau de complexité variable des interventions chirurgicales). Le potentiel de chirurgie ambulatoire pour ces 18 gestes marqueurs est de 90 % selon l'association française de chirurgie ambulatoire.

3.2.5. L'activité du bloc opératoire

Les données observées en PMSI montrent que, si en nombre d'interventions chirurgicales, la progression est continue, la lourdeur des cas traités est en diminution, ceci en raison de la montée de l'activité en ambulatoire. Ce dernier constat (diminution de la lourdeur des cas) confirme l'évolution du nombre d'actes ambulatoires recensés en PMSI comme du nombre de journées réalisées présentées dans les fiches « statistiques annuelles des établissements » (SAE¹⁰).

Toutefois, selon les données du ministère de la santé, l'activité du bloc opératoire par chirurgien comme par anesthésiste est importante en comparaison avec les données régionales et nationales. La base de comparaison régionale est intéressante : elle inclut les deux CHU de Nantes et Angers et ce dernier présente des données significatives. En rapprochant les résultats d'activité par chirurgien (mesuré par le nombre d'ICR¹¹) avec les hôpitaux de même typologie sur le plan national, le poids croissant de l'activité ambulatoire apparaît de manière plus marquée. Cette tendance n'est pas sans conséquence sur l'équilibre budgétaire de l'hôpital compte-tenu du coût nécessaire pour maintenir une permanence des soins dans ces spécialités, alors que la « rémunération » liée à l'activité ambulatoire est moins élevée et ne progresse pas au même rythme que les charges de structures incompressibles pour ces spécialités.

3.2.6. La maternité

Le CHU d'Angers dispose d'une maternité classée en niveau 3. Ce classement indique que cette maternité est en mesure de suivre particulièrement les grossesses à risques et les naissances prématurées pouvant nécessiter une réanimation néonatale.

Les résultats montrent une stabilité à un haut niveau des accouchements et naissances sur l'ensemble de la période à compter de 2009, même si le CHU voit cette activité diminuer en 2013. Toutefois, ces résultats restent cohérents avec le positionnement global du CHU.

3.2.7. L'activité du service des urgences

Les urgences constituent le point majeur de régulation de l'activité non programmée de l'établissement. La qualité de fonctionnement de ce service nécessite une liaison permanente avec les autres unités du centre hospitalier dont une part non négligeable des entrées provient de ce secteur important. Sur l'ensemble de la période 2009-2013, les entrées en hospitalisation complète provenant des urgences progressent de manière continue ; elles représentent en 2013 environ 49 % de la totalité des entrées annuelles de l'hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique (soit 135 patients par jour) contre 34,10 % en 2009 (soit 119 patients par jour). Ce ratio indique que si le niveau de ce service est à même de répondre à la demande de la population, son activité aurait tendance à déborder sur l'activité programmée de l'hôpital au-delà de ce qui est observé dans les autres établissements de même catégorie¹² (annexe 4).

¹⁰ La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements, et leurs personnels médicaux et non-médicaux.

¹¹ ICR : indice de coût relatif, qui constitue un outil de calcul des coûts moyens par groupe homogène de malade (GHM).

¹² CHR ex DG.

En effet selon les données nationales de la base SNATIH, dans les hôpitaux de même catégorie les hospitalisations provenant des urgences représentent entre 24,2 % et 44,5 % du total des hospitalisations. Dans les hôpitaux de même typologie¹³ elles s'établissent entre 31,3 % et 52,4 %.

En outre, les passages aux urgences ont augmenté de près de 17 % avec une incidence forte des urgences pédiatriques (+ 23 %) et des urgences gynéco-obstétriques (+ 40 %) alors que les hospitalisations qui s'en sont suivies, soit n'ont pas progressé de manière sensible (+ 2 % en pédiatrie), soit ont diminué (- 1,58 % en gynéco obstétrique). Cette dernière donnée milite pour une meilleure coordination avec les structures tant d'amont que d'aval, ainsi que pour une redéfinition de l'organisation des urgences avec une spécialisation gériatrique compte tenu de l'augmentation précédemment constatée de la patientèle âgée.

Par ailleurs, le taux d'hospitalisation après passage aux urgences (32 %), qui s'explique par le degré de faible gravité des patients admis, traduit une prise en charge insuffisante de la permanence des soins par la médecine de ville, notamment les soirs et weekend-end, mais aussi en journée.

3.2.8. Le positionnement du CHU d'Angers comme hôpital de recours/référence

Au regard de l'ensemble des éléments développés ci-dessus, la chambre note que le CHU d'Angers a globalement progressé depuis 2009, tant dans son volume d'activité qu'au regard de la sévérité des cas pris en charge. Cette progression place cet hôpital en première position en termes de parts de marché dans les trois grandes familles de spécialités¹⁴, même si la concurrence avec les cliniques reste forte, notamment pour l'hospitalisation de jour.

Cette tendance conforte la position de ce centre hospitalo-universitaire comme établissement de référence et de recours tant sur son territoire d'attractivité que sur celui de la CHT Maine-et-Loire/Mayenne créée en 2013.

Ainsi, le pourcentage des GHM « recours/référence » dans l'activité¹⁵ est de 5,3 % en 2012 contre un ratio évoluant de 2,2 % (2^{ème} décile) à 6,5 % (8^{ème} décile) dans les hôpitaux de même catégorie au plan national (entre 0,2 % et 1,3 % sur tous les hôpitaux au plan régional).

Le pourcentage des séjours de sévérité 3 et 4 des cas¹⁶ évolue selon la base SNATIH de 7,54 % en 2009 à 8,08 % en 2012 alors que celui des hôpitaux de même catégorie au plan national oscille entre 8,83 %, pour les 20 % plus faibles, à 12,76 % pour les 20 % ayant le meilleur résultat. De même les hôpitaux de même typologie présentent un taux compris entre 8,76 % et 11,37 %. Ces éléments semblent démontrer que l'augmentation de l'activité ambulatoire, de nature moins sévère en moyenne, vient réduire le poids relatif des cas de

¹³ Case mix des GHM, nombre de lits etc...

¹⁴ En 2012, selon la base SNATIH, le CHU d'Angers réalise près de 46 % des séjours en médecine, 28,2 % en chirurgie et 66,2 % en obstétrique. Le second établissement sur la zone d'attractivité est la clinique de l'Anjou avec 12,8 % de séjours en médecine, 23,5 % en chirurgie et 26,9 % en obstétrique.

¹⁵ Cet indicateur mesure le pourcentage de l'activité réalisée sur des GHM pris en charge principalement mais non exclusivement dans les établissements hospitalo-universitaires. Il mesure une « technicité » de la prise en charge.

¹⁶ Cet indicateur met en évidence la lourdeur du terrain des patients pris en charge par l'établissement (comorbidités, complications). Pour chaque GHM, 4 niveaux de sévérité existent, le niveau 1 étant le niveau de base, sans sévérité. Le niveau de sévérité est déterminé à partir des comorbidités associées (ex : diabète, anorexie...), des durées minimum de séjours et de l'âge. Les indicateurs de sévérité « lettre » sont ceux liés à la gynéco-obstétrique.

pathologies lourdes au regard de l'ensemble de l'activité du CHU. Cependant, en données brutes, les effectifs de patients à pathologie présentant une sévérité élevée¹⁷ progressent de 5 164 en 2009 à 7 355 en 2013, soit une augmentation de près de 43 %. Ce dernier résultat confirme la place du CHU d'Angers comme établissement de référence sur son territoire.

3.2.9. Le taux d'utilisation des lits par rapport au taux d'occupation¹⁸

Les indicateurs de taux d'utilisation du CHU d'Angers marquent deux tendances :

- une stabilité du taux d'utilisation à un niveau relativement bas en médecine au regard des établissements publics de santé (EPS) de la région comme de ceux de même catégorie au plan national ;
- une progression des hospitalisations en chirurgie et en obstétrique plaçant l'hôpital dans un taux d'utilisation relativement élevé par rapport aux établissements de même catégorie au plan régional comme national.

Cette dernière tendance renvoie à la politique d'ouverture/fermeture de lits, et donc à la mise en œuvre des moyens afférents, d'autant que le taux d'hospitalisation après passage aux urgences reste faible comme il a été vu précédemment.

3.3. L'évolution des capacités installées

L'évolution globale des capacités installées semble cohérente avec celle observée dans le mode de prise en charge des patients, notamment en hospitalisation partielle. Toutefois, la chambre note que la progression structurelle de l'activité ambulatoire, comme les différences observées entre les grandes familles de disciplines dans les taux d'utilisation des lits par rapport au taux d'occupation, devraient conduire le CHU à une redéfinition de ses capacités à moyens constants.

Recommandation n° 1 : la chambre recommande au CHU de redéfinir ses capacités et moyens en offre de soins en adéquation à l'évolution constatée des modes de prise en charge.

4. Les moyens mis en œuvre en personnel

4.1. L'évolution des effectifs

4.1.1. L'évolution des effectifs médicaux du budget général

Le personnel médical (hors internes et étudiants) progresse de près de 13 % sur la période 2009-2013, soit 52,37 équivalents temps plein (ETP) moyens rémunérés (annexe 5).

¹⁷ niveau 3, 4 ainsi que C et D.

¹⁸ Cet indicateur diffère du taux d'occupation « classique » dans la mesure où il se rapporte aux journées-lits exploitables selon les disciplines. Basé sur les journées des séjours au sens du PMSI (et non les journées passées dans des lits des services de MCO), il met en évidence l'adéquation de l'utilisation des lits aux types de pathologies traitées. Ainsi, un taux supérieur à 100 % dans une discipline (par exemple médecine) peut indiquer que des patients présentant une pathologie de médecine sont en fait hospitalisés dans des lits appartenant à d'autres services (par exemple, en chirurgie).

Cette évolution touche plus particulièrement les assistants spécialistes dont l'effectif passe de 5,08 ETP moyens rémunérés à 39,63, soit une progression de 34,55 ETP. Cette soudaine augmentation de leur effectif s'explique par la possibilité offerte à compter de 2009 de recruter des assistants des hôpitaux en CHU dans tous ses secteurs d'activité et non plus seulement en pharmacie¹⁹. Les postes ainsi créés sont financés pour deux ans.

Les effectifs de praticiens permanents ont progressé de façon beaucoup plus mesurée, passant de 342,87 ETP moyens rémunérés en 2009 à 361,73 ETP en 2013 (+ 18,86 ETP moyens rémunérés, soit + 5,50 %).

Les effectifs d'internes et d'étudiants ont quant à eux fortement augmenté du fait du relèvement constant du numerus clausus sur la période : + 123,88 ETP pour les internes (+ 40,85 %) et + 126,58 ETP pour les étudiants (+ 29,52 %).

Dans le même temps, le nombre de séjours en hospitalisation, complète et ambulatoire (hors séances et consultations externes), a progressé de 6 %, ce qui induit un décrochage entre l'activité réalisée et l'évolution des personnels médicaux. Cet écart se concentre essentiellement en médecine où les effectifs ont progressé de 20 ETP (+ 10 %) alors que le nombre de séjours en hospitalisation complète ou partielle n'a progressé que de 4 % sur la même période (annexe 6).

Bien que de moindre envergure, on note aussi un décalage en chirurgie entre l'évolution des effectifs (+ 22 %) et celle de l'activité (+ 16 %).

En gynéco-obstétrique, les effectifs sont stables sur la période (+ 0,7 ETP) pour une activité en légère diminution (- 1,5 % de séjours, soit 94 séjours en moins). En réalité, après une augmentation de deux ETP en 2010-2011, les effectifs en gynéco-obstétrique ont diminué de 1,4 ETP en 2012-2013. Dans le même temps, l'activité qui avait très sensiblement chuté en 2010 remonte régulièrement. Il en résulte que depuis 2010, l'activité en gynéco-obstétrique a progressé de 1 % alors même que ses effectifs ont diminué de 7 %.

S'agissant des urgences, on constate, à l'inverse, un décrochage entre l'évolution de l'activité et celle des effectifs : alors que le nombre de passages aux urgences a progressé de 17 %, les effectifs n'ont augmenté que de trois ETP, soit une hausse de 10 % par rapport à 2009.

4.1.2. L'évolution des effectifs non médicaux du budget général

De 2009 à 2013, tous budgets confondus, les effectifs en personnels non médicaux au sens du bilan social²⁰ ont augmenté de 8 % (+ 371,08 ETP) et de 8,24 % (+ 370,53 ETP) pour le seul budget principal (annexe 7).

L'évolution calculée sur la base des effectifs moyens rémunérés est légèrement supérieure : + 8,92 % d'augmentation, soit 396,27 ETP supplémentaires.

Comme pour le personnel médical, mais de façon plus mesurée, on constate un décrochage entre l'évolution des effectifs et celle de l'activité (+ 6 % de séjours hospitaliers).

¹⁹ Article R. 6152-501 du Code de la Santé Publique modifié par le décret n° 2009-24 du 8 janvier 2009.

²⁰ ETP rémunérés au 31 décembre de l'année considérée.

L'augmentation porte plus particulièrement sur les personnels soignants et éducatifs (+ 9,4 % d'augmentation) qui à eux seuls totalisent 291 ETP supplémentaires, soit 73,5 % des créations de postes (sur la base des ETP moyens rémunérés).

S'agissant des personnels techniques et ouvriers, en évolution de 8,5 %, soit 44,79 ETP, la direction des ressources humaines a précisé que pour l'essentiel ces créations étaient liées à la recherche, les assistants de recherche clinique étant recrutés comme ingénieurs ou techniciens supérieurs hospitaliers, et à la création en janvier 2012 du Centre de Recherche Clinique. Pour ces recrutements spécifiques, l'établissement a bénéficié de crédits de missions d'intérêt général « MIG » spécifiques²¹.

Pour l'essentiel, les nouveaux effectifs sont des agents titulaires ou stagiaires (72 % des ETP supplémentaires, soit 285,44 ETP).

Globalement, la répartition entre agents titulaires et agents contractuels à durée indéterminée ou à durée déterminée demeure identique : 86 % pour les premiers, 1,7 % pour les deuxièmes et 11,8 % pour les troisièmes.

De même, la répartition selon les fonctions, tous statuts confondus, reste stable. Les effectifs les plus importants sont ceux des personnels soignants et éducatifs qui représentent 70 % du total des ETP moyens rémunérés. Viennent ensuite les personnels techniques et ouvriers (11,9 % des ETP moyens rémunérés) suivis de près par les personnels administratifs (11 % des ETP moyens rémunérés, dont 0,36 % de personnels de direction). Les personnels médicotechniques quant à eux représentent 7,11 % du total des personnels non médicaux du CHU.

Ce sont les services administratifs, hôteliers et techniques qui connaissent la plus forte progression : avec 147 ETP supplémentaires, soit 20 % de croissance par rapport à 2009, ils représentent plus de 37 % de l'augmentation totale (396 ETP moyens rémunérés). En 2013, ils représentent 18 % des effectifs totaux contre 16,4 % en 2009.

L'évolution par grandes disciplines laisse apparaître des situations contrastées mais globalement le rapport effectifs/activité s'est resserré, à l'exception de la gynéco-obstétrique. Cette contraction s'est réalisée à la faveur du développement de l'activité ambulatoire, l'accompagnement du patient étant allégé (moins de nuitées, de soins...).

En médecine, les effectifs se sont accrus de 41,8 ETP, ce qui ne représente que 2,59 % d'augmentation par rapport à 2009 mais 10,55 % de l'augmentation globale, tous services confondus. Pour autant, leur proportion dans les effectifs globaux s'est tassée tout au long de la période, passant de 36,34 % en 2009 (1 613,78 ETP moyens rémunérés) à 34,23 % en 2013 (1 655,58 ETP). Rapportée à l'évolution des séjours en médecine (+ 4,4 % hors séances et consultations), l'augmentation des effectifs demeure contenue.

En chirurgie, l'augmentation porte sur 25,12 ETP (+ 4,84 %) auxquels on peut ajouter 19,51 postes supplémentaires pour les blocs opératoires (+ 13,04 %). Ces 44,63 ETP supplémentaires représentent 11,3 % de l'augmentation totale des effectifs et concernent uniquement les personnels de soins (+ 27,52 ETP pour la chirurgie et + 18,49 ETP pour les blocs

²¹ En 2013, le CRC employait 10 personnels non médicaux et les charges de personnel ont représenté 332 745 €, dont 233 771 € financés par la MIG CRC, soit 70 % des charges de personnel non médical du CRC. Le CHU a gardé deux emplois de titulaires à sa charge (98 975 €).

opératoires), les autres personnels (administratifs, techniques et ouvriers) étant en diminution. Au regard de l'évolution des séjours en chirurgie (+ 16 %) et des interventions aux blocs (+ 13 %), l'accroissement des effectifs paraît là encore mesuré.

En gynéco-obstétrique, l'augmentation est de + 17,78 ETP, dont 12,34 ETP de sages-femmes, soit une croissance de 8,26 % par rapport à 2009. Contrairement aux autres disciplines, l'évolution des effectifs est nettement supérieure à celle de l'activité qui est demeurée stable sur la période avec en moyenne 4 000 accouchements par an et 4 100 naissances. Pour autant, le nombre de consultations et soins externes et le nombre d'hospitalisations partielles, respectivement en hausse de 48 % et 8 %, peuvent justifier cette évolution des effectifs. Par ailleurs, l'ouverture du nouveau pôle femme-mère-enfant en 2012 semble avoir un impact direct sur les besoins en personnel : la moitié des postes de sages-femmes créés l'ont été en 2012 et 2013.

Les effectifs des urgences sont passés de 107,45 ETP moyens à 130,61, soit une augmentation conséquente de 21,55 % (+ 23,16 ETP). Même s'ils ne représentent que 2,70 % des effectifs totaux du CHU (hors personnel médical), ce sont ces effectifs qui ont proportionnellement le plus augmenté avec les anesthésistes (+ 29 %) et la recherche (+ 149,5 %). Cette progression des personnels affectés aux urgences est plus soutenue que l'activité de ce service (+ 17 % des passages aux urgences) mais doit être pondérée par la faible progression des effectifs de médecins affectés à ce service (+ 10 %).

Quant à la recherche, la création déjà mentionnée du Centre de Recherche Clinique en janvier 2012 s'est accompagnée de créations de postes financées par des crédits MIG.

4.2. La gestion administrative des personnels non médicaux

4.2.1. L'avancement d'échelon

Au CHU d'Angers, la procédure d'avancement d'échelon a été formalisée en 2004 dans une note interne qui a déterminé un barème en distinguant selon la catégorie des agents (A, B ou C). Pour chaque durée moyenne de changement d'échelon, le barème fixe les réductions d'ancienneté pouvant être accordées aux agents en fonction de leur note administrative :

- Une réduction maximum qui correspond à l'avancement à l'ancienneté minimum. Cette réduction va de six mois pour les échelons ayant une durée moyenne de 24 mois à 12 mois pour les échelons ayant une durée moyenne à 48 mois. Elle est accordée au tiers des agents promouvables dès lors qu'ils ont une note égale ou supérieure à celle de la moyenne du grade.
- Une réduction intermédiaire modulée en fonction de la note administrative obtenue par l'agent et pouvant aller de 15 jours à 11 mois selon la catégorie de l'agent et la durée moyenne de l'échelon concerné.

Cette pratique de l'avancement intermédiaire, bien que commune à de nombreux établissements hospitaliers, est irrégulière. Elle est fondée sur une circulaire du 3 décembre 1959 abrogée qui, au surplus, ne visait que les personnels administratifs des établissements hospitaliers, à l'exclusion des personnels soignants et médico-techniques.

En 2013, le CHU a recensé 1 435 agents promouvables tous budgets confondus dont 1 412 pour le seul budget principal. 459 d'entre eux (449 pour le budget principal), soit un peu moins d'un tiers des promouvables, ont bénéficié d'un avancement minimum, 67 % (958 agents

dont 945 pour le seul budget principal) ont profité de l'avancement intermédiaire et seulement 1,25 % d'entre eux (18 agents) ont eu un avancement à la cadence moyenne.

De surcroît, pour 21 % des agents ayant bénéficié d'un avancement intermédiaire, la réduction accordée était de 10 ou 11 mois, donc très proche de l'avancement à la durée minimum, et pour près de 580 agents (60 % des bénéficiaires de l'avancement intermédiaire et 40 % des agents promouvables), les réductions accordées sont supérieures à six mois.

Loin de la règle qui impose l'avancement moyen comme norme et l'avancement accéléré comme exception liée à la valeur de l'agent, la pratique du CHU d'Angers a fait de l'avancement moyen une quasi-sanction : en 2013, il ne concerne que 1,25 % des agents promouvables.

La possibilité d'un avancement modulé a été introduite par le décret n° 2010-1153 du 29 septembre 2010 mais elle est réservée aux seuls établissements participant à l'expérimentation de l'entretien professionnel aux lieux et places de la notation pour les années 2011, 2012 et 2013.

L'article 7 de ce décret prévoit effectivement que « *pendant l'expérimentation, l'autorité investie du pouvoir de nomination peut moduler la durée du temps passée dans les échelons, dans la limite des durées prévues par les statuts particuliers et après avis de la commission administrative paritaire compétente, pour les agents dont la valeur professionnelle, appréciée dans le cadre de l'entretien professionnel et exprimée dans le compte rendu de l'entretien professionnel, le justifie.* » Les modalités pratiques de mise en œuvre ont été précisées dans une circulaire DGOS/RH4 n° 2012-14 du 12 janvier 2012.

Le CHU d'Angers ne s'est pas inscrit dans cette expérimentation.

Même si, depuis 2012, il développe peu à peu l'entretien professionnel et de formation au sein des pôles et directions volontaires (actuellement, cela concerne quatre pôles, la DRH et la direction de la facturation), il s'agit d'une démarche interne à l'établissement et non pas du déploiement du dispositif du décret de 2010. Elle n'ouvre donc pas la possibilité d'accorder des réductions d'ancienneté modulées en fonction de l'évaluation des agents.

Au-delà du seul obstacle réglementaire, l'avancement intermédiaire a aussi un coût non négligeable, évalué par la chambre à plus d'1,4 M€ pour l'établissement.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur actuel indique que l'établissement se mettra en conformité avec les règles relatives à la progression de carrière des agents.

4.2.2. Les primes et indemnités

A ce jour, le CHU d'Angers ne dispose pas encore de guide du régime indemnitaire. Il est en cours de réalisation et prendra la forme de fiches thématiques. Certaines de ces fiches ont d'ores et déjà été finalisées et présentées au comité technique d'établissement de janvier 2014. Les autres seront validées ultérieurement, dans le cadre du déploiement de la certification de l'établissement.

Les modalités de calcul et d'attribution de la prime de service (dont le montant total versé a évolué de 6,283 M€ en 2009 à 6,866 M€ en 2013) n'ont pas été actualisées. Elles demeurent régies par deux notes internes anciennes, datant respectivement du 29 janvier 1975 et du 3 décembre 1991.

