



RAPPORT D'OBSERVATIONS DÉFINITIVES ET SES RÉPONSES

**CHRU de Rennes
(Département d'Ille et Vilaine)**

Exercices 2011 et suivants

Le présent document, qui a fait l'objet d'une contradiction avec les destinataires concernés,
a été délibéré par la chambre le 21 décembre 2017.

SOMMAIRE

1. PRESENTATION.....	7
1.1. Les sites et l'offre capacitaire	7
1.2. L'offre de soins	7
1.3. Le CHU dans son environnement territorial.....	8
2. L'ACTIVITE DU CHU DANS SON ENVIRONNEMENT	9
2.1. Activité et parts de marché.....	9
2.2. Données analytiques d'activité et de productivité.....	13
3. PILOTAGE.....	18
3.1. Les instances et la direction	18
3.2. Le projet d'établissement 2017-2021 et le CPOM	18
3.3. Le contrôle interne	19
3.4. Le contrôle de gestion	19
3.5. La comptabilité analytique	20
3.6. Les rapports du département de l'information médicale (DIM).....	21
4. LA FIABILITE DES COMPTES.....	22
4.1. La situation du CHU au regard de la certification des comptes	22
4.2. Le principe de sincérité et de régularité.....	22
4.3. Le principe d'annualité	23
4.4. Le principe de prudence et de constitution des provisions	25
5. LES PROCEDURES BUDGETAIRES	28
5.1. Présentation des budgets	29
5.2. La qualité des prévisions.....	29
6. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT	30
6.1. L'évolution des budgets réalisés	30
6.2. Le compte de résultat	34
6.3. Les contrats de retour à l'équilibre	35
6.4. Les soldes intermédiaires de gestion (SIG).....	36
6.5. La marge dégagée et l'autofinancement.....	38
6.6. L'endettement.....	41
6.7. Les principaux ratios financiers.....	45
6.8. Le PGFP (plan global de financement pluriannuel)	47
7. LE CIRCUIT DE LA RECETTE : FACTURATION, RECOUVREMENT, REGIES.....	51
7.1. Périmètre des recettes d'hospitalisation et de prestations liées.....	51
7.2. Organisation et missions du service accueil-facturation	51
7.3. Le cas des patients étrangers non-résidents et non-assurés sociaux	57
7.4. Le suivi du recouvrement	60
8. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS	72
8.1. La commission d'activité libérale.....	72
8.2. Les contrats d'activité libérale	72
8.3. Les obligations vis-à-vis du patient	73
8.4. Le cas des PU-PH.....	74
8.5. Les conditions de l'activité libérale	74
8.6. Redevance	75

9.	LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES.....	76
9.1.	Evolution et caractéristiques des effectifs	76
9.2.	Outils et indicateurs de prévision, de gestion et de suivi	81
9.3.	Masse salariale et rémunérations.....	81
9.4.	La rémunération et les avantages du personnel non médical	86
9.5.	Le temps de travail	95
9.6.	L'absentéisme et l'environnement de travail.....	101
9.7.	La gestion prévisionnelle	105
10.	LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER	107
10.1.	La gouvernance du SIH	107
10.2.	L'organisation humaine du SIH	111
10.3.	L'organisation matérielle.....	113
10.4.	Le coût des systèmes d'information	116
10.5.	La mise en œuvre du programme Hôpital Numérique	116
11.	ASPECTS LOGISTIQUES	116
11.1.	L'accueil téléphonique.....	117
11.2.	La gestion des transports.....	118
12.	LE PATRIMOINE.....	120
12.1.	Présentation des sites du CHU	120
12.2.	Organisation du service patrimoine.....	121
12.3.	Schéma directeur.....	121
12.4.	Connaissance du patrimoine	122
12.5.	La gestion des parkings.....	125
12.6.	Opérations contemporaines et en cours.....	128
12.7.	Le projet de reconstruction des activités MCO sur le site de Pontchaillou	135
13.	LES CONVENTIONS ET LES RELATIONS AVEC LES TIERS.....	145
13.1.	Modalités de contrôle des conventions	145
13.2.	Dispositions générales.....	145
13.3.	Les conventions de mise à disposition de personnel.....	147
13.4.	Les conventions d'occupation du domaine public.....	148
13.5.	Les relations avec l'université de Rennes.....	149
14.	ANNEXES	152
14.1.	ANNEXE 1 : Données d'activité du CHU de Rennes	152
14.2.	ANNEXE 2 : Parts de marché du CHU de Rennes	156
14.3.	ANNEXE 3 : Données analytiques relatives à l'activité et au personnel.....	160
14.4.	ANNEXE 4 : Analyse financière.....	163
14.5.	ANNEXE 5 : Seuils de poursuite en matière de recouvrement.....	165
14.6.	ANNEXE 6 : Evolution du budget informatique depuis 2011	166

Centre hospitalier universitaire de Rennes

**OBSERVATIONS DEFINITIVES DE LA CHAMBRE REGIONALE
DES COMPTES DE BRETAGNE**

Exercices 2011 et suivants

La chambre régionale des comptes de Bretagne a procédé, dans le cadre de son programme de travail, au contrôle des comptes et à l'examen de la gestion du centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes à compter de l'exercice 2011. Ce contrôle a été ouvert par lettre du 30 mars 2016 adressée à Madame Véronique Anatole-Touzet, directrice générale de l'établissement depuis le 15 mars 2015. Les précédents directeurs généraux, Messieurs André Fritz et Jean-Claude Pozzo di Borgo, respectivement en fonctions jusqu'au 30 novembre 2014 et du 1^{er} décembre 2014 au 14 mars 2015, ont été informés de l'ouverture du contrôle par courriers du 16 septembre 2016. La présidente du conseil de surveillance, Madame Nathalie Appéré, a été informée de l'ouverture par lettre du 1^{er} avril 2016.

L'entretien préalable prévu par l'article L. 243-1 du code des juridictions financières a eu lieu le 8 mars 2017 avec Madame Anatole-Touzet, le 10 mars 2017 avec Monsieur Fritz et le 14 mars 2017 avec Monsieur Pozzo di Borgo.

La chambre, lors de sa séance du 6 avril 2017, a arrêté ses observations provisoires, qui ont été adressées le 18 mai 2017 à Madame Anatole-Touzet et à Messieurs Fritz et Pozzo di Borgo. Des extraits ont été envoyés à la société H'Ennez et à l'association des urémiques de Bretagne le 18 mai 2017. Des communications administratives ont été adressées à la même date à l'Agence régionale de santé de Bretagne et au comptable public.

Le 20 juillet 2017, tout en sollicitant un report du délai de remise des réponses, Madame Anatole-Touzet a sollicité une audition auprès de la chambre, qui s'est tenue le 21 décembre 2017.

Après avoir examiné les réponses écrites, la chambre, lors de sa séance du 21 décembre 2017, a arrêté ses observations définitives.

SYNTHESE

Implanté sur cinq sites principaux, dans des bâtiments représentant plus de 325 000 m² de surface, le centre hospitalier universitaire (CHU) de Rennes dispose d'environ 700 M€ de produits par an et emploie plus de 7 000 personnels médicaux et non médicaux en équivalent temps plein.

Lors de son contrôle, la chambre a pu observer que l'évolution de l'activité du CHU est globalement cohérente avec celle de la démographie. Il détient une position plutôt dominante sur son territoire sanitaire et sur sa zone d'attractivité, mais son statut d'établissement de recours et de référence est contraignant et il se trouve confronté à un vieillissement de la patientèle et à des pathologies lourdes. Il fait face à une concurrence significative du secteur privé, en particulier sur le bassin rennais et notamment en chirurgie, et subit une diminution de l'activité en obstétrique depuis 2014.

Les données d'activité sont en amélioration en matière d'occupation et de durée de séjour, grâce à des efforts de meilleure gestion des lits, et au développement de l'ambulatoire, notamment en chirurgie. L'organisation est perfectible en chirurgie, des marges de progression existent en obstétrique et les urgences subissent une pression saisonnière. La productivité et les coûts ne présentent toutefois pas de problèmes majeurs et les contraintes immobilières sont réelles. Mais il reste que l'absence de comptabilité analytique aboutie jusqu'en 2016, les insuffisances en matière d'information médicale et l'absence, jusqu'à récemment, de contrôle interne structuré ont rendu le pilotage incomplet.

La fiabilité des comptes s'est améliorée mais reste à parfaire en ce qui concerne les provisions. Le recouvrement des recettes est à optimiser. L'établissement doit mieux utiliser tous les outils juridiques et organisationnels à sa disposition pour réduire les délais de facturation et ne pas renoncer trop rapidement à des recettes.

La situation financière ne s'est redressée qu'en apparence : le CHU présente un déficit d'exploitation structurel, qui se dégrade de nouveau depuis 2014. L'excédent brut d'exploitation et la marge brute corrigée restent insuffisants. Si l'endettement est globalement maîtrisé, c'est aussi grâce à une nette réduction du volume des investissements sur les dernières années.

En matière de ressources humaines, un effort de maîtrise de l'évolution des effectifs et, dans une moindre mesure, de la masse salariale a été mené, avec des mesures d'économies réelles et des outils de suivi complets, un absentéisme contenu et une situation indemnitaire globalement conforme. Toutefois, les dépenses de personnel médical augmentent plus rapidement que l'activité et il reste nécessaire de rapprocher encore la durée annuelle de temps de travail effectif des plafonds de référence.

La gestion des conventions doit être rationalisée et certaines dispositions contractuelles rectifiées, en termes notamment de mise à disposition de personnels et d'occupation domaniale. La situation des systèmes d'information est satisfaisante mais leur sécurité doit être améliorée.

En matière immobilière, le suivi du patrimoine peut être renforcé. Le bail emphytéotique hospitalier est à surveiller, en particulier dans la mise en œuvre de la provision pour gros entretien et réparations et dans l'évolution des conditions de financement. La politique de cessions est bénéfique et la gestion des parkings a été améliorée.

Au regard des possibilités financières de l'établissement et de l'évolution constatée de son activité, le plan de financement des investissements et le schéma directeur sont à envisager avec prudence, notamment en ce qui concerne le projet majeur de reconstruction de toute l'activité MCO sur le site de Pontchaillou, compte tenu de son montant très important, à hauteur de 578 M€ (évaluation de février 2017) hors dépenses d'équipements et de mobiliers. Les hypothèses d'activité et de ressources financières propres sur lesquelles repose le plan de financement du projet apparaissent optimistes, alors que le calendrier et le périmètre sont contraints.

Recommandations

Sur le fondement des observations du rapport, la chambre formule les recommandations suivantes :

1. Etudier la mise en place d'une cellule centralisée de contrôle interne (cf. § 3.3) ;
2. Mettre en place des comptes de résultat analytiques fondés sur un calcul et une ventilation exhaustifs des charges indirectes permettant d'obtenir des coûts complets pour l'ensemble de l'hôpital (cf. § 3.5) ;
3. Elaborer un rapport complet, comparatif et en perspective relatif aux données médicales, afin de le présenter aux instances de l'établissement et de le diffuser en interne (cf. § 3.6) ;
4. Formaliser une procédure relative aux rattachements, permettant une meilleure anticipation de la clôture de l'exercice (cf. § 4.3.1) ;
5. Renforcer le dispositif de recouvrement des recettes, en augmentant le recouvrement en régie, en confectionnant des tableaux de suivi et en définissant des diligences spécifiques et renforcées pour les titres de montants importants (cf. § 7.4.2) ;
6. Mettre en place un guide de procédures relatif à la facturation, dont les dispositions renforcent notamment l'encadrement, les justifications, le suivi et le contrôle des annulations et réémissions de titres de recettes (cf. § 7.4.4) ;
7. Procéder à des admissions en non-valeur moins précoces et mieux ciblées (cf. § 7.4.5) ;
8. Formaliser une procédure interne pour l'attribution de logements du secteur privé aux directeurs et agents pouvant en bénéficier par nécessité absolue de service (cf. § 9.4.4) ;
9. Appliquer une durée de temps de travail effectif plus proche des références légales (cf. § 9.5.1).

Les recommandations et rappels au respect des lois et règlements formulés ci-dessus ne sont fondés que sur une partie des observations émises par la chambre. Les destinataires du présent rapport sont donc invités à tenir compte des recommandations, mais aussi de l'ensemble des observations détaillées par ailleurs dans le corps du rapport et dans son résumé.

1. PRESENTATION

Hôpital de recours et de référence, le centre hospitalier régional universitaire (CHRU) constitue le premier employeur du pays de Rennes et de Bretagne.

1.1. LES SITES ET L'OFFRE CAPACITAIRE

Le centre hospitalier universitaire (CHU) est implanté sur plusieurs sites :

- site principal de Pontchaillou, en médecine et chirurgie et en soins de suite et de réadaptation (SSR) ;
- site de l'hôpital Sud, en gynécologie-obstétrique (maternité de niveau 3) ;
- site du centre de soins dentaires (CSD) ;
- site de l'Hôtel-Dieu, qui constitue un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), avec 120 lits, et qui propose des lits de SSR ;
- site de La Tauvrais, avec 120 lits dans une unité de soins de longue durée (USLD).

Lits et places installés en 2016

	Lits	Places
Médecine	502	130
Chirurgie	366	44
Obstétrique	73	16
Soins critiques (lits réglementaires)	248	0
Soins de suite et de réadaptation (SSR)	67	0
Unité de soins de longue durée (USLD)	120	0
Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	120	0
Médecine physique et de réadaptation (MPR)	42	15
Unité d'hospitalisation de très courte durée (UHTCD)	84	0
TOTAL	1 622	202

Source : CHU de Rennes

Le CHU a entamé une adaptation progressive de son offre capacitaire à l'évolution de l'activité, au sein de laquelle l'ambulatoire se développe. Il subit la concurrence du secteur privé, notamment en chirurgie. Ainsi, le CHU a déjà fermé 149 lits d'hospitalisation depuis 2009.

1.2. L'OFFRE DE SOINS

Un nouveau projet médical est en cours d'élaboration concernant la période 2017–2021.

L'offre de soins repose principalement sur 12 pôles à caractère médical :

- pôle abdomen et métabolisme ;
- pôle anesthésie, réanimation, SAMU (service d'aide médicale urgente), SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), urgences, médecine interne, gériatrie ;
- pôle biologie ;
- pôle imagerie et explorations fonctionnelles, médecine du sport ;
- pôle locomoteur ;
- pôle médecines spécialisées ;

- pôle neurosciences ;
- pôle odontologie ;
- pôle femme-mère-enfant ;
- pôle pharmacie ;
- pôle santé publique ;
- pôle cœur, poumon, vaisseaux.

L'établissement propose en outre un plateau technique de pointe, avec notamment :

- 5 appareils d'IRM (imagerie par résonance magnétique) ;
- 4 scanners ;
- 1 robot chirurgical ;
- 6 salles interventionnelles ;
- 40 salles d'opérations.

1.3. LE CHU DANS SON ENVIRONNEMENT TERRITORIAL

1.3.1. Le territoire de santé

Le CHU de Rennes fait partie du territoire de santé n°5, qui inclut notamment les centres hospitaliers (CH) de Fougères, Vitré et Redon et couvre l'essentiel de l'Ille-et-Vilaine, à l'exception du pays de Saint-Malo, et les marges sud-est du Morbihan.

Le programme territorial de santé (PTS), couvrant la période 2013-2016, identifiait le CHU comme centre de référence et de recours et constatait sa dimension régionale. Il confortait l'objectif de coopération territoriale durable.

1.3.2. Les coopérations territoriales

Le CHU de Rennes, de par sa position dominante sur le territoire breton, est très impliqué dans les coopérations territoriales, régionales, mais aussi interrégionales, avec 20 spécialités concernées, 35 postes d'assistants spécialistes partagés, un groupement hospitalier de territoire (GHT) et une participation active à différents organismes (centres spécialisés, groupement de coopération sanitaire, GCS, liens avec les cliniques Saint-Laurent et de La Sagesse, le CHS Guillaume Régnier).

Le CHU constitue le socle du GHT du territoire de santé n° 5. Le 30 juin 2016, a été signée la convention constitutive du GHT « Haute Bretagne », comprenant, outre le CHU, les CH de Fougères, Vitré, Redon, des Marches de Bretagne, de La Guerche-de-Bretagne, Janzé, Grand-Fougeray, Montfort-sur-Meu, Saint-Méen-le-Grand et Carentoir (Morbihan).

Un projet médical est partagé entre le CHU et les établissements de Redon, Fougères et Vitré pour garantir une prise en charge graduée. Il associe une réponse aux besoins de santé de proximité, avec des consultations avancées et un accès à une filière de recours et de prise en charge pour les activités spécialisées.

Le GHT est ainsi censé répondre à plusieurs enjeux : proposer une prise en charge graduée et coordonnée des patients afin de rester en cohérence au sein du territoire, maintenir et développer les compétences médicales des CH partenaires, corriger les tendances négatives

de la démographie des professions de santé, contribuer à une répartition équitable de l'offre de soins (hospitalière et libérale), soutenir l'activité des établissements.

2. L'ACTIVITE DU CHU DANS SON ENVIRONNEMENT

Pour les données comparatives qui suivent, les établissements de même catégorie sont les CHU ; les établissements de même typologie sont les établissements présentant le même profil et le même volume d'activité (y compris les établissements privés). La catégorie régionale regroupe les CH dégagant plus de 90 M€ de produits.

2.1. ACTIVITE ET PARTS DE MARCHE

2.1.1. Evolution et niveau de l'activité

Si l'activité exprimée en RSA (résumés de sortie anonymes) progresse en moyenne annuelle de 0,5 % sur la période 2011-2015 (cf. annexe 1), c'est à un rythme légèrement inférieur à celui de la population desservie, soit 1,2 %. Même si la zone d'attractivité du CHU ne recouvre pas exactement les limites du département, les données démographiques de l'Ille-et-Vilaine permettent d'approcher les caractéristiques de sa zone naturelle d'influence.

Exprimée en séjours de tous types et de toutes durées, sur la période 2009-2016, l'augmentation annuelle moyenne de l'activité (+ 1,8 %) est un peu plus élevée que celle de la population du département (+ 1,0 %), essentiellement grâce au développement de l'ambulatoire, en particulier en chirurgie. L'activité en médecine est globalement stable et l'activité obstétricale diminue quasi-continûment. A part en obstétrique, les évolutions du nombre de lits et places ont donc été absorbées ou compensées.

Séjours réalisés au CHU de Rennes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution annuelle moyenne
Séjours MCO, dont :	108 144	109 969	112 375	113 996	115 589	118 751	119 142	122 800	+ 1,8 %
<i>séjours HC</i>	51 468	51 555	52 092	51 675	52 392	53 630	54 209	nc	+ 0,9 %
<i>séjours ambulatoires</i>	47 507	49 149	50 747	52 869	53 842	56 089	56 445	60 100	+ 3,4 %

Source : CHU de Rennes. Données e-PMSI.

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique. HC : hospitalisation complète. nc : non communiqué.

Globalement, il apparaît donc que l'activité de séjour est similaire à l'évolution de la population locale. En revanche, le développement de l'ambulatoire et des consultations s'effectue à un rythme supérieur, de 3,9 % par an entre 2009 et 2016 (cf. annexe 1).

De manière générale, les activités annexes sont plutôt en développement, en particulier les séances, notamment de chimiothérapie. En revanche, le nombre de séances d'hémodialyse s'érode (cf. annexe 1).

Le nombre d'actes chirurgicaux est en augmentation, même si le rythme de croissance ralentit.

Nombre d'actes chirurgicaux

2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
22 496	23 350	24 128	24 491	24 648	+ 2,3 %

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateur CI-A12.

La progression de la chirurgie ambulatoire est nette, mais elle semble s'essouffler. Le CHU de Rennes est bien placé par rapport aux autres CHU, mais est encore en retrait par rapport au secteur privé. L'amélioration de la donnée est donc davantage un rattrapage par rapport à une situation antérieure de retard. Le CHU est aussi, structurellement, un établissement de recours et de référence, développant une forte proportion de chirurgie lourde. Malgré ces spécificités, la comparaison avec le secteur privé reste pertinente car la concurrence est directe sur le bassin rennais et sur le territoire départemental ; de plus, le secteur privé, au sens large, réalise de plus en plus d'interventions chirurgicales.

Taux de chirurgie ambulatoire (en %)

CHU Rennes					Etablissements de même catégorie (2015)		Etablissements de même typologie (2015)	
2011	2012	2013	2014	2015	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
23,36	26,60	27,66	28,24	29,07	16,00	31,11	28,45	53,82

Source : Hospidiag, onglet « organisation », indicateur P12.

L'activité d'obstétrique accuse une baisse continue sur la période (- 11,1 % sur 2011-2015), en accélération en 2014-2015. En 2016, le nombre d'accouchements devrait s'être simplement stabilisé (3 680).

Nombre d'accouchements au CHU de Rennes

2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
4 145	4 112	4 094	3 922	3 684	- 2,9 %

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateur CI-A11.

Sur la période 2011-2015, la diminution du nombre d'accouchements au CHU de Rennes est en moyenne annuelle de 2,9 %. Elle peut s'expliquer en partie par le vieillissement de la maternité et l'inadaptation de ses conditions hôtelières (persistance de chambres sans bloc sanitaire individuel, par exemple).

En ce qui concerne les urgences (cf. annexe 1), le statut et la taille du CHU de Rennes attirent à lui un flux important (environ 108 000 passages), notamment en période hivernale, mettant sous tension ses capacités. C'est davantage la saisonnalité des entrées aux urgences qui pose problème que son évolution dans le temps.

Par ailleurs, un peu plus du quart des entrées proviennent des urgences, mais la part monte jusqu'à 45 % pour l'hospitalisation complète. Elle est en progression (cf. annexe 1), ce qui ne peut que désorganiser l'activité, en réduisant la part du programmé. Cette évolution correspond à des situations de difficulté sociale ou de moindre couverture sanitaire du territoire et des besoins par la médecine de ville.

2.1.2. Composition de l'activité

Parmi les groupes d'activité les plus fréquents au CHU de Rennes, il est observé une diminution des actes pour les « signes et symptômes » (- 12 % entre 2011 et 2015) et les affections médicales du nouveau-né (- 11 %). Les actes de médecine qui concernent les toxicomanies et l'alcoolisme sont en forte hausse (+ 43 %), de même que les actes relatifs aux symptômes digestifs (+ 41 %).

Le CHU présente un profil à la fois généraliste et tourné vers des interventions plus lourdes (chirurgies majeures orthopédiques, chirurgie du système nerveux central), lié à son statut d'établissement de recours et de référence.

En aval, en SSR¹, les catégories majeures cliniques sont :

- les affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance pour 46 % des résumés hebdomadaires de sortie (RHA) ;
- les affections du système nerveux pour 25 % ;
- les soins polyvalents pour 19 %.

Les données détaillées de l'activité du CHU, sur la base des données e-PMSI, sont présentées en annexe 1.

Le nombre de journées correspondant aux séjours se réduit quelle que soit l'activité, sauf en médecine et même lorsque le nombre de séjours s'accroît. De plus, le court séjour se développe et l'hospitalisation partielle ne faiblit pas, voire augmente, comme en chirurgie. La tendance globale d'une diminution moyenne de l'hébergement se confirme donc.

Les activités lourdes et/ou nécessitant surveillance, soins intensifs, réanimation, sont en progression constante, de même que la chirurgie cardiaque et la neurochirurgie.

L'activité d'oncologie progresse également.

2.1.3. Evolution des parts de marché

L'évolution globale de l'activité similaire à la démographie, l'érosion de l'obstétrique, la concentration sur les pathologies lourdes, l'accueil de patients plus âgés et l'effet de rattrapage en chirurgie ambulatoire ont des conséquences sur la ventilation de la patientèle dans la zone d'attractivité du CHU, entre les établissements de santé de différents statuts.

¹ Source : e-PMSI, Ovalide SSR DGF, année 2015, tableau [1.D.2.RTYP] B.

Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU de Rennes

Etablissement	Nombre de séjours 2015 (issus de la zone)	Part de marché 2015	Parts de marché 2014	PMCT relatif	Parts de marché des séances 2015	Activité totale de l'établissement (*)
CHRU Rennes (sites ouest et nord)	49 753	16,2 %	16,1%	124	12 %	62 157
CHP Saint-Grégoire	40 335	13,1 %	13,0%	92	6 %	44 333
CHRU Rennes (site sud)	26 914	8,7 %	9,1%	79	2 %	30 522
CH Saint-Malo	23 747	7,7 %	7,7%	111	6 %	26 009
Polyclinique Sévigné (Cesson-Sévigné)	19 592	6,4 %	6,4%	82	3 %	21 551
Clinique mutualiste La Sagesse (Rennes)	18 990	6,2 %	6,1%	71	0 %	20 347
Polyclinique Saint-Laurent (Rennes)	14 375	4,7 %	4,2%	71	0 %	16 484
CH Fougères	11 795	3,8 %	3,9%	95	0 %	12 395
CH Dinan	11 051	3,6 %	3,8%	114	1 %	12 170
CH Ploërmel	10 667	3,5 %	3,6%	93	0 %	12 464
<i>Autres publics et parapublics</i>	<i>49 941</i>	<i>16,2 %</i>	<i>16,1%</i>		<i>32 %</i>	
<i>Autres privés lucratifs</i>	<i>30 831</i>	<i>10,0 %</i>	<i>10,0%</i>		<i>38 %</i>	
TOTAL	307 991	100,0 %	100,0 %	100	100 %	

Source : BDHF, module "parts de marché par zone d'attractivité". PMCT : poids moyen du cas traité.

(*) quelle que soit l'origine géographique du patient

Le CHU de Rennes est le premier établissement de la zone. Sa patientèle présente néanmoins des pathologies clairement plus lourdes que la moyenne, exprimées en poids moyen du cas traité (PMCT).

Sur le moyen terme, selon les données Hospidiag 2010-2015, la part de marché s'érode en médecine et, plus récemment, en obstétrique. Les progrès en chirurgie ambulatoire sont réels mais insuffisants, aboutissant à une part de marché irrégulière mais globalement stagnante. L'accueil de cas plus lourds en chirurgie augmente la part de marché en hospitalisation complète.

La répartition plus détaillée, tant en séjours qu'en séances, montre un CHU disposant d'une majorité relative en médecine, avec une répartition assez éclatée des autres établissements (cf. annexe 2).

En obstétrique (cf. annexe 2), la ventilation des séjours reflète la part dominante du CHU, mais également son érosion et la bonne tenue des offres les plus directement en compétition avec le CHU, même si le secteur privé, lucratif ou non, n'a que peu investi le champ obstétrique. La dispersion de l'offre publique est claire.

En chirurgie (cf. annexe 2), c'est l'offre privée du bassin rennais qui dépasse le CHU, sans toutefois occuper exactement les mêmes créneaux. Le CHU est davantage orienté vers des interventions et des actes plus lourds (soit par la complexité des cas, comme pour les traumatismes lourds, soit par la nécessité d'un environnement particulier, comme en hématologie ou pour les greffes) et bénéficie moins des actes chirurgicaux moins lourds et plus récurrents, mais plus rémunérateurs, comme le montre sa situation en ORL (oto-rhino-laryngologie), stomatologie et ophtalmologie.

Les parts de marché par domaines d'activité, en 2015, dans le département et dans la zone d'attractivité, sont présentées en annexe 2.

Sur le territoire de santé *stricto sensu*, le CHU est essentiellement concurrencé par les établissements privés de la métropole rennaise, les autres EPS du territoire ayant un rôle de complément (cf. annexe 2). La position du CHU se maintient au-delà du tiers des parts de marché.

Si le CHU est davantage dominant sur le territoire de santé que dans le département, il n'est pas majoritaire et connaît une concurrence variée et importante essentiellement en chirurgie. Sa situation en obstétrique est également délicate.

2.2. DONNEES ANALYTIQUES D'ACTIVITE ET DE PRODUCTIVITE

2.2.1. Evolution comparée des recettes et des séjours de l'établissement

Les recettes de l'hôpital par séjour ou séance progressent légèrement, l'augmentation de la hausse de la sévérité des séjours compensant la baisse des tarifs T2A.

Evolution des recettes et des RSA

	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes T2A (en €)	437 166 860	436 993 413	440 604 349	455 430 983	465 119 543
Nombre de RSA	90 296	91 136	91 711	92 902	92 215
Recettes T2A/Nombre de RSA	4 841,49	4 794,95	4 804,27	4 902,27	5 043,86
Part des séjours avec sévérité 3 et 4 (en %)	7,59	8,79	9,83	10,73	12,43

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateurs CI-A1 à CI-A6 et CI-F2_D et onglet « activité », indicateur A9.

Les recettes T2A augmentent, sur le moyen terme, un peu plus vite que le nombre de séjours et de séances. Mais cette différence d'évolution se réduit. En particulier, le rythme d'augmentation des recettes d'activité s'infléchit nettement à partir de 2014, le CHU subissant notamment l'effet des baisses de tarifs : après + 0,5 % en 2009, les années suivantes ont été « blanches » (2010 et 2014) ou ont connu des diminutions (- 0,83 % en 2011, - 0,19 % en 2012, - 0,84 % en 2013, - 0,65 % en 2015 et - 1 % en 2016). A *case-mix* constant, c'est-à-dire avec une ventilation des types d'activité et de soins comparable, les tarifs ont chuté de 3,46 % entre 2009 et 2016.

Valorisation T2A moyenne des séjours et séances

	Nombre de séjours/séances valorisés	Recettes T2A (en €)	Recettes T2A par séjour/séance (en €)
2009	105 076	267 295 911	2 543,83
2010	106 576	273 337 667	2 564,72
2011	109 000	281 830 341	2 585,60
2012	110 074	290 641 016	2 640,41
2013	111 258	299 314 147	2 690,27
2014	114 852	309 828 500	2 697,63
2015	115 010	315 187 290	2 740,52
2016	118 260	318 617 851	2 694,21
<i>Evolution annuelle moyenne</i>	+ 1,7 %	+ 2,5 %	+ 0,8 %

Source : e-PMSI, tableau [1.V.5.SYNTS].

De fait, le CHU présente déjà un taux de sévérité élevé, le 8^{ème} décile des établissements de la même catégorie, en 2015, s'élevant à 14,36 % et le 8^{ème} décile des établissements de même typologie atteignant seulement 11,18 %. L'établissement a donc des marges de manœuvre

réduites de ce point de vue et risque, à l'avenir, de subir davantage la diminution des tarifs nationaux.

En outre, le nombre de passages aux urgences facturés a augmenté de près de 6 % sur la période tandis que le montant remboursé par l'assurance maladie a progressé de seulement 4,3 % (cf. annexe 3).

La valorisation de l'activité de l'établissement progresse aussi grâce à des éléments annexes, comme les dispositifs médicaux implantables et les molécules onéreuses, qui constituent des variables neutres pour les recettes propres de l'établissement, alors qu'elles augmentent nettement (cf. annexe 3).

2.2.2. Evolution de l'occupation et de l'utilisation

L'IP-DMS (indicateur de performance-durée moyenne de séjour)² au CHU de Rennes était globalement de 0,98 en 2015 sur l'ensemble MCO.

Indicateur de performance (IP-DMS), hors ambulatoire

	CHU Rennes					Etablissements de la région (2015)		Etablissements de même catégorie (2015)		Etablissements de même typologie (2015)	
	2011	2012	2013	2014	2015	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Médecine	1,017	1,026	1,034	1,010	0,994	0,846	1,093	0,957	1,077	0,942	1,067
Chirurgie	1,025	0,980	0,998	0,990	0,958	0,858	1,113	0,969	1,104	0,925	1,066
Obstétrique	1,112	1,072	1,067	1,086	1,115	0,919	1,065	0,961	1,117	0,93	1,071

Source : Hospidiag, onglet « organisation », indicateurs P1 à P3.

Lorsque l'IP-DMS est supérieur à 1, l'établissement a des durées de séjour en moyenne plus longues que l'ensemble des autres hôpitaux. Il traduit les dysfonctionnements organisationnels (poids des entrées par les urgences, manque de lits d'aval, mauvaise organisation des admissions et des sorties, délai de remise en état d'un lit après une sortie, organisation bloc-service).

Si l'établissement est parvenu à améliorer sa situation en médecine et en chirurgie, pour se comparer favorablement aux données nationales et régionales, l'obstétrique présente toujours un IP-DMS élevé. Cela résulte largement d'un choix de mode d'accompagnement.

En reprenant les données e-PMSI et celles du CHU, en 2016, le taux d'occupation de l'hébergement global en MCO s'élevait à plus de 90 % : 94,9 % en médecine, 85,0 % en chirurgie, 86,7 % en obstétrique, selon les tableaux de bord de la direction générale.

² L'IP-DMS en MCO rapporte le nombre de journées de court séjour réalisées dans l'établissement au nombre de journées MCO théoriques. Le nombre de journées théoriques correspond au *case-mix* (nombre de GHM -groupements homogènes de malades- produits) de l'établissement multiplié par la DMS nationale de chacun des GHM. Sont pris en compte les séjours de plus d'une nuit.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Taux d'occupation des lits MCO (en %)	87,4	88,5	89,8	89,2	90,6	90,9
DMS (en jours)	6,0	6,1	6,2	6,0	5,9	6,0

Source : CHU de Rennes, à partir des données PMSI.

En MCO, alors même que la DMS est stable, la tendance est donc positive en termes d'occupation, grâce à l'effort de réduction des capacités engagé par le CHU (149 lits fermés depuis 2009). La stabilisation globale de la DMS se fait en dépit de la pression à la hausse liée au vieillissement de la patientèle.

En 2016, le CHU a également mis en place un suivi mensuel, par unité, du taux de sorties le matin. Un nouvel outil de gestion prévisionnelle des lits intègre notamment l'enregistrement de la durée prévisionnelle du séjour, la gestion de l'état du lit en temps réel (disponibilité, bio-nettoyage), la visualisation sur 30 jours des préadmissions. Le déploiement de cet outil sur l'ensemble du CHU s'est achevé en 2017. Enfin, la mise à disposition, au niveau de la cellule centrale des lits, opérationnelle depuis un an, d'une visualisation en temps réel de l'état des lits par unité et par pôle permet une gestion désormais plus fine des capacités d'hébergement.

En SSR, le taux d'occupation était, en 2016, de 96,8 %, pour l'EHPAD de 98,6 % et pour l'USLD de 96,7 %. Ces taux sont élevés, ce qui n'est pas surprenant au regard de la forte demande et de la taille limitée des capacités du CHU en la matière.

En termes d'activité chirurgicale, le CHU dispose de 30 salles sur le site de Pontchaillou et de huit salles sur le site de l'hôpital Sud. En 2016, le nombre d'interventions a continué de progresser légèrement, en dépassant les 29 000.

Activité des blocs chirurgicaux

	2011	2012	2013	2014	2015
Interventions	27 161	28 112	27 303	28 598	28 202
Part de l'ambulatoire	25 %	28 %	28 %	29 %	30 %
Taux d'occupation	81,1 %	78,7 %	71,5 %	81,1 %	75,9 %
Taux de dépassement	11,8 %	12,5 %	5,0 %	5,0 %	4,8 %

Source : CHU de Rennes.

L'objectif en ambulatoire, fixé à 35 % jusqu'en 2014, puis à 33 %, n'est toujours pas atteint, malgré une progression sur la période considérée.

Le taux d'occupation reste variable, tout en étant globalement acceptable, mais doit aussi être complété d'un taux d'ouverture de seulement 73,8 % en 2015.

L'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) a mené une étude entre septembre 2015 et janvier 2016, rendue en mai 2016. Celle-ci montre qu'en dehors du bloc réservé aux urgences, l'activité est programmée (entre 90 et 100 %).

Les résultats sont mauvais pour le bloc DMI (dispositifs médicaux implantables), qui n'est occupé qu'à moins de 60 % et connaît des taux de débordement et de démarrage tardif élevés. Trois autres blocs connaissent des problèmes d'organisation à des degrés divers : démarrage tardif, débordement, vacation vide, occupation globale perfectible. Seuls deux blocs (abdomen et orthopédie) ne présentent aucune faiblesse.

En termes de taux d'ouverture, la plupart des blocs sont situés entre 70 et 80 %, ce qui est acceptable. Mais le bloc DMI est ouvert à peine à plus de 40 % et le bloc CCP (centre cardio-pneumologique) aux 2/3. Ces deux blocs, de même que deux autres, sont affectés par un taux de fins précoces également trop élevé.

Les temps réels d'occupation des salles (TROS) montrent des problèmes d'organisation en aval (temps de réveil, temps en salle de surveillance post-interventionnelle, en particulier).

L'étude de l'ANAP relève en outre qu'en moyenne, trois heures de temps d'ouverture des salles sont consacrées à des actes externes, sans pertinence.

L'étude souligne un écart très significatif entre IBODE (infirmières de bloc opératoire diplômée d'Etat) figurant au planning et IBODE effectivement présentes en salle (9 sur 12 en abdomen et 8 sur 11 en orthopédie, par exemple).

La chambre relève les marges de progression en matière d'organisation de la chirurgie, qui ne dépendent pas seulement des contraintes immobilières, néanmoins réelles avec, en particulier, la dispersion des blocs et salles sur des niveaux différents au sein de l'immeuble de grande hauteur du site de Pontchaillou.

2.2.3. Données de productivité et de coûts

Le CHU ne paraît pas présenter de problèmes majeurs de productivité, sauf en matière d'obstétrique et de chirurgie en hospitalisation partielle pour le PNM.

Le coût du PNM des services cliniques apparaît globalement un peu élevé par rapport aux données comparables au niveau national, selon Hospidiag.

Dans le détail des activités, malgré ses difficultés d'organisation et d'efficacité, la chirurgie voit sa productivité progresser légèrement.

Activité des blocs chirurgicaux

	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Nombre d'interventions	27 161	28 112	27 303	28 598	28 202	+ 0,9 %
ICR (indice de coût relatif)	7 542 884	7 671 653	7 861 821	8 019 777	8 094 314	+ 1,8 %

Source : CHU de Rennes.

Globalement, les services médico-techniques ne font pas apparaître de coûts excessifs, selon la base Hospidiag. La comparaison avec les données régionales laisse toutefois apparaître une productivité un peu moindre en imagerie et laboratoires (retraitement comptable 2014 et 2015 de l'ARS Bretagne).

La productivité s'améliore toutefois en imagerie.

Activité d'imagerie

	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Nombre d'actes	222 848	219 430	219 286	218 832	226 491	+ 0,4 %
Nombre d'ICR	10 076 542	10 271 263	10 360 954	10 520 444	11 081 643	+ 2,4 %

Source : CHU de Rennes.
ICR : indice de coût relatif.

Disposant d'infrastructures plus importantes et plus pointues techniquement, le CHU présente des dépenses supérieures aux établissements de la catégorie régionale en ce qui concerne les prestations des différents plateaux et équipements techniques. C'est le cas en médecine. Les coûts en restauration et blanchisserie sont supérieurs à la moyenne régionale, sans doute améliorée par l'existence de mutualisations. En revanche, il est normal que les coûts du CHU soient également plus élevés en chirurgie sur les éléments techniques.

Si les comparaisons régionales sont difficiles en matière d'obstétrique, les coûts du CHU apparaissent plus élevés, essentiellement liés, sur les items recensés, au statut de maternité de niveau III.

Les coûts logistiques, de tous ordres, ne font pas apparaître d'anomalie majeure au CHU de Rennes, sauf en matière de services hôteliers, ce qui peut s'expliquer par la situation immobilière de l'établissement.

Poids des dépenses administratives, logistiques et techniques

(en €)	CHU Rennes					Etablissements de la région (2015)		Etablissements de même catégorie (2015)		Etablissements de même typologie (2015)	
	2011	2012	2013	2014	2015	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Poids des dépenses administratives, logistiques, techniques	16,4	17	16,4	16,5	17,9	17,9	27,9	17,1	20,3	18,2	19,4

Source : Hospidiag, onglet "organisation", indicateur P7.

La chambre observe une productivité et des coûts qui ne présentent pas de défaut majeur au regard des données très partielles disponibles, l'absence de comptabilité analytique relativisant la portée de ce constat. La chambre relève cependant l'existence de points d'amélioration possible :

- poids de la filière ouvrière et technique,
- importance de la proportion de sages-femmes, bien qu'en diminution,
- productivité du PNM en obstétrique,
- marges de progression en chirurgie,

- coût des services hôteliers et des secteurs restauration et blanchisserie.

3. PILOTAGE

3.1. LES INSTANCES ET LA DIRECTION

Le CHU est doté d'un conseil de surveillance et d'un directoire.

En 2015, il a renouvelé une partie de ses instances (commission médicale d'établissement ou CME, et commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou CSIRMT) et révisé son organisation interne en pôles hospitalo-universitaires.

La direction des CH de Montfort-sur-Meu et de Saint-Méen-le-Grand a été officiellement confiée au CHU de Rennes, à compter de 2015.

3.2. LE PROJET D'ETABLISSEMENT 2017-2021 ET LE CPOM

Les objectifs recherchés par le CHU ont été définis notamment comme suit dans le projet d'établissement :

- organisation :
 - refonte de l'organisation médicale, en diminuant le nombre de pôles de 16 à 12, pour gagner en cohérence et en lisibilité ;
 - conception et mise en œuvre d'un plan « hôpital en tension » afin d'améliorer la prise en charge des patients aux urgences ;
 - mise à jour des maquettes organisationnelles des unités de soins, afin d'aboutir à une allocation des moyens plus équitable ;
 - audit de la fonction « achats » pour la mise en œuvre du programme ministériel de performance hospitalière pour des achats responsables ;
 - réorganisation du transport interne des patients afin de mieux maîtriser l'ensemble du processus transport patient / brancardage ;
- immobilier :
 - cession d'une parcelle de terrain sur le site de l'Hôtel-Dieu dans le cadre de la démarche de valorisation du patrimoine immobilier ;
 - rénovation de l'établissement pour personnes âgées ;
 - construction du nouveau CSD (centre de soins dentaires) sur le site de Pontchaillou (13 M€) ;
 - plateforme d'imagerie fonctionnelle et multimodale (phase 1 : TEP SCAN pour 1,5 M€ - phase 2 : TEP IRM pour 2,3 M€) ;
 - création d'une biobanque, financée par le fonds de dotation Nominoë (1,2 M€) ;
 - construction d'un plateau technique chirurgical et interventionnel (24 M€) ;
 - rénovation de La Sauvrais (5 M€).

Le CHU a décidé, en ce sens, l'engagement d'un diagnostic global du patrimoine immobilier et du foncier, ainsi que l'élaboration d'un schéma directeur immobilier avec ses différents partenaires (université, unités de recherche, CLCC, ville et agglomération).

Les outils classiques du pilotage (projet d'établissement, CPOM) n'appellent pas de commentaires particuliers.

3.3. LE CONTROLE INTERNE

Le contrôle interne, à la différence de l'audit, ne se résume pas forcément à une fonction ou à un service, mais est un ensemble permanent de dispositifs par lequel l'établissement organise ses travaux de manière à obtenir l'assurance du respect des normes qui s'imposent à lui, à supprimer les risques d'erreur ou de manipulation sur les données ou les résultats, et plus généralement à assurer la qualité des services.

Il apparaît que l'établissement ne s'est jamais doté d'une cellule dédiée au contrôle interne, destinée à déceler les forces et faiblesses de ses structures. Des exemples de défaillance existent cependant en matière de recettes, de gestion des conventions, de relations avec les tiers, de gestion patrimoniale, notamment.

La chambre recommande au CHU d'étudier la mise en place d'une cellule de contrôle interne. En réponse, le CHU indique que celle-ci sera effective à la fin du second semestre 2017, avec pour objectif de fiabiliser l'ensemble des processus sous la responsabilité et le pilotage de la direction des finances. Sont prévus en particulier une définition claire de l'organisation (responsabilités et missions), des procédures formalisées, un plan des risques, des activités de contrôle et une surveillance du dispositif.

3.4. LE CONTROLE DE GESTION

Le service en charge du contrôle de gestion au sein du CHU de Rennes est animé, au sein de la direction des finances, par un responsable assisté de cinq contrôleurs, assurant d'une part le suivi de l'activité et des données analytiques et d'autre part l'appui des pôles par le biais d'un dialogue de gestion formalisé (auquel est associée la direction de l'information médicale) permettant la valorisation des projets et le suivi de l'activité, en particulier médicale.

Pour autant, la plupart des autres directions (patrimoine, logistique, pharmacie...) disposent de leur propre contrôleur de gestion, notamment pour le suivi budgétaire et d'activité.

Le contrôle de gestion apparaît ainsi morcelé, avec un fonctionnement parallèle des différentes entités et des échanges d'informations qui ne sont pas systématiques. Il s'en suit une incertitude sur la répartition et la connaissance réciproque des rôles respectifs, ainsi que sur la responsabilité et la détention des informations. Cette organisation ne permet pas de diffuser suffisamment une culture analytique et économique dans les services.

De plus, les outils existants du contrôle de gestion sont partiels. Tout contrôle de gestion destiné au pilotage repose sur la définition d'indicateurs mais aussi d'objectifs chiffrés, avec une analyse périodique des écarts pour recentrer les actions de management. Dans le cas présent, ces objectifs et ces indicateurs existent bien pour le suivi de l'activité MCO, mais peu au-delà.

De surcroît, ces outils sont essentiellement fondés sur le suivi de l'activité des pôles, dans une optique d'abord infra-annuelle, de comparaison avec l'année passée et avec l'objectif annuel fixé. L'optique est au mieux en projection sur la seule année suivante. La dimension financière et économique et la logique de coût, en particulier de coût complet, sont insuffisamment intégrées.

Dans sa réponse à la chambre, le CHU annonce la mise en place d'une cellule centralisée de contrôle de gestion, rattachée hiérarchiquement au directeur des finances.

3.5. LA COMPTABILITE ANALYTIQUE

Il n'existe pas de comptabilité analytique complète, qui soit fondée sur un recensement de la totalité des coûts et sur une ventilation exhaustive des charges indirectes, générales, de structure. De surcroît, lorsque des règles de comptabilité analytique sont utilisées (clefs de répartition, retraitements comptables, périmètre des centres de coûts), elles ne sont pas formalisées.

L'objectif d'une comptabilité analytique aboutie est bien de disposer de coûts plus complets et proches de la réalité. Il est ainsi possible de mieux connaître les activités et leurs dépenses et recettes propres, afin de les adapter à un environnement prévisible de raréfaction de la ressource publique ; d'éclairer l'analyse de l'activité des pôles et de mettre en œuvre des budgets et des actions adaptés par pôle ; de développer une analyse économique plus poussée et de mieux définir les tarifs ; de mieux fonder les décisions en matière d'investissements ; de mieux justifier les demandes de financement public supplémentaire du fonctionnement et de l'investissement.

Jusqu'en 2016, le CHU se contentait d'outils partiels de comptabilité analytique hospitalière (CAH) au sein du logiciel Magellan : retraitements comptables pour les coûts de certaines activités relevant des MIG et de certaines prestations tarifées ; détermination d'un taux de marge brute par pôle, sur la base du suivi budgétaire et des tableaux de bord mensuels de l'activité et des dépenses.

Partiels dans le périmètre des activités, ces outils se limitaient aussi essentiellement aux dépenses directes. Le travail de calcul des charges indirectes au réel, pour déterminer le coût complet d'une unité d'œuvre, a été entrepris sur la base des comptes 2016. Il permet, dans un premier temps, d'affiner le coût des charges indirectes pour les budgets spécifiques (crédits ciblés, MIG) et les études médico-économiques, puis d'assurer la constitution de comptes de résultat analytiques (CRéA).

Cet outil n'a pas été utilisé entre 2012 et 2016. La tenue de CRÉA permet pourtant d'effectuer un diagnostic économique en confrontant les recettes et les dépenses au niveau d'une entité, aboutissant à la définition d'un résultat d'activité. Sa carence a été problématique dans la mesure où le CRÉA constitue le moyen de définir la rentabilité d'un pôle ou d'un service et, plus largement, d'assurer un meilleur pilotage de l'établissement et de viser un meilleur positionnement sectoriel et territorial. Les CRÉA sont désormais confectionnés, depuis 2017.

De plus, les dispositions de l'article R. 6145-7 du code de la santé publique (CSP) prévoient au moins deux documents d'analyse :

- une comptabilité analytique qui couvre la totalité des activités et des moyens de l'établissement ;
- un tableau pour l'analyse de l'activité et des coûts faisant apparaître, après répartition analytique des charges, le montant des charges d'exploitation affectées, pendant l'exercice, aux secteurs cliniques, médico-techniques et logistiques de l'établissement.

Le conseil de surveillance doit être destinataire des résultats de la comptabilité analytique.

Concrètement, la comptabilité analytique n'était pas aboutie au CHU et le retraitement comptable, recueilli et centralisé localement par les ARS et exploité nationalement par l'ATIH, tenait lieu de tableau d'analyse de l'activité et des coûts.

3.6. LES RAPPORTS DU DEPARTEMENT DE L'INFORMATION MEDICALE (DIM)

Si le CSP ne fait pas de l'élaboration du rapport du DIM une obligation réglementaire (articles R. 6113-1 à R. 6113-11), il apparaît toutefois à la lecture combinée des articles de cette section que des informations sur l'activité médicale doivent être collationnées et présentées aux instances.

L'article R. 6113-8 du CSP dispose que « *le médecin responsable de l'information médicale transmet à la commission ou à la conférence médicale et au représentant de l'établissement les informations nécessaires à l'analyse de l'activité [...]. Ces informations sont transmises systématiquement ou à la demande* ».

L'article R. 6113-9 du CSP dispose que « *les instances compétentes de l'établissement définissent, après avis de la commission ou de la conférence médicale, les modalités de mise en œuvre du recueil, du traitement, de la validation et de la transmission interne des données médicales définies au 1° de l'article R. 6113-2 ou recueillies à l'initiative de l'établissement, et notamment les obligations des praticiens concernés quant à la transmission et au contrôle de la qualité des données ainsi que leur droit au retour d'informations* ».

Il n'y a pas de rapport général du DIM. Avant 2013, une note synthétique sur l'exploitation des données PMSI globales existait. Depuis, le CHU a simplement fourni des analyses du DIM sur la cancérologie pour 2014-2015.

Même si des données d'activités et des tableaux de bord sont bien transmis aux instances de l'établissement, notamment la commission médicale, les dispositions réglementaires ne sont pas respectées et le CHU se prive d'un outil d'analyse fine de l'activité médicale. La chambre recommande l'élaboration d'un rapport complet, comparatif et en perspective relatif aux données médicales, afin de le présenter aux instances de l'établissement et d'en assurer la diffusion interne.

Dans sa réponse à la chambre, le CHU indique qu'un rapport d'activité du DIM sera mis en place à la clôture de l'exercice 2017.

4. LA FIABILITE DES COMPTES

4.1. LA SITUATION DU CHU AU REGARD DE LA CERTIFICATION DES COMPTES

Le décret n° 2013-1239 du 23 décembre 2013 a créé l'article D. 6145-61-7 du code de la santé publique, qui définit le seuil des établissements publics de santé soumis à la certification, à compter des comptes de l'exercice 2017. Il s'agit des établissements dont le total des produits du compte de résultat principal est égal ou supérieur à 100 M€ pendant trois exercices consécutifs.

L'arrêté du 1^{er} août 2014 mentionne le CHU de Rennes parmi les établissements pour lesquels la certification s'est appliquée à compter de l'exercice 2015. Le montant global des honoraires des commissaires aux comptes au titre de la mission légale de certification des comptes 2015 du CHU s'élève à environ 130 000 €³.

4.2. LE PRINCIPE DE SINCERITE ET DE REGULARITE

4.2.1. L'intégration des immobilisations en cours

Les immobilisations achevées sont bien virées du compte 23 au compte 21 et l'amortissement peut ainsi être réalisé.

4.2.2. Les amortissements

Le CHU applique de manière exhaustive l'amortissement linéaire avec un *prorata temporis*⁴ depuis l'exercice 2015. Les plans d'amortissement des immobilisations ont été modifiés rétrospectivement et l'incidence a été chiffrée par le commissaire aux comptes à – 9 M€ au niveau des capitaux propres.

Les fiches d'inventaire sont correctement tenues et les amortissements sont correctement réalisés.

³ Source : état AI2, compte financier 2015.

⁴ Dans l'amortissement au *prorata temporis*, la date de départ de l'amortissement linéaire du bien est la date de mise en service du bien, et non le premier jour de l'exercice suivant la date de mise en service ou d'acquisition de l'immobilisation. Source : M21.

4.3. LE PRINCIPE D'ANNUALITE

4.3.1. Les rattachements

Sur la période 2012-2015, les comptes 408, 418, 428, 448 et 468 sont mouvementés. En revanche, l'étude du compte 672 *infra* montre que les rattachements ne sont pas exhaustifs.

4.3.2. Les charges sur exercices antérieurs

Selon la M21, « les subdivisions « autres » [du compte 672] enregistrent à leur débit les charges sur exercices antérieurs qui n'auraient pas fait l'objet d'un rattachement à l'exercice qu'elles concernent [...]. Répondant à un double objectif de sincérité budgétaire et de qualité comptable, l'utilisation de ce compte doit être exclusivement liée à une insuffisance de crédits limitatifs disponibles ne permettant pas de rattacher la charge à l'exercice concerné : elle a donc un caractère tout à fait exceptionnel ».

Le tableau ci-dessous récapitule l'évolution du taux de charges sur exercices antérieurs :

(total débit, budget consolidé, en k€)	2012	2013	2014	2015	2016
c/67218 charges de personnels sur exercices antérieurs - autres	95	102	196	552	124
c/67228 charges à caractère médical sur exercices antérieurs - autres	574	881	567	1 296	648
c/67238 charges à caractère hôtelier et général sur exercices antérieurs - autres	33	25	251	565	302
c/6728 autres charges	0	0	18	1 300	0
total report de charges	702	1 008	1 032	3 713	1 075
total des charges*	527 929	546 918	578 375	590 443	565 140
report de charges / total des charges	0,13%	0,18%	0,18%	0,63%	0,19 %

Source : TCD Anafi.

