



**Chambre régionale des comptes  
de Nord-Pas-de-Calais, Picardie**

***Le Président***  
RAR n°

Arras, le 30 juillet 2012

Madame la Directrice générale,

En application de l'article L. 243-5 du code des juridictions financières et à l'expiration du délai d'un mois fixé par ledit article, je vous notifie par la présente, le rapport d'observations définitives de la Chambre régionale des comptes de Nord-Pas-de-Calais, Picardie sur la gestion du centre hospitalier universitaire d'Amiens.

Ce rapport devra être communiqué par vos soins à l'assemblée délibérante de votre collectivité dès sa plus proche réunion, faire l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de celle-ci et être joint à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donner lieu à débat.

Je vous rappelle qu'aux termes de l'article R. 241-18 du code des juridictions financières, les observations définitives de la Chambre régionale des comptes sont communicables aux tiers dès qu'a eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante suivant leur réception par la collectivité.

Afin de permettre à la Chambre de répondre aux demandes éventuelles de communication des observations définitives, je vous serais reconnaissant de bien vouloir me faire connaître la date de cette réunion.

Je vous prie d'agréer, Madame la Directrice générale, l'expression de ma considération distinguée.

**Thierry MOURIER des GAYETS**

Madame la Directrice générale  
du Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens  
Place Victor Pauchet  
80054 AMIENS CEDEX 1

Site d'Amiens - 23, rue des Otages – BP51771 - 80017 AMIENS CEDEX 1  
☎ 03.22.97.30.30 - Fax 03.22.97.30.00 – [crpicardie@picardie.ccomptes.fr](mailto:crpicardie@picardie.ccomptes.fr)

Le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens (CHU) est historiquement considéré comme insuffisamment attractif, limité en opportunités de développement compte tenu de sa situation entre Paris et Lille, excentré géographiquement dans sa région et recrutant difficilement la patientèle sur sa façade géographique Est.

La réalité est plus nuancée, le CHU détient des atouts. Il dispose d'un projet d'établissement, d'un contrat d'objectif et de moyens (CPOM). Il est impliqué dans de nombreuses conventions de coopération dont il conviendrait cependant d'améliorer l'évaluation. Il est membre de nombreuses structures de coopération (12 GCS, 1 GIE, 2 GIP). A ce titre, une information régulière des instances du CHU sur la participation de l'établissement auxdites structures et ses conséquences sur la gestion devrait être développée. Il conviendrait par ailleurs de veiller à ce que certaines de ces actions de coopération n'aient pas un effet défavorable sur les finances de l'établissement.

Les indicateurs existants montrent pour la période sous revue une hausse de l'activité. Segment très concurrentiel, la chirurgie ambulatoire se consolide. Le CHU dispose d'une organisation médico-économique adaptée aux exigences de la gestion dans le cadre du financement par la tarification à l'activité. Les baisses de tarifs ont été jusque-là compensées par une activité dynamique en volume et un codage en amélioration. Cependant, l'augmentation d'activité au niveau national conduisant à une baisse des tarifs, la poursuite de l'augmentation des recettes d'activité ne pourra résulter que d'une amélioration de l'exhaustivité de la saisie des actes et d'une réduction des taux de fuite.

A l'inverse, le CHU est pénalisé par des faiblesses structurelles. S'il offre une palette quasi complète des activités d'un centre hospitalo-universitaire, les taux de fuite extra-régionaux importants montrent que sa place d'établissement de recours régional n'est pas encore consolidée. Ses parts de marché régionales ne progressent réellement qu'en chirurgie et très légèrement en cancérologie. Dans les autres disciplines, elles stagnent voire se réduisent. Le CHU a une forte attractivité sur son territoire de proximité même si les taux de fuite constatés sur les séjours lourds restent importants.

Les indicateurs font apparaître des efforts de gestion en matière de productivité pour les personnels non médicaux des services cliniques. Pour autant, l'établissement peut encore améliorer son efficience en ce qui concerne les personnels médicaux et les personnels des services médico-techniques. Son activité universitaire apparaît fragile, compte tenu de l'insuffisance de la recherche.