Pour chaque agent le montant de la prime est calculé sur la base de points et de coefficients qui intègrent directement les jours d'absence et la note administrative (indice terminal brut du grade + 125 points)²² x (nbre de jours d'absence²³ x 1/140^{ème}) x coefficient note administrative), la valeur du point étant elle-même déterminée par le rapport entre le montant total de la prime de service à répartir et le total des points obtenus par l'ensemble des agents éligibles.

Cette pratique favorise automatiquement les agents les moins absents et permet à l'établissement de compenser le surcroît de travail généré par l'absentéisme. Elle s'analyse aussi comme un mécanisme de lutte contre l'absentéisme : non seulement la part de prime allouée aux agents absents diminue mais, la masse à distribuer étant fixe, la part allouée aux agents les moins absents est revalorisée d'autant.

4.3. Le temps de travail du personnel non médical

4.3.1. La durée du travail

Au CHU d'Angers, l'accord local relatif à l'aménagement et à la réduction du temps de travail (RTT) adopté en février 2002 a été actualisé par un guide des règles de gestion du temps de travail. Les durées annuelles de travail y sont ainsi définies :

- 210 jours, soit 1 575 heures pour les agents travaillant de jour en repos fixe et pour les agents de jour effectuant moins de 10 dimanches et jours fériés ;
- 208 jours et 1 560 heures pour les agents à repos variables travaillant de jour et effectuant entre 10 et 19 dimanches ou jours fériés dans l'année civile ;
- 206 jours et 1 545 heures pour les agents à repos variable travaillant de jour et en roulement et effectuant au moins 20 dimanches ou jours fériés dans l'année civile ;
- 1 447 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit.

Le guide précise que, pour les agents à repos fixe et pour les agents effectuant moins de 10 dimanches et jours fériés dans l'année, la durée indiquée est une référence calculée sur la base de huit jours fériés par an. Elle peut donc varier, à la hausse comme à la baisse, en fonction du nombre réel de jours fériés de l'année considérée.

Même si l'on tient compte de cette variation, la durée annuelle appliquée au CHU d'Angers ne correspond pas à la durée réglementaire de 1 607 heures fixée par le décret du 4 janvier 2002 modifié. La différence s'explique par le mode de calcul retenu par le centre hospitalier : le nombre de jours de congés annuels retenu n'est pas de 25 jours mais de 28 jours, incluant automatiquement le jour de fractionnement et les deux jours hors saison.

²² L'IM est proratisé en fonction de la quotité de travail et de la date de prise de poste.

²³ Si le nombre de jours d'absence est supérieur à sept jours, alors il est calculé sur la base de 5/7^{ème} ; s'il est inférieur à sept jours, il est calculé sur la base de 6/7^{ème}.

Cette pratique est contraire à la réglementation. Si les jours de fractionnement et hors saison viennent effectivement moduler la durée annuelle de travail, ils ne sont accordés que sous certaines conditions (qui seront examinées ci-dessous) et ne devraient pas être pris en compte de manière forfaitaire dans l'assiette du calcul.

Sur la période contrôlée, l'application stricte des règles de calcul pour les agents en repos fixe, donc sans intégration automatique des trois jours conditionnels, aurait abouti à une obligation annuelle de travail supérieure dans tous les cas de figure à 1 575 heures :

	nbre de jours annuels	nbre de jours de repos hebdomadaire	nbre de jours fériés*	nbre de jours congés annuels	jours RTT pour 7h30 incluant la journée de solidarité	obligation annuelle de travail en jours	obligation annuelle de travail en heures
2009	365	104	8	25	15	213	1 597,5
2010	365	104	6	25	15	215	1 612,5
2011	365	105	6	25	15	214	1 605,0
2012	366	105	7	25	15	214	1 605,0
2013	365	104	9	25	15	212	1 590,0

* hors lundi de Pentecôte

Source : outil de calcul de l'OAT mis à disposition par l'ANAP

Selon la direction des ressources humaines (DRH) du CHU d'Angers, le temps de travail réel des agents mesuré selon une moyenne des agents présents au 31 décembre 2013 présente des écarts faibles au regard des dispositions réglementaires, à l'exception du travail de nuit. Pour les agents à repos variable, il semble même que l'obligation légale soit dépassée.

4.3.1.1. Le droit à congés

Au centre hospitalier universitaire d'Angers, pour les agents à repos fixe, la durée hebdomadaire de travail retenue est de 37 heures 30. Elle ouvre donc droit à 15 jours de RTT qui viennent en complément des 25 jours de congés ordinaires. Quant à la journée de solidarité, elle est fixée le lundi de la Pentecôte, à charge pour les agents « *dont la présence n'est pas requise dans le cadre de cette activité réduite* » de poser obligatoirement un jour de congé (RTT ou congé annuel). Pour les autres, travailler ce jour-là n'ouvre plus droit à compensation ou récupération²⁴.

A ces 40 jours, s'ajoutent les jours fériés et les autorisations d'absences accordées aux agents (notamment pour des événements familiaux et pour enfants malades) et dont les modalités d'application au CHU d'Angers n'appellent pas d'observation.

Enfin, peuvent être ajoutés de un à trois jours supplémentaires pour les agents remplissant les conditions d'attribution du jour de fractionnement et des deux jours hors saison de congés hors période.

En réalité, le CHU d'Angers accorde automatiquement ces trois jours supplémentaires à tous les agents, sans que le respect des conditions d'attribution rappelées ci-dessus ne soit vérifié. Cette pratique, formalisée dans l'accord local de février 2002²⁵, n'est pas mentionnée

²⁴ Source : guide interne de gestion du temps de travail du CHU d'Angers, p. 22.

²⁵ Point 6.1 de l'accord local : « *Le jour de fractionnement et les deux jours hors saison sont accordés sans conditions spécifiques, ce qui porte le droit à congés annuels à 28 jours ouvrés pour l'ensemble du personnel* »

dans le guide de gestion du temps de travail ; cependant le temps de travail annuel de chaque catégorie d'agents est bien calculé sur la base de 28 jours de congés annuels.

Même si dans les faits, un grand nombre d'agents remplissent les conditions d'obtention de ces jours conditionnels, la pratique du CHU ne respecte pas les dispositions du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des EPS.

Elle conduit à diminuer l'obligation annuelle de travail pour tous les agents sans distinction de situation. C'est particulièrement contestable pour les agents arrivés en cours d'année et dont le droit à congé est aussi calculé sur la base de 28 jours de congés (au prorata de leur temps de présence dans l'établissement) alors même qu'il leur est parfois impossible de remplir les critères permettant l'octroi des jours conditionnels²⁶.

4.3.1.2. L'impact des absences sur les droits à RTT

Depuis le 1^{er} janvier 2011, en application de l'article 115 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010, les absences pour raison de santé ne peuvent plus générer de droits à RTT.

Il en découle deux conséquences :

- d'une part, en cas de congé maladie, un abattement doit être appliqué dès le premier jour d'absence si les droits à RTT de l'année sont crédités dès le 1^{er} janvier sur le compte de l'agent ou, s'ils sont crédités au fur et à mesure de leur constitution, ils sont suspendus pendant toute la durée de l'arrêt,
- d'autre part, cette mesure ne s'applique qu'aux absences pour raison de santé ; par conséquent, les congés maternité, paternité, adoption, formation continuent à générer des droits à RTT.

Dans une note de service du 4 novembre 2013, la DRH a modifié la pratique du CHU concernant les congés de maternité, d'adoption et de paternité afin de la mettre en conformité avec la nouvelle réglementation.

En revanche, s'agissant des absences pour maladie, l'hôpital a maintenu son dispositif antérieur. Contrairement aux dispositions de l'article 115 susmentionné, l'hôpital ne réduit les droits à RTT de ses agents qu'à compter du 11^{ème} jour d'absence pour maladie et non pas dès le premier jour.

En pratique, chaque agent bénéficie, pour une année civile, d'une franchise de 10 jours ouvrés (soit 75 heures) sur ses congés maladie lui permettant de continuer à générer des droits à RTT. Cette dotation se traduit par cinq heures de RTT conservées, soit plus d'une demi-journée de congé par agent.

En 2013, la DRH du CHU a comptabilisé 104 464 journées d'absence pour raisons médicales (hors congés maternité, paternité, formation et autres), dont 53 198 jours pour les seules maladies ordinaires. Rapportées à l'effectif moyen de l'année (4 768,15 effectif moyen de

²⁶ Voir page 34 du guide de gestion du temps de travail ; un agent travaillant trois mois au CHU a droit à sept jours de congés annuels, soit 3/12^{ème} de 28 jours ; pour une période de présence d'un mois, le droit à congés est de 2,3 jours.

l'année), ces absences pour maladie ordinaire représentent plus de 11 jours d'absence par agent²⁷.

Le maintien des droits à RTT pendant les 10 premiers jours de congé maladie se traduit donc pour l'établissement par une perte potentielle de 23 840 heures de travail, soit près de 3 179 journées de travail de 7 heures 30²⁸. La même année, le nombre de journées de travail théorique étant de 207 jours minimum (après retrait des jours de fractionnement, du jour hors période et des repos compensateur), la perte pour l'hôpital (calculée sur les seules absences pour maladie ordinaire), représenterait le temps de travail de 15,35 agents ETP.

4.3.2. Le compte épargne temps

Depuis le décret n° 2002-788 du 3 mai 2002, les agents titulaires et non titulaires de la fonction publique hospitalière peuvent ouvrir un compte épargne temps (CET) sur lequel ils épargnent leurs droits à congés rémunérés. Le dispositif a été profondément modifié en 2012 par le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 complété par une circulaire du 5 février 2013.

Au CHU d'Angers, les modalités d'alimentation et d'utilisation du CET décrites dans une note du 7 février 2014 et dans le guide de gestion du temps de travail (chapitre 17, p. 106 et suivantes) ne sont pas conformes aux dispositions du décret du 3 mai 2002 modifié.

Le guide de gestion du temps de travail n'a pas été mis à jour suite à la réforme de 2012. Y sont mentionnées toutes les limites abrogées par le décret du 6 décembre 2012 : plafond d'alimentation annuel de 22 jours dont cinq jours maximum de congés annuels et 15 jours maximum de RTT, plancher de 20 jours avant de pouvoir utiliser le CET, durée minimale de cinq jours ouvrés de congés, délai de prévenance avant utilisation du CET et durée de validité de ce dernier limitée à 10 ans.

Quant à la note du 7 février 2014, si elle reprend l'essentiel de la réforme, elle limite toutefois l'alimentation annuelle du CET à huit jours de congés annuels et à deux jours d'heures supplémentaires par an. Si le CHU estime que la limite de huit jours (au lieu des cinq jours réglementaires) est la traduction du plancher réglementaire de 20 jours de congés annuels incompressibles, on retrouve ici la pratique déjà critiquée sur l'intégration systématique des trois jours de congés hors saison et de fractionnement dans les congés annuels. Par ailleurs, la limite fixée pour les heures supplémentaires n'est pas conforme au décret de 2012.

Recommandation n° 2 : la chambre recommande au CHU d'Angers de modifier son guide de gestion du temps de travail afin de le mettre en conformité avec la réglementation applicable sur le temps de travail, les droits à congés et le compte épargne temps.

Dans sa réponse aux observations provisoires, l'ordonnateur actuel indique que l'établissement appliquera les dispositions réglementaires en vigueur, s'agissant de la recommandation relative à la gestion du temps de travail.

²⁷ La moyenne monte à 22 jours/agent si l'on intègre toutes les autres absences pour motif médical (accidents de trajet et de travail, maladies professionnelles, congés longue durée et longue maladie).

²⁸ 4 768,15 effectifs moyens de l'année x cinq heures de droits à RTT générées par 10 jours d'absence.

Au-delà des règles d'alimentation du CET et de la transposition du nouveau dispositif, la chambre constate qu'un certain nombre de jours RTT non utilisés n'ont pas été versés sur les CET, à la demande des agents réticents face au dispositif. Ces jours sont considérés par le CHU comme des droits à congés capitalisés par les agents et par conséquent récupérables par ces derniers. Pour y faire face, le CHU valorise ces jours épargnés et provisionne au compte 143.

Au 31 décembre 2013, le nombre de jours RTT ainsi mis en réserve hors compte épargne temps s'élève à 26 107,72 jours, tous budgets et toutes catégories de personnel (non médical) confondus (25 346,39 jours pour le seul budget principal).

Cette pratique est contraire aux dispositions relatives aux congés annuels des personnels hospitaliers telles qu'elles résultent du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002²⁹. Il en résulte que tout jour de congé non pris au cours de l'année au titre de laquelle il a été acquis doit être imputé sur un CET. A défaut, il est perdu pour l'agent, sauf autorisation exceptionnelle de la direction. Aucune autre possibilité de conservation des jours acquis ou de report n'existe (à l'exception des reports motivés par des congés pour raison de santé dont le régime est précisé par une circulaire du 20 mars 2013³⁰).

4.3.3. Le taux d'absentéisme

Au CHU d'Angers, en 2012 et 2013, le taux d'absentéisme pour motif médical et non médical est en moyenne de 8,43 % (pour le budget principal) avec une tendance à la diminution : de 8,62 % en 2012, il passe à 8,24 % en 2013. Ces données placent l'établissement au-dessus de la moyenne nationale qui était de 7,41 % pour les CHU en 2012³¹.

Malgré l'augmentation de l'effectif moyen annuel, le nombre de jours d'absence pour raisons médicales a diminué de 1 034 journées entre 2012 et 2013, soit près de 1 % d'amélioration. Cette bonne évolution s'explique essentiellement par la diminution des arrêts pour longue durée et longue maladie (- 2 383 journées d'absence).

Quant à l'augmentation apparente des absences pour maladies ordinaires (+ 1,73 %, soit 905 journées), elle est cohérente avec la croissance des effectifs (+ 57 EMA³²) et est peu significative : de 11,10 jours d'absence/agent pour maladie ordinaire en 2012, on passe à 11,16 jours en 2013. L'introduction de la journée de carence n'a donc pas été opérante pour limiter l'absentéisme pour maladie ordinaire dans cet hôpital.

En revanche, l'augmentation des accidents de travail est plus préoccupante : + 12 % entre 2012 et 2013 (+ 731 journées).

²⁹Article 4 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 «*Le congé dû pour une année de service accompli ne peut se reporter sur l'année suivante, sauf autorisation exceptionnelle accordée par l'autorité investie du pouvoir de nomination. Les congés non pris au titre d'une année de service accompli peuvent alimenter un compte épargne temps, selon des modalités définies par décret. Un congé non pris ne donne lieu à aucune indemnité compensatrice.*»

³⁰ Circulaire n° DGOS/RH3/DGCS/4B/2013/121 du 20 mars 2013 relative à l'incidence des congés pour raisons de santé sur le report des congés annuels des fonctionnaires hospitaliers.

³¹ Source : Rapport de l'ATIH, janvier 2014, analyse des bilans sociaux des établissements publics de santé à fin 2012.

³² EMA : Effectif moyen annuel.

4.4. Le temps de travail médical et la permanence des soins

4.4.1. Le tableau de service mensuel

En application du dernier alinéa de l'article R. 6152-26 du code de la santé publique (CSP), un tableau de service nominatif est élaboré chaque mois pour tous les praticiens hospitaliers. Ce tableau doit être arrêté par le directeur de l'établissement sur proposition du chef de service ou du responsable de la structure.

Au CHU d'Angers, l'élaboration des tableaux mensuels nominatifs relève de la responsabilité des praticiens eux-mêmes. La direction des affaires médicales (DAM) n'est pas destinataire de ces tableaux individuels. Seul le tableau nominatif établi pour le service lui est transmis par le chef de service.

Devant le faible taux de remplissage des tableaux constaté jusqu'en 2011, la DAM a engagé une campagne de sensibilisation auprès des praticiens sur la nécessité réglementaire de se plier à cette formalité. Cette intervention, menée en concertation avec le trésorier, semble avoir porté ses fruits.

L'examen des pièces justificatives de la paye des mois de février et novembre 2012³³ sur six services³⁴ a effectivement permis de constater une très nette amélioration. Contrairement à la situation fin 2011, en novembre 2012, tous les justificatifs individuels d'indemnités de gardes sont cohérents avec les tableaux de service des disciplines examinées.

Pour autant, cette pratique déclarative sans contrôle est non réglementaire et présente un risque en termes de fiabilité et d'exhaustivité des tableaux. Un renforcement du rôle de la direction des affaires médicales dans le suivi des tableaux, notamment en ne faisant pas reposer leur validation sur le seul chef de structure, permettrait de limiter ce risque.

Recommandation n° 3 : la chambre recommande le renforcement du rôle de la direction des affaires médicales dans le suivi des tableaux mensuels de service prévus à l'article R. 6152-26 du code de la santé publique.

4.4.2. La mise en œuvre du temps de travail additionnel

Le temps de travail additionnel (TTA) est défini et organisé par l'article R. 6152-27 du CSP et l'article 4 de l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique. Un arrêté du 8 novembre 2013, complété par une instruction du 31 mars 2014, a modifié cet article, notamment en renforçant le caractère volontaire du temps de travail additionnel et en instituant des registres de temps travaillé.

Au CHU d'Angers, la CME, après avis de la commission d'organisation de la permanence des soins (COPS) a arrêté, dès 2009, les services pouvant bénéficier de plages de temps de travail additionnel, ainsi que le plafond de plages pouvant être indemnisées. Depuis 2009, seul le plafond du service de cardiologie a été réévalué (en 2012), l'analyse des tableaux

³³ Compte tenu du décalage entre la constatation du service fait et l'indemnisation de la permanence des soins, les tableaux de service de décembre 2011 sont joints à la paye de février 2012 et ceux de septembre 2012 à la paye de novembre 2012.

³⁴ Chirurgie cardio-vasculaire, gynéco-obstétrique, pneumologie, ORL, ophtalmologie et chirurgie viscérale.

de service ayant révélé un décalage conséquent entre le nombre de plages de TTA réalisées et le nombre de plages indemnisées (50 % seulement des plages réalisées étaient rémunérées contre 86 à 100 % pour les autres services autorisés à recourir à du TTA). Au-delà du plafond fixé dans le contrat, les périodes de temps additionnel ne sont pas indemnisées.

Outre ces services, le pôle anesthésie-réanimation est aussi autorisé à recourir au TTA à hauteur de 540 plages. Contrairement aux autres services, la COPS n'a pas validé cette répartition. En 2008, pour faire face à la vacance de postes dans cette discipline, elle avait validé l'attribution de 450 plages de TTA. En 2011, face à une nouvelle dégradation de l'emploi, la direction des affaires médicales, dans l'urgence et à titre exceptionnel, a autorisé le chef de département à augmenter de nouveau le nombre de plages de TTA indemnisées. Cette décision n'a pas été soumise à la COPS. Les difficultés de recrutement perdurant dans cette discipline, les plages additionnelles autorisées ont été maintenues à 450 et la COPS en a été informé oralement lors de sa réunion du 3 mai 2012.

L'urgence et la nécessité d'assurer la permanence médicale dans un secteur fortement carencé en praticiens (15 postes vacants en 2013) peuvent justifier que l'établissement se soit affranchi de la validation de la COPS. En revanche, il est regrettable qu'en 2012 la direction n'ait pas joint ce point à celui de la réévaluation des plages additionnelles attribuées au service de cardiologie.

Par ailleurs, malgré une note interne du 18 décembre 2013, les évolutions apportées par l'arrêté du 8 novembre 2013 précité dans le recours au TTA ne sont pas intégralement mises en œuvre au CHU. La pratique de l'établissement n'a pas été modifiée et demeure même assez éloignée de la nouvelle réglementation sur plusieurs points.

En premier lieu, le CHU d'Angers ne contractualise pas avec chaque praticien acceptant de réaliser du TTA. Seuls des contrats de service sont passés entre la direction et les services autorisés à recourir au TTA, à charge ensuite pour le chef de service de répartir les plages accordées entre les praticiens de son service.

Si jusqu'en 2013, la rédaction de l'arrêté du 30 avril 2003 pouvait laisser penser que le contrat individuel n'était qu'une possibilité et non une obligation, les termes du nouvel arrêté du 8 novembre 2013 sont sans ambiguïté sur son caractère obligatoire : *« que le recours au temps additionnel soit prévisible ou ponctuel, l'engagement du praticien donne lieu à la signature d'un contrat de temps de travail additionnel par le praticien, le responsable de la structure, le chef de pôle et le directeur de l'établissement. »*

La dernière instruction du ministère de la santé, datée du 31 mars 2014, renforce encore ce caractère obligatoire : *« en lien avec le volontariat et l'accord explicite du praticien, les aspects relatifs à la contractualisation sont systématisés : l'obligation de conclure un contrat par lequel le praticien accepte d'effectuer du temps de travail additionnel vise aussi bien les situations de recours prévisionnel que de recours ponctuel à du temps de travail additionnel. »*

En second lieu, l'indemnisation des plages de TTA intervient en fin d'année et non à la fin de chaque quadrimestre comme prévu par l'arrêté de 2003. Seuls les services d'anesthésie-réanimation et de chirurgie viscérale (depuis 2012) sont indemnisés au quadrimestre.

Si les arguments développés par l'établissement pour justifier sa pratique dérogatoire (meilleure maîtrise du coût du TTA, plus grande souplesse de gestion dans l'organisation de la PDS, équilibrage annuel entre les plages indemnisées et les plages récupérées) pouvaient être admis avant la réforme de 2013, le nouveau régime³⁵ met expressément l'accent sur l'engagement personnel de chaque praticien concerné, et sur l'obligation d'indemnisation du TTA au terme de chaque quadrimestre.

La chambre souligne, par ailleurs, que le nouveau dispositif ne remet pas en cause le contrat entre le service et l'établissement. Il impose même l'inscription des besoins prévisionnels de recours à des contrats de TTA dans les contrats de pôle (article 4 alinéa 7 de l'arrêté du 30 avril 2003 modifié). En revanche, cette contractualisation générale doit obligatoirement être déclinée en contrats individuels avec chacun des praticiens concernés.

Par ailleurs, la chambre observe que le CHU n'a pas encore mis en place les registres de temps de travail additionnel, instaurés par l'arrêté du 8 novembre 2013. Ces registres doivent comporter les contrats individuels de TTA signés, la spécialité concernée et les période et heures de TTA effectuées par chacun des praticiens concernés. L'hôpital estime néanmoins disposer des éléments nécessaires pour les compléter.

La pratique de contractualisation et de plafonnement par service a permis au CHU d'Angers de maîtriser l'évolution des périodes de TTA indemnisées. Cependant, la chambre rappelle que des ajustements sont désormais nécessaires, en application de la nouvelle réglementation applicable en matière de temps de travail additionnel.

4.4.3. Le versement d'indemnités de temps de travail additionnel aux praticiens intérimaires

Malgré la quasi-stabilité des plages de TTA contractualisées, le coût du TTA s'est alourdi sur la période 2009-2013, passant de 1,053 M€ en 2009 à 1,714 M€ en 2013.