*solde débiteur des comptes de charges 60, 61, 63, 64, 65, 661 et 6728.

Les reports de charges atteignent 0,63 % du total des charges en 2015, ce qui situe le CHU dans le 9^{ème} décile le moins favorable au niveau régional⁵.

D'après le rapport financier 2015 du directeur (p.63), « la hausse des charges sur exercices antérieurs : + 2 650 k€ [s'explique notamment par] 410 k€ liés au paiement de factures en lien avec la convention d'imagerie Neurinfo (cette dépense est compensée par une reprise sur provision pour risque à hauteur de 411 k€), 1 300 k€ liés à une régularisation d'écriture dans le cadre d'un remboursement anticipé d'un emprunt ».

Concernant la convention d'imagerie, par courrier du 16 juin 2015, le comptable avait rejeté le mandat concernant les heures que Neurinfo avait facturées au CHU, au motif que la convention et son avenant n'étaient pas signés et que le montant mandaté était différent du montant prévu sur l'avenant.

⁵ Source : TBFEPS 2015. La médiane régionale 2015 du taux de charges sur exercices antérieurs est de 0,27 %.

L'instruction comptable M21 prévoit que « *les provisions pour risques et charges sont des passifs certains dont l'échéance ou le montant n'est pas fixé de façon précise. [...]. Sont inscrites au compte 151, les provisions pour risques inhérents à l'activité de l'établissement* ». Le compte 1518 est prévu pour les « autres provisions pour risques ».

L'établissement a effectué une provision de 411 033 € au compte 1518, qu'il a reprise courant 2015⁶. La charge qui porte sur le compte 672 est donc compensée par cette reprise sur provision (au compte 78151 « reprise sur provisions pour risques) et il n'y a pas d'impact sur le résultat.

Concernant l'emprunt, il s'agit d'une opération réalisée pour se désengager d'un emprunt structuré (crédit au compte 796 « transfert de charges financières » pour 1 300 k€, débit au compte 6728 pour un montant équivalent).

Plusieurs dépenses n'auraient pas dû être enregistrées au compte 67228, mais rattachées, car elles concernaient des prestations portant sur l'exercice 2014, pour un total d'environ 110 000 €.

Plusieurs dépenses n'auraient pas dû être enregistrées au compte 67238, mais rattachées, car elles concernaient des prestations portant sur l'exercice 2014, pour un total d'environ 327 000 €.

Il a été demandé à l'établissement s'il existait une procédure interne permettant d'identifier en fin d'année toutes les dépenses qui doivent être rattachées.

Le document produit en réponse, daté du 3 janvier 2017, consiste en une note qui indique aux utilisateurs du logiciel de gestion économique et financière (Magh2) les opérations techniques informatiques à réaliser en fin de clôture. L'établissement a également produit un diaporama réalisé par l'éditeur du logiciel.

Il ne s'agit en aucun cas d'une note de procédure à l'attention des différents services du CHU, qui expliquerait ce qu'est un rattachement et la manière de procéder.

Il est donc souhaitable de formaliser une procédure concernant les rattachements. Elle pourrait notamment prévoir de demander aux services de communiquer à la direction des finances, avant la clôture de l'exercice (courant décembre), la liste des dépenses engagées pour lesquelles une facture est attendue. Ceci permettrait à la DIFSI de procéder aux rattachements et de prévoir les crédits nécessaires.

La chambre constate que les reports de charges ont fortement augmenté en 2015 ; le CHU a alors procédé à une utilisation injustifiée de ce compte au lieu d'effectuer des rattachements. Si la situation est revenue à la normale en 2016, la chambre rappelle, pour l'avenir et afin de ne pas voir cette situation se reproduire, que le compte 672 est réservé aux charges réellement imprévisibles et invite l'établissement à la mise en place d'une procédure formalisée de rattachements.

4.3.3. Les dépenses et recettes à classer et à régulariser

⁶ Source : Q26_suivi des provisions, document Excel « 151_suivi_risques V2015 ».

L'évolution du solde du compte 4718 et du compte 472 sur la période est la suivante :

(en euros)	2012	2013	2014	2015
solde c/4718 recettes à classer	153 169	12 838 337	40 299	21 428 331
solde c/472 dépenses à classer	109 236	121 072	158 638	151 267

Source : comptes financiers

En 2013 et en 2015, le solde du compte 4718 est essentiellement constitué de recettes en provenance de l'assurance maladie. Des titres de rattachement ont été émis à chaque fois. Les titres définitifs ont été émis en début d'année suivante.

La chambre souligne la nécessité d'une émission plus rapide des titres de recettes en fin d'année.

Le compte 472 « dépenses à classer ou à régulariser », dont le solde débiteur est stable et peu élevé, n'appelle pas d'observation.

4.4. LE PRINCIPE DE PRUDENCE ET DE CONSTITUTION DES PROVISIONS

Evolution des provisions

(en euros)		2012	2013	2014	2015	Taux de reprise et évolution 2012-2015
c/ 142 renouvellement immobilisations	BE	23 612 520	24 383 475	25 396 466	25 269 840	
	Dotation	14 469 403	1 399 192	149 211	0	
	reprises	13 698 448	386 201	275 837	275 837	36,9 %
	BS	24 383 475	25 396 466	25 269 840	24 994 003	+ 2,5 %
c/ 143 devenu c/ 153 compte épargne temps	BE	4 640 079	11 009 526	11 030 679	10 123 895	
	Dotation	6 381 722	2 113 135	721 233	12 192 535	
	reprises	12 275	2 091 982	1 628 017	10 968 076	56,4 %
	BS	11 009 526	11 030 679	10 123 895	11 348 354	+ 3,1 %
c/ 1518 autres provisions pour risques	BE	3 519 740	2 541 536	2 142 156	2 986 166	
	Dotation	2 421 536	700 000	2 065 033	5 704 176	
	reprises	3 399 740	1 099 380	1 221 023	1 593 869	50,8 %
	BS	2 541 536	2 142 156	2 986 166	7 096 473	+ 179,2 %
c/ 1572 provisions pour gros entretiens	BE	68 090	1 358 090	2 902 844	3 001 292	
	Dotation	1 290 000	1 852 100	822 580	8 897 265	
	reprises	-	307 346	724 132	1 778 098	21,7 %
	BS	1 358 090	2 902 844	3 001 292	10 120 459	+ 645,2 %
c/ 158 provisions autres charges	BE	42 825 123	12 990 282	9 913 533	6 261 572	
	Dotation	-	-	309 363	4 953 875	
	reprises	29 834 841	3 076 749	3 961 324	3 560 944	84,1 %
	BS	12 990 282	9 913 533	6 261 572	7 654 503	- 41,08 %
c/ 491 dépréciation des comptes de tiers	BE	676 122	529 234	628 446	2 301 296	
	Dotation	33 000	391 845	1 678 377	177 215	
	reprises	179 888	292 633	5 527	131 995	20,6 %
	BS	529 234	628 446	2 301 296	2 346 516	+ 343,4 %

Source : balance des comptes ANAFI. En 2015, opérations de régularisation avec les comptes de bilan, à la suite de la certification par les commissaires aux comptes.

Seuls les comptes 142 et 491 appellent des observations de la part de la chambre.

4.4.1. Compte 142 renouvellement des immobilisations

Ce compte enregistre les aides aux surcoûts liés à l'investissement, versées par l'ARS en amont de ces surcoûts correspondant aux amortissements et aux frais financiers. Versées annuellement sous forme d'AC (aides contractualisées), elles doivent faire l'objet d'une mise en provision au compte 142.

Or, le CHU n'a pas été en mesure de justifier les sommes inscrites à ce compte au 31 décembre 2015. La reconstitution du solde du compte 142 par le CHU était en cours pendant l'instruction, afin d'identifier l'objet précis des sommes inscrites et les aides non mises en provision.

Le tableau suivant montre la multitude d'aides versées chaque année, pour un total de 13,1 M€ :

Mesure	Plan national – action régionale	AC / FIR	Montants (€)	Année de notification	Durée	Dernière année
COM 2001-2005 : surcoût investissement	Engagement régional	FIR	2 448 948	2003	20 ans	2022
UHSI	Engagement régional	FIR	568 600	2003	20 ans	2022
Hôpital Sud – regroupement femme/enfant	H2007 – PPRI	AC	189 835	2004	20 ans	2023
Pôle urgences-réanimation	H2007 – PPRI	AC	42 709	2004	20 ans	2023
COM – tranche 2005	Engagement régional	FIR	419 336	2005	20 ans	2024
COM 2001-2005 : restructuration activités médicales	Engagement régional	FIR	296 412	2005	20 ans	2024
Hôpital Sud – regroupement femme/enfant	H2007	AC	185 056	2005	20 ans	2024
Pôle urgences-réanimation	H2007	AC	328 474	2005	20 ans	2024
Dossier patient informatisé	H2007	AC	12 387	2006	20 ans	2025
Hôpital Sud – regroupement femme/enfant	H2007	AC	466 584	2006	20 ans	2025
Pôle médico-technique	H2007	AC	1 679 702	2006	20 ans	2025
Pôle urgences-réanimation	H2007	AC	193 539	2006	20 ans	2025
Mise aux normes hélicoptère	Engagement régional	FIR	62 512	2007	20 ans	2026
Pôle médico-technique	H2007	AC	3 069 000	2007	20 ans	2026
Pôle urgences-réanimation	H2007	AC	540 070	2007	20 ans	2026
Restructuration des blocs et de l'hospitalisation – orthopédie/traumatologie	Engagement régional	FIR	1 000 000	2008	20 ans	2027
Restructuration des blocs et de l'hospitalisation – orthopédie/traumatologie	H2012 - immobilier	AC	471 726	2008	20 ans	2027
Construction du CUR	Engagement régional	FIR	220 000	2009	20 ans	2028
Restructuration des blocs et de l'hospitalisation – orthopédie/traumatologie	H2012 - immobilier	AC	300 000	2010	20 ans	2029
Restructuration des blocs et de l'hospitalisation – orthopédie/traumatologie	H2012 - immobilier	AC	217 652	2011	20 ans	2031
SSO – sécurité, confidentialité, communication	H2012 – système d'information	AC	36 380	2013	5 ans	2017
Restructuration des blocs et de l'hospitalisation – orthopédie/traumatologie	H2012 - immobilier	AC	381 007	2013	20 ans	2032
TOTAL			13 129 929			

Source : CHU. Réponse au questionnaire.

COM : contrat d'objectifs et de moyens. PPRI : plan pluriannuel régional d'investissement.

AC : aides à la contractualisation. FIR : fonds d'intervention régional.

UHSI : unité hospitalière sécurisée interrégionale. CUR : centre d'urgence et de réanimation.

SSO : *single sign on* (délégation de l'authentification à une application tierce qui permet aux utilisateurs d'accéder à toutes les applications du système d'information en ne s'authentifiant qu'une unique fois, pour la durée de la session d'authentification).

La chambre note que, malgré l'importance des sommes versées, l'établissement n'avait pas mis en place de procédure de suivi de l'utilisation des aides, pourtant ciblées, de l'ARS pour les surcoûts liés à l'investissement. Cette situation empêchait d'apprécier de manière exhaustive le niveau du résultat et de la capacité d'autofinancement.

A la clôture de l'exercice 2016, le compte 142 a fait l'objet d'une revue complète. Et son solde s'élève à 57 M€. Le plan de dotations et de reprises est actualisé jusqu'à extinction des dotations et reprises des actuelles aides soit jusqu'en 2044. Ce plan a été certifié par les commissaires aux comptes qui ont levé leur réserve technique. Ce plan permet le suivi de l'utilisation des aides en question.

4.4.2. Compte 491 provisions pour créances contentieuses

La méthode de calcul des dotations aux provisions pour créances irrécouvrables a été modifiée en 2015, plus particulièrement dans son périmètre. Antérieurement limité au budget principal, aux créances déjà devenues contentieuses et aux créances relatives à des patients originaires de pays non conventionnés avec la France, le risque de non recouvrement a été étendu à l'ensemble des créances, avec les seules exceptions suivantes :

- RAR (restes à recouvrer) Etat ;
- RAR caisses d'assurances maladie ;
- RAR caisses complémentaires pour l'exercice N.

Ainsi, la provision du compte 491 est constituée à partir du solde des comptes de tiers suivants :

Comptes de tiers (en k€)

Comptes	Intitulés	2012	2013	2014	2015
4111	Hospitalisés consultants - amiable	3 045	3 017	2 619	2 470
4161	Hospitalisés consultants - contentieux	907	1 163	1 140	825
4118	Autres redevables	710	690	979	890
4168	Autres redevables contentieux	13	18	20	54
4165	Divers tiers payants contentieux	162	214	149	225
4117	Prestations entre établissements de santé - amiable	1 013	1 082	1 487	1 852
	<i>dotation sur le c/4117</i>		270,50	371,75	463,00

Source : comptes financiers.

Le calcul de la provision inclut le compte 4117 alors qu'il s'agit de prestations entre établissements ne présentant qu'un faible risque. Dotée à hauteur de 25 %, la provision effectuée sans fondement réel s'élèverait ainsi, en 2015, à environ 463 000 €.

La différence est forte dans la base retenue par le CHU, entre 2014 et 2015. Des créances nées le 31 décembre 2015 sont déjà provisionnées à hauteur d'un risque de 25 % à cette même date.

Passer immédiatement une provision revient à considérer qu'un quart des créances sont, dès l'origine, potentiellement irrécouvrables, alors même qu'aucune diligence n'a encore été effectuée, ce qui est contradictoire avec la définition d'une créance irrécouvrable.

Même en admettant le principe de ces modalités de provisionnement, la mise en œuvre du mode de calcul retenu exige une gestion rigoureuse dans la facturation des titres en fin d'année, afin de limiter au maximum la masse des restes à recouvrer et éviter une dotation aux provisions excessive.

Or, sur la fin de l'exercice 2015, particulièrement pour les budgets B et E, la chambre constate une multiplication par 4,5 du volume des restes à recouvrer (944 k€) sur des titres émis en 2015 par rapport à 2014 (217 k€). Ces restes à recouvrer ont été provisionnés à hauteur de 236 k€ (25 %).

Finalement, au 31 décembre 2015, la provision constituée (236 k€) pour ces titres est sans commune mesure avec les restes à recouvrer (34 k€) un an après. Ainsi, au 31 décembre 2016⁷, la charge non justifiée pour l'établissement liée à la constitution de provisions serait au minimum d'environ 200 k€.

Un calcul similaire peut être effectué pour les titres émis en 2014. La provision constituée fin 2014 s'élevait à 54 k€. Un an après, les restes à recouvrer ne s'élevaient plus qu'à 61 k€. Ils ont pourtant à nouveau été provisionnés à hauteur de 25 %, soit 15 k€ supplémentaires. Au 31 décembre 2015, la provision constituée (69 k€) pour ces titres est supérieure aux restes à recouvrer. Fin 2016, les restes à recouvrer sur ces titres ne s'élèvent plus qu'à 9 k€.

Ainsi, au 31 décembre 2016, la charge non justifiée pour l'établissement liée à la constitution de provisions serait au minimum d'environ 60 k€⁸.

De plus, la provision du compte 491 représente plus de 30 % des restes à recouvrer et jusqu'au triple des créances réellement admises en non-valeur (compte 654), ce qui est excessif.

Admissions en non-valeur (ANV) du CHU de Rennes

(en k€)	2012	2013	2014	2015	Evolution 2012-2015
Restes à recouvrer (RAR) au 31 décembre* (1)	5 851	6 184	6 394	6 316	+ 8,0 %
c/ 654 créances admises en non-valeur (2)	180	293	753	874	+ 385,6 %
ANV / RAR (2/1)	3,08 %	4,74%	11,78%	13,84%	
c/ 7082+732+733 facturation aux mutuelles et particuliers (3)	35 855	38 045	37 047	38 783	+ 8,2 %
ANV / titres de facturation (2/3)	0,50 %	0,77%	2,03%	2,25%	
solde c/ 491 - provisions pour créances irrécouvrables (4)	529	628	2 301	2 347	+ 343,7 %
Taux de dotation (4/2)	294 %	214 %	306 %	269 %	

*A partir des comptes de tiers relatifs aux facturations aux mutuelles et particuliers (c/4111, 4117, 4118, 4161, 4165, 4168)

La chambre invite l'établissement à réviser la méthode de calcul des provisions pour créances contentieuses afin de supprimer les charges de dotations inutiles qui pèsent sur les budgets du CHU. Le problème ne porte pas sur le principe du provisionnement, mais bien sur le niveau et, en partie, l'immédiateté de ce dernier.

5. LES PROCEDURES BUDGETAIRES

⁷ Dans la logique de l'établissement, une nouvelle provision devrait être constituée pour le solde, à hauteur de 25 %, soit 8 k€ mais la CRC n'en tient pas compte dans son calcul.

⁸ Total provision constituée (69 k€) - risques potentiels restants (9 k€) = 60 k€

5.1. PRESENTATION DES BUDGETS

En sus du budget principal relatif à l'hôpital, le CHU dispose de quatre budgets annexes⁹ : USLD (B), instituts de formation (C), EHPAD (E) et CAMSP (P). Le poids des différents budgets annexes se limite à 3 % des recettes de l'ensemble des budgets du CHU.

5.2. LA QUALITE DES PREVISIONS

5.2.1. Le compte de résultat principal

Le compte de résultat prévisionnel principal (CRPP) de l'EPRD (état des prévisions de recettes et de dépenses) des exercices 2012 à 2014 est présenté en déficit, contrairement aux dispositions de la M21, alors que l'exercice 2015 est bien présenté en excédent. Le CHU argue de la sincérité de ses budgets faisant apparaître les dépenses incompressibles. Il est relevé que les dotations aux provisions pour renouvellement des immobilisations, qui n'ont pas été prévues, et les provisions pour créances contentieuses, potentiellement surévaluées, ne sont pas sincères. A compter de l'exercice 2016 toutefois, les dotations et reprises sur provision au compte 142 ne font plus l'objet de contractions.

Les taux de réalisation du CRPP se situent toujours un peu au-delà de 100 % et n'appellent pas d'observations particulières.

5.2.2. L'EHPAD

Le budget de l'EHPAD présente des prévisions de résultats déficitaires, en contradiction avec la M21, qui prévoit que seule une situation exceptionnelle peut autoriser un EPRD à être présenté en déficit. Le CHU, dans son rapport sur l'EPRD 2014, constate que les dépenses sont supérieures aux recettes prévisionnelles, ce qui entraîne un déficit structurel. Il note notamment des dépenses de soins supérieures à la dotation cible. Ces dépenses sont censées être en convergence vers la dotation cible. L'activité prévisionnelle est de 42 500 journées.

Les taux de réalisation du budget de l'EHPAD se situent légèrement en-deçà des 100 % mais n'appellent pas d'observations particulières.

De manière générale, la chambre rappelle qu'au titre de l'article R. 6145-11 du code de la santé publique, chacun des comptes de résultat prévisionnel de l'EPRD doit être présenté en équilibre (sauf si le déficit est compatible avec le plan global de financement pluriannuel).

⁹ USLD : unité de soins de longue durée. EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. CAMSP : centre d'action médico-sociale précoce.

6. LA SITUATION FINANCIERE DE L'ETABLISSEMENT

6.1. L'EVOLUTION DES BUDGETS REALISES

6.1.1. Le budget principal

6.1.1.1. Evolution des dépenses et des recettes

Les produits évoluent un peu plus rapidement que les charges entre 2012 et 2015.

Budget principal (k€)

	2012	2013	2014	2015	Evolution 2012-2015	Evolution annuelle moyenne
TITRE 1 charges relatives au personnel	346 205	356 907	366 265	378 290	+ 9,3 %	+ 3,0 %
TITRE 2 charges à caractère médical	127 750	134 569	159 452	162 137	+ 26,9 %	+ 8,3 %
TITRE 3 charges à caractère hôtelier et général	45 172	47 536	45 803	46 258	+ 2,4 %	+ 0,8 %
TITRE 4 amortissements, provisions, charges financières exceptionnelles	48 749	51 832	53 202	62 365	+ 27,9 %	+ 8,6 %
TOTAL DES DEPENSES	567 875	590 844	624 722	649 049	+ 14,3 %	+ 4,6 %
TITRE 1 produits de l'assurance maladie	459 075	464 593	477 192	506 746	+ 10,4 %	+ 3,4 %
TITRE 2 produits de l'activité hospitalière	36 375	38 810	38 789	39 802	+ 9,4 %	+ 3,1 %
TITRE 3 autres produits (dont remboursements par budgets annexes)	82 070	88 878	108 986	118 030	+ 43,8 %	+ 12,9 %
TOTAL DES RECETTES	577 520	592 281	624 967	664 579	+ 15,1 %	+ 4,8 %
RESULTAT COMPTABLE	9 644	1 436	245	15 529		

Source : comptes financiers 2012-2015

En dépenses, les charges à caractère médical présentent un taux d'évolution de près de 27 % entre 2012 et 2015 (dont 18,5 % entre 2013 et 2014). Cette évolution est expliquée pour les deux tiers par l'augmentation des rétrocessions de médicaments (surtout ceux liés à l'hépatite C) et celle des molécules onéreuses. Des recettes équivalentes sont constatées au titre 3.

En dépenses, le titre 4 relatif aux amortissements et aux charges financières a subi des variations en 2014 et 2015 liées aux travaux de pré-certification des comptes. Il est relevé l'introduction de la règle du *prorata temporis* dans la méthode d'amortissement.

La mise en place d'un plan d'action achats (PAA), a permis de réaliser des économies (4,6 M€ en 2015).

En recettes, la forte évolution du titre 3 est expliquée par une augmentation des recettes liées aux chambres particulières (+ 1,2 M€) et un niveau élevé de cessions d'actifs (bâtiment de la Cochardière pour environ 10 M€). Les travaux de pré-certification ont également entraîné des évolutions de comptabilisation sur cet exercice.

6.1.1.2. Structure des dépenses et recettes

La répartition des titres de dépenses dans le total se situe dans la moyenne observée en général. Les dépenses de personnel, qui représentaient 60 % du total des dépenses en 2012, se situaient à 58 % de ce total en 2015, tandis que les charges à caractère médical, qui constituent le deuxième poste de dépenses, représentent environ 25 % et les charges hôtelières 7 % du total. Le titre 4 relatif aux charges financières et de dotations s'établit à près de 10 % et est en augmentation constante sur l'ensemble de la période.

Le budget H trouve 76 % de ses recettes dans les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) et 18 % dans les recettes exceptionnelles comme les ventes de produits divers, la rétrocession de médicaments ou le versement des aides à la permanence des soins (titre 3), ce qui constitue un niveau relativement élevé. Les autres recettes sont issues de la facturation des soins et des recettes diverses.

6.1.2. L'EHPAD

6.1.2.1. Présentation

Depuis 2013, le CHU de Rennes accueille les personnes âgées dépendantes de façon distincte sur deux sites :

- le site de La Tauvrais est dédié à la prise en charge sanitaire des personnes âgées qui nécessitent une médicalisation importante. Il dispose de 120 lits répartis dans trois unités de soins de longue durée (USLD) ;
- à l'Hôtel-Dieu, le pavillon Damien Delamaire regroupe, dans quatre unités, 120 lits d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) parmi lesquels 26 lits sont dédiés à la prise en charge de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

Des conventions tripartites USLD (budget B) et EHPAD (budget E) ont été signées entre l'Agence régionale de santé (ARS) de Bretagne, le département d'Ille-et-Vilaine (pôle action sociale) et le CHU, en septembre 2010.

En 2015, l'EHPAD et les USLD du CHU demeurent soumis à la convergence tarifaire (diminution progressive de la dotation soins). En effet, pour la sixième année consécutive, un mécanisme provisoire de compensation entre la dotation soins du budget des USLD, légèrement excédentaire, et celle du budget EHPAD, en déficit, a été appliqué dans le processus de convergence progressive de ces deux budgets¹⁰. Ce mécanisme inscrit à l'article 6 de la convention était à la baisse chaque année et a pris fin au 31 décembre 2015. L'ARS ne l'ayant pas renouvelée, la convention est automatiquement prorogée d'un an, conformément à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles (CASF).

¹⁰L'étalement des versements est le suivant : 500 k€ en 2012, 335 k€ en 2013, 280 k€ en 2014, 150 k€ en 2015.

Selon la convention tripartite, « l'EHPAD est en situation de sur-dotation sur sa section soins. L'établissement s'inscrit dans le processus de convergence tarifaire afin d'atteindre la dotation soins plafond au 31/12/2016 » :

(en €)	Hébergement	Dépendance	Soins	Total
Classe 6 brute 2010	3 050 000	1 600 000	5 400 000	10 050 000
Recettes en atténuation	4 289	8 577	29 846	42 712
Résultat à incorporer Classe 6 nette 2010	3 045 711	1 591 423	5 370 154	10 007 288
Section tarifaire	3 146 525	1 306 686	3 974 945	8 428 156

La loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement instaure de nouvelles dispositions dans les EHPAD. Elle substitue notamment le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens à la convention tripartite à partir de 2017, avec un étalement jusqu'en 2021.

6.1.2.2. L'évolution des dépenses et des recettes

Budget EHPAD (k€)

	2012	2013	2014	2015	Evolution 2012-2015	Evolution annuelle moyenne
TITRE 1 charges relatives au personnel (chapitres limitatifs)	3 339	2 785	2 877	2 850	- 14,6 %	- 5,1 %
TITRE 1 charges relatives au personnel (chapitres évaluatifs)	1 796	1 532	1 587	1 578	- 12,2 %	- 4,2 %
TITRE 1 charges relatives au personnel (total)	5 135	4 317	4 463	4 428	- 13,8 %	- 4,8 %
TITRE 2 charges à caractère médical	179	151	146	109	- 38,7 %	- 15,1 %
TITRE 3 charges à caractère hôtelier et général	1 707	1 479	1 350	1 337	- 21,7 %	- 7,8 %
TITRE 4 amortissements, provisions, charges financières	376	395	481	479	+ 27,4 %	+ 8,4 %
TOTAL DES DEPENSES	7 397	6 342	6 441	6 354	- 14,1 %	- 4,9 %
TITRE 1 produits afférents aux soins	3 470	2 567	2 591	2 591	- 25,3 %	- 9,3 %
TITRE 2 produits afférents à la dépendance	1 119	1 083	1 094	1 117	- 0,1 %	- 0,1 %
TITRE 3 produits de l'hébergement	2 431	2 083	2 178	2 265	- 6,8 %	- 2,3 %
TITRE 4 autres produits	892	470	372	301	- 66,2 %	- 30,4 %
TOTAL DES RECETTES	7 912	6 203	6 236	6 275	- 20,7 %	- 7,4 %
RESULTAT COMPTABLE	515	- 139	- 205	- 79		

Source : comptes financiers 2012-2015

Les dépenses diminuent de 14 % sur la période alors que les recettes baissent plus nettement, de 21 %. Malgré la compensation de convergence versée par le budget USLD à hauteur de 280 k€, le budget de l'EHPAD se retrouve en déficit depuis 2013. Les prévisions 2016 font de nouveau apparaître un déficit de 260 k€, en l'absence de la compensation de convergence qui a pris fin en 2015.

Le budget de l'EHPAD se divise en trois sous-budgets recevant chacun un financement différent : produits afférents aux soins en provenance de l'assurance maladie, produits afférents à la dépendance en provenance du conseil départemental, produits de l'hébergement à la charge de l'hébergé.

Le maintien des charges de personnel à hauteur des 3/4 des produits totaux ne permet pas d'améliorer le résultat global de l'EHPAD.

Evolution des charges de personnel et des produits des sous-budgets de l'EHPAD

	2012	2013	2014	2015	2016
Soins					
TITRE 1 charges relatives au personnel - total	3 395 544	2 610 876	2 596 334	2 597 387	2 702 453
TITRE 1 produits afférents aux soins	3 470 275	2 567 023	2 591 023	2 591 052	2 567 000
Dépendance					
TITRE 1 charges relatives au personnel - total	1 132 502	935 595	991 530	986 831	988 262
TITRE 2 produits afférents à la dépendance	1 119 069	1 083 255	1 094 095	1 117 391	1 112 482
Hébergement					
TITRE 1 charges relatives au personnel - total	731 584	745 328	875 537	843 424	814 285
TITRE 3 produits de l'hébergement	2 431 305	2 083 318	2 178 107	2 265 388	2 327 730

Source : fichier Ancre de 2016

Une enquête réalisée par l'ARS Bretagne¹¹ en 2014 a montré que le taux d'encadrement moyen pour un EHPAD dépendant d'un EPS (établissement public de santé) est de 0,4 (personnel par lit). Ce taux s'élève à 0,85 au CHU.

Encadrement de l'EHPAD et de l'USLD (en ETP)

	Soins	Dépendance	Hébergement	Total
EHPAD	56	21	22	99
USLD	61	24	15	100

Source : EPRD 2016

La comparaison de l'encadrement respectif de l'EHPAD et de l'USLD, qui comptent tous deux le même nombre de lits, montre la sur-dotation de l'EHPAD en ETP par rapport à l'USLD.

Par ailleurs, la refacturation du budget général au budget EHPAD et au budget USLD prend en compte 6,7 ETP au titre de la gestion administrative et de la maintenance.

La chambre invite l'établissement à préparer et mettre en œuvre une répartition des effectifs plus adaptée aux besoins respectifs réels de l'EHPAD et de l'USLD, dans la mesure où le déficit prévu en 2016 pour l'EHPAD représente environ 7 ETP et où la redistribution de 7 ETP maintiendrait encore le taux d'encadrement à 0,80 au sein de l'EHPAD.

En réponse, le CHU indique qu'il procède en 2017 à l'élaboration d'un CPOM pour l'EHPAD et d'une nouvelle convention pluriannuelle pour l'USLD. Une coupe Pathos est en cours de réalisation dans chacun des secteurs. Une révision des effectifs, des organisations et des charges indirectes sera ensuite étudiée.

¹¹ Enquête réalisée avec le soutien de l'ANAP dans le cadre du déploiement du tableau de bord des indicateurs médico-sociaux intitulée « Restitution des indicateurs de pilotage médico-sociaux campagne 2014 (données 2013) ».

6.2. LE COMPTE DE RESULTAT

6.2.1. Les résultats affichés

Comptes de résultat (tous budgets)

<i>(en k€)</i>		2012	2013	2014	2015
Budget activité principale	produits nets	577 520	592 281	624 967	664 579
	charges nettes	567 875	590 844	624 722	649 049
	<i>résultat</i>	9 644	1 436	245	15 529
Budget B USLD	produits nets	7 094	6 926	6 876	6 990
	charges nettes	6 497	6 459	6 590	6 353
	<i>résultat</i>	597	467	286	637
Budget E EHPAD	produits nets	7 912	6 203	6 236	6 275
	charges nettes	7 397	6 342	6 441	6 354
	<i>résultat</i>	515	- 139	- 205	- 79
Budget P CAMSP	produits nets	503	509	515	519
	charges nettes	463	515	504	555
	<i>résultat</i>	40	- 6	11	- 36
Budget C IFSI	produits nets	7 687	7 764	6 832	7 793
	charges nettes	7 224	7 349	7 586	7 545
	<i>résultat</i>	463	415	- 754	249
Tous budgets confondus	produits nets	613 683	613 683	645 425	686 155
	charges nettes	589 456	611 510	645 842	669 855
	<i>résultat</i>	11 259	2 173	- 417	16 300

Source : comptes financiers

Les résultats consolidés du CHU de Rennes sont positifs sur toute la période, sauf en 2014 où ils accusent une perte de 417 k€. En 2014, le budget C (instituts de formation) a subi une réfaction de sa subvention de fonctionnement par la région de 862 k€, compensée par une subvention d'investissement amortissable d'un montant équivalent. Le budget E (EHPAD) a vu sa subvention de compensation abaissée à 280 k€ en 2014 contre 335 k€ l'année précédente. Le budget H, enfin, était également juste à l'équilibre en 2014.

Pour 2015, le résultat comptable positif de 16,3 M€, tous budgets confondus, découle d'un résultat exceptionnel de plus de 16,4 M€. Il nécessite donc d'être analysé en détail.

6.2.2. Le résultat retraité

Le retraitement du résultat concerne essentiellement le budget principal. Il consiste à ajouter ou retirer du résultat d'exploitation les montants des dépenses et recettes exceptionnelles, ainsi que celui des aides de l'ARS versées en soutien financier. Les corrections d'écritures comptables effectuées à la suite de la procédure de certification des comptes achevée début 2017 doivent également être prises en considération.

Le résultat retraité du budget principal s'établit comme suit :

Résultat retraité du budget principal

(en milliers d'euros)	2012	2013	2014	2015	2016
produits nets budget principal	577 520	592 281	624 967	664 579	703 293
charges nettes budget principal	567 875	590 844	624 722	649 049	681 577
<i>résultat</i>	9 644	1 436	245	15 529	21 716
+ c/ 675 cession d'actif	130	32	159	314	55
- c/ 775 cession d'actif	13	464	303	10 786	5 202
- c/ 778 recettes exceptionnelles	-	-	-	7 300	6 733
<i>sous-total</i>	9 761	1 004	101	- 2 243	9 836
- dotations exceptionnelles d'équilibre (AC versées par l'ARS)	3 000	2 800	370	600	800
+ corrections d'écritures CAC	-	-	-	1 753	13 110
- corrections d'écritures CAC	-	-	-	411	26 472
résultat retraité	6 761	- 1 796	- 269	- 1 501	- 4 326

Source : CRC, à partir des comptes financiers.

AC : aides à la contractualisation. CAC : commissaires aux comptes.

Les recettes exceptionnelles sont constituées principalement de l'indemnisation liée à la défaillance d'une entreprise sur le chantier du centre des urgences pour 4,7 M€, à la modification du calcul du taux de déductibilité de la TVA pour 1,8 M€ et à la modification du calcul de la taxe sur les salaires pour 0,8 M€.

L'année 2015 fait encore apparaître un déficit recalculé d'environ 1,5 M€ et l'année 2016 de plus de 4 M€.

La chambre constate que le redressement des comptes du CHU n'est pas structurel et que son résultat apparent a été amélioré par le versement d'aides de l'ARS puis par la perception de recettes exceptionnelles et par des éléments exceptionnels liés au processus de certification des comptes. Le résultat structurel est négatif depuis 2013 et reste globalement fragile.

6.3. LES CONTRATS DE RETOUR A L'EQUILIBRE

Dans le cadre de son CPOM 2007-2011 (avenant n° 9), le CHU a signé le 7 octobre 2011 un contrat de retour à l'équilibre (CRE) pour la période 2011-2013, sachant que l'établissement était déjà déficitaire en 2010 (résultat du budget H : - 1,5 M€).

Les résultats du CHU s'établissent comme suit :

(en k€)	2011	2012	2013	2014	2015
Résultat budget H	- 496	9 644	1 436	245	15 529
Résultat tous budgets	- 501	11 259	2 173	- 417	16 300

Source : comptes financiers.

Depuis 2014, le CHU n'est plus en contrat de retour à l'équilibre. Les mesures ayant permis d'améliorer alors la situation sont notamment la maîtrise de l'évolution de la masse salariale (suppressions d'emplois, réduction des temps partiels à 80 % : 2 M€ d'économies en 2012, 851 k€ en 2013), l'augmentation des suppléments liés au nombre de lits de surveillance continue (1,8 M€ d'économies en 2012, 2 M€ en 2013) et l'amélioration du codage (1,2 M€ d'économies réalisées en 2013).

La sortie du contrat de retour à l'équilibre ne signifie pas que le CHU a retrouvé un équilibre financier structurel et durable, comme le montrent les résultats retraités ci-dessus. Il a toutefois dû faire face en 2016 à l'impact des mesures salariales nationales et de la baisse des tarifs.

6.4. LES SOLDES INTERMEDIAIRES DE GESTION (SIG)

L'évolution des SIG s'établit comme suit :

<i>(en euros, tous budgets confondus)</i>	2012	2013	2014	2015
EXCEDENT BRUT D'EXPLOITATION (EBE)	38 775 828	37 186 242	38 819 832	38 391 609
MARGE BRUTE	43 163 102	40 136 878	40 800 351	48 412 578
RESULTAT D'EXPLOITATION	18 308 978	6 243 870	3 914 195	3 230 311
RESULTAT FINANCIER	-5 107 727	-5 135 890	-4 827 817	-3 347 177
RESULTAT COURANT	13 201 251	1 107 980	-913 622	-116 866
RESULTAT EXCEPTIONNEL	-1 941 854	1 064 823	496 657	16 416 874
RESULTAT DE L'EXERCICE (excédent ou déficit)	11 259 396	2 172 803	-416 964	16 300 008

Sources : CRC, sur la base des comptes financiers, états C3 et balances ANAFI

L'excédent brut d'exploitation (EBE) permet d'apprécier la capacité de l'établissement à couvrir ses dotations aux amortissements et provisions, ainsi que les charges financières liées à son endettement.

L'EBE est relativement stable depuis 2012, en baisse toutefois de 428 k€ par rapport à 2014. Il ne couvre pas les dotations aux amortissements et provisions et les charges financières sur l'ensemble de la période, car les dotations aux amortissements et provisions ont fortement augmenté sur la période (+ 42 %).

<i>(en euros, tous budgets confondus)</i>	2012	2013	2014	2015
EBE	38 775 828	37 186 242	38 819 832	38 391 609
+ c/ 75 autres produits de gestion courante	9 228 600	8 007 279	5 989 248	14 609 816
- c/ 65 autres charges de gestion courante	4 841 326	5 056 643	4 008 729	4 588 847
= Marge brute	43 163 102	40 136 878	40 800 351	48 412 578
+ c/781 +791 reprises d'amortissements et transferts charges d'exploitation	10 559 664	4 776 108	6 527 245	5 099 583
- c/6811, 6812,6815, 6816, 6817 dotations aux amortissements et provisions	35 413 788	38 669 116	43 413 401	50 281 850
= Résultat d'exploitation	18 308 978	6 243 870	3 914 195	3 230 311
<i>c/66 charges financières</i>	<i>6 765 149</i>	<i>7 008 923</i>	<i>6 913 589</i>	<i>6 349 264</i>
<i>Total dotations aux amortissements et charges financières</i>	<i>42 178 937</i>	<i>45 678 039</i>	<i>50 326 990</i>	<i>56 631 114</i>

Sources : CRC, sur la base des comptes financiers, états C3 et balances ANAFI.

La marge brute, indicateur de la productivité globale de l'établissement, diminue jusqu'en 2013 et augmente significativement entre 2014 et 2015 (+ 19 %). Cette évolution est liée à la forte augmentation des « autres produits de gestion courante » entre 2014 et 2015 (+ 8,6 M€).

Cette hausse provient majoritairement de l'augmentation du compte 7548 « autres remboursements de frais » (+ 8,1 M€) sur le budget principal, et plus précisément d'opérations de régularisation sur des financements perçus pour le secteur de la recherche¹².

Ces recettes ne constituent donc pas un apport complémentaire suffisamment stable pour être prises en compte dans l'appréciation du niveau de la marge brute. La marge brute 2015, sans ces recettes, est en réalité de l'ordre de 40,3 M€, ce qui est similaire aux deux exercices précédents.

Depuis 2013, l'insuffisance de la marge brute pour couvrir les dotations aux amortissements et aux provisions et les charges financières va même croissant. Le rapport financier 2015 du directeur indique pourtant (p. 76) : « *La marge brute [en 2015] permet à nouveau la couverture totale des charges d'amortissement et financières* ». Ce dernier ne prend donc pas en compte les dotations aux provisions (compte 6815) et aux dépréciations (comptes 6816 et 6817), de l'ordre de 11,7 M€ en 2015.

Effectivement, la marge brute 2015, d'un montant de 48,4 M€, est en apparence suffisante pour couvrir les dotations aux amortissements (38,5 M€ aux comptes 6811 et 6816) et les charges financières (6,3 M€ au compte 66), qui représentent un total de 44,8 M€.

Mais le guide de la comptabilité publique¹³ sur l'analyse financière des établissements publics de santé indique bien que, dans le cas où l'EBE est insuffisant, « *la marge brute peut être retenue pour apprécier la capacité de l'établissement à couvrir ses dotations aux amortissements et provisions ainsi que les charges financières liées à son endettement* ».

Lorsque les financements en provenance de l'ARS sont isolés¹⁴, la marge brute retraitée s'établit de la manière suivante :

(en euros, tous budgets confondus)	2012	2013	2014	2015
MARGE BRUTE	43 163 102	40 136 878	40 800 351	48 412 578
soutiens exceptionnels à l'investissement et soutiens CRE	6 500 000	2 800 000	1 000 000	1 100 000
aides à l'investissement (H2007, H2012 et FIR) (aides structurelles)	13 727 498	13 538 063	13 792 070	13 510 936
MARGE BRUTE CORRIGEE	22 935 604	23 798 815	26 008 281	33 801 642

Source : CRC.

CRE : contrat de retour à l'équilibre. H2007: plan Hôpital 2007. H2012 : plan Hôpital 2012. FIR: fonds d'intervention régional.

¹² Opération de régularisation de produits constatés d'avance à la direction de la recherche clinique pour 4 889 k€ ; opération de correction sur des financements liés à la recherche, validée par le CAC, pour 2 285 k€ ; solde de financement par l'ANSM d'un projet de recherche pour 616 k€.

¹³ Source : DGCP, « L'analyse financière des EPS, guide méthodologique », mars 2008, p.16-17.

¹⁴ Soit aides ponctuelles (soutiens à l'investissement et soutiens CRE, contrat de retour à l'équilibre) et aides structurelles (plans Hôpital 2007, Hôpital 2012 et FIR, fonds d'intervention régional).

En l'absence de financements de l'ARS, l'établissement connaît ainsi une marge brute bien plus faible (inférieure presque de moitié en 2012). Elle est inférieure d'un tiers en 2015, et s'établit ainsi à 33,8 M€ ou même 25,7 M€ si sont également déduites les recettes conjoncturelles de 2015 (8,1 M€) liées aux opérations de régularisation sur les financements pour la recherche et évoquées *supra*.

La chambre observe l'insuffisance à la fois de l'EBE depuis 2012 au moins et de la marge brute depuis 2013 pour couvrir les dotations aux amortissements et aux provisions ainsi que les charges financières. Elle souligne que l'amélioration de la marge brute en 2015 est conjoncturelle. La marge brute corrigée est constamment inférieure aux dotations aux amortissements et provisions, créant un déséquilibre structurel, alors même que le résultat d'exploitation se dégrade continûment.

6.5. LA MARGE DEGAGEE ET L'AUTOFINANCEMENT

6.5.1. Le taux de marge brute et la capacité d'autofinancement (CAF)

Le taux de marge brute, le taux de CAF brute et le taux de CAF nette évoluent de la manière suivante :

(en %)	2012	2013	2014	2015
Taux de marge brute	7,6	7,1	6,6	7,6
Taux de CAF	6,4	6,0	5,5	7,5
Taux de CAF nette	45,7	43,0	39,1	56,3

Source : TBFEPS 2013 et 2015, sauf taux de CAF nette : Hospidiag

Le taux de marge brute non retraité mesure la « marge » que l'établissement dégage sur son exploitation courante, ressource servant à couvrir les frais financiers et l'amortissement¹⁵. Il est calculé de la manière suivante : marge brute / produits bruts d'exploitation.

Données 2015 (en %)	CHU Rennes	Etablissements de la même région		Etablissements de la même catégorie juridique		Etablissements de la même typologie d'activité	
		2 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Taux de marge brute	7,6	4	7,5	4,4	8	3,6	5
Taux de CAF	7,2	2,5	6,1	3,2	6,7	2,1	4
Taux de CAF nette	56,3	-8,3	56,8	-10,4	76,9	-11,1	31,1

Source : Hospidiag

Le taux de marge brute est revenu en 2015 à son niveau de 2012, soit 7,6 % et l'établissement est classé au-dessus de la médiane des établissements bretons¹⁶, qui s'établit à 5,65 %. En 2015, le CHU de Rennes se situait dans le 8^{ème} décile, c'est-à-dire que plus de 80 % des établissements de même typologie d'activité, au niveau national, avaient un taux de marge brute inférieur à celui du CHU de Rennes¹⁷.

¹⁵ Source : synthèse TBFEPS, exercice 2014.

¹⁶ Source : TBFEPS du CHU de Rennes, exercice 2015.

¹⁷ Source : Hospidiag, indicateur F1_D : taux de marge brute.

La CAF constitue une ressource interne qui peut être utilisée pour rembourser les emprunts et financer de nouveaux investissements. Le taux de CAF est calculé de la manière suivante : capacité d'autofinancement / produits réels d'exploitation. Il permet d'apprécier la capacité de l'activité à dégager des excédents qui permettent à l'établissement d'investir.

Capacité d'autofinancement du CHU de Rennes

<i>en milliers d'euros</i>	2012	2013	2014	2015	évolution 2012/2015
I - FONCTIONNEMENT					
Total produits de fonctionnement	600 715	613 683	645 425	686 155	14,22 %
<i>dont remboursements budgets annexes (c/7087)</i>					
Total charges de fonctionnement	589 456	611 510	645 842	669 855	13,64 %
Résultat net comptable	11 259	2 173	- 417	16 300	
+ c/675 et 68	38 275	42 213	43 635	50 658	
- c/777 et 78	12 571	8 486	8 477	7 625	
- c/775	13	464	303	10 786	
CAF brute	36 950	35 436	34 438	48 547	31,39 %
Remboursement emprunts	20 343	20 432	20 963	20 995	
CAF nette	16 607	15 004	13 475	27 552	
CAF nette/produits de fonctionnement (sauf c/7087)	2,76 %	2,44 %	2,09 %	4,02 %	

Source : CRC, sur la base des comptes financiers et balances ANAFI

Le taux de CAF est en augmentation depuis 2012. Il s'établit à 7,5 % en 2015, soit proche du 9^{ème} décile des établissements bretons¹⁸. Comparativement aux autres établissements de même catégorie juridique, celui de Rennes se situe favorablement¹⁹.

Le taux de CAF nette mesure la capacité structurelle (hors effet éventuel du résultat de l'exercice ainsi que des provisions par essence aléatoires et non pérennes) de l'établissement à autofinancer le renouvellement de ses immobilisations. Plus le ratio est élevé, plus l'établissement dispose d'autofinancement réel à consacrer au financement de ses investissements.

Le taux de CAF nette diminue de 2012 à 2014, pour remonter à 56,3 % en 2015. Ce taux situe le CHU de Rennes en-dessous du 8^{ème} décile des autres CHU (76,9 %). En revanche, l'établissement est au-delà du 8^{ème} décile pour les établissements de même typologie d'activité, c'est-à-dire que 80 % d'entre eux ont un taux de CAF nette inférieur à celui du CHU de Rennes.

¹⁸ Source : TBFEPS du CHU de Rennes, exercice 2015.

¹⁹ Source : Hospidiag, indicateur F2_D : taux de CAF.

6.5.2. La contribution au financement de l'investissement

<i>en milliers d'euros</i>	2012	2013	2014	2015	Evolution 2012-2015
II - INVESTISSEMENT					
CAF brute	36 950	35 436	34 438	48 547	31,4 %
Total ressources d'investissement (hors CAF brute)	163 005	73 146	63 643	91 559	- 43,8 %
<i>dont emprunts (c/164 + 167) sauf c/16449</i>	113 787	14 002	15 001	31 261	
<i>dont opérations tirage ligne de trésorerie (c/16449)</i>	42 033	51 924	45 741	42 003	
<i>dont subventions d'équipement reçues</i>	7 016	6 708	2 551	6 087	
<i>dont cessions d'immobilisations</i>	13	464	303	10 786	
Total dépenses d'investissement	190 716	100 704	101 025	92 976	- 51,3 %
<i>dont remboursement emprunts (c/164+163+167 - c/481) sauf c/ 16449</i>	20 343	20 432	20 963	20 995	3,2 %
Opérations afférentes option tirage ligne de trésorerie (c/16449)	42 033	51 924	45 741	42 003	
Apport (ou prélèvement) au fonds de roulement	9 239	7 878	- 2 944	47 130	
CAF nette (= CAF brute – remboursement emprunts c/ 16)	16 607	15 004	13 475	27 552	65,9 %
Encours de la dette (c/16 - c/1688)	255 026	249 206	243 618	254 259	- 0,3 %
Encours dette / produits nets (surendettement)	42,5 %	40,6 %	37,8 %	37,1 %	- 12,7 %
Encours dette / CAF brute (durée apparente de la dette en années)	6,90	7,03	7,07	5,24	- 24,1 %
Ratio d'indépendance financière	60,8 %	59,0 %	57,3 %	56,2 %	- 3,8 %
Capitaux permanents (bilan - amortissements)	419 443	422 503	425 050	452 693	7,9 %
Taux de renouvellement des immobilisations	16,7 %	3,6 %	4,1 %		
Taux de vétusté des équipements	83,5 %	83,9 %	83 %		
Taux de marge brute	7,6 %	7,1 %	6,6 %	7,6 %	

Source : comptes financiers et rapports financiers du CHU

Le CHU tire ses ressources d'investissement de l'emprunt, ainsi que des subventions versées principalement par l'ARS, et, en 2015, de la vente d'actifs. Ainsi, le niveau contenu des dépenses d'investissement n'empêche pas de reconstituer le fonds de roulement.

L'exercice 2015 se solde par un apport au fonds de roulement de 47 130 k€ contre un prélèvement de 2 944 k€ en 2014. Ce résultat financier est expliqué par une forte augmentation de la CAF (+ 14 109 k€), une mobilisation importante d'emprunts (+16 260 k€), des subventions importantes (+ 3 536 k€) et par deux recettes exceptionnelles (cessions d'actif pour 10 786 k€ et recette d'indemnisation liée à la défaillance d'une entreprise sur le chantier du centre des urgences pour 4 700 k€). En dépenses, le montant des immobilisations a été moindre (-8 049 k€) par rapport à 2014.

A la fin 2015, le tableau de financement des immobilisations ne présentait pas de difficulté majeure, en l'état des investissements à cette date, dans la mesure où la CAF brute permettait de faire face à l'endettement et où la durée apparente de la dette, qui rapporte l'encours de la dette à la CAF brute, s'est réduite en 2015.

6.6. L'ENDETTEMENT

6.6.1. Caractéristiques des emprunts souscrits

Le CHU est soumis à l'autorisation préalable de l'ARS pour contracter un emprunt²⁰ depuis 2012, année d'intégration au bilan de la dette liée au bail emphytéotique hospitalier (BEH) (84,5 M€), conformément au nouveau schéma d'écriture comptable des BEH.

Le niveau d'endettement, accru d'autant, a fait remplir par le CHU deux des trois critères (ratio d'indépendance financière, durée apparente de la dette et poids relatif de la dette) retenus par le décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011, relatif aux établissements nécessitant l'accord préalable de l'ARS avant de souscrire un nouvel emprunt.

Etat de la dette du CHU au 31 décembre 2015

(en €)	Montant nominal	Capital restant dû
c/ 163 emprunts obligataires	27 000 000	27 000 000
c/ 164 emprunts auprès des établissements de crédit	243 834 254	155 453 321
<i>dont c/ 1644 emprunts assortis d'une option de tirage sur ligne de trésorerie</i>	<i>53 644 559</i>	<i>39 710 959</i>
c/ 165 emprunts assortis de conditions particulières	84 759 516	71 805 571
Total	355 593 770	254 258 893

Source : Etat BI9 du compte financier 2015

6.6.1.1. Prêteurs

Au 1^{er} septembre 2016, 42 emprunts étaient en cours, répartis de manière équilibrée auprès de neuf groupes bancaires, pour un montant total de 250 M€²¹.

Toutefois, la SFIL représente environ 23 % de l'ensemble et l'emprunt procuré par H'Ennez au titre du BEH atteint plus de 28 %, avec une maîtrise faible de la part du CHU. Le groupe BPCE et le groupe Crédit Agricole sont à peu près équivalents à 13 % et l'obligataire dépasse les 10 %.

6.6.1.2. Taux moyen

Au 31 décembre 2015, le taux moyen de la dette²² au CHU de Rennes était de 2,53 %, contre 2,63 % un an plus tôt et 3,15 % pour la moyenne des CHU²³. Au 1^{er} septembre 2016, ce taux était même de 2,28 %.

Un quart des emprunts à taux fixe ont toutefois des taux compris entre 4,5 et 5 %.

6.6.1.3. Types de prêts

²⁰ Article D. 6145-70 du code de la santé publique.

²¹ Source : Finance Active, synthèse de la dette du CHU de Rennes au 01/09/2016, p. 26.

²² Le taux d'intérêt moyen est calculé ainsi : montant des frais financiers des différents emprunts / montant total de l'encours de dette.

²³ Source : Finance Active, synthèse de la dette du CHU de Rennes au 01/09/2016, p. 26 et 32.

62,6 % de l'encours de la dette est en taux fixe, et le reste est en taux variable, à l'exception d'un taux fixe à phase (3 % de l'encours) et d'un emprunt à barrière avec multiplicateur (1,5 % de l'encours).

Au 31 décembre 2015, tous les emprunts sont ainsi classés 1A, à l'exception de trois d'entre eux qui sont récapitulés dans le tableau ci-dessous :

	Emprunt n° 355	Emprunt n° 376	Emprunt n° 347
Classement charte Gissler	1B	1E	1B
Signification charte Gissler	Emprunt en indice zone euro, à barrière simple sans effet de levier	Emprunt en indice zone euro, multiplicateur jusqu'à 5	Emprunt en indice zone euro, à barrière simple sans effet de levier
Formule de calcul du taux d'intérêt de la phase structurée	Taux fixe 4,43 % à barrière 6 % sur Euribor 3M	3,83 + (5*Euribor 12M - 6) si Euribor 12M > 6 %, sinon 3,83	Taux fixe 5 % à barrière 6,5 % sur TAG 3M
Prêteur	Société Générale	SFIL (ex-Dexia) / CAFFIL	Crédit Agricole
Montant initial	6 000 000 €	5 000 000 €	3 811 225,43 €
Date signature	08/07/2002	01/07/2008	01/09/2001
Echéance	01/12/2016	01/07/2038*	30/09/2015
Capital restant dû au 31/12/2015	461 538,24 €	3 833 333,31 €	0,00 €

Source : compte financier 2015, état BI19_A caractéristiques générales de la dette.