La situation financière du CHU d'Amiens est très tendue. Il a bénéficié d'un contrat de retour à l'équilibre financier sur les exercices 2007 à 2010. L'objectif était de retrouver l'équilibre en 2010. Cet objectif est très loin d'être atteint et le déficit cumulé ne cesse d'augmenter. A la clôture de l'exercice 2010 il s'élevait à 140,8 M€ Le déficit cumulé au 31 décembre 2011 est estimé à 150,9 M€

L'endettement de l'établissement ne cesse de croître. Aujourd'hui il n'est pas en mesure de constituer les provisions nécessaires pour rembourser deux emprunts obligataires à échéances respectives de 2019 et 2020 et d'un montant de 10 M€ chacun. Le CHU a établi un plan global de financement pluriannuel (PGFP) incluant des prévisions de cessions immobilières qui paraissent très fortement surestimées. Ce PGFP intègre le produit des ventes espérées du centre de gynécologie obstétrique et de l'hôpital Nord. Ces ventes, si elles se concrétisaient, représenteraient un apport important en capital. Cependant, ces cessions ne sont pas à ce jour réalisées et rien n'indique qu'elles le seront, ni dans les délais prévus, ni pour le prix de vente espéré. La Chambre recommande une actualisation de l'évaluation des recettes qui peuvent être espérées de la cession de son patrimoine.

L'établissement a engagé une importante opération de construction d'un nouvel hôpital dont l'objectif est de regrouper, sur le site de l'hôpital Sud, l'ensemble des activités hospitalières réparties actuellement sur quatre sites. L'objectif est la recherche d'une plus grande efficacité et l'adaptabilité aux évolutions probables de la prise en charge médicale et notamment les perspectives de développement de la chirurgie ambulatoire. Le projet du nouveau CHU devrait permettre de rompre avec la complexité de la logistique et les redondances de locaux et de personnel. La chambre recommande d'évaluer la réalité de ces gains attendus.

Le financement de cet important projet n'apparaît pas assuré. Pour ce chantier, les prévisions de dépenses sont évaluées à 616 millions d'euros toutes dépenses confondues. Elles sont supérieures à l'estimation initiale de l'opération qui s'élevait à 520 M€ en valeur finale 2013 soit un dépassement de l'enveloppe de 96 M€

Lors de son précédent contrôle, la Chambre avait relevé des difficultés dans l'exercice et le contrôle de l'activité libérale de certains praticiens hospitaliers. Pendant la période sous revue, la commission d'activité libérale (CAL) s'est réunie régulièrement et a exercé les prérogatives que lui confie le code de la santé publique. Elle a eu à traiter d'irrégularités qui ont fait l'objet de sanctions. Il conviendra de pérenniser ce suivi de l'activité libérale des praticiens.

Certains agents bénéficient de concessions de logements dans des conditions ne correspondant pas au droit en vigueur. La Chambre recommande la mise en conformité avec la réglementation des attributions de logements de fonction dans le délai de deux ans imposé par le décret n° 2010-30 du 8 janvier 2010 (article 16). Par ailleurs, en contradiction avec la réglementation en vigueur, des agents du CHU bénéficient de véhicules de fonction. La Chambre recommande là aussi de régulariser ces situations qui sont de nature à porter préjudice à l'établissement en cas de redressement par les organismes chargés du recouvrement des cotisations sociales.

Les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR) développées sont en cohérence avec le projet d'établissement et avec le CPOM. Le CHU a organisé des filières de soins, dont une filière neurovasculaire. Il négocie avec la fondation HOPALE l'installation de 116 lits et places sur une parcelle lui appartenant.