En sus du temps de travail additionnel défini dans les contrats de service, des indemnités de temps additionnel sont versées à des praticiens intérimaires, recrutés pour combler les vacances de postes en anesthésie-réanimation.

En 2012, 352 plages additionnelles ont été payées à ce titre, ce qui représente près de 158,8 k€ (en coût chargé). En 2013, la situation s'est dégradée avec 914 plages additionnelles payées dans ce contexte de pénurie pour un coût total de 411,3 k€. La pratique du centre hospitalier est irrégulière.

Les articles R. 6152-416 et D. 6152-417 du CSP fixent strictement le régime de rémunération des praticiens contractuels : elle ne peut en aucun cas dépasser la rémunération d'un praticien parvenu au 4^{ème} échelon de sa carrière + 10 % ; comme pour les praticiens, des indemnités peuvent être versées en sus de la rémunération principale dès lors que les intéressés effectuent du temps de travail additionnel, des astreintes, des gardes ou des déplacements.

Au CHU d'Angers, les indemnités versées pour temps de travail additionnel ne correspondent pas à du service fait au-delà des obligations de service hebdomadaire mais seulement à un complément de rémunération. L'objectif de cet hôpital est de pouvoir, grâce aux

³⁵ Soit l'arrêté précité du 8 novembre 2013 et l'instruction précitée du 31 mars 2014.

indemnités de TTA, atteindre le niveau de rémunération demandé par l'agence d'intérim pour ces praticiens intérimaires, lequel est supérieur au plafond réglementaire.

Cet arrangement est contraire aux dispositions des articles précités du CSP. Il est aussi irrégulier au regard du décret n° 2012-1246 du 7 novembre 2012 relatif à la gestion budgétaire et comptable publique en application duquel l'ordonnateur est responsable de la certification du service fait (article 31).

Le CHU, pleinement conscient de la situation, a expérimenté d'autres moyens de recrutement avec une réussite mitigée : transformation de postes de praticiens hospitaliers (PH) anesthésistes en infirmiers anesthésistes (IADE), fidélisation des jeunes anesthésistes par un recrutement au 4^{ème} échelon + 10 %, recrutement de PH anesthésistes sur contrat en cumul emploi-retraite, diffusion d'annonces dans les revues spécialisées, passage par un cabinet de recrutement de praticiens étrangers... Cependant, selon le CHU, la carence en PH anesthésistes est générale sur la région des Pays de la Loire, ce qui rend inopérantes les conventions de temps partagé avec d'autres établissements, tous se heurtant aux mêmes difficultés de recrutement.

Il résulte de ces difficultés, prégnantes depuis quelques années, que cet hôpital est contraint d'accepter les conditions financières de l'agence d'intérim cocontractante pour pouvoir assurer le bon fonctionnement de ses services, conformément à l'article L. 6113-1 du CSP.

La récente démarche du CHU vers la mise en œuvre d'un accord-cadre pour l'intérim médical devrait mettre fin à cette pratique irrégulière.

En effet, fin juillet 2014, devant la prolongation de cette situation et le risque de voir d'autres disciplines atteintes par des difficultés de recrutement, le centre hospitalier a engagé une procédure d'appel d'offres pour la passation d'un accord-cadre dont l'objet est « *la réalisation de prestations de mise à disposition de personnel intérimaire dans le domaine médical* ». L'objectif est de pourvoir aux besoins en intérim médical de l'établissement en recourant à des prestataires de service chargés de mettre des praticiens à disposition du centre hospitalier en tant que de besoin et de les rémunérer.

4.4.4. Le coût de la permanence des soins

Le coût total des gardes et astreintes a progressé de 2,6 % sur la période 2009-2013. Cette évolution est cohérente avec l'augmentation du *numerus clausus* d'internes et avec les données d'activité du CHU.

En incluant le temps de travail additionnel, qui couvre notamment le paiement de temps de travail additionnel à des praticiens vacataires recrutés pour faire face au déficit d'anesthésistes-réanimateurs (voir précédemment), le coût total de la permanence des soins est en augmentation de 13,6 % (annexe 8).

La permanence des soins étant une des missions de service public assignées aux établissements publics de santé par l'article L. 6112-1 du CSP modifié par la loi HPST³⁶ du 21 juillet 2009, elle bénéficie d'un financement particulier par des crédits spécifiques en « mission d'intérêt général » (MIG). Depuis 2012 et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 (article 65), cette mission est financée par le FIR, fonds d'intervention régional.

³⁶ HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

Au CHU d'Angers, les crédits MIG couvrent en moyenne 83 % du coût total de la permanence de soins (PDS). Mais là encore, l'utilisation depuis 2012 des indemnités pour temps additionnel comme complément de rémunération pour les médecins intérimaires pèse lourd sur le budget de l'hôpital : en 2013, l'enveloppe FIR ne représente que 76 % du coût de la PDS contre 78 % en 2009 et même 90 % en 2010 et 2011. Il en résulte une augmentation conséquente du coût net de la PDS sur la fin de période : elle a doublé entre 2010 et 2011 et s'est encore accrue de plus de 30 % en 2013 (annexe 9).

5. La fiabilité des comptes et la situation financière

Liminaire

Le CHU d'Angers fait partie du premier contingent d'hôpitaux qui devront s'engager pour la certification de leurs comptes à compter de 2014. A cet effet, cet établissement s'est, dès 2012, préparé en organisant une revue complète de la présentation de ses comptes.

Ainsi, une opération massive de sortie d'actifs immobilisés a été réalisée pour ce qui concerne des équipements anciens et totalement amortis pour la quasi-totalité (principalement des équipements biomédicaux et du matériel informatique). Cette opération a eu pour effet de faire baisser la valeur brute de l'actif immobilisé de 490,6 M€ fin 2011 à 473,9 M€ fin 2012, sans pour autant modifier la valeur de l'actif net immobilisé.

Dans le même temps, l'hôpital a réalisé un élargissement du périmètre des stocks valorisés à la clôture de l'exercice 2012 pour certains produits qualifiés de « hors stocks » les années précédentes. Il s'agit principalement du stock de produits de chimiothérapie, des stocks des laboratoires d'analyse (réactifs principalement) et du stock de médicaments qui se trouvent dans les services de soins. La prise en compte de ces stocks a eu pour effet d'augmenter la valeur total du stock inscrit au bilan de 3,9 M€ fin 2011 à 6,3 M€ fin 2012 et 7,3M€ fin 2013.

Par ailleurs, la pratique d'inscription des crédits en provisions a été modifiée pour certaines recettes. Ainsi, jusqu'en 2011 les subventions de recherche (hors MIG) étaient comptabilisées en recettes d'exploitation pour leur totalité l'année de leur perception ; puis la part non consommée de la subvention était provisionnée dans un compte « provisions pour charges ». Depuis 2012, la part non consommée de ces subventions³⁷ est portée en « produits constatés d'avance »³⁸ après annulation de la fraction correspondante, cette dernière étant réémise l'année suivante.

La même méthode était pratiquée pour les missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC), comptabilisées en totalité en recettes du titre 1 (au compte 73118) jusqu'en 2011³⁹. Depuis 2012, la part des crédits de ces MIGAC relative à l'année n+1 est comptabilisée en produits constatés d'avance à la clôture de l'exercice.

³⁷ Cette part non consommée est de 0,6M€ en 2012.

³⁸ Compte 487 en contrepartie des autres produits de gestion courante du chapitre 75 en section de fonctionnement.

³⁹ C'est notamment le cas pour la MIG relative au financement des internes.

Certains éléments du compte de résultat ont changé d'imputation comptable ; il s'agit principalement de la comptabilisation de certaines MIGAC inscrites jusqu'en 2011 au titre 1 au compte 73118 et, à compter de 2012, au titre 3 au compte 7471 dans le cadre de la création d'un fonds d'intervention régionale (FIR)⁴⁰.

Pour 2013, ces modifications n'ont pas d'incidence notable sur l'analyse des tendances budgétaires par titre, mais elles influent sur l'analyse financière qui est présentée plus loin en tenant compte de l'ensemble de ces retraitements.

5.1. La fiabilité des comptes

La vérification du compte financier a été faite au regard des nouvelles dispositions des décrets n° 2012-1247 du 7 novembre 2012 et n° 2013-1238 du 23 décembre 2013. Elle a porté sur le compte financier de 2013, dernier compte produit à la chambre durant l'instruction et n'appelle pas d'observation. Il en est de même pour la conformité de l'état de l'actif, la comptabilisation des reports de charges et produits et des intérêts courus non échus (ICNE), ainsi que leur rattachement à l'exercice considéré tout comme les charges et produits constatés d'avance. Enfin la justification des charges à payer et produits à recevoir est complète et n'appelle pas de remarque.

5.1.1. Les provisions

5.1.1.1. *Les provisions pour renouvellement des immobilisations (compte 142)*

Selon les éléments communiqués par l'ARS, le CHU d'Angers a perçu 11,845 M€ de dotations au titre de la compensation des charges d'investissement en section de fonctionnement entre 2009 et 2013⁴¹. Ce montant correspond à :

- 7 M€ de dotations liées aux opérations immobilières dans le cadre du plan hôpital 2007 ;
- 2,4 M€ de dotations liées aux opérations immobilières dans le cadre du plan hôpital 2012 ;
- 2,4 M€ de dotations au titre du système d'information hospitalier.

Ces dotations perçues en financement d'actions contractuelles auraient dû faire l'objet d'un provisionnement à même hauteur avec une reprise chaque année pour financer les surcoûts calculés.

Seulement 6,6 M€ ont été provisionnés, ce qui occasionne un manque de crédits en haut de bilan de 5,3 M€, dont 5,2 M€ d'insuffisance de provisions pour les trois premières années (2009 à 2011) et 94 k€ pour 2012 et 2013 (annexe 10).

Cependant, selon les informations délivrées par le CHU, les reprises réalisées ont été inférieures à ce qu'elles auraient dû être.

En tout état de cause, même si l'on prend en compte les corrections résultant du niveau de ces reprises, l'incidence budgétaire de cette pratique conduit à un résultat budgétaire sous-estimé de 588 k€ pour la seule année 2013. Après prise en compte des reprises qui auraient dues

⁴⁰ Le FIR a été créé par la circulaire du ministère de la santé n° SG/2012/145 du 9 mars 2012 qui indique que certaines MIGAC sont désormais financées à l'aide du FIR à compter du 1^{er} mars 2012. Il s'agit principalement pour le CHU de la permanence des soins, du CDAG, des actions en éducation thérapeutique.

⁴¹ Notamment les intérêts d'emprunts et les dotations aux amortissements.

être réalisées sur la totalité de la période 2009-2013, les résultats budgétaires ont été globalement surestimés de 2,8 M€, dont 4,3 M€ d'insuffisances de provisions entre 2009 et 2011 corrigés par 1,4 M€ d'excédents de provisions entre 2012 et 2013.

5.1.1.2. Les provisions au titre du Compte Epargne Temps (compte 143)

Au cours de la période 2009-2013, deux techniques de provisionnement ont été appliquées pour le paiement des jours dus au titre du compte épargne temps.

Dans un premier temps, tout en laissant un solde créditeur fixe de 1,8 M€ en 2009 et 2010, le CHU a provisionné la valorisation financière des jours épargnés constatés pour les années 2011 et 2012 au compte 158 « provisions pour charges ».

Par la suite, dans le cadre de la certification de ses comptes pour 2014, une régularisation de ces écritures non règlementaires a été faite par l'inscription de la totalité de la valorisation financière de ces jours épargnés au compte 143, comme le prévoit l'instruction M 21. Cette action explique l'essentiel de la hausse significative des provisions réglementées et la baisse marquée des provisions pour charges au bilan⁴².

En outre, des difficultés ont subsisté jusqu'en 2014 dans l'évaluation financière des jours épargnés par l'ensemble des personnels non médicaux, notamment sur le montant de la valorisation des charges sociales⁴³, ce qui a conduit à provisionner un montant de 1,48 M€ contre 0,973 M€ seulement nécessaires.

Enfin, le CHU précise qu'il inscrit depuis 2002 au compte 143 des montants correspondant à des jours de RTT non utilisés par les agents mais non enregistrés dans un compte épargne temps, ces agents ayant refusé l'ouverture de ce type crédit. Le CHU considère que ces journées RTT non utilisées constituent une créance détenue par les agents concernés sur l'hôpital. Comme cela a déjà été mentionné plus haut, seuls les jours épargnés sur un CET ouvrent des droits à indemnisation pour les agents concernés. Le CHU n'est dès lors pas « redevable » envers les agents « réfractaires » au dispositif légal en vigueur. Le volume budgétaire correspondant à ces jours non enregistrés en compte épargne temps est de près de 3 M€ pour le seul budget principal (3,1 M€ pour le budget consolidé).

5.1.1.3. Les provisions pour risques et charges (comptes 151, 157 et 158)

L'examen des provisions inscrites aux comptes 151 et 1572 n'appelle pas d'observation. En revanche, les modifications de pratique dans d'autres comptes de provisions sont sujettes à explications.

⁴² Il est à noter qu'à compter de l'année 2014, la valorisation du CET est désormais inscrite dans le nouveau compte 153.

⁴³ Ainsi, pour les personnels non médicaux, les provisions font l'objet d'une valorisation différenciée selon la catégorie de l'agent (Catégorie A : 125 €/jour ; Catégorie B : 80 €/jour et catégorie C : 65 €/jour, (arrêté ministériel du 6 décembre 2012)), à laquelle a été ajouté un taux de charges sociales estimé à 50 % du brut pour l'ensemble des personnels alors que les titulaires sont affectés d'un taux de 18,09 % du montant des CET valorisés et les contractuels de 55,60 %.

5.1.1.3.1. Les autres provisions pour risques et charges (compte 158)

Selon les explications apportées par le CHU, ce compte comprend principalement les provisions liées à la recherche clinique, aux indus liés au contrôle externe, aux litiges et aux engagements sociaux. Ci-dessous, sont exposés les principes et méthodes retenus pour leur constitution et leur suivi :

- Provisions pour recherche clinique : Fin 2013 le montant de ces provisions est de 6 138 617 €.

Jusqu'à juin 2013, l'ensemble des versements reçus au titre de la recherche étaient comptabilisés en recettes de gestion courante (compte de racine 7548), en subvention d'exploitation (comptes de racine 74) ou dans les recettes d'assurance maladie (compte de racine 73) pour ce qui relève des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation (MERRI) et des MIGAC (programme hospitalier de recherche clinique, principalement). Une provision était constatée à hauteur des crédits non consommés. La provision de l'exercice 2013 a été réajustée à hauteur des dépenses réalisées pour les recettes de recherche qui avaient fait l'objet d'une provision lors des exercices antérieurs.

Les contrats ou conventions signées à compter de juin 2013 sont suivis comme des « ressources affectées ». Peuvent être considérées comme des « ressources affectées » les opérations remplissant les caractéristiques suivantes :

- la recette a une affectation précise, c'est à dire que l'établissement doit en faire un usage spécifique, défini par le bailleur de fonds ;
- le montant de la recette est égal au montant de la charge qui incombe à l'établissement public ;
- la recette n'est définitivement acquise à l'établissement public que lorsque celui-ci a effectué la dépense correspondante.

Cette dernière méthode a l'avantage de ne comptabiliser budgétairement que les crédits utilisés au cours de l'année en question. Ainsi, depuis 2013, les nouveaux projets sont suivis au moyen des comptes de charges à payer sur ressources affectées (4682) et produits à recevoir sur ressources affectées (4684), ce qui permet à l'hôpital de n'inscrire à son budget que les dépenses de chaque année, compensée par l'émission d'un titre de recettes en contrepartie du compte 4682 correspondant ; à charge pour lui de suivre les encaissements contractuels au moyen du développement détaillé du compte 4684 « produits à recevoir sur ressources affectées ».

Ainsi, l'impact budgétaire des dotations liées à la recherche est désormais neutre pour le budget de l'hôpital qui devrait être capable de fournir une information précise aux équipes engagées dans les programmes de recherche, tout en faisant apparaître clairement le soutien budgétaire direct qu'il consacre à cette mission.

Par ailleurs, certains crédits de recherche (PHRC⁴⁴, DRCI⁴⁵, CRC⁴⁶...) sont versés par l'assurance maladie, sous la forme de crédits MIGAC. Les MIG versées font l'objet de produits constatés d'avance pour la part non dépensée.

⁴⁴ PHRC : programme hospitalier de recherche clinique.

⁴⁵ DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation.

⁴⁶ CRC : centre de recherche clinique.

Les autres inscriptions sur ce compte au titre des provisions « promotion professionnelle », des provisions pour indus lié au contrôle externe de l'assurance maladie, et des provisions pour validation de service n'appellent pas d'observation.

5.1.1.3.2. Les provisions pour créances irrécouvrables

Au cours de la période contrôlée, le CHU a procédé à des provisions pour créances irrécouvrables croissantes, de 370 000 € à 581 000 € sur le compte 491 (annexe 11).

Cette politique de provisionnement, décrite dans les principes et méthodes comptables apportés à l'appui du compte financier en vue de la certification des comptes, n'est cependant pas suffisante car l'établissement a comptabilisé chaque année depuis 2009 un montant croissant de créances irrécouvrables de 902 k€ à 1 136 k€.

5.1.2. L'impact de la politique de provisionnement sur les résultats comptables

Il résulte de tout ce qui précède que les résultats comptables, tels qu'ils sont retracés dans les comptes de l'hôpital, ne traduisent pas la situation financière réelle de l'établissement.

En effet, si l'on neutralise les éléments venant affecter la sincérité des comptes⁴⁷, comme le prévoient désormais les dispositions du décret n° 2008-621 du 27 juin 2008 codifiées à l'article D. 6143-40 du code de la santé publique, fin 2013, le budget consolidé du CHU d'Angers ferait apparaître un résultat excédentaire de 1,11 M€ (dont 0,97 M€ pour le seul budget principal) contre 0,28 M€ (dont 0,139 M€ pour le budget principal) enregistré par le comptable.

5.2. La situation budgétaire et financière

L'hôpital décline sa gestion budgétaire et financière à travers quatre budgets :

- Budget principal (budget H), représentant 99 % de la masse budgétaire consolidée avec 453,261 M€ en charges de fonctionnement et 453,401 M€ en produits de fonctionnement au compte financier 2013 ;
- Unité de soins longue durée (budget B) présentant un montant de 2,322 M€ en charges et 2,246 M€ en produits de fonctionnement 2013 ;
- Ecoles et instituts de formation des personnels paramédicaux et sages-femmes présentant un montant de 5,019 M€ en charges et 5,183 M€ en produits de fonctionnement 2013 ;
- Centre de ressources autisme présentant un montant de 1,065 M€ en charges et 1,119 M€ en produits de fonctionnement 2013.

L'analyse budgétaire et financière portera en priorité sur le budget principal, la référence au budget consolidé ne sera évoquée que pour l'évolution des principaux résultats.

⁴⁷ Notamment les insuffisances de provisions au compte épargne temps (197 600 €) et celles relatives aux dépréciations pour créances irrécouvrables.

5.2.1. L'analyse des tendances budgétaires

5.2.1.1. *L'évolution par groupe de charges et produits de fonctionnement*

Tous budgets confondus, le CHU d'Angers présente un résultat de fonctionnement globalement équilibré avec une évolution quasi identique entre les charges et les produits, à l'exception du budget annexe retraçant les activités de long séjour (+ 14,4 % de charges contre + 10,0 % de produits).

Le budget principal, présente cependant une légère aggravation de ses charges (+ 19,03 %) au regard de l'évolution de ses produits (+ 18,96 %).

Il est à noter que l'augmentation d'environ 19 % de la masse budgétaire au compte principal est largement supérieure à l'augmentation constatée de son activité tant pour la seule hospitalisation complète (+ 6 % de résumés de sortie et 3 % de journées d'hospitalisation) qu'en tenant compte de l'ensemble de son activité comprenant, entre autres, les séances et consultations externes (+ 14 % de résumés de sortie au total).

Au budget principal, les charges de personnel, qui représentent 64 % des dépenses totales, progressent de plus de 15,4 % avec une variation moyenne annuelle de plus de 3,6 %. Dans le même temps, les produits provenant de l'assurance maladie, qui représentent 77 % du total des produits, n'augmentent que de 9,3 %, avec une variation moyenne annuelle de 2,25 % (cf. annexe 13).

Le résultat net budgétaire du compte principal présente fin 2013 un équilibre relativement fragile au regard de la masse budgétaire de cet établissement, même si les corrections apportées dans le cadre de la fiabilisation des comptes sont prises en compte.

Le même constat peut être établi pour le budget consolidé (excédent de 281 k€ pour plus de 461,6 M€ de charges et produits).

5.2.1.2. *L'évolution des produits versés par l'assurance maladie*

Les produits versés par l'assurance maladie représentaient plus de 83 % du total des produits de fonctionnement en 2009. Fin 2013, malgré une augmentation globale de 14 % par rapport à 2009, ces produits représentent désormais 81 % du total de l'ensemble des produits de fonctionnement (annexe 12).

La diminution de leur part relative ne peut être imputée à une diminution corollaire de l'activité puisque celle-ci a globalement augmenté de l'ordre de 6 %. Il semble donc que la diminution des tarifs appliqués par l'assurance maladie, conjuguée à une réorientation du mode de prise en charge vers l'activité ambulatoire, moins rémunératrice, explique la baisse de la part relative des recettes de ce CHU.

L'évolution des produits d'activité (+ 10,8 %) est conforme aux résultats d'activité (+ 6 % en hospitalisation complète) ; en outre l'amélioration du codage des actes à compter de 2011 explique l'augmentation constatée de cette dernière année⁴⁸. On constate aussi la part

⁴⁸ En effet, en 2011 le CHU avait perçu plus de 1,9 M€ de rattrapage de recettes par la mise en œuvre du dispositif LAMDA. Les années suivantes 2012 et 2013, ce dispositif de rattrapage est resté à un niveau moyen de + 350 k€ de recettes.

relativement stable des produits de la tarification des séjours sur l'ensemble des recettes d'assurance maladie : 64 % en 2009 et 63 % en 2013.

Les produits des médicaments facturés « en sus » des séjours correspondent principalement aux médicaments innovants et coûteux qui ont fait l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie⁴⁹, ce qui porte la progression des remboursements sur ce poste à 21,56 % depuis 2011.

Les dispositifs médicaux implantables (DMI) figurant aussi sur la liste « en sus » présentent une augmentation importante de 42,28 % depuis 2011.

Le cumul de ces deux catégories (médicaments « en sus » et DMI) montrent plus de 44 % d'augmentation sur la période à compter de 2009, à mettre en relation avec l'évolution de plus de 32 % des dépenses enregistrée au titre II « charges à caractère médicales ».