*L'emprunt est passé en phase structurée le 1^{er} juillet 2010 et la date d'échéance de la phase structurée est fixée au 1^{er} juillet 2028.

La chambre constate que la dette du CHU présente un taux moyen raisonnable, une diversification satisfaisante des établissements prêteurs et des types de prêts et nécessite l'autorisation préalable de l'ARS.

- En ce qui concerne l'emprunt structuré, une renégociation est intervenue en 2014 : le taux de l'emprunt a été majoré pour refinancer la dette et inclure l'indemnité compensatrice due par l'établissement pour se désengager de l'option attachée à l'emprunt structuré. Cette opération a affecté le résultat exceptionnel à la baisse et le résultat financier à la hausse. Une écriture dite « de désensibilisation » a été passée en 2015 (1,3 M€ au débit du compte 6728 et le même montant au crédit du compte 796) sous le contrôle du CAC.

Dans la mesure où le risque de ce dernier emprunt structuré reste maîtrisé à ce jour (l'Euribor 12M devant dépasser les 6 % pour déclencher la formule de calcul avec multiplicateur de 5), la désensibilisation apparaît aujourd'hui suffisante.

La chambre invite le CHU à maintenir sa vigilance sur ce dernier emprunt structuré en cours.

- En ce qui concerne le financement obligataire, sa part dans la dette du CHU de Rennes (10,6 % au 31 décembre 2015) est similaire à celle constatée dans l'ensemble des centres hospitaliers au niveau national (9 %) ²⁴, et inférieure à celle relevée dans les autres CHU (21,8 %).

Par l'intermédiaire du GCS « CHU de France Finance », le CHU a contracté trois emprunts obligataires à remboursement *in fine* :

²⁴ Source : Finance Active, panel de 400 établissements hospitaliers.

- 3 M€ en 2009, sur 10 ans, échéance 2019, taux fixe 4,375 % (emprunt n° 382-EO1) ;
- 24 M€ en 2015, sur 10 ans, échéance 2025, taux fixe 1,75 % (emprunt n° 394-EO2) ;
- 6 M€ en 2016, sur 10 ans, échéance 2026, taux fixe 1,75 % (emprunt n° EO3).

Les frais liés à l'emprunt obligataire de 24 M€ s'élèvent à 126 k€ (commission de placement, frais d'avocats arrangeurs, frais de notation FitchRatings).

L'amortissement des emprunts obligataires dans le PGFP 2016-2020 a été vérifié et n'appelle pas d'observation.

Même si la comptabilisation par anticipation des amortissements d'un emprunt obligataire n'est, aux termes de l'instruction comptable M21, obligatoire que pour les établissements présentant un taux d'indépendance financière supérieur à 50 %, s'il advenait que le CHU repasse en-dessous de ce seuil, la chambre souligne que la continuation d'une telle comptabilisation serait fortement recommandée en gestion. Le CHU précise que, quel que soit le taux d'indépendance financière, il continuera à comptabiliser par anticipation l'ensemble de ses amortissements obligataires.

6.6.2. Niveau de l'endettement

Le niveau d'endettement se mesure à travers deux ratios : le taux d'indépendance financière et la durée apparente de la dette.

Le taux d'indépendance financière se calcule ainsi : dettes à moyen et long terme / ressources à long terme. Il permet d'apprécier la structure des capitaux permanents, c'est-à-dire le poids de l'endettement au sein des ressources stables de l'établissement et donc les marges de manœuvre permettant d'envisager de nouveaux emprunts. Contrairement à sa dénomination, il mesure en fait le niveau de dépendance financière.

La durée apparente de la dette se calcule ainsi : encours de la dette / capacité d'autofinancement. Ce ratio permet de mesurer le nombre théorique d'années nécessaires pour éteindre la dette si la capacité d'autofinancement était consacrée intégralement à cet objectif.

Le taux d'indépendance financière et la durée apparente de la dette évoluent comme suit pour le CHU de Rennes :

	2012	2013	2014	2015
Taux d'indépendance financière (en %)	60,8	59,3	57,4	56,2
Durée apparente de la dette (en années)	6,9	7,0	7,1	5,2

Source : TBFEPS

Le taux d'indépendance financière diminue régulièrement depuis 2012 et l'établissement se situe dans la moyenne des CHU en 2014²⁵. Le rapport qui présente les éléments relatifs au PGFP 2016-2020, établi en mars 2016, estime que le taux d'indépendance financière va repasser sous la barre de 50 % à partir de 2019. Cette évolution prévisionnelle ne tient toutefois pas compte des projets d'investissement les plus lourds et les plus récents du CHU.

La durée apparente de la dette est en baisse en 2015. L'établissement se rapproche des CHU situés dans le 2^{ème} décile le plus favorable (4,4 ans) en 2014²⁶.

La durée de vie moyenne est proche de 8 ans et la durée de vie résiduelle de la dette du CHU de Rennes est de 13,5 années²⁷ au 1^{er} septembre 2016, contre une moyenne de 15,4 années pour les autres CHU et de 16,8 ans pour l'ensemble des établissements au niveau national fin 2015, selon l'observatoire de Finance Active.

6.6.3. Politique d'endettement

Le niveau actuel d'endettement est la résultante d'une politique de maîtrise relative de l'endettement entre 2011 et 2016, après une période d'incitation à l'endettement avec les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 et dans un contexte de risque croissant et de moindre disponibilité du crédit.

De 2010 à 2014, la politique de fonds de roulement d'investissement négatif a induit un décalage dans le temps du cycle de réalisation des opérations d'investissement et du rythme d'encaissement des emprunts. Les emprunts liés à des opérations d'investissement importantes pouvaient être levés dans les deux à trois ans qui suivaient ces opérations. La gestion de la trésorerie de l'établissement, avec un objectif de gestion en trésorerie zéro, a eu un impact sur la gestion de la dette. L'utilisation d'une ligne de trésorerie et de crédits *revolving* a contribué à ralentir le rythme d'encaissement des emprunts.

Depuis, de nouvelles priorités ont été définies : ramener le fonds de roulement d'investissement à l'équilibre (en déficit de 30 M€ à fin 2015), corriger ce que le CHU considère comme un sous-financement des investissements et recapitaliser en vue d'investissements futurs.

Avant l'annonce du projet de rapatriement de l'hôpital Sud à Pontchaillou et de restructuration de ce dernier site, le CHU prévoyait d'emprunter 10 M€ en 2016 et en 2017, 20 M€ en 2018 et 5 M€ en 2019.

²⁵ Source : Hospidiag, indicateur F5_D ratio d'indépendance financière, données 2014.

²⁶ Source : Hospidiag, indicateur F4_D durée apparente de la dette, données 2014.

²⁷ Source : Finance Active, synthèse de la dette du CHU de Rennes au 01/09/2016, p. 26.

6.6.4. Profil d'endettement

L'évolution des remboursements d'annuités est heurtée : les pics de remboursement de 2019, 2025 et 2029 correspondent aux remboursements *in fine* des emprunts obligataires et à celui de l'emprunt relatif au BEH.

Cette situation perturbe le profil d'extinction de la dette (cf. annexe 4), qui n'est pas régulier dans le temps et montre des paliers, certes décroissants, mais nets en 2026 et 2030.

La chambre note que le CHU se compare plutôt favorablement en termes de niveau et de durée de sa dette. Néanmoins, cela s'explique par une diminution des investissements d'environ 90 M€ entre 2012 et 2013 et une stagnation des dépenses d'investissement depuis lors, sans nouveau projet majeur. En outre, le profil d'extinction de la dette est heurté et devra être pris en compte, à la fois en trésorerie, en flux financiers annuels et dans toute prévision de souscription de nouveaux emprunts pour les futurs projets d'investissement.

6.7. LES PRINCIPAUX RATIOS FINANCIERS

L'analyse de l'évolution des grandeurs bilancielle permet d'apprécier la soutenabilité de la politique budgétaire et financière du CHU. Le bilan intégral retraité figure en annexe 4. Les grandeurs bilancielle ne font pas apparaître d'alerte particulière.

Grandeurs bilancielle retraitées

<i>en milliers d'euros</i>	2012	2013	2014	2015
12 - FRNG	47 937	55 815	63 033	111 474
14 - BFR	50 762	31 718	46 494	49 854
15 - Trésorerie	-2 825	24 098	16 539	61 620
16 - Recettes d'exploitation	600 715	613 683	645 425	686 155
18 - Charges d'exploitation	589 456	611 510	645 842	669 855

Source : CRC.

6.7.1. Le fonds de roulement

Le fonds de roulement évolue de 48 M€ en 2012 à 111 M€ en 2015. La situation favorable du fonds de roulement 2015 est due à l'encaissement d'un emprunt (31 M€), alors qu'il est constaté en parallèle, un ralentissement des investissements. Le CHU a également fortement accru ses provisions en 2015 (+14 M€ par rapport à 2014).

Le fonds de roulement représentait ainsi 63 jours d'exploitation en 2015, ce qui est correct.

6.7.2. Le besoin en fonds de roulement

Le BFR se montait à 28 jours d'exploitation en 2015.

L'évolution du besoin en fonds de roulement s'explique par des opérations de certification qui ont permis l'intégration aux bilans 2014 et 2015 des stocks exacts de pharmacie (+532 k€) et d'hôtellerie (+3,2 M€) déportés dans les services et qui ne faisaient l'objet que d'une estimation. L'exercice 2016 voit l'intégration des stocks déportés dans les budgets annexes.

6.7.3. La trésorerie

La situation de la trésorerie au 31 décembre 2015 est beaucoup plus favorable que les années précédentes, puisqu'elle intègre la mobilisation d'un emprunt obligataire de 24 M€ ainsi qu'une cession d'actif importante (10 M€ pour l'îlot de la Cochardière à l'Hôtel-Dieu).

6.7.4. La politique de trésorerie

Parmi les emprunts souscrits, figurent des crédits *revolving*²⁸, le CHU utilisant des options de tirage sur une ligne de trésorerie.

Or, l'établissement dispose par ailleurs de quatre lignes de crédit de trésorerie pour des montants maximums autorisés de 10 à 20 M€. Elles n'ont pas été utilisées en 2015. Il lui en reste trois en 2016 pour un encours total de 40 M€.

Ce dispositif fait doublon avec les crédits *revolving* et a un coût. En effet, le montant des frais de commissions d'engagement et de commissions de non-utilisation des lignes de trésorerie s'est élevé à 60 k€ pour l'exercice²⁹, montant un peu inférieur aux coûts des années 2012-2014. En revanche, il n'a pas été payé d'intérêts (contrairement aux années 2011-2014, pendant lesquelles un montant annuel compris entre 108 et 146 k€ a été déboursé).

Entre 2010 et 2014, dans un contexte de coûts croissants et de resserrement du crédit par les banques, le CHU de Rennes visait un solde quotidien proche de 0 sur son compte courant et retardait l'encaissement des emprunts par la mobilisation d'une ligne de trésorerie. L'outil principal de la gestion active de trésorerie du CHU est la ligne de trésorerie court terme (le CHU ne dispose pas d'excédents de trésorerie placés), avec un ajustement quotidien, des délais de paiement fixes aux fournisseurs, des options de remboursement temporaire sur les emprunts long terme (*revolving*).

²⁸ Le crédit *revolving*, ou emprunt assorti d'une option de tirage sur une ligne de trésorerie, ou encore crédit long terme renouvelable (CLTR), est un crédit à long terme qui comprend l'ouverture de droits de tirages comparables à une ligne de trésorerie.

²⁹ Source : état BI19C du compte financier 2015.

La gestion a été particulièrement délicate en 2012, seul un établissement bancaire répondant aux sollicitations du CHU (Société Générale). Le CHU ne pouvant mettre en œuvre une politique de placements à court terme, le remboursement des emprunts *revolving* a été plus fréquent pour limiter les frais financiers.

Avec la baisse des taux à court terme en 2015, le remboursement des emprunts *revolving* n'est plus pertinent et devient coûteux. Le marché est devenu plus souple, mais les marges bancaires restent importantes et la présence des commissions de non utilisation fréquente. Des *fixings* négatifs sont observés sur les références européennes de court terme, mais les contrats comprennent des planchers (*floor*) avec un taux zéro.

La politique de trésorerie du CHU est contrainte et tout choix a un coût. La chambre relève que cette politique est suivie et analysée régulièrement et qu'une présentation mensuelle d'un prévisionnel glissant sur un an a été mise en place, dans le tableau de bord à destination de la direction générale.

6.8. LE PGFP (PLAN GLOBAL DE FINANCEMENT PLURIANNUEL)

(en milliers d'euros)	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CHARGES						
Titre 1 - Charges de personnel	378 599	384 189	388 184	392 730	397 836	403 008
Titre 2 - Charges à caractère médical	162 137	158 665	160 252	161 053	161 858	162 668
Titre 3 - Charges à caractère hôtelier et général	46 370	48 204	48 686	48 930	49 175	49 420
<i>Dont redevances de crédit-bail et locations</i>	<i>3 075</i>	<i>3 064</i>	<i>3 095</i>	<i>3 110</i>	<i>3 126</i>	<i>3 141</i>
Titre 4 - Charges d'amortissements, de provisions et dépréciations, financières et exceptionnelles	55 690	53 586	50 968	50 876	49 938	51 228
TOTAL DES CHARGES	642 796	644 645	648 090	653 590	658 806	666 324
PRODUITS						
Titre 1 - Produits versés par l'assurance maladie	513 006	513 606	522 921	529 377	536 977	544 742
Titre 2 - Autres produits de l'activité hospitalière	39 547	39 810	40 208	40 610	41 016	41 426
Titre 3 - Autres produits	106 937	92 465	84 179	85 703	87 245	88 980
TOTAL DES PRODUITS	659 490	645 881	647 308	655 691	665 238	675 148
Résultat prévisionnel (EXCEDENT OU DEFICIT)	16 695	1 236	- 782	2 101	6 431	8 824
Résultat / total des produits du CRPP	2,53 %	0,19 %	- 0,12 %	0,32 %	0,97 %	1,31 %
Résultat hors aides budgétaires, neutralisation des opérations exceptionnelles	- 1 061	- 5 758	- 1 987	970	5 674	7 838
Marge brute du CRPP	44 646	36 139	41 680	44 876	48 693	52 148
Taux de marge brute	7,1 %	5,8 %	6,5 %	6,9 %	7,4 %	7,8 %
Marge brute du CRPP hors aide	30 916	23 009	28 550	31 746	35 563	39 018
Taux de marge brute hors aides	5,0 %	3,8 %	4,6 %	5,0 %	5,5 %	6,0 %

Source : EPRD 2016 ; CRPP : compte de résultat prévisionnel principal.

<i>(en milliers d'euros)</i>	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Insuffisance d'autofinancement						
Titre 1 - Remboursement des dettes financières (hors c/16499)	21 215	21 008	21 258	21 192	21 222	19 325
Titre 2 - Immobilisations	28 613	48 608	38 586	38 709	33 137	19 717
Titre 3 - Autres emplois	51	4 368				
TOTAL DES EMPLOIS	49 879	73 984	59 843	59 901	54 359	39 042
Capacité d'autofinancement	46 223	30 283	37 432	40 158	43 476	46 815
Titre 1 - Emprunts (hors c/ 16499)	31 261	10 260	10 010	20 010	5 010	10
Titre 2 - Dotations et subventions	6 328	1 560	6 100	5 100	4 100	100
Titre 3 - Autres ressources	10 960	6 182	32	32	32	32
TOTAL DES RESSOURCES	94 773	48 285	53 574	65 300	52 618	46 957
Apport au/Prélèvement sur le fonds de roulement	44 893	- 25 699	- 6 270	5 399	- 1 742	7 915
Fonds de roulement	109 581	83 351	77 081	82 480	80 739	88 653
Taux de CAF	6,9 %	4,5 %	5,6 %	5,9 %	6,3 %	6,7 %

Source : PGFP

Le PPI (plan pluriannuel d'investissement) 2016-2020 définit une enveloppe d'investissements de 200 M€, en hausse de 19 M€ par rapport au PPI 2015-2019. Les opérations citées ci-dessous représentent 100 M€ et sont les plus significatives :

- projet de plateau technique de chirurgie interventionnelle (PTCI) pour un montant global de 38 M€ (travaux et équipements biomédicaux) ;
- travaux du centre de soins dentaires (CSD), pour 13,7 M€, et équipements biomédicaux nécessaires à son fonctionnement (2,3 M€) ;
- plan d'équipement biomédical (44 M€).

Le CHU a désormais une autre ambition, qui est la restructuration complète de l'établissement, par la reconstruction sur le site de Pontchaillou de toute l'activité MCO. Le PTCI a donc été revu afin de s'inscrire dans le cadre de ce projet plus large et d'intégrer les plateaux techniques actuellement situés sur le site de l'hôpital Sud.

6.8.1. Marge brute et CAF prévisionnelles

La construction de la marge brute est basée sur une prévision de croissance moyenne annuelle des dépenses de personnel de 1,2 %, tandis que la prévision de croissance du titre 1 en recettes prévoit une évolution moyenne annuelle de 1,5 %. Le CHU fait état des données 2009-2016 et met en avant une évolution annuelle moyenne en volume de l'activité de 1,69 %. Il souligne en outre une valorisation d'activité moyenne de + 3,1 % par an en valeur, minorée par l'effet tarif.

L'établissement avait cependant fait réaliser un rapport de notation par l'agence FitchRatings³⁰. Ce rapport constate, fin 2015, que l'activité a été stable par rapport à 2014, que les tarifs ont baissé de 0,5 % et que la hausse des recettes de 1,8 % est principalement liée à une forte amélioration du codage. Ce dernier élément ne se renouvellera toutefois pas chaque année, même si 2016, en année pleine, peut encore bénéficier de cette amélioration.

³⁰ Cette étude a été demandée afin d'obtenir une notation du CHU en vue de la souscription d'un emprunt obligataire de 6 M€ à l'automne 2016.

Ainsi construit, le taux de marge brute non aidée s'établit entre 5 et 6 % sur toute la période concernée par le PGFP. La marge brute non aidée apparaît un peu insuffisante pour permettre de faire face aux charges de la dette et d'amortissements.

La CAF continue de bénéficier de la baisse des frais financiers, en partie liée aux renégociations d'emprunts effectuées en 2014 : le taux de CAF prévisionnel se situe ainsi entre 4,5 % et 6,7 % entre 2016 et 2020.

Cependant cette construction du PGFP appelle les observations suivantes.

Le PGFP prévoit une charge de dotations aux provisions à hauteur de 65 k€ annuels³¹. Pourtant, une étude des dotations réellement effectuées entre 2012 et 2015 montre qu'elles sont nettement supérieures à ce montant (entre 4,7 M€ et 9,5 M€ selon les années) puisqu'elles concernent également des provisions pour gros travaux, des provisions pour risques et enfin des provisions pour créances irrécouvrables.

Dotations aux provisions

(en k€)	2012	2013	2014	2015
c/68151 ==> c/1518	3 400	700	2 065	5 704
c/68157 ==> c/1572	1 290	1 852	822	3 565
c/68158+6865+6874 ==> c/158	-	3 512	374	65
c/68174 ==> c/491	33	392	1 678	123
Total	4 723	6 456	4 939	9 457

Source : balances des comptes 2012-2015

Par ailleurs, l'établissement percevra chaque année 13 130 k€ d'aides à l'investissement de l'ARS (aides à la contractualisation, et fonds d'investissement régional). Seule une aide de 36 k€ viendra à échéance en 2017. Comme déjà signalé pour les exercices en contrôle, ces sommes n'ont pas fait l'objet de mise en provision.

Dans ces conditions, les budgets prévisionnels en dépenses ne peuvent être considérés comme exhaustifs. Toutefois, à partir de 2016 et la revue complète du compte 142, les écritures relatives aux dotations et aux reprises ne sont plus contractées. Une opération de correction sur les fonds propres a été réalisée pour 33,1 M€. Le CHU indique qu'elle sera intégrée dans le prochain PGFP qui prendra en compte le nouveau projet d'investissement global et les aides actuelles du compte 142 pour 13 M€. Les autres provisions ont également été intégrées dans le nouveau PGFP.

Pour évaluer l'évolution de ses recettes, l'établissement s'appuie à la fois sur une hausse de 1,5 % en volume d'activité et sur un maintien des tarifs. L'évolution de la masse financière semble optimiste, compte tenu, d'une part, du plan triennal d'économies auquel est soumis l'ONDAM et, d'autre part, des objectifs du CPOM de l'établissement visant à développer l'activité ambulatoire. La mise en œuvre de cet objectif implique nécessairement moins de recettes perçues.

Le rapport de notation établi par l'agence FitchRatings évalue les performances budgétaires prospectives et retient d'ailleurs un taux d'évolution plus plausible des recettes de l'ONDAM de 1,2 % par an, sur la période 2016-2020.

³¹ Compte 68742 – renouvellement des immobilisations

Dans ces conditions, les budgets prévisionnels en recettes ne peuvent être considérés comme complètement objectifs.

S'il était tenu compte de ces hypothèses plus réalistes en recettes et de dotations aux provisions plus proches de la réalité constatée (environ 5 M€ annuels)³², 0,3 point de moins d'évolution des recettes suffirait à rendre les résultats constamment négatifs sur la période 2017-2020 et à diminuer le taux de marge brute aidée d'un point.

La chambre appelle donc l'établissement à la prudence et met en garde contre une conjonction de différentes hypothèses optimistes qui, potentiellement, peut être exagérément favorable, alors même que le PGFP 2016-2020 n'incluait pas le projet majeur de restructuration de Pontchaillou et de rapatriement de l'hôpital Sud.

6.8.2. Plan de financement

Le plan de financement prévoit des emprunts nouveaux à hauteur de 76 M€, soit environ 38 % des opérations prévues au PPI 2016-2020. Les subventions représentent environ 11 %. Le dernier levier utilisé est la CAF, à hauteur de 34 %. Le solde du financement est assuré par des ressources diverses comme les reprises sur provisions ou les cessions d'actif.

6.8.3. Ratios financiers du PGFP

Le fonds de roulement, tel que présenté au PGFP 2016-2020, n'appelle pas de commentaires. Il pourrait permettre à l'établissement de réaliser les projets du PPI.

Néanmoins, au vu des remarques précédentes relatives aux résultats, et compte tenu des résultats anticipés 2016 (prélèvement sur le fonds de roulement de 27 M€), le fonds de roulement pourrait être nettement moins favorable qu'annoncé, c'est-à-dire inférieur de 9 à 10 M€ par an.

(en k€)	Prévisions 2016	2017	2018	2019	2020
Apport au fonds de roulement/prélèvement sur le fonds de roulement	- 25 699	- 6 270	+ 5 399	- 1 742	+ 7 915
Fonds de roulement	83 351	77 081	82 480	80 739	88 653

Source : PGFP 2016-2020

En fin de compte, le PGFP prévoit déjà des prélèvements sur le fonds de roulement en 2016, 2017 et 2019, sans toutefois fortement l'amoinrir.

La chambre souligne que les résultats du CHU projetés jusqu'en 2020 pourraient être encore déficitaires et qu'ainsi, le fonds de roulement, pourtant nécessaire à la réalisation du PPI, risque de subir chaque année des prélèvements, dans un contexte de CAF moins importante que prévu et d'endettement insuffisamment calibré par rapport aux travaux envisagés.

De surcroît, le PGFP, tel que présenté à l'ARS, est totalement remis en cause par le projet de rapatriement de l'hôpital Sud à Pontchaillou et de restructuration complète de ce dernier site.

³² Compte 157 : 3 M€ ; compte 158 : 65 k€ ; compte 1518 : 2 M€

7. LE CIRCUIT DE LA RECETTE : FACTURATION, RECOUVREMENT, REGIES

Le contrôle sur place effectué par l'équipe a porté sur un bureau d'accueil en médecine, choisi par la responsable du pôle facturation.

7.1. PERIMETRE DES RECETTES D'HOSPITALISATION ET DE PRESTATIONS LIEES

Le contrôle concerne les conditions de facturation des recettes d'hospitalisation et des recettes de prestations liées à l'hospitalisation (télévision, téléphone, chambre particulière), hors tarification à l'activité (T2A) et sur lesquelles le CHU dispose donc de marges de manœuvre et de moyens d'action.

Les recettes d'hospitalisation facturées correspondent aux restes à la charge des patients et/ou des mutuelles³³ pour les consultations externes, les hospitalisations de jour et les hospitalisations complètes.

Sont également inclus les patients étrangers non-résidents, sans adresse en France et sans couverture sociale française.

Les recettes d'hospitalisation facturées ont évolué de la manière suivante pour le budget H :

(en k€)	2011	2012	2013	2014	2015
c/7082 prestations délivrées aux usagers et accompagnants	2 447	2 847	2 822	3 005	4 101
c/732 produits à la charge des patients, organismes complémentaires et compagnies d'assurance	27 805	28 947	28 963	29 982	28 846
c/733 produits de prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France	3 361	4 059	6 258	4 259	5 834
Total des recettes d'hospitalisation facturées	33 613	35 853	38 043	37 246	38 781
Total recettes T2A (c/731 produits à la charge de l'assurance maladie)	457 421	458 766	463 100	476 928	488 184
Part des recettes d'hospitalisation facturées par rapport aux recettes T2A	7,3 %	7,8 %	8,2 %	7,8 %	7,9 %
<i>Total des recettes du CHU</i>	<i>560 415</i>	<i>571 461</i>	<i>585 244</i>	<i>616 279</i>	<i>651 725</i>
Part des recettes d'hospitalisation facturées dans les recettes totales	5,9 %	6,3 %	6,5 %	6,0 %	5,9 %

Source : balances ANAFI et comptes financiers.

Les recettes d'hospitalisation facturées représentent environ 6 % du total des recettes du budget principal du CHU sur l'ensemble de la période, soit près de 39 M€ pour 2015.

7.2. ORGANISATION ET MISSIONS DU SERVICE ACCUEIL-FACTURATION

7.2.1. Organisation générale

³³ Le reste à charge comprend le « ticket modérateur » ou « la participation forfaitaire » (part non remboursée par l'assurance maladie sur les soins), le forfait hospitalier, la chambre particulière le cas échéant.

Le service accueil-facturation, également appelé bureau des entrées, est rattaché à la direction des finances et placé sous la responsabilité de la directrice adjointe aux finances. La responsable du service encadre sept adjoints des cadres, responsables de secteur, répartis sur cinq sites, qui exercent également des missions transversales.

L'organisation spatiale du service accueil-facturation présente la particularité d'être très décentralisée. En effet, le choix a été fait de faciliter le parcours du patient en réduisant au maximum ses déplacements. En conséquence, des bureaux des entrées sont présents près des services de soins : au total, le CHU propose 29 points d'accueil et 62 ETP de gestionnaires y sont affectés.

Cette organisation, favorable pour le patient, est plus contraignante en termes de gestion des permanences horaires. En prenant en compte les agents chargés des fonctions support³⁴, le service accueil-facturation totalise 81,65 ETP.

La plupart des bureaux des entrées³⁵ sont organisés en un bureau d'accueil des patients et un bureau de gestion. Les bureaux de gestion traitent des relances aux mutuelles³⁶ et des dossiers contentieux.

Les agents sont affectés alternativement par demi-journée à chacun des bureaux, mais seuls les agents qui disposent de l'expertise suffisante effectuent les tâches les plus complexes au bureau de gestion.

Cette division du travail constitue un point positif dans l'organisation, car les agents affectés aux relances et aux contentieux ne sont pas interrompus dans leurs tâches par l'arrivée de patients.

L'accueil et la facturation sont assurés grâce au logiciel PASTEL.

7.2.2. Les bureaux d'accueil

7.2.2.1. Missions

Les bureaux d'accueil exercent deux missions :

- accueil et identification des patients ;
- collecte des informations sur les débiteurs afin de pouvoir facturer les recettes d'hospitalisation.

Dans certains services d'accueil des urgences (cardiologiques, gynécologiques...), ce sont les assistantes médico-administratives³⁷ qui gèrent les entrées *a minima* (lecture et mise à jour de la carte Vitale et photocopie de la pièce d'identité). Le dossier est repris le lendemain par le service accueil-facturation.

Des procédures d'identito-vigilance sont systématiquement appliquées³⁸, particulièrement en hospitalisation. Les données relatives à la mutuelle sont saisies quand elles

³⁴ C'est-à-dire : agents d'encadrement, agents chargés des recettes diverses et structure rejets B2, et renforts FIDES.

³⁵ A l'exception du bureau des entrées Hôtel Dieu – La Tauvrais, qui ne compte qu'un seul agent.

³⁶ Afin que celles-ci envoient leur accord pour la prise en charge hospitalière de leur adhérent.

³⁷ Ex-secrétaires médicales.

³⁸ Concernant l'identito-vigilance, des contrôles de doublons sont en outre effectués par un adjoint des cadres.

sont disponibles et l'agent vérifie la caisse d'affiliation, ainsi que l'ouverture des droits des patients à la sécurité sociale (ou au régime spécifique, tel que le RSI). L'agent scanne en outre la pièce d'identité du patient, ainsi que sa carte de mutuelle.

Le patient se voit délivrer des étiquettes nominatives et contenant des données administratives utiles au service de soins. Il est ensuite orienté vers le secrétariat médical voulu. L'établissement indique qu'un patient ne peut pas arriver directement dans un service de soins sans être passé préalablement par le bureau des entrées, car les secrétariats médicaux n'acceptent pas les patients qui ne sont pas en possession des étiquettes délivrées par le bureau d'accueil.

Dans les secteurs que le CHU considère à fort enjeu en termes de flux et de recettes, le patient se rend directement au secrétariat médical, qui constitue un accueil décentralisé. Celui-ci assure la facturation des dossiers puis le suivi contentieux est assuré par le bureau de gestion.

7.2.2.2. Régies

Régies du CHU de Rennes

Sites	Type	Composition	Acte constitutif	Nombre de mandataires/suppléants	Décision de nomination
Pontchaillou	Mixte (recettes, avances, dépôts de fonds)	20 points d'encaissement	N° 2805 du 27/09/2016	2	N° 2794 du 31/05/2016
Hôpital Sud	Mixte (recettes, avances, dépôts de fonds)	9 sous-régies	N° 2766 du 27/11/2015	1	N° 2707 du 31/03/2015
Hôtel Dieu	Mixte (recettes, avances, dépôts de fonds)		N° 2614 du 09/04/2014	2	N° 2569 du 20/02/2014
La Tauvrais	Mixte (recettes, avances, dépôts de fonds)		N° 2593 du 20/03/2014	3	N° 2572 du 20/02/2014
CSD	Recettes		N° 2757 du 05/11/2015	2	N° 2782 du 01/03/2016
Parkings	Recettes		N° 2773 du 15/01/2016	2	N° 2768 du 04/01/2016
Restauration	Recettes		N° 2539 du 02/12/2013	3	N° 2729 du 19/06/2015
Instituts et écoles	Recettes		N° 2744 du 29/09/2015	1	N° 2745 du 29/09/2015

Source : réponse questionnaire

Pour tenir compte de sa situation géographique très éparpillée, le CHU a décidé de mettre en place une régie de recettes par site, comprenant, dans de nombreux cas, des points d'encaissement ou des sous-régies.

En 2014, le CHU a institué la « *coordination des régies de recettes* ». Une note interne de 2016 est venue élargir ses missions et son champ d'action. Cette note prévoit que la coordination des régies est rattachée à la direction des finances, sous l'autorité du directeur adjoint en charge des finances. Deux agents sont en charge du suivi des régies de recettes.

La coordination des régies a pour objectif de garantir :

- une harmonisation des pratiques ;
- un pilotage central des projets (dont la mise à jour de la cartographie des régies) ;
- un interlocuteur privilégié pour l'ensemble des régisseurs ;

- un contrôle de l'ordonnateur ;
- une veille réglementaire.

Le CHU a pour projet, en 2017, de fermer quatre points d'encaissement (trois sur le site de Pontchaillou et un sur le site de l'hôpital Sud) et de transformer la régie du centre de soins dentaires en sous-régie, compte tenu de l'emménagement de celui-ci à proximité géographique du site de Pontchaillou.

Dans le cadre de son adhésion au programme « Simphonie » et en vue d'optimiser le recouvrement des recettes, le CHU a indiqué qu'un programme de contrôle et de réorganisation des régies est prévu en 2017.

7.2.3. Les bureaux de gestion

7.2.3.1. La facturation

Les agents du bureau de gestion procèdent aux relances des organismes de prise en charge (caisses de sécurité sociale, mutuelles, etc.) et des patients pour obtenir les éléments de facturation manquants. Ils sollicitent, le cas échéant, l'assistante sociale, afin d'obtenir les résultats de ses démarches.

Parfois, la démarche de l'assistante sociale peut ne pas aboutir. Dans le cas de l'hospitalisation de M. M., la créance a finalement été admise en non-valeur pour un montant de 47 250 €.

Le CHU ne réalise pas de démarches d'office, comme une domiciliation au CCAS (centre communal d'action sociale) de la ville concernée et une inscription à la CMU (couverture maladie universelle). Ces démarches sont contraires aux règles déontologiques des assistantes sociales.

Pourtant, la possibilité pour un EPS de réaliser de telles démarches lui permettrait de garantir davantage l'encaissement de ses recettes. Si l'article L. 264-1 du code de l'action sociale et des familles évoque la domiciliation auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale pour les personnes sans domicile stable, il n'évoque pas la domiciliation d'office.

- Pour les consultations externes, l'établissement indique que peu de factures sont encaissées en régie. Ce faible pourcentage s'explique par deux raisons principales :

- l'agent d'accueil n'a pas toujours en sa possession l'ensemble des éléments de facturation ;
- le patient doit volontairement repasser par l'accueil.

Si la facture ne peut pas être émise immédiatement, les agents disposent de 10 jours au maximum avant la facturation automatique³⁹ pour recueillir les éléments manquants.

Dans sa réponse à la chambre, l'établissement fait part de son engagement, dans le cadre du programme SIMPHONIE, à développer les encaissements à l'entrée du patient. Deux

³⁹ « Le délai de 10 jours est nécessaire pour permettre le déversement des actes médicotechniques (laboratoires, imagerie, etc...), sur le dossier de facturation des consultations externes » (réponse questionnaire).

services pilotes ont déjà déployé l'encaissement à l'arrivée du patient (psychiatrie) et à la sortie de consultation (ophtalmologie). Ce dispositif va être étendu à d'autres secteurs.

- En matière d'hospitalisation, d'une façon générale, la facture est adressée après la sortie du patient. Après étude des restes à recouvrer au 31 décembre 2015, les rapporteurs ont constaté, dans certains cas, l'existence d'une facturation tardive au patient par rapport à sa date de sortie. Le tableau ci-après reprend neuf titres parmi les 53 de plus de 2 200 € restant à recouvrer au 31 décembre 2015, présentant des délais de facturation de plus de deux mois.

Exercice	Numéro du titre	Objet	Montant restant à recouvrer	Date de l'acte*	Date d'émission du titre	Délai de facturation
2015	T-5437889	médecine (séjour du 3 au 25/08/2015)	23 103,00	25/08/2015	15/01/2016	143 jours
2015	T-5360521	actes dentaires du 28/01/2015	8 882,00	28/01/2015	24/11/2015	300 jours
2015	T-5415906	médecine (séjour du 20/01 au 20/02/2015)	6 768,00	19/02/2015	12/01/2016	327 jours
2015	T-5359872	chirurgie (séjour du 18 au 21/06/2015)	4 386,00	21/06/2015	24/11/2015	156 jours
2015	T-5318410	soins coûteux (séjour du 9 au 13/08/2015)	2 486,40	13/08/2015	20/10/2015	68 jours
2015	T-5431344	actes dentaires (soins du 11/09/2015)	2 400,00	11/09/2015	13/01/2016	124 jours
2015	T-5315539	soins coûteux (séjour du 31/07/2015)	2 391,00	31/07/2015	15/10/2015	76 jours
2015	T-5431340	actes dentaires (soins du 24/07/2015)	2 270,00	24/07/2015	13/01/2016	173 jours
2015	T-5438246	actes dentaires (soins du 15/07/2015)	2 270,00	15/07/2015	19/01/2016	188 jours
Délai moyen						5,7 mois

Source : CDG-D, état des restes 2015, requête sur le compte 4111.

NB : tous les débiteurs dans ce tableau possèdent une adresse en France métropolitaine.

*en cas de pluralité d'actes, date de l'acte le plus récent figurant sur le titre de recettes.

Or, un délai d'émission de titre de près de six mois après la sortie du patient compromet sérieusement les chances de recouvrement de la créance. En effet, statistiquement, au-delà de la première année qui suit le fait générateur, une créance présente de forts risques d'irrécouvrabilité.

Ces éléments montrent qu'il est de bonne gestion pour les finances de l'établissement de réduire autant que possible le délai entre la date de sortie du patient et la date d'émission du titre. Or, en l'absence de guide de procédures, les adjoints des cadres n'ont pas de consigne écrite sur les délais de facturation à respecter.

D'après le CHU, la rapidité de la facturation au patient hospitalisé est conditionnée à la connaissance en temps réel du niveau de prise en charge par la mutuelle, mais aussi au retour d'information par le corps médical, en termes de codification des actes (passage au bloc opératoire, radiographie, examens de laboratoire,) et de déclaration des actes en lien ou non avec une affection de longue durée⁴⁰.

Pourtant, l'établissement indique par ailleurs que, « *pour ce qui est des [actes] chirurgicaux ou médicotechniques, 95 % des actes sont codés avant la sortie du patient, 99 % à 15 jours et 100 % à mois plus 1* ».

Il est donc possible d'en conclure que les délais sont plutôt d'ordre administratif.

La chambre souligne l'existence de délais d'émission, essentiellement administratifs, incompatibles avec l'objectif d'un recouvrement systématiquement efficace des créances. Il convient donc que l'établissement se donne les moyens de réduire les délais de facturation.

En réponse, l'établissement indique être engagé dans un processus d'amélioration de l'ensemble des processus existants : le secteur du bureau des entrées dispose désormais d'un espace réseau dédié sur lequel les équipes peuvent retrouver les procédures en vigueur ; le travail mené consiste à compléter les procédures actuelles et à les consolider dans un guide unique pour la fin 2017.

7.2.3.2. Le cas de la facturation de la chambre particulière

Un formulaire relatif à la chambre particulière est remis au patient à l'accueil : il en explique les principes et les avantages et recueille son consentement pour la facturation. En cas de désaccord, le patient signe une feuille de refus de chambre particulière.

Quand le patient arrive par les urgences, ce sont les aides-soignantes ou les infirmières qui lui demandent, à son admission dans le service de soins, s'il consent à séjourner dans une chambre individuelle et si lui-même ou sa mutuelle a les moyens de régler cette prestation.

Cette démarche est difficile à appliquer dans certains services, tel que l'hépto-digestif, où il n'existe que des chambres particulières. Il s'agit d'une pratique nouvelle, qui rencontre une forte opposition et de l'incompréhension.

⁴⁰ Les soins et traitements établis pour une affection de longue durée (ALD) sont exonérés du ticket modérateur.

Ce problème concerne 11 unités, soit 150 lits, qui disposent uniquement de chambres particulières.

Actuellement, 533 lits au CHU (sur 1 274 lits de MCO) remplissent les conditions pour être facturés en chambre particulière. L'établissement estime que, dans 30 % des cas environ, les patients sont exonérés du paiement de la chambre particulière (maladie nécessitant un isolement, etc.). En conséquence, ce sont 70 % des 533 lits qui sont susceptibles d'être facturés, pour un montant de 47 € la journée. Cela représente une recette potentielle supérieure à 6 M€⁴¹. A fin décembre 2016, le taux de facturation était de 38,2 % (3,38 M€), contre 28,6 % (2,15 M€) en 2014.

Avant le 1^{er} juin 2016, la facturation des chambres particulières était effectuée uniquement auprès des mutuelles. Dès que les droits des patients, ouverts auprès des mutuelles, étaient épuisés, le CHU stoppait la facturation. Depuis le 1^{er} juin 2016, le CHU facture le reliquat aux patients.

En 2018, le CHU indique qu'il est prévu de facturer les chambres particulières en ambulatoire, de « revoir le support de préadmission pour recueillir de façon automatique la traçabilité de l'information patient » et de réfléchir sur la fiabilisation du recueil du consentement des patients admis via les urgences.

Pour la facturation en chambre individuelle des 774 lits restants (1 274 – 533), le CHU indique qu'« une partie de ces lits ne sera jamais éligible au régime particulier de par leur nature (soins critiques ~ 200 lits). Pour les autres, dans le cadre du plan triennal et du virage ambulatoire, les ajustements à la baisse des capacités en chirurgie permettront, dans certains cas, d'individualiser des chambres ce qui permettra d'augmenter le nombre de chambres seules relevant du régime particulier. Néanmoins, aucun délai ne peut être défini à ce jour. Enfin, pour les lits de médecine, compte tenu des difficultés d'accueil, il n'est pas pour le moment envisagé de baisse capacitaire. Seules des modifications architecturales de l'existant permettront de revoir le nombre de lits de médecine éligibles au régime particulier à la hausse ».

Au vu de cette réponse, pour les 574 autres lits (774 – 200), des ajustements à la baisse (notamment en chirurgie) et la mise aux conditions de confort requis permettraient d'individualiser des chambres et d'augmenter le nombre de chambres seules relevant du régime particulier, entraînant ainsi des recettes supplémentaires, pour un maximum global de 9 M€⁴².

7.2.3.3. La facturation des prestations annexes

Contrairement à d'autres établissements, publics ou privés, le CHU ne facture pas la télévision.

Les communications téléphoniques émises sont pré-réglées par le patient ou sa famille, ce qui ne pose pas de difficulté en termes de recouvrement.

7.3. LE CAS DES PATIENTS ETRANGERS NON-RESIDENTS ET NON-ASSURES SOCIAUX

⁴¹ Le calcul est le suivant : $533 \times 70\% = 373$ chambres facturables, à 47 € par jour. $373 \times 47 = 17\,531 \text{ €} \times 365 \text{ jours} = 6\,398\,815 \text{ €}$.

⁴² Pour un taux cible de 70 % (soit 541 lits).

7.3.1. Patients en séjours d'hospitalisation programmés

Lorsqu'il vient en séjour programmé, le patient étranger non-résident non-assuré social (désigné simplement « étranger » dans la suite du texte, pour simplifier la lecture) a déjà fourni au préalable les pièces justificatives de son identité, de son adresse, de ses moyens de couverture des frais d'hospitalisation et de la présence éventuelle d'une personne de confiance en France.

Il a obtenu un devis détaillé des frais qui lui seront facturés. Pour l'établir, le praticien a évalué notamment le nombre de jours d'hospitalisation nécessaires. Préalablement à son arrivée ou le jour de son entrée, le patient doit régler le montant du devis.

Ces dossiers sont traités directement par un adjoint des cadres spécialisé dans le traitement des dossiers de patients étrangers. Des logigrammes correspondant aux différents cas pouvant se présenter sont à la disposition des agents d'accueil et de l'adjoint des cadres. Ces schémas récapitulent les actes administratifs à effectuer à chaque étape.

A sa sortie, le bureau d'accueil facture au patient, le cas échéant, les frais restant dus notamment en cas de séjour supérieur au temps prévu.

En ce qui concerne les séjours longs, le CHU a indiqué qu'une facturation partielle avait lieu en cours de séjour, à une fréquence mensuelle.

Ce n'est pas toujours le cas pour les patients étrangers, comme le montrent trois cas, pour lesquels, au 31 décembre 2016, restaient à recouvrer des sommes respectives de 100 344 €, 93 510 € et 173 619 €.

En outre, dans un autre cas, la patiente a été hospitalisée du 7 octobre 2012 au 20 janvier 2013 alors que le devis initial prévoyait 10 jours d'hospitalisation pour 14 560 €.

Contrairement à ce que prévoit le logigramme applicable⁴³, la patiente n'a pas réglé le montant du devis, auprès de l'ambassade de France, avant son hospitalisation. La famille a en revanche réglé 16 648 € en régie⁴⁴ au cours de son séjour.

Des factures non réglées ont été retrouvées à son nom pour un montant total de 189 335 € (soit 205 983 - 16 648). L'ensemble de ces factures a été admis en non-valeur en 2014, avec le motif « personne disparue ».

Il existe tout d'abord une nette discordance entre le devis du 16 mai 2012 qui prévoyait 10 jours d'hospitalisation pour 14 560 € et la durée réelle du séjour, de trois mois et demi (soit 105 jours), pour un montant total de 205 983 €, soit 14 fois supérieur.

La patiente détenait un visa valable du 2 août 2012 au 1^{er} août 2013, pour un séjour total de 90 jours maximum. Etant restée plus de trois mois sur le territoire français, elle s'est retrouvée en situation irrégulière.

La patiente est sortie du territoire algérien le 27 septembre 2012, et donc entrée en France le 28 septembre 2012. Elle était donc éligible à l'AME à compter du 29 décembre 2012.

⁴³ Logigramme « admettre un patient étranger en hospitalisation programmée (pays hors convention SS) ».

⁴⁴ Ce règlement a été effectué en trois versements distincts et n'appelle pas d'observation quant au respect du montant de l'encaisse.

Une demande d'AME aurait pu être effectuée par le CHU pour la période du 29 décembre 2012 au 20 janvier 2013. Ceci lui aurait permis de facturer le séjour à l'assurance maladie pour une période de 22 jours et de réduire ainsi les pertes de 23 190 €⁴⁵.

En réponse à la chambre sur ces différents cas individuels, le CHU indique qu'il va revoir ses procédures de facturation d'ici fin 2017 « *pour qu'aucune situation n'échappe à la vigilance des services et qu'aucune situation de ce type ne puisse se réitérer* ».

7.3.2. Patients arrivés par les urgences

Comme pour les séjours programmés, des logigrammes retracent les procédures à suivre lors de l'arrivée de patients étrangers par le biais des urgences. Les logigrammes distinguent les patients originaires de pays conventionnés ou non avec la sécurité sociale française.

Certains patients contournent les procédures prévues pour les séjours programmés en arrivant par le biais des urgences.

Le guide d'utilisation du logiciel PASTEL⁴⁶ à la disposition des agents d'accueil traite de l'hospitalisation des patients étrangers et rappelle notamment les diverses situations qu'ils peuvent rencontrer.

La procédure prévoit la saisie immédiate de l'adjoint des cadres. Cependant, en cas d'arrivée en dehors des heures de bureau, l'adjoint des cadres n'est pas toujours prévenu. Le CHU indique que ce dernier effectue une veille *a posteriori* des entrées par les urgences. Cependant, la procédure (« étrangers hors convention sécu urgences ») ne prévoit pas expressément ce double contrôle.

Dès qu'il est averti, l'adjoint des cadres indique au gestionnaire quelles sont les pièces à récupérer en fonction de la situation du patient (assurance privée...). Dès qu'ils sont visitables, l'adjoint des cadres se rend lui-même auprès de patients, dans les services d'hospitalisation, pour tenter de récupérer les documents administratifs indispensables.

Un adjoint des cadres en particulier exerce la fonction de référent pour les dossiers complexes, ce qui occupe près de 60 % de son temps de travail. Sa fiche de poste indique qu'il a pour mission de « *préparer et assurer le suivi et le règlement des dossiers des patients étrangers non-résidents (urgences et programmés)* ».

Le service facturation dispose de deux logigrammes et six notes de service pour définir l'ensemble des procédures liées aux étrangers. Cette situation illustre bien la nécessité de rédiger un guide des procédures unique et exhaustif.

Il apparaît ainsi souhaitable de revoir l'organisation, par exemple en désignant un correspondant médical pour le service facturation, qui aurait la légitimité nécessaire pour intervenir auprès des services de soins dès que des patients étrangers se présentent aux urgences.

⁴⁵ Source : titre n° 28 85 181 du 3/01/2013 pour la période du 29 au 31/12/2012 [(1 438 € + 18 €) x 3 jours] = 4 368 € et titre n° 25 02 789 du 22/01/2013, pour la période du 1/01/2013 au 20/01/2013 = 18 822 €. Soit un total de 23 190 €.

⁴⁶ Guide de procédures « les hospitalisations ».

Le CHU n'a pas été en mesure de préciser le nombre de dossiers de patients étrangers en hospitalisation traités par l'établissement sur une année, ni le nombre de ceux qui sont ensuite admis en non-valeur⁴⁷.

La chambre relève que le dispositif mis en place pour les patients étrangers non-résidents et non-assurés sociaux pourrait être unifié et que le nombre de dossiers relatifs à des patients étrangers et traités sur une année n'est pas connu.

Elle souligne les problèmes de facturation et de recouvrement qui se posent, avec des enjeux financiers qui pourraient être importants, d'autant plus si les patients proviennent des urgences, ou si l'estimation des soins s'est avérée insuffisante, ou encore si l'hospitalisation s'est prolongée.

Sur la gestion administrative des patients étrangers non-résidents et non-assurés sociaux, le CHU répond qu'il est prévu de rendre les contrôles plus systématiques en 2018. La formalisation de procédures applicables ainsi que l'amélioration du suivi quantitatif et qualitatif de ces dossiers sont en cours. Le suivi de ces dossiers sera automatisé, à l'aide d'une note dossier pour connaître en temps réel le nombre de dossiers traités et à traiter. Le CHU indique qu'il retient la proposition d'associer un correspondant médical pour faciliter la gestion de ces dossiers complexes.

7.4. LE SUIVI DU RECOUVREMENT

7.4.1. Organisation générale du recouvrement

La convention de services comptable et financier passée avec le comptable à la fin de 2013 prévoit la « *formalisation d'une politique des poursuites concertée [...] : seuils d'émission, de poursuites, conditions d'admission en non-valeur* ». Les ordonnateurs successifs ont ainsi institué, avec chaque comptable, une politique formalisée notamment en termes de seuils de poursuites.

Les principales modalités sont récapitulées en annexe 5. Une décision n° 2014-79 avait été signée par M. Fritz, ancien ordonnateur, le 25 avril 2014. Depuis le changement de direction générale, c'était un document ne revêtant aucun formalisme, puisqu'il n'était ni daté, ni signé, qui avait cours. A la suite du questionnement de la chambre, la directrice générale a signé une attestation sur l'honneur en date du 26 décembre 2016, indiquant qu'elle avait bien connaissance de cette note et qu'elle la validait pour la période passée. Elle a alors régularisé la situation par la décision n° 2016-272 fixant une nouvelle politique de recouvrement à compter du 1^{er} janvier 2017.

⁴⁷ Voir paragraphe consacré aux admissions en non-valeur.

La différence entre les poursuites prévues par la note de 2014 et celles prévues par les notes de 2016 et 2017 porte essentiellement sur trois points :

- la phase comminatoire passe de 1 € à 20 € ;
- est introduite la notion de « revenu fiscal de référence » permettant de constater l'insolvabilité définitive du débiteur pour les créances supérieures à 500 € ;
- les poursuites sur les étrangers sont désormais affectées par un seuil minimal de 229 €.

Aucun tableau de bord n'est tenu par l'établissement sur les admissions en non-valeur. Ainsi, l'établissement ne connaît pas la masse financière que représentent les créances importantes admises en non-valeur, ni le nombre de titres émis depuis moins de deux ans qui sont proposés et admis en non-valeur chaque année.

7.4.2. Analyse

En l'absence d'autorisation permanente de poursuivre, les notes rédigées en concertation avec le comptable public permettent de faciliter les procédures de poursuites. Elles visent également à adapter les procédures de poursuites au montant de la créance. Elles fixent enfin les seuils de demande d'admissions en non-valeur.

La note de 2017 présente toutefois plusieurs faiblesses :

- Aucune disposition particulière n'est consacrée au recouvrement des créances d'un montant important (selon un seuil à déterminer : 3 000 € par exemple). La lecture des états d'admissions en non-valeur montre pourtant qu'elles représentent une part non négligeable des pertes de recettes pour l'établissement ;
- Aucune disposition particulière n'est consacrée aux moyens de poursuite pour des débiteurs domiciliés à l'étranger ;
- Aucune disposition ne prend en compte l'ancienneté du titre avant son admission en non-valeur. Là encore, la lecture des états d'admissions en non-valeur montre pourtant que celles-ci représentent une part non négligeable des pertes de recettes de l'établissement, parfois sur des titres anciens de deux ans ou moins ;
- L'utilisation de la seule notion de « revenu fiscal de référence » pour constater la situation financière et l'insolvabilité d'un débiteur revient à faire abstraction de toute notion de biens et de patrimoine et à renoncer ainsi à toute possibilité de saisie-vente pour des créances pourtant supérieures à 500 € ;
- Les titres entre 30 et 130 € et entre 30 et 229 € pour les personnes morales et les personnes domiciliées à l'étranger ne sont pas couverts par des dispositions particulières : par défaut, ils paraissent donc faire l'objet de moins de diligences que les titres de même montant émis à l'encontre des personnes physiques et/ou domiciliées en France, ce qui est paradoxal. Il aurait fallu prévoir un point minimal commun et, au contraire, réduire le point haut de la fourchette concernant, au moins, les personnes morales, afin de s'adapter aux possibilités souvent moindres de paiement des personnes physiques et à la difficulté plus courante de les contacter ;

- La disposition visant à limiter au stade de la lettre de relance les créances inférieures à 20 € devrait inciter l'établissement à renforcer le recouvrement direct en régie lors de la consultation. Il apparaît, en effet, que la part restant à charge sur les consultations externes, après prise en charge par la sécurité sociale, est en général inférieure à 20 €. L'équipe de contrôle a souhaité connaître le taux d'encaissement en régie des facturations aux patients (soit la part à leur charge sur les consultations et l'hospitalisation) pour 2015 : l'établissement a produit le taux d'encaissement en régie mais pour l'ensemble du titre 2 « autres produits de l'activité hospitalière », qui inclut les mutuelles. Ce taux était de 5,13 %⁴⁸.