## SOMMAIRE

### **1 – Suites réservées au précédent rapport d’observations définitives**

1.1 – Les mises à disposition de personnel hospitalier et le CHU utilisé comme intermédiaire pour l’attribution de crédits à des tiers

1.2 – L’activité libérale des médecins hospitaliers

### **2 – La présentation des atouts et des faiblesses du centre hospitalier universitaire d’Amiens**

2.1 – Les atouts du CHU

2.1.1 – Les orientations stratégiques

2.1.2 – La production

2.1.3 – La gouvernance

2.1.4 – Les actions de coopération

2.2 – Les handicaps du CHU

2.2.1 – L’attractivité et les parts de marché

2.2.2 – L’absence de pôle régional de cancérologie

2.2.3 – Le temps de travail

2.2.4 – L’activité universitaire

2.2.5 – La coopération internationale

2.2.6 – L’activité de chirurgie cardiaque

2.2.7 – Le contentieux relatif au financement de l’UCS 80

### **3 – La fiabilité des comptes et des procédures**

3.1 – La fiabilité des opérations comptables

3.1.1 – La comptabilité d’engagement et le principe d’indépendance des exercices

3.1.2 – Le remboursement des budgets annexes au budget principal

3.1.3 – Les stocks

3.1.4 – Le principe de prudence et les provisions

3.1.5 – La dotation non affectée (DNA)

3.2 – La fiabilité des procédures d’encaissement des produits

3.2.1 – La facturation

3.2.2 – Le fonctionnement des régies

### **4 – La situation financière**

4.1 – Une situation tendue de longue date, ayant nécessité la mise en œuvre d’un plan de retour à l’équilibre en 2006

4.1.1 – L’action sur les dépenses

4.1.2 – L’action sur les recettes

4.1.3 – Le bilan du CRE

4.2 – Les déficits inscrits aux comptes financiers

#### 4.3 – La situation financière réelle

4.3.1 – L'utilisation des crédits d'aide à la contractualisation destinés au financement des travaux du nouveau CHU

4.3.2 – Le déficit réel

4.3.3 – La capacité autofinancement (CAF)

#### 4.4 – L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD 2011)

#### 4.5 – Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

#### 4.6 – L'endettement

4.6.1 – L'état de la dette

4.6.2 – L'accès au crédit

#### 4.7 – L'encaisse de trésorerie

### **5 – Les investissements immobiliers**

#### 5.1 – Le projet de nouveau CHU (NCHU)

5.1.1 – L'adaptation des locaux aux besoins et la recherche de l'efficience

5.1.2 – Le déroulement et le financement des travaux cours

5.1.3 – Le financement de l'opération

#### 5.2 – Les autres projets immobiliers

#### 5.3 – Les perspectives

### **6 – Les avantages en nature**

6.1 – Les concessions de logement

6.2 – L'attribution des véhicules de fonction

### **7 – Les soins de suite et de réadaptation**

7.1 – Les capacités et les autorisations

7.2 – Le projet d'installation du groupe HOPALE sur le site du nouveau CHU

7.3 – L'activité

7.4 – Les moyens des SSR du CHU

7.5 – L'admission et la prise en charge dans les SSR du CHU

7.6 – Les SSR versus services « adresseurs »

---

**RAPPORT D'OBSERVATIONS DEFINITIVES SUR LA GESTION  
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE D'AMIENS**

-----

L'engagement d'un examen de gestion conformément aux termes de l'article R. 241-2 du code des juridictions financières a été notifié à l'ordonnateur en fonction par lettre du 17 mars 2011.

En application de l'article L. 243-1 du code des juridictions financières, les entretiens préalables ont eu lieu le 15 novembre 2011 avec Mme Geindre, ordonnatrice depuis le 21 juin 2011, M. Duval, ordonnateur du 17 janvier au 20 juin 2011, et le 14 novembre 2011 avec M. Domy, ordonnateur de 2001 au 17 janvier 2011.

A la suite de ses délibérés du 15 mai 2012, la Chambre a arrêté des observations définitives qui portent sur les points suivants :

- les suites réservées au précédent rapport d'observations définitives ;
- la présentation des atouts et des faiblesses du centre hospitalier universitaire d'Amiens ;
- la fiabilité des comptes ;
- la situation financière ;
- les investissements immobiliers ;
- l'activité libérale des praticiens hospitaliers ;
- les avantages en nature ;
- les soins de suite et de réadaptation.