L'augmentation de près de 32 % du produit des forfaits s'explique par l'augmentation de l'activité des urgences (+ 21 % de passages externes et + 17 % de passages au total en comptant ceux suivis d'hospitalisation), ce poste correspondant à plus de 73 % à ce type de produits (l'autre composante étant liée à l'activité prélèvements et transplantations d'organes).

Au final, le total des produits de l'assurance maladie, enregistrés au titre I de la section de fonctionnement, augmente de 9,33 % sur la période soit 2,25 % de progression moyenne annuelle. Cette évolution traduit l'effort du CHU d'Angers pour développer son attractivité et son activité dans un environnement fortement concurrencé par les cliniques privées. Elle n'est cependant pas suffisante compte tenu de la limitation de la tarification des actes dans un contexte d'augmentation continue des charges. En effet, le développement de l'activité ambulatoire ne s'est pas accompagné de diminutions de lits en hospitalisation complète ce qui conduit à une progression « mécanique » des charges structurelles.

5.2.1.3. L'évolution des charges de personnels

Le périmètre des dépenses de personnel comprend, outre les rémunérations versées, les dotations annuelles au compte épargne temps afin d'obtenir une appréciation la plus précise de ce poste, même si le coût des formations n'est pas pris en compte.

La part relative des charges de personnel dans l'ensemble des charges de fonctionnement est en relative diminution, puisque de 66 % en 2009, ces dépenses ne représentent plus que 64 % du total des charges de fonctionnement en 2013. La raison tient à l'augmentation brute, comme en part relative, dans le total des charges, des dépenses à caractère médical (+ 31 % en valeur, 7 % en moyenne annuelle, et de 20 % en 2009 à 22 % des dépenses de fonctionnement en 2013). De même, elle s'explique par l'évolution des charges de fonctionnement induites par l'effort du CHU en investissement (principalement les intérêts des emprunts et les amortissements) dont l'augmentation est de 3,8 % en moyenne annuelle et de 16 % au cours de la période, soit un montant de près de 5,5 M€.

Toutefois, l'évolution des dépenses de personnel n'est pas sans incidence sur l'évolution de l'équilibre budgétaire du CHU puisqu'avec une augmentation de plus de 15,4 % sur la période et une dynamique moindre des recettes liées à son activité, l'hôpital risque à terme

⁴⁹ Remboursement à hauteur de 15 379 k€ contre 13 631 k€ en 2012, soit une augmentation significative de 1 748 k€ (+ 12,82 %) qui fait suite à une hausse également importante en 2012 par rapport à 2011 (+ 7,58 %).

de rencontrer des difficultés d'équilibre. Ainsi, les dépenses de personnel, qui « consommaient » 78 % des recettes provenant de l'assurance maladie en 2009, représentent près de 83 % de ces dernières en 2013 avec 15 % d'augmentation brute de ces charges contre 9 % d'augmentation des recettes d'assurance maladie (annexe 13).

En outre, comme il est observé plus loin, cette augmentation résulte d'une composante liée aux effectifs, en progression non homothétique avec l'activité (+ 13 % de personnels médicaux et + 8 % de personnels non médicaux con hospitalisation qu'elle soit complète ou partielle). Compte tenu du fait que les recettes d'assurance maladie sont les principales ressources de l'hôpital, la maîtrise de l'évolution comparée de ces deux tendances constitue un point majeur de l'équilibre budgétaire du CHU.

5.2.1.4. L'évolution des charges à caractère médical

Les dépenses à caractère médical augmentent de 22,9 M€ soit plus de 31 % au cours de la période avec une progression moyenne annuelle de plus de 7 %. Parmi celles-ci, les produits pharmaceutiques représentent un volume stable en proportion de l'ordre de 47 %. Toutefois leur évolution brute n'est pas à négliger puisqu'elle est de 9,96 M€ avec une augmentation moyenne annuelle de l'ordre de 7 % comme pour l'ensemble des charges du titre II.

La part des dépenses de médicaments faisant l'objet de remboursement dans la liste « en sus » évolue de 17,3 M€ en 2009 à 25,05 M€ en 2013 soit en progression de plus de 44 %.

Par ailleurs, l'évolution de plus de 29 % des achats stockés (soit 18 056 k€ en prenant en compte les produits pharmaceutiques et le petit matériel médical) résulte pour une grande partie des modifications liées à la fiabilisation des comptes.

5.2.1.5. L'évolution des charges à caractère hôtelier et général

Les charges à caractère hôtelier et général ont progressé de près de 20 % entre 2009 et 2013 avec une relative stabilité du poste « achats » qui évolue de 12,13 M€ en 2009 à 12,80 M€ en 2013. Cette stabilité semble résulter d'une bonne maîtrise de la procédure de gestion des achats sur ce secteur d'activité, ce qui a été constaté lors de l'analyse globale de la procédure « achats ».

La baisse du volume des achats non stockés au profit de celui des achats stockés constatée à compter de 2012 s'explique par la modification de la procédure d'évaluation des stocks. Celle-ci résulte, comme il sera vu plus loin, des procédures d'amélioration de la valorisation des stocks dans les services en lien avec la préparation de l'hôpital à la certification de ses comptes.

Il est à noter en outre l'évolution modérée du poste électricité/chauffage qui évolue de moins de 5 % au cours de la période (1,23 % en moyenne annuelle).

Le poste des « services extérieurs » présente une augmentation significative de près de 35 % (plus de 7,5 % en moyenne annuelle) avec un montant cumulé variant de 10,89 M€ en 2009 à 14,66 M€ en 2013.

Au total, ce groupe de charges progresse de près de 20 % avec une moyenne annuelle de 4,6 % à comparer à l'augmentation des entrées et du nombre de séjours (+ 6 % dans chaque cas), comme du nombre de journées réalisées (+ 3 %).

5.2.1.6. L'évolution du résultat budgétaire global

Le budget principal présente fin 2013 un résultat en équilibre fragile à 139 k€ pour un montant cumulé de dépenses de 453,261 M€. La principale explication tient à la tendance observée sur l'évolution des charges de personnel (titre I des dépenses) supérieure à celle des recettes provenant de l'assurance maladie (titre I des recettes).

Ces dépenses résultent d'une augmentation des effectifs supérieure à l'activité mesurée tant en nombre de séjours qu'en nombre de journées réalisées, ceci dans un contexte marqué par une tarification des actes sans progression notable. L'offre de soins qui se traduit par une augmentation de l'activité ambulatoire sans diminution de l'hospitalisation complète conduit mécaniquement à une évolution divergente des charges et produits.

Malgré les efforts engagés pour renforcer son positionnement dans un environnement fortement concurrencé par l'offre privée sur son territoire d'attractivité, le CHU d'Angers devra porter une attention particulière à ses dépenses de fonctionnement.

5.2.2. Les tendances prévues de l'année en cours (2014)

Les prévisions budgétaires retenues lors de l'élaboration de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) 2014 indiquent une progression des recettes totales de l'ordre de 1,05 % et une progression des dépenses de l'ordre de 1,53 %.

Le rapport de présentation de cet EPRD est correctement et prudemment détaillé ; ainsi, les recettes de tarification des séjours augmentent en prévisionnel de 2,30 %, ce qui correspond au taux d'évolution retenu pour l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Chaque titre de recette est détaillé et le CHU commente les hypothèses retenues au regard des recettes constatées fin 2013 sur chaque poste principal.

De même, chaque catégorie de dépenses est suffisamment détaillée au regard de l'incidence combinée des augmentations liées aux nouvelles charges compensées par des crédits spécifiques (MIG) et du changement de méthode de comptabilisation des crédits recherche (auparavant comptabilisés en provisions) et autres engagements sociaux (reprises au compte 143 pour le CET par exemple).

Il est à noter l'augmentation non négligeable des dépenses de personnel (+ 2,80 %) alors que les recettes d'activité (T2A) ne progressent que de 1,95 %.

Au final, malgré l'engagement d'un « plan d'efficience » visant à contenir les dépenses de pharmacie et les dépenses à caractère hôtelier et général, le CHU prévoit une progression de ses dépenses de l'ordre de 6 915 985 €, plus importante que celle des recettes évaluées à 4 746 033 €, ce qui induit un déficit de fonctionnement prévisionnel à 2 030 227 € pour le budget principal, comme au budget consolidé (les prévisions des budgets annexes sont équilibrées).

5.2.3. L'analyse des principaux résultats financiers

5.2.3.1. *L'évolution de la marge brute au budget principal*

Au cours de la période 2009-2013, l'hôpital a pu dégager un niveau de marge brute positive et relativement constant de 33 M€ en moyenne annuelle. Ce montant plutôt élevé jusqu'en 2012 s'est dégradé à compter de 2013. Malgré cette dégradation, l'hôpital dégage un résultat faible mais équilibré de sa section de fonctionnement.

Ce résultat est en effet limité en raison du poids particulièrement élevé des charges financières (+ 30 % sur la période soit + 958 k€) et du montant des amortissements (+ 22,65 % soit + 4,65 M€), lesquels traduisent une politique d'investissement particulièrement importante au regard de ses possibilités de financement liées à son fonctionnement courant.

5.2.3.2. *Les soldes intermédiaires de gestion du budget consolidé*

Tous budgets confondus, le CHU présente les mêmes tendances que celles observées au budget principal, à savoir une marge brute en dégradation relative et un montant des charges liées à la politique d'investissement en augmentation constante qui, fin 2013, absorbe toute la capacité de l'établissement à dégager de la trésorerie par son activité (annexe 14).

5.2.4. La formation de l'autofinancement

La capacité d'autofinancement (CAF) du CHU d'Angers présente un niveau moyen de 30,2 M€ par an sur la période. Cependant, il est à noter une inflexion à compter de l'année 2012, qui voit la composante « dotations aux amortissements et aux provisions » diminuer de manière notable. Cette diminution est apparentée à l'amélioration des procédures d'enregistrement budgétaire et comptable, notamment pour les provisions, en vue de la certification des comptes de cet hôpital attendue pour 2014.

Rapportée au montant des produits de fonctionnement, la CAF présente un taux moyen d'environ 7,6 % de ses produits de fonctionnement jusqu'en 2011 pour diminuer à compter de 2012 (6,11 % en 2013). Cette dernière tendance s'explique par la progression de 18 % du total des produits de fonctionnement. Malgré tout, jusqu'en 2012 le CHU demeure dans une bonne position au regard des établissements de même catégorie.

Après remboursement du capital des emprunts, la capacité d'autofinancement nette reste positive et suffisante pour couvrir le renouvellement courant des équipements, de l'ordre de 13,35 M€ par an au cours de la période (annexe 15). Cette tendance permet à l'établissement d'assurer ses projets d'investissements dans des conditions favorables.

5.2.5. Le financement des investissements

Au cours de la période 2009-2013, le CHU d'Angers a globalement réalisé 154 M€ d'investissement avec un montant cumulé de CAF nette de 103 M€ (annexe 16). Le besoin de financement de ses investissements est de l'ordre de 51 M€. Pour couvrir ce besoin, l'établissement a emprunté 64 M€, la plupart des emprunts ayant été mobilisés entre 2009 et 2011. En effet, depuis 2011, la stratégie consiste à ne mobiliser que le minimum d'emprunts (9 M€ entre 2012 et 2013 pour financer près de 60 M€ d'investissements).

L'ensemble de ces éléments conduit à estimer que le CHU d'Angers a conduit une politique de financement saine sur l'ensemble de la période, avec une maîtrise accrue de son endettement.

5.2.6. L'équilibre financier au bilan comptable

Le fonds de roulement d'investissement est structurellement déficitaire sur l'ensemble de la période. Cette tendance résulte d'une politique prudente de recours à l'emprunt, l'encours de la dette restant relativement stable entre 110 et 120 M€. Dans le même temps, le fonds de roulement d'exploitation est largement excédentaire et continue de croître en raison du niveau des provisions, celles-ci variant de 16 à 36 M€ entre 2009 et 2013.

De même, les reports à nouveau excédentaires, résultant des excédents cumulés passés, ont doublé, passant de 4 M€ à 8,8 M€.

Au total, le fonds de roulement net global progresse de 25,8 M€ à 35 M€ alors que cet établissement a conduit une politique d'investissement relativement soutenue de l'ordre de 30 M€ par an (annexe 17).

Fin 2013, le fonds de roulement net global représente 28,6 jours d'exploitation contre une médiane à 29 jours (fin 2012).

Le besoin en fonds de roulement présente une progression importante puisqu'il évolue de 20 à 37,2 M€ pour les raisons principales suivantes :

- La progression des dettes fournisseurs d'exploitation de 15,4 à 20,6 M€ : cette progression résulte d'une stratégie volontariste du CHU, mise en place à compter de 2012, et consistant à organiser le paiement des factures « à juste date » selon les dispositions du décret n° 2013-269 du 29 mars 2013 relatif à la lutte contre les retards de paiement dans les contrats de la commande publique.
- La mise en place depuis 2011, dans le cadre de la certification des comptes, de la comptabilisation des MIGAC, dont l'effectivité n'est qu'à compter de l'exercice suivant, en produits constatés d'avance ce qui portent ces derniers à près de 9 M€ fin 2013.
- L'augmentation de la valorisation des stocks de 3,5 M€ en 2009 à près de 7,4 M€ en 2013 du fait de la prise en compte des stocks détenus dans les services à compter de 2012, dans le cadre de la certification des comptes.
- L'augmentation des créances détenues sur l'Etat et les collectivités territoriales (de 7,4 à 16,4 M€) ainsi que des créances détenues sur les mutuelles (de 8,7 à 12,5 M€) ce qui renvoie à la chaîne de facturation.
- Pour des raisons de calendrier début 2014, les charges sociales (URSSAF et CNRACL⁵⁰) du mois de décembre 2013 payables le 5 janvier 2014 ont été payées le 31 décembre 2013 pour un montant de 7,8 M€. Début 2012, cette même dépense avait été payée le 4 janvier. Cela explique la nette diminution des « dettes sociales et fiscales » entre les clôtures 2012 et 2013.

Rapporté en nombre de jours d'exploitation, le besoin en fonds de roulement augmente de 19 à 30 jours fin 2013 (contre une médiane à 36 jours en 2012).

⁵⁰ CNRACL : Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.

La trésorerie nette du CHU est relativement tendue en raison de l'augmentation des dettes à court terme sur les immobilisations liées au paiement « à juste date ». Ces dettes viennent impacter la trésorerie car le besoin en fonds de roulement ne peut être estimé que pour les charges et produits liés à la seule exploitation courante.

Rapportée en nombre de jours d'exploitation, cette trésorerie est constamment faible, voire négative, entre + 5,5 jours en 2009 et - 1,8 jours en 2013, ce qui demeure néanmoins sensiblement supérieur à la médiane qui était de - 3,6 jours fin 2012.

Au final, le CHU d'Angers montre depuis 2011 une stratégie particulièrement dynamique de gestion financière liée à la fois :

- à une optimisation du recours à l'emprunt et de la gestion de trésorerie par le paiement des factures « à juste date », soit le dernier jour légal avant l'application de pénalité de retard,
- à un objectif de certification de ses comptes : valorisation des stocks, comptabilisation de la part des MIGAC non exécutée dans l'exercice en produits constatés d'avance.

5.2.7. La situation de la dette

5.2.7.1. *La structure de la dette*

Au 31 décembre 2013, le CHU était engagé dans 42 contrats de prêts pour un montant nominal initial de 211,9 M€. Parmi ceux-ci, deux emprunts sont de type obligataire, respectivement à échéance 2019 pour un encours total de 10 M€ et 2020 pour un encours de 3 M€. L'encours du total des emprunts était à la même date de 109,7 M€. Le CHU ne présente pas de ligne de trésorerie fin 2013 (annexe 18).

Aucun emprunt n'a été conclu en devise étrangère. La plupart des contrats en cours à cette date sont classés en catégorie 1 A (soit à taux fixe simple et taux variable simple), selon la classification résultant de la charte Gissler⁵¹.

Trois emprunts sont considérés comme structurés mais la construction de leur index ne présente pas de risque majeur, leur taux d'intérêt n'étant notamment pas indexé sur des devises. Les autres emprunts sont conclus pour un encours de 91 691 234 € soit à taux fixe, soit à taux variable simple, soit à taux calculé par échange taux fixe contre taux variable (Euribor).

L'amortissement des emprunts obligataires :

Le CHU ne pratique pas l'amortissement de ses deux emprunts obligataires.

A l'époque de leur mobilisation, aucune disposition réglementaire n'obligeait les hôpitaux à prévoir l'amortissement de ces emprunts, tant dans la présentation de leur comptes que dans leur Plan global de financement pluriannuel (PGFP).

Depuis la parution du décret n° 2010-425 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation financière et à l'investissement immobilier des établissements de santé, la prise en compte du remboursement de ces emprunts doit se traduire par des inscriptions annuelles aux comptes 1632

⁵¹ Charte de bonne conduite entre les établissements bancaires et les collectivités locales en matière d'emprunts structurés.

« opérations sur capital non échu des emprunts obligataires remboursables in fine- anticipation du remboursement en capital » et 1631 « emprunts obligataires remboursables in fine ».

Les mandats émis au compte 1631 se traduisent par une diminution apparente du fonds de roulement sans impact sur le niveau de trésorerie puisqu'aucun décaissement n'est effectué. Ce procédé permet de lisser sur la durée du contrat, l'effort nécessaire pour reconstituer les ressources financières générant une trésorerie suffisante pour assurer le remboursement de la dette *in fine*.

Cette disposition budgétaire et comptable, rappelée par une circulaire du 6 juillet 2012 est obligatoire pour les EPS ayant recours à ce type d'emprunts et dont le ratio d'indépendance financière (défini à l'article D. 6145-70 du CSP) est supérieur à 50 %. A l'inverse, les EPS dont le ratio d'indépendance financière est inférieur à 50 %, sont libres de recourir ou non à cette technique ; le CHU d'Angers appartient à cette dernière catégorie en 2012 et 2013.

Cependant, la mise en service de la future chaufferie biomasse, actuellement en cours de réalisation, va induire une contrepartie en dette financière inscrite au passif qui va impacter l'équilibre de l'hôpital (+ 16 M€ en 2014). Aussi, par mesure de précaution, il aurait été, selon la chambre, prudent pour le CHU de pratiquer l'amortissement de ce type d'emprunts.

5.2.7.2. *L'évolution des principaux ratios d'analyse de la dette*

Le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 précise que le recours à l'emprunt des établissements 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 %.

Pour le CHU d'Angers, le ratio d'indépendance financière se situe au-dessous du plafond des 50 % fin 2013.

Pour ce qui concerne la durée apparente de la dette, celle-ci est toujours inférieure à quatre années malgré la baisse de la CAF observée depuis 2011.

Fin 2013, l'encours de la dette rapporté au total des produits est inférieur au seuil des 30 %.

5.2.8. Les perspectives à moyen terme : le PGFP⁵² 2014-2020

Le programme d'investissement du CHU d'Angers comprend à la fois les grandes opérations en cours et à venir (Restructuration Hôtel Dieu Nord, Réanimation Chirurgicale B, chaufferie biomasse, nouveau plateau urgences imagerie) et les opérations courantes (travaux, équipements médicaux et non médicaux, et systèmes d'information).

Pour la période 2014-2020, le total des investissements est prévu à hauteur de 227,7 M€ avec une moyenne annuelle de l'ordre de 32,5 M€.

⁵² PGFP : Plan global de financement pluriannuel.

Les hypothèses retenues pour l'évolution des dépenses et recettes conduisent à une augmentation équilibrée de l'ordre de 1 % par an. Les exceptions à cette perspective sont les suivantes :

- les recettes de tarification des séjours et autres produits liés à l'activité hospitalière. Elles suivent une évolution légèrement différente de celles des dépenses. Elles tiennent notamment compte de certaines évolutions liées à des ouvertures de services (Réanimation chirurgicale, Hôtel Dieu Nord, Urgences imagerie, ...). Elles progressent de 2 % entre 2014 à 2015 puis 1,8 % par an entre 2015 et 2020,
- les MIGAC : leur inscription au PGFP tient compte de l'arrêt progressif des versements liés aux plans d'investissement Hôpital 2007 et 2012,
- la subvention versée en FIR intègre une perte progressive de 5 M€ de Fonds d'Investissement Régional entre 2014 et 2020 à raison de - 1,7 M€ dès 2014, - 0,6 M€ par an de 2015 à 2019, puis - 0,3 M€ en 2020,
- les provisions : elles sont inscrites en dotation ou en reprise au cas par cas, en fonction de l'anticipation faite sur les charges ou risques couverts par ces provisions,
- les dépenses et recettes liées à l'investissement (amortissements, frais financiers et quote-part de subvention) sont calculées au réel pour intégrer les conséquences du plan d'investissement actualisé,
- les charges de location de matériel biomédical sont anticipées au réel en raison des deux nouvelles IRM, l'une mise en service en 2013 et la seconde courant 2014 (première année pleine en 2015),
- les dépenses de titre 3 (charges à caractère hôtelier et général) sont anticipées sans évolution.

Au final, le PGFP prévoit une amélioration des résultats budgétaires sur la période en dépit d'une légère dégradation du résultat 2015 en raison d'une perte supplémentaire de l'enveloppe FIR, et d'un effet défavorable de la baisse des reprises de provisions. La progression de la marge est cependant prévue dès 2015.

Selon l'hôpital, au cours des années suivantes, le résultat devrait augmenter, tout comme la marge brute, en raison de recettes d'exploitation qui sont prévues en progression plus rapide que les dépenses d'exploitation.

En ce qui concerne les données bilancielle, compte tenu du tassement de la marge brute en 2013 et 2014, la CAF brute diminuera à 22,6 M€ (fin 2014) pour se redresser en même temps que la marge brute et retrouver un niveau de l'ordre de 31,5 M€ en 2020.

Le fonds de roulement net global (FRNG), de l'ordre de 35 M€ fin 2013, sera partiellement prélevé pour contribuer au financement des investissements et limiter le recours à l'emprunt. Il se stabilisera à hauteur de 30 M€.

De même le besoin de fonds de roulement (BFR) est prévu à environ 30 M€ sur l'ensemble de la période afin de maintenir une trésorerie nette proche de zéro, sans qu'il soit besoin de recourir à une ligne de trésorerie.

Subventions et endettement :

Compte tenu d'un plan d'investissement soutenu, le CHU anticipe un soutien de la tutelle pour mener à bien l'ensemble des projets majeurs annoncés dans le projet d'établissement. A ce titre, quatre lignes de subventions ont été inscrites dans les ressources du tableau de financement :

- La première concerne le projet de l'hélistation Montclair pour une subvention d'investissement à hauteur de 40 %, soit 0,5 M€ dès 2014.
- La seconde concerne la centrale d'énergie (mise aux normes en matière de secours électrique) à hauteur de 40 %, soit 5,5 M€ sur la période 2015 à 2017.
- La troisième concerne le projet de réaménagement du Centre Robert Debré en lien avec l'ouverture du nouveau bâtiment de l'ICO⁵³ en 2015 (mutualisation du bloc et de l'imagerie) et du transfert des spécialités vers ce bâtiment, également à hauteur de 40 %, soit 3 M€ entre 2016 et 2017.
- La dernière concerne le projet Urgence Imagerie pour une subvention d'investissement à hauteur de 40 % du projet, soit 12 M€ au total, répartis sur les années 2017 à 202

Ces subventions ont fait l'objet d'une demande spécifique adressée à l'ARS au travers du Schéma Régional d'Investissement en Santé (SRIS) et sont, notamment, la conséquence d'une contraction significative des aides à la contractualisation en matière de soutien à l'investissement. Les projets concernés par ces subventions risqueraient d'être, pour une partie d'entre eux, compromis en l'absence du soutien sollicité.