La chambre invite le CHU à s'attacher à connaître et à suivre les taux d'encaissement en régie sur le part patient. Elle souligne les différentes faiblesses du dispositif existant et demande au CHU de les corriger et de compléter le dispositif. L'enjeu en termes de recettes pour l'établissement est substantiel.

La chambre estime que le réseau des points d'encaissement existant dans l'établissement devrait lui permettre d'augmenter son recouvrement en régie, notamment pour les consultations externes, mais aussi en hospitalisation. Des modifications en matière d'organisation, comme la diminution du temps d'attente à l'accueil pour le règlement par les patients des actes effectués, pourraient le favoriser.

Dans sa réponse, le CHU précise qu'une réflexion est en cours avec le comptable, concernant les moyens de poursuite à l'étranger et la prise en compte de l'ancienneté des titres avant ANV. Il indique par ailleurs qu'un travail est en cours pour établir un tableau de bord plus détaillé sur le secteur du bureau des entrées ; ce support permettra de suivre le taux d'encaissement en régie et devrait être déployé début 2018.

7.4.3. Le programme Simphonie

De manière positive, le CHU participe depuis septembre 2016 au programme national « Simphonie ». Cette expérimentation porte sur l'amélioration du recouvrement des recettes liées à la part patient. Elle est pilotée par l'ANAP⁴⁹ et devrait prendre fin en 2020.

Le CHU est inscrit pour deux volets : favoriser l'encaissement *a priori* (avant la consultation) et *a posteriori* (à la sortie). Quelques services testent le dispositif. Si les résultats sont satisfaisants, il doit être déployé sur d'autres services à compter de février 2017.

Une modification du code de la santé publique vient renforcer ce programme en rendant obligatoire l'information de l'utilisateur sur le coût de ses soins en établissement.

⁴⁸ Source : courriel CHU du 25 janvier 2017. Ce taux ne prend pas en compte les recettes des comptes 733 « produits des prestations de soins délivrées aux patients étrangers non assurés sociaux en France » et 734 « prestations effectuées au profit des malades ou consultants d'un autre établissement ».

⁴⁹ Le programme SIMPHONIE (SIMplification du Parcours administratif HOspitalier du patient et Numérisation des Informations Echangées) est un programme porté par la DGOS et la DGFIP, avec l'appui du SGMAP et de l'ANAP. Il a pour objectif de lever les principaux freins identifiés à ce jour et expliquant le non-recouvrement de la part patient, à savoir : la non-production de la facture au patient pendant sa présence dans l'établissement, le manque d'information du patient sur son reste à charge, les erreurs sur les informations administratives du patient et la désynchronisation entre le parcours physique du patient au sein de l'établissement et la facturation.

Le reste à charge du bénéficiaire des soins représente 3 % de la facturation hospitalière. Près de la moitié du montant de ce reste à charge n'est pas recouvré au bout d'un an. En comparaison, la facturation de la part « assurance maladie complémentaire » est recouvrée à plus de 90 % à un an.

Source : Programme Simphonie, appel à candidature pour expérimentation, ministère des Affaires sociales.

L'article L. 1111-3-1⁵⁰ du CSP prévoit dorénavant que, « *pour toute prise en charge effectuée par un établissement de santé, le patient reçoit, au moment de sa sortie, un document l'informant, dans des conditions définies par décret, du coût de l'ensemble des prestations reçues avec l'indication de la part couverte par son régime d'assurance maladie obligatoire et, le cas échéant, de celle couverte par son organisme d'assurance complémentaire et du solde qu'il doit acquitter* ».

Cette disposition a été complétée à l'article D. 1112-67-1⁵¹ :

« *Pour l'application de l'article L. 1111-3-1, les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale remettent à leurs patients, à la suite d'un séjour ou de la réalisation d'une prestation, un document destiné à les informer du montant des prestations qui leur ont été délivrées.*

Ce document, remis au patient au plus tard à sa sortie de l'établissement, mentionne de manière distincte :

1° Le cas échéant, le montant des frais pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie auquel est affilié le patient ;

2° Le cas échéant, le montant pris en charge par son organisme d'assurance maladie complémentaire, en distinguant :

a) La participation du patient due au titre des prestations réalisées ;

b) La somme due au titre des prestations pour exigences particulières mentionnées à l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale ;

3° Le cas échéant, la somme restant à la charge du patient, en distinguant :

a) La participation du patient due au titre des prestations réalisées ;

b) La somme due au titre des prestations pour exigences particulières mentionnées à l'article R. 162-32-2 du code de la sécurité sociale.

Ce document d'information ne préjuge pas de la fixation définitive des montants pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des montants définitivement facturés à l'organisme d'assurance maladie complémentaire et des montants définitivement facturés aux patients ».

Cette mesure doit être mise en œuvre à compter du 1^{er} mars 2022 au plus tard.

La remise systématique de ce document au patient va contraindre l'établissement à améliorer son recueil des informations de facturation afin de pouvoir établir un document proche de la réalité. La connaissance par le patient de son reste à charge peut aussi inciter ce dernier, au moment de la remise du document, à le régler spontanément.

⁵⁰ Article créé par l'article 94 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016.

⁵¹ Article créé par décret n° 2016-1471 du 28 octobre 2016.

7.4.4. Les annulations et réémissions

7.4.4.1. Les constats

Pour 2015, le montant des titres annulés sur exercice antérieur s'est élevé à 2,49 M€ tous budgets confondus.

Les titres sur exercices antérieurs, annulés au cours de l'exercice N+1, ne sont pas réémis dans presque la moitié des cas, comme l'indique le tableau ci-dessous :

<i>En milliers d'euros</i>	2012	2013	2014	2015	Evolution 2012/2015
C/ 673 titres annulés sur exercices antérieurs	2 435	2 470	3 104	2 490	+ 0,81 %
C/ 7721 réémission de titres sur exercices antérieurs	1 571	1 676	1 634	1 329	- 20,70 %
titres de N-1 non réémis	35,48 %	32,15 %	47,36 %	46,63 %	

Source : comptes financiers

Le CHU n'a pas été en mesure d'expliquer l'évolution à la hausse du taux de titres annulés et non-réémis entre 2012 et 2015.

7.4.4.2. Procédures suivies

Les agents des bureaux de gestion décident en toute autonomie d'annuler ou de réduire des titres de recettes au vu des pièces produites par le débiteur ou le médecin. Ils n'ont pas de manuel de procédure ou de document équivalent à leur disposition, qui leur permettrait de suivre toute la chaîne de cette procédure. En cas de doute ou de dossier compliqué, ils ont la possibilité de consulter le cadre du service pour se faire conseiller.

Pour annuler ou réduire un titre, l'agent insère dans le dossier informatique du débiteur la pièce justificative. Il saisit ensuite dans le dossier patient⁵² le motif d'annulation qui apparaîtra sur le titre d'annulation. Cette opération génère automatiquement un titre d'annulation⁵³ qui est intégré au flux informatique transmis au comptable de la DDFiP (direction départementale des finances publiques).

Pour saisir le motif, le logiciel propose une liste déroulante préétablie mais non verrouillée. Les agents, pour ajouter des informations supplémentaires, doivent modifier les motifs normés. Il en résulte une impossibilité d'effectuer des requêtes ou statistiques par motifs d'annulation sans ouvrir le dossier de chaque patient.

Pour la réémission de la créance, l'agent gestionnaire décide de la suite à donner : facturation à un nouveau débiteur, facturation à l'assurance maladie, annulation pure et simple en cas de doublon ou d'erreur de montant, par exemple. Là encore, le motif est inscrit dans le dossier du patient.

Le circuit ne présente aucune garantie d'exhaustivité de présence des pièces justificatives d'annulation⁵⁴, ni de réalisation des démarches administratives nécessaires en vue

⁵² Application Pastel

⁵³ Ou, lorsqu'il s'agit d'un titre relatif à un exercice antérieur, un mandat au compte 673 de l'exercice en cours

⁵⁴ Pour le comptable, le motif est inscrit sur le titre d'annulation.

de la réémission vers un nouveau débiteur. Le CHU indique que l'adjoint des cadres responsable de l'unité procède à des contrôles aléatoires de réémission des titres, mais rien n'est formalisé ni *a priori* au moment de l'annulation, ni *a posteriori* après l'annulation.

La direction des finances a la possibilité, par des requêtes Business Objects, d'accéder aux dossiers patients pour connaître les annulations réalisées et les titres qui ont été réémis, mais ce travail de contrôle interne n'est pas effectué. Pourtant, un contrôle *a minima* par sondage, compte tenu de la masse des titres concernés, permettrait de fiabiliser l'annulation et la réémission des titres de recettes.

Des statistiques mensuelles doivent pouvoir être mises en place pour connaître, par agent, le nombre de titres annulés, le montant concerné et le montant des créances non réémises. La convention de services comptable et financier passée avec le comptable public prévoit d'ailleurs, dans le cadre de l'action « se préparer au projet FIDES », un indicateur intitulé : « suivi du taux d'annulation des titres émis et des réémissions ». Le CHU indique que cet indicateur n'est pas mis en œuvre à ce jour.

La chambre constate le manque de transparence et de fiabilité de la procédure d'annulation des titres et de leur réémission. Elle demande que cette procédure soit décrite dans un manuel à disposition des agents, qui indiquerait les pièces pouvant justifier une annulation, fixerait le seuil au-delà duquel une autorisation préalable du cadre pourrait être obligatoire, détaillerait le suivi précis de la réémission sur un autre titre individuel et/ou sur un titre d'assurance maladie ou la justification de l'absence de réémission. Il conviendrait également qu'un contrôle des pièces justificatives soit mis en place par le cadre concerné, idéalement avec un seuil d'autorisation, et que les réémissions soient suivies ou justifiées. L'enjeu en termes de recettes et d'impact sur le résultat est significatif pour le CHU.

En réponse, le CHU indique que les dispositions traitant de l'encadrement, des justifications, du suivi et du contrôle des annulations et réémissions de titres de recettes ont été récemment revues : la nouvelle procédure répond aux exigences de contrôle interne (définition des compétences et du niveau de contrôle en fonction des montants des titres, rappel des motifs, suivi mensuel, ...).

Par ailleurs, à partir d'octobre 2017, une réorganisation du secteur du bureau des entrées doit permettre la mise en place d'une cellule contentieuse dont les missions seront de centraliser l'ensemble des réclamations, ainsi que de mettre en place des outils de travaux communs et permettant de tracer l'ensemble du suivi. Cette cellule a vocation à travailler à court terme sur les points de contrôle du processus, à contrôler l'exhaustivité des pièces justificatives, à mener les contrôles *a priori* et *a posteriori*, à élaborer un guide de procédures unique pour début 2018.

7.4.4.3. Etude des motifs d'annulations

L'équipe de contrôle a souhaité obtenir une synthèse permettant de classer les motifs d'annulation de titres par grandes catégories. Le service accueil-facturation a élaboré manuellement un tableau Excel qui retrace, au compte 673, les 6 258 lignes d'annulations (sur titres antérieurs à 2016 uniquement) comportant chacune un motif non normalisé.

Une analyse a permis de mettre en commun quelques motifs :

- - erreurs diverses 760 680,85 € ;
- - rejets B2 220 367,68 € ;
- - modifications de débiteur 74 260,00 € ;
- - refus mutuelle 15 520,00 € ;
- - annulations 61 056,72 €.

Concernant les motifs d'annulation pour non-valeur ou sans réémission, le CHU signale que certains titres sont annulés pour absence d'informations fiables d'identité ou d'adresse permettant des poursuites par le comptable. Ces titres sont annulés soit en cours d'exercice, soit lors de l'exercice suivant. Comme ils ne sont jamais réémis, ils disparaissent de la comptabilité de l'ordonnateur.

En 2015, plus de 61 000 € de créances relatives à des exercices précédents ont été annulés de cette façon.

Il conviendrait d'ajouter à cette somme le montant des titres annulés⁵⁵ non réémis sur l'exercice en cours. Il n'a toutefois pas été possible d'obtenir ce montant.

Concernant les près de 761 000 € annulés pour « erreurs diverses », aucune explication n'a été obtenue sur les éventuelles réémissions de ces titres.

L'ordonnateur indique que la pratique qui consiste à annuler au lieu de passer en non-valeur a été supprimée courant 2016. Les titres seraient désormais admis en non-valeur.

La chambre note ainsi que, pour les exercices antérieurs à 2016, des titres ont été indûment annulés et non réémis. La comptabilité de l'ordonnateur n'était donc pas exhaustive puisque l'ensemble des actes effectués n'était pas facturé.

7.4.4.4. Les rejets FIDES dits flux B2

Il s'agit des rejets effectués par les caisses de sécurité sociale à la suite des transmissions (par flux B2) des facturations individuelles par les établissements.

⁵⁵ Soit débit des comptes 7082, 732 et 733 relatifs à la facturation aux mutuelles et aux particuliers.

Les rejets constatés par l'établissement sur l'exercice 2015 représentent 4,5 % de l'ensemble des titres émis vers les caisses de sécurité sociale. Une analyse des motifs de rejet fait apparaître que 76 % (sur un total de 20 628 rejets) sont de type « métiers »⁵⁶. Pour remédier à ce type d'erreurs assez commun au début de la mise en place de FIDES (facturation individuelle des établissements de santé), la DGOS (direction générale de l'offre de soins) a publié des fiches métier pédagogiques à l'attention des utilisateurs.

Au CHU, une analyse approfondie des rejets de type « métiers » permettrait de déterminer les dysfonctionnements dans l'organisation du processus de facturation et de mettre en place des mesures propres à les éviter. Ces mesures pourraient porter sur l'amélioration de la qualité du recueil d'informations (mise à jour systématique de la carte Vitale, y compris par les secrétariats médicaux) ou sur la formation à la saisie de la cotation des actes. La mise en place de l'indicateur « suivi du taux d'annulation des titres émis et des réémissions » (prévu par la convention avec le comptable public) ou d'objectifs individuels permettant d'améliorer la performance du service en matière de facturation pourraient également compléter ces actions.

Les erreurs qualifiées de « techniques » (liées au logiciel) sont de l'ordre de 4 % ; les autres erreurs représentent ainsi 20 %.

La chambre constate que, pour les trois quarts des rejets FIDES, une meilleure performance permettrait d'accélérer la facturation au bon débiteur et donc d'augmenter les chances de recouvrement de ces créances.

La chambre invite l'établissement à mettre en place :

- Un guide de procédures de la facturation ;
- Des actions visant à diminuer le nombre de rejets B2 ;
- Des tableaux de bord permettant d'analyser les annulations et réémissions autorisées par l'ordonnateur et des rejets de facturation ;
- Un contrôle interne *a priori* et *a posteriori* des conditions d'annulation des créances d'hospitalisation facturées.

Dans sa réponse à la chambre, le CHU indique avoir structuré son organisation (analyse des causes de rejet, contrôle avant facturation, mise à jour systématique des cartes Vitale, ...) et souligne la baisse du taux de rejet entre 2016 et 2017 (4,5 % en 2016 ; 2,7 % au premier semestre 2017). Les recommandations complémentaires de la chambre concernant le traitement des rejets FIDES « *seront prises en compte pour optimiser cette gestion* ».

⁵⁶ Les types de rejets sont définis par la CNAM. Les rejets « métiers » concernent principalement les exonérations, les affections de longue durée, les risque maternité et le parcours de soins coordonné.

7.4.5. Les admissions en non-valeur

7.4.5.1. Organisation générale

Le trésorier propose, deux fois par an, une liste de titres à admettre en non-valeur, annotée des diligences qu'il a accomplies. La responsable du service accueil-facturation a indiqué contrôler que toutes les informations détenues dans le dossier patient ont bien été transmises au comptable, puis procéder au visa de la liste. Celle-ci est ensuite validée par la directrice adjointe des finances.

Par décision n° 2014-88 du 13 mai 2014, le directeur général a accordé une délégation permanente de signature à la directrice des finances d'alors pour signer « *tous documents au titre des fonctions d'ordonnateur du budget [...], la signature du bordereau de mandats emportant certification du caractère exécutoire de l'ensemble des pièces justificatives jointes aux mêmes mandats. [...] En cas d'absence ou d'empêchement de Madame S., Directeur des finances et des systèmes d'information, Madame G., Directrice adjointe des finances reçoit délégation pour signer et traiter les documents énumérés ci-dessus* ».

La décision n° 2015-196 du 14 septembre 2015 actualise la situation à l'arrivée du nouveau directeur des finances et des systèmes d'information : « *[...] En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur T., Directeur des finances et des systèmes d'information, Madame G., Directrice adjointe des finances reçoit délégation pour signer et traiter les documents énumérés ci-dessus* ».

Depuis son arrivée, le 5 mai 2014, jusqu'en mai 2016, la directrice adjointe a signé l'ensemble des décisions d'admission en non-valeur⁵⁷. Or,

- Cette signature devrait être exceptionnelle puisque limitée aux absences du directeur ;
- Ces décisions ne présentent aucun caractère d'urgence justifiant sa signature systématique ;
- Dans l'organigramme de la DIFSI, la directrice adjointe est la responsable directe du service facturation : le fait qu'elle signe les décisions d'admission en non-valeur ne permet pas une séparation des fonctions adéquate.

La chambre considère que la décision de délégation pourrait réserver la signature des admissions en non-valeur au seul directeur des finances, voire à une autorité supérieure.

7.4.5.2. Enjeux financiers

Pour la période 2011-2015, le total des ANV comptabilisées est de 2 349 k€. Les titres d'un montant supérieur à 5 000 € représentent 39 % de cette somme (soit 916 k€). Ils correspondent à un volume de 62 titres concernant 46 redevables. 20 % des ANV sur la période sont même concentrées sur huit débiteurs.

⁵⁷ Décisions n° 2014-01 du 23 juin 2014, n° 2014-02 du 4 décembre 2014, n° 2015-01 du 12 août 2015 et n° 2015-02 du 30 novembre 2015.

Une étude a été réalisée par l'équipe de contrôle afin de mesurer l'évolution des ANV entre 2005, date du dernier exercice contrôlé par la chambre, et 2014, dernier exercice de la période en contrôle, pour lequel l'ensemble des pièces relatives aux admissions en non-valeur a été produit à l'appui des mandats.

Sur le budget H, les résultats sont retracés dans les tableaux ci-dessous :

Type de débiteur	ANV 2005		ANV 2014		Evolution des montants
	Nombre de titres	Montant total	Nombre de titres	Montant total	
Particuliers	7 501	415 589	5 876	749 190	+ 80 %
Autres	501	7 732	2 545	951	- 88 %
<i>Total</i>	<i>8 002</i>	<i>423 321</i>	<i>8 421</i>	<i>750 141</i>	<i>+ 77 %</i>

Source : CRC.

Montant individuel du titre	ANV 2005		ANV 2014		Evolution des montants
	Nombre de titres	Montant total	Nombre de titres	Montant total	
Moins de 10 000 euros	8 000	377 771	8 411	493 408	+ 31 %
10 000 euros et plus	2	45 550	10	256 733	+ 464 %
<i>Total</i>	<i>8 002</i>	<i>423 321</i>	<i>8 421</i>	<i>750 141</i>	<i>+ 77 %</i>

Source : CRC.

Ancienneté de prise en charge des titres	ANV 2005			ANV 2014		
	Année des titres	Nombre de titres	Montant total (€)	Année des titres	Nombre de titres	Montant total (€)
Plus de 4 ans	1993 à 2000	165	144 652	Avant 2010	210	47 295
4 ans et moins	2001 à 2005	7 837	278 669	2010 à 2014	8 211	702 846
<i>Total</i>		<i>8 002</i>	<i>423 321</i>		<i>8 421</i>	<i>750 141</i>
Part des titres de 4 ans et moins		97,94%	65,83%		97,51%	93,70%

Source : CRC.

Les constats suivants apparaissent :

- La masse financière des admissions en non-valeur a fortement progressé : le montant admis en non-valeur a progressé de 77 % entre 2005 et 2014, alors que le nombre de titres concernés n'a progressé que de 5 % ;
- La masse financière des titres les plus récents a fortement augmenté et sa part également :
En 2005, les titres de moins de quatre ans admis en non-valeur représentaient 97 % de l'ensemble des admissions en non-valeur mais seulement 65 % de la masse financière, compte tenu du nombre important de titres de faible valeur pour lesquels le comptable ne fait que peu de poursuites ;
- En 2014, si le nombre de ces mêmes titres représente toujours 97 % de l'ensemble des titres admis en non-valeur, leur masse financière se situe désormais à 93 %, signifiant ainsi que des titres récents de plus gros montants sont admis en non-valeur.

En outre, des titres supérieurs à 5 000 € sont précocement admis en non-valeur. Un examen détaillé a été opéré sur les titres émis depuis quatre ans ou moins et admis en non-valeur en 2014. Les 20 titres récents, supérieurs à 5 000 €, admis en non-valeur en 2014, constituaient une infime part (0,24 %) du nombre total de titres, mais, avec 178 056 €, représentaient plus du quart (25,33 %) de la masse financière (d'un montant total de 702 846 €). La situation s'est encore aggravée en 2015⁵⁸, avec 287 k€ de titres récents admis en non-valeur.

Une sélection de titres récents admis en non-valeur en 2015 sur le budget H fournit les informations suivantes :

Année d'émission du titre	Référence de la pièce	Imputation budgétaire	Nom du redevable	Montant restant à recouvrer
2014			Y M	100 422,00
2014	T-4896893	73211	A A N	11 250,00
2014	T-4643860	73212	T S	8 628,00
2014			E K B	8 019,00
2014	T-4896893	732131	A A N	4 782,00
2013			A L	22 878,00
2013			L C	15 369,00
2013			S S	9 408,00
2013			M O M	5 751,00
2013			Y M	4 782,00
2012	T-2889327	73211	M A I	30 360,97
2012			E P	19 218,22
2012			R M	16 002,00
2012			A F	14 859,00
2012			R M	10 305,00
2012			C F	8 470,00
2012	T-2634239	73211	H Z U	5 625,00

Source : mandats d'ANV 2015, compte 654.

La rapidité d'admission en non-valeur d'un titre récent met un terme, dans les faits, d'une part à la poursuite par le comptable d'un débiteur qui pourrait redevenir solvable dans les deux ou trois années suivant son hospitalisation, d'autre part au regroupement des créances.

En effet, la notion de « dette du débiteur », qui a pour objectif de grouper plusieurs créances pour un même débiteur et de permettre d'entreprendre de plus amples poursuites, perd de son efficacité avec une admission trop rapide en non-valeur.

Sur le plan budgétaire, les conséquences de la modification de la politique en matière d'ANV depuis 2014 sont retracées dans le tableau suivant :

⁵⁸ Pour 2015, 15 titres de moins de 4 ans et supérieurs à 5 000 € du budget H ont été admis en non-valeur pour une masse financière de 286 565€.

ANV du CHU de Rennes

(en k€)	2012	2013	2014	2015	Evolution 2012-2015
Restes à recouvrer (RAR) au 31 décembre* (1)	5 851	6 184	6 394	6 316	+ 8,0 %
c/ 654 créances admises en non-valeur (2)	180	293	753	874	+ 385,6 %
ANV / RAR (2)/(1)	3,08 %	4,74%	11,78%	13,84%	
c/ 7082+732+733 facturation aux mutuelles et particuliers (3)	35 855	38 045	37 047	38 783	+ 8,2 %
ANV / titres de facturation (2)/(3)	0,50 %	0,77%	2,03%	2,25%	
solde c/ 491 - provisions pour créances irrécouvrables (4)	529	628	2 301	2 347	+ 343,7 %
Taux de dotation (4)/(2)	294 %	214 %	306 %	269 %	

*A partir des comptes de tiers relatifs aux facturations aux mutuelles et particuliers (c/4111, 4117, 4118, 4161, 4165, 4168)

Entre 2012 et 2015, le volume de restes à recouvrer (RAR) progresse de manière équivalente au volume des recettes (+ 7,95 % et + 8,17 %). Cependant,

- Le volume des ANV est multiplié par 4,8 entre 2012 et 2015 ;
- Les taux d'ANV sont en forte progression :
 - Par rapport au volume de RAR ;
 - Par rapport au volume des recettes facturées.

Le CHU a en outre accru ses charges de dotation aux provisions pour créances irrécouvrables depuis 2013, créant une provision cumulée de 2,3 M€ fin 2015, en décalage avec la réalité des besoins (environ 800 000 € par an).

La comparaison avec les CHU du grand nord-ouest montre que la situation du CHU de Rennes n'est pas atypique, mais qu'elle se dégrade plus nettement qu'ailleurs.

Compte 654 tous budgets (en €)

CHU	2013	2014	2015	Evolution 2013-2015	Lits MCO
Caen	397 829	582 998	508 761	+ 28 %	1 082
Tours	666 166	428 139	683 122	+ 3 %	1 240
Rennes	292 633	752 730	873 901	+ 199 %	1 256
Rouen	2 151 537	1 137 977	906 799	- 58 %	1 483
Orléans	1 599 164	1 124 476	1 152 268	- 28 %	997
Nantes	1 073 674	1 268 285	1 312 105	+ 22 %	1 499

Source : balances ANAFI 2013-2015 et Hospidiag.

La chambre invite le CHU à revoir sa politique d'ANV, afin d'éviter de compromettre le recouvrement de créances récentes et importantes et de se priver d'un volume de recettes probablement très significatif, ayant ainsi un fort impact sur le résultat annuel.

Dans sa réponse, le CHU considère notamment que les ANV opérées sur la période considérée ont permis une meilleure efficacité des services du comptable « *comme en témoigne l'évolution mesurée du volume des restes à recouvrer sur la même période* ». L'établissement « *s'engage toutefois à revoir cet aspect avec le comptable* » : ce travail sera intégré au renouvellement de la convention partenariale entre l'ordonnateur et le comptable qui doit être signée pour fin 2017.

8. L'ACTIVITE LIBERALE DES MEDECINS

De 2011 à 2016, 52 praticiens (soit un peu plus d'un dixième) ont exercé une activité libérale au CHU : 2 en anesthésie, 1 en biologie, 32 en chirurgie, 10 en médecine, 6 en radiologie, 2 en odontologie.

Parmi ces praticiens, 24 étaient hospitalo-universitaires, avec le statut de PU-PH (professeur d'université-praticien hospitalier).

8.1. LA COMMISSION D'ACTIVITE LIBERALE

Conformément aux dispositions de l'article R. 6154-11 du CSP, la commission d'activité libérale (CAL) du CHU s'est bien réunie tous les ans et les comptes rendus de ces réunions sont adressés à l'agence régionale de santé. Elle établit également un rapport annuel sur l'ensemble des conditions dans lesquelles s'exerce cette activité au sein de l'établissement et sur les informations financières qui lui ont été communiquées.

Chaque année depuis 2012, des situations individuelles sont examinées (trois en 2012, trois en 2013, cinq en 2014, six en 2015). Des demandes d'explication ou de régularisation par courrier, assorties de contrôles et de menaces de suspension de l'activité ont été décidées et mises en œuvre, permettant de corriger des situations anormales.

La CAL examine notamment les écarts entre les déclarations au CHU et les relevés SNIR (système national inter-régimes) récapitulant les honoraires reversés aux praticiens par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

La chambre constate que la CAL fonctionne et exerce ses missions de manière satisfaisante.

8.2. LES CONTRATS D'ACTIVITE LIBERALE

L'ensemble des contrats d'activité libérale ont été examinés pour la période de contrôle. Seul un contrat, signé avec un praticien ayant quitté l'établissement, n'indique pas en annexe les plages horaires réservées à l'activité libérale.

La chambre note l'effort accompli par l'établissement :

- Pour compléter les contrats d'activité libérale, principalement pour rappeler les obligations du praticien vis-à-vis de la réglementation, de la CAL et de l'information des patients,
- Pour établir une charte de l'activité libérale à destination des praticiens leur rappelant la réglementation et leurs obligations ainsi que les circuits internes de déclaration des activités, les interlocuteurs et les échéances.

8.3. LES OBLIGATIONS VIS-A-VIS DU PATIENT

Le professionnel de santé a l'obligation de remettre à son patient une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé, dès lors que ses honoraires totaux excèdent 70 € (arrêté du 2 octobre 2008). L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction pécuniaire (article L. 162-1-14-1 du code de la sécurité sociale).

Dans les faits, la direction de l'établissement ne dispose pas des documents remis par les praticiens à leurs patients pour les informer des dépassements d'honoraires. Le contrôle de la remise de ce document n'est pas effectué. Aucune plainte de patient n'a cependant été recensée.

En outre, conformément aux dispositions de l'article L. 1111-3 du CSP, le professionnel de santé doit « *afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture* » ; ces informations incluent l'affichage des tarifs pratiqués et les conditions de remboursement par l'assurance maladie. En l'absence de salle d'attente proprement dite, l'affichage doit se faire dans le lieu de réception le plus approprié : secrétariat, hall d'entrée et/ou lieu d'exercice du professionnel (cabinet de consultations ou de soins) ; en cas de salle d'attente commune à plusieurs professionnels, les affichages doivent être clairement identifiés, sans ambiguïté pour le patient.

Ces dispositions sont mises en œuvre grâce à l'affichette conçue et distribuée par la direction des affaires médicales et prête à être apposée à la vue du public, indiquant les droits des patients, les honoraires par praticien ainsi que les modalités de remboursement.

Enfin, s'agissant de l'égal accès aux soins, l'établissement n'a pas mis en place de suivi ou d'indicateurs permettant de comparer le délai d'attente entre le secteur public et le secteur privé.

Le CHU indique dans sa réponse à la chambre que sa direction des affaires médicales, en lien avec la CAL, a entamé une démarche pour mettre en place un contrôle de l'information du patient et des documents remis par les praticiens sur les dépassements d'honoraires. Ce contrôle sera réalisé annuellement par échantillonnage dans les dossiers patients. Par ailleurs, il compte mettre en place un échantillonnage des délais plutôt qu'un indicateur susceptible d'être contesté et « *surtout un contrôle sur l'accès à tout type d'actes quel que soit le mode de prise en charge, public ou privé* ».

8.4. LE CAS DES PU-PH

L'article R. 6152-30 du CSP permet aux praticiens hospitaliers à temps plein de consacrer deux demi-journées par semaine à des activités d'intérêt général intérieures ou extérieures à leur établissement d'affectation, au titre, notamment, des soins, de l'enseignement, de la recherche.

L'article R. 6154-1 du CSP dispose que la participation par un praticien hospitalier à une activité extérieure d'intérêt général pour la durée maximale prévue par l'article R. 6152-30 est exclusive de l'exercice de toute activité libérale. Dans le cas où la durée d'activité d'intérêt général est inférieure au plafond, le praticien peut être autorisé à exercer une activité libérale pour une durée réduite à due concurrence.

En l'occurrence, sur la base d'une semaine de 11 demi-journées, 9 demi-journées sont au minimum consacrées à la pratique hospitalière. Comme le CSP dispose que la durée de l'activité libérale ne peut excéder 20 % de la durée hebdomadaire de service hospitalier, le maximum de temps de travail qui peut être consacré à l'activité libérale est de 1,8 demi-journée (20 % de 9 demi-journées).

La pratique de deux demi-journées d'activité libérale est donc contraire à l'esprit des textes, même si elle est tolérée, en l'absence de définition précise du temps de travail des PH et de la durée spécifique du service hospitalier.

8.5. LES CONDITIONS DE L'ACTIVITE LIBERALE

L'article L. 6154-2 du CSP dispose notamment que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale doit être inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

En outre, cette limite doit s'apprécier par catégories d'actes : la lettre DH/PMI/n°292 du 19 novembre 1997 précise que doivent être comparées les consultations de même nature, en libéral et en secteur public, mesurables selon les mêmes unités de références (comme les consultations les plus courantes : C, CS et C3).

Le CHU indique que deux types de contrôle sont exercés principalement : le respect de l'exercice en secteur public d'une activité de même nature que l'activité exercée en secteur privé et le respect du volume respectif d'activité réalisée. Ces contrôles, qui concernent les actes chirurgicaux ou médico-techniques, sont effectués par comparaison entre le volume et la nature des actes déclarés par les praticiens à l'établissement et le volume et la nature des actes issus du système d'information hospitalier.

Le CHU prévient que plusieurs praticiens exerçant une activité libérale au CHU de Rennes réalisent, dans le cadre de la politique de coopération menée par l'établissement, une activité dans des établissements (ou structures) extérieurs, encadrée par convention. Ils y consacrent parfois plusieurs demi-journées hebdomadaires, pour une activité de consultation, opératoire ou médico-technique, voire pour l'ensemble. Cette part de leur activité, toujours réalisée en secteur public, n'est pas forcément récupérée ou pas en totalité et n'est donc pas intégrée au décompte de l'activité publique dans une optique comparative.

Toutefois, entre 2011 et 2015, le total de consultations ou d'actes effectués en libéral est supérieur à celui des consultations ou actes réalisés en public pour deux à huit médecins par an.

De plus, le CHU n'a fourni que le montant des honoraires perçus ou déclarés par les praticiens au titre de l'activité libérale. L'absence de valorisation des actes effectués au titre de l'activité publique ne permet pas de déterminer à quel titre, public ou privé, les actes les mieux valorisés sont réalisés.

Souvent, en pareil cas, une concentration des actes les mieux valorisés en activité libérale conduit à un niveau de recettes en secteur privé supérieur à celui constaté en secteur public et à une répartition de l'activité dont la nature est substantiellement biaisée.

Les rapports annuels de la CAL pour les années 2014 et 2015 mettent en exergue le dépassement global de l'activité privée de certains praticiens par rapport à leur activité publique.

La CAL saisit et écrit à certains praticiens, qui reconnaissent un suivi incorrect, mais assurent souvent que la réalité respecte la réglementation, ou qui apportent des éléments d'explication.

Les efforts réels de la CAL doivent être poursuivis et systématisés, pour clarifier toutes les situations individuelles et supprimer les cas de non-respect de la réglementation.

8.6. REDEVANCE

En contrepartie du service rendu par l'établissement au praticien, autorisé à percevoir une rémunération à l'acte tout en bénéficiant des installations et du personnel de l'établissement, l'activité libérale donne lieu au versement d'une redevance (article L. 6154-3 du CSP). Cette dernière, assujettie à la TVA, est fixée en pourcentage des honoraires perçus par le praticien, dépassements éventuels compris (article D. 6154-10-1 du CSP).

Dans les CHU, le taux est de 16 % en consultations, 60 % pour les actes d'imagerie (40 % pour ceux associés à un acte interventionnel), de radiothérapie, de médecine nucléaire et de biologie et 25 % pour les autres actes.

L'établissement contrôle l'adéquation entre le montant annuel des honoraires déclarés à la direction de l'établissement (sur la base desquels la redevance est calculée) et le montant des honoraires figurant sur les SNIR transmis annuellement par la CPAM. La CAL accepte un écart maximal de 10 % entre le montant annuel des honoraires déclarés et le montant des honoraires remboursés figurant sur les SNIR. Ce contrôle donne lieu à l'élaboration d'un tableau de comparaison « glissant » sur plusieurs exercices, visant à repérer d'éventuels cas de sous-déclaration.

L'écart toléré par la CAL est justifié compte tenu du délai de deux ans dont disposent les assurés sociaux pour transmettre leurs feuilles de soins à la CPAM, des délais de traitement des feuilles de soins par les différentes caisses et du travail de récapitulation inter-régimes réalisé par la CPAM.

Les données du CHU montrent peu de sous-déclarations significatives, soit très importantes, soit récurrentes à haut niveau : quatre en 2014 de plus de 10 % et sept en 2015 ; seul le cas d'un praticien est, selon la CAL elle-même, « à surveiller ». Elles montrent aussi des sur-déclarations temporaires (deux en 2014 et en 2015 de plus de 10 %).

Les comptes rendus de la CAL attestent de la vigilance que celle-ci porte à ce contrôle. Des cas individuels sont traités puis corrigés (déclarations complétées, relance en cas de retard, affinage technique des déclarations).

9. LA GESTION DES RESSOURCES HUMAINES

9.1. EVOLUTION ET CARACTERISTIQUES DES EFFECTIFS

9.1.1. Personnel non médical (PNM)

9.1.1.1. Données générales

Si les effectifs non médicaux du CHU ne sont pas totalement stabilisés, ils apparaissent à peu près maîtrisés.

Personnel non médical – ETPR

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total	6 308,32	6 258,39	6290,13	6 330,78	6 397,52	6 393,99
Administratifs	706,22	708,92	703,59	700,87	705,44	717,67
Soignants	4 157,64	4 112,79	4 156,76	4 163,68	4 150,58	4 137,28
Educatifs et sociaux	33,21	33,28	32,67	33,46	35,94	36,21
Médico-techniques	434,66	433,23	432,46	439,96	439,49	439,84
Techniques et ouvriers	976,29	970,17	964,65	992,81	1 066,06	1 062,98
Titulaires, stagiaires, CDI	5 468,55	5 457,93	5 440,02	5 517,03	5 573,03	5 558,68
CDD, contrats aidés, apprentis	839,77	800,56	850,11	813,75	824,48	835,32
Catégorie A	1 772,71	1 814,23	1 865,66	1 909,51	2 008,91	2 043,90
Catégorie B	1 402,47	1 362,80	1 358,54	1 365,01	1 365,88	1 364,09
Catégorie C	3 133,14	3 081,36	3 065,93	3 056,26	3 022,73	2 986,00

Source : bilans sociaux.

ETPR : équivalents temps plein rémunérés (moyenne des ETP présents au dernier jour de chaque mois). CDI : contrat à durée indéterminée. CDD : contrat à durée déterminée.

Personnel non médical – effectifs physiques

	2012	2013	2014	2015	2016
Total	6 590	6 693	6 780	6 750	6 785
Administratifs	745			748	771
Soignants	4 358			4 400	4 405
Educatifs et sociaux	38			38	40
Médico-techniques	456			460	462
Techniques et ouvriers	993			1 104	1 107
Titulaires, stagiaires	5 626			5 652	5 903
CDI	127			272	
CDD, contrats aidés, apprentis	837			826	882
Catégorie A				2 144	2 202
Catégorie B				1 459	1 471
Catégorie C				3 147	3 112

Source : bilans sociaux.

Les postes de direction sont passés de 22 à 25 au cours de l'année 2015. Sont en effet apparus un poste de directrice de cabinet, un poste à la direction des soins, un poste de directeur en charge du schéma directeur immobilier ; seul ce dernier poste est une création selon le CHU, les autres ayant consisté en des dégels de postes antérieurement existants. L'établissement souligne qu'il a dû également absorber les charges nouvelles de direction commune des CH de Montfort-sur-Meu et Saint-Méen-le-Grand et d'établissement support du GHT. Au niveau national, selon le rapport d'activité du centre national de gestion, les effectifs de directeur d'hôpital ont diminué de 7 % entre 2012 et 2015.

En décembre 2014, l'intégration de 61 fonctionnaires du SIB (syndicat interhospitalier de Bretagne), à l'occasion de sa transformation en GIP (groupement d'intérêt public), explique en grande partie l'augmentation, avec un effet en année pleine en 2015. Ces personnels sont remis à disposition du SIB qui en rembourse le coût au CHU.

Le nombre de stagiaires accueillis est en augmentation, de 2 493 en 2013 à 3 244 en 2015, notamment des élèves infirmiers, des élèves sages-femmes, mais aussi des stagiaires non médicaux, en nette progression.

La ventilation par tranches d'âge apparaît équilibrée. L'âge moyen est passé de 43,2 ans en 2011 à 41,3 ans en 2015, retrouvant le niveau de 2004. Sur les dernières années, il est à peu près stable dans toutes les filières, mais en légère baisse pour les personnels administratifs. La moyenne d'âge est de 40,5 ans pour les personnels soignants en 2015.

Le taux de mobilité interne du PNM a tendance à décroître (6 % en 2013, 5 % en 2014 et 4,3 % en 2015), avec la propension des pôles à privilégier les candidatures internes.

En fin de compte, la chambre observe que l'évolution des effectifs reste contenue. La pyramide des âges de l'établissement apparaît équilibrée. Les réaménagements immobiliers devraient permettre des redéploiements et des mutualisations.

9.1.1.2. L'emploi de personnels contractuels

Selon l'article 2 du décret n° 91-868 du 5 septembre 1991 portant statuts particuliers des personnels techniques des catégories A et C de la fonction publique hospitalière, « *les ingénieurs hospitaliers exercent leurs fonctions selon leur spécialité dans les domaines de l'ingénierie, de l'architecture, de l'appareillage biomédical, de l'informatique ou dans tout autre domaine à caractère technique et scientifique entrant dans les missions des établissements mentionnés à l'article 1^{er}. Dans les domaines de leur compétence, ils coordonnent les activités qui concourent à la réalisation des objectifs arrêtés par le directeur de l'établissement* ».

L'article 9 ajoute, concernant les CHR, qu'« *en application du deuxième alinéa de l'article 4 du titre IV du statut général des fonctionnaires, un ou plusieurs emplois d'ingénieur général hospitalier peuvent être créés dans les centres hospitaliers régionaux. Les ingénieurs généraux hospitaliers sont chargés de la coordination et du contrôle des services techniques de l'établissement* ».

Le contrôle de la paie de décembre 2015 au CHU de Rennes montre l'emploi d'ingénieurs contractuels ne répondant pas aux critères réglementaires :

Matricule	Grade	
895121	INGÉNIEUR HOSPITALIER	Structuration de la filière gériatrique
871446	ING. CHEF CE (EMP FONCT)	Directrice de la communication
891288	INGÉNIEUR HOSPITALIER	Chargée de communication
892853	INGÉNIEUR HOSP PPAL	Déléguée à la formation professionnelle
810629	INGÉNIEUR HOSP PPAL	Responsable de la cellule d'organisation
891728	INGÉNIEUR HOSPITALIER	Contrôleur de gestion – comptabilité analytique
891508	INGÉNIEUR HOSPITALIER	Auditeur - certification des comptes
893602	INGÉNIEUR HOSPITALIER	Contrôleur de gestion - comptabilité analytique
819328	INGÉNIEUR HOSPITALIER	Contrôleur de gestion
837685	INGÉNIEUR EN CHEF CN	Adjointe administrative et financière au directeur de la recherche

L'examen détaillé des contrats, arrêtés de nomination et fiches de poste, lorsqu'elles sont disponibles, fait apparaître que les fonctions occupées n'entrent pas dans les champs possibles d'emploi de personnels contractuels. S'agissant de tâches administratives (communication, formation, organisation, contrôle de gestion, certification des comptes...), les emplois correspondants devraient être occupés par des titulaires.

Par ailleurs, les différents cas de recours aux contractuels prévus par l'article 9-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 ne sont pas systématiquement précisés dans les contrats examinés au cours du contrôle. La chambre demande à l'établissement de veiller à faire figurer cette mention, qui permet de s'assurer de la validité du recours à un contractuel.

En réponse, le CHU précise qu'un travail est en cours pour modifier les maquettes en affichant les motifs de manière plus précise.

9.1.2. Personnel médical (PM)

9.1.2.1. Données générales

L'augmentation du nombre de praticiens est supérieure à celle de l'activité sur la période examinée. En 2016, les ETP médicaux s'élèvent à 722,3, en augmentation en incluant l'intérim, mais en stabilisation sans ce dernier. En parallèle, en 2016, l'activité a accéléré, notamment en nombre de consultations externes et, de manière moindre, de séjours ; en revanche, en journées, le bilan reste stable.

Personnel médical – ETPR

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
HU titulaires	151,9	149,4	149,5	150,8	149,2	147,2	- 0,63 %
PH temps plein	253,4	265,8	269,7	267,3	265,2	282,6	+ 2,21 %
PH temps partiel	18,7	18,3	18,7	18,3	16,6	16,5	- 2,47 %
Attachés	25,6	23,1	21,1	27,6	24,0	20,3	- 4,53 %
<i>Sous-total permanents</i>	<i>449,7</i>	<i>456,6</i>	<i>458,9</i>	<i>464,0</i>	<i>455,0</i>	<i>466,7</i>	<i>+ 0,74 %</i>
HU temporaires	115,3	112,6	114,5	116,9	115,8	123,3	+ 1,35 %
Attachés	24,5	23,9	24,4	17,2	12,9	11,0	- 14,80 %
Praticiens contractuels	49,4	41,6	45,7	45,0	58,1	51,3	+ 0,76 %
Assistants spécialistes	11,3	21,1	26,6	36,1	51,9	64,6	+ 41,72 %
<i>Sous-total temporaires</i>	<i>200,4</i>	<i>199,2</i>	<i>211,1</i>	<i>215,2</i>	<i>238,7</i>	<i>250,2</i>	<i>+ 4,54 %</i>
Total	650,1	655,8	670,0	679,2	693,7	716,9	+ 1,98 %

Source : bilans sociaux.

ETPR : équivalents temps plein rémunérés (moyenne des ETP présents au dernier jour de chaque mois).

HU : praticiens hospitaliers universitaires. PH : praticiens hospitaliers.

L'augmentation du nombre des assistants est liée à la politique de postes partagés avec les CH, de référence ou de proximité. Des collaborations existent en effet avec les établissements de proximité du territoire de santé : conventions-cadres de coopération avec les CH de Fougères, Redon, Vitré, Janzé ; conventions spécifiques avec ces établissements, notamment en cardiologie, périnatalité, pathologies digestives.

Ainsi, 41 postes d'assistants spécialistes à temps partagé sont opérationnels, dont 22 postes partagés avec les établissements de santé, publics et ESPIC (établissements de santé privés d'intérêt collectif), du territoire de santé et 17 avec les CH de référence de Lorient, Vannes, Saint-Malo et Saint-Brieuc. Au total, ces postes d'assistants partagés concernaient 15 établissements partenaires et plus de 20 disciplines médicales, chirurgicales ou biologiques.

La moyenne d'âge des permanents du CHU est passée de 51 ans en 2010 à 50,7 ans en 2014 et à 49,6 ans en 2015. La moyenne globale est passée de 46,1 ans en 2010 à 45 ans en 2014 puis 43,6 ans en 2015. Cette évolution et ce renouvellement sont positifs. Toutefois, les plus de 55 ans représentent encore 23,5 % de l'effectif total.

Le taux de *turnover* du PM se réduit régulièrement, notamment au niveau des départs, mais il est élevé dans les spécialités sensibles.

En 2015, 374 internes en médecine, pharmacie et odontologie étaient également affectés au CHU, qui accueillait par ailleurs en stage 894 étudiants en médecine, pharmacie et

odontologie. Le CHU apparaît relativement attractif et bénéficie d'un *numerus clausus* plutôt élevé de 200 à l'université de Rennes.

Trois spécialités médicales sont toutefois sensibles en termes de recrutement : la médecine d'urgence, en raison des contraintes de la permanence des soins ; la chirurgie orthopédique et traumatologique, en raison du contexte concurrentiel ; et surtout l'anesthésie-réanimation, pour les deux raisons précédemment évoquées.

La situation est problématique en termes de fidélisation en matière d'urgence (*turnover* supérieur aux autres spécialités, à près de 44 % en 2015, et proportion de praticiens sous statut temporaire). Elle l'est au regard de la moyenne d'âge élevée des anesthésistes-réanimateurs, spécialité pour laquelle le *turnover* n'est en revanche pas excessif (environ 15 % en 2015), mais les deux effets se conjuguant, la fidélisation des jeunes praticiens est un enjeu réel.

Pour l'anesthésie-réanimation, un groupe de travail a défini en 2015 des actions en matière de rationalisation des organisations, d'amélioration des conditions de travail et de rémunération et de renforcement du travail d'équipe (binômes chirurgiens-anesthésistes).

Pour les urgences, celles-ci ont été regroupées en 2013 (SAMU, SMUR, urgences médico-chirurgicales adultes), sont organisées selon un décompte horaire et des maquettes redéfinies et font l'objet d'une veille afin de prévenir et faire face aux périodes de forte hausse de l'activité non programmée.

En matière de chirurgie orthopédique et traumatologique, l'effectif est plutôt jeune, mais l'enjeu est surtout de le fidéliser, le taux de *turnover* étant élevé (25 % environ en 2015), en raison d'un contexte concurrentiel élevé dans l'agglomération rennaise.

La perspective d'un nouveau plateau technique chirurgical et interventionnel pourrait permettre de réduire les besoins en postes.

9.1.2.2. Professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PUPH) maintenus comme consultants

Par arrêtés successifs en 2015 et 2016, renouvelés en 2016 puis 2017, l'ARS a nommé, conformément à l'article D. 6151-3 du CSP, trois PUPH maintenus à leur demande en activité et en surnombre, en qualité de consultants au CHU pour une durée d'une année, renouvelable deux fois, moyennant une rémunération mensuelle comprise entre 4 et 5 000 €.

Le CHU n'a pas fourni les avis motivés du président de la CME et les avis propres de la direction générale de l'établissement, avant transmission des dossiers à l'ARS.

L'établissement n'a pas apporté non plus les contrats prévus à l'article D. 6151-2 du CSP signés avec ces praticiens. Ces contrats doivent formaliser un projet incluant les missions des consultants et correspondant à un apport d'expérience et de compétence auprès de l'établissement hospitalier.

Des fiches de projets ont été rédigées par chacun des praticiens. Si deux d'entre eux ont fourni un bilan à l'issue de la première période d'exercice, le deuxième bilan soit n'a pas été fourni, soit est peu précis. Le troisième praticien n'a pas fourni de bilan. Surtout,

L'établissement lui-même ne fournit aucune évaluation ni aucun bilan objectif de leur action.

Si l'effectivité du travail effectué et l'ampleur et la qualité des résultats sont délicats à évaluer d'un point de vue extérieur, une estimation de l'intérêt pour le CHU de poursuivre ces missions pour le coût correspondant serait nécessaire, en plus du respect exhaustif des procédures formelles définies par la réglementation.

9.2. OUTILS ET INDICATEURS DE PREVISION, DE GESTION ET DE SUIVI

Tant pour le PM que pour le PNM, la chambre note l'existence d'outils complets de suivi annuel et mensuel des dépenses de personnel et de préparation budgétaire. La valorisation des différentes composantes du GVT (glissement vieillesse technicité) est bien réalisée en ce qui concerne le PNM.

9.3. MASSE SALARIALE ET REMUNERATIONS

9.3.1. Personnel non médical

9.3.1.1. Données générales

Masse salariale du personnel non médical

(en euros)	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne depuis 2013
Brut			165 285 768	169 491 796	174 370 889	+ 2,71 %
Charges			91 992 643	95 836 979	97 223 691	+ 2,80 %
Total titulaires, stagiaires et CDI	253 526 400	254 119 722	257 278 411	265 328 775	271 594 580	+ 2,74 %
Brut			18 535 863	17 981 866	18 432 571	- 0,28 %
Charges			10 251 397	9 774 608	10 434 563	+ 0,89 %
Total CDD, contrats aidés, apprentis	24 716 048	25 855 547	28 787 260	27 756 474	28 867 134	+ 0,14 %
Brut			183 821 631	187 473 662	192 803 460	+ 2,41 %
Charges			102 244 040	105 611 587	107 658 254	+ 2,61 %
Total général	278 242 447	279 975 269	286 065 671	293 085 249	300 461 714	+ 2,49 %

Source : bilans sociaux.

En 2014, par ETPR du PNM, la masse salariale chargée représente donc près de 46 300 € au CHU de Rennes, contre environ 45 500 € dans les autres CHU et 44 500 € dans l'ensemble des CH, selon la synthèse nationale des bilans sociaux réalisée par l'ATIH (échantillon de 21 CHU et 375 CH de tous types).

Rémunération du personnel non médical (en euros)

Compte	Nature de dépenses	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Total général, dont :		264 548 429	270 656 358	277 887 745	282 343 237	+ 2,19 %
Titulaires et stagiaires						
641110	Rémunération principale	117 110 949	117 161 024	118 595 572	122 301 585	+ 1,46 %
641120	NBI et indemnité de résidence	699 354	727 665	729 250	731 631	+ 1,52 %
641130	Prime de service	8 486 915	8 466 091	8 468 560	6 819 740	- 7,03 %
641150	SFT	2 181 529	2 225 132	2 284 973	2 397 893	+ 3,20 %
641180	Indemnités imposables	23 001 461	23 259 617	23 968 744	23 319 488	+ 0,46 %
CDI						
641310	Rémunération principale	2 762 329	3 410 826	5 094 339	5 740 897	+ 27,61 %
641380	Indemnités imposables	662 304	816 324	1 126 670	1 207 972	+ 22,18 %
CDD						
641510	Rémunération principale	13 217 732	14 665 717	13 832 102	14 208 405	+ 2,44 %
641580	Indemnités imposables	2 305 240	2 587 766	2 503 643	2 533 626	+ 3,20 %

Source : états de paie CHU de Rennes. NBI : nouvelle bonification indiciaire. SFT : supplément familial de traitement.

La masse salariale et les rémunérations du PNM progressent plus fortement que les effectifs.

La politique indemnitaire, pour l'ensemble du PNM, apparaît maîtrisée. Ce sont davantage les mesures nationales qui font progresser la rémunération du PNM et l'impact de l'intégration des personnels du SIB.

La stabilisation de la rémunération des titulaires s'effectue néanmoins au prix d'une augmentation de celle des contractuels en CDI entre 2012 et 2013.

Si l'évolution des heures supplémentaires est maîtrisée (689 237 € en 2013, 690 840 € en 2014 et 687 835 € en 2015), les dépenses liées à l'emploi de personnels intérimaires ont progressé de 13 285 € en 2013 à 45 026 € en 2014 et 143 115 € en 2015. Les difficultés de recrutement de masseurs-kinésithérapeutes et l'ouverture de l'unité paramédicale d'accueil psychiatrique expliquent cette évolution. Toutefois, les dépenses avaient atteint 194 881 € en 2010 et 377 111 € en 2011, en raison d'éléments conjoncturels ayant des conséquences sur les départs à la retraite ou liés à l'absence de sortie d'infirmières à l'IFSI (institut de formation aux soins infirmiers) de Rennes.