**1 - Suites réservées au précédent rapport d'observations définitives**

1.1 – Les mises à disposition de personnel hospitalier et le CHU utilisé comme intermédiaire pour l'attribution de crédits à des tiers

Dans son précédent rapport, la Chambre observait que le CHU d'Amiens finançait sur son budget des postes dont il n'était pas le principal bénéficiaire. La Chambre observait que cette pratique conduisait à mettre indûment à la charge de l'assurance maladie des dépenses de rémunération qui relevaient de l'Etat. Elle soulignait également que le CHU d'Amiens était utilisé comme intermédiaire pour l'attribution de crédits destinés en fait à un GIP et à un GIE en dehors de toute base légale ou réglementaire. C'est ainsi que le CHU a été déléguataire de crédits attribués par l'ARH puis par l'ARS dans le cadre de financement d'actions de formation réalisées par l'ANFH. La situation est en cours de régularisation suite à une demande formulée par le CHU auprès de l'Agence régionale de santé (ARS). La correction ne pouvait intervenir que sur initiative de l'ARS qui, avec la loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), en a désormais la possibilité.

Par ailleurs, conformément aux dispositions de la loi HPST promulguée le 21 juillet 2009, la direction du CHU a recouru à la possibilité d'affecter un médecin en position de recherche d'affectation au Centre national de gestion. Cela s'est traduit par trois suppressions d'emplois pour lesquels le CHU servait de support à l'Etablissement français du sang (EFS) et à l'ARS. Cette procédure a été utilisée lorsque les financements de l'EFS et de l'ARS ont cessé.

Le CHU a apporté des corrections à ces situations et la Chambre recommande d'achever les régularisations en cours dans les meilleurs délais.

## 1.2 – L'activité libérale des médecins hospitaliers

Au CHU d'Amiens, l'activité libérale, sur un total actuel de 500 PU-PH et PH dont 350 ETP de praticiens hospitaliers temps plein, concerne 40 médecins.

Lors de son dernier contrôle, la Chambre avait relevé des difficultés dans l'exercice de l'activité libérale de certains médecins et son contrôle. Pendant la période sous revue, la commission de l'activité libérale a exercé les prérogatives que lui confie le code de la santé publique. Il faut souligner également l'investissement important du président de la CME qui a fait du contrôle de l'encaissement par le CHU et de la moralisation de l'activité libérale, les actions fortes de son mandat. La direction vérifie les déclarations des médecins en les confrontant aux données recueillies par l'assurance maladie (relevés SNIR). Les dérives et irrégularités qui ont été constatées ont fait l'objet de sanctions allant de la lettre de mise en garde, à la suspension du contrat et à des régularisations financières.

La Chambre recommande la poursuite de l'action engagée et la pérennisation du contrôle de l'activité libérale des médecins hospitaliers.

## 2 - La présentation des atouts et des faiblesses du centre hospitalier universitaire d'Amiens

Le CHU déclarait, en 2011, une capacité d'accueil opérationnelle répartie sur quatre sites de :

- médecine..... 710 lits et 59 places
- chirurgie ..... 383 lits et 31 places
- gynéco/obstétrique ..... 74 lits et 8 places IVG

**TOTAL MCO ..... 1 167 lits et 98 places**

- SSR..... 102 lits et 10 places
- USLD ..... 190 lits
- EHPAD..... 140 lits et 15 places d'accueil de jour

**TOTAL GENERAL .....1 599 lits et 123 places**

Le CHU d'Amiens est historiquement considéré comme un CHU insuffisamment attractif, limité en opportunités de développement compte tenu de sa situation entre Paris et Lille, excentré géographiquement dans sa région et recrutant difficilement sur sa façade géographique Est. La réalité est plus complexe ou tout au moins plus nuancée, le CHU détenant des atouts, en même temps qu'il révèle certains handicaps.

La présentation ci-dessous tend à séparer les premiers des seconds, sachant que la réalité n'apparaît pas toujours aussi binaire, comme les développements qui suivent tendent à le montrer.