La dette est calculée par différence pour venir équilibrer le tableau de financement tout en restant sur un niveau de trésorerie proche de zéro. Les emprunts nouveaux représentent entre 3 M€ et 23 M€ selon les années (hors éléments particuliers comme le partenariat public privé (PPP) Biomasse en 2014 ou les emprunts obligataires qui se terminent en 2019 et 2020). L'encours de la dette passe progressivement de 109 M€ fin 2013 à 139 M€ fin 2016 puis revient progressivement à 126 M€ fin 2020.

Il est à noter que le choix du CHU de ne pas provisionner les annuités en capital résultant des deux emprunts obligataires conclus en 2009 et 2010, respectivement pour 10 M€ et 3 M€, l'oblige à prévoir des emprunts nouveaux à même hauteur pour réaliser le remboursement du capital *in fine* dans leur totalité. Cette situation conduit à estimer que l'hôpital va allonger la durée de son endettement pour une même durée alors que ces emprunts obligataires ont été mobilisés⁵⁴ pour le financement d'opérations qui seront largement amorties avant les nouveaux emprunts prévus.

Par ailleurs, le fait que l'hôpital comptabilise les dettes sur immobilisation (5,151 M€ fin 2013) dans son besoin en fonds de roulement, et non au passif de la trésorerie nette, le conduit à estimer qu'il dispose d'une trésorerie positive de l'ordre de 2,977 M€ alors qu'elle est négative à - 2,173 M€. Cet écart non négligeable aura des conséquences sur le niveau des emprunts que le CHU devra mobiliser pour financer ses investissements.

⁵³ ICO : Institut de Cancérologie de l'Ouest.

⁵⁴ Dans une période de difficulté d'accès au crédit.

Aussi, malgré une estimation optimiste des trois ratios au-delà desquels la dette financière peut être jugée préoccupante⁵⁵, le CHU d'Angers devra porter une attention particulière à sa capacité à dégager suffisamment de marge de fonctionnement pour assurer le financement de ses investissements.

6. La chaîne de facturation

6.1. Le montant des restes à recouvrer

Au cours de la période examinée, le montant des créances non recouvrées augmente de 5,44 % par an en moyenne soit de 23,6 % sur l'ensemble de la période. Cette augmentation est le fait notamment des créances provenant des hospitalisés et consultants (+ 33,18 %) qui connaissent une hausse de + 33 % (soit plus de 670 k€) avec une variation moyenne annuelle positive de + 7,4 %. L'augmentation des créances des autres tiers payants semble confirmer ce constat (+ 14,09 % dont la plupart concerne les mutuelles) (annexe 19).

Ces difficultés rencontrées dans le recueil des données entraîne de surcroît un allongement du délai moyen de recouvrement des créances émises envers les patients.

6.2. Le taux de facturation en recouvrement direct

Les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) sont issus d'un récapitulatif mensuel lié à l'activité de l'établissement (GHS, actes externes...). Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2) concernent les versements effectués par les organismes complémentaires qui couvrent le complément des dépenses non prises en charge par le régime obligatoire.

Le taux de facturation en recouvrement direct, calculé en rapportant les recettes du titre 2 au total des produits hospitaliers liés aux soins, est globalement stable sur la période sous revue autour de 11 %. Les recouvrements, en progression continue du fait de l'activité de l'hôpital, représentent un montant non négligeable évoluant de 29,2 M€ en 2009 à près de 34 M€ en 2013 ce qui devra inciter l'hôpital à ne pas négliger cet aspect de sa gestion financière (annexe 19).

6.3. Le volume et le montant des titres annulés sur le budget principal

Au cours des années 2011 à 2013, le volume des annulations de titres recettes a tendance à augmenter, et leur montant financier n'est pas négligeable puisqu'il a représenté plus de 30 % du volume global facturé en 2011 et 2012. Une diminution est observée en 2013 mais elle semble exceptionnelle puisque la première tendance 2014, observée sur la période allant de janvier à juillet, correspond à celle des années 2011 et 2012.

Selon le trésorier de l'hôpital tous les titres sont concernés, aussi bien ceux générés par l'activité de soin, que ceux générés par les autres engagements contractuels de l'hôpital.

⁵⁵ Selon les dispositions prévues au décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les EPS.

Ces annulations/rémissions de titres de recettes ne sont pas neutres sur le plan des résultats budgétaires puisqu'elles diminuent le résultat du CHU d'un montant non négligeable représentant le salaire de près de neuf personnels non médicaux en équivalent temps plein rémunérés (charges comprises) (annexe 20). Elles conduisent à un niveau de remboursements par l'hôpital d'encaissements indus particulièrement élevé et ne sont pas sans conséquences : d'une part elles mobilisent du temps de travail supplémentaire et évitable, tant dans les services de l'ordonnateur que du comptable, d'autre part elles impactent la trésorerie du CHU ainsi que ses résultats budgétaires et comptables.

Le CHU ne méconnaît pas ses problèmes liés à la facturation. En 2013, il a eu recours à un cabinet d'audit externe chargé d'identifier toutes les améliorations à apporter dans la chaîne de facturation en vue du passage au paiement des actes en temps réel (au fil de l'eau) par la CPAM à compter de 2016 (FIDES⁵⁶). Les difficultés ont été recensées, ce qui constitue d'ores et déjà une première étape, et des solutions ont été proposées : mise à jour de la base des mutuelles, développement de l'encaissement en régie, formalisation et uniformisation des procédures d'admission, contrôle des facturations.

Par ailleurs, l'audit fait émerger des délais de codage des actes relativement longs⁵⁷. Ainsi, une part non négligeable des actes en consultation externes⁵⁸ ont été codés après facturation ce qui explique une partie des annulations de recettes évoquées précédemment.

L'hôpital convient que les annulations/rémissions de titres de recettes sont une vraie question, ne serait-ce qu'au regard de la certification attendue de ses comptes.

Récemment, le CHU d'Angers a analysé l'origine des incidents concernant la facturation des soins externes et des solutions ont été déployées pour améliorer, dès 2013, son dispositif d'admission/facturation.

Ainsi, depuis janvier 2013, le service des admissions et de la facturation (SAF) s'est doté d'un logiciel gérant la file d'attente des usagers, patients et professionnels de santé, à l'accueil de l'ancienne Chapelle. Ce système permet également aux « admissionnistes » de mieux maîtriser le flux des patients.

Un guide pratique dématérialisé des admissions et de la facturation, mis à disposition des « admissionnistes », recense toutes les procédures à appliquer en matière d'admissions et de facturation. Il est régulièrement mis à jour avec pour objectif de répondre entre autre au projet de certification des comptes du CHU d'Angers.

Une formation continue est également assurée chaque mois lors des réunions processus facturation en rappelant la procédure applicable à une problématique repérée⁵⁹. Ces actions de formation ont concerné 261 équivalents agents⁶⁰ au cours des trois dernières années.

⁵⁶ FIDES : Facturation individuelle des établissements de santé (en projet).

⁵⁷ - Hors urgences : 47 % actes codés le jour J, 56 % à une semaine, 81 % à deux semaines, 91 % à trois semaines, 96 % à quatre semaines, si facturation à quatre semaines : 5 % de dossiers avec des actes manquants ;

- Urgences : actes codés à six jours en moyenne durant l'année 2013 ;

- Laboratoires : 15 jours

⁵⁸ Au 22 août 2013 : 9 314 dossiers avec actes codés après facturation. Soit 2,5 % (37 000 CE/mois).

⁵⁹ Ex : comment renseigner l'ALD pour les consultations externes.

⁶⁰ certains en ayant suivi plusieurs.

Par ailleurs, chaque nouvel « admissionniste » du SAF assiste à des formations réalisées par des prestataires externes (468 heures de formations pour 15 agents sur les trois dernières années).

La facturation individuelle des établissements de santé "FIDES ACE⁶¹" en 2016 nécessite des contrôles de plus en plus exigeants sur les informations de sécurité sociale du patient par la lecture de sa carte vitale. Afin d'anticiper la phase de production de facturation en réel en 2016, des moyens sont mis en place tels que la borne de mise à jour et lecteur de carte vitale. En effet, le taux de lecture des cartes vitales était estimé en 2013, selon les points d'admission, entre 21 % et 65 % des dossiers avec une moyenne à 55 %. Au total, 40 bornes ont été installées depuis mars 2014.

Une dématérialisation des préadmissions a été expérimentée en août 2013 par quelques services de soins de Larrey avant d'être déployée vers l'ensemble des services du même bâtiment. Le projet faisait écho à l'audit réalisé sur la chaîne de facturation qui observait que moins de 4 % des dossiers de consultations externes programmées étaient créés avant la consultation. Désormais autonomes pour créer un dossier, les services de soins peuvent anticiper les prescriptions connectées avec pour objectif d'assurer la complétude du dossier dès le jour de l'admission du patient.

Concernant, les relations avec les mutuelles, un fichier recensant toutes les mutuelles, les codes afférents et les débiteurs à saisir en fonction du type de contrat concerné a été créé. Destiné aux « admissionnistes » et gestionnaires, cet outil synthétique, dématérialisé et uniforme a vocation à éviter de créer du contentieux de facturation.

Par ailleurs, le CHU a conclu une convention avec Harmonie Mutualité Angers, ainsi qu'avec la Mutualité de la fonction publique, pour pratiquer le tiers-payant à la lecture des cartes mutuelles des patients. Cela ne représente toutefois qu'environ 21 % des patients pris en charge en 2013. Le CHU devra accentuer ce type de coopération lui permettant d'améliorer le recueil des données administratives des patients, donc la chaîne de facturation.

En outre, le CHU prévoit d'intégrer dans son système d'information hospitalier (SIH), un logiciel « quatre axes », intermédiaire entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et l'hôpital afin de transmettre de manière dématérialisée les demandes de prise en charge des soins d'un patient. Ce projet vise en outre un engagement d'une réponse dans les 24 heures pour procéder à la facturation le plus rapidement possible ou éventuellement faire payer le reste à charge au patient dès la sortie de son hospitalisation.

6.4. La prise en charge des patients en situation précaire

Un tableau partagé entre le service social hospitalier (SSH) et le service des admissions et de la facturation (SAF) a été mis en place afin de repérer les patients précaires et patients étrangers. L'objectif étant de repérer les patients pour lesquels les conditions d'ouverture de droits sociaux seront difficiles à mettre en œuvre, et de s'informer mutuellement sur ces cas particuliers. Les dossiers majeurs sont étudiés entre la responsable du SAF et du SSH chaque 2^{ème} mardi du mois.

⁶¹ ACE : actes et consultations externes.

Cependant, cette organisation ne semble pas encore répondre totalement aux besoins. En effet, si l'on se réfère à l'audit réalisé sur la facturation, 5,34 % des patients issus des urgences n'ont pas de couverture de sécurité sociale. En 2013, cela représente 65 000 € de non facturation estimée de l'accueil et traitement des urgences (ATU). En outre, tant au regard de l'augmentation de 163 % des titres de recettes annulés pour les soins dispensés aux patients étrangers⁶² que du total des dossiers dont le recouvrement s'avère compromis, le CHU gagnerait à rattacher clairement la charge à l'exercice considéré par un provisionnement adéquat.

L'ensemble de ces éléments est de nature à permettre une bonne préparation du CHU d'Angers en vue de la certification de ses comptes, notamment sur le processus de facturation. Cependant, le volume des restes à recouvrer, comme celui des titres de recettes annulés et réémis, restent encore d'un niveau important, en raison d'une mise en œuvre encore récente des nouvelles dispositions en matière d'admission/facturation (guide pratique des admissions, bornes mise à jour cartes vitales, système de pré-admissions...). Par ailleurs le CHU gagnerait à accentuer ses coopérations avec les mutuelles, en vue d'un recueil plus fiable des droits des patients. De même, il pourrait provisionner l'ensemble des produits de soins engagés pour les patients dont les droits sociaux sont manifestement incertains.

6.5. L'impact des régies dans le recouvrement des prestations liées à l'activité non prise en charge par l'assurance maladie

Le CHU d'Angers ne pratique quasiment pas d'encaissement des soins externes au moyen de régie, seuls 1 % des recettes du titre 2 est encaissé par ce moyen. Une seule régie a été constituée spécifiquement et l'ensemble des agents du service des admissions et de la facturation est censé encaisser en régie les prestations ou les tickets modérateurs des consultations ou hospitalisations. Toutefois les montants en cause sont quasiment sans incidence rapporté au montant potentiel concerné.

6.6. La facturation des chambres individuelles

Le CHU d'Angers dispose de 914 chambres individuelles en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) pour 1 188 lits installés fin 2013. Selon les données transmises par l'hôpital, il apparaît que depuis 2010, le taux d'occupation des chambres individuelles en MCO est de l'ordre de 92 %.

En 2013, les recettes potentielles attendues étaient de 12,8 M€ au maximum pour un montant recouvré de 4,8 M€. Le taux réel de facturation pour l'activité MCO est compris entre 35 % et 39 % (annexe 21).

En raison de cette trop faible facturation, le CHU d'Angers subit un manque à gagner (ou une perte potentielle) important. Chaque point gagné (ce qui représente huit chambres sur le total de celles-ci) permettrait une recette nette de 120 k€.

Si la configuration d'un hébergement du CHU, en majorité constitué de chambres individuelles, ne permet pas la facturation de toutes les chambres individuelles puisque l'accord des patients doit être requis au préalable et qu'une alternative doit pouvoir être proposée en cas de refus explicite, le CHU peut néanmoins, selon la chambre, viser un gain potentiel d'au moins 3 à 4 M€. Il est rappelé, en perspective, que l'établissement prévoit un déficit prévisionnel d'environ 2 M€ pour 2014.

⁶² 212 k€ en 2011 pour 557 k€ en 2013.

Recommandation n° 4 : la chambre recommande au CHU d'optimiser la pratique de la facturation de ses chambres individuelles.

7. La procédure achat et l'analyse de quelques marchés publics de travaux

L'organisation de la procédure achat au sein du CHU d'Angers n'appelle pas d'observation particulière :

- La procédure des achats est centralisée au niveau du pôle « ressources matérielles » avec une direction des services économiques et des achats (DSEA) qui a compétence pour valider les engagements juridiques et signer les marchés.
- Il existe un guide de procédures pour les marchés, adressé aux acheteurs et qui est régulièrement mis à jour. Cependant, la fonction approvisionnement n'est pas formalisée.
- Au sein de la DSEA, un bureau des marchés avec une référente en matière de veille juridique, est chargée de vérifier l'application du code des marchés publics.
- Les délégations de signature sont limitées à quatre responsables (deux directeurs, la responsable du département « achats et marchés », le responsable du département « approvisionnement et logistique ») qui ont compétence pour signer tous les marchés formalisés. Une délégation de signature est permise pour les responsables des services acheteurs pour les marchés à procédure adaptée (de 15 000 € HT à 90 000 € HT).
- L'engagement juridique est préalable à l'engagement comptable.
- La définition des besoins a lieu en concertation avec tous les services utilisateurs, dans la limite de leur budget.
- Un réseau de référents, implantés au sein de chaque pôle, est mis en place.
- Le système d'information permet le recensement des commandes en cours, la connaissance de l'état des stocks et des dates de validité des produits (système GEF). Ce système permet la dématérialisation des procédures pour les produits de fonctionnement, avec un blocage/restriction en fonction des seuils et des crédits disponibles par service.
- La valorisation des stocks, même si elle n'est pas complète à 100 %, s'est considérablement améliorée à compter de 2012 par la prise en compte des stocks de pharmacie dans les services, ceci dans le cadre de la préparation du CHU à la certification de ses comptes.

7.1. Analyse du marché de travaux relatif au Pôle Femme Mère Enfant

L'opération a porté sur la construction d'un nouveau plateau technique de gynécologie et d'obstétrique adossé à celui existant et permettant une extension des capacités de l'hôpital pour ces spécialités.

Cette opération a été conduite de manière régulière, dans le respect des règles de la mise en concurrence et des procédures contractuelles (actes d'engagements et avenants).

De même, selon les données communiquées, le coût final du nouveau plateau gynéco-obstétrique s'établit à 11,66 M€ TTC honoraires et études compris contre 10,51 M€ TTC de marchés conclus à l'origine. L'augmentation constatée est de l'ordre de 11 % ce qui, compte tenu de la complexité de cette opération comme de la durée d'exécution des travaux (deux ans), n'appelle pas d'observation particulière.

7.2. L'analyse du marché de travaux relatif à l'unité d'hospitalisation de jour pour patients obèses sur le site de Saint Barthélémy d'Anjou

Cette opération a consisté en la construction d'une unité de jour pour patients obèses sur les terrains du département de soins de suite et de soins de longue durée situés à Saint Barthélémy d'Anjou.

La maîtrise d'œuvre de cette opération a été conduite par la direction des travaux du CHU. Au regard de l'objet et du montant prévisionnel du marché (<5 186 000 € déclenchant le seuil de procédure formalisée), le CHU a décidé de recourir à la procédure adaptée prévue à l'article 28 du code des marchés publics (CMP).

Les règles de mise en concurrence ainsi que la contractualisation avec l'entreprise adjudicatrice ont été formellement respectées.

Le seul avenant qui a été conclu n'entraîne pas d'augmentation ou de diminution du volume financier de plus de 15 ou de 20 %.

Toutefois un marché complémentaire⁶³ a été conclu le 28 juin 2013 (notification du 1^{er} juillet 2013) suivant la procédure adaptée prévue aux articles 28 et 35.II.5 du CMP. Ce marché complémentaire correspond à la rénovation d'un bassin thérapeutique non prévu dans le marché initial. Selon le CHU, cette rénovation est difficilement dissociable de l'opération engagée en ce qu'elle en constitue un prolongement, d'où la nécessité pour l'établissement de recourir à cette procédure plutôt qu'à un avenant, dont le montant aurait pu entraîner un bouleversement de l'économie générale du contrat initial. Ce marché complémentaire représente environ 21 % du marché initial, avenant compris.

A ce titre le recours à cette procédure est justifié selon les termes suivant : « Suite à la mise hors service pour fuite du bassin thérapeutique du CCM de Saint Barthélemy, une rénovation complète s'est avérée nécessaire, les travaux étant à proximité immédiate de la construction de l'hôpital de jour pour patients obèses, il est préférable techniquement et économiquement de faire réaliser les travaux par la même société afin de ne pas impacter les travaux en cours de l'hôpital de jour et de réaliser les travaux rapidement. Ces travaux représentent 20,65 % du montant du marché principal, un marché complémentaire est donc nécessaire (montant de base + avenants). »

La chambre rappelle que les marchés complémentaires se distinguent des avenants en ce qu'ils constituent de nouveaux contrats, juridiquement distincts du marché initial, même si sur le plan matériel ils en sont le prolongement.

Le choix de cette procédure par le CHU, ainsi que le recours massif à la sous-traitance, renvoient à l'exacte définition préalable des besoins dans cette opération.

Le bassin thérapeutique en question existait au préalable dans un autre bâtiment affecté à la prise en charge de patients en soins de suite et de réadaptation (SSR). L'opération a consisté

⁶³ Les marchés complémentaires de travaux consistent en des prestations qui ne figurent pas dans le marché initialement conclu mais qui sont devenues nécessaires, à la suite d'une circonstance imprévue, à la réalisation de l'ouvrage tel qu'il est décrit dans le marché initial, à condition que l'attribution soit faite à l'opérateur économique qui a réalisé cet ouvrage. Le montant de ce marché complémentaire ne doit pas excéder 50 % du montant du marché principal. CAA Marseille, 2 octobre 2008 François DESLAUGIERS.

à réhabiliter cet équipement et à le relier par une coursive extérieure à l'unité « patients obèses ». Désormais, le bassin peut donc être utilisé par les deux services.

Le choix de l'inclusion de la rénovation du bassin thérapeutique dans l'opération initiale a permis, selon l'hôpital, d'économiser des frais de structure et d'organisation du chantier. En outre l'objectif initial visait une mise en service de l'unité « patients obèses » courant juillet 2013, avec la prise en compte de ce bassin comme élément du protocole thérapeutique pour ce type de patient.

Le caractère imprévu de la rénovation du bassin thérapeutique ne peut être retenu. En effet, le CHU avait, dès l'origine du projet de reconstruction de l'unité « patients obèses », la connaissance de l'état de vétusté du bassin thérapeutique au bâtiment SSR. Ce faisant, il aurait pu, dès la définition initiale du projet, intégrer la rénovation du bassin dans le marché principal. De ce fait, et selon la jurisprudence, la condition obligatoire d'indissociabilité pour pouvoir recourir à un marché complémentaire, n'est pas établie, ce qui rend la procédure utilisée irrégulière.

8. Enquête nationale des juridictions financières sur la fiabilisation des comptes des établissements publics de santé

8.1. Etat d'avancement de la mise en œuvre des directives

Le chantier de la préparation du CHU d'Angers à la certification de ses comptes remonte à novembre 2011. Dans ce cadre, la mise en place et la formalisation du contrôle interne a rapidement été identifiée dès 2011. Un responsable du contrôle interne a été recruté en septembre 2012 pour initier les travaux de recensement des procédures et le lancement d'un chantier d'évaluation et d'amélioration des principaux processus de gestion. Les principaux acteurs des services fonctionnels (finances, ressources humaines, affaires médicales, achats et logistiques....) ont été mobilisés par de nombreuses réunions autour du « contrôle interne » afin d'en devenir acteur.

Cette préparation s'est organisée selon trois phases :

- Diagnostic (novembre 2011- juillet 2012)
- Plan d'actions et recommandations, mise en place de groupes de travail par processus (juillet 2012- juillet 2013)
- Plan d'actions par processus et audit de système d'information (à compter de juillet 2013).

Un premier rapport d'opinion du commissaire aux comptes après audit du bilan au 31 décembre 2013 sera réalisé avant fin 2014 (fiabilité du bilan d'ouverture 2014). Le second rapport d'opinion du commissaire aux comptes sur le bilan au 31 décembre 2014 est prévu pour début 2015.