Outre celle des masseurs-kinésithérapeutes, les spécialités d'orthoptiste et d'orthophoniste sont les autres métiers en tension, parmi le PNM.

En 2015, les augmentations catégorielles (revalorisation des catégories C, des sages-femmes, des infirmières diplômées d'Etat, des cadres de santé, mais diminution de la garantie individuelle de pouvoir d'achat) se sont ajoutées au GVT, à l'effet en année pleine de l'intégration des fonctionnaires du SIB et à l'augmentation du nombre d'ETP pour la recherche clinique, les blocs et les unités de surveillance continue.

En 2016-2017 et pour les années suivantes, les mesures catégorielles nationales pèsent fortement sur les dépenses de personnel du CHU.

Impact net des mesures nationales (en euros)

	2016	2017
Augmentation de la valeur du point d'indice (1 ^{er} juillet 2016 et 1 ^{er} février 2017)	857 401	2 448 001
Accord PPCR :		
Mesures catégories A	207 259	1 024 855
Mesures catégories B	215 585	853 481
Mesures catégories C	-	1 339 323
TOTAL	1 280 245	5 665 660

Source : CRC Bretagne à partir des données du CHU de Rennes. PPCR : parcours professionnels, carrières, rémunérations.

L'accord PPCR prévoit en effet des transferts des primes vers les points d'indice de la rémunération principale et des revalorisations indiciaires en fonction des grilles statutaires qui, dans la fonction publique hospitalière, s'ajoutent aux revalorisations déjà obtenues, notamment à l'occasion de reclassements dans la catégorie supérieure, par les sages femmes, les infirmières et certains personnels de catégorie C.

9.3.1.2. Glissement vieillesse technicité (GVT), avancements d'échelon et avancements de grade

Composantes principales du glissement vieillesse technicité (GVT) pour le PNM

(en euros)	2011	2012	2013	2014	2015
Coût des changements d'échelons	3 400 000	2 892 500	2 455 000	3 226 306	2 994 413
Effet de noria	-2 807 520	-2 900 000	-1 543 000	-1 688 000	-1 700 000
Coût des avancements de grade	300 000	300 000	136 600	300 000	200 000
Coût total	892 480	292 500	1 048 600	1 838 306	1 494 413

Source : CHU de Rennes.

L'effet du GVT a plutôt tendance à croître sur le moyen terme, l'effet de noria (conséquence du remplacement des départs de personnels, généralement partant à la retraite et donc plus âgés et mieux rémunérés, par des recrutements de personnels en général plus jeunes et moins rémunérés) compensant moins les avancements de grade et d'échelon, qui ont été globalement maîtrisés sur la période, même si les données ne sont pas entièrement cohérentes dans les documents fournis par le CHU de Rennes.

Coût des avancements d'échelon du PNM

(en euros)	Rémunération brute	Charges patronales	Total
2011	1 618 806	1 079 204	2 698 010
2012	1 498 042	998 694	2 496 736
2013	1 512 658	1 008 439	2 521 096
2014	1 574 807	1 049 871	2 624 678
2015	1 757 561	1 171 708	2 929 269

Source : CHU de Rennes

Au CHU de Rennes, les durées étaient déterminées comme suit pendant la période contrôlée :

- Durée minimum : durée moyenne – 1/4 (ou 1/3 pour les échelons de 36 mois en catégorie C) ;
- Durée moyenne ;
- Durée intermédiaire : fixée en fonction de la note de l'agent et au regard de la note moyenne du grade.

La loi de finances pour 2016, dans son article 148 modifiant l'article 67 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, a supprimé l'avancement à la durée minimum. La durée intermédiaire est également supprimée. L'avancement d'échelon est de plein droit et s'effectue de manière continue d'un échelon à l'autre, en fonction de l'ancienneté. Toutefois, lorsque les statuts particuliers le prévoient et selon des modalités de contingentement définies par décret en Conseil d'Etat, il peut être également fonction de la valeur professionnelle.

En 2017, cela se traduira en année pleine par une économie de 600 000 € pour le CHU.

Coût des avancements de grade du PNM

<i>(en euros)</i>	Rémunération brute	Charges patronales	Total
2011	158 353,59	105 569,06	263 922,65
2012	127 773,17	85 182,11	212 955,28
2013	121 420,25	80 946,83	202 367,08
2014	66 350,50	44 233,66	110 584,16
2015	176 916,28	117 944,19	294 860,47

Source : CHU de Rennes

100 % des promouvables sont promus. La proportion est fixée au maximum de ce qu'il est possible de faire réglementairement, les taux globaux de promotion étant fixés par arrêté du ministre de la santé dans la fonction publique hospitalière.

La chambre observe que les principales évolutions de la masse salariale du PNM témoignent d'une volonté de maîtrise. Toutefois, sa progression reste supérieure à celle de l'activité et elle subit les conséquences d'éléments extérieurs et de mesures nationales dont le poids va croissant sur la période en cours et sur les années à venir. Les conséquences de l'accord PPCR sont ainsi très significatives au CHU de Rennes. L'établissement doit donc encore approfondir sa politique de maîtrise des dépenses de PNM, par la poursuite de la révision des emplois du temps et des grilles d'organisation et la mise en place de réorganisations d'unités qu'il mène déjà pour augmenter leur taille. Le CHU entend aussi rééquilibrer les emplois d'infirmières et d'aides-soignantes et revoir les dotations historiques des pools de remplacement.

9.3.2. Personnel médical

Masse salariale du personnel médical

(en euros)	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Brut	29 676 896	29 943 905	30 580 211	30 195 031	31 239 610	+ 1,29 %
Charges	12 497 013	12 566 694	13 210 870	12 854 452	13 563 306	+ 2,07 %
<i>Total permanents</i>	<i>42 173 908</i>	<i>42 510 600</i>	<i>43 791 081</i>	<i>43 049 483</i>	<i>44 802 916</i>	<i>+ 1,52 %</i>
Brut	6 247 901	6 514 238	6 777 930	7 678 707	8 238 257	+ 7,16 %
Charges	3 679 730	3 807 008	4 105 816	4 524 330	4 879 484	+ 7,31 %
<i>Total temporaires</i>	<i>9 927 631</i>	<i>10 321 246</i>	<i>10 883 746</i>	<i>12 203 037</i>	<i>13 117 742</i>	<i>+ 7,21 %</i>
Brut	35 924 796	36 458 143	37 538 141	37 873 738	39 477 867	+ 2,39 %
Charges	16 176 743	16 373 703	17 316 685	17 378 782	18 442 791	+ 3,33 %
Total général	52 101 539	52 831 846	54 674 827	55 252 520	57 920 657	+ 2,68 %

Source : bilans sociaux.

Au CHU de Rennes, la masse salariale du PM progresse un peu plus vite que les effectifs.

Les évolutions les plus récentes sont la conséquence de la monétisation du compte épargne temps ou CET (surcoût de 174 000 euros chargés en 2015), du recours croissant à l'intérim médical (surcoût de 268 250 euros chargés), du temps de travail additionnel indemnifié des anesthésistes (progression de 264 600 euros chargés) et de l'indemnité de service public exclusif octroyée aux assistants spécialistes (surcoût de 188 790 euros).

Les facteurs explicatifs majeurs restent toutefois l'évolution des effectifs et l'effet du GVT.

Pour le PM, les dépenses d'intérim sont passées de 0 en 2013 à 75 580 € en 2014 et à 360 407 € en 2015, essentiellement pour compenser le déficit de 15 postes d'anesthésistes-réanimateurs. Le déficit en anesthésistes-réanimateurs a ainsi conduit à la réalisation de 297 journées d'intérim (contre 60 en 2014).

Le temps de travail additionnel est mis en œuvre par voie d'exception au CHU de Rennes. Il représente toutefois un coût croissant. 90 % des plages et 70 % des médecins concernés sont mobilisés pour l'anesthésie-réanimation, le reste étant consacré au fonctionnement des urgences médico-chirurgicales adultes.

Temps de travail additionnel

	2011	2012	2013	2014	2015
Plages de temps additionnel (demi-journées)	184	150	90	496	1 754
Médecins concernés	37	41	16	33	80
Nombre moyen par médecin	4,97	3,66	5,63	15,03	21,93
Montant brut rémunéré (€)	35 982	29 653	19 784	86 179	278 483

Source : bilans sociaux.

La chambre relève que la masse salariale du PM augmente nettement depuis 2013, plus rapidement que l'activité médicale. L'évolution à la hausse des effectifs se poursuit en effet et

le CHU n'est pas non plus épargné par des difficultés sectorielles de recrutement, qui ont des conséquences financières du fait de l'obligation de recourir à des solutions plus coûteuses.

9.4. LA REMUNERATION ET LES AVANTAGES DU PERSONNEL NON MEDICAL

L'examen des primes et indemnités versées par le CHU aux personnels non médicaux sur les bulletins de paye dématérialisés du mois de décembre 2015 n'a pas révélé de problème majeur. Un certain nombre de remarques méritent toutefois d'être faites.

9.4.1. Le régime indemnitaire des personnels titulaires

9.4.1.1. Proratisation de la prime spécifique

Le décret n° 88-1083 du 30 novembre 1988 relatif à la prime spécifique à certains agents de la fonction publique hospitalière détermine les conditions de son attribution. Le dispositif est complété par l'arrêté ministériel du 30 novembre 1988 qui en fixe le montant.

Seuls les agents titulaires et stagiaires, à temps complet ou non complet, en activité, en classe normale ou dans le premier grade, peuvent bénéficier de cette prime.

L'article 2 du décret précise que la prime spécifique est payable à terme échu. Sauf dispositions expresses contraires, elle est versée dans les mêmes proportions que le traitement, en fonction du temps de travail effectif. Au CHU de Rennes, cette proratisation est la norme sauf pour certains personnels.

Le versement de l'intégralité de la prime spécifique à ces agents est lié à leurs situations individuelles. En effet, ces agents sont, soit en mi-temps thérapeutique (en italique dans le tableau), soit en congé maternité. Dans cette dernière situation, l'agent à temps partiel est effectivement replacé dans les conditions de rémunération d'un personnel à temps plein.

Pour ce qui est des temps partiels thérapeutiques, le décret n° 82-1003 du 23 novembre 1982 prévoit que les primes et indemnités sont versées au prorata du temps de travail effectif, même si le traitement indiciaire est maintenu en intégralité. Cependant, les dispositions du décret de 1988 prévoyant que la prime spécifique suit le traitement indiciaire ne sont pas juridiquement supérieures à celles du décret de 1982, plus large et qui s'applique donc au cas d'espèce.

La chambre invite le CHU à se mettre en conformité avec les dispositions réglementaires dans le cas de temps partiels thérapeutiques percevant la prime spécifique.

Le logiciel de paie étant paramétré automatiquement, le CHU répond à la chambre qu'il prendra l'attache du prestataire et de l'éditeur afin de modifier le paramétrage. Dans l'attente, des retraitements manuels seront effectués pour se mettre en conformité avec les dispositions réglementaires

9.4.1.2. Indemnisation des astreintes

Pour l'indemnisation du temps passé en astreinte, le décret du 11 juin 2003⁵⁹ dispose que « *l'indemnisation horaire correspond au quart d'une somme déterminée en prenant pour base le traitement indiciaire brut annuel de l'agent concerné au moment de l'astreinte dans la limite de l'indice brut 638 augmenté le cas échéant de l'indemnité de résidence, le tout divisé par 1 820.*

Sous réserve du respect de la procédure prévue à l'article 3 ci-après⁶⁰, cette indemnisation peut, à titre exceptionnel, dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels, être portée au tiers de la somme évoquée au précédent alinéa, lorsque le degré des contraintes de continuité de service mentionnées à l'article 20 du décret du 4 janvier 2002⁶¹ susvisé est particulièrement élevé dans le secteur et pour les personnels concernés ».

La décision du directeur général et un document de la DRH relatif au « cadre général des astreintes » indiquent que « *compte tenu du niveau de sujétion des astreintes au CHU de Rennes, le taux de rémunération des temps d'astreinte est fixé à 33,33 %* ».

D'après le décret, un taux de rémunération à 33,33 % du temps d'astreinte ne peut être qu'exceptionnel et réservé à des cas circonscrits (« *dans un secteur d'activité et pour certaines catégories de personnels* »). Il ne saurait donc être généralisé à l'ensemble des services et des différents corps de personnels.

En réponse, le CHU indique que le taux de rémunération est le résultat d'un accord local et qu'il va engager une refonte de l'organisation des régimes d'astreinte des grades concernés.

9.4.2. Le régime indemnitaire des personnels contractuels

Le décret n° 2015-1434 du 5 novembre 2015 portant diverses dispositions relatives aux agents non titulaires de la fonction publique hospitalière a modifié le décret n° 91-155 du 6 février 1991 relatif aux dispositions générales applicables aux agents contractuels. L'article 1-2 du décret de 1991 dispose dorénavant que « *le montant de la rémunération est fixé par l'autorité administrative, en prenant en compte, notamment, les fonctions occupées, la qualification requise pour leur exercice, la qualification détenue par l'agent ainsi que son expérience* ». Ainsi, l'employeur est désormais libre de fixer la rémunération des contractuels, donc d'inclure le montant des primes dans la rémunération de base prévue au contrat de travail.

⁵⁹ Décret n°2003-507 du 11 juin 2003 relatif à la compensation et à l'indemnisation du service d'astreinte dans les 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.

⁶⁰ L'article 3 du décret prévoit que « La liste des catégories de personnels et des secteurs d'activités bénéficiaires des taux dérogatoires prévus au dernier alinéa de l'article 1^{er} [...] [est] fixée par le chef d'établissement après avis du comité technique d'établissement [...] ».

⁶¹ Décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les 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.

L'article 4 du décret indique que, « *outre sa date d'effet et la définition des fonctions occupées, le contrat détermine les conditions d'emploi de l'agent et notamment les modalités de sa rémunération* ». Ainsi, il revient à l'organe exécutif des EPS de fixer ces conditions en vertu de son pouvoir de nomination, de recrutement et d'organisation du service.

Il existe quelques primes ou indemnités instaurées par des textes réglementaires qui peuvent légalement être versées aux agents contractuels de la FPH :

- Indemnité de sujétion spéciale mensuelle ;
- Prime spéciale de sujétion et prime forfaitaire aux aides-soignants ;
- Indemnité horaire pour travaux supplémentaires ;
- Indemnité forfaitaire pour travail des dimanches et jours fériés ;
- Frais de déplacement ;
- Indemnité forfaitaire de risque ;
- Prime assistant de soins en gérontologie ;
- Garantie individuelle de pouvoir d'achat ;
- Indemnité pour travaux dangereux, incommodes, insalubres ou salissants.

S'ils ne peuvent verser aux agents contractuels les autres primes ou indemnités réservées aux fonctionnaires, rien n'interdit que les établissements définissent, par la voie du contrat qui fixe les conditions de rémunération, un montant global de rémunération correspondant, de façon forfaitaire, à la rémunération principale et aux primes et indemnités que perçoivent des agents titulaires exerçant les mêmes fonctions et ayant la même expérience.

Les établissements peuvent instaurer des dispositifs indemnitaires spécifiques, à condition toutefois qu'ils s'appliquent à tous les agents contractuels placés dans une situation comparable.

Interrogé sur la prise en compte des dispositions du décret n° 2015-1434 du 5 novembre 2015 et du contenu de l'instruction n° DGOS/RH4/2015/108 du 2 avril 2015, le CHU a précisé que, à partir de février 2015, de nouvelles maquettes de contrats ont été élaborées et validées avec la trésorerie.

Elles ont été progressivement mises en place lors du renouvellement des contrats ou de la conclusion de nouveaux contrats. Les primes ont été contractualisées, sans référence à des dispositions statutaires.

Dans les contrats, une formule est incluse stipulant que l'agent perçoit, « *le cas échéant, le supplément familial de traitement et les primes et indemnités légales ou réglementaires rattachées à la fonction exercée* ». Le CHU précise que ces primes et indemnités se limitent à celles réglementairement possibles, soit l'indemnité pour travail le dimanche et jours fériés, l'indemnité pour travail intensif de nuit, l'indemnité pour travail dangereux, incommode, insalubre ou salissant.

Cette formulation mériterait d'être précisée encore davantage afin de ne laisser aucun doute sur les primes et indemnités qui peuvent être attribuées et sur le régime de rémunération mis en place par le décret de 2015.

9.4.2.1. Primes et indemnités réservées aux titulaires et stagiaires versées à des personnels non titulaires

Même si cette situation est en extinction progressive au fur et à mesure des renouvellements de contrats, la chambre relève le versement à des agents contractuels de primes et indemnités non prévues par les lois et règlements sur la paye de décembre 2015 :

- Prime spécifique pour un total de 7 060,50 € ;
- Prime spéciale de début de carrière pour un total de 6 223,46 € ;
- Prime de technicité versée aux ingénieurs contractuels pour un total de 73 572,18 €.

9.4.2.2. Indemnité horaire pour travail normal de nuit et majoration pour travail intensif versée aux ingénieurs

L'indemnité horaire pour travail de nuit et la majoration pour travail intensif sont attribuées pour compenser des contraintes subies et des risques encourus dans l'exercice des fonctions des agents bénéficiaires. C'est le décret n° 88-1084 du 30 novembre 1988 qui détermine les conditions d'attribution de ce régime indemnitaire.

Les fonctionnaires titulaires et stagiaires qui assurent totalement ou partiellement leur service normal dans le cadre de la durée hebdomadaire du travail entre 21 heures et 6 heures perçoivent ces indemnités horaires. Lorsque le service normal de nuit nécessite un travail intensif, les indemnités horaires susvisées font l'objet d'une majoration.

Le montant de l'indemnité est de 0,17 € de l'heure pour un travail normal et de 0,90 € de l'heure pour un travail intensif.

D'une manière générale, les bénéficiaires sont les corps médico-sociaux et de soins, l'ensemble des personnels concourant aux soins dans les services d'admission d'urgence et les services mobiles de secours d'urgence, les agents assurant la conduite des chaudières et des moteurs et les personnels affectés dans les standards téléphoniques desservant au moins 500 lits.

Au CHU de Rennes, l'indemnité horaire pour travail normal de nuit et la majoration pour travail intensif a été versée en 2015 à certains ingénieurs.

Interrogé sur ce versement à des agents de niveau ingénieur, le CHU a indiqué avoir découvert un problème lié à la saisie des demi-journées de RTT dans le logiciel « eplanning » : *« lorsqu'un demi RTT est posé, [il a été] découvert que cela générait le paiement d'indemnité de travail intensif de nuit. Ce problème a été remonté à l'éditeur de ce logiciel à plusieurs reprises sans qu'une solution soit apportée à ce jour. Ce problème devrait être résolu avec la mise en place de la version V16 du logiciel eplanning », ce dont la chambre prend note.*

9.4.2.3. Indemnité de sujétion spéciale

Une chargée de communication a perçu, en décembre 2015, l'indemnité de sujétion spéciale pour 268,40 €. Or, l'intéressée ne pouvait percevoir cette indemnité, que l'établissement justifie indirectement en indiquant qu'aucune rémunération variable n'a été intégrée dans le contrat de travail.

L'article 1^{er} du décret n° 90-693 du 1^{er} août 1990 dispose en effet que « *les fonctionnaires et stagiaires des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi du 9 janvier 1986 susvisée, à l'exception des personnels de direction et des pharmaciens, et les personnels contractuels exerçant des fonctions similaires à celles des personnels titulaires précités bénéficient d'une indemnité de sujétion spéciale* ».

9.4.2.4. Complément de rémunération versé aux directeurs généraux

Les directeurs généraux de CHU sont détachés et employés sur la base d'un contrat de droit public, en application de l'article 8 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Le plafond fixé par le décret n° 2012-748 du 9 mai 2012 pour la part fonctionnelle du complément de rémunération, attribuée aux directeurs de CHU, soit 35 % de la rémunération annuelle brute de base, a été respecté au CHU de Rennes.

La part performance, plafonnée à 30 % du total de la rémunération annuelle brute de base et de la part fonctionnelle, est également conforme au plafond pour les deux intéressés : respectivement 27 386 € et 21 032 €, pour l'exercice 2015.

En revanche, le complément de rémunération, dans sa part liée à la performance, est attribué au contractant, après évaluation et en fonction des résultats obtenus dans l'atteinte des objectifs fixés, notamment, par sa lettre de mission initiale. Son montant est calculé au prorata de la durée d'occupation de l'emploi au cours de l'année au titre de laquelle elle est perçue. Le taux et, si possible, le montant de ce complément de rémunération lié à la performance sont communiqués à l'évalué à l'issue de l'entretien d'évaluation et confirmés par courrier par le directeur général de l'agence régionale concernée, dans le délai d'un mois.

Or, en mars 2016, au titre de l'exercice 2015, le premier des deux intéressés a perçu le maximum possible de cette part (1 972,27 €), alors qu'il n'a pas exercé effectivement de fonctions au CHU de Rennes, étant en congé tout au long de l'année, dans l'attente de son départ à la retraite. Il disposait notamment de 232 jours sur son CET au 30 novembre 2014.

En effet, par arrêté du 15 septembre 2014 de la directrice générale du CNG (centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière)⁶², l'intéressé était réintégré au CHU en qualité de directeur adjoint hors classe (7^{ème} échelon, hors échelle B, 3^{ème} chevron), du 1^{er} décembre 2014 au 31 janvier 2016. Cette décision s'est accompagnée, dans la lettre de transmission du 14 octobre 2014, du maintien de l'intégralité du « *niveau global de rémunération* » durant les congés annuels et pris au titre du CET. La directrice du CNG avait indiqué que les « *droits à rémunération et au régime indemnitaire ayant été constitués alors qu'[il était] chef d'établissement, il a été décidé de [lui] conserver à titre personnel l'intégralité de [son] niveau global de rémunération durant la période pendant laquelle [il] bénéfici[er] des congés dus au titre des congés annuels et du compte épargne temps* ».

9.4.3. Les modalités de rémunération d'un ancien directeur général

Les montants versés par le CHU à l'ancien directeur général et non remboursés par le CNG totalisent 177 321,29 € en brut, entre le 1^{er} décembre 2014 et le 31 janvier 2016, son départ à la retraite étant intervenu le 1^{er} février 2016.

L'article 25-1 du décret n° 2005-921 du 21 août 2005 portant statut particulier des grades et emplois des personnels de direction des EPS dispose que « *la recherche d'affectation est la situation dans laquelle les personnels de direction sont placés, compte tenu des nécessités du service, auprès du CNG, soit sur leur demande, soit d'office, en vue de permettre leur adaptation ou leur reconversion professionnelle ou de favoriser la réorganisation ou la restructuration des structures hospitalières. Le placement d'un fonctionnaire en recherche d'affectation est prononcé, après avis de la commission administrative paritaire nationale et pour une durée maximale de deux ans, par arrêté du directeur général du CNG qui exerce à son égard toutes les prérogatives reconnues à l'autorité investie du pouvoir de nomination* ».

Selon l'article 25-2, la rémunération de l'intéressé est alors assurée par le CNG et « *comprend notamment son traitement indiciaire et un régime indemnitaire dont le montant est fixé par arrêté du directeur général du CNG* ».

Même s'il est visé par l'arrêté de la directrice du CNG, le décret de 2005 ne trouve pas à s'appliquer au cas d'espèce, puisqu'il n'y a pas recherche d'affectation.

La décision vise également, de manière globale, le décret n° 2012-748 du 9 mai 2012. Celui-ci, dans son article 5, dispose que, « *lorsqu'un fonctionnaire occupant un des emplois fonctionnels régis par le présent décret se trouve, à l'issue de son détachement, dans la situation d'obtenir, dans un délai égal ou inférieur à deux ans, la liquidation de ses droits à pension au taux maximum défini par son régime de retraite, une prolongation exceptionnelle de détachement dans le même emploi peut lui être accordée, sur sa demande, pour une période maximale de deux ans* ».

Cependant, l'intéressé n'a pas été maintenu dans son emploi fonctionnel de directeur général, mais bien réintégré dans l'établissement avec le grade de directeur adjoint hors classe.

⁶² Etablissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la santé, le CNG assure notamment la gestion statutaire et le développement des ressources humaines des praticiens hospitaliers et des directeurs de la fonction publique hospitalière (secteurs sanitaire, social et médico-social).

Dans le dernier alinéa de son article 4, le même décret dispose que, « *lorsqu'un fonctionnaire détaché dans un des emplois fonctionnels régis par le présent décret se voit retirer cet emploi en raison d'une restructuration ou d'une réorganisation de l'établissement dont il relève, il conserve dans son nouvel emploi, à titre personnel et s'il y a intérêt, pendant une période de deux ans à compter de la perte de l'emploi fonctionnel, le traitement qu'il détenait dans cet emploi fonctionnel* ».

Le remplacement d'un directeur général par un autre n'entre pas dans la catégorie des restructurations ou réorganisations d'établissement. A tout le moins, sans référence précise dans l'arrêté de la directrice du CNG et alors même que le maintien de la rémunération a été matérialisé dans un simple courrier de transmission, la décision était ambiguë et contestable.

En revanche, l'article 2 du décret n° 2007-704 du 4 mai 2007, relatif à l'organisation et au fonctionnement du centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière, non visé dans la décision de la directrice du CNG alors qu'il concerne généralement ce dernier organisme, paraît trouver à s'appliquer au cas d'espèce.

En effet, cet article prévoit que « *le directeur général du CNG assure : (...)*
4° la gestion et la rémunération des personnels de direction, des directeurs des soins et des praticiens hospitaliers en recherche d'affectation ; (...)
7° le remboursement à leur établissement d'affectation des rémunérations des praticiens hospitaliers, personnels de direction, des directeurs des soins et directeurs des soins en surnombre (...) ».

L'arrivée d'une nouvelle directrice générale au CHU en 2015, puis le remplacement du directeur général adjoint, ont fait que, pendant la quasi-totalité de la période concernée, l'intéressé a été, de fait, en surnombre, le nombre de directeurs ayant d'ailleurs continué à progresser, de 21 à 26.

L'ambiguïté de la décision de la directrice du CNG a conduit à imputer la charge sur le budget de l'hôpital (compensée partiellement par une reprise de provision pour CET), ce dernier et l'intéressé n'étant nullement responsables de la situation et n'étant pas dans l'irrégularité au regard de l'arrêté de 2014 qui les couvre. Cette pratique n'est d'ailleurs pas spécifique au CHU de Rennes.

Cependant, les directeurs d'établissement, partant à la retraite et placés en congés, se voient maintenir leur niveau de traitement et de primes de directeur ou directeur général, alors qu'ils ne sont plus que directeurs adjoints et qu'ils ne sont pas destinés à reprendre une activité réelle. Le CNG, dont c'est le rôle, devrait pouvoir prendre le relais des établissements et assurer l'emploi et le paiement de tels personnels.

9.4.4. L'hébergement des directeurs

9.4.4.1. Règles applicables

Selon le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 pris en application de l'article 77 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les fonctionnaires bénéficiant de concessions de logement par nécessité absolue de service (NAS) sont logés par priorité dans le patrimoine de l'établissement.

Les fonctionnaires occupant les emplois des corps et des statuts fonctionnels des personnels de direction et des directeurs des soins des établissements bénéficient de concessions de logement par NAS. Ces concessions sont attribuées en contrepartie de la participation de ces personnels aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public qui leur sont dévolues.

Les concessions de logement accordées par NAS comportent, d'une part, la gratuité du logement nu dépourvu de biens meubles et, d'autre part, la fourniture à titre gratuit de l'électricité, du chauffage, du gaz et de l'eau, à l'exclusion de toute autre prestation, qui fait alors l'objet d'un remboursement, à la valeur réelle, à l'établissement.

Les concessions de logement sont précaires et révocables. Leur durée est limitée à la période au cours de laquelle les fonctionnaires concernés occupent les emplois qui les justifient. Dans tous les cas où la concession vient à expiration, les intéressés doivent quitter les lieux, sous peine de faire l'objet de mesures d'expulsion, à la requête de l'établissement.

9.4.4.2. Concessions de logement accordées par nécessité absolue de service

Selon l'article L. 242-1 du code de la Sécurité sociale, « *pour le calcul des cotisations de sécurité sociale, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature (...)* ». L'article 82 du code général des impôts dispose par ailleurs que « *le montant des rémunérations allouées sous la forme d'avantages en nature est évalué selon les règles établies pour le calcul des cotisations de sécurité sociale* ».

L'URSSAF s'aligne par ailleurs sur l'administration fiscale en matière d'assujettissement de l'avantage en nature « logement de fonction », c'est-à-dire que la somme intégrée au titre de l'avantage en nature logement est égale à la valeur locative brute du logement (sur la base retenue pour la taxe d'habitation), diminuée d'un abattement qui ne peut être inférieur au tiers pour tenir compte de sujétions liées aux gardes. L'abattement peut être modulé en fonction de la taille du logement et de la composition du foyer et peut alors atteindre 43 %. Les avantages annexes (chauffage, électricité, etc.) sont intégrés à part, sur la base soit de leur valeur réelle (relevé de compteur), soit d'une estimation si cela n'est pas possible.

Au 1^{er} janvier 2016, 11 directeurs bénéficient de cet avantage en nature, dont trois dans le parc privé et huit dans des logements appartenant au CHU (cinq logements sont vacants dans l'attente de leur cession dans le cadre de la politique immobilière de l'établissement).

Le CHU a précisé la valorisation au m² retenue, qui n'appelle pas d'observation particulière, de même que les conditions financières de mise à disposition des logements et la déclaration des avantages accordés.

Le bénéfice individuel des concessions de logement est accordé par décision du directeur d'établissement, en application de l'article 10 du décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010.

Le CHU a apporté les décisions en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Elles sont établies uniquement pour les logements propriété du CHU, et non pour les logements loués par le CHU. Aucune convention de mise à disposition des logements aux agents concernés n'a été fournie par l'établissement. Les baux de location ne peuvent tenir lieu de décisions individuelles, sur le plan formel.

Les baux sont d'une durée de trois ans, entre le bailleur et le CHU. En cas de départ du résident, le CHU continue donc d'acquitter une location. Certes, les directeurs sont normalement remplacés poste à poste et, tant que le CHU conserve des propriétés dont il se sépare progressivement, des logements loués devenus vides peuvent être attribués à d'autres personnels.

L'établissement, qui est le loueur et le payeur, n'a pas établi de procédure formalisée pour la recherche de logement dans le secteur privé et entérine *in fine* les logements choisis. Outre la désignation d'une autorité décisionnaire et les différentes étapes de validation, prenant en compte une mise à disposition au directeur concerné, une telle procédure permettrait de définir des critères : éloignement et accès au CHU, par exemple à travers un périmètre de localisation ; plafonds de surface et de prestations du logement, par exemple en fonction de la composition du foyer ; plafond de loyer, par exemple en fonction de la capacité de prise en charge par le CHU et en lien avec le montant de l'indemnité compensatrice de logement ; existence ou non de frais d'agence ou d'étude notariale.

La chambre demande à l'établissement de formaliser une procédure pour la recherche de logement dans le secteur privé et de conclure des conventions de mise à disposition avec les occupants pour les logements.

En réponse, le CHU considère que la réglementation ne l'y oblige pas, mais indique qu'il établira de telles conventions et qu'il formalisera la procédure de recherche.

9.4.4.3. Indemnité compensatrice mensuelle

A défaut de se voir octroyer un logement, l'agent peut percevoir une indemnité compensatrice de logement. La prime peut être attribuée aux personnels de direction à statut fonctionnel, ainsi qu'aux directeurs de soins, pour leur participation aux gardes de direction et des sujétions de responsabilité permanente et de continuité du service public.

En décembre 2015, neuf directeurs ont bénéficié de cette indemnité.

L'ancien directeur général a perçu l'indemnité de logement jusqu'à son départ à la retraite. Par courrier du 14 octobre 2014, la directrice du CNG avait indiqué que les « *droits à rémunération et au régime indemnitaire ayant été constitués alors qu'[il était] chef d'établissement, il a été décidé de [lui] conserver à titre personnel l'intégralité de [son] niveau*

global de rémunération durant la période pendant laquelle [il] bénéficiaire[a] des congés dus au titre des congés annuels et du compte épargne temps ».

Pendant cette période, l'intéressé était certes en période d'activité, mais le CNG lui-même actait le fait qu'il était, sans discontinuer, en congés au titre de son compte épargne temps et des congés annuels dus au titre de l'année 2016.

Il ne participait donc pas aux gardes de direction et ne subissait pas de sujétions particulières. Certes, l'article 15 du décret du 8 janvier 2010 prévoit que les personnels concernés conservent, à leur demande, le bénéfice des concessions de logement pendant toute la durée de leur absence liée directement à l'utilisation des jours accumulés sur leur compte épargne-temps. Mais l'intéressé bénéficiait aussi de congés annuels, qui ne sont pas visés par le décret.

Enfin, le maintien de l'indemnité compensatrice de logement s'est faite au taux de la zone C, l'intéressé ne résidant plus à Rennes ou dans son agglomération, ce qui confirme bien le fait qu'il ne pouvait participer aux gardes administratives et aux sujétions pesant sur les personnels de direction.

Hormis ce cas spécifique dont ni l'établissement ni l'intéressé ne sont responsables, la chambre souligne que, de manière générale, il est plus souple et de meilleure gestion pour un établissement hospitalier de recourir aux indemnités compensatrices de logement, plutôt que d'entretenir un parc de logements de fonction, d'une part, ou de prendre en charge des locations dans le parc privé, d'autre part. Cette solution doit être privilégiée autant que possible.

9.5. LE TEMPS DE TRAVAIL

9.5.1. Durée

Catégories	Effectif	Au prorata de la quotité de temps de travail
Agents à repos fixe	3 406	3 161,53
Agents à repos variable :		
Travail +10 dimanches et jours fériés	1 119	1 047,29
Travail +20 dimanches et jours fériés	1 463	1 409,05
Nuit	762	707,05
Total général	6 750	6 324,92

Source : CHU de Rennes

A compter du 1^{er} janvier 2002, le temps de travail annuel pour le PNM du CHU de Rennes se monte à :

- 1 556,3 heures pour les agents à repos fixe, avec une « référence annuelle » de 1 568 heures ;
- 1 533,3 heures pour les agents à repos variable, avec une « référence annuelle » de 1 540 heures ;
- 1 540 heures pour les agents travaillant de nuit, valeur identique à la référence annuelle.

Le rythme hebdomadaire alors retenu était de 38h20, ouvrant droit à 20 jours de RTT pour un agent à temps plein.

Aujourd'hui, la référence hebdomadaire est de 37h30 pour le personnel de jour et de 32h30 pour le personnel de nuit.

Le régime des jours fériés retenu fait bénéficier les agents à repos variables des 11 jours fériés possibles, qu'ils soient ou non effectivement travaillés. Cette mesure n'est pas exclusive des deux jours de repos compensateur dont ils bénéficient par ailleurs. Le nombre de jours à travailler est, pour eux, de 221 jours, ou 1 547 heures, quelle que soit l'année.

Pour les agents à repos fixe, une durée annuelle est calculée chaque année, en fonction du calendrier des jours fériés et de l'éventuel caractère bissextile. Ainsi, en 2016, le nombre de jours théoriques travaillés est de 226, soit 1 582 heures.

Pour le personnel de nuit, la durée est de 1 457 heures annuelles.

Le forfait annuel en jours est possible pour les cadres A comme pour les cadres B et C en fonction de la nature de leurs fonctions et des missions qu'ils exercent. Il consiste en un volant de 20 jours de RTT, défalqué du calcul théorique annuel et réduit de la journée de solidarité, soit 19.

Le décompte horaire conduit à retenir une journée de travail à 7h30 et un nombre de jours de RTT de 14 (15 moins la journée de solidarité).

Le temps de travail inclut 20 minutes de temps de pause, dont 10 minutes accolées à la pause méridienne pour permettre aux agents « *de se rendre dans les meilleures conditions possibles aux restaurants du personnel* ».

Un temps de trajet forfaitaire de 30 minutes est institué pour « *se rendre d'un site à l'autre du CHU pour une réunion sur ordre du jour* » (15 minutes entre Pontchaillou et Hôtel-Dieu). L'ensemble Pontchaillou est bien décompté comme un seul site.

Le temps d'habillage et de déshabillage, lorsque le port d'une tenue de travail est rendu obligatoire, est de cinq minutes. Il est explicitement précisé que le simple port d'une blouse ne rentre pas dans ce cas de figure.

En application du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 relatif au temps de travail et à l'organisation du travail dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, la durée du travail est fixée à 35 heures par semaine dans les établissements publics de santé ; le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 607 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées. Cette durée est réduite à 1 582 heures pour les agents en repos variable (agents soumis à des sujétions spécifiques) et à 1 476 heures pour les agents travaillant exclusivement de nuit.

En conséquence, le volume d'heures non travaillées par rapport aux références légales est le suivant, sur la base de la fiche n°6 d'octobre 2015 du guide de gestion interne du temps de travail pour 2016 :

- Agents en repos fixe : $(1\ 607 - 1\ 603) \times 3\ 161,53 = 12\ 646,12$ heures, soit environ 8 ETP ;
- Agents en repos variable : $(1\ 582 - 1\ 566) \times (1\ 047,29 + 1\ 409,05) = 39\ 301,44$ heures, soit environ 25 ETP.

La chambre constate que le précédent directeur général du CHU avait obtenu un rapprochement du temps de travail effectif des références légales et que les temps annexes de déplacement et d'habillage-déshabillage avaient vu leurs définitions revues plus rigoureusement et plus précisément, ce qui était positif pour l'établissement.

La chambre souligne toutefois que l'obligation annuelle de travail au CHU reste en-deçà des différents niveaux de référence fixés par la loi pour les diverses catégories de personnels. Si cette situation est légale puisque les références légales ne sont que des plafonds, le total d'heures non effectuées dépasse un volume de 33 ETP. Tout en reconnaissant l'effort déjà effectué de réduction du nombre de jours de RTT, la chambre préconise qu'il soit poursuivi.

9.5.2. Le temps partiel

Effectifs et ETP selon la quotité de temps de travail (tous statuts)

Quotité	2011		2012		2013		2014		2015	
	Effectifs	ETP	Effectifs	ETP	Effectifs	ETP	Effectifs	ETP	Effectifs	ETP
< 50%	31	7,7	25	5,5	32	6,22	38	7,0	37	7,32
50%	174	87,0	156	78,0	155	77,50	136	68,0	135	67,50
60%	58	34,8	61	36,6	61	36,60	46	27,6	57	34,20
70%	33	23,1	38	26,6	37	25,90	42	29,4	35	24,50
75%	114	85,5	142	106,5	131	98,25	121	90,8	104	78,00
80%	1 145	916,0	1 058	846,4	1 086	868,80	1 096	876,8	1 093	874,40
90%	364	327,6	406	365,4	428	385,20	439	395,1	472	424,80
100%	4 741	4 741,0	4 704	4 704,0	4 763	4 763,00	4 862	4 862,0	4 817	4 817,00
TOTAL	6 660	6 222,7	6 590	6 169,0	6 693	6 261,47	6 780	6 356,6	6 750	6 327,72
Part du temps partiel	28,8%	23,8%	28,6%	23,7%	28,8%	23,9%	28,3%	23,5%	28,6%	23,9%

Source : CHU de Rennes, à partir des bilans sociaux

Au niveau national, en effectifs, la proportion du temps partiel parmi le PNM était de 21,2 % au 31 décembre 2013 pour les fonctionnaires et de 22,5 % tous statuts confondus (rapport général sur l'état de la fonction publique). La situation du CHU est donc significativement au-dessus de la moyenne nationale.

La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière prévoit que les fonctionnaires autorisés à travailler à temps partiel perçoivent une fraction de la rémunération d'un agent à temps plein. Toutefois, dans le cas de services représentant 80 ou 90 % du temps plein, cette fraction est égale respectivement à 6/7 (85,71 %) et à 32/35 (91,43 %), ce qui conduit à une sur-rémunération pour ces deux catégories de temps partiel.

Surcoût des agents à temps partiel

	Dépenses du titre 1 (en €)	ETP rémunérés	Coût moyen par ETP (en €)	Effectif à 80 % payé 6/7	Surcoût moyen des temps partiels à 80 % (en €)	Effectif à 90 % payé 32/35	Surcoût moyen des temps partiels à 90 % (en €)
2011	278 242 447	6 234,81	44 627,25	1 108	2 825 542,68	342	218 036,01
2012	280 201 917	6 217,38	45 067,52	1 004	2 585 588,18	379	244 008,45
2013	286 065 671	6 290,13	45 478,50	1 017	2 642 950,49	383	248 832,36
2014	293 085 249	6 330,78	46 295,28	1 012	2 677 190,06	403	266 528,56
2015	300 461 714	6 397,52	46 965,34	1 011	2 713 254,89	438	293 868,85

Source : CHU de Rennes, à partir des bilans sociaux

Le surcoût lié à la rémunération particulière des personnels à 80 et 90 % s'élève à environ 3 M€ et à 64 ETP.

Selon l'établissement, la part des temps partiels de droit est d'environ 40 %. De plus, ce régime compenserait la tendance à l'allongement des carrières et le refus du temps partiel pourrait entraîner un surcoût d'absentéisme. La chambre constate toutefois que le niveau du temps partiel, significativement supérieur à la moyenne nationale, induit un surcoût croissant pour le CHU, en raison de la sur-rémunération des agents à 80 et 90 %, conséquence d'une disposition nationale. Le CHU pourrait envisager de mieux suivre le temps partiel.

9.5.3. Le régime des congés, des autorisations spéciales d'absence et des absences syndicales

La DRH a établi un guide de gestion sur les autorisations spéciales d'absence (ASA) et les absences autorisées, régulièrement remis à jour. Un guide de gestion existe également sur l'exercice du droit syndical, qui rappelle et détaille l'application des dispositions réglementaires.

Les ASA pour médailles ne sont pas prévues par les articles R. 411-41 à 411-53 du code des communes. Elles sont de 1 à 3 jours en fonction de la nature de la médaille (argent, vermeil, or).

Autorisations spéciales d'absence

(en jours)	2011	2012	2013	2014	2015
TOTAL, dont :	5 366,2	5 396,1	5 187,4	5 270,4	5 385,5
Garde enfant malade	1 852,0	1 709,0	1 662,5	1 613,9	1 909,1
Décès parent 1 ^{er} degré	604,6	726,3	733,5	747,1	689,5
Décès parent 2 ^e degré	316,6	410,1	303,2	261,0	304,0
Mariage agent	434,7	483,5	514,2	504,5	450,2
Naissance enfant	164,0	145,0	154,0	170,0	132,0
Médaille d'honneur	417,0	463,0	492,0	529,0	454,0
Congés pédagogiques pour les formateurs	616,5	630,0	569,4	614,0	584,0
Formation syndicale	404,6	393,1	311,0	330,6	303,0
Concours	197,8	85,0	152,0	144,3	134,6
ASA payée sans indication du motif	63,5	67,0	19,0	37,8	96,7

Source : CHU de Rennes

La mise en œuvre des autorisations d'absence et des décharges pour activités syndicales n'appellent pas de remarque particulière.

Les ASA représentent un volume d'environ 24 ETP et les autorisations d'absence pour motif syndical environ 21 ETP.

9.5.4. Le compte épargne temps (CET)

Le décret n° 2012-1366 du 6 décembre 2012 a réformé les modalités de fonctionnement des CET dans la fonction publique hospitalière. Désormais, subsiste un CET « historique » pour la gestion des jours accumulés avant le 1^{er} janvier 2012 et a été institué un CET « pérenne » pour les jours épargnés depuis cette date. Les arrêtés du 17 avril 2014 ont confirmé, pour le PM comme pour le PNM, la nécessité de provisionner l'ensemble des jours de CET.

Stock total de jours épargnés sur CET du PM, au 31 décembre

	CET historique	CET pérenne	CET global
2010	16 208,3	0,0	16 208,3
2011	18 421,3	0,0	18 421,3
2012	20 755,0	0,0	20 755,0
2013	16 379,0	3 106,5	19 485,5
2014	13 179,5	6 183,0	19 362,5
2015 (estimation)	10 971,0	8 314,3	19 285,3

Source : CHU de Rennes

En 2014, le volume moyen s'élève au CHU de Rennes à 28 jours par PM en ETPR et 33 jours environ en effectif physique, contre 22,7 pour les PM (ETPR) des CHU au niveau national et 25,1 jours pour les PM de l'ensemble des CH, selon la synthèse des bilans sociaux réalisée par l'ATIH (échantillon de 16 CHU et 348 établissements au total).

Depuis 2013, les jours versés par le PM sur CET sont compensés par le nombre de jours exercés et monétisés, ce qui stabilise globalement le stock de jours de CET.

Le provisionnement se fait à hauteur de 300 € forfaitaires, augmentés des cotisations patronales, soit environ 46 % et un coût chargé de 438 €.

Jours de CET du PM monétisés

	Jours (en nombre)	Montant indemnisé (en €)
2013	2 560,0	768 000
2014	1 155,0	346 500
2015	1 721,5	516 450

Source : CHU de Rennes

Chaque année, en revanche, les jours épargnés par le PNM excèdent les jours exercés et monétisés d'environ 2 000 à 2 500, accroissant mécaniquement le stock de jours de congés sur CET. Le volume d'heures supplémentaires épargnées accentue ce phénomène.

Stock total de jours épargnés sur CET du PNM, au 31 décembre

	CET historique	CET pérenne	CET global
2010	14 627,46	0,00	14 627,46
2011	16 734,47	0,00	16 734,47
2012	15 072,64	3 083,83	18 156,47
2013	12 760,75	7 346,90	20 107,65
2014	11 715,55	10 989,00	22 704,54
2015	10 561,07	14 386,34	24 947,41

Source : CHU de Rennes

Stock de jours épargnés sur CET, au 31 décembre, par catégorie de PNM

	Catégorie A			Catégorie B			Catégorie C		
	CET historique	CET pérenne	CET global	CET historique	CET pérenne	CET global	CET historique	CET pérenne	CET global
2010	7 063,61		7 063,61	3 701,24		3 701,24	3 862,61		3 862,61
2011	8 268,30		8 268,30	4 195,43		4 195,43	4 270,74		4 270,74
2012	7 459,66	1 549,43	9 009,09	3 528,55	679,26	4 207,81	4 084,43	855,14	4 939,57
2013	6 262,38	3 566,27	9 828,65	3 073,69	1 701,46	4 775,15	3 424,68	2 079,17	5 503,85
2014	5 952,44	5 406,20	11 358,64	2 734,61	2 761,83	5 496,45	3 028,49	2 820,97	5 849,46
2015	5 346,63	7 144,11	12 490,74	2 380,50	3 519,23	5 899,73	2 833,94	3 722,99	6 556,94

Source : CHU de Rennes

En 2014, le volume moyen est de 3,3 jours par PNM en effectif physique contre 4 jours pour les PNM des CHU au niveau national et 3,5 jours pour les PNM de l'ensemble des CH, selon la synthèse des bilans sociaux réalisée par l'ATIH (échantillon de 16 CHU et 348 établissements au total).

Le nombre de jours par agent du PNM ayant recours au CET atteint 19,5 au 31 décembre 2015.

Les coûts d'indemnisation par jour sont respectivement de 125 €, 80 € et 65 € pour les personnels de catégorie A, B et C, soit 147 €, 46 €, 94,38 et 76,68 € en incluant les charges patronales.

Montants d'indemnisation de jours de CET monétisés, au 31 décembre, par catégorie de PNM

(en €)	A	B	C	Total
2011	0,00	0,00	520,00	520,00
2012	0,00	1 200,00	0,00	1 200,00
2013	24 298,75	5 600,00	2 453,75	32 352,50
2014	42 960,00	8 456,80	4 891,25	56 308,05
2015	65 208,75	15 864,80	6 474,00	87 547,55

Source : CHU de Rennes

Au CHU, l'obligation de prendre 20 jours de congés annuels au minimum dans l'année limite à huit le nombre de jours qui peuvent être versés sur le CET.

Le processus de certification des comptes par les commissaires aux comptes a abouti à une régularisation des montants de provisions à fin 2015.

Provisions au compte 153 au 31 décembre 2015

Budget	Montant en euros
H	11 157 299,00
B	6 403,00
C	137 825,00
E	24 270,00
P	22 557,00
Tous budgets confondus	11 348 354,00

La gestion et le suivi des CET, ainsi que l'information correspondante des personnels, n'appellent pas de remarques particulières.

En revanche, la dérive du système, qui n'est pas spécifique au CHU de Rennes, et met en jeu des niveaux extrêmement importants de jours épargnés, notamment en ce qui concerne le personnel médical, engendre des dépenses ou des absences de personnel, notamment médical, alors même que le CHU limite de fait le nombre de jours pouvant être épargnés.

9.6. L'ABSENTEISME ET L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

9.6.1. Données générales

Absentéisme du personnel médical au CHU de Rennes

	2013		2014		2015	
	Nombre total de jours	Jours par personnel	Nombre total de jours	Jours par personnel	Nombre total de jours	Jours par personnel
Absentéisme médical	3 561	1,44	2 894	1,14	4 501	1,72
Absentéisme non médical	3 387	1,37	4 796	1,89	4 450	1,70

Source : bilans sociaux

Nombre moyen de jours d'absence par PM au CHU de Rennes

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie ordinaire	2,4	2,6	3,3	3,1	2,9	3,2
Longue maladie, longue durée	2,0	1,8	1,4	1,4	0,6	1,8
Accident du travail, de trajet, maladie professionnelle	0,1	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4
Maternité, paternité, adoption	4,8	3,4	6,5	4,3	5,8	5,3
Total	9,6	8,0	11,2	8,8	9,3	10,6

Source : bilans sociaux

L'absentéisme du PM apparaît globalement stable au CHU, essentiellement lié à un motif sur lequel l'établissement n'a pas de prise (congés de maternité, paternité et d'adoption).

En 2012, les jours de carence ont représenté un montant total de 8 286 € pour le PM, pour 78 jours.

Nombre moyen de jours d'absence par PM en 2014

	CHU de Rennes	CHU	Tous types de CH
Maladie ordinaire	2,9	nd	3,5
Longue maladie, longue durée	0,6	nd	1,5
Accident du travail, de trajet, maladie professionnelle	0,0	nd	0,4
Maternité, paternité, adoption	5,8	nd	3,7
Total	9,3	9,6	9,1

Source : bilans sociaux. Synthèse des bilans sociaux de l'ATIH.
Echantillon national de 19 CHU et 324 établissements au total.
nd : non disponible

Le CHU de Rennes se situe dans la moyenne des établissements hospitaliers en matière d'absentéisme du PM. Cependant, il maîtrise mieux son absentéisme pour motif médical, les niveaux comparables résultant de congés de maternité, de paternité et d'adoption moins nombreux au niveau national.

Nombre moyen de jours d'absence par PNM au CHU de Rennes

	2012	2013	2014	2015
Maladie ordinaire	12,8	12,6	13,0	13,6
Longue maladie, longue durée	3,8	3,6	3,2	3,8
Accident du travail, de trajet, maladie professionnelle	2,8	3,0	3,0	2,6
Maternité, paternité, adoption	6,4	6,0	5,8	5,8
Total	25,8	25,2	24,9	25,9

Source : bilans sociaux

En ce qui concerne le PNM, l'absentéisme apparaît globalement stabilisé, avec une maîtrise satisfaisante des accidents de travail et maladies professionnelles, mais une légère dégradation des absences pour maladie ordinaire. La durée moyenne d'une absence pour maladie ordinaire est d'ailleurs élevée, de près de 27 jours en 2015.

En 2012, les jours de carence ont représenté un montant total de 488 625 € pour le PNM, pour 3 909 jours.

Il convient de rappeler que, selon l'assureur SOFAXIS qui commercialise des contrats couvrant le risque d'absentéisme, le coût de l'absentéisme serait d'environ 2 800 € par agent.

Nombre moyen de jours d'absence par PNM

	2013	2014	2015
Aides-soignants et auxiliaires de puériculture	33,9	34,5	33,7
Infirmières	28,4	25,7	28,7
Agents des services hospitaliers	24,6	24,6	29,6
<i>Personnels des services de soins</i>	28,6	27,8	29,6

Source : bilans sociaux

Le niveau d'absentéisme des personnels soignants évolue à des niveaux très significatifs. Si le taux d'absentéisme des plus de 55 ans (8,9 % en 2015) est plus élevé que celui des moins de 25 ans (2,7 %) et que celui des 41-55 ans (5,9 %), c'est la tranche d'âge 25-40 ans qui présente le taux le plus élevé (9,4 %), surtout parmi le personnel soignant (11 %).

Nombre moyen de jours d'absence par PNM en 2014

	CHU de Rennes	CHU	Tous types de CH
Maladie ordinaire	13,0	nd	13,1
Longue maladie, longue durée	3,2	nd	5,6
Accident du travail, de trajet, maladie professionnelle	3,0	nd	3,4
Maternité, paternité, adoption	5,8	nd	5,3
Total	24,9	27,5	27,4
dont personnels de soins	27,8	30,5	29,6

Source : bilans sociaux. Synthèse des bilans sociaux de l'ATIH.
Echantillon national de 19 CHU et 324 établissements au total.
nd : non disponible

En matière d'absentéisme du PNM, la comparaison avec les autres CHU et les autres CH est favorable au CHU de Rennes, quel que soit le type de personnels et le motif d'absence. Le niveau absolu de l'absentéisme reste toutefois très élevé, représentant cinq semaines de travail par agent.

Taux d'absentéisme du PNM

	2012	2013	2014	2015
CHU de Rennes	7,4 %	7,4 %	7,4 %	7,5 %
CHU	7,4 %	8,0 %	8,1 %	nd
Tous types de CH	7,4 %	7,8 %	7,9 %	nd

Source : bilans sociaux. Synthèse des bilans sociaux de l'ATIH.
Echantillons nationaux respectifs de 15, 14 et 19 CHU et de 188, 244 et 324 établissements au total.
nd : non disponible

Taux d'absentéisme du personnel de soins

	2012	2013	2014	2015
CHU de Rennes	8,5 %	8,5 %	8,2 %	8,6 %
CHU	8,2 %	8,8 %	9,1 %	nd
Tous types de CH	8,1 %	8,0 %	8,7 %	nd

Source : bilans sociaux. Synthèse des bilans sociaux de l'ATIH.
Echantillons nationaux respectifs de 15, 14 et 19 CHU et de 188, 244 et 324 établissements au total.
nd : non disponible.

L'évolution de l'absentéisme du PNM, si elle n'est pas allée dans un sens positif au CHU de Rennes, s'est toutefois nettement moins dégradée qu'au niveau national.

Selon les données Hospidiag, qui ne recouvrent pas le même périmètre, le taux d'absentéisme du PNM se situait à 5,8 % en 2015, c'est-à-dire au niveau du 2^e décile des CHU, qu'il s'agisse de la catégorie ou de la typologie d'établissements comparable.

Le taux de fréquence des accidents du travail avec arrêt est relativement maîtrisé : 21,91 par million d'heures travaillées en 2015, niveau équivalent à celui de 2012 après une augmentation en 2013-2014.).

En revanche, la gravité des accidents de travail diminue : 14 034 jours d'arrêt en 2013 et 11 367 en 2015, même si elle était limitée à 10 112 jours en 2012.

9.6.2. Le traitement des absences

Dans les services cliniques, les remplacements des agents de jour en maladie ordinaire, en congé paternité, en formation ou bénéficiaires d'autorisations spéciales d'absence sont prioritairement assurés par les services de remplacement (SDR) constitués au sein de chaque pôle de façon proportionnelle à l'effectif. Le SDR de nuit est resté centralisé mais répond aux mêmes objectifs. Les services médico-techniques n'ont pas de service de remplacement.

Les demandes de remplacements des agents en congé maternité, en congé de longue maladie et de longue durée relevant des services cliniques et médico-techniques sont présentées par les cadres concernés, *via* la DRH, à une commission hebdomadaire qui associe DRH et direction des soins. Les situations sont examinées au cas par cas et les avis pris en fonction de la situation du service demandeur (effectif, activité, absentéisme).

Les services cliniques et médico-techniques formulent également auprès de cette commission des demandes de remplacement de maladie ordinaire, lorsque les absences sont longues. Tel est le cas des arrêts précédant les congés pour maternité, dont la fréquence et la durée semblent augmenter sensiblement au fil des années.

Le recours à l'intérim est limité. Il est parfois accordé en cas de situation difficile, notamment les week-ends et les jours fériés.

Les services administratifs, logistiques et techniques ne disposent d'aucun service de remplacement. Les remplacements pour maladie ordinaire, congé paternité, formation ou autorisation d'absence sont peu fréquents dans les services administratifs et techniques. Leurs demandes de remplacement pour congé maternité, CLM ou CLD sont présentées au directeur des ressources humaines qui les instruit avec les responsables concernés et décide.

Les taux de remplacement dans les services de soins et médico-techniques sont globalement stables au cours des trois dernières années, variant de 66 à 63 % des absences (63,24% en 2015).

9.6.3. Le contrôle des arrêts maladie

Le CHU de Rennes participe depuis janvier 2012 à l'expérimentation nationale du contrôle des arrêts maladie. Dans ce cadre, la direction des ressources humaines saisit un certain nombre d'informations sur un logiciel spécifique (ADTF, arrêts de travail des fonctionnaires). Ces informations permettent de lancer, ou non, des contrôles médicaux.

Ceux-ci visent, d'une part, les congés de maladie de plus de 45 jours consécutifs et, d'autre part, les arrêts itératifs (contrôle du quatrième congé au cours des 12 derniers mois dès lors que le quatrième est d'une durée d'au moins 15 jours).

Par ailleurs, en propre, le CHU a recours à une société privée de contrôle des arrêts maladie. Le contrôle peut être demandé par :

- Le cadre ou cadre supérieur de l'unité concerné ;
- Le bureau des ressources humaines ;
- Le directeur des ressources humaines ;

- La direction des soins.

9.6.4. Le baromètre social

Le CHU a mis en place, en 2016, un baromètre social, sous forme de questionnaire, tant auprès du PNM que des médecins.

Relativement large, ce questionnaire, aborde les thèmes de l'organisation et du contenu du travail (intérêt, répartition, consignes, compétences,...), des conditions de travail et de la santé au travail (charge de travail, stress, ambiance, effectifs, locaux et matériels,...), de l'équilibre vie professionnelle/vie personnelle (repos, congés, horaires de travail, actions sociales,...), du développement professionnel (formation, évaluation, attachement au CHU,...), des intentions de carrière, des outils d'information et de communication.

9.7. LA GESTION PREVISIONNELLE

9.7.1. Personnel médical

La DAM (direction des affaires médicales) dispose d'une procédure annuelle de révision des effectifs, à échéance de 18 mois, qui recouvre pour l'essentiel une actualisation de l'existant, en fonction des départs et mutations de court terme qui peuvent être connus. Cette procédure concerne essentiellement les praticiens hospitaliers. S'agissant des enseignants hospitaliers et universitaires titulaires de médecine, un travail prospectif pluriannuel est réalisé en lien avec la faculté de médecine.

Pour les métiers en tension (urgences, anesthésie et chirurgie orthopédique), un « *travail est mené en lien étroit avec les responsables de disciplines et la faculté de médecine, dans le cadre des plans d'attractivité définis par le CHU dans ces disciplines, dans une démarche pluriannuelle* »

Dans le cadre des GHT et des conventions d'association prévues avec le CHU, celui-ci a décidé avec de mettre en place une gestion prévisionnelle médicale territoriale et régionale sur la subdivision d'internat du CHU, par discipline et avec tous les CH supports de GHT (Saint-Malo, Lorient, Vannes, Pontivy, Saint-Brieuc), dans le cadre d'une conférence qui aura lieu au moins une fois par an ; la première conférence a eu lieu en avril 2017. Cette prospective médicale doit permettre de prévoir les besoins dans les disciplines sur l'ensemble de la subdivision, en amont de la procédure de choix des internes et d'affiner les besoins en matière de démographie médicale.

Ces évolutions récentes ont amélioré un exercice qui reste cependant contraint sur les plans budgétaire et démographique et qui résulte essentiellement dans une simple adaptation de l'existant.

9.7.2. Personnel non médical

Conjointement avec l'ANFH (agence nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier) et l'ARS Bretagne, le CHU s'est engagé en 2015 dans une démarche régionale de cartographie des métiers et des compétences. Il dispose depuis plusieurs années d'une cartographie des métiers, ainsi que des fiches de postes associées aux principaux métiers de l'établissement, mais doit, d'une part, actualiser cette cartographie (action engagée depuis mars 2016) et, d'autre part, envisager l'acquisition d'un logiciel de GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences) afin d'informatiser en priorité le processus d'entretien d'évaluation et le recensement des besoins de formation.

Chaque année, le nombre de postes ouverts dans le cadre de la promotion professionnelle est fixé en fonction des perspectives de départs en retraite, ainsi que des flux moyens, par grade, au cours des cinq dernières années. Il est également tenu compte des besoins prévisionnels résultant des réorganisations prévues d'unités et de l'évolution des modes de prise en charge.

L'établissement essaie d'anticiper au maximum les décisions, notamment dans la programmation des fermetures de lits. Des bilans trimestriels effectif/activité doivent permettre aux pôles d'adapter leurs remplacements et leurs recrutements. Ainsi qu'indiqué plus haut, la DRH, aidée par une commission avec les directeurs des soins, examine chaque semaine les besoins en recrutement, les ressources allouées et l'activité.

Il n'existe toutefois pas d'outil de gestion globale des compétences. Celles-ci sont évaluées annuellement, dans le cadre habituel de la notation. En 2017, a commencé d'être testé auprès de plus de 1 900 agents un logiciel d'évaluation, afin d'informatiser l'entretien annuel, d'évaluer les compétences métiers issues du répertoire des métiers de la FPH, d'associer évaluation des compétences et besoin de formation et de recenser l'ensemble des besoins de formation.

Concernant la définition de parcours professionnels et l'évaluation des compétences, le projet social en cours d'élaboration a identifié la nécessité de formaliser et d'actualiser la politique de mobilité, tous métiers confondus.

Dans le bilan social, si figure bien la pyramide des âges des spécialités et métiers sensibles, le besoin en effectifs à trois ans n'est pas renseigné. En dehors de suivis mensuels et de la projection à 18 mois, il n'existe pas d'outils réels de gestion prévisionnelle des effectifs, des emplois et des compétences, qu'il s'agisse de recensement des besoins, d'anticipation pluriannuelle des départs, d'évaluation des compétences, de fléchage des parcours.

La chambre constate l'existence d'une cartographie des métiers et des compétences et de fiches de poste entrant dans cette logique. Il s'agit d'une base à partir de laquelle le CHU doit construire de véritables outils de gestion prévisionnelle, afin de mieux aborder les périodes de changement, de recherche d'économies et de contrainte financière et humaine.

Dans sa réponse, le CHU précise que la cellule contrôle de gestion de la DRH travaille à la mise en place d'un outil statistique permettant de disposer, sur la base du réalisé des années précédentes, d'une prévision sur 5 ans des entrées et des sorties par motif et par grade. Ce travail permettra, selon le CHU, de disposer d'une base documentée permettant d'identifier les grades en tension sur les années à venir ou des grades en sureffectif et de déterminer de manière plus précise une politique autour des concours, de la promotion professionnelle et de la formation. Cet outil devrait être finalisé pour la fin 2017.

10. LE SYSTEME D'INFORMATION HOSPITALIER

Plusieurs audits du système d'information hospitalier (SIH) de l'établissement ont été réalisés depuis 2011 :

- Certification de la HAS, Haute autorité de la santé (renseignement d'un « compte qualité » qui identifie sept risques concernant la sécurité du SIH et propose un plan d'actions) ;
- Certification des comptes (une partie de l'audit porte sur la partie SIH) ;
- analyse des risques globale (EBIOS)⁶³ à l'occasion de la refonte de la politique de sécurité du système d'information (PSSI) en 2016 ;
- Analyse des risques pour la réalisation du PRAI (plan de reprise de l'activité informatique) ;
- Tests d'intrusion ;

- Enquêtes de satisfaction des utilisateurs sur l'utilisation du DPI, dossier patient informatisé (mars 2016).

En outre, une matrice SWOT⁶⁴ doit être élaborée dans le cadre de la constitution du groupement hospitalier de territoire (GHT) en 2017.

10.1. LA GOUVERNANCE DU SIH

10.1.1. Le comité de pilotage des SI

Un comité de pilotage des SI existe depuis 2009, date du déploiement du DPI.

Ce « Copil SYNAPSE » est composé du directeur général, du président de la CME (commission médicale d'établissement), des chefs de pôles et des directions déléguées et fonctionnelles. Il se réunit deux fois par an. La réunion de janvier a pour objectif de valider la déclinaison annuelle du SDSI (schéma directeur des systèmes d'information) et celle de septembre de faire le point sur le degré d'avancement des projets et de revoir les priorités.

⁶³ La méthode EBIOS (Expression des Besoins et Identification des Objectifs de Sécurité) est une méthode d'évaluation des risques en informatique, développée par l'Agence nationale de la sécurité des systèmes d'information (ANSSI).

⁶⁴ « SWOT » est l'acronyme pour *Strengths* (forces), *Weaknesses* (faiblesses), *Opportunities* (opportunités), *Threats* (menaces). La matrice SWOT est « un outil d'analyse stratégique qui combine l'étude des forces et des faiblesses d'une organisation, d'un territoire, d'un secteur, etc., avec celle des opportunités et des menaces de son environnement, afin d'aider à la définition d'une stratégie de développement » (définition des services de la Commission européenne).

Le comité a évolué en janvier 2016 : sa dénomination a changé (« comité stratégique numérique et e-santé ») et il intègre désormais de manière permanente le représentant du DIM (département de l'information médicale).

10.1.2. Le bilan du SDSI 2006-2011

Le précédent SDSI (2006-2011) n'a pas fait l'objet d'un véritable bilan. Le CHU a fourni un fichier Excel qui indique, pour chacun des 22 projets, le pourcentage de réalisation. Il ne contient aucune indication sur les modalités de calcul de l'avancement de chaque projet, ni aucun commentaire ou explication sur la vie des projets.

Il n'y a pas non plus de lien établi avec le SDSI suivant, qui porte sur la période 2012-2016. A titre d'exemple, le projet n° 20 « achats : outil d'aide à la consultation des fournisseurs (Epicure) », réalisé à 30 % en 2011, n'est pas explicitement repris dans le nouveau SDSI. Il est possible qu'il ait été inclus dans le projet n° 57 « gestion des marchés publics » ou n° 58 « dématérialisation des approvisionnements et achats ».

10.1.3. Le SDSI 2012-2016

10.1.3.1. Contenu

Contrairement au précédent SDSI, le CHU n'a pas fait appel à un cabinet pour la réalisation de son schéma 2012-2016.

Le SDSI 2012-2016 est intégré dans le projet d'établissement, au niveau de la partie concernant les SI. Le document est succinct (six pages), mais contient des annexes étoffées.

Le SDSI liste 82 projets classés par ordre de priorité (niveau 1, 2 ou 3) et en détaille 23 dans des fiches-projets ANAP⁶⁵. Les 23 projets détaillés n'ont pas été retenus selon des critères précis et ne sont pas tous de priorité de rang un⁶⁶. Ils sont simplement mentionnés comme ayant « *un impact significatif* ».

L'absence de fiche détaillée pour chacun des projets ne facilite pas la compréhension de la priorisation des projets dans le SDSI.

De plus, chaque projet ne dispose pas d'un numéro unique, ce qui rend le suivi de sa réalisation ardu pour un lecteur extérieur à la DSI. En effet, d'une part, les projets changent de numéro au sein du même document (le SDSI), entre la liste des 82 projets et celle des 23 fiches projets. D'autre part, alors que dans le SDSI, les projets sont présentés selon quatre axes stratégiques, en comité de pilotage ils sont présentés par domaine fonctionnel.

⁶⁵ Agence nationale d'appui à la performance. Chaque fiche-projet détaille notamment l'objet, les acteurs concernés, les objectifs, les enjeux, les contraintes, les délais et les coûts du projet concerné.

⁶⁶ Parmi les 23 fiches-projet détaillées se trouvent en effet des projets de priorité 2, tels que « DPI : gestion de la programmation complexe » et « plateformes de génétique et génomique : infrastructures ».

Enfin, les correspondances entre SDSI et travail du comité de pilotage sont difficiles à établir, comme l'illustre le projet « entrepôt de données biomédicales » (70 k€) mentionné en Copil de janvier 2012 (p. 22 et 41), devenu, « pour des raisons de politique interne », « production d'indicateurs DPI, pour les besoins cliniques et de recherche ».

10.1.3.2. Actualisation

Selon la circulaire du ministère de la santé n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics, « à partir de l'analyse de son système d'information, l'établissement définit globalement ses besoins d'informatisation et établit un programme pluriannuel à moyen terme, périodiquement actualisé, de sa mise en œuvre. Ces éléments sont consignés dans un schéma directeur qui en présente les aspects organisationnels, techniques, économiques et financiers, document de référence assurant la cohérence et la continuité de l'exécution des différentes phases de cette informatisation. Sa mise en œuvre est spécifiée dans les plans d'actions annuels ».

Le SDSI du CHU mentionne (p. 4) : « ces fiches-projet ont vocation à être actualisées chaque année, lors de la révision des priorités du schéma directeur par le Directoire ». A titre d'exemple, entre le 1^{er} janvier 2015 et fin mars 2016, aucun relevé de conclusion du directoire ne fait référence à l'actualisation du SDSI.

Le projet d'établissement prévoit (p. 187) quant à lui un « processus de révision annuelle », mené par un comité de pilotage pour évaluer l'état d'avancement des projets informatiques.

Des plans annuels d'informatisation sont effectivement réalisés une fois par an à l'occasion du comité de pilotage de septembre. Ils présentent l'avancement de certains projets, mais pas de la totalité, si bien qu'il est malaisé d'avoir une vision d'ensemble.

Par ailleurs, les 23 fiches-projet n'ont pas été actualisées. Hormis deux fiches⁶⁷, toutes comportent les mêmes périodes de dates de création et de dernière modification (1^{er} semestre 2013).

Le SDSI a fait l'objet d'évaluations intermédiaires en mai et décembre 2015. Un bilan final a été réalisé en janvier 2017. D'après ce dernier, 60 % du total des projets inscrits au SDSI 2012-2016 ont été réalisés. L'absence de mise en œuvre de certains projets résulte de difficultés techniques ou d'absences de développement de la part des éditeurs.

La chambre note que le SDSI 2006-2011 n'a pas fait l'objet d'un véritable bilan et n'établit pas clairement le lien avec le SDSI suivant. La chambre relève également l'absence de lisibilité du SDSI 2012-2016 en termes de priorisation des projets. Enfin, la réalisation des projets est difficilement traçable du fait de l'absence d'actualisation du SDSI par le directoire, des présentations partielles en comité de pilotage et de l'absence d'actualisation des fiches-projet.

⁶⁷ Fiche-projet n° 15 : « numérisation des documents administratifs externes des patients » et fiche-projet n° 24 « gestion des files d'attente patients au bureau des entrées », créées en 2015.

10.1.4. La cartographie applicative

Le CHU dispose d'une cartographie de son architecture fonctionnelle, qui met en évidence les différents types d'applications (pilotage et supervision, gestion partagée des informations patients, production clinique et médico-technique, etc.).

L'établissement possède 200 applications. Les plus significatives sont hébergées localement sur les serveurs de l'établissement.

Une application de gestion de la flotte des téléphones mobiles utilisés pour la gestion du brancardage est externalisée dans le *cloud*.

10.1.5. Le SIH et le groupement hospitalier de territoire (GHT)

En vertu de l'article L. 6132-1 du code de la santé publique (CSP), le GHT Haute-Bretagne a été créé le 30 juin 2016. Le CHU en est l'établissement support. L'article L. 6132-3-I du CSP dispose que « *l'établissement support désigné par la convention constitutive assure les fonctions suivantes pour le compte des établissements parties au groupement :*

1° la stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information hospitalier convergent, en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée des patients au sein des établissements parties au groupement. [...] ».

L'article R. 6132-15 du CSP indique quant à lui qu'« *un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé, est élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique ».*

En ce qui concerne le calendrier prévu pour la convergence des SIH à l'échelle du territoire du GHT de Haute-Bretagne, le CHU a indiqué que « *les travaux sont très liés au calendrier de la loi de santé et de ses décrets d'application. [...] Les travaux d'inventaire de l'existant ont démarré en mars 2016 ».*

Le calendrier prévisionnel élaboré par le CHU prévoit d'aboutir à une définition du portefeuille projet ainsi qu'à un chiffrage des moyens humains et financiers en décembre 2017, ce qui est cohérent avec l'article 5-V du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, qui indique que l'élaboration du SDSI doit avoir lieu au plus tard le 1^{er} janvier 2018.

L'échéance réglementaire pour la mise en œuvre du SI convergent (c'est-à-dire des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels et un identifiant unique sur tout le territoire du GHT pour les patients) est quant à elle fixée au plus tard au 1^{er} janvier 2021.

La convention constitutive du GHT de Haute-Bretagne prévoit cette convergence dès à présent, puisqu'il est mentionné à l'article 18 que, « *pendant la phase intermédiaire, les établissements parties s'engagent à se concerter sur tout projet d'acquisition relatif au système d'information de leur établissement ».* Si cette disposition ne prescrit pas aux établissements l'achat d'applications identiques, elle organise à tout le moins une concertation.

Un nouveau SDSI du CHU est prévu pour la période 2017-2020. Il devra s'articuler avec le SDSI du GHT, qui sera prépondérant. Pour ce faire, une méthode reste à définir et plusieurs groupes de travail seront organisés.

Un comité de pilotage du GHT a été instauré en mars 2016 et a procédé à une cartographie des SI existants des établissements concernés. A l'heure actuelle, le CHU ne dispose pas d'applications partagées, fonctionnant en commun, même avec les établissements qui sont en direction commune.

Il n'est pas prévu que le CHU soit hébergeur de données de santé⁶⁸ pour les autres établissements du GHT. Le vade-mecum de la DGOS sur les GHT de mai 2016 indique d'ailleurs : « *Les textes n'ont pas prévu de dispositions dérogatoires aux règles juridiques applicables à l'hébergement des données de santé à caractère personnel dans le cadre du GHT. En conséquence, il est recommandé pour l'hébergement des données de santé de recourir aux services d'un hébergeur agréé* ». En effet, le décret n'autorise pas l'agrément d'un GHT et d'un CH support pour héberger toutes les données de la GHT et la norme ISO 27000 que recherche le CHU n'est pas juridiquement supérieure au décret.

10.2. L'ORGANISATION HUMAINE DU SIH

10.2.1. L'organisation du service

En 2015, le service informatique comptait 39,6 ETP (équivalents temps plein) informaticiens (dont 21 ETP ingénieurs) et 6,3 ETP paramédicaux affectés au DPI (paramétrage, formation, et *hotline* fonctionnelle)⁶⁹.

L'ancienneté moyenne des agents dans le service est de 12 ans. Elle se répartit comme suit :

	0-5 ans	6-10 ans	11-20 ans	Plus de 20 ans
Nombre d'agents	4	11	15	4
Pourcentage de l'effectif	12 %	44 %	32 %	12 %

Source : CRC d'après données CHU.

La moitié des ingénieurs sont des contractuels en CDI. Le service est conduit par un directeur d'hôpital, chargé des finances et des systèmes d'information et par une ingénieure en chef, directrice des systèmes d'information. Le service informatique est organisé en deux pôles : infrastructures et applicatifs. Le pôle « infrastructures » comprend trois divisions : support utilisateurs, réseau-télécom et système. Il comporte 17 agents (9 ingénieurs et 7 techniciens + 1 « gestionnaire de réseau », sous statut local). Le pôle « applicatifs » est divisé en deux équipes thématiques et compte 21 agents (tous ingénieurs, sauf un).

Une astreinte est assurée les weekends et en soirée lorsque le centre d'assistance informatique est fermé (de 17h30 à 8h le lendemain). En 2016, une trentaine d'applications sur 200 bénéficient de l'astreinte.

⁶⁸ Le décret n° 2006-6 du 4 janvier 2006 définit les conditions à remplir pour toute personne physique ou morale qui souhaite assurer l'hébergement de données de santé.

⁶⁹ Source : Q74 et entretien du 14 septembre 2016 avec la directrice des systèmes d'information.

L'article 20 alinéa 3 du décret n° 2002-9 du 4 janvier 2002 dispose que « *le chef d'établissement établit, après avis du comité technique d'établissement ou comité technique, la liste des activités, des services et des catégories de personnels concernés par les astreintes, ainsi que le mode d'organisation retenu, compte tenu de l'évaluation des besoins, notamment du degré de réponse à l'urgence, des délais de route et de la périodicité des appels* ».

Ces dispositions sont respectées, puisque le comité technique d'établissement (CTE) a émis un avis sur l'organisation des astreintes en 2004 et que la liste des activités et catégories de personnels concernés par les astreintes et le mode d'organisation retenu a été établie par le chef d'établissement, la dernière décision actualisée datant de 2015⁷⁰.

10.2.2. Le profil et la formation des agents

Il a été malaisé de reconstituer le nombre de jours de formation suivis par chaque agent des services informatiques. En effet, le service de la formation continue ne détient pas la totalité des informations relatives aux formations réalisées par les agents. En l'absence d'un récapitulatif unique par agent, l'établissement a produit plusieurs documents disparates (historique de formation du logiciel RH, fichier Excel qui recense les transferts de compétences pour les agents du secteur réseau-télécom, fichier Excel pour les agents du secteur micro).

Sur 34 agents en poste sur toute la période 2011-2015 :

- 4 agents, soit 12 % de l'effectif, n'ont effectué aucune formation ;
- 13 agents, soit 38 %, ont effectué moins d'un jour de formation par an en moyenne ;
- 13 agents, soit 38 %, ont effectué 1 à 2,9 jours de formation par an en moyenne ;
- 4 agents, soit 12 %, ont effectué trois à cinq jours de formation par an en moyenne.

C'est ainsi la moitié de l'effectif du service informatique qui a effectué moins d'un jour de formation relative au SIH par an en moyenne depuis 2011.

Le nombre moyen de jours de formation relative au SIH par agent oscille entre 1 et 1,7 jour par an sur 2011-2015, hors formations aux produits et applicatifs, qui sont très souvent réalisées à travers les prestations de mise en place des nouveaux logiciels ou matériels. Le CHU les évalue, sans traçabilité toutefois, pour le personnel de l'équipe infrastructure, à 2 à 3 jours de formation par an et, pour le personnel de l'équipe applicative, à 1 journée par an en moyenne.

Ces dernières formations revêtant un caractère très spécifique, la chambre observe que le nombre de jours de formation relative au SIH suivi par les informaticiens est insuffisant pour la moitié des effectifs, d'autant plus qu'il s'agit d'un secteur technique et en évolution constante et rapide.

⁷⁰ Décision n° 2015/187 du 11 août 2015 du directeur général du CHU, relative à l'organisation des astreintes au CHU de Rennes.

10.2.3. Le correspondant informatique et libertés (CIL)

Le correspondant informatique et libertés (CIL) est une responsabilité créée en 2004, à l'occasion de la refonte de la loi « Informatique et Libertés ».

Sa principale mission consiste à veiller en temps réel à la bonne application de la loi « Informatique et Libertés » au sein de son entreprise ou de sa collectivité. Le CIL est donc un interlocuteur privilégié de la CNIL. Ses demandes sont traitées en priorité. Se doter d'un tel correspondant est important pour une structure dans laquelle les traitements informatiques de masse sont très développés.

Si les déclarations CNIL sont effectuées par un seul agent, l'établissement ne dispose pas de CIL en tant que tel. Il répond à la chambre qu'il va le faire et qu'il se projette dans la mise en place du DPO (*Data Protection Officer*) à l'échelle du GHT dans un effort de mutualisation d'expertise.

10.3. L'ORGANISATION MATERIELLE

10.3.1. Le patrimoine informatique

L'inventaire physique des PC et imprimantes est tenu à jour dans la solution Easyvista, qui est un logiciel de gestion du patrimoine informatique de type GLPI⁷¹. Celui des équipements systèmes, réseau et téléphonie est tenu à jour dans des fichiers Excel ou dans des outils fournis par le constructeur.

A la mi-août 2016, le matériel informatique dont dispose le CHU était le suivant :

Matériel	Nombre
PC fixes	4 547
PC portables	948
Imprimantes	1 667
Serveurs physiques	153
Serveurs virtuels	456

Source : CHU.

A la mi-août 2016, 10 serveurs utilisaient encore l'ancien système d'exploitation Windows 2003, qui n'est plus sous maintenance depuis l'été 2015. Ceci est lié au fait que certains éditeurs n'ont pas fait évoluer leurs logiciels pour qu'ils fonctionnent sous un système d'exploitation plus récent. Le CHU a précisé que « *leur nombre devrait diminuer encore un peu dans les mois à venir* ».

Pour pallier les problèmes de sécurité, l'établissement prévoit de déployer en octobre 2016 un dispositif de *virtual patching*, qui permet de détecter des intrusions sur des appareils qui ne sont plus protégés.

L'établissement ne dispose pas d'un plan de renouvellement des équipements informatiques, par types de matériels, services et usages concernés, avec estimation et

⁷¹ GLPI : Gestionnaire libre de parc informatique.

échancier à horizon de trois ans minimum. Aucun détail de la ligne informatique du PGFP n'est donné. Seul un fichier Excel retraçant l'évolution passée du parc de PC a été transmis. Selon les années, entre 10 et 20 % du parc de PC ont été renouvelés entre 2011 et 2015. L'objectif en cours est de 20 % de remplacement des PC fixes et de 25 % des PC portables chaque année.

10.3.2. La sécurité informatique

Le CHU ne dispose pas d'un responsable de la sécurité des SI (RSSI) à temps plein. La fonction est partagée entre trois agents : la directrice des SI, le responsable infrastructures et un ingénieur réseau. Le temps consacré à cette fonction est évalué à 0,8 ETP. Le CHU « *travaille à la mise en place d'un RSSI mutualisé de GHT à temps plein* ».

Une politique de sécurité (PSSI) existe depuis 2004 mais elle n'avait pas été révisée depuis 2008. Elle prévoit (p. 7) que le responsable de la sécurité rend un rapport annuel, intégré au rapport global de gestion des risques de l'établissement, ainsi qu'« *un rapport périodique (annuel par exemple) sur le respect de la législation relative à l'informatique et aux SI* » (p. 68 PSSI). Mais ces documents n'ont pas été élaborés de 2011 à 2015. En fin de compte, la nouvelle PSSI a été finalisée en 2017.

Le comité de sécurité des systèmes d'information (CSSI) prévu par la PSSI (p. 7) ne s'est réuni qu'une seule fois. L'établissement a indiqué que « *des rencontres non formalisées ont eu lieu par la suite. L'accent a été mis sur le suivi du plan d'action sécurité* ». Le CHU affirme que ce plan des actions de sécurité à entreprendre a été réactualisé en 2017 après une analyse de risque complète et une étude d'alignement de la sécurité par rapport à la norme qualité ISO 27002.

La charte d'utilisation du SI pour les utilisateurs internes prévue par la PSSI (p. 10) a été revue, validée par les instances et transmise aux agents à l'occasion du déploiement de la carte SSO⁷².

La charte pour les utilisateurs externes du SI (intervenant en maintenance et télémaintenance) a finalement été validée en juin 2017.

La PSSI prévoit également (p. 26) que « *l'établissement met en place des procédures de mise au rebut sécurisée des supports contenant des informations sensibles* ». En pratique, les matériels informatiques sont détruits (perçage des disques durs) ou recyclés, mais il n'existe pas de procédures écrites à ce sujet. Le CHU a répondu à la chambre qu'une procédure serait effective à la fin septembre 2017.

⁷² L'authentification unique (en anglais *Single Sign-On* : SSO) est une méthode permettant à un utilisateur d'accéder à plusieurs applications informatiques (ou sites web sécurisés) en ne procédant qu'à une seule authentification.

10.3.3. La sécurité physique

L'accès aux salles serveurs s'effectue au moyen d'une carte de professionnel associée à un code *pin*. A ce jour, seule existe une note interne de 2010 qui est en réalité un rappel des consignes à respecter une fois que l'utilisateur a obtenu les droits d'accès et qu'il se situe dans les salles concernées. Une procédure formalisée d'accès à ces salles est donc nécessaire. Le CHU en prévoit une dans le cadre de la refonte de la PSSI.

En revanche, l'établissement dispose d'un fichier (« matrice d'habilitation ») qui récapitule les droits d'accès pour les différents personnels susceptibles d'intervenir dans ces salles. Les accès nominatifs horodatés intervenus en septembre 2016 ont été comparés à cette matrice des habilitations et n'ont pas révélé d'anomalie.

La DSI a indiqué en outre qu'une partie des accès aux serveurs s'effectue à distance, via un système de VPN (*virtual private network*). Dans pareil cas, le CHU n'ouvre son réseau qu'à la demande (pas de « tunnel d'accès » permanent au SI du CHU).

Les deux salles qui hébergent les serveurs ont été visitées. Elles sont distantes de 500 mètres, équipées d'un système de détection d'incendie et de climatiseurs.

Conformément à la PSSI (p. 30), le CHU dispose d'une politique de sauvegarde formalisée dans un document daté de 2012. Il appartient au demandeur de lister les fichiers qui doivent être sauvegardés, ce qui limite les risques d'erreur.

Le CHU dispose d'un PRAI (Plan de reprise de l'activité informatique) depuis mars 2016, conformément au prérequis P2.1 du programme hôpital numérique.

Les arrêts et redémarrages des principales applications sont testés lors de mises à jour. Le CHU a indiqué : « *il est convenu que cette modalité de fonctionnement suffit à valider nos procédures et ne nécessite pas des tests supplémentaires [...] Le PRAI finalisé en mars 2016 doit toutefois organiser et généraliser les tests sur les applications critiques* ».

10.3.4. La sécurité logique

Le CHU n'organise pas de revue périodique des comptes utilisateurs, contrairement à ce que prévoit sa PSSI (p. 35) : « *L'établissement vérifie périodiquement le registre des utilisateurs : il vérifie que les droits accordés sont bien justifiés par leurs fonctions, affectations ou missions ; il vérifie que le délai de délivrance des droits est conforme aux exigences de la fonction exercée par l'utilisateur* ».

L'établissement a instauré des mécanismes automatisés de désactivation des comptes en lien avec le logiciel des ressources humaines Agirh lors du départ ou du changement d'affectation d'agents. Pour ceux qui ne sont pas gérés dans le logiciel Agirh, tels que les stagiaires, une date de fin de contrat est renseignée manuellement lors de la création du compte, ce qui permet sa suppression définitive dix jours après la date de fin.

10.3.5. Le suivi de l'activité du service

Il existe des tableaux de bord de suivi de la performance du service informatique.

La DSI élabore un rapport d'activité annuel succinct (trois pages en 2015, une page en 2014 et 2013), qui est intégré au rapport d'activité global de l'établissement. Il ne porte pas sur l'activité du service informatique en tant que telle, mais présente plutôt les évolutions du SI (nouveaux logiciels acquis et améliorations en découlant pour les services).

10.4. LE COUT DES SYSTEMES D'INFORMATION

Le détail du budget informatique figure en annexe 6.

En 2014, les dépenses informatiques (fonctionnement + investissement) du CHU représentaient 19 M€, soit 2,83 % des dépenses du budget global de l'hôpital, un peu au-dessus de la moyenne de la strate (2,33 % en 2013)⁷³.

La masse salariale du personnel chargé de l'informatique non médicale était de 3,7 M€ en 2013, soit 1,29 % de la masse salariale totale de l'établissement (contre 1,11 % en moyenne dans la strate des CHU⁷⁴) et le coût annuel moyen d'un ETP non-médical du service informatique de 63,7 k€ contre 50 k€ pour la moyenne de la strate⁷⁵.

10.5. LA MISE EN ŒUVRE DU PROGRAMME HOPITAL NUMERIQUE

Le CHU est engagé dans la démarche du plan hôpital numérique (PHN), essentiellement par le biais de financements obtenus dans le cadre du programme hôpital 2012. Il a perçu un montant significatif de 5,315 M€ d'aides à cette occasion⁷⁶.

L'établissement a atteint la totalité des 12 prérequis du PHN en matière d'identités-mouvements, de fiabilité-disponibilité et de confidentialité, ce qui est positif.

En ce qui concerne les indicateurs de domaines, les taux d'atteinte sont de 100 % pour les indicateurs D1 (résultats d'imagerie, de biologie), D4 (programmation des ressources et agenda du patient) et D5 (pilotage médico-économique). Les taux s'élèvent à 40 % pour l'indicateur D2 (dossier patient) et l'indicateur D3 (prescription électronique alimentant le plan de soins). La DSI a indiqué que ces indicateurs d'usage sont perçus comme un levier d'amélioration de la qualité interne.

11. ASPECTS LOGISTIQUES

⁷³ Source : Atlas 2015 des SIH, p. 84, tableau « montant et part des dépenses consacrées aux SIH dans le total des dépenses des établissements », strate des CHU, données 2013.

⁷⁴ Source : Atlas 2015 des SIH p.111, tableau « part des rémunérations SIH dans le total des rémunérations », strate des CHU, données 2013.

⁷⁵ Source : Atlas 2015 des SIH p.113, tableau « rémunération moyenne par ETP SIH », strate des CHU, données 2013.

⁷⁶ Source : présentation Programme H2012/Hôpital Numérique – volet SIH, par l'ARS de Bretagne à la CRC en janvier 2015. Pour mémoire, le plan Hôpital 2012 comprenait déjà des objectifs « SIH » et il n'est pas possible d'obtenir des financements au titre des deux programmes.

11.1. L'ACCUEIL TELEPHONIQUE

Il existe un seul standard pour l'ensemble des sites du CHU.

L'établissement ne suit pas le taux d'appels perdus après premier décrochage, ni le délai moyen d'attente lors du transfert d'appel.

En 2016, 10 serveurs vocaux interactifs (SVI) ont été mis en place : imagerie de l'hôpital Sud, rhumatologie, essai clinique, imagerie des urgences de Pontchaillou, gynécologie-obstétrique, urgences pédiatrie, recherche clinique, pneumologie, unité d'investigation clinique, service des maladies du foie.

Ces différents serveurs ont une vocation ponctuelle et servent essentiellement à filtrer des demandes, répartir les sollicitations selon leur nature et ventiler les appels selon leurs destinataires.

Par ailleurs, des centrales d'appels téléphoniques pour la prise de rendez-vous existent dans certains services pour 22 activités. Il est toutefois difficile de juger de l'efficacité intrinsèque de tels dispositifs, pour lesquels les taux d'abandons peuvent atteindre près de 25 %, mais pour des raisons inconnues, acceptables (information suffisante, souhait de disposer d'autres éléments avant de poursuivre l'appel, appel inutile découragé, erreur...) ou problématiques du point de vue d'un bon accueil (surprise, refus de l'absence d'interlocuteur humain, difficulté pour comprendre ou composer la bonne option...).

En revanche, en captant une part des appels entrants, la mise en place de SVI a pu contribuer à réduire le délai de traitement des appels par le standard général du CHU, avec des attentes moyennes plus proches des 20 que des 30 secondes et une part des arrivées traitées en plus d'une minute plus proche de 7 % que de 10 %. La proportion d'abandons a également légèrement diminué, de 9 à 7 % environ, entre 2015 et 2016.

Les appels internes représentent en revanche un volume très significatif de 20 % des appels arrivant au standard.

La chambre constate l'effort entrepris pour un meilleur traitement des appels téléphoniques, élément important pour l'image et l'attractivité de l'établissement et donc pour son activité. La tendance favorable demande à être prolongée, afin de diminuer le taux d'abandon en-dessous du seuil de 5 %, généralement admis comme référence. L'établissement doit également apprécier la qualité de l'accueil proprement dit et étudier la durée de conversation afin de trouver un point d'équilibre. La meilleure information interne et la meilleure diffusion et mise à jour des coordonnées internes directes doivent aussi permettre d'alléger le standard pour qu'il se concentre davantage sur les appels externes.

Dans sa réponse à la chambre, le CHU indique avoir lancé un « *vaste chantier* » sur l'amélioration de l'organisation des secrétariats médicaux, profitant des nouvelles technologies du numérique (reconnaissance vocale, dématérialisation, serveur de fax, serveurs vocaux interactifs,...). Un nouveau tableau de bord des secrétariats a été construit (nombre et taux d'appels entrants ouverts, répondus, dissuadés, abandonnés). Pour les services possédant un serveur vocal interactif, un indicateur de taux de suivi des appels a été prévu, il sera mis en production courant octobre 2017.

11.2. LA GESTION DES TRANSPORTS

11.2.1. Présentation du parc

La gestion du garage mécanique et de la flotte automobile est confiée au secteur des transports sanitaires, lui-même rattaché à la direction des achats et de la logistique.

Le parc automobile comprend un nombre de véhicules qui n'a guère varié sur la période contrôlée : 154 en 2013, 152 en 2014 et 156 en 2015. Le chiffre attendu pour 2016 devrait être de 158.

Si le nombre de véhicules est resté stable, le nombre de kilomètres parcourus est en régression constante sur la même période, pour atteindre une moyenne annuelle d'environ 11 500 km en 2015 :

	2013	2014	2015
Nombre de véhicules	154	152	156
Nombre de kilomètres parcourus (en millions)	1,970	1,944	1,801

Source : CHU Rennes/logistique

Un GIE (groupement d'intérêt économique) se charge de la gestion des transports sanitaires internes du CHU, dont la mission est de couvrir les besoins de ce dernier en cas de carence de moyens propres et/ou d'écarter les pics d'activité.

Il n'existe pas de location, ni de sous-traitance. Une étude a été menée pour vérifier l'existence d'économies potentielles sur la gestion des véhicules, mais a en fait conduit à fixer un objectif de diminution de 20 % du parc de véhicules, tout en supprimant leur affectation par direction. Il sera constitué un pool de véhicule à disposition des directions, ce pool étant géré par un logiciel de routage. Ce projet doit être déployé courant 2018.

Le même constat est fait pour les ateliers d'entretien, même si la peinture et la carrosserie sont des prestations externalisées.

11.2.2. Le suivi des coûts

Les dépenses⁷⁷ liées aux transports sont en diminution constante sur la période contrôlée : 2,6 M€ en 2013, puis 2,3 M€ en 2014 et 2,1 M€ en 2015. Cette évolution s'explique notamment par l'impact de la réglementation en matière de transports de reconvoction (2013), mais aussi par la prise en charge par la caisse primaire d'assurance maladie de certains transports spécifiques (liés par exemple aux dialyses).

Les marchés sont passés sous l'égide de l'UGAP, tandis que le programme de renouvellement du parc, pour les cinq prochaines années, doit représenter 0,5 M€ par an en moyenne.

La base d'Angers, référence des hôpitaux en matière d'indicateurs de coûts, permet de situer le CHU de Rennes par rapport à l'échelle nationale, mais également par rapport aux autres CHU.

2014	Echantillon national	Echantillon CHU	CHU de Rennes
Nombre total de véhicules	96,66	148,10	157,00
Nombre de kilomètres parcourus par véhicule	10 219,91	10 063,58	12 383,08
Nombre de kilomètres parcourus par agent	28 176,18	16 505,16	12 038,78
Age moyen du parc (en mois)	96,80	108,60	109,00
Nombre de sinistres par véhicules	0,18	0,27	0,21

Source : CHU de Rennes et base d'Angers.

L'éclatement géographique du CHU de Rennes explique en large partie le nombre élevé de kilomètres parcourus.

Le nombre de kilomètres parcourus par véhicule plus important permet cependant de rentabiliser l'investissement consenti et n'entraîne pas une sinistralité supérieure. En revanche, exprimé par agent, ce nombre est nettement inférieur aux données nationales comparables, ce qui engendre un coût.

11.2.3. Le transport privé

11.2.3.1. Données statistiques

Ces transports médicalisés sont encadrés par une convention de 2009 passée avec l'association des transports sanitaires urgents (ATSU).

Coût du transport médicalisé	2012	2013	2014	2015
Montant dû par le CHU de Rennes (en milliers d'euros)	166	193	226	213

Source : CHU Rennes/logistique

L'analyse des bons de transports du service des ambulances, qui mentionnent la date, le véhicule, le créneau de déplacement et la nature de la course, permet d'affirmer que la plupart de ces transports subsidiaires sont bien en lien direct avec l'activité du centre hospitalier.

⁷⁷ Comprenant toutes les dépenses rattachables : essence, cartes grises, assurances, contrôle technique, etc.

11.2.3.2. Les sorties blanches

Une sortie ambulance est dite « blanche » lorsque, à la suite d'une demande transmise par le SAMU, le transport ne se réalise pas. Il existe deux types de sorties blanches :

- Dans le cadre d'une intervention du service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) ;
- Dans le cadre de la régulation médicale départementale. Le SAMU a en effet un rôle de coordination des soins extérieurs au CHU. Il est donneur d'ordre extra hospitalier.

Aucun texte officiel ne contraint le CHU à financer ce genre de déplacement : le remboursement devrait donc faire l'objet d'une convention financière entre les parties concernées (CHU, SAMU, ambulanciers privés).

Ces sorties représentent un coût annuel de 113 000 € pour le CHU, soit le quart du compte 6245 « transport usagers » en 2015. Sur 2 104 transports assurés en 2016 par les ambulanciers privés, 4 % concernaient des sorties blanches.

Pour l'heure, le CHU acquitte ces sorties au tarif médicalisé de 190 €/unité, mais une convention⁷⁸ est en cours d'actualisation pour revoir ce paiement à la baisse, au tarif de 150 €.

11.2.3.3. Relations avec le SDIS

En 2015, 838 demandes d'intervention du service départemental d'incendie et de secours (SDIS) d'Ille-et-Vilaine ont été validées, représentant un coût de remboursement pour le CHU de 98 000 €. Cette somme était de 150 000 € en 2013.

S'il n'est pas directement remboursé par le SDIS, le CHU reçoit tous les ans une dotation FIR pour financer l'indemnisation des carences ambulancières : entre 127 et 180 000 € environ par an depuis 2012.

12. LE PATRIMOINE

12.1. PRESENTATION DES SITES DU CHU

Le CHU de Rennes est réparti sur cinq sites principaux (Pontchaillou, hôpital Sud, Hôtel-Dieu, La Tauvrais et rue Antoine Joly pour les logements de fonction). La surface totale occupée par les bâtiments (surface dans œuvre, SDO), pour l'ensemble des sites, est de 324 527 m² (soit 32,5 ha) se répartissant comme suit (en m²) :

• Logements de fonction :	2 433	soit 10 bâtiments
• Hôtel Dieu :	35 048	soit 10 bâtiments
• Hôpital Sud :	59 003	soit 15 bâtiments
• La Tauvrais :	10 183	soit 2 bâtiments
• Pontchaillou :	212 769	soit 58 bâtiments
<i>SOUS-TOTAL</i>	<i>319 436</i>	<i>soit 95 bâtiments</i>

⁷⁸ La rémunération des sorties blanches est en effet régie par une convention passée entre le CHU et l'ATSU.

Par ailleurs, le CHU est actuellement locataire du bâtiment abritant le centre de soins dentaires (CSD) dans le centre-ville de Rennes, pour une SDO de 5 092 m². Le déménagement du CSD sera effectif courant 2018 afin d'intégrer les locaux neufs situés à proximité du site de Pontchaillou.

Il convient d'ajouter à cette surface l'ensemble des parkings, terrains non bâtis et voies de circulation.

La surface utile peut être nettement inférieure, comme à Pontchaillou (125 448 m²) ou à l'hôpital Sud (34 350 m²).

Au sein de ce patrimoine, cinq bâtiments ont reçu un avis défavorable à l'exploitation de la part de la commission de sécurité, dont le « bloc hôpital » de Pontchaillou et le bâtiment principal de l'hôpital Sud.

Les principales non-conformités portent sur les systèmes de désenfumage et les systèmes de recouplement et d'isolement qui nécessitent des investissements lourds et posent de réelles contraintes – voire des impossibilités – en termes de travaux en site occupé.

12.2. ORGANISATION DU SERVICE PATRIMOINE

Le pôle investissements et logistique est directement rattaché à la direction générale du CHU. La gestion du patrimoine est répartie entre deux des trois directions du pôle : direction des travaux, exploitation, maintenance et sécurité (maîtrise d'ouvrage et conduite d'opérations pour les opérations de grande envergure ou structurantes ; travaux amélioratifs ; exploitation-maintenance ; coordination technique de sites ; sécurité des personnes et des biens) et direction des achats et de la logistique (filiale patrimoine : exploitation et investissement ; filiale technologique et informatique ; filiale hôtelière générale : exploitation et investissement ; filiale technologique médicale ; filiale produits de santé et biologie). La troisième direction est celle de l'ingénierie biomédicale.

Le pôle gère des équipes dédiées aux bâtiments de grande hauteur et des équipes importantes pour assurer une sécurité renforcée compte tenu de l'absence de conformité de certains bâtiments datant des années 1970.

12.3. SCHEMA DIRECTEUR

L'état des lieux précédant le schéma directeur immobilier du CHU a été présenté au conseil de surveillance du 15 décembre 2015. Le constat principal porte tant sur la vétusté des bâtiments que sur l'éclatement des sites entraînant de nombreux déplacements.

Le document note également que le caractère inadapté de certains locaux contribue à dégrader l'attractivité du CHU dans certaines disciplines. Sont ainsi mises en avant les conditions d'accueil hôtelières des unités de maternité de l'hôpital Sud qui ne proposent pas les standards attendus (chambres individuelles, douches individuelles) et participeraient à la baisse constatée de l'activité d'obstétrique en dépit d'un plateau technique performant.

Le document présenté au conseil de surveillance revient sur cinq opérations, effectuées depuis 15 ans pour 280 M€, qui présenteraient des inadaptations et des contraintes de fonctionnement telles qu'elles justifieraient une restructuration totale de l'établissement.

Parmi elles figure celle relative au bâtiment médico-technique et d'hématologie clinique (dont la construction et la gestion ont fait l'objet d'un bail emphytéotique hospitalier, BEH, pour un montant de 92 M€), livré en 2009, pour lequel l'établissement relève trois défauts :

« *Le CHU se retrouve aujourd'hui confronté aux contraintes du modèle retenu :*

- *Un mélange d'activités cliniques et médico-techniques sans évolutivité possible sauf à prévoir d'importants travaux de restructuration et la délocalisation d'une partie de ses activités ;*
- *Une absence de possibilité d'extension alors que l'activité d'Hématologie clinique est actuellement saturée et en pleine croissance ;*
- *Un choix de Bail Emphytéotique Hospitalier inadapté au type d'activité ayant généré d'importants surcoûts d'exploitation et un contentieux avec le titulaire du bail⁷⁹ ».*

En réponse à une interrogation sur un bilan des coûts de fonctionnement du nouveau bâtiment, l'établissement a indiqué n'avoir procédé à aucune évaluation. L'affirmation sur les surcoûts entraînés par l'exploitation du bâtiment n'est donc pas étayée.

12.4. CONNAISSANCE DU PATRIMOINE

12.4.1. Tenue de l'inventaire

12.4.1.1. Présentation générale

La tenue de l'inventaire est réalisée au niveau de la direction des achats, par l'acheteur investissement.

L'établissement utilise le logiciel Madrid pour la tenue de son inventaire. Il indique que, dans le cadre de la certification des comptes, des actions ont été mises en place en 2015 et se sont poursuivies en 2016, afin de fiabiliser les données comptables :

- **Biomédical** : cadrage de la GMAO⁸⁰ avec le logiciel comptable Madrid. La GMAO permet d'identifier tous les biens sous maintenance ;
- **Terrains** : un audit par la société QUARTA a été effectué afin d'identifier toutes les parcelles détenues par le CHU ;
- **Immobilier** : un rapprochement des biens immobiliers enregistrés dans l'actif avec le plan de masse de l'établissement a été réalisé et, selon le CHU, la correspondance entre patrimoine existant et comptabilité est assurée de manière exhaustive ;
- **Informatique** : les biens incorporels ont fait l'objet d'un cadrage sur l'exercice 2015.

⁷⁹ Extrait du schéma directeur présenté au conseil de surveillance du 15 décembre 2015.

⁸⁰ Gestion de maintenance assistée par ordinateur

12.4.1.2. Enregistrement à l'inventaire

La mise à jour de l'inventaire a lieu une fois par an, en fin d'année, lorsque la direction des finances transmet à l'acheteur les fiches d'amortissement des biens nouvellement acquis ou des travaux terminés, afin de lui permettre de leur attribuer un numéro dans l'inventaire et de comptabiliser leur amortissement.

Dans cette organisation, c'est la direction des finances et des systèmes d'information (DIFSI) qui détermine la valeur du bien à immobiliser, à partir du contrôle des mandats émis et enregistrés dans son logiciel comptable (Magh2). La DIFSI constitue les fiches financières des biens à intégrer dans l'inventaire, ainsi que leurs conditions d'amortissement. Une fois les opérations de tenue d'inventaire effectuées par la direction des achats, un nouveau rapprochement avec les éléments comptables est effectué par la DIFSI avant la transmission des éléments comptables et pièces justificatives au trésorier.

Le CHU indique que la rédaction d'un manuel de procédure pour la mise à jour de l'inventaire est en cours.

12.4.1.3. Sorties de l'inventaire

Lors de sorties de biens, la pièce justificative de la vente (acte de vente, notamment) est transmise au responsable de la mise à jour de l'inventaire patrimonial. Cependant, aucun rapprochement comptable ne permet de s'assurer que l'ensemble des ventes donnent bien lieu à une transmission au service du patrimoine pour enregistrement.

La difficulté consiste ensuite à identifier le bien dans le logiciel Madrid. En effet, ce bien comporte en général plusieurs lignes, classées par ordre chronologique, correspondant à tous les travaux ou achats qui ont valorisé ce bien depuis son entrée dans le patrimoine. Comme aucune donnée commune ne permet de relier l'ensemble de ces lignes (y compris par le nom puisque ce dernier n'est pas normé), l'agent procède par tâtonnements successifs, par des recherches dans la liste, afin d'identifier l'ensemble des lignes, puis effectue les opérations de sortie de patrimoine. Néanmoins, aucune certitude n'existe sur l'exhaustivité des sorties. A cette occasion, il peut apparaître que des opérations d'amélioration d'un bien n'ont jamais été saisies.

La chambre invite l'établissement à veiller à la saisie exhaustive de l'ensemble des dépenses réalisées sur un bien déjà existant et à améliorer la fiabilité de son inventaire, notamment en normalisant les saisies lors des entrées de biens afin de faciliter, lors des sorties, le regroupement par bien.

Le CHU a répondu à la chambre que des règles de saisie avaient été récemment diffusées aux équipes responsables de ce secteur pour toutes les nouvelles acquisitions, afin de faciliter les identifications des biens dans le logiciel Madrid pour les prochaines années. Deux actions sur 2017 pour fiabiliser les acquisitions et les sorties d'actifs sont programmées : revue des libellés des biens significatifs pour faciliter leur identification, procédure de sortie en cours d'application pour s'assurer de l'exhaustivité des sorties.

12.4.2. Connaissance des coûts

Le CHU est en mesure de préciser les surfaces affectées en termes de localisation et de métrage. La tenue au sein d'un logiciel de GMAO des surfaces utilisées par l'établissement permet une meilleure gestion des travaux de maintenance sur les biens immobiliers et sur leurs équipements structurants.

La connaissance des coûts d'un bâtiment revêt une importance dans la mesure où, comme le signale la Cour des comptes⁸¹, il est couramment admis que le coût d'investissement d'une opération ne représente que 25 % du coût total, 75 % de la dépense s'effectuant au cours de la vie du bâtiment.