La gestion de cette préparation à la certification a été conduite en « mode projet »⁶⁴ piloté par l'équipe de la direction des finances. Elle a abouti à la production d'un tableau de suivi général complété par des tableaux secondaires eux même constitués au regard des fiches projet de suivi par processus selon les besoins exprimés dans la phase diagnostic :

- Gestion des ressources humaines
- Gestion des affaires médicales
- Système d'information
- Chaîne de facturation.

L'ensemble des budgets a bien été pris en compte dans le cadre du processus engagé, les budgets annexes reposant pour l'essentiel, selon l'hôpital, sur les mêmes fonctions support que le budget principal (DRH, finances, services économiques etc....). L'étude des principaux processus de gestion a donc indirectement concerné tous les budgets annexes. Ainsi, en matière de qualité comptable, les évolutions mises en œuvre pour le budget principal ont également été transposées aux budgets annexes (provisions, engagements sociaux, rattachement des charges et produits...).

Toutefois, les participations du CHU d'Angers dans des établissements et structures externes étant exclusivement constituées de parts dans les groupements de coopération sanitaire (GCS), les travaux engagés dans le processus de certification ne les ont pas concernés. Le CHU avançant, à juste titre, que ces GCS font déjà l'objet d'un contrôle par un commissaire aux comptes.

Le CHU d'Angers s'est adjoint deux cabinets spécialisés pour son accompagnement à la certification :

- Le cabinet B qui a été chargé de la phase diagnostic, plans d'actions et recommandations par cycle ;
- Le cabinet L qui a été chargé du diagnostic relatif au processus « actifs immobilisés » avec la définition des axes de travail visant à rendre une cohérence entre l'état de l'actif, le bilan et l'inventaire physique de l'hôpital.

Les phases 1 (diagnostic) et 2 (plan d'actions et recommandations, mise en place des groupes de travail par processus) ont été conduites entre 2012 et 2013. L'ARS et la DRFiP⁶⁵ ont désigné des interlocuteurs spécifiques à cette préparation. Ces interlocuteurs ont été à l'initiative de nombreuses rencontres régionales entre établissements « certifiables », en collaboration avec la mission « MAARTA »⁶⁶ conduite au CHU de Nantes.

Le guide de fiabilisation des comptes de la DGOS⁶⁷ a constitué l'outil essentiel dans la phase de démarrage du projet.

⁶⁴ « Le management par projet désigne le choix fait dans certaines entreprises de manager sous la forme de projet un ensemble significatif d'activités innovantes qui doivent déboucher sur un produit spécifique, livré à un client identifié, dans un délai donné et à un coût objectif fixé ». cf : « Organisation et management par projet » © Réseau Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail.

⁶⁵ DRFiP : direction régionale des finances publiques.

⁶⁶ Mission d'accompagnement régional à la tarification à l'activité des Pays de Loire.

⁶⁷ DGOS : direction générale de l'organisation des soins.

A la suite de la phase diagnostic, des plans d'actions par processus ont été mis en œuvre, suite aux recommandations du cabinet B, permettant d'identifier :

- les recommandations du cabinet (ex : mise en place d'une veille réglementaire sociale, homogénéisation des durées d'amortissement, etc....) ;
- les actions à mettre en place (ex : fiches immobilisation, facturation, stocks...) ;
- les interlocuteurs et échéances ;
- les degrés d'avancement des actions.

Dans le même temps le CHU a créé un dossier de partage de la documentation avec un accès restreint par processus selon les acteurs concernés par les différents groupes de travail constitués. Le partage de la documentation a concerné :

- de la documentation diverse concernant la certification des comptes : rapport B, notes de service, fiches DGOS...,
- les comptes rendus des groupes de travail,
- des outils de travail : grille de séparation des fonctions, questionnaire de travail, modèles de procédure, document opérationnel...,
- des plans d'actions actualisés,
- les procédures en cours de formalisation et les procédures validées.

Un référentiel de procédures a été mis en place permettant de recenser :

- la liste des procédures,
- les documents opérationnels,
- les documents d'information.

Un dossier permanent de présentation du CHU d'Angers a été réalisé afin de préparer le travail du commissaire aux comptes (CAC). Ce dossier permanent présente les informations suivantes :

- identification et structure administrative : identification administrative de l'établissement (précisant la liste des budgets annexes),
- identifications internes : directeurs (liste, noms et coordonnées internes),
- identifications et structures externes : correspondants (conseils juridiques externes, notaire, conseil fiscal, conseil assurance, conseil financier, commissaire aux comptes, etc...),
- définition, composition et attribution des instances : (directoire, conseil de surveillance, CTE, CME...),
- délégations de signature : un fichier Excel « Synthèse délégations de signature » recense par pôle l'ensemble des délégations de signature en vigueur,
- conventions ayant des effets sur plusieurs exercices : il est précisé que l'ensemble des conventions sont recensées au secrétariat de la direction générale de l'établissement. Le suivi de ces conventions est coordonné et centralisé au niveau de ce secrétariat,
- éléments sociaux : lien vers le règlement intérieur, règles de la gestion du temps de travail, livret d'accueil du personnel, charte de travail de nuit,
- engagements hors bilan : il est précisé qu'ils sont décrits dans l'annexe des comptes financiers.

En outre, un guide de contrôle interne propre au CHU d'Angers a été réalisé et est diffusé sur le réseau de l'établissement depuis avril 2014. Ce guide précise :

- les objectifs de la certification des comptes,
- la mission du commissaire aux comptes (objectifs, rôle de la certification des comptes, niveaux de certification, principes et méthodes),
- l'importance du contrôle interne et comptable (CIC) (rôle du CIC, objectifs, définition de cycles processus et procédures, importance de la traçabilité et de la formalisation des opérations.),
- le partage de la documentation.

Ce guide de contrôle interne contient sept annexes relatives à la liste des contrôles dans les processus de recettes, immobilisations, personnel, système d'information, stocks, achats, recherche.

Un important travail de recensement et de rédaction des procédures est toujours en cours en juillet 2014, un référentiel des procédures « contrôle interne comptable et financier » a été établi.

Les procédures sont validées et diffusées « au fil de l'eau », elles se concrétisent par des fiches spécifiques mises à disposition sur le réseau interne de l'établissement. Ces fiches concernent actuellement l'engagement et le rattachement des charges, la réalisation d'un inventaire, la gestion des stocks, l'inventaire des stocks du magasin général.

Un plan d'action pour les processus « achats et stocks », « actifs immobilisés » et « facturations » est achevé (juin 2014), il est diffusé sur le réseau.

La désignation du commissaire aux comptes a été décidée au conseil de surveillance du 30 juin 2014 et son mandat a commencé en septembre 2014. Cette dernière étape ne marque pas, selon l'hôpital, un point d'arrivée mais un point d'étape majeur au-delà duquel les principaux risques comptables et financiers devaient avoir été évalués et maîtrisés.

8.2. Coût de la préparation à la certification des comptes

Le CHU d'Angers, bien qu'ayant jugé ce chantier de préparation à la certification comme nécessaire et prioritaire dès 2011, n'a pas défini *a priori* de budget spécifique à cette démarche. Il a décidé de dégager des moyens internes et externes avec des coûts appréciés au cas par cas, selon le degré de nécessité. Au final, en dehors des deux contrats conclus pour un total de 121 310 € réparti sur la période 2012 et 2013, aucune évaluation des coûts « cachés » (temps de travail des équipes engagées directement dans les processus, salaire du contrôleur interne, moyens matériels spécifique en informatique etc...) n'a été faite.

Le CHU d'Angers n'estime pas avoir engagé de surcoût particulier dans le recrutement du contrôleur interne. En effet, la prise en compte budgétaire du poste créé a été réalisée par transformation d'un poste d'adjoint des cadres parti en retraite. Néanmoins, cette appréciation est discutable selon deux points : le contrôleur interne est recruté sur un poste en catégorie A et, même si une partie seulement de son salaire constitue bien un surcoût, au moins à terme, rien ne permet d'estimer que le CHU n'aurait pas recruté un autre adjoint des cadres pour une fiche de poste différente de celui parti en retraite. L'augmentation constatée des effectifs au cours de la période récente en témoigne.

Au final, même si le CHU a pris conscience de la forte mobilisation de l'équipe de la direction des finances et de l'engagement de l'ensemble des agents impliqués au travers de nombreuses réunions internes, comme de la mise en œuvre d'actions de formations internes et externes (financées dans le plan de formation continue de l'hôpital), aucune évaluation du coût de ce projet n'a pu être précisément produite.

8.3. Positionnement, rôle et implication du comptable au sein du dispositif, quelles que soient les étapes

Selon l'hôpital, le comptable a été associé depuis le début du chantier de préparation à la certification à nombre de réunions de travail portant sur les processus de gestion. Néanmoins, il est précisé que sa participation a été limitée compte tenu du fait que l'essentiel du contrôle interne se passe du côté ordonnateur (ressources humaines, facturations, immobilisation...). Cependant le CHU indique avoir intégré le comptable dans les grilles de séparation des fonctions établies en phase 1 qui a consisté, pour la définition des procédures, à identifier dans un premier temps les services et les personnes, leurs rôles, leurs tâches, les contrôles qu'ils réalisent.

Selon le comptable, le CHU d'Angers et les services de la Direction Générale des Finances Publiques (DGFIP) entretiennent des échanges réguliers. Des réunions régulières sont programmées avec la Direction des Affaires Financières de l'hôpital visant à un examen commun des écritures à passer en fin d'exercice (exemple : rectifications éventuelles, mais aussi maintien de certaines écritures – comme la suppression du compte 143 pour reprise au 158 – contre l'avis du comptable). Un examen plus approfondi des écritures 2013 a été réalisé pour le bilan d'ouverture 2014.

Cette collaboration s'est traduite par la signature le 3 mars 2008 d'une première convention de services comptable et financier qui a expiré en mars 2011. Celle-ci comportait quatre axes déclinés en quinze actions, dont six ont été réellement menées à bien.

Afin de poursuivre ce partenariat, le directeur du CHU et le directeur départemental des finances publiques (DDFiP) ont souhaité s'engager dans une nouvelle convention signée le 24 avril 2014 visant à la fois :

- à prolonger et à adapter les actions précédemment engagées ;
- à mettre en œuvre de nouvelles actions pour répondre aux besoins des partenaires et tenir compte des évolutions intervenues.

Cette convention, conclue pour une période de trois ans, s'articule autour de cinq axes déclinés en 13 actions :

- ✓ AXE 1 : Amplifier les échanges entre l'ordonnateur et le comptable
- ✓ AXE 2 : Moderniser la chaîne de dépenses
- ✓ AXE 3 : Optimiser la chaîne de recettes
- ✓ AXE 4 : Améliorer la qualité comptable et préparer la certification des comptes
- ✓ AXE 5 : Développer les prestations de conseil et d'aide à la décision.

Chacune de ces actions est identifiée par une fiche qui décrit dans le détail le mode opératoire. Ce plan d'actions associe un ou plusieurs représentants de chacun des partenaires de la convention. Il fixe une échéance respective de réalisation et détermine des indicateurs communs de suivi.

Le suivi de la réalisation de chaque action s'organise selon trois niveaux :

- Par un comité de pilotage : coprésidé par le Directeur Général du CHU d'Angers et le DDFiP ou leurs représentants, il se réunit une fois par an ou en cas de besoin, à l'initiative de l'un des coprésidents. Il fixe les grandes orientations dans le cadre des axes stratégiques de la convention. Il évalue la réalisation des actions et valide les propositions élaborées par le comité de suivi.

- Par un comité de suivi : constitué des représentants du CHU, de la Trésorerie et d'un ou plusieurs représentants de la DDFiP. Il se réunit une fois par an pour apprécier l'état d'avancement des actions et évaluer les résultats obtenus sous forme d'un tableau de bord de suivi de la convention. Il en rend compte au comité de pilotage et lui propose, le cas échéant, des modifications de calendriers ou d'objectifs.

- Par les responsables désignés pour chaque action, auxquels il appartient de suivre l'avancement des travaux programmés.

Le suivi sera formalisé au moyen du tableau de bord annexé à la convention.

Chaque action déclinée ci-après fait l'objet :

- d'un constat préalable,
- d'objectifs à atteindre,
- d'une démarche méthodologique associant le comptable et l'ordonnateur,
- d'indicateurs de réalisation et de suivi,
- d'un calendrier,
- de la désignation des responsables de celle-ci tant du côté DGFIP/Trésorerie que du côté du CHU.

Liste des actions classées par axes :

Axe 1 : Amplifier les échanges entre l'ordonnateur et le comptable

- Action 1 : Préparer la mise en place du Protocole d'Echange Standard V2 (PES V2)
- Action 2 : Dématérialiser les décisions et arrêtés nominatifs du service Ressources Humaines

Axe 2 : Moderniser la chaîne de dépenses

- Action 3 : Préparer le contrôle allégé en partenariat
- Action 4 : Mettre en place la carte d'achat

Axe 3 : Optimiser la chaîne de recettes

- Action 5 : Poursuivre l'amélioration de la facturation
- Action 6 : Définir une politique de recouvrement concertée
- Action 7 : Mettre en place le talon optique deux lignes
- Action 8 : Développer l'encaissement par carte bancaire à distance *via* Internet (TIPI)

Axe 4 : Améliorer la qualité comptable et préparer la certification des comptes

- Action 9 : Développer le partenariat en matière de fiabilité et de qualité des comptes

- Action 10 : Développer en partenariat une démarche de maîtrise des risques comptables et financiers
- Action 11 : Améliorer la qualité des comptes de bilan en fiabilisant le patrimoine hospitalier

Axe 5 : Développer les prestations de conseil et d'aide à la décision

- Action 12 : Conforter la démarche d'expertise et l'enrichissement de l'information financière à l'établissement
- Action 13 : Optimiser la gestion de trésorerie.

Aucune convention particulière n'a cependant été conclue sur le thème du contrôle interne comptable, et donc pas de plan d'action non plus. Toutefois la convention citée précédemment s'inscrit dans cette démarche (cf. action 3 « *Préparer le contrôle allégé en partenariat* » et action 10 « *développer en partenariat une démarche de maîtrise des risques comptables et financiers* »..). De plus, il est à noter que le comptable a bien été convié à quelques réunions thématiques sur le diagnostic et le plan d'action (ou fiches de procédures) à mettre en œuvre dans le cadre de la préparation à la certification.

En fait, l'implication du comptable dans la démarche de préparation à la certification repose essentiellement sur la convention récemment signée le 24 avril. La réussite complète de ce projet reposera en conséquence sur la mise en œuvre effective des 13 actions prévues dans cette convention. Une réflexion devra être nécessaire quant aux moyens de la trésorerie, au moins dans une première phase de diagnostic partagé.

Un plan de contrôle hiérarchisé de la dépense validé par la DDFiP a été conclu le 28 novembre 2011. Un nouveau plan est prévu pour fin 2014, avec une mise en œuvre dès le 1^{er} janvier 2015. La mise en œuvre de ce nouveau plan permettra de recentrer certains contrôles sur des dépenses à enjeu et commencera par une étude de faisabilité (prévue au 2^{ème} semestre 2014) avant de définir le périmètre des éventuelles nouvelles actions de contrôle à mettre en place.

Pour ce qui concerne la période de fiabilisation des comptes préalable à la certification, le comptable n'a pas été associé à la rédaction du cahier des charges visant à délimiter le périmètre d'intervention des deux cabinets retenus (B et L) en phase 1.

Toutefois, l'hôpital précise qu'il a été associé dès le début des travaux des consultants lors de la phase diagnostic, et qu'il est totalement intégré comme acteur à part entière dans les processus de gestion, y compris dans l'étude du système d'information. La prise de conscience de son rôle par le comptable n'est cependant pas évidente pour lui, l'essentiel des processus de fiabilisation des comptes concerne l'ordonnateur depuis le début du recueil des droits constatés jusqu'à la phase « trésorerie », limitée aux paiements et encaissements. Cette assertion sera un élément important à prendre en compte par le CAC dans l'efficacité de la chaîne de facturation qui, à priori, paraît poser des problèmes au regard du nombre et volume financier des titres de recettes annulés et réémis.

Par ailleurs, il est intéressant de noter que, selon l'hôpital, les processus de gestion et la qualité comptable ont été étudiés dans leur globalité, y compris pour la partie relevant de la compétence du comptable.

Selon le comptable, la chaîne comptable entre l'ordonnateur et le comptable n'a pas fait l'objet d'analyse spécifique, toutefois les réunions avec la DAF⁶⁸ (directeur et/ou service) sont fréquentes, mais sur des thèmes spécifiques, choisis par l'une ou l'autre partie. (Délais de paiement des dépenses, de mandatement, paiement à juste date, régies, niveau des restes à recouvrer, facturation (réunions mensuelles avec ce service), etc...).

Globalement les relations avec l'établissement, et la DAF plus particulièrement, se sont largement améliorées notamment à l'occasion des changements intervenus depuis 2011, en vue de la préparation à la certification des comptes du CHU. Le comptable estime que la collaboration est effective et efficace. Cependant cet enjeu reste sous la conduite quasi exclusive de la DAF qui entend rester maître de nombreux sujets (CIC, ratios, rapport, analyses, etc...). A titre d'exemple, le comptable a demandé, lors du compte rendu du cabinet comptable en charge de l'appui nécessaire à la préparation de la certification, s'il existait un organigramme fonctionnel, et si la mise en place des CIC ferait l'objet d'une évaluation par le biais d'un audit interne (pertinence des contrôles, traçabilité, pérennisation...), sachant que le contrôleur interne de la DAF est directement rattaché à la direction des finances (sous la responsabilité hiérarchique directe de l'attaché d'administration chargé des finances). Aucune réponse ne lui a été apportée, l'élaboration des organigrammes fonctionnels n'étant pas jugé prioritaire puisque les informations sont présentes actuellement dans les fiches procédures réalisées.

8.4. Organisation et mise en place des actions fonctionnelles liées à la démarche

8.4.1. Déploiement du contrôle interne

Au CHU d'Angers, le déploiement du contrôle interne a été principalement conduit par une équipe interne à la direction des finances. En outre, ainsi qu'il l'a été vu plus haut, le CHU s'est fait accompagner par deux cabinets privés dans sa préparation à la certification de ses comptes :

- Le Cabinet B : préparation à la certification et aide à la mise en place du contrôle interne, ainsi qu'une phase sur l'« auditabilité » des systèmes d'information,
- Le Cabinet L : assistance sur la gestion des actifs immobilisés (incluant un volet sur le contrôle interne du processus immobilisations).

Pour cette préparation, il s'est également associé au groupe de travail régional MARTAA (mission soutenue par l'ARS) en vue de mutualiser les efforts et outils de contrôle interne respectifs des membres de ce groupe.

La tarification retenue pour la mission des deux cabinets était forfaitaire (37 351 € TTC pour le cabinet B et 20 092 € TTC pour le cabinet L).

Toutefois le contrat conclu avec le cabinet L prévoyait un « forfait journalier » de 630 € HT/jour/homme pour deux tranches conditionnelles. Seule la tranche ferme a été mise en œuvre. Il en est résulté un coût global prévu pour les missions de base de ces deux cabinets sensiblement supérieur au montant initial : au final le CHU aura dépensé 121 310 € TTC alors que la tarification prévue était de 57 443 € TTC.

⁶⁸ DAF : direction des affaires financières.

Les procédures identifiées lors des travaux préparatoires ont conduit le CHU d'Angers à identifier les services et les personnes, leurs rôles, leurs tâches, les contrôles qu'ils réalisent. Dans la mesure du possible, une « grille de séparation des fonctions » a été réalisée pour le cycle « achat ».

Par ailleurs, comme il l'a été évoqué plus haut, un contrôleur interne, de formation et d'expérience spécifique au contrôle interne dans le secteur privé, a été recruté pour permettre au CHU d'assurer ce projet. L'objectif de ce recrutement était de mettre en place un « référent *contrôle interne et comptable* » au sein de la direction des finances.

Il est à noter que la préparation du CHU à la certification de ses comptes justifie le positionnement du contrôleur interne à la direction des finances. Toutefois, par la suite ce rattachement va apparaître trop restrictif au regard de l'étendue des thèmes concernés comme de la diversité de ses interlocuteurs. Les difficultés constatées plus haut pour obtenir le montant de provisions nécessaires pour payer les CET en sont un exemple. Un positionnement, soit auprès de la direction générale, soit auprès du secrétariat général serait semble-t-il mieux approprié.

8.4.2. Développement de l'audit interne

Aucune structure de gouvernance, type comité de pilotage n'a été mise en place dans la préparation du CHU à la certification de ses comptes. Le projet de mise en place du contrôle interne est piloté par la Direction des Finances, et en particulier par le contrôleur interne en qualité d'animateur et de ressource interne pour l'ensemble des directions fonctionnelles. Des réunions se sont tenues, et se tiennent toujours en sous-groupe, par thématique (gestion des stocks, facturation, Ressources Humaines, ...).

De même, le CHU n'a pas jugé utile de constituer d'unité chargée de l'audit interne puisque la fonction d'audit interne reste intégrée dans les missions du contrôleur interne. Cette fonction ne peut avoir de sens, selon l'hôpital, que lorsque le contrôle interne est suffisamment avancé pour pouvoir réaliser efficacement des missions d'audit interne (tests de réalité et de substance sur les processus majeurs). Il est cependant à noter que quelques missions spécifiques ont été menées et formalisées à travers un rapport (exemples : contrôle du stock, contrôle de l'inventaire des immobilisations, achats, ...).

Néanmoins, une fiche spécifique se rapportant à la structuration du contrôle interne a été établie et est diffusée à l'ensemble des acteurs concernés (contrôleur interne, responsable budgétaire et financier, contrôleur budgétaire, directeur de la direction des finances) via le réseau interne du CHU.

Cette fiche contient en lien les fiches projets par processus, le tableau de bord de la certification et les tableaux de bord par processus. Elle donne la description du contrôle interne au sein de l'établissement, les outils de suivi du contrôle interne et elle décrit l'organisation du contrôle interne (mise à jour des outils de pilotage, centralisation des informations, architecture du registre des procédures, conditions de partage de l'information). Elle indique que le pilotage du contrôle interne s'effectue au sein de la direction des finances, avec toutes les limites précédemment évoquées quant au positionnement hiérarchique du contrôleur interne.

L'hôpital envisage cependant qu'à terme, la désignation d'un comité d'audit puisse être envisagée avec des missions clairement définies (validation et suivi de la cartographie des risques, du plan d'action, de la politique annuelle de contrôle interne).

En ce qui concerne les formations mises en place pour assurer sa préparation, le CHU précise que les missions d'accompagnement par les deux cabinets extérieurs intégraient une forte dimension pédagogique auprès des équipes opérationnelles et équipes de direction. Elles ont été l'occasion de préciser les règles de bonne pratique et les outils préconisés pour faciliter la mise en place du contrôle interne et de la qualité comptable.

Par ailleurs, l'équipe des finances a été fortement mobilisée pour participer à des formations ou réunions d'échanges sur les thèmes liés à la certification des comptes et au contrôle interne. Parmi elles :

- MARTAA – DRFiP et ARS : nombreuses rencontres depuis octobre 2010 avec des intervenants extérieurs, souvent consultants ou commissaires aux comptes,
- MARTAA : deux jours sur le cycle immobilisations (janvier 2012),
- ENFiP – EHESP⁶⁹ : Fiabilisation des comptes des hôpitaux (décembre 2012), rencontre inter-régionale ARS sur la certification et CIC - 23 mai 2012,
- DGOS – EHESP : Sécuriser vos processus de contrôle interne dans la perspective de certification des comptes (6 décembre 2013),
- DGOS : La mission du commissaire aux comptes (19 février 2014),
- DGOS : Enjeux et objectifs de la certification des comptes (14 mars 2014).

Enfin, deux membres de la Direction des Finances ont été sollicités par le CNEH (comité national des experts hospitalier)⁷⁰ pour participer à l'élaboration et l'animation de formations sur le sujet de la certification à l'attention des agents et directeurs d'autres centres hospitaliers (depuis 2012).

8.5. Degré d'appropriation du dispositif par les parties prenantes au sein de l'EPS

Le chantier de la préparation à la certification a mobilisé l'ensemble des personnes directement ou indirectement concernées, principalement dans les directions fonctionnelles. Des sous-groupes de travail par processus ont été mis en place pour évoquer la cartographie des risques, rappeler les bonnes pratiques et mettre en œuvre des mesures correctives le cas échéant. A titre d'exemple, les acteurs de la fonction « achats » se sont réunis autour de la procédure « achat » pour uniformiser et fiabiliser ce processus.

Néanmoins cette préparation n'a pas empêché l'hôpital de rencontrer les difficultés « classiques » engendrées par tout processus de changement des organisations. Ainsi, certains agents restent attachés à leurs pratiques habituelles et ne comprennent pas toujours la finalité de ce chantier : « *pourquoi nous contrôle-t-on ? Pourquoi et pour qui faut-il écrire une procédure ? Pourquoi doit-on conserver les pièces justificatives ?* »...

Ce chantier vient s'ajouter au reste des tâches habituelles. Le manque de temps est souvent évoqué pour justifier l'origine d'un ralentissement de la production des documents relatifs au contrôle interne.

Pour remédier à ces difficultés, le CHU a créé un répertoire commun sur le réseau interne afin d'y déposer l'ensemble des documents produits et des référentiels comptables ou de contrôle interne.

⁶⁹ ENFiP : Ecole nationale des finances publiques EHESP : Ecole des hautes études en santé publique.

⁷⁰ Association d'experts hospitaliers issus ou non de la FPH qui organise soit des formations, soit des missions spécifiquement dédiées aux EPS.

On y trouve les procédures en cours et les procédures validées, la documentation, des guides méthodologiques, des fiches techniques et tout autre document utile pour ce chantier.

Le degré d'appropriation est variable par service, mais ce processus reste long. Le contrôleur interne, et plus largement la Direction des Finances, ont bien été identifiés comme personnes ressources et s'efforcent de faire connaître l'espace partagé dédié à tous les sujets qui tournent autour de la certification des comptes.

Ainsi une fiche spécifique définissant les règles de partage d'informations au niveau de la certification des comptes du CHU a été créée et mise sur le réseau interne. Cette fiche, accessible par tous les agents accrédités au dossier partage, présente l'architecture du dossier de partage pour six processus⁷¹ ainsi que les outils communs. De plus, elle précise le rôle du dossier de partage, ses conditions d'accès, son alimentation, et la mise à jour du plan d'actions. Enfin, elle permet un lien avec les plans d'actions par processus.

8.6. Points sensibles (facteurs de risque d'échec) de la démarche

8.6.1. Qualité du système d'information

Le CHU d'Angers a structuré son système d'information autour d'un service informatique et télécommunication placé sous la responsabilité du directeur général adjoint chargé du pôle finances-efficience-système d'information. Le chef du service informatique et télécommunications est un ingénieur.

La stratégie générale du système d'information est conduite par un comité stratégique des systèmes d'information (COSTRAT SI) dont la mission est de définir la politique du système d'information, d'en arrêter les grandes orientations et d'en définir les évolutions. Le COSTRAT SI est composé du Directeur Général, du Président de la CME, du Directeur Général Adjoint, des présidents des sous-commissions de la CME directement intéressées par les questions relatives au système d'information (sous-commission informatique, sous-commission clinico-biologique, Comedims⁷², sous-commission collège du DIM⁷³ et du directeur du système d'information).

Cette stratégie est ensuite déclinée par un comité de pilotage des systèmes d'information étendue à d'autres professionnels, représentatifs de différentes disciplines et secteurs de l'établissement, dont la mission sera d'assurer un suivi régulier du bon avancement des projets informatiques et de formuler des propositions sur les orientations en matière de système d'information. Il se réunit à une fréquence trimestrielle pour valider les propositions de la DSI et arbitrer.

La DSI est constituée de trois secteurs :

- Secteur assistance utilisateurs : il constitue le point d'entrée unique à travers la gestion des incidents et des demandes utilisateurs. Il pilote aussi les déploiements sur le terrain.
- Secteur Logiciel Métier : les objectifs du secteur sont de répondre aux besoins des clients de la DSI sur son domaine en assurant les missions suivantes :

⁷¹ Processus achats et stocks, actif immobilisé, facturation, ressources humaine/direction affaires médicales, finances, système d'information.

⁷² Comedims : commission du médicament et des dispositifs médicaux stériles.

⁷³ DIM : département de l'information médicale.

- Mettre à disposition des utilisateurs les outils nécessaires à leur activité,
- Assurer, sur son périmètre, la cohérence des solutions informatiques avec les intérêts de l'établissement,
- Maintenir en condition opérationnelle les solutions informatiques,
- Secteur Production et Infrastructure : l'objectif de ce secteur est de constituer l'épine dorsale du SI : garantir la disponibilité des applications informatiques, garantir la pérennité et l'intégrité des données, garantir la disponibilité et la capacité des infrastructures système et réseau.

8.6.1.1. *Le schéma directeur du SIH : diagnostic, plan d'actions, projets d'investissements*

Le CHU a rédigé en 2013 le volet système d'information du projet d'établissement. La déclinaison en schéma directeur est prévue fin 2014/début 2015, précisant ainsi le projet d'établissement en termes de planning et de couverture.

Le schéma directeur est ensuite validé et modifié régulièrement par le comité de pilotage des systèmes d'information, notamment en fonction des contraintes réglementaires.

Le portefeuille de projets intègre les projets validés issus du schéma directeur et est complété de nouveaux projets, non prévus initialement dans le schéma directeur. Les projets sont ainsi classés selon leur priorité :

- priorité 1: Date de fin impérative avec contrainte Projet établissement ou risque inacceptable ou obsolescence ou contrainte réglementaire
- priorité 2: Date de fin décalable avec risque acceptable ou forte valeur ajoutée
- priorité 3: Date de fin décalable sans risque.

Une centaine de projets sont ainsi intégrés dans le portefeuille de projets.

La répartition du plan d'investissement est en général la suivante : 2/3 pour l'infrastructure (2 M€ sont prévus), postes de travail et périphériques et 1/3 pour la mise en œuvre de nouvelles applications (1 M€ prévu). Une part importante est consacrée au renouvellement des postes de travail, périphériques, téléphones, serveurs, baies de stockage et compléments de stockage.

8.6.1.2. *Le référentiel utilisé en matière de système d'information*

Le CHU se conforme au référentiel ITIL⁷⁴ pour lequel il a déjà mis en place les processus « gestion des incidents », « gestion des configurations » et la mise en place du point unique (centre de service).

A titre d'exemple, il a été produit un power point et deux fiches présentant l'organisation du service dans le processus gestion des incidents.

L'examen des fiches présentées permet de conclure :

⁷⁴ ITIL (*Information Technology Infrastructure Library* pour « Bibliothèque pour l'infrastructure des technologies de l'information ») est un ensemble d'ouvrages recensant les bonnes pratiques du management du système d'information selon des normes de qualité préétablies au niveau international. C'est un référentiel très large qui aborde les sujets suivants : Comment organiser un système d'information ? Comment améliorer l'efficacité du système d'information ? Comment réduire les risques ? Comment augmenter la qualité des services informatiques ?

- Qu'il existe un point unique de convergence des demandes en cas d'incident : centre de service qui diagnostique la catégorie d'incident, définit le niveau d'urgence d'intervention (selon une matrice de quatre niveaux et quatre impacts), redirige le signalement vers l'équipe appropriée,
- Qu'il existe une traçabilité de chaque incident par un enregistrement dans l'application IWS⁷⁵,
- Qu'un logigramme retraçant le scénario de traitement d'un incident a été conçu,
- Qu'une permanence est organisée de 8 heures à 17 heures 30 du lundi au vendredi avec des astreintes de 17 heures 30 à 8 heures ainsi que les week-ends,
- Que les délais de prise en charge d'un incident sont classés selon quatre niveaux : niveau un - intervention immédiate, niveau deux - intervention sous une heure, niveau trois - intervention sous quatre heures et niveau quatre - intervention à J+1.

Pour autant, l'instruction conduite par la chambre n'est pas en mesure d'apprécier la réalité de la pertinence de cette organisation de traitement des incidents :

- aucune statistique des incidents n'a été produite permettant de connaître les données se rapportant aux nombres, niveaux, délais de prise en charge, efficacité des interventions ;
- si une première cartographie des applications a été présentée, rien ne permet d'assurer qu'elle soit exhaustive, ni qu'elle indique l'ensemble des interopérabilités fonctionnelles entre applications ;
- rien ne permet d'apprécier le niveau réel de sécurité des systèmes d'informations : en matière de confidentialité, de traçabilité/sécurité des accès, inter-opérabilité fonctionnelle.

Toutefois, les documents joints à la réponse du CHU conduisent à estimer :

- que l'organisation du système d'information est bien pilotée en vue de répondre, au moins sur le papier, aux incidents transmis par les utilisateurs « clients » des systèmes et applications existantes ;
- qu'en matière de sécurité dans la conservation des données, la formalisation d'une stratégie de sauvegarde et de la restauration des données fait l'objet d'une procédure écrite, opposable à tous les acteurs concernés.

8.6.1.3. *L'étendue fonctionnelle du SIH*

Le SI traite les principaux processus de l'établissement sur :

- la production de soins médicaux, paramédicaux et médicotechniques dans les unités de soins, les plateaux techniques et aux urgences adultes et pédiatriques,
- la gestion du médicament, de la biologie et de l'imagerie,
- la connexion des équipements biomédicaux,
- la facturation, le traitement du PMSI et le recueil d'activité,
- la gestion et le pilotage de l'établissement,
- les ressources humaines,
- la sécurité, l'interopérabilité et l'infrastructure du système d'information,
- la gestion des risques,
- la gestion des référentiels et des annuaires,
- la gestion des ressources et agendas,

⁷⁵ Logiciel de gestion des demandes informatiques, incidents et événements indésirables.

- la logistique.

Le récent audit de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) a identifié comme point faible la gestion manuelle des marchés de la pharmacie. La gestion des astreintes médicales est aussi entièrement basée sur des procédures manuelles.

Une cartographie en ligne sur le réseau interne du CHU permet de visualiser les différentes applications métiers du SIH et les liens qui les lient.

En ce qui concerne les contrôles embarqués (automatisés) existants, en particulier en lien avec les cycles prioritaires dans le cadre du processus de certification des comptes (achats, facturation, personnel, immobilisations....), un travail de recensement est en cours. Par la suite, il est envisagé la mise en place de contrôles complémentaires.

8.6.1.4. L'évaluation externe du SIH

Le SI a été audité en mars 2013 par l'ANAP, accompagnée d'une société extérieure (Colombus). L'objectif de cet audit était d'identifier les déterminants principaux de la réussite ou de l'échec de l'usage des systèmes d'information (SI) découlant des choix d'urbanisation des SI et des organisations sous-jacentes. En ce qui concerne l'analyse de la gestion des configurations, un premier audit de maturité ITIL a été réalisé en 2008 qui a abouti à un plan de mise en place des processus. Un nouvel audit général en 2012 a été mené par un autre cabinet de conseil axé sur les processus.

Le CHU a prévu d'adapter son système d'information sur les points suivants :

- Mise en place d'un catalogue de services et SLA⁷⁶,
- Mise en place d'un référentiel de projets,
- Mise en place d'une gestion documentaire et d'une structure transversale Qualité,
- Ne plus déployer de nouveaux processus ITIL, mais consolider ceux existants en ajoutant des bonnes pratiques dans les domaines des mises en production et gestion des demandes utilisateurs.

8.6.1.5. La politique de sécurité

Selon le CHU, l'identification des risques potentiels affectant le SIH a été réalisée. La politique de sécurité qui découlera de cette identification est en cours de rédaction avec un objectif de publication fin 2014 au plus tard. Un responsable de la sécurité des systèmes d'information a été nommé en septembre 2010, il a formalisé la gestion des accès normalisés avec les habilitations associées.

Les habilitations sont générées à partir des profils métiers et intégrées dans un annuaire de sécurité géré par l'application « IAM ».

Même s'il n'est pas certain que chaque patient ou chaque utilisateur dispose d'un numéro « identifiant » unique, l'analyse des fiches produites permet d'estimer que le SIH

⁷⁶ SLA est un logiciel de gestion des services d'assistance qui permet le suivi de l'activité des services d'assistance dans des organisations dédiées à ce type d'activité (centre d'assistance, cellules d'assistance réparties, Hotline, ...).

dispose, au moins au plan théorique, d'un processus formalisé de gestion des habilitations avec un double contrôle d'accès au poste et de l'habilitation pour chaque application. Un logigramme formalise toute la sécurité de l'architecture du SIH.

En outre, une fiche procédure portant sur la gestion des mots de passe dans les applications précise les conditions de gestion des mots de passe qui sont générés de manière automatique par les applications et dont la gestion des attributions repose sur une application croisant les contrôles d'identité, les applications métiers utilisées et les habilitations accordées (logiciel AMS de gestion des habilitations).

Il est à noter que les personnes qui utilisent le Système d'Information Hospitalier du CHU d'Angers sont bien identifiées selon plusieurs statuts :

- Les salariés du CHU
 - o Médecins
 - o Non Médecins
 - o Personnels en formation (élèves, étudiants, internes)
 - o Vacataires
- Les personnels Non Rémunérés par le CHU
 - o Stagiaires
 - o Intérimaires
 - o Personnel prêté par d'autres établissements
 - o Prestataires.

Aussi, selon l'architecture présentée, la gestion des habilitations et des accès est contrôlée par au moins un système automatisé permettant à priori une traçabilité des accès et utilisateurs.

Enfin, le CHU d'Angers dispose actuellement d'un plan de continuité informatique (PCI) basé sur deux salles de serveurs.

En synthèse, les dispositifs du système d'information paraissent, selon la chambre, de nature à permettre l'engagement de l'hôpital vers la certification de ses comptes :

- ✓ Le système d'information du CHU d'Angers fait l'objet d'un pilotage centralisé,
- ✓ Un schéma directeur a été réalisé en 2013 dans le cadre du projet d'établissement, sa déclinaison est prévue dès 2014 en termes de planning et de couverture,
- ✓ Son architecture complète se réfère à un ensemble documentaire « ITIL » lui permettant d'organiser son déploiement selon des normes de qualité préétablies au niveau international,
- ✓ Il dispose d'une cartographie exhaustive des applications précisant leur interopérabilité,
- ✓ A l'exception du processus achat (logiciel GEF), le recensement des contrôles automatisés est en cours,
- ✓ La politique de sécurité est définie : identification des risques potentiels, nomination d'un responsable de la sécurité du SI, gestion d'accès/habilitations,
- ✓ Une évaluation externe de l'ensemble du système a été conduite par l'ANAP.

8.6.2. Fiabilisation des états financiers (respect du référentiel comptable)

Ainsi qu'il a été vu dans la partie portant sur la fiabilité des comptes et la situation financière, le compte financier 2013 du CHU d'Angers comporte bien toutes les informations prévues au regard des nouvelles dispositions résultant des décrets n° 2010-425 du 29 avril 2010, n° 2012-1247 du 7 novembre 2012 et n° 2013-1238 du 23 décembre 2013.

Ce compte financier comprend deux parties :

- Le bilan, le compte de résultat et l'annexe soumis à la certification (1^{ère} partie),
- Les autres éléments relatifs à l'analyse de l'exécution de l'EPRD, non soumis à la certification (2^{ème} partie).

Par ailleurs, le compte financier est accompagné :

- d'un rapport rédigé par le directeur et le comptable portant sur les comptes annuels ;
- d'un rapport rédigé par le directeur et le comptable portant sur les éléments de gestion mentionnés à l'article R. 6145-43 du code de la santé publique ;
- du projet d'affectation des résultats, établi par le directeur.

L'annexe du compte financier a en outre été enrichie de nombreux états afin de compléter l'information financière et se rapprocher du plan comptable général en termes de sincérité des comptes et d'image fidèle (I-1 principes et méthode comptable, avec le détail des postes relatifs au bilan I-2 faits caractéristiques de l'exercice, I-3 circonstances qui empêchent de comparer certains postes d'un exercice à l'autre, etc...).

L'ensemble de ces éléments a été produit et n'appelle pas d'observation particulière.

8.6.3. Difficultés survenues lors du dispositif de fiabilisation des comptes

Le CHU estime que certaines difficultés rencontrées dans le déploiement du contrôle interne comptable ne sont pas traitées par les directives existantes. Il cite à ce titre les exemples suivants :

- Les écritures de correction d'erreur dans le cas de la comptabilisation des séjours « à cheval » sur deux exercices. Cette question renverrait plutôt à la qualité de la chaîne de facturation.
- L'absence de prise en compte par la M21 d'un passif au titre des congés payés, passif correspondant à des journées RTT non utilisées par certains agents en méconnaissance des dispositions règlementaires sur le temps de travail. Le CHU d'Angers considère que ces journées non utilisées constituent un passif social. Cet argument est cependant difficilement défendable devant une juridiction administrative, puisque le dispositif d'aménagement du temps de travail a été précisément règlementé⁷⁷ et permet à tous les agents de faire valoir leur droit de manière incontestable en cas de reprise des jours de RTT non utilisés. Le fait de ne pas recourir au dispositif règlementaire pour comptabiliser de manière équitable les jours « épargnés » revient ipso facto à renoncer à ces derniers, le CHU n'étant alors plus « redevable » envers ces agents « réfractaires » au dispositif légal en vigueur.

⁷⁷ Article 4 du décret n° 2002-8 du 4 janvier 2002 relatif aux congés annuels des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière. En 2008, à la suite de la parution des décrets n° 2008-454 et 455 du 14 mai 2008, les personnels non médicaux et les personnels médicaux ont pu obtenir le paiement de la moitié des jours épargnés sur leurs comptes épargne-temps avant le 31 décembre 2007.

- Certaines corrections d'erreurs sont prévues en contrepartie des comptes de report à nouveau (provisions réglementées insuffisantes sur les années antérieures à 2011) et d'autres en contrepartie du compte 10682 « excédents affectés à l'investissement » notamment pour ajustement de l'inventaire à l'état de l'actif (si le 10682 est nul pas de possibilité de correction d'erreur). Selon l'hôpital, la question se pose dans le cas où ce dernier n'a pas suffisamment d'excédents.

8.7. Conclusion et perspectives

8.7.1. Bilan d'étape réalisé par l'EPS

Le CHU d'Angers n'a pas réalisé d'audit « à blanc » cependant, comme il l'a été vu précédemment, l'ensemble des sujets comptables et processus ont fait l'objet d'un travail de diagnostic et de plans d'actions pour identifier les faiblesses et apporter les mesures correctives éventuelles.

Le calendrier de préparation à la certification était axé sur un niveau minimum de maturité à l'été 2014. Ce niveau semble avoir été atteint et les principaux chantiers initiés en phase de préparation sont bien avancés, voire terminés (immobilisations, procédure achats, cartographie du système d'information,).

La phase de diagnostic menée par les deux consultants externes a été l'occasion d'identifier les principales zones de risque, tant en matière de qualité comptable que de contrôle interne par processus. Les recommandations proposées au travers de plans d'actions ont toutes été suivies d'effet, plus ou moins rapidement. L'hôpital estime s'être inscrit, au travers de cette démarche vers une certification « sans réserve », dans une amélioration permanente de la qualité de ses comptes et de la fiabilité de ses processus de gestion.

8.7.2. La sélection des CAC et les difficultés de l'EPS dans sa relation avec les CAC

Le CHU d'Angers fait partie des 31 EPS dont les comptes 2014 devront être certifiés par un commissaire aux comptes (CAC) en application des décrets n° 2013-1238 et n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 et de l'arrêté du 23 décembre 2013 officialisant la première vague de certification des comptes des hôpitaux publics.

Pour mener à bien la sélection du commissaire aux comptes, le CHU d'Angers a choisi de se rapprocher du GCS UniHA pour lancer un accord-cadre relatif à la mission de commissariat aux comptes. Une présélection de huit candidats a été effectuée et un marché subséquent propre au CHU d'Angers a été lancé courant mai 2014 auprès de ces cabinets.

Les réponses des huit candidats ont été reçues le 30 mai 2014 et le conseil de surveillance du 30 juin 2014 a désigné la société d'expertise comptable G comme commissaire aux comptes. Il a été accepté un sous-traitant⁷⁸ chargé « *de l'expertise, le cas échéant, de la chaîne de valorisation des recettes* ».

Le début des travaux est engagé depuis septembre 2014 par le commissaire aux comptes, aucune difficulté particulière n'est à ce jour à signaler.

⁷⁸ EURL « DIAGNOSE TIC ».

8.7.3. Les coûts de l'audit

Le contrat conclu porte sur un montant total de 701 520 € TTC pour six exercices, soit un coût annuel de 116 920 € TTC. La tranche ferme a été définie de la manière suivante : « *contrôle et certification des comptes annuels de l'établissement, incluant la validation du bilan* ».

La tranche conditionnelle porte sur « *les diligences directement liées à la certification des comptes annuels de l'établissement* », son coût est détaillé dans une annexe financière présentant un prix de journée plafond ainsi qu'un prix de vacation différencié selon que la prestation est assurée par un associé, un collaborateur confirmé et expérimenté/chef de projet, un collaborateur confirmé ou un collaborateur junior.