La connaissance des coûts comprend trois aspects :

- L'investissement (coûts des études, du foncier, du bâti) ;
- La maintenance (coûts des travaux des prestataires extérieurs et des travaux en régie) ;
- L'exploitation (coûts de fonctionnement, des fluides, de l'énergie, du personnel,...).

Le CHU n'a pas de réelle connaissance de ces coûts par bâtiment. Il dispose certes de ratios généraux par m² mais pas de comptages précis. Le comptage des dépenses d'eau et d'électricité est individualisé dans les bâtiments les plus récents uniquement. Le chauffage étant urbain, l'identification de son coût n'est réalisée que dans le cas de la mise à disposition d'un bâtiment (comme pour le centre Eugène Marquis).

La chambre souligne cette absence de connaissance des coûts complets, qui rend d'autant plus difficile l'évaluation du coût futur des projets importants d'investissement de l'établissement, économies comprises.

12.4.3. Montant de l'actif

Fin 2015, le CHU comptabilise ses actifs bruts pour 1,252 Md€ (dont le bâtiment actuellement en bail emphytéotique pour un montant de 92 M€ bruts). Le montant des amortissements s'élève à 456 M€, soit un taux d'amortissement de 36 %.

12.4.4. Travaux en régie

L'établissement n'utilise pas la procédure comptable des travaux en régie, ou production immobilisée. Bien qu'il dispose dans ses effectifs de nombreux personnels techniques et ouvriers, dont 45,5 ETP pour les seuls ateliers, le CHU affirme que la plupart des travaux d'investissements sont réalisés par des entreprises extérieures. Le personnel du CHU se concentre sur les travaux de maintenance.

L'établissement précise pourtant que le logiciel de travaux permet de suivre, par ouvrier, le temps passé pour chacun des travaux réalisés, permettant ainsi une évaluation précise.

L'utilisation de la procédure de la production immobilisée viendrait diminuer les charges de fonctionnement du CHU du coût des travaux réalisés.

⁸¹ Rapport de juin 2013 en vue d'une communication au Sénat sur le thème de « la gestion du patrimoine immobilier des centres hospitaliers universitaires affecté aux soins », p. 26

12.5. LA GESTION DES PARKINGS

12.5.1. Descriptif

Le CHU dispose de 3 134 places de stationnement réparties sur quatre sites. 67 % de ces places se situent sur le site de Pontchaillou, qui est le seul à disposer de parkings sécurisés et payants. Les parkings sécurisés comprennent 1 591 places dont 371 sont réservées au public et sont, sauf dérogations, payantes.

L'accès sécurisé par barrière permet à l'établissement d'établir des statistiques en termes de flux et de personnes (visiteurs, consultations, personnel, etc.), de réguler la fréquentation de parkings très sollicités, dans un contexte de stationnement urbain difficile, et de percevoir des recettes, contribuant notamment à assurer l'entretien de ces parkings.

Sites :	Pontchaillou		Hôpital Sud		Hôtel-Dieu		La Tauvrais		TOTAL	
Nombre de :	parkings	places	parkings	places	parkings	places	parkings	places	parkings	places
Parkings pour le personnel (sécurisés)	8	1 220							8	1 220
Parkings pour le public (sécurisés et payants)	4	371							4	371
Accès libre	1	105	4	659	2	234	2	128	9	1 126
Autres places de stationnement	-	417							-	417
TOTAL	13	2 113	4	659	2	234	2	128	21	3 134

Source : CHU

La chambre note l'effort de régulation et de tarification sur le site de Pontchaillou et invite à étudier la mise en œuvre d'un tarif sur le site de l'hôpital Sud, que le CHU annonce finalement pour le 1^{er} semestre 2018.

12.5.2. Le stationnement payant sur le site de Pontchaillou

12.5.2.1. Mode de gestion

Le stationnement payant sur les quatre parkings du site de Pontchaillou (P4 et parkings « minute ») réservés aux visiteurs et consultants est géré en régie. Le parking P4 qui est le plus important, avec 280 places, a fait l'objet d'une réorganisation récente.

Le montant d'encaisse de la régie compétente n'était toutefois pas suffisant, certains relevés hebdomadaires n'ayant pas été effectués. Il a donc été réévalué à 15 000 € en septembre 2015.

Par ailleurs, l'établissement a décidé une gestion unique, par la direction de l'ingénierie, des parkings (personnel et visiteurs) précédemment gérés par le service sécurité des biens et des personnes pour le personnel et la direction de la logistique pour les visiteurs.

12.5.2.2. La réorganisation du parking P4

L'ouverture de ce parking fin 2007 coïncide avec le développement des premiers hôpitaux de jour et de semaine.

La réflexion sur la réorganisation de ce parking depuis 2015 a pour objet de déterminer le ratio optimal entre le nombre de places de stationnement à destination du personnel et le nombre de places pour les visiteurs sur l'ensemble du site.

La gestion de la gratuité pour les seuls hospitalisés de jour pose des problèmes d'organisation. De deux au départ, les services appliquant un système de contrôle de l'identité des patients sont passés à 22. Il convient d'y ajouter les patients accueillis dans le cadre de protocoles de recherche, soit un total de 125 personnes à qui, potentiellement, il faut ouvrir la barrière chaque jour.

De fait, la procédure définie n'a plus été suivie par manque de disponibilité du service du *dispatching* et en raison de la non-exhaustivité constatée des listes adressées par les unités de soins. En outre, les patients, ainsi que certains personnels, n'identifient pas correctement les différences entre « hôpital de jour » et « consultation ». Les relations peuvent être tendues et il est en même temps impossible de facturer de tels patients pour l'accès aux parkings.

Le pic de stationnement du parking coïncide de surcroît avec les horaires de changements d'équipe, qui se répercutent sur les parkings visiteurs, le personnel du CHU n'hésitant plus à s'y stationner en début de service de matin ou d'après-midi. La sortie se fait alors sur appel à la borne sous le faux prétexte d'être en hôpital de jour ou par la pratique dite du « petit train » (en suivant la voiture précédente au plus près, la barrière étant unique et ne s'abaissant pas rapidement).

La solution retenue consiste à améliorer la fluidité des entrées et sorties de véhicules par des aménagements de voirie, l'organisation de la circulation par la séparation des entrées et des sorties et une double barrière, l'ajout de bornes de sortie, la possibilité de paiement par carte bancaire. Les travaux de réaménagement du parking pour un coût d'opération estimé à 380 000 € sont en voie de réalisation.

La fin de la tolérance de gratuité doit permettre d'enregistrer des recettes supplémentaires estimées à 30 %, ce qui devrait repousser la prochaine révision tarifaire.

12.5.2.3. Tarifs et recettes générées sur le site de Pontchaillou

12.5.2.3.1. Tarifs

Sur la période 2011-2015, les tarifs ont moins augmenté que l'inflation. L'établissement indique qu'ils sont fixés en fonction du temps moyen de stationnement, de la concurrence locale et des données recueillies auprès d'autres CHU.

La volonté de conserver des tarifs ronds et, autant que possible, des paliers de 0,50 € contraint le CHU à ne pas relever ses tarifs pendant plusieurs années consécutives, afin de ne pas compliquer le paiement, qui se faisait encore en argent liquide uniquement, et la gestion de la régie de recettes des parkings. Le paiement par carte bancaire permettra désormais de résoudre ces difficultés et d'adapter les tarifs plus fréquemment.

En outre, le CHU déclare s'inscrire dans une démarche qui doit aboutir en 2018, les tarifs étant alors réajustés en conséquence.

12.5.2.3.2. Chiffre d'affaires

Le stationnement payant a rapporté près de 340 000 € en 2015 à l'établissement. Ces recettes annuelles non négligeables motiveraient son extension sur d'autres sites.

2015	Nombre d'entrées	Nombre de sorties	Part de sorties payantes	Part de sorties en franchise	Part de sorties avec ouverture manuelle ou maintenue
Parking 4	278 899	286 718	56,2 %	8,1 %	33,9 %
Parking CCP	37 850	38 117	42,2 %	25,1 %	32,7 %
Parking BMT	42 439	45 658	9,0 %	47,0 %	44,0 %
Parking BLOC	86 301	88 762	4,1 %	48,2 %	46,2 %
<i>Total</i>	<i>445 489</i>	<i>459 255</i>	<i>40,0 %</i>	<i>21,0 %</i>	<i>28,0 %</i>

2015	Chiffre d'affaires	Part	Ticket moyen	Ticket moyen sortie payante + en franchise
Parking 4	250 538 €	74 %	0,87 €	1,36 €
Parking CCP	61 234 €	18 %	1,60 €	2,39 €
Parking BMT	13 325 €	4 %	0,29 €	0,52 €
Parking BLOC	13 943 €	4 %	0,16 €	0,30 €
<i>Total</i>	<i>339 039 €</i>	<i>100 %</i>	<i>0,73 €</i>	<i>1,20 €</i>

Source : rapport d'activité des parkings payants du CHU

Les parkings « minute », en particulier celui du « bloc hôpital », sont utilisés par des prestataires privés sanitaires, dont environ 70 % sortent en franchise.

Le parking P4 a représenté, en 2015, 74 % des recettes du stationnement payant, ce qui justifie la réflexion sur sa réorganisation et l'engagement de travaux. Ceux-ci devraient permettre de susciter des recettes supplémentaires de l'ordre de 75 000 €, permettant l'amortissement des travaux en cinq ans environ.

12.6. OPERATIONS CONTEMPORAINES ET EN COURS

12.6.1. Les cessions

Depuis le 1^{er} janvier 2011, l'établissement a vendu 10 biens pour une valeur totale de près de 13 M€. Une première parcelle de l'Hôtel Dieu, îlot de la Cochardière, d'une emprise de 0,55 hectare, a été vendue pour 10 M€ à un opérateur immobilier, en 2015, afin d'y construire 160 logements. Le prix a fait l'objet d'une estimation par le bureau VIF EXPERTISE à 4,1 M€, en prenant en compte les frais à venir pour fouilles archéologiques, évalués à 1,5 M€, ainsi que la surtaxe pour dépassement du plafond légal de densité dont devra s'acquitter le constructeur. Entretemps, les conditions d'application de cette surtaxe ayant été modifiées, le prix du m² a pu être relevé et la vente se faire à hauteur de 10 M€.

Pour la dernière parcelle, abritant encore des personnes âgées dans les bâtiments historiques, la cession est en cours d'évaluation, pour une emprise de 2,6 hectares. Le CHU a lancé avec la Ville de Rennes et l'EPF⁸² de Bretagne un « appel à manifestation d'intérêt » auprès de promoteurs privés, afin de valider le principe d'aménagement du site, le contenu programmatique et les charges foncières correspondantes.

Une mission d'assistance de l'ANAP préconisait d'utiliser cette surface pour des bâtiments d'enseignement supérieur. Cependant, la ville de Rennes n'a pas souhaité lui donner cette destination. La vente, qui devrait aboutir en 2017, sera donc réalisée à la ville de Rennes avec l'appui de l'EPF de Bretagne.

La vente de deux logements de fonction, situés 15 et 15 bis rue Saint-Martin, doit aboutir à la fin 2017. A l'issue de ces ventes, le CHU comptera encore dans son patrimoine quatre logements de fonction en propre, qu'il souhaite céder après le départ de leurs occupants.

Enfin, le schéma directeur immobilier prévoit le rapatriement des activités de l'hôpital Sud sur le site de Pontchaillou. Dans ce cadre, il sera envisagé la cession de l'hôpital Sud. Cette cession sera actée lorsque le schéma directeur de reconstruction du CHU sera acté et validé par les instances nationale et régionale.

La chambre relève que la politique de cession de l'établissement permet d'engendrer des recettes bienvenues et de délester le CHU de la gestion de bâtiments et terrains inutilisés ou de logements de fonction, ce qui n'est pas sa vocation. Elle souligne la nécessité que les cessions, en particulier dans le cadre d'interventions des collectivités publiques, n'aboutissent pas, de manière indue, à une valorisation insuffisante du patrimoine du CHU par rapport à une vente classique sur le marché, au seul prétexte d'une réutilisation publique de son patrimoine.

⁸² Etablissement Public Foncier

12.6.2. Les nouveaux investissements

Plusieurs investissements importants ont vu le jour depuis 2012, comme le nouveau centre des urgences et de réanimations (CUR) en novembre 2012, pour 84 M€ et le regroupement des activités d'orthopédie-traumatologie dans le bloc hôpital du site de Pontchaillou (24 M€), fin 2013.

L'année 2016 a été consacrée à des investissements en matière d'équipements médicaux et informatiques, ainsi qu'à la fin de la rénovation et de la mise en sécurité du site de la Tauvrais (5 M€).

12.6.3. La construction du bâtiment médico-technique et d'hématologie clinique adultes (BMTHC)

12.6.3.1. Le bail emphytéotique hospitalier (BEH) et la convention de mise à disposition

Le CHU a conclu le 12 juillet 2007 avec la société H'Ennez SNC (société *ad hoc*, filiale du groupe Eiffage) un bail emphytéotique hospitalier (BEH) de 22 ans ayant pour objet la réalisation d'un bâtiment médico-technique et d'hématologie clinique (BMTHC) sur le site de Pontchaillou.

Ce bail confie au preneur le financement, la conception, la construction, la maintenance et le gros entretien et renouvellements (GER) du bâtiment sur un terrain propriété du CHU. Une fois réalisé, le bâtiment a été mis à disposition du CHU le 31 décembre 2009, pour une durée de 20 ans. Durant cette période, le CHU verse un loyer composé des frais engagés pour la construction, ainsi que des frais d'exploitation, de maintenance et de GER, pendant toute la durée du bail, calculés forfaitairement, et la rémunération du preneur. La convention de mise à disposition du bâtiment, non détachable, signée le même jour, fixe le loyer annuel, versé trimestriellement, ainsi que les modalités d'indexation de ses composantes.

Le BEH définit également les conditions de mise à disposition du bâtiment, listant les documents (article 18-1) à remettre à cette occasion. Il a pu être constaté que l'ensemble de ces documents ont été produits. A la remise des clés, l'intégralité des biens et agencements revient au CHU, en application du contrat.

La convention définit les engagements respectifs du CHU et de l'exploitant relatifs à la mise à disposition du bâtiment, les obligations respectives de chacun en matière de maintenance et de GER du bâtiment (article 5), selon les indicateurs de performances prévus et les pénalités applicables (annexe 6 de la convention), et les modalités financières entre le CHU et l'exploitant pour toute la durée du bail.

Le bail et sa convention attachée comportent 29 annexes, pour lesquelles les référencements sont confus ou inexistant, ce qui ne favorise pas un suivi aisé de la mise en œuvre du BEH :

- Aucune annexe ne fait référence à l'article du bail ou de la convention de mise à disposition ;
- Certaines annexes comportent elles-mêmes des annexes également dénommées annexe n°1, etc. (l'annexe 1 comporte elle-même les annexes 1 à 15).

12.6.3.2. Les conditions financières

- Les modalités de rémunération du preneur sont définies au chapitre III de la convention, articles 10⁸³ et suivants.

La rémunération se décompose en trois éléments :

- **Ra** : la rémunération liée à la construction du bâtiment et couvrant principalement les coûts de conception, de construction et de conseil ;
- **Rb** : la rémunération pour la maintenance, le gros entretien et les renouvellements programmés et les grosses réparations du bâtiment ;
- **Rc** : la rémunération relative aux coûts financiers de l'opération (intérêts sur dettes, intérêts sur avances actionnaires, dividendes, etc.).

Il est défini également, à l'annexe 14 relative au plan de financement, un terme **Ra'**, surloyer ou « soulte », correspondant à la part non amortie du bâtiment au terme de la 22^{ème} année des conventions, sur la base d'une durée totale d'amortissement de 35 ans. A la date de signature des conventions, ce surloyer représentait un montant de 23,3 M€ hors TVA. Le surloyer a été intégré dans la dette à hauteur de 27,814 M€ TTC en 2012.

En outre,

- Pour les termes **Ra** (remboursement de l'emprunt en capital) et **Rc** (remboursement de l'emprunt en intérêts), la convention fixe, pour leur somme, une évolution annuelle constante de 1,5 % pendant 22 ans, conformément à l'annexe 14 relative au plan de financement ;
- Le terme **Rb** (maintenance, GER et rémunération du preneur) comporte une formule de révision.

- En ce qui concerne le loyer annuel, le premier a été fixé à 4,958 M€, valeur février 2010. Les loyers suivants subissent l'indexation prévue à la convention.

Le tableau suivant fait apparaître une évolution moyenne de la part rémunération du preneur, d'un multiple de 0,045 par an, entre 2012 et 2015⁸⁴.

	2012	2015	Evolution 2012-2015	Evolution annuelle moyenne
c/612 loyers HT	2 440 k€	2 782 k€	+ 14,0 %	+ 4,5 %

Source : CRC sur la base de l'annexe 2 de l'avenant 3 et Q105-8 – apurement dette BEH

En projetant ce taux d'évolution, la part annuelle de la rémunération se situerait à 5 131 k€ en 2029 contre 2 440 k€ en 2012 et le cumul des loyers versés s'établirait à 68 282 k€. L'avenant n°3 fixe dans son annexe 2 le montant prévisionnel de la part rémunération, hors indexation, à 38 968 k€. La différence de 29 314 k€ représente une évolution de 2,85 % par an de la rémunération du preneur pendant 20 ans.

12.6.3.3. Les contrôles exercés par le CHU

⁸³ « L'Exploitant est rémunéré par le paiement de Loyers, à compter de la Date de Mise à disposition du Bâtiment, couvrant les dépenses d'investissement, de financement ainsi que les coûts d'exploitation, notamment ceux de Maintenance du Bâtiment et de dépenses de GER ».

⁸⁴La CRC a retenu 2012 par simplicité, car ce n'est qu'à compter de cette date que la rémunération du preneur peut être identifiée dans les comptes sans difficulté, compte tenu de la modification réglementaire des écritures comptables.

La période sous revue concerne la partie « exploitation » du BEH par la société H'Ennez. A ce titre, plusieurs contrôles ont été effectués.

1) Tout d'abord, la convention de BEH prévoit dans son article 16 et son annexe 4⁸⁵ la prise en charge par le preneur d'actions de formation des personnels : stérilisation, lot convoyage et Magmatic, lot informatique N1B, formation de référents.

L'établissement a produit des certificats de formations suivies par les agents pour la stérilisation. Concernant les autres points, seul un tableau de formations, réalisées dans le cadre des « marches à blanc », récapitule la présence de 17 formations, la plupart du temps d'une journée.

Le CHU ne dispose donc pas d'un suivi complet des formations réalisées par l'exploitant par rapport à celles prévues conventionnellement.

2) En revanche, les revues de projets trimestrielles prévues par l'article 42 de la convention de BEH sont effectivement réalisées.

3) En matière de suivi des performances, la convention prévoit dans son article 3, complété des annexes 5 et 6, le suivi d'indicateurs de performance du preneur. L'annexe 5 identifie une liste de plusieurs centaines de lignes de non-performances.

L'établissement a mis en place le mode opératoire suivant : des demandes d'interventions sont faites par les services du BMTHC à travers le logiciel CARLMASTER. Tous les trimestres, en amont du paiement du loyer, le CHU fait le point sur la suite donnée à ces demandes par H'Ennez et applique, le cas échéant, des pénalités pour non-respect des performances attendues. Pour exemple, la facture du 4^{ème} trimestre 2015 a été réduite de 47 332 €, correspondant à une cinquantaine de demandes d'intervention.

12.6.3.4. Le financement des investissements

L'article 23 du bail fait peser intégralement la charge du financement des investissements sur le preneur. Muni d'un accord de cession de créance de la part du bailleur, celui-ci négocie et conclut de son côté les contrats de financement auprès des établissements financiers. Il doit informer le CHU des principaux termes des contrats préalablement à leur conclusion et lui en remettre une copie intégrale dans les cinq jours ouvrés qui suivent la conclusion.

L'annexe 14 du bail détaille les conditions financières des emprunts souscrits.

⁸⁵ Contrat 5-3 annexe 4 pièce n°2-a-3-4 Plan de formation et accompagnement au changement.

L'article 16 de la convention prévoit que « *tout gain lié au refinancement du projet sera partagé à parité entre le CH et l'exploitant* ». Ce dernier doit remettre au CHU, au moins sept jours ouvrés avant la conclusion des conventions de refinancement, un exemplaire de leurs principaux termes. Le CHU doit émettre un accord préalable.

Le bail et la convention ne font donc pas complètement écran entre le CHU et les établissements financiers.

Si le mécanisme semble encadré juridiquement, la confection du terme Rc du loyer, qui massifie sans distinction les rémunérations des actionnaires et les charges financières et qui est affecté d'une indexation annuelle identique sur la période de 1,5 %, ne facilite pas un suivi détaillé des conditions financières du BEH et pourrait ne pas encourager le preneur à lancer une telle démarche, s'il estime sa rémunération suffisante.

La période actuelle de faibles taux est cependant favorable aux renégociations. La chambre incite donc le CHU à se rapprocher du preneur afin de mettre en œuvre une éventuelle renégociation, en rappelant les stipulations contractuelles et les obligations de ce dernier en la matière. Le CHU indique que des démarches sont effectivement en cours dans ce sens.

12.6.3.5. La comptabilisation dans les comptes du CHU

Les premiers loyers ont été versés en 2010 et la dépense imputée sur la section de fonctionnement uniquement, comme le prévoyait la réglementation à cette époque.

En 2012, conformément à la circulaire interministérielle DGOS du 11 mai 2011, les règles d'imputation ont été modifiées afin de répartir la charge du loyer en le répartissant conformément à la nature des diverses dépenses. Cela a permis à l'établissement d'inscrire à l'actif immobilisé, à la date de mise en service du bien, l'ensemble immobilier BMTHC pour un montant global de 92 269 143 €.

Au passif, les dettes financières ont été augmentées de 84 498 538 €, correspondant au solde de l'emprunt, amorti annuellement par les loyers restant dus jusqu'au terme du contrat (2029), et de 27 814 215 €, correspondant au montant de la soulte à verser au terme du bail.

Le bâtiment est amorti sur une durée de 25 ans, pour une annuité de 4 615 632€, depuis 2011. Au 31 décembre 2015, les amortissements cumulés s'élevaient à 23,078 M€.

Auparavant entièrement imputé au compte 613, le loyer est, à compter de 2012, ventilé en trois composantes :

- Part relative aux coûts d'investissement du bien ;
- Part relative aux coûts de fonctionnement du bien ;
- Part relative aux coûts de financement du bien, pour les frais financiers.

Cette nouvelle comptabilisation a induit l'intégration de la dette au passif du bilan (au compte 167520) et son amortissement par la partie des loyers qui y est relative, et l'intégration du bien à l'actif (compte 21311) et son amortissement.

En section de fonctionnement, elle a permis d'isoler les charges financières afférentes à cet emprunt et de faire apparaître au compte 612 la réalité de la charge du CHU correspondant à la rémunération de l'exploitant et à la provision pour GER et maintenance.

La chambre observe que ce nouveau mécanisme permet une présentation comptable en rapport avec la réalité et une intégration de la soulte finale à acquitter, dont l'établissement doit tenir compte dans toutes ses anticipations et projections.

12.6.3.6. La provision pour gros entretien et renouvellements (GER)

Le chapitre II de la convention est relatif à la maintenance et au GER du bâtiment. L'article 5 fixe la répartition des tâches et les principes généraux du GER. Le chapitre III détaille les conditions financières.

L'annexe 8 est consacrée à la définition des programmes d'entretien annuel de GER. Deux intervenants, au sein du groupement d'exploitation-maintenance du groupe Eiffage se partagent les interventions :

- Eiffage Construction Services pour le GER hors *process* de stérilisation et de pharmacie ;
- Forclum Bretagne pour le GER des *process* de stérilisation et de pharmacie.

Un tableau détaillé retrace, par famille d'équipements et sous-équipements, la fréquence des interventions GER et le planning prévisionnel qui en découle sur la durée du bail. Cependant, aucune valorisation de ces interventions n'est effectuée, ni par année, ni par équipement.

Un autre tableau, évalue par année et par intervenant, les dépenses prévisionnelles sur la durée du bail. Ce document valorise à 14,477 M€ les dépenses de GER sur l'ensemble de la période de la convention.

L'annexe 2 de l'avenant n°3 fixe le tableau de détermination des loyers et notamment du terme Rb, composé d'une provision pour GER et d'une provision pour exploitation et maintenance.

La provision pour GER est constituée par paliers, fixée⁸⁶ à 557 k€ par an entre 2010 et 2013, puis à 744 k€ par an entre 2014 et 2018, à 883 k€ par an entre 2019 et 2024, et enfin à 713 k€ par an de 2025 à juin 2029. La dernière échéance est fixée à 23,24 k€ en juillet 2029.

Le CHU effectue mensuellement le suivi des travaux réalisés dans le cadre du GER, en parallèle du tableau prévisionnel de l'annexe 8. La société H'Ennez lui transmet les documents justificatifs de ses dépenses. Le CHU a transmis à la chambre ses documents de suivi.

⁸⁶ Tableau de répartition des termes du loyers, annexe 2 de l'avenant 3 du 17 novembre 2009, page 11

Leur analyse révèle que, fin 2016, les dépenses de GER réalisées s'élevaient à 0,605 M€ alors que :

- Le plan prévisionnel prévoyait la réalisation de gros travaux et entretien à hauteur de 2,939 M€ cumulés, fin 2016⁸⁷ ;
- Les provisions déjà versées par le CHU s'élèvent à 4,6 M€.

La chambre souligne que la société H'Ennez ne respecte pas son programme prévisionnel de GER, contractualisé à l'annexe 8 de la convention. Ce plan prévisionnel ayant servi d'assiette pour le calcul des paliers du terme Rb du loyer, la société bénéficie, de fait, après sept années, d'une avance de trésorerie de 4 M€. Si les premières années de vie du bâtiment nécessitent logiquement moins d'interventions et de travaux, le décalage est important et cette avance se cumulera dans les dernières années du contrat avec un programme et des montants déjà importants.

La fin des engagements contractuels devra être particulièrement anticipée par le CHU, afin que la provision puisse être consommée, tout en étant utilisée à bon escient et pour une réelle utilité. Certes, il existe bien, à l'article 28 de la convention, une garantie financière contractuelle en cas de non-réalisation de la provision au terme du contrat. Cependant, aucun mécanisme n'assure une anticipation suffisante en termes de calendrier et un contenu pertinent pour les travaux et interventions à réaliser, en amont de la fin proprement dite du contrat, afin d'éviter une consommation précipitée et inefficace de l'enveloppe en fin de BEH.

La valorisation par année et par opération des coûts de GER aurait permis au CHU, lors de la signature des contrats, une meilleure approche pour la fixation des paliers et par conséquent une meilleure maîtrise de sa trésorerie. Elle lui aurait permis une moindre mobilisation de ses propres lignes de trésorerie.

La chambre note en outre que l'établissement n'a pas encore évalué de façon précise les coûts de GER qu'il devra supporter à compter de 2029. Il s'appuiera sur les travaux réellement réalisés pour préparer son propre plan de maintenance.

12.6.4. Les opérations en cours

Sur le site de la Sauvrais⁸⁸, le CHU ouvre une unité de soins palliatifs de 16 lits en septembre 2017.

Par ailleurs, l'actuel site accueillant le centre de soins dentaires (CSD), actuellement loué à la ville de Rennes, va être abandonné au profit de locaux en cours d'aménagement au-dessus de la halte SNCF Anatole France, à proximité immédiate du site de Pontchaillou. Le CHU y sera propriétaire du CSD et le bâtiment accueillera également la trésorerie et des chambres pour les internes du centre de soins dentaires, au sein de la partie supérieure du bâtiment, propriété d'un promoteur immobilier qui y réalise des logements privés. L'opération, qui comprend également un étage supérieur détenu par un promoteur immobilier s'élève à environ 13 M€ pour la partie concernant le CHU et sera terminée courant 2018.

⁸⁷ Annexe 8, dernière page « Etude des paliers de GER avec séparation des paliers en 3 paliers » « décaissements »

⁸⁸ Unités de soins de suites et de réadaptation (SSR) et de soins de longue durée (USLD).

12.7. LE PROJET DE RECONSTRUCTION DES ACTIVITES MCO SUR LE SITE DE PONTCHAILLOU

Le projet le plus important du CHU inscrit dans le PPI 2016 était la réalisation d'un plateau technique de chirurgie. Mais cette opération doit désormais s'intégrer dans une opération de plus grande ampleur visant à rapatrier les activités de l'hôpital Sud sur le site de Pontchaillou et à restructurer l'ensemble des activités médicales de ce dernier, par reconstruction *in situ*.

Le CHU a saisi le COPERMO⁸⁹ afin d'obtenir un financement national, car le projet est massif et se situe hors du processus habituel de programmation pluriannuelles des investissements.

L'analyse de la chambre se fonde sur les documents transmis par le CHU à la mi-février 2017 et qui constituent l'essentiel du dossier présenté au COPERMO, dans sa version initiale.

12.7.1. Motifs

Dans le dossier soumis au COPERMO, le CHU de Rennes considère que le développement de son activité, son attractivité vis-à-vis des patients et des professionnels de santé, ainsi que son rayonnement en matière de soins, d'enseignement et de recherche sont « *menacés* » par la vétusté et l'éclatement de son patrimoine.

De fait, le patrimoine présente un taux de vétusté moyen de 73 % et plusieurs bâtiments font l'objet d'avis défavorables à la poursuite d'exploitation de la part de la commission de sécurité incendie, notamment le bloc hôpital (immeuble de grande hauteur, IGH) et l'hôpital Sud. En outre, il est en partie inadapté aux standards modernes de prise en charge, avec un taux moyen de chambres individuelles inférieur à 50 % et l'absence de douches individuelles dans certains secteurs comme la maternité.

Le CHU fait également le constat d'un patrimoine éclaté, hétérogène et non efficient en termes de parcours du patient et d'enjeux médico-économiques : 4 sites d'accueil des urgences, 10 sites opératoires, 9 plateaux d'imagerie, 3 bâtiments de laboratoires, une moyenne de 19 lits par unité d'hospitalisation, près d'une quarantaine de lieux de consultations et 22 unités d'hospitalisation de jour avec une taille moyenne très faible de sept places.

Il considère que l'éloignement des deux sites principaux (Pontchaillou et hôpital Sud) est une source de difficultés fonctionnelles « majeures » pour les patients et les professionnels et entraîne d'importants surcoûts : imagerie, blocs opératoires, laboratoire et pharmacie en doublon, 340 000 kilomètres annuels de transports de toutes natures, etc.

⁸⁹ La circulaire interministérielle du 5 juin 2013 a pour objet la mise en place d'un comité interministériel de la performance et de la modernisation (COPERMO) de l'offre de soins hospitaliers. Il est chargé, d'une part, de définir la stratégie nationale en matière d'investissement hospitalier et d'amélioration de la performance des établissements de santé, d'autre part, d'accompagner, en lien avec les ARS, la transformation d'un nombre limité d'établissements présentant de forts enjeux notamment en termes de retour à l'équilibre financier et de portage des investissements.

Néanmoins, les surcoûts évoqués dans le dossier présenté au COPERMO ne seraient pas entièrement supprimés en cas de regroupement, puisque s'il y a dédoublement de certaines fonctions, elles ne sont pas en doublon complet. Au demeurant, les surcoûts avancés ne sont chiffrés qu'indirectement au travers d'économies potentielles en matière de personnel et le seul coût direct chiffré, concernant les transports, ne s'élève qu'à un sixième du total des trajets effectués par les véhicules de l'établissement.

12.7.2. Objectifs

Face à cette situation, le CHU fixe plusieurs objectifs à son projet immobilier.

- Il souhaite d'abord renforcer son attractivité vis-à-vis des patients comme des professionnels de santé et améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge.
- Le CHU de Rennes souhaite ensuite s'adapter aux enjeux régionaux et territoriaux.

Dans le cadre de la mise en place du groupement hospitalier de territoire (GHT) de Haute-Bretagne, il compte mieux organiser l'offre de soins, notamment pour limiter les « ruptures de prise en charge dans les parcours de soins » au sein des 11 filières déjà identifiées dans le projet médical partagé.

Son projet immobilier doit aussi permettre de prendre en compte les orientations communes en matière d'imagerie, de biologie et de pharmacie dans le dimensionnement du futur plateau médico-technique central du CHU.

Il s'agit également d'intégrer les conséquences de la structuration progressive des fonctions déléguées à l'établissement support du GHT, en matière d'achats, d'information médicale, de SIH et de formation continue, et des fonctions logistiques (blanchisserie, magasin, restauration).

A cette occasion, le CHU veut également créer un institut régional de cancérologie intégrant dans un même bâtiment l'ensemble des activités ambulatoires, d'hospitalisation et de plateau technique en cancérologie du CHU et du CLCC Eugène Marquis.

- Le projet de reconstruction et de rapatriement doit améliorer l'efficacité des parcours de soins et des organisations, grâce :
 - À la fermeture d'un site vétuste, l'hôpital Sud, et le regroupement de l'ensemble des activités MCO sur un seul site ;
 - Au regroupement de l'ensemble des plateaux techniques et des soins critiques ;
 - À « la suppression des doublons et des ruptures de prise en charge générés par le multi-site actuel » ;
 - À un ajustement capacitaire « volontariste » et lié au développement de l'ambulatoire et à la croissance démographique de la population ;
 - Au redimensionnement, au regroupement et à la mutualisation des unités d'hospitalisation non efficaces avec l'objectif d'unités de 30 à 35 lits.
- Le projet doit enfin permettre, selon le CHU, d'accélérer le développement des activités de recherche et d'inscrire l'établissement dans la médecine du futur et l'innovation grâce :

- À l'aménagement d'espaces intégrés et la mise en œuvre de plateformes communes avec l'université ;
- À l'implantation d'acteurs économiques de la santé et des biotechnologies ;
- Au développement de modes de prise en charge innovants (*concept room*, hôtel hospitalier, *design* organisationnel, salles hybrides, etc.).

Dans sa note de présentation stratégique du projet, le CHU ne rappelle pas, parmi les facteurs expliquant la situation financière et d'activité, les causes structurelles, qui ne relèvent pas toutes de sa responsabilité ou sur lesquelles il n'a pas toujours la maîtrise, mais qui dépassent les seuls aspects patrimoniaux et architecturaux : démographie médicale, comportement des médecins, démographie de la patientèle, forte concurrence du secteur privé notamment d'un établissement médiatiquement très réputé au niveau national.

Toujours dans la justification du projet présenté au COPERMO, le CHU ne fait pas mention de ses propres difficultés d'adaptation : maîtrise des effectifs mais difficulté à réaliser des redéploiements ou à poursuivre l'effort d'économie jusqu'à son terme logique (temps de travail, temps partiel, non remplacement de départs à la retraite en réorganisant les services), difficulté à remettre en cause certains avantages du PM (gardes et astreintes, activité libérale) malgré un effort de suivi plus rigoureux au fil des années, organisation logistique perfectible.

Les aspects territoriaux sont plus convaincants, à condition toutefois que les autorités sanitaires et territoriales tirent les conséquences d'une nouvelle organisation du territoire de santé, en ne laissant pas subsister, pour des raisons d'aménagement du territoire sans lien avec les logiques sanitaires et médicales, des activités qui n'atteignent pas la taille critique au sein des autres établissements publics de santé du territoire, sur le plan obstétrique ou en matière de plateaux techniques par exemple.

Le regroupement permet en effet, en théorie, une meilleure organisation, une plus grande fluidité, des mutualisations et des économies d'échelle. Néanmoins, les coûts des doublons et des pertes d'efficacité ne sont pas évalués. Ils le sont indirectement en affichant des économies possibles, mais celles-ci sont estimées de manière assez imprécise et partielle, faute de comptabilité analytique aboutie.

Enfin, l'objectif en matière de recherche et d'innovation est louable mais ne structure pas le projet de manière décisive, tel qu'il est présenté dans le dossier soumis au COPERMO.

12.7.3. Contenu

12.7.3.1. Scénario alternatif

Le scénario de reconstruction du CHU sur un site nouveau a été écarté au motif qu'il retarderait les opérations structurantes « *urgentes pourtant indispensables* » pour répondre aux besoins des patients et pour l'efficacité des organisations.

Le CHU s'estimerait contraint d'engager des dépenses lourdes pour faire face aux nécessités immédiates liées à la vétusté, à la non-conformité de nombreux secteurs d'activité et à la mise en œuvre de son projet médical.

Selon l'établissement, il n'est « *pas envisageable* » de se séparer des facultés (médecine, pharmacie et odontologie). Celles-ci sont « *dans l'impossibilité technique, financière et*

opérationnelle de porter un projet de reconstruction en parallèle » à celui du CHU. Le schéma directeur immobilier vise au contraire à consolider l'implantation de l'ensemble des activités de biologie/santé sur le site actuel Villejean/Pontchaillou.

De plus, le CHU estime que les collectivités territoriales seraient dans « *l'incapacité financière et technique* » de porter le coût des aménagements publics (libération du foncier, viabilisation du site, desserte de voiries, transports publics).

Enfin, il assure que le coût global d'une implantation sur un site nouveau serait nettement supérieur, proche de 900 M€ (incluant les coûts d'acquisition du foncier et des aménagements publics nécessaires, notamment de voirie comme des échangeurs sur la rocade), dont 609 M€ pour le coût de construction, contre 578 M€ au total pour le scénario Pontchaillou. Les sites de Baud-Chardonnet (terrains publics et 210 M€ d'aménagements), du Breil (23 M€ d'acquisition de terrains et 240 M€ d'aménagements) et de ViaSilva (23 M€ d'acquisition de terrains et 272 M€ d'aménagements) ont été envisagés.

12.7.3.2. Scénario de reconstruction *in situ*

Le CHU considère que le site actuel présente de vrais atouts en termes fonciers : 32 hectares, avec 80 % du bâti concentré sur 40 % de l'emprise foncière. Le site serait « *tout à fait exceptionnel, proche du centre-ville* » et bénéficierait de l'existence de « *multiples dessertes par les transports en commun et la voirie urbaine* ». En outre, Pontchaillou constitue un véritable campus hospitalo-universitaire regroupant dès à présent les facultés, mais aussi les partenaires institutionnels majeurs (CLCC Eugène Marquis, établissement français du sang, INSERM, CNRS, EHESP).

Le choix du site existant permet la réutilisation et l'optimisation des opérations immobilières livrées au cours des vingt dernières années : centre urgences et réanimations (CUR), centre cardio-pneumologique (CCP), pôle digestif,

Le scénario Pontchaillou présente un horizon de réalisation plus court (huit ans) que la construction d'un nouvel hôpital complet sur un site neuf et le maintien d'une possibilité d'adaptation du projet au fur et à mesure de son déroulement, ainsi que des potentialités d'évolution technique et architecturale.

Le coût global estimé est nettement inférieur à une reconstruction sur un site neuf, « *sans qu'aucun aménagement public d'envergure* » ni acquisition de foncier ne soient nécessaires à la réalisation du projet.

Le directeur général de l'ARS a fait part de son avis très favorable à ce projet et à ce scénario.

Pour convaincre de la pertinence de sa solution, le CHU insiste fortement sur les problèmes liés à la situation actuelle, qui n'a quand même pas empêché l'activité de se développer, ni l'établissement d'obtenir des certifications, comme il le souligne par ailleurs. A l'inverse, les avantages géographiques et d'accessibilité du site de Pontchaillou ne sont certainement pas aussi déterminants que le CHU l'affirme.

Le scénario d'une reconstruction/réhabilitation à Pontchaillou et d'une reconstruction/réhabilitation à l'hôpital Sud, en conservant les deux sites, n'est pas évoqué. Certes, le regroupement et les mutualisations peuvent être considérés comme des arguments de principe suffisants. Néanmoins, en termes de décision publique, évaluer une solution certes imparfaite, mais présentant une possibilité de choix plus souple dans le temps et en fonction des possibilités financières, n'aurait pas dû être écarté d'emblée.

L'établissement dévalorise volontairement et de manière excessive le scénario alternatif d'une reconstruction totale sur un site nouveau. En ce qui concerne le coût avancé, il repose sur un montant considérable d'acquisitions foncières et d'aménagements publics.

La solution de reconstruction à Pontchaillou ne comporte pas de tels aménagements publics, mais ceux-ci seront pourtant inévitables au regard du rapatriement d'une activité (l'obstétrique) génératrice de flux importants et des goulets d'étranglement nombreux qui caractérisent l'organisation de la voirie autour du site de Pontchaillou.

Le coût des acquisitions foncières paraît surestimé au regard de l'insistance mise par ailleurs par le CHU à considérer que le projet tient aisément sur des emprises limitées au sein du site de Pontchaillou, des réserves foncières notables restant encore disponibles à l'issue du projet.

Il reste que les arguments de la concentration existante d'institutions sanitaires, d'enseignement, de recherche et de la réutilisation d'investissements importants, encore en bon état et non encore amortis (parmi lesquels le CHU oublie de citer le BMTHC) sont suffisants pour privilégier effectivement le scénario Pontchaillou, à condition de reconnaître et d'évaluer les coûts d'aménagements publics qui seraient inévitables et non marginaux.

12.7.3.3. Programme et phasage

Le projet de reconstruction sur Pontchaillou se décline de 2019 à 2026, en trois phases principales, après une période d'études, de préparation et d'obtention des autorisations et des financements.

➤ de 2019 à 2022 :

- *Construction d'un plateau médico-technique central (PMTC) et d'un bâtiment d'hébergement ;*
- *Construction d'un pôle femme-mère-enfant par rapatriement du site de l'hôpital Sud ;*
- *Création d'un institut régional de cancérologie ;*
- *Regroupement des urgences et des fonctions ambulatoires.*

➤ De 2022 à 2024 :

- *Restructuration des hospitalisations conventionnelles adultes, des activités de médecine physique et de réadaptation (MPR) et du centre de dialyse ;*
- *Regroupement final des fonctions ambulatoires.*

➤ De 2022 à 2026 :

- *Création d'un institut de biologie ;*
- *Désaffectation et démolition du « bloc hôpital ».*

Au total le projet doit permettre de :

- Démolir environ 164 000 m² de surface dans œuvre (SDO) ;
 - Réhabiliter environ 101 000 m² de SDO ;
 - Construire environ 121 000 m² de SDO ;
- faisant diminuer le total de la SDO d'environ 16 %.

Le CHU pourrait théoriquement afficher un dimensionnement capacitaire en lits révisé à 887 lits (501 en médecine, 316 en chirurgie et 71 en obstétrique) contre 941 actuellement (502 en médecine, 366 en chirurgie et 73 en obstétrique).

Toutefois, en tenant compte de l'augmentation démographique, le CHU envisage en réalité une stabilité, avec 942 lits en fin de projet, soit 526 en médecine, 339 en chirurgie et 78 en obstétrique.

Pour ce qui concerne l'ambulatoire, le capacitaire est révisé à 239 places (198 en médecine, 33 en chirurgie et 8 en obstétrique) contre 190 actuellement (130 en médecine, 44 en chirurgie et 16 en obstétrique).

A l'issue des travaux, l'objectif de taux d'ouverture des lits est de 95 % et le taux d'occupation visé est également de 95 %.

La chambre observe qu'avec un début des travaux dès la mi-2019 et une fin des constructions en 2024, les délais apparaissent très ambitieux et contraints. Les délais d'autorisations et de contractualisation de la commande publique devront être tenus de manière drastique. L'échéancier laisse peu de place aux impondérables. Le calendrier apparaît d'autant plus délicat à respecter que les chantiers se dérouleront sans cessation de l'activité et sur des espaces très contraints et à l'accès difficile, même s'il est prévu d'aménager de nouveaux parkings avant le début de réalisation du projet.

Les tensions du calendrier et les contraintes temporelles et physiques du chantier, si elles ne sont pas maîtrisées, peuvent s'avérer rapidement très coûteuses en dépenses d'investissement.

L'ouverture et l'occupation des lits envisagées sont nettement supérieures aux taux constatés aujourd'hui (d'environ 2,5 et 4 points respectivement). Or, si les objectifs ne sont pas atteints en la matière, c'est l'activité qui s'en ressentira et, en conséquence, les recettes, contribuant à fragiliser l'équilibre financier du projet.

12.7.3.4. Coûts et conséquences financières

Coûts d'investissement prévisionnels selon les phases du projet (en €)

Phase conception	
Etudes TTC	116 627 680
Honoraires TTC	0
Assurances TTC	0
(1) Total	116 627 680
Phase chantier	
Travaux préliminaires (démolition, terrassement,...)	15 105 845
Désamiantage, dépollution	0
Travaux bâtiment neuf (construction, extension, reconstruction) HT	232 389 025
Restructuration, réhabilitation des bâtiments HT	21 562 080
VRD, aménagement des abords HT	22 512 250
Parkings HT	0
Systèmes d'information	0
<i>Sous-total HT</i>	<i>291 569 200</i>
(2) Total travaux TTC	349 883 040
Provisions	
Imprévus et aléas de chantier	41 985 965
Impact de l'évolution des prix jusqu'à la fin du chantier	69 607 184
(3) Total provisions TTC	111 593 149
TOTAL travaux TTC et TDC valeur fin de chantier (1+2+3)	578 103 870

Source : CHU de Rennes.

HT : hors taxes. TTC : toutes taxes comprises. TDC : toutes dépenses confondues.

Les ratios de coûts par m², types de surfaces, types de travaux et types de prestations n'appellent pas de remarque particulière. Ils sont appliqués conformément aux standards du ministère de la santé et des agences et missions ayant édité des référentiels. Les imprévus et aléas, à 9 %, sont estimés de manière classique. L'actualisation appliquée l'est de manière correcte et réaliste, à condition que les délais de réalisation concentrés sur huit ans soient tenus.

Dans le détail, en montants TDC,

- Le PMTC et le bâtiment d'hébergement de 240 lits représentent un coût de 189 M€ ;
- Le pôle femme-mère-enfant 116,5 M€ ;
- L'institut régional de cancérologie 57,6 M€ ;
- Le regroupement des fonctions ambulatoires et des urgences 29,9 M€ ;
- La restructuration des hébergements, du MPR et du centre de dialyse 104,7 M€ ;
- Le regroupement final des fonctions ambulatoires 14,8 M€ ;
- L'institut de biologie 47,3 M€ ;
- La démolition de l'IGH 18,2 M€.

Coûts d'investissement prévisionnels selon les types de travaux (en €)

Coût de la construction neuve TDC	529 019 137
	91,51 %
Coût de la restructuration TDC	49 084 732
	8,49 %
Coût d'acquisition du mobilier et équipements TTC	0
Coût d'acquisition du foncier	0
TOTAL travaux TTC et TDC valeur fin de chantier	578 103 870

Source : CHU de Rennes.

HT : hors taxes. TTC : toutes taxes comprises. TDC : toutes dépenses confondues.

Ces montants sont ceux inclus dans le projet tel qu'arrêté en février 2017 et initialement présenté au COPERMO. Le coût total TDC a été révisé à 535 M€ après les premiers échanges avec le COPERMO, sans que le CHU en communique pour autant le détail.

La chambre relève que les coûts d'équipements et de mobiliers, qui seront très importants, ne sont pas inclus dans l'estimation actuelle du projet et dans le SDI, mais émergeront sur le nouveau PPI.

Le CHU considère son programme comme complet et n'envisage pas de modifications en cours de réalisation, alors que celles-ci sont pourtant courantes dans des projets de cette ampleur et de cette durée. En outre, si le budget prévisionnel de l'opération inclut bien des aléas à hauteur, classiquement, de 9 %, la Cour des comptes a relevé, dans sa communication au Sénat de juin 2013 consacrée à la gestion du patrimoine immobilier des CHU affecté aux soins, des dérives dans le coût initialement prévu des grands programmes de travaux comprises entre 8 et 26 %.

12.7.3.5. Financement et économies

Mode de financement du projet (en €)

(1) Autofinancement	66 636 000
dont cession éventuelle d'immobilisations	9 000 000
(2) Emprunt	471 000 000
dont surcoût financé par l'établissement seul	370 057 000
dont part aidée au niveau national	100 943 000
(3) Subventions	40 467 000
dont subvention FMESPP	40 467 000
TOTAL (1+2+3)	578 103 000

Source : CHU de Rennes.

FMESPP : fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

En additionnant aux aides en capital prévues ci-dessus les aides d'exploitation sollicitées sur 20 ans, le CHU demande un financement public extérieur substantiel (au total, 202 M€, soit 35 % du montant total du projet), mais assume également une très large part du financement par la souscription massive d'emprunts. L'accompagnement sollicité du COPERMO pourrait être versé progressivement en subventions non amortissables et aides en exploitation, simultanément aux décaissements liés au projet, permettant, selon le CHU, de ne pas trop dégrader sa situation patrimoniale.

Parmi les sources de financement, le CHU disposerait également de deux sites fonciers dont les cessions interviendraient pour l'une d'entre elles en 2018 (Hôtel-Dieu) et, pour l'autre, l'hôpital Sud, lors de la désaffectation du site en 2024.

Ces cessions sont estimées à la date de confection du projet soumis au COPERMO à 5 M€ pour l'Hôtel-Dieu et à seulement 4 M€ pour l'hôpital Sud (montant estimé tenant compte des coûts de démolition et réhabilitation des sites).

Amortissements

	Investissement TDC (€)	Type d'amortissement	Durée d'amortissement (années)	Dotations annuelles aux amortissements (€)
Constructions neuves	529 019 138	Linéaire	30	17 633 971
Reconstructions	49 084 732	Linéaire	20	2 454 237

Source : CHU de Rennes.

TDC : toutes dépenses confondues.

En termes de décaissements, les montants sont très élevés dès 2019 et surtout concentrés sur les années 2020-2023. Cet échéancier devra être combiné avec les remboursements d'emprunts obligataires *in fine*, puis avec la soulte du BEH s'il venait à prendre du retard.

Décaissements prévisionnels (en €)

2018	23 329 564
2019	58 901 646
2020	86 124 407
2021	157 434 582
2022	115 055 755
2023	92 872 391
2024	26 230 818
2025	5 354 523
2026	12 800 183

Source : CHU de Rennes.

La charge annuelle de la dette va s'accroître fortement, pour atteindre un niveau de 53,4 M€ en 2027.

L'encours lui-même va progresser jusqu'en 2023, pour atteindre alors 616 M€, soit 78 % des produits (contre 254 M€ et 37 % en 2015) ; en 2027, l'encours sera encore de 466 M€ et 54 % des produits. En années de CAF, l'encours s'élèvera jusqu'à 14 années en 2022, mais reviendrait à quatre ans en 2030.

Au total, le titre 4 atteindrait un maximum de près de 72,4 M€ en 2024. Le CHU estime toutefois que sa marge brute couvre intégralement les frais financiers et les charges d'amortissements dès 2019 et qu'il « *génère suffisamment d'excédents pour autofinancer les investissements courants dès 2022* ». Il a été cependant défini un seuil de soutenabilité financière à 55 M€ au-delà duquel « *l'établissement puisera dans les aides à l'exploitation COPERMO provisionnées (reprise de provision au 142) afin de maintenir un titre 4 net des reprises plafonné à 55 M€* ».

La projection financière, réalisée formellement de manière non contestable, présente toutefois des hypothèses d'évolution qui, pour certaines, paraissent volontaristes, voire optimistes.

D'un côté, les produits T2A sont projetés avec une augmentation annuelle proche de la réalité constatée pendant la période sous revue. De même, les charges à caractère hôtelier et général sont affectées d'une évolution moyenne annuelle supérieure au réalisé de la période sous revue, mais intégrant des dépenses induites par les nouvelles infrastructures. Les conditions de taux et de durée des emprunts n'appellent pas de remarque particulière.

En revanche, les charges de personnel sont envisagées avec une progression annuelle moyenne nettement inférieure au niveau enregistré sur le titre 1 en 2012-2015, alors même que les conséquences des mesures de revalorisation indiciaires et du plan PPCR n'étaient pas encore pleinement en vigueur.

De même, les charges médicales doivent progresser moins vite que pendant la période sous revue. En recettes, le CHU projette un maintien des aides MIG et FIR à partir de 2017, ce qui n'est pas garanti sur une décennie.

Le CHU affirme que la reconstruction *in situ* induit des « gains majeurs en exploitation permettant de garantir la soutenabilité globale et durable du projet ». Entre 2017 et 2027, selon l'annexe financière au projet, les produits d'exploitation doivent augmenter plus rapidement que les charges, avec + 2,54 % en moyenne annuelle contre + 1,58 %, alors même que, depuis 2012, leurs rythmes d'évolution respectifs sont assez similaires.

En outre, dans les projections du CHU, un résultat exceptionnel positif constant de 3 M€ est maintenu après 2017.

Au total, le résultat du budget principal, après avoir atteint un déficit maximal de 5 M€ en 2019, doit retrouver l'excédent dès 2022 et être excédentaire de près de 42 M€ en 2027. La marge brute (7,64 % en 2015) serait à un niveau équivalent (8 %) en 2023.

La chambre remarque que le point de retournement d'un excédent en déficit pour l'ensemble de la période considérée jusqu'en 2027 est atteint dans les cas suivants :

- Évolution annuelle moyenne de 2,54 % pour les produits d'exploitation, comme projeté par le CHU, mais évolution de 2,08 % pour les charges d'exploitation (au lieu de 1,58 %) ;
- Évolution annuelle moyenne de 1,58 % pour les charges d'exploitation, comme projeté par le CHU, mais évolution de 2,07 % pour les produits d'exploitation (au lieu de 2,54 %).

La solidité des projections financières apparaît donc fort limitée et il convient de les considérer avec une très grande prudence.

Un certain nombre d'hypothèses d'évolution sont exagérément optimistes, dans leur niveau et/ou dans leur pérennité. Les économies budgétaires envisagées sont importantes, alors même que l'établissement, tout en réalisant des efforts, notamment en matière de ressources humaines ou d'achat public, n'a pas démontré dans les dernières années une capacité forte à aller vers de véritables économies, au-delà de la maîtrise de l'existant. Des gisements d'économies existent en dehors même d'une action immobilière, en matière de temps de travail, d'organisation de l'activité, de rationalisations logistiques.