ANNEXES

Annexe 1 – Evolution de l'activité de 2009 à 2013 – fiches SAE

Activité	2009	2010	2011	2012	2013	ECARTS 2009/2013
Nombre d'entrées réalisées						
médecine	42 463	43 284	44 335	42 269	46 060	8%
chirurgie	15 598	15 111	15 705	16 280	16 171	4%
gynéco-obstétrique	6 152	6 287	6 265	6 414	6 334	3%
sous-total M.C.O	56 615	56 997	58 706	60 005	60 106	6%
ssr	1 394	1 401	1 262	1 206	1 300	-6,74%
Total Budget H	58 009	58 398	59 968	61 211	61 406	6%
Nombre de journées réalisées						
médecine	229 671	234 374	235 818	237 118	237 202	3%
chirurgie	77 146	75 752	79 208	80 440	80 078	4%
gynéco-obstétrique	29 372	29 431	28 516	30 161	28 828	-2%
sous-total M.C.O	336 189	339 557	343 542	347 719	346 108	3%
ssr	51 505	51 270	51 561	50 783	52 545	2,02%
Total Budget H	387 694	390 827	395 103	398 502	398 653	3%
Durée moyenne de séjour en MCO (en jr)						
médecine	5,41	5,41	5,32	5,61	5,15	-5%
chirurgie	4,95	5,01	5,04	4,94	4,95	0%
gynéco-obstétrique	4,77	4,68	4,55	4,70	4,55	-5%
DMS globale /Sous total MCO	5,94	5,96	5,85	5,79	5,76	-3%
ssr	36,95	36,60	40,86	42,11	40,42	9%
Total Budget H						
Taux d'occupation en MCO (en %)*						
médecine	85%	87%	87%	88%	88%	
chirurgie	59%	57%	60%	61%	61%	
gynéco-obstétrique	109%	109%	106%	112%	92%	
ssr	71%	70%	71%	70%	73%	
Total Budget H						
HOSPITALISATION PARTIELLE (venues)						
médecine venues	11 783	13 360	14 676	13 773	14 605	24%
gynéco-obstétrique	2 652	2 594	2 476	2 412	2 856	8%
Total Budget H	14 435	15 954	17 152	16 185	17 461	21%
traitement ambulatoire (venues) et séances						
médecine	10 860	10 220	11 682	12 478	12 376	14%
chirurgie ambulatoire/ anesthésie	4 146	4 599	5 025	5 275	5 306	28%
Total Budget H	15 006	14 819	16 707	17 753	17 682	18%
Consultations et soins externes						
médecine	85 209	101 384	119 350	121 057	125 672	47%
chirurgie	89 069	73 664	105 175	108 230	117 761	32%
obstétrique	34 064	26 087	48 120	50 027	50 368	48%
autres disciplines	51 862	70 025	155 604	162 879	162 172	213%
Total Budget H	260 204	271 160	428 249	442 193	455 973	75%

source :contrôle de gestion CHU ANGERS, fiches SAE

Annexe 2 – Ratio taux d'utilisation/ taux d'occupation

	CHU Angers				Région		Catégorie	
	2009	2010	2011	2012	2eme decile	8eme decile	2eme decile	8eme decile
médecine	72,8	74,9	74,2	73,6	70,6	98,8	71,7	82,6
chirurgie	86	84,2	92,1	93,4	51,7	94,7	84,9	98,1
obstétrique	74,7	74,7	72,8	77,3	56	72,7	64,7	77,3

source: base SNATIH

Annexe 3 – Nombre de séjours en hospitalisation complète ou partielle

ASO/ nb RSS		2009	2010	2011	2012	2013	2013/2009
M*	0j	17 284	17 279	17 303	16 288	17 733	3%
	1j	8 180	8 374	8 909	8 948	9 310	14%
	>1j	27 331	28 139	28 165	28 741	28 066	3%
Total M		52 795	53 792	54 377	53 977	55 109	4%
C	0j	4 304	4 457	5 217	5 572	5 951	38%
	1j	2 837	2 742	2 833	2 812	2 860	1%
	>1j	10 337	9 957	10 739	11 166	11 378	10%
Total C		17 478	17 156	18 789	19 550	20 189	16%
O	0j	1 654	1 539	1 535	1 429	1 584	-4%
	1j	290	292	291	236	244	-16%
	>1j	4 536	4 491	4 505	4 693	4 558	0%
Total O		6 480	6 322	6 331	6 358	6 386	-1%
Total hospitalisations hors séances		76 753	77 270	79 497	79 885	81 684	6%
séances		12 733	13 797	16 040	17 176	16 848	32%
Total hospitalisation		89 486	91 067	95 537	97 061	98 532	10%
consultations externes		270076	280569	290980	302695	311671	15%
Total Général		359 562	371 636	386 517	399 756	410 203	14%

*hors séances

Les consultations externes sont hors imagerie et hors urgences

Elles ne comportent pas non plus les explorations réalisées au profit de patients hospitalisés.

Source : DIM CHU ANGERS

Annexe 4 – L'activité du service des urgences

	2009	2010	2011	2012	2013	% évolution 2009/2013
Nombre d'entrées réalisées MCO du CHU d'Angers	56615	56997	58706	59846	60106	6,17%
Passages urgences externes	49723	50748	56418	58631	60365	21,40%
dont urgences pédiatriques	16121	15937	18848	18707	19910	
dont urgences gynéco -obst	7348	7913	8430	10049	10319	
dont urgences gériatriques	0	0	0	0	0	
Passages suivi d'hospitalisation	26697	26754	28055	29230	29118	9,07%
dont urgences pédiatriques	3015	2994	3319	3242	3083	
dont urgences gynéco -obst	4248	4191	4114	4481	4181	
dont urgences gériatriques	0	0	0	0	0	
Total passage	76420	77502	84473	87861	89483	17,09%
% des hospitalisations venant des urgences	34,10%	43,10%	45,60%	45,80%	49,00%	
% des passages urgences suivi d'hospitalisation	34,93%	34,52%	33,21%	33,27%	32,54%	
Nombre d'appels au SAMU	211180	215449	219375	222578	226664	7,33%
Nombre d'interventions SMUR	2967	2938	2904	3146	3238	9,13%

Source : DIM CHU et base SNATIH pour le % des entrées provenant des urgences

Annexe 5 – Personnel médical – Evolution des effectifs moyens rémunérés par statut

Budget principal							
Statut	2009	2010	2011	2012	2013	evol ETP	Evol 2009-2013
HU	86,75	87,46	86,75	86,17	87,00	0,25	0,29%
PH temps plein	210,95	219,90	221,46	229,09	231,03	20,08	9,52%
PH temps partiel	8,52	10,79	10,82	10,51	10,47	1,95	22,89%
Praticiens attachés renouvelables	36,65	39,33	34,78	33,11	33,23	-3,42	-9,33%
total PH permanents	342,87	357,48	353,81	358,88	361,73	18,86	5,50%
Praticiens contractuels	44,35	32,08	33,82	38,42	44,06	-0,29	-0,65%
assistants	5,08	16,33	30,00	33,23	39,63	34,55	680,12%
praticiens attachés associés	15,03	11,58	11,94	14,87	14,53	-0,50	-3,33%
total PH temporaires	64,46	59,99	75,76	86,52	98,22	33,76	52,37%
TOTAL personnel médical	407,33	417,47	429,57	445,40	459,95	52,62	12,92%
Internes	303,25	328,83	352,96	384,67	427,13	123,88	40,85%
Etudiants	428,83	466,42	498,25	529,17	555,42	126,58	29,52%
TOTAL intégrant les internes et les étudiants	1 139,41	1 212,72	1 280,78	1 359,24	1 442,50	303,08	26,60%

Source : Direction des affaires médicales CHU Angers

Annexe 6 – Personnel médical – Evolution des effectifs moyens rémunérés par spécialité

Spécialité	2009	2010	2011	2012	2013	Evol ETP	Evol 09/13
Médecine	201,23	206,58	211,97	219,36	221,61	20,38	10,13%
Chirurgie	47,42	48,57	51,09	55,09	57,71	10,29	21,70%
Gynéco-obstétrique	13,97	15,77	16,01	15,10	14,67	0,70	5,01%
Total MCO	262,62	270,92	279,07	289,55	293,99	31,37	11,95%
Plateaux technique et médico-techniques	90,26	93,34	95,21	95,63	99,53	9,27	10,27%
urgences	29,39	27,64	28,83	30,31	32,39	3,00	10,21%
Psychiatrie	6,83	7,74	7,54	7,71	8,31	1,48	21,67%
SSR	4,60	4,60	4,64	5,52	5,00	0,40	8,70%
divers (recherche, médecin qualité)	13,63	13,23	14,27	16,69	20,73	7,10	52,09%
Total budget principal	407,33	417,47	429,56	445,41	459,95	52,62	12,92%

Source : Direction des affaires médicales CHU Angers

Annexe 7 – Personnel non médical – Evolution des effectifs moyens rémunérés par statut

Budget principal								
Statut	année	2009	2010	2011	2012	2013	Evol ETP	Evol 09/13 en %
PNM - Titulaires et stagiaires	Personnel administratif	419,84	440,40	443,26	458,75	446,07	26,23	6,25%
	<i>dont personnel de direction</i>	<i>16,69</i>	<i>16,75</i>	<i>16,27</i>	<i>16,42</i>	<i>17,97</i>	<i>1,28</i>	<i>7,67%</i>
	Personnel soignant et éducatif	2754,32	2877,07	2974,30	2990,15	2981,11	226,79	8,23%
	Personnel technique et ouvrier	392,00	402,18	394,49	405,32	394,95	2,95	0,75%
	Personnel médico-technique	256,26	266,56	284,36	283,96	285,73	29,47	11,50%
Sous-total titulaires et stagiaires	3822,42	3986,21	4096,41	4138,18	4107,86	285,44	7,47%	
PNM - Contrats à durée indéterminée	Personnel administratif	8,88	9,88	9,63	9,74	13,14	4,26	47,97%
	Personnel soignant et éducatif	22,74	21,52	19,64	19,68	23,10	0,36	1,58%
	Personnel technique et ouvrier	38,85	40,25	42,78	43,49	54,80	15,95	41,06%
	Personnel médico-technique	4,48	5,22	5,55	5,17	4,02	-0,46	-10,27%
	Sous-total CDI	74,95	76,87	77,60	78,08	95,06	20,11	26,83%
PNM - Contrats à durée déterminée	Personnels administratifs	67,00	60,56	66,52	51,74	68,94	1,94	2,90%
	Personnel soignant et éducatif	320,89	286,37	287,26	329,36	385,00	64,11	19,98%
	Personnel technique et ouvrier	96,45	102,89	121,70	123,64	122,34	25,89	26,84%
	Personnel médico-technique	50,57	49,39	50,74	58,08	50,48	-0,09	-0,18%
	Sous-total CDD	534,91	499,21	526,22	562,82	626,76	91,85	17,17%
PNM - Contrats soumis à dispositions particulières	Apprentis	1,28	2,17	1,75	0,50	2,03	0,75	58,59%
	Contrat d'Accompagnement dans l'emploi (CAE/CUI)	6,69	11,97	7,87	0,75	4,81	-1,88	-28,10%
	Sous-total contrats dispositions particulières.	7,97	14,14	9,62	1,25	6,84	-1,13	-14,18%
	Total général PNM	4 440,25	4 576,43	4 709,85	4 780,33	4 836,52	396,27	8,92%

Source : Direction des ressources humaines - CHU Angers

Annexe 8 – Le coût de la permanence des soins

PERMANENCE DES SOINS	2009	2010	2011	2012	2013	Evol 2009/2013
64242 gardes des internes	911 400	1 039 654	948 753	1 049 269	1 069 152	17,31%
64251 permanence sur place intégrées aux obligations de service	2 606 759	2 522 609	2 665 868	2 613 799	2 595 199	-0,44%
64253 permanence de soins par astreinte	1 196 106	1 155 240	1 161 695	1 118 338	1 171 376	-2,07%
total gardes et astreintes	4 714 265	4 717 503	4 776 316	4 781 406	4 835 727	2,58%
64252 permanence sur place réalisées en temps de travail additionnel	596 801	633 398	651 207	731 241	732 007	22,66%
6426 temps de travail additionnel jour	456 344	480 607	304 946	654 776	981 750	115,13%
total temps additionnel	1 053 145	1 114 005	956 153	1 386 017	1 713 757	62,73%
Total permanence des soins	5 767 410	5 831 508	5 732 469	6 167 423	6 549 484	13,56%

Source : comptes financiers du CHU d'Angers

Annexe 9 – Ratio MIG/ coût PDS

PERMANENCE DES SOINS	2009	2010	2011	2012	2013	Evol 2009/2013
montant MIG perçu pour la permanence des soins	4 521 310	5 281 587	5 161 896	4 985 525	4 993 136	10,44%
coût total permanence des soins	5 767 410	5 831 508	5 732 469	6 167 423	6 549 484	13,56%
coût net permanence des soins	1 246 100	549 921	570 573	1 181 898	1 556 348	24,90%
ratio MIG/coût PDS	78,39%	90,57%	90,05%	80,84%	76,24%	76,96%

Sources : comptes financiers et DAM du CHU d'Angers

Annexe 10 – Provisions réglementées pour renouvellement des immobilisations

en k€	2009	2010	2011	2012	2013	TOTAL
hôpital 2007	1 407	1 407	1 407	1 407	1 407	7 034
hôpital 2012	465	465	465	465	567	2 428
autre (SIH)	208	388	665	665	458	
Dotations perçues au titre de l'investissement hospitalier	2 080	2 260	2 537	2 537	2 431	11 845
Provision compte 142* Balance entrée (en €)	3 420	3 872	3 042	3 507	5 684	3 420
dotation de l'année cpte 142	752	465	465	2 490	2 384	6 556
reprise budgétaires de l'année cpte 142	300	1 295	0	313	546	2 454
Reprises sur provisions qui auraient dû être réalisées	625	878	1 035	1 181	1 181	4 899
Indence budgétaire reprise non réalisée	-325	417	-1 035	-868	-635	-2 446
solde de l'année	3 872	3 042	3 507	5 684	7 522	7 522
Solde cpte 142 balance	3 872	3 042	3 972	5 684	7 522	
Insuffisance (-) ou excédent (+) de provisions	-1 328	-1 795	-2 072	-47	-47	-5 289
Indence budgétaire après prise en compte des reprises	-1 003	-2 211	-1 037	821	588	-2 843

Source : CHU Angers - Notifications crédits ARS Pays de Loire 2009 à 2013

* balance des comptes financiers, opérations non budgétaires

Annexe 11 – Provisions liées aux créances contentieuses

BUDGET H en €		2009	2010	2011	2013	2013
N°cpte	Libellé					
415	Redevables- créances admises en non valeur	0	0	242	0	0
416	Redevables- contentieux	0	901 613	1 316 724	1 248 058	1 136 220
sous-total créances irrécouvrables		0	901 613	1 316 966	1 248 058	1 136 220
491	Dépréciation comptes redevables	0	370 520	502 900	540 018	580 901
Insuffisance(-) ou excédent (+) de provisions		0	-531 093	-814 066	-708 040	-555 319

Source : comptes financiers

Annexe 12 – Evolution des produits versés par l'assurance maladie

Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie en k€	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution
73111 - produits de la tarification des séjours	201 772	205 451	216 756	220 528	222 836	10,44%
<i>évolution annuelle</i>		1,82%	5,50%	1,74%	1,05%	
7312 - produits des prestations faisant l'objet d'une tarification spécifique	22 306	23 359	24 671	25 321	25 563	14,60%
recettes d'activité	224 078	228 810	241 427	245 849	248 399	10,85%
<i>évolution annuelle</i>		2,11%	5,51%	1,83%	1,04%	
73112 -73113 produits des médicaments facturés en sus des séjours	17 323	19 067	19 487	21 239	25 053	44,62%
73114 - forfaits annuels	4 221	4 483	4 816	5 569	5 567	31,88%
73117 - dotation annuelle de financement	13 260	13 299	13 371	13 380	13 768	3,83%
73118 - dotations MIGAC	59 266	65 378	66 655	65 320	54 657	-7,78%
7722 produits exercices antérieurs assu maladie				10	373	
total titre 1	318 148	331 037	345 756	351 366	347 816	9,33%
<i>évolution annuelle</i>		4,05%	4,45%	1,62%	-1,01%	

source comptes financiers

Annexe 13 – Evolution des charges de personnel

compte de résultat principal en k€	2009	2010	2011	2012	2013	Evolution
Dépenses totales	377 195	399 022	419 256	433 633	445 819	18,19%
charges de personnels Titre 1 (D1+ dotation CET)	250 216	260 711	271 435	276 541	288 172	15,17%
Recettes totales	377 532	399 219	419 519	434 512	445 959	18,12%
produits assurance maladie titre 1 (R1)	318 148	331 037	345 756	351 366	347 816	9,33%
D1/dépenses totales	66,34%	65,34%	64,74%	63,77%	64,64%	
D1/R1	78,65%	78,76%	78,50%	78,70%	82,85%	

Source : comptes financiers CHU Angers

Annexe 14 – Soldes intermédiaires de gestion – budget consolidé

en k€	2009	2010	2011	2012	2013	variation 2009/2013
Valeur ajoutée	272 138	277 285	297 089	305 848	310 832	14,22%
Excédent brute d'exploitation	24 471	20 476	32 405	32 846	26 064	6,51%
Marge brute	31 535	30 145	35 843	36 045	29 546	-6,31%
Résultat d'exploitation	4 011	1 297	1 199	8 430	4 016	0,13%
Résultat courant	949	-2 749	-2 880	4 246	-12	-101,31%
Résultat exceptionnel	-460	3 003	2 780	-3 210	294	-163,94%
Résultat net	489	253	-99	1 037	281	-42,47%

Source: comptes financiers

Annexe 15 – La formation de l'autofinancement

Capacité nette d'autofinancement en k€	2009	2010	2011	2012	2013	<i>Moyenne</i>
CAF brute	28 893	30 178	33 621	30 602	27 679	30 195
Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)	9 513	8 869	9 294	10 306	8 294	9 255
CAF nette ou excédent (+) ou besoin de financement (-) des frais financiers	19 381	21 309	24 327	20 296	19 385	20 940

Source: comptes financiers CHU

Annexe 16 – Le financement des investissements

Financement de l'investissement en k€	2009	2010	2011	2012	2013	cumul
CAF brute	28 893	30 178	32 621	30 602	27 679	
Remboursement des dettes financières (hors CLTR et cautionnement)	9 513	8 869	9 294	10 306	8 924	
CAF nette ou excédent (+) ou besoin de financement (-) des emprunts	19 381	21 309	23 327	20 296	18 755	103 069
dépenses d'investissements	30 546	33 187	30 406	28 398	31 604	154 141
Besoin de financement	11 165	11 877	7 079	8 101	12 849	51 072
Produit cession des immobilisations	6	20	8	23	457	514
subventions d'équipements reçues	34	172	2 941	3 770	1 699	8 617
Apports et subventions de l'année (inclue le 10682)	338	1 577	36	185	157	2 292
Emprunts nouveaux hors cltr	19 000	18 000	18 950	3 500	5 517	64 967
Total financement de l'investissement	19 344	19 596	18 994	3 708	6 132	67 773
Apport (+) ou prélèvement (-) sur fond de roulement	8 178	7 719	11 914	-4 393	-6 718	16 701
taux d'emprunts / investissements	62,20%	54,24%	62,32%	12,32%	17,46%	42,15%

Source : comptes financiers du CHU

Annexe 17 – L'équilibre financier au bilan comptable

Structure financière	2009	2010	2011	2012
Fonds de roulement d'investissement (FRI)	-11 372	-11 279	-12 041	-22 712
Fonds de roulement d'exploitation (FRE)	37 258	45 044	54 251	59 737
Fonds de roulement net global (FRNG)	25 886	33 765	42 210	37 025
Besoin en fonds de roulement (BFR)	20 082	35 613	46 003	35 359
TRESORERIE	5 804	-1 848	-3 793	1 666
FRNG/jours exploitation	24,7	30,4	36,3	31,1
BFR/jours exploitation	19,2	32,1	39,6	29,7
trésorerie/jours exploitation	5,5	-1,7	-3,3	1,4

Annexe 18 – Evolution des principaux ratios de la dette

Ratio art D 6145-70 CSP					
	2009	2010	2011	2012	2013
Taux indépendance financière (en %)	53,9%	53,5%	52,15%	47,83%	45,77%
Durée appretée de la dette (en année)	3,87	4,01	3,82	3,70	3,96
Encours de la dette en k€	111 757	120 889	124 545	113 139	109 716
Total produit (-7087) en k€	376 374	397 991	418 219	433 145	444 504
Encours de la dette /produits toutes activités	29,69%	30,37%	29,78%	26,12%	24,68%

Source: comptes financiers CHU ANGERS

Annexe 19 – Restes à recouvrer

en k€	2009	2010	2011	2012	2013	variation moyenne annuelle	variation 2013/2009
Total des restes à recouvrer hospitalisés et consultants (etat F8)	2 020	2 146	2 734	2 762	2 690	7,43%	33,18%
Total des restes à recouvrer autres tiers payants (4115+4145)	7 140	7 213	8 622	10 315	8 146	3,35%	14,09%
Dont mutuelles	6 498	6 693	7 716	9 814	7 571	3,89%	16,51%
Dont aide médicale Etat	176	408	466	105	135	-6,36%	-23,13%
Dont divers autres 1/3 payant	466	106	272	375	426	-2,26%	-8,74%

Source:comptes financiers CHU ANGERS

Annexe 20 – Impact financier des annulations/rémissions de titres sur exercices antérieurs

	2009	2010	2011	2012	2013	Variation moy annuelle	Variation 2013/2009
résultat net titres réémis/annulés sur exerc. antérieur	-273 147	-224 273	-674 185	-1 115 445	-308 905	3,12%	13,09%

Source : comptes financiers du CHU d'Angers

Annexe 21 – Facturation des chambres individuelles

Facturation chambre individuelle CHU ANGERS				
MCO	2010	2011	2012	2013
Nombre de chambre individuelle	816	816	816	816
Tarif chambre individuelle	40	41	41	43
facturation maximale (nombre de chambre x tarif x 365)	11 913 600 €	12 211 440 €	12 211 440 €	12 807 120 €
taux d'occupation*	91	92	93	92
facturation attendue (facturation maximale x taux d'occupation)	10 837 802 €	11 240 631 €	11 337 101 €	11 774 866 €
SSR	2010	2011	2012	2013
Nombre de chambre individuelle	98	98	98	98
Tarif chambre individuelle	40	41	41	43
facturation maximale (nombre de chambre x tarif x 365)	1 430 800 €	1 466 570 €	1 466 570 €	1 538 110 €
taux d'occupation*	70	71	70	73
facturation attendue (facturation maximale x taux d'occupation)	1 001 560 €	1 041 265 €	1 026 599 €	1 122 820 €
cumul facturation attendue (facturation maximale x taux d'occupation)	11 839 362 €	12 281 895 €	12 363 700 €	12 897 686 €
Facturation réelle	4 219 972 €	4 347 810 €	4 836 024 €	4 874 514 €
% de facturation	35,6%	35,4%	39,1%	37,8%
Solde	- 7 619 390 €	- 7 934 085 €	- 7 527 676 €	- 8 023 173 €
<i>taux d'occupation: nbre journées/(nbre lits*365)</i>				

Sources : comptes financiers, direction analyse de gestion des admissions et de la facturation CHU Angers