Le CHU sous-estime aussi l'impact de potentielles nouvelles mesures nationales qui pèsent sur les charges de personnel. Il n'évoque pas particulièrement les achats mobiliers et généraux induits par les nouveaux bâtiments. Il considère qu'il ne rencontrera pas de difficulté de trésorerie.

En outre, l'établissement considère comme acquis le succès de l'offre nouvelle de soins qui sera issu du projet de reconstruction et de rapatriement. Il envisage des progressions ou des maintiens de recettes sur une période de temps longue, qui ne sont pas garanties.

13. LES CONVENTIONS ET LES RELATIONS AVEC LES TIERS

13.1. MODALITES DE CONTROLE DES CONVENTIONS

Afin de réaliser le contrôle de la gestion des relations conventionnelles par le CHU de Rennes, un panel de 116 conventions a été choisi sur les 1 900 conventions recensées par l'établissement en vigueur à la mi-2016.

Au sein du CHU, une centralisation de la gestion des conventions n'est effectuée qu'au stade de la préparation et de la signature, au niveau de la direction générale, mais sans qu'existe de procédure formalisée. Ensuite, chaque service gestionnaire est censé suivre la vie de chaque convention. Toutefois, comme le reconnaît le CHU, *« en l'absence d'une gestion électronique documentaire (GED) centralisée, il (...) est plus difficile d'identifier les responsables gestionnaires des conventions manquantes »*.

13.2. DISPOSITIONS GENERALES

13.2.1. Gestion globale des conventions par le CHU, numérotation et recensement

La direction générale du CHU tient un fichier général des conventions sous Excel, avec un onglet par exercice. Le principe est celui d'une numérotation de chaque convention par année où elle a été signée, suivi d'un numéro d'ordre (qui redémarre à 1 au début de chaque exercice). Ce fichier ne sert qu'au recensement des conventions, non au suivi permanent de leur mise en œuvre, au traitement de leurs difficultés d'application et à la gestion de leur éventuel renouvellement, qui restent de la compétence déconcentrée des multiples services gestionnaires.

Ce recensement *a minima* est loin de compenser l'absence de GED, d'autant plus que le principe de numérotation n'est pas appliqué de manière systématique. En effet, sur l'échantillon retenu, 12 conventions, soit 10 %, ne sont numérotées que par leur date de signature. Ainsi, la convention signée avec l'association de conservation du patrimoine hospitalier est intitulée « 2011_association conservation patrimoine hospitalier ». Il est en conséquence plus difficile de retrouver et gérer ces conventions.

De plus, certaines numérotations (4,3 % de l'échantillon) comportent des erreurs de date⁹⁰, comme la convention « n°2008_110 Réseau télésanté Bretagne » qui a été signée en 2012 et non en 2008.

Par ailleurs, certaines conventions ne portent pas la même numérotation que dans le fichier général du CHU. Ainsi la convention relative au GIP Esther Libéria, est dénommée 2012-59 dans le fichier des conventions et 2011-0406 sur sa version papier.

La convention n° 2012-125 est recensée sous deux objets mais devrait alors porter deux noms différents.

Enfin, le CHU a dû lui-même constater l'existence de 4 doublons sur l'échantillon de conventions demandées pendant le contrôle sur le base du fichier général du CHU, ce qui représente 3,4 % de l'échantillon concerné. Néanmoins, 3 doublons supplémentaires lui ont échappé, ce qui représente un total de 6 % de l'échantillon.

S'il peut être noté l'effort réalisé par le CHU pour tenir un fichier centralisé des conventions, ce document est largement perfectible et ne garantit pas, en l'état, un suivi exhaustif et fiable des conventions, sans même parler de leur gestion, en l'absence de GED et de formalisation de procédures systématiques.

Dans sa réponse à la chambre, le CHU indique qu'en 2017, « *au niveau des conventions de mise à disposition de personnel, une mise à jour globale du tableau de suivi des conventions a été effectuée en intégrant des codes associés aux conventions* ». Ce document est intégré au réseau de la DRH ce qui permet à tous les interlocuteurs RH d'y accéder. De plus, il déclare s'être fixé pour objectif de centraliser l'intégralité du suivi des conventions d'ici fin 2018, afin de définir des modalités de gestion commune des conventions à l'échelle de l'établissement. Si l'élaboration des conventions « *natives* » restera décentralisée au sein des secteurs pour une expertise accrue, elle sera encadrée par des supports types et une procédure *ad hoc* comprenant notamment un circuit de validation interne systématique (visa financier, visa juridique) et un référencement central. Par ailleurs, un outil permettra de mettre en place des alertes afin de s'assurer du bon suivi du renouvellement des conventions. Cette organisation est « *pensée comme un préalable à la mise en place d'une gestion électronique des documents qui viendra alors secondairement optimiser cette gestion* », notamment par la « *dématérialisation via un work-flow interne* ».

⁹⁰ Conventions n°2014_401, n°2008_110, n°2008_113, 2009_83 et 2016_216.

13.2.2. Existence de convention-type

Seule l'intervention de bénévoles fait l'objet d'une convention-type, alors que l'occupation domaniale ou la mise à disposition pourraient appeler une trame commune, qui permettrait d'homogénéiser les conventions signées par le CHU et d'éviter que des clauses importantes soient omises.

13.2.3. Incomplétude et rétroactivité

Pour certaines conventions, les annexes⁹¹ ou les signatures⁹² sont manquantes.

Sur l'ensemble des 116 conventions, 10 sont rétroactives. Pour la plupart, cela concerne seulement quelques mois, mais la convention n°2012_INSERM a été signée le 31 décembre 2012 et rendue effective par effet rétroactif au 1^{er} janvier 2012, alors même que cette convention concerne une mise à disposition de locaux, qui entraîne le versement de charges et de frais de gestion. De même, la convention n°2014_313 avec l'association Neuro-Bretagne a été signée le 8 octobre 2014, pour une entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013.

13.3. LES CONVENTIONS DE MISE A DISPOSITION DE PERSONNEL

De manière générale, les conditions d'interruption anticipée ne sont souvent prévues dans la convention que pour l'organisme d'accueil, mais pas pour l'agent ou le CHU.

13.3.1. Les conventions de mise à disposition de personnels titulaires

Dans la convention n°2014_120 avec l'université européenne de Bretagne, un technicien supérieur hospitalier est mis à disposition, mais sans indication de la quotité de temps de travail concernée. Or, l'article 1^{er} du décret n° 88-976 du 13 octobre 1988 prévoit bien que cette quotité est fixée dans la convention de mise à disposition.

Le CHU reconnaît ce défaut et indique que ce point sera contrôlé sur les autres conventions de mise à disposition.

13.3.2. Les conventions de mise à disposition de personnels contractuels

La convention n° 2015_255 met à disposition du fonds Nominoë, qui est un fonds de dotation, un ingénieur hospitalier contractuel à hauteur de 40 % de son temps de travail. Les fonds de dotation ne sont pas cités dans la liste de l'article 31-1 du décret du 6 février 1991. La mise à disposition n'a donc pas de fondement réglementaire.

En réponse, le CHU « prend acte de la remarque de la chambre » et « engage les dispositions nécessaires pour résoudre la situation sur l'exercice 2017 ».

⁹¹ Conventions n°2014_98, n°2015_147

⁹² Conventions n°2015_213, n°2015_313 et n°2016_216

13.3.3. Les conventions de mise à disposition de personnel médical

L'article R. 6152-50 du code de la santé publique dispose que les praticiens hospitaliers peuvent être mis à disposition d'un établissement de santé, d'une administration ou d'un établissement public de l'Etat, d'une collectivité territoriale ou d'un établissement public en dépendant, d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement d'intérêt public ou d'un groupement de coopération sociale et médicosociale.

Deux conventions ont été signées avec l'association Gabriel Deshayes⁹³, afin de mettre à disposition des praticiens hospitaliers. Or, les associations ne font pas partie de la liste précitée dans le code de la santé publique. Ces conventions ne sont pas conformes à la réglementation.

13.4. LES CONVENTIONS D'OCCUPATION DU DOMAINE PUBLIC

13.4.1. Généralités

Neuf conventions de mise à disposition de locaux du CHU ont été examinées.

Les conventions d'occupation domaniale sont généralement tacitement reconduites ou silencieuses sur les modalités de reconduction (six sur neuf conventions examinées). Une telle stipulation est contraire au caractère précaire et révocable de l'occupation du domaine public, rappelé aux articles L. 2122-1 à L. 2122-3 du code général de la propriété des personnes publiques (CG3P).

En outre, pour huit conventions⁹⁴, la dénonciation ou résiliation nécessite, y compris pour le CHU, de respecter un préavis de trois à six mois, ce qui est incompatible avec le caractère précaire et révocable de l'occupation et avec la possibilité de résiliation à tout moment pour motifs d'intérêt général, dont dispose toute personne publique.

La chambre demande au CHU de modifier ces stipulations irrégulières.

13.4.2. Les relations avec l'AUB

L'association des urémiques de Bretagne (AUB) intervient dans les domaines des alternatives à l'hospitalisation au service des patients atteints d'insuffisance rénale chronique. L'AUB employait 475 salariés en 2014.

Elle est liée aux centres hospitaliers publics bretons par le biais de conventions établies sur le principe de facturations réciproques, certaines prenant la forme d'autorisations d'occupation temporaire du domaine public (AOT).

⁹³ Conventions n°2011_150 et 2012_349

⁹⁴ Conventions Relay n°2005, conservation du patrimoine hospitalier n°2011, Fabienne Myosotis Accueil n°2011, Agence de la Biomédecine n°2012, INSERM n°2012, n°2014_98, n°2014_192, n°2004_592

En l'occurrence, l'AUB est historiquement liée au CHU de Rennes de la manière suivante :

- Convention portant bail à construction sur une parcelle d'environ 2 500 m² appartenant au CHU, en date du 21 octobre 1983, reprise par acte notarié du 18 février 1988, le bail étant consenti pour 50 ans à compter du 21 octobre 1983 ;
- Convention du 6 novembre 1985, avec tacite reconduction annuelle, comprenant la fourniture d'eau, d'électricité, du chauffage et du téléphone, et son avenant du 30 novembre 1992 ;
- Bail à construction du 30 septembre 1992, sur deux bâtiments B5, consenti à compter du 1^{er} juin 1992 pour 30 ans ;
- Résiliation du bail à construction de 1988 et signature d'une convention d'AOT constitutive de droits réels, à titre gracieux (3 janvier 2014).

Le bail à construction a été consenti à l'AUB sans redevance ni loyer, la seule obligation pour l'association étant de remettre au CHU, à l'expiration du bail, les constructions édifiées avec aménagements et dépendances.

Par la suite, l'association a informé le CHU qu'elle avait pour projet de réaliser la démolition des bâtiments existants, suivie de la construction sur la même assiette d'un nouveau bâtiment devant comprendre un centre de dialyse plus vaste, destiné à accueillir à terme une centaine de patients. Les parties ont finalement convenu de résilier l'ancien bail de 1988 et de conclure une AOT constitutive de droits réels, pour une durée de 50 ans à compter du 3 janvier 2014. Cette autorisation est donnée à titre gracieux en application de l'article L. 2125-1 du code général de la propriété des personnes publiques, relatif à l'occupation du domaine public par des associations concourant à la satisfaction d'un intérêt général.

Par ailleurs, la convention de 1985 et son avenant de 1992 continuent à produire leurs effets, même si un nouveau projet de convention est en cours de signature. Si le bail puis l'AOT ont prévu le principe du remboursement des fluides (eau, gaz, électricité, chauffage), la convention le stipule également, y ajoutant le remboursement des prestations de gestion courante : médicaments, mises à disposition éventuelles de personnels, repas (personnels, accompagnants et patients), blanchisserie, téléphone, prestations éventuelles d'entretien-maintenance.

La mise à disposition des pavillons B5 (bail de 1992) est quant à elle faite sous condition de loyers, qui sont effectivement versés par l'AUB.

Des remboursements sont bien effectués par l'association en matière de repas des malades et des personnels (11 713 € en 2015), de location des pavillons B5 (14 644 € en 2015) et de charges locatives d'eau et d'électricité (26 635 € en 2015). Des frais de formation sont également refacturés à l'AUB. Les prestations de blanchisserie n'ont jamais été mises en œuvre. Quant aux frais de téléphone, il est prévu dans la convention de 1985 que le CHU mette à la disposition de l'association cinq lignes de son réseau (une ligne supplémentaire depuis l'avenant de 1992), avec une redevance annuelle (révisable) de 400 francs par ligne, soit 360 € par an. Cependant, la direction logistique du CHU a reconnu que les frais de téléphone n'avaient plus été réclamés depuis 1992, d'un commun accord au regard de montants « *modiques* » selon l'AUB.

13.5. LES RELATIONS AVEC L'UNIVERSITE DE RENNES

13.5.1. Le contexte réglementaire

Le statut de CHU de l'établissement repose juridiquement sur le principe d'une convention constitutive passée avec l'université de Rennes. En effet, l'article L. 6141-2 du code de la santé publique dispose que « *les centres hospitaliers régionaux ayant passé une convention (...) avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicales, pharmaceutiques ou odontologiques sont dénommés centres hospitaliers universitaires* ».

Selon l'article L. 6142-3 du même code, « *les universités et les centres hospitaliers régionaux conservent leur personnalité juridique et leurs organes d'administration respectifs ; ils sont tenus de conclure des conventions pour préciser les axes stratégiques et les modalités de mise en œuvre de la politique hospitalo-universitaire entre l'université et le centre hospitalier régional* ». Ces conventions sont révisées tous les cinq ans.

13.5.2. La situation constatée

Une convention constitutive a été signée le 11 juin 2014, ayant pour objet la détermination de la structure et des modalités de fonctionnement du CHU. Elle se veut compatible avec les orientations de l'université telles que définies dans son contrat pluriannuel, notamment dans le domaine de la recherche biomédicale. Elle se substitue à la convention antérieure, datant de 1974.

L'examen des restes à réaliser en recettes du CHU à l'égard de l'université de Rennes ne laisse pas apparaître de problème particulier, les titres restant à recouvrer au 31 décembre 2015 ayant tous été pris en charge depuis le 2 décembre précédent.

Outre les actions mutuelles en termes de recherche et d'enseignement, ainsi que le principe d'une réunion de coordination annuelle, la convention contient, en son article 12, des clauses relatives à l'occupation des locaux et des équipements. Un inventaire des patrimoines respectifs doit être établi et un « état définitif des domaines respectifs » doit être dressé « *sous l'autorité d'un géomètre expert désigné conjointement* » et « *ajouté en annexe* » à la convention. Cet état n'a pas été fourni par le CHU.

L'article 13 prévoit la signature d'une convention sur les conditions et modalités d'exploitation, d'entretien et de maintenance des locaux, bâtiments et terrains et sur les conditions financières de mise à disposition. Cette convention n'a pas été fournie par le CHU.

La chambre invite le CHU à compléter la convention constitutive conformément à ce qui est contractuellement prévu, sur la situation respective des patrimoines et sur leurs conditions d'utilisation.

Dans sa réponse, l'établissement indique que le CHU et l'université ont conjointement lancé une démarche d'inventaire croisé des locaux hospitalo-universitaires afin de l'annexer au corps de la convention : une annexe couvrira les locaux dont l'affectation principale consiste en une activité uniquement universitaire, une autre annexe concernera les équipements. La convention précisera également les modalités de gestion de ces locaux et de ces équipements et mentionnera le cas échéant les contreparties monétaires de leur prise en charge pour leur propriétaire et/ou leur utilisateur. L'objectif est une signature avant la fin 2017.

14. ANNEXES

14.1. ANNEXE 1 : DONNEES D'ACTIVITE DU CHU DE RENNES

Nombre de RSA (résumés de sortie anonymes)

		2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Hospitalisation complète	Médecine	38 365	38 387	38 481	39 528	39 844	+ 1,0 %
	Chirurgie	17 975	17 516	18 056	18 003	18 045	+ 0,1 %
	Obstétrique	5 102	5 070	5 009	4 827	4 535	- 2,9 %
Hospitalisation partielle	Médecine	21 438	21 899	21 214	21 349	20 294	- 1,4 %
	Chirurgie	5 328	6 105	6 662	6 977	7 303	+ 8,2 %
	Obstétrique	2 088	2 159	2 289	2 218	2 194	+ 1,2 %
Total		90 296	91 136	91 711	92 902	92 215	+ 0,5 %

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateurs CI-AI à CI-A6.

Consultations externes MCO réalisées au CHU

2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution annuelle moyenne
352 384	374 323	398 975	408 832	411 935	418 455	439 712	460 800	+ 3,9 %

Source : CHU de Rennes

Nombre de séances

	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Séances de chimiothérapie	5 976	6 367	7 119	8 163	8 854	+ 10,3 %
Séances d'hémodialyse	9 621	9 432	9 239	9 291	9 322	- 0,8 %
Séances autres	6 094	6 613	6 994	7 886	8 287	+ 8,0 %
Total	21 691	22 412	23 352	25 340	26 463	+ 5,1 %

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateurs CI-A7, CI-A9, CI-A10 et CI-A14.

Nombre d'actes d'endoscopie

2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
6 861	7 060	7 142	7 159	7 197	+ 1,2 %

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateur CI-A14.

Activité d'imagerie

	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Nombre d'actes	222 848	219 430	219 286	218 832	226 491	+ 0,4 %

Source : CHU de Rennes.

Nombre de naissances

	2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
Département d'Ille-et-Vilaine	13 033	12 892	12 729	12 555	12 018	- 2,0 %
Intercommunalité de Rennes Métropole	5 115	5 257	5 325	5 251	5 237	+ 0,6 %

Source : INSEE

Nombre d'ATU (accueil et traitement des urgences)

2011	2012	2013	2014	2015	Evolution annuelle moyenne
66 041	67 478	67 477	66 305	68 830	+ 1,0 %

Source : Hospidiag, onglet « carte d'identité », indicateur CI-A13.

Pourcentage d'entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences

	2011	2012	2013	2014	2015
Pourcentage d'entrées en hospitalisation complète en provenance des urgences	41,3	42,8	43,7	43,9	45,1

Source : Hospidiag, onglet « activité », indicateur A12.

Répartition des séjours par âge et origine géographique

	2014	2015	2016
<= 28 jours	3,80 %	3,58 %	3,52 %
[29 jours – 1 an[	1,87 %	1,83 %	1,63 %
[1 an – 10 ans[	5,56 %	5,70 %	5,70 %
[10 ans – 19 ans[	4,52 %	4,50 %	4,54 %
[19 ans – 65 ans[	49,48 %	48,52 %	47,75 %
[65 ans – 85 ans[	28,14 %	28,72 %	29,46 %
>= 85 ans	6,64 %	7,15 %	7,38 %
Age moyen	49,6 ans	50,1 ans	50,5 ans
Age médian	54,0 ans	55,0 ans	56,0 ans
Domiciliés dans le département	75,8 %	76,4 %	75,6 %
Domiciliés dans une autre région	8,8 %	8,6 %	8,9 %

Source : e-PMSI, tableaux [1.D.1.CDEM] A et [1.D.1.CDEM] B.

Données détaillées de l'activité du CHU (e-PMSI)

		2014	2015	2016
Médecine	Séjours HC	43 279	43 860	42 845
	<i>Dont séjours de 0 jour</i>	4 625	4 995	4 520
	Journées HC	261 171	260 365	263 347
	Séjours HP	14 407	13 088	14 228
	Séances	25 340	26 463	27 710
Chirurgie	Séjours HC	16 542	16 589	16 536
	<i>Dont séjours de 0 jour</i>	702	793	863
	Journées HC	98 079	94 530	93 009
	Séjours HP	8 920	9 026	9 997
Gynécologie-obstétrique	Séjours HC	6 028	5 661	5 966
	<i>Dont séjours de 0 jour</i>	264	217	251
	Journées HC	29 933	29 044	28 481
	Séjours HP	2 064	2 050	1 904
MCO (« populations ciblées »)	Séjours HC (Court séjour pédiatrique)	6 984	7 280	7 408
	Journées HC (Court séjour pédiatrique)	22 552	22 352	22 488
	Séjours HP (Court séjour pédiatrique)	492	509	517
	Séjours HC (Médecine gériatrique)	790	780	658
	Journées HC (Médecine gériatrique)	14 394	11 111	10 895
	Séjours HP (Médecine gériatrique)	904	972	872
Blocs et sites	Actes chirurgicaux en HC	22 757	22 054	21 916
	Actes chirurgicaux en HP	8 792	8 979	10 037
	<i>Dont actes requérant une anesthésie</i>	25 874	25 611	26 606
	Actes liés à la grossesse chez la mère en HC	2 904	2 760	2 879
	Actes liés à la grossesse chez la mère en HP	2 152	2 156	2 035
	<i>Dont actes requérant une anesthésie</i>	1 273	1 197	1 223
	Endoscopies avec ou sans anesthésie générale en HC	6 773	6 459	6 293
	Endoscopies avec ou sans anesthésie générale en HP	2 336	2 762	2 975
	<i>Dont actes requérant une anesthésie</i>	4 772	4 833	4 910
Neurochirurgie	Séjours adultes	2 453	2 580	2 695
	Journées adultes	14 763	15 246	15 045
	Séjours pédiatriques	37	34	23
	Journées pédiatriques	207	126	96
Chirurgie cardiaque (activités interventionnelles sous imagerie médicale)	Séjours	1 701	1 894	1 953
	Journées	6 720	7 419	8 020
	Actes	1 894	2 185	2 186

		2014	2015	2016
Périnatalité	Séjours en obstétrique	5 186	4 834	5 034
	<i>Dont séjours de 0 jour en obstétrique</i>	325	275	290
	Journées en obstétrique	25 323	24 224	23 791
	Séjours avec accouchement dans l'établissement	3 918	3 674	3 686
	Journées avec accouchement dans l'établissement	21 966	20 736	20 129
	Séjours avec accouchement par césarienne	771	699	734
	Journées avec accouchement par césarienne	6 923	6 128	6 081
	Accouchements uniques	3 806	3 581	3 586
	Accouchements multiples	112	93	105
	Séjours en néonatalogie	731	434	423
	Journées en néonatalogie	13 703	5 878	6 097
	Séjours en soins intensifs des nouveau-nés	375	366	397
	Journées en soins intensifs des nouveau-nés	7 783	7 448	7 576
	Séjours en réanimation néonatale	246	245	214
	Journées en réanimation néonatale	3 986	3 490	3 918
Dialyse	Séances en hémodialyse en centre adultes	9 290	9 322	8 967
Oncologie	Activité en traitement du cancer : séjours	12 690	13 627	15 079
	<i>Dont séjours de 0 jour</i>	9 077	9 901	11 297
	Activité en traitement du cancer : journées	41 594	42 192	41 370
	Séjours avec traitement de chimiothérapie	9 449	10 099	11 273
	Séances de chimiothérapie réalisées en ambulatoire	8 163	8 854	9 980
	Patients adultes atteints de cancer ayant eu un traitement par chimiothérapie dans l'année	1 283	1 276	1 286
Urgences - UHCD	Séjours	3 972	5 234	4 407
	<i>Dont séjours de 0 jour</i>	2 115	2 626	2 084
	Journées	1 895	2 652	2 360
Réanimation, soins intensifs, surveillance continue	Séjours en Surveillance continue adultes	2 978	3 593	3 711
	Journées en Surveillance continue adultes	15 572	18 142	18 134
	Séjours en Surveillance continue enfants	533	592	533
	Journées en Surveillance continue enfants	3 582	3 037	3 699
	Séjours en Unité de réanimation adultes	2 559	2 940	3 165
	Passages en Unité de réanimation adultes	2 777	3 169	3 397
	Journées en Unité de réanimation adultes	16 750	17 518	17 991
	Séjours en Unité de réanimation enfants	343	331	303
	Passages en Unité de réanimation enfants	352	345	312
	Journées en Unité de réanimation enfants	1 801	1 931	1 615
	Séjours en Unité de soins intensifs cardiologiques	1 428	1 479	1 402
	Journées en Unité de soins intensifs cardiologiques	6 238	6 577	6 568
	Séjours en soins intensifs de l'UNV	665	601	604
	Journées en soins intensifs de l'UNV	1 541	1 696	1 556
	Séjours en autres soins intensifs	3 302	2 981	2 645
Journées en autres soins intensifs	20 496	19 462	18 485	
Unité d'hospitalisation sécurisée interrégionale	Séjours	454	433	427
	Journées	4 743	4 946	5 111

Source : e-PMSI, tableau [I.D.2.SAE], CHU (sites de l'Hôtel Dieu, Pontchaillou, La Tauvrais et Hôpital Sud).

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique. HC : hospitalisation complète. HP : hospitalisation partielle. UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée. UNV : unité neuro-vasculaire.

14.2. ANNEXE 2 : PARTS DE MARCHÉ DU CHU DE RENNES

Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU en médecine

Etablissement	Nombre de séjours 2015 (issus de la zone)	Part de marché 2015	Parts de marché 2014	PMCT relatif	Parts de marché des séances 2015	Activité totale de l'établissement (*)
CHRU Rennes (sites ouest et nord)	35 931	20,8 %	20,8 %	96	12 %	43 230
CH Saint-Malo	16 739	9,7 %	9,6 %	116	6 %	18 259
CHRU Rennes (site sud)	15 245	8,8 %	9,1 %	84	2 %	17 063
CHP Saint-Grégoire	14 025	8,1 %	8,1 %	80	6 %	14 700
Polyclinique Saint-Laurent (Rennes)	9 460	5,5 %	5,1 %	71	0 %	10 883
CH Dinan	8 942	5,2 %	5,4 %	126	1 %	9 832
CH Fougères	8 120	4,7 %	4,7 %	99	0 %	8 498
Clinique mutualiste La Sagesse (Rennes)	6 788	3,9 %	3,9 %	44	0 %	7 015
CH Ploërmel	6 329	3,7 %	3,8 %	95	0 %	7 409
Polyclinique Sévigné (Cesson-Sévigné)	5 984	3,5 %	3,3 %	75	3 %	6 346
<i>Autres publics et parapublics</i>	<i>35 844</i>	<i>20,7 %</i>	<i>20,7 %</i>		<i>32 %</i>	
<i>Autres privés lucratifs</i>	<i>9 515</i>	<i>5,5 %</i>	<i>5,5 %</i>		<i>38 %</i>	
TOTAL	172 922	100,0 %	100,0 %	100	100 %	

Source : BDHF, module "parts de marché par zone d'attractivité - M-Médecine".

*quelle que soit l'origine géographique du patient.

Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU en obstétrique

Etablissement	Nombre de séjours 2015 (issus de la zone)	Part de marché 2015	Parts de marché 2014	PMCT relatif	Activité totale de l'établissement (*)
CHRU Rennes (site sud)	6 511	30,2 %	30,5 %	87	6 765
Clinique mutualiste La Sagesse (Rennes)	3 987	18,5 %	17,3 %	120	4 087
CHP Saint-Grégoire	2 873	13,3 %	13,4 %	113	2 930
CH Saint-Malo	2 000	9,3 %	9,2 %	91	2 177
CH Fougères	1 131	5,2 %	5,2 %	106	1 221
CH Dinan	1 089	5,0 %	5,3 %	91	1 180
CH Vitré	917	4,2 %	4,4 %	103	1 049
CH Ploërmel	883	4,1 %	4,4 %	96	1 087
CH Redon	657	3,0 %	3,2 %	94	843
CH Avranches-Granville	350	1,6 %	1,9 %	98	1 815
<i>Autres publics et parapublics</i>	<i>1 027</i>	<i>4,8 %</i>	<i>4,6 %</i>		
<i>Autres privés lucratifs</i>	<i>156</i>	<i>0,7 %</i>	<i>0,7 %</i>		
TOTAL	21 581	100,0 %	100,0 %	100	

Source : BDHF, module "parts de marché par zone d'attractivité - O-Obstétrique".

*quelle que soit l'origine géographique du patient.

Répartition des parts de marché sur la zone d'attractivité du CHU en chirurgie

Etablissement	Nombre de séjours 2015 (issus de la zone)	Part de marché 2015	Parts de marché 2014	PMCT relatif	Activité totale de l'établissement (*)
CHP Saint-Grégoire	23 437	20,7%	20,3%	92	26 703
CHRU Rennes (sites ouest et nord)	13 809	12,2%	12,1%	185	18 911
Polyclinique Sévigné (Cesson-Sévigné)	13 608	12,0%	12,3%	77	15 205
Clinique mutualiste La Sagesse (Rennes)	8 215	7,2%	7,2%	78	9 245
Clinique de la côte d'Emeraude (Saint-Malo)	6 213	5,5%	5,2%	83	6 600
Polyclinique du pays de Rance (Dinan)	5 691	5,0%	5,5%	80	6 332
CHRU Rennes (site sud)	5 158	4,5%	5,0%	88	6 694
CH Saint-Malo	5 008	4,4%	4,5%	113	5 573
Polyclinique Saint-Laurent (Rennes)	4 915	4,3%	3,9%	70	5 601
CH Ploërmel	3 455	3,0%	3,1%	92	3 968
<i>Autres publics et parapublics</i>	<i>14 723</i>	<i>13,0%</i>	<i>12,9%</i>		
<i>Autres privés lucratifs</i>	<i>9 256</i>	<i>8,2%</i>	<i>8,1%</i>		
TOTAL	113 488			100	

Source : BDHF, module "parts de marché par zone d'attractivité - C-Chirurgie".

*quelle que soit l'origine géographique du patient.

Parts de marché par domaines d'activité en 2015

Domaine d'activité	Part de marché et classement dans le département		Part de marché et classement dans la zone d'attractivité	
D01-Digestif	20,5 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CHP Saint-Grégoire)	13,9 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CHP Saint-Grégoire)
D02-Orthopédie traumatologie	19,2 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CHP Saint-Grégoire)	12,8 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CHP Saint-Grégoire)
D03-Traumatismes multiples ou complexes graves	66,9 %	1 ^{er}	59,1 %	1 ^{er}
D04-Rhumatologie	46,9 %	1 ^{er}	37,3 %	1 ^{er}
D05-Système nerveux (hors cathéterismes vasculaires)	52,0 %	1 ^{er}	42,3 %	1 ^{er}
D06-Cathéterismes vasculaires diagnostiques et interventionnels	46,9 %	1 ^{er}	41,0 %	1 ^{er}
D07-Cardiologie (hors cathéterismes vasculaires)	33,5 %	1 ^{er}	25,6 %	1 ^{er}
D09-Pneumologie	42,5 %	1 ^{er}	32,3 %	1 ^{er}
D10-ORL, stomatologie	16,2 %	3 ^{ème} (1 ^{er} - 2 ^{ème} : CHP Saint-Grégoire, clinique La Sagesse)	14,4 %	4 ^{ème} (1 ^{er} - 3 ^{ème} : CHP Saint-Grégoire, clinique La Sagesse, Polyclinique Cesson)
D11-Ophthalmologie	8,4 %	5 ^{ème} (1 ^{er} - 4 ^{ème} : Polyclinique Cesson, Polyclinique Saint Laurent, CHP Saint-Grégoire, clinique Côte d'Emeraude)	5,7 %	6 ^{ème} (1 ^{er} - 5 ^{ème} : Polyclinique Cesson, Polyclinique Saint-Laurent, CHP Saint-Grégoire, Polyclinique Rance, Clinique Saint-Malo)
D12-Gynécologie - sein	21,1 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : clinique La Sagesse)	17,8 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : clinique La Sagesse)
D13-Obstétrique	35,8 %	1 ^{er}	30,2 %	1 ^{er}
D14-Nouveau-nés	30,5 %	1 ^{er}	25,9 %	1 ^{er}

Domaine d'activité	Part de marché et classement dans le département		Part de marché et classement dans la zone d'attractivité	
D15-Uro-néphrologie et génital masculin	33,4 %	1 ^{er}	28,3 %	1 ^{er}
D16-Hématologie	42,9 %	1 ^{er}	34,6 %	1 ^{er}
D17-Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	29,0 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CLCC)	24,8 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CLCC)
D18-Maladies infectieuses (dont VIH)	50,7 %	1 ^{er}	41,9 %	1 ^{er}
D19-Endocrinologie	48,5 %	1 ^{er}	40,2 %	1 ^{er}
D20-Tissu cutané et tissu sous-cutané	33,1 %	1 ^{er}	27,0 %	1 ^{er}
D21-Brûlures	24,2 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CHU de Nantes)	19,5 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CHU de Nantes)
D22-Psychiatrie	48,3 %	1 ^{er}	35,3 %	1 ^{er}
D23-Toxicologie, intoxications, alcool	39,5 %	1 ^{er}	33,0 %	1 ^{er}
D24-Douleurs chroniques, soins palliatifs	7,3 %	5 ^{ème} (1 ^{er} - 4 ^{ème} : clinique La Sagesse, CH Saint-Malo, polyclinique Saint Laurent, CLCC)	5,6 %	6 ^{ème} (1 ^{er} - 5 ^{ème} : clinique La Sagesse, CH Saint-Malo, CH Dinan, CLCC, polyclinique Saint-Laurent)
D25-Transplantations d'organes	79,2 %	1 ^{er}	76,8 %	1 ^{er}
D26-Activités inter spécialités, suivi thérapeutique	40,0 %	1 ^{er}	34,2 %	1 ^{er}
D27-Séances	16,0 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CLCC)	14,0 %	2 ^{ème} (1 ^{er} : CLCC)

Source : BDHF, modules "parts de marché par département" et "parts de marché par zone d'attractivité", onglet "DA".
Les données relatives aux différents sites du CHU de Rennes ont été regroupées.

Parts de marché sur le territoire de santé Rennes-Fougères-Vitré-Redon – activité totale

Etablissement	Nombre de séjours 2014 (issus de la zone)	Parts de marché 2014	Parts de marché 2013	PMCT relatif	Parts de marché séances 2014
CHRU Rennes	67 484	34,6 %	34,5 %	105	19 %
CHP Saint-Grégoire	34 872	17,9 %	17,7 %	92	8 %
Polyclinique Sévigné (Cesson-Sévigné)	18 293	9,4 %	9,7 %	86	5 %
Clinique mutualiste La Sagesse (Rennes)	17 510	9,0 %	8,8 %	75	0 %
Polyclinique Saint-Laurent (Rennes)	11 782	6,0 %	6,0 %	73	1 %
CH Fougères	10 282	5,3 %	5,4 %	94	0 %
CH Vitré	8 150	4,2 %	4,2 %	95	0 %
CH Redon	5 507	2,8 %	2,9 %	96	0 %
CLCC Eugène Marquis (Rennes)	2 359	1,2 %	1,2 %	276	33 %
Centre de gériatrie (Chantepie)	2 234	1,1 %	1,1 %	151	0 %
<i>Autres établissements publics et parapublics</i>	<i>11 488</i>	<i>5,9 %</i>	<i>5,9 %</i>		<i>2 %</i>
<i>Autres établissements privés lucratifs</i>	<i>5 023</i>	<i>2,6 %</i>	<i>2,5 %</i>		<i>32 %</i>
TOTAL	194 984	100,0 %	100,0%	100	100 %

Source : BDHF, module "parts de marché par territoire", total activité, 2014 (les données 2015 ne sont pas disponibles).

Parts de marché sur le territoire de santé Rennes-Fougères-Vitré-Redon en MCO

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne
Centre hospitalier universitaire de Rennes – Exercices 2011 et suivants

Etablissement	Médecine		Obstétrique		Chirurgie	
	2014	2013	2014	2013	2014	2013
CHU Rennes	42,3 %	41,8 %	40,4 %	40,7 %	21,8 %	22,1 %
CHP Saint-Grégoire	11,8 %	11,9 %	17,3 %	16,7 %	27,0 %	26,4 %
Polyclinique Saint-Laurent (Rennes)	7,6 %	7,1 %	-	-	5,1 %	5,9 %
CH Fougères	6,6 %	6,8 %	6,1 %	6,2 %	3,1 %	3,1 %
Clinique mutualiste la Sagesse (Rennes)	5,9 %	5,7 %	22,8 %	22,6 %	10,3 %	10,3 %
Polyclinique Sévigné (Cesson-Sévigné)	5,1 %	5,7 %	-	-	17,9 %	17,9 %
CH Vitré	4,9 %	5,1 %	6,1 %	6,2 %	2,7 %	2,5 %
CH Redon	3,4 %	3,5 %	3,4 %	3,6 %	1,8 %	1,9 %
Centre de gériatrie (Chantepie)	2,1 %	1,9 %	-	-	-	-
CLCC Eugène Marquis (Rennes)	1,2 %	1,3 %	-	-	1,5 %	1,4 %
CH Ploërmel (*)	-	-	0,8 %	0,7 %	-	-
CH Châteaubriant (*)	-	-	0,7 %	0,7 %	-	-
CH Dinan (*)	-	-	0,3 %	0,3 %	-	-
CH Saint-Malo (*)	-	-	0,3 %	0,3 %	-	-
clinique chirurgicale Sainte-Marie (Châteaubriant) (*)	-	-	-	-	0,8 %	0,9 %
<i>Autres établissements publics et parapublics</i>	<i>8,0 %</i>	<i>8,1 %</i>	<i>1,4 %</i>	<i>1,7 %</i>	<i>3,4 %</i>	<i>3,3 %</i>
<i>Autres établissements privés lucratifs</i>	<i>1,1 %</i>	<i>1,1 %</i>	<i>0,3 %</i>	<i>0,3 %</i>	<i>4,5 %</i>	<i>4,3 %</i>

Source : BDHF, module "parts de marché par territoire" -médecine, chirurgie, obstétrique-, 2014 (pas de données pour 2015)

(*) établissement hors territoire

14.3. ANNEXE 3 : DONNEES ANALYTIQUES RELATIVES A L'ACTIVITE ET AU PERSONNEL

Valorisation des passages aux urgences

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de passages facturés	63 413	64 748	64 652	64 618	67 147	69 295
Montant remboursé par l'assurance maladie (€)	1 507 177	1 540 667	1 534 275	1 532 577	1 572 565	1 438 460

Source : e-PMSI, tableau [2.V.VATU]

Valorisation des dispositifs médicaux implantables (DMI) et des molécules onéreuses

(en M€)	2012	2013	2014	2015	2016
DMI	10,5	13,1	13,6	14,4	15,2
Molécules onéreuses	22,4	23,8	27,0	27,5	26,8

Source : e-PMSI, tableaux 1.V2.VMED et 1.V3.VDMI.

Proportion d'infirmières et de sages-femmes

	CHU de Rennes					Etablissements de la région (2015)		Etablissements de même catégorie (2015)		Etablissements de même typologie (2015)	
	2011	2012	2013	2014	2015	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile	2 ^{ème} décile	8 ^{ème} décile
Nombre d'IDE et d'AS par cadre infirmier	24,2	23,5	24,1	25,1	23,2	16,9	33,1	20,1	27,9	20,6	23
Nombre d'IADE par anesthésiste	1,1	1,1	1,2	1,2	1,4	0,9	3	1,1	1,7	0,7	1,3
Nombre de sages-femmes par obstétricien	6,3	6,1	5,9	5,9	5,4	2,5	5,3	2,8	6,1	2,5	3,7

Source : Hospidiag, onglet "ressources humaines", indicateurs RH4, RH5, RH6.

IDE : infirmières diplômées d'Etat. IADE : infirmières-anesthésistes diplômées d'Etat. AS : aides-soignants.

Poids du personnel soignant par rapport à l'ensemble du personnel non médical

	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,655	0,659	0,664
2011	0,653	0,660	0,662
2010	0,656	0,650	0,667

Source : BDHF.

Densité d'infirmiers spécialisés en MCO pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,354	0,258	0,291
2011	0,374	0,254	0,293
2010	0,580	0,580	0,285

Source : BDHF.

Densité d'infirmiers non spécialisés en MCO pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	2,338	2,318	2,583
2011	2,315	2,171	2,538
2010	2,393	2,393	2,454

Source : BDHF.

Densité d'aides-soignants en MCO pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	2,191	2,216	2,182
2011	2,233	2,083	2,190
2010	2,421	2,421	2,047

Source : BDHF.

Densité d'agents de services hospitaliers qualifiés en MCO pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,389	0,407	0,432
2011	0,350	0,356	0,452
2010	0,403	0,403	0,408

Source : BDHF.

Densité de personnels d'encadrement en MCO pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,147	0,132	0,151
2011	0,149	0,137	0,154
2010	0,150	0,150	0,156

Source : BDHF.

Densité de sages-femmes en MCO pour 1 000 journées réalisées et venues

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,222	0,165	0,141
2011	0,221	0,163	0,141
2010	0,217	0,217	0,128

Source : BDHF.

Poids du personnel médical par rapport à l'ensemble de l'établissement

	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,084	0,087	0,087
2011	0,082	0,087	0,086
2010	0,081	0,082	0,084

Source : BDHF.

Poids du personnel médico-technique par rapport à l'ensemble du personnel non médical

	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,070	0,070	0,073
2011	0,071	0,069	0,075
2010	0,068	0,071	0,071

Source : BDHF.

Poids du personnel administratif par rapport à l'ensemble du personnel non médical

	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,112	0,117	0,125
2011	0,111	0,117	0,127
2010	0,114	0,127	0,127

Source : BDHF.

Poids des personnels techniques et ouvriers dans l'ensemble du PNM (en ETP)

Année	Etablissement	Moyenne régionale de la catégorie	Moyenne nationale de la catégorie
2012	0,158	0,147	0,129
2011	0,161	0,147	0,128
2010	0,156	0,147	0,125

Source : BDHF.

14.4. ANNEXE 4 : ANALYSE FINANCIERE

Profil d'extinction de la dette financière à compter de 2015 (situation au 31 décembre)

Exercice	Remboursement en capital	Capital restant dû
N	20 620 301,71 €	254 258 892,65 €
N + 1	19 688 211,64 €	234 570 681,01 €
N + 2	18 552 889,97 €	216 017 791,04 €
N + 3	18 086 856,69 €	197 930 934,35 €
N + 4	20 317 122,93 €	177 613 811,42 €
N + 5	15 595 127,07 €	162 018 684,35 €
N + 6	14 898 692,52 €	147 119 991,83 €
N + 7	14 218 731,62 €	132 901 260,21 €
N + 8	11 025 877,58 €	121 875 382,63 €
N + 9	9 925 877,58 €	111 949 505,05 €
N + 10	33 592 544,04 €	78 356 961,01 €
N + 11	9 259 210,93 €	69 097 750,08 €
N + 12	8 677 226,15 €	60 420 523,93 €
N + 13	8 677 226,15 €	51 743 297,78 €
N + 14	34 818 298,12 €	16 924 999,66 €
N + 15	3 933 333,35 €	12 991 666,31 €
N + 16	3 308 333,35 €	9 683 332,96 €
N + 17	2 183 333,35 €	7 499 999,61 €
N + 18	1 683 333,35 €	5 816 666,26 €
N + 19	1 183 333,35 €	4 633 332,91 €
N + 20	1 008 333,35 €	3 624 999,56 €
N + 21	833 333,35 €	2 791 666,21 €
N + 22	833 333,35 €	1 958 332,86 €
N + 23	833 333,25 €	1 124 999,61 €
N + 24	624 999,61 €	500 000,00 €
N + 25	500 000,00 €	0,00 €

Source : CHU de Rennes

Rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes de Bretagne
Centre hospitalier universitaire de Rennes – Exercices 2011 et suivants

Bilan retraité

BIENS	2012	2013	2014	2015	FINANCEMENTS	2012	2013	2014	2015
BIENS STABLES					FONDS PROPRES				
Immobilisations incorporelles	16 078 537	18 115 844	19 244 263	12 675 355	Apports	54 156 762	54 183 927	54 209 708	54 451 383
immobilisations en cours	20 893 986	20 184 901	7 293 555	12 261 789	Réserves très. et compens.	27 873 095	29 397 101	30 247 101	30 247 101
Immobilisations corporelles	732 420 798	756 135 783	787 122 538	770 483 305	excédent affecté à l'investissement	12 015 006	6 363 931	16 525 637	10 598 320
Immobilisations financières	11 887	13 027	13 527	13 527	Report à nouveau excédentaire	1 490 323	10 421 905	12 662 186	2 256 628
Participations	528 988	71 641	77 042	91 402	Report à nouveau déficitaire	-8 886 733	-17 228	-8 628	-306 042
Charges à répartir sur plusieurs exercices	0	0	0	0	Résultat comptable	11 259 397	2 172 804	-416 964	16 300 009
Immobilisations reçues en affectation	0	0	7 000	7 000	Subventions non tra	14 071 421	19 508 942	19 385 907	22 756 530
créances caisse pivot art 58	1 285 558	1 285 558	1 285 558	1 285 558	Droits de l'affectant	0	0	7 000	7 000
	0	0	0	0	Amortissements	399 713 995	429 119 144	453 026 225	455 599 196
	0	0	0	0	Provisions réglementées	35 393 001	36 427 145	25 269 840	25 056 515
	0	0	0	0	Autres dépréciations	529 234	628 446	2 301 297	2 346 517
	0	0	0	0	TOTAL I	547 615 500	588 206 117	613 209 311	619 313 158
	0	0	0	0	DETTES ET PROVISIONS				
	0	0	0	0	Provisions pour risques et charges	16 889 908	14 958 533	22 372 925	36 219 789
	0	0	0	0	Dettes financières (sauf ICNE)	254 651 209	248 457 144	242 493 904	252 758 893
	0	0	0	0	TOTAL II	271 541 117	263 415 677	264 866 830	288 978 682
TOTAL III	771 219 753	795 806 755	815 043 483	796 817 936	TOTAL IV (I + II) Capitaux permanents	819 156 617	851 621 794	878 076 140	908 291 839
	FONDS DE ROULEMENT = TOTAL IV - TOTAL III					47 936 865	55 815 039	63 032 657	111 473 904
BIENS CIRCULANT DU CYCLE D'EXPLOITATION					FINANCEMENTS DU CYCLE D'EXPLOITATION				
Stocks	5 673 429	6 477 984	10 741 231	15 170 480	Avances reçues	16 848	180 398	24 598	64 745
Redevables	3 972 608	4 201 001	3 764 364	3 468 787	Fournisseurs	21 014 448	22 449 774	22 321 403	24 128 044
Autres créances	11 784 726	12 724 333	14 191 613	15 025 482	Dettes fiscales & so	19 851 440	31 203 860	32 231 360	34 024 318
Créances envers coll publiques ou rattachés (-art 58)	39 035 016	80 635 989	77 636 494	102 366 404	Dettes envers coll p	0	0	0	0
charges constatées d'avance	152 970	204 741	684 396	554 755	dettes sur immobilisations et	7 109 014	7 881 228	7 614 030	7 203 468
dépenses à classer ou à régulariser	109 244	121 085	158 638	151 268	Produits constatés d	6 519 165	8 113 988	11 637 197	13 471 655
créances diverses	46 663 384	13 386 408	14 555 035	14 762 673	Recettes à classer	2 118 764	16 204 776	1 409 351	22 753 723
TOTAL VI	107 391 378	117 751 541	121 731 771	151 499 848	TOTAL V	56 629 679	86 034 024	75 237 939	101 645 953
	BESOIN EN FONDS DE ROULEMENT = TOTAL VI - TOTAL V					50 761 699	31 717 517	46 493 832	49 853 896
LIQUIDITES & ASSIMILES					FINANCEMENTS A COURT TERME				
prime de remboursement des obligations	0	0	0	219 360	fonds déposés par le	515 037	303 363	149 244	185 198
Disponibilités	2 283 695	26 807 392	19 304 131	64 551 080	Ligne de crédit	2 600 000	0	0	0
					ICNE	1 618 492	1 656 507	1 491 062	1 465 233
					emprunt obligataire capital non échu	375 000	750 000	1 125 000	1 500 000
TOTAL VIII	2 283 695	26 807 392	19 304 131	64 770 440	TOTAL VII	5 108 529	2 709 870	2 765 306	3 150 431
	TRESORERIE = TOTAL VIII - TOTAL VII					-2 824 834	24 097 522	16 538 825	61 620 008
TOTAL DES BIENS A FINANCER (III+VI+VIII)	880 894 826	940 365 687	956 079 385	1 013 088 224	TOTAL DES FINANCEMENTS (IV + V + VII)	880 894 825	940 365 687	956 079 385	1 013 088 223

14.5. ANNEXE 5 : SEUILS DE POURSUITE EN MATIERE DE RECOUVREMENT

Décision n° 2014-79 du 25 avril 2014 :

- phase comminatoire amiable < 130€ ;
- opposition à tiers détenteur (OTD) autres tiers : créance > 30€ ;
- opposition à tiers détenteur bancaire : créance > 130€ ;
- saisie-vente : créance > 500€ ;
- admissions en non-valeur : suite à OTD infructueux : < 500 € ;
- admissions en non-valeur : sur dossier ou procès-verbal de carence : > 500 €.

Décision n° 2016-272 du 26 décembre 2016 :

- Article 1^{er} : les seuils des poursuites des redevables du CHU par la Trésorerie

Montants en principal de la dette (cumul des titres d'un débiteur)

- lettre de relance de payer : dette \geq 5 €
- phase comminatoire amiable : dette \geq 20 € et < 130 €
- OTD bancaire : dette \geq 130 €
- OTD autres tiers : dette \geq 30 €
- saisie vente : dette \geq 500 €, sauf si le revenu fiscal de référence par part est inférieur au seuil de pauvreté, auquel cas la procédure n'est pas engagée
- seuil de poursuites à l'étranger : dette \geq 229 €

- Article 2 : les seuils d'ANV des titres du CHU

Montant du titre

- titre < 20 € : mise en non-valeur automatique pour « restes de faible montant » 60 jours au moins après l'envoi d'une lettre de relance ;
- titre \geq 20 € et < 30 € : ANV sur phase comminatoire négative ;
- titre \geq 30 € et < 500 € pour les personnes physiques : ANV si OTD infructueux ;
- titre \geq 130 € et < 500 € pour les personnes morales : ANV si OTD infructueux ;
- titre \geq 229 € et < 500 € pour les personnes domiciliées à l'étranger : ANV si poursuites extérieures négatives ;
- titre \geq 500 € : ANV sur dossier. Le Trésorier apporte pour chaque titre une synthèse des diligences mises en œuvre par ses services et restées en échec, afin que l'ordonnateur soit en capacité de prendre une décision d'ANV éclairée et motivée.

14.6. ANNEXE 6 : EVOLUTION DU BUDGET INFORMATIQUE DEPUIS 2011

Année	2 011		2 012		2 013		2 014		2 015	
	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé	Prévisionnel	Réalisé
Investissement										
Matériels (H218)	3 452 748	1 817 903	2 776 107	2 943 094	5 306 603	2 681 193	4 064 204	2 906 108	3 222 420	1 912 808
Logiciels (H205)	1 310 251	1 524 569	2 251 506	1 621 585	1 130 477	2 022 503	1 287 920	1 130 111	1 143 913	1 130 943
Locaux informatiques	ND	0	ND	0	ND	0	ND	0	ND	0
Etudes (H203)	ND	32 704	ND	0	ND	14 804	ND	24 031	ND	0
Autres (H213)	250 410	0	590 410	0	686 000	604 277	864 000	606 125	318 000	223 255
Total investissement	5 013 409	3 375 176	5 618 023	4 564 679	7 123 080	5 322 777	6 216 124	4 666 375	4 684 333	3 267 006
Exploitation / Fonctionnement										
Personnel	ND	3 776 478	ND	3 984 922	ND	4 149 823	ND	3 502 254	ND	3 377 954
Formation	17 000	29 756	24 400	41 057	27 500	23 793	26 900	24 993	21 000	26 819
Maintenance	ND	2 727 314	ND	3 060 934	ND	3 338 236	3 853 292	3 806 389	4 581 133	3 911 189
Consommables (stockés)	ND	425 149	ND	369 070	ND	427 119	616 348	555 799	509 494	491 215
Fournitures (non stockés)	ND	8 976	ND	9 351	ND	32 051	297 087	275 994	50 189	42 203
Entretien des bâtiments	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Prestations de service	ND	620 949	ND	747 444	ND	871 072	1 222 304	1 326 859	757 198	687 130
Amortissements	ND	3 468 945	ND	3 500 273	ND	3 500 273	ND	4 386 406	ND	3 761 646
Charges financières	ND	564 475	ND	183 835	ND	204 764	38 355	246 500	338 201	315 734
Provisions	ND	0	ND	36 680	ND	0	ND	0	ND	0
Contributions GCS	ND	0	ND	0	ND	0	ND	0	32 000	29 748
Locations informatiques	ND	0	ND	0	ND	2 198	0	510	0	0
Services extérieurs*	ND	0	ND	370 050	ND	485 325	248 283	259 169	340 615	244 025
Total exploitation	ND	11 622 042	ND	12 303 617	ND	13 034 654	6 302 569	14 384 873	6 629 830	12 897 663
Total général										
Total général	ND	14 997 219	ND	16 868 236	ND	18 357 431	12 518 693	19 051 248	11 314 163	16 154 669
Ratio des budgets informatiques sur les budgets d'ensemble										
Exploitation	ND	1,96%	ND	2,08%	ND	2,13%	ND	2,22%	ND	1,95%
Investissement	ND	4,07%	ND	7,58%	ND	12,49%	ND	10,02%	ND	7,95%
Global	ND	6,03%	ND	9,66%	ND	14,62%	ND	12,24%	ND	9,90%

Source : CHU (Q84_complément)

*Services extérieurs : frais de télécommunications / liaisons informatiques ou spécialisées.

NB : les données concernant le « prévisionnel » sont exprimées en TTC ; pour les données concernant le « réalisé », les montants correspondent au montant TTC moins la TVA déductible.

Les publications de la chambre régionale des comptes
de Bretagne
sont disponibles sur le site :
<https://www.ccomptes.fr/fr/crc-bretagne>