## 2.1 – Les atouts du CHU

### 2.1.1 – Les orientations stratégiques

Acteur majeur de la mise en œuvre des priorités régionales notamment en neurologie et en télémedecine, le CHU dispose d'orientations stratégiques. Il a établi son projet d'établissement qui a été approuvé le 25 mars 2010 par la Commission exécutive de l'Agence régionale d'hospitalisation Picardie. L'établissement a notamment pour ambition :

- d'affirmer le niveau de référence du CHU ;
- de maintenir et développer les activités de recours ;
- d'assurer à la population du territoire tous les soins courants ;
- de confirmer le positionnement de pôle régional de cancérologie ;
- de développer les filières d'amont et d'aval, internes et externes ;
- de promouvoir le rôle hospitalo-universitaire en développant l'enseignement, la recherche et l'innovation.

Il bénéficie d'un contrat d'objectif et de moyens (CPOM) défini aux articles L. 6114-1 à L. 6114-4 et R. 6114-1 à R. 6114-14 du code de la santé publique signé le 30 mars 2007. Un des objectifs résultant du CPOM est de consolider le projet « nouveau CHU » en termes organisationnel, financier et de ressources humaines.

La loi dite « hôpital, patients, santé et territoires » du 21 juillet 2009 a mis en place, en remplacement des CPOM, des contrats de performance qui sont des outils destinés à améliorer l'efficacité et la qualité des établissements de soins. Le contrat de performance est un programme d'action signé entre un établissement hospitalier et l'Etat, représenté en l'occurrence par l'agence régionale de santé (ARS) et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et établissements médicosociaux (ANAP), mise en place par la loi du 21 juillet 2009. Il regroupe une série de mesures dont l'objectif est d'améliorer la performance globale de l'établissement à travers trois leviers principaux : la qualité des soins et de la prise en charge des usagers, les conditions de travail et la performance opérationnelle. Cependant, la directrice générale a indiqué que « *le contrat de performance n'était pas, pour le moment, d'actualité pour le CHU et pour la Picardie. Le programme de déploiement des contrats de performance passait par une étape régionale avec une condition d'un nombre minimum d'établissements entrant dans la démarche dont au moins un CHU. L'ARS ne s'est pas portée candidate pour la vague 2011 du contrat de performance.* »

### 2.1.2 – La production

L'activité du CHU est diversifiée. Il est hôpital de proximité et également hôpital recours régional. Globalement tous les types d'activités du CHU sont en progression à l'exception de l'obstétrique dont l'activité d'hospitalisation baisse et dont les consultations externes, source potentielle de nouvelles entrées, stagneront.

En ce qui concerne la chirurgie, les indicateurs existants montrent pour la période sous revue une hausse de l'activité ambulatoire qui se consolide sur ce segment très concurrentiel.

<b>CHIRURGIE (Ambulatoire) :</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	15,9	18,6	19,8	20,8
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	5,4	5,9	6,8	7,1

Source : direction du CHU

L'analyse de l'évolution du poids moyen du cas traité (PMCT) sur les cinq dernières années met en évidence la lourdeur des pathologies prises en charge au CHU par rapport à la moyenne des CHU comparables : les pathologies sont 10 % plus lourdes en 2010, notamment dans les catégories majeures de diagnostic (CMD) de cancérologie.

L'étude des niveaux de sévérité confirme également la bonne qualification générale des séjours du CHU, tout comme le taux des séjours de plus de 8 000 € qui est passé de 2,6 % à 5,8 % depuis 2006.

Les baisses de tarifs ont été jusque-là compensées par une activité dynamique en volume et un codage en amélioration. Cependant, l'augmentation d'activité au niveau national conduisant à une baisse des tarifs, la poursuite de l'augmentation des recettes d'activité ne pourra résulter que d'une amélioration de l'exhaustivité de la saisie des actes et d'une réduction des taux de fuite.

### 2.1.3 – La gouvernance

Le CHU a mis en œuvre les réformes successives de la gouvernance des hôpitaux. Il dispose d'une organisation médico-économique adaptée aux exigences de la gestion dans le cadre du financement T2A s'appuyant sur un département de l'information médicale structuré. Depuis 2007, le CHU a fait l'objet de contrôles par les services de l'Assurance maladie sur les données « GHS ». Ils se sont traduits par des redressements sur les séjours et les actes frontalières de 82 118 € en 2006, 15 750 € en 2007, 186 142 € en 2008. En 2008, l'établissement a également été sanctionné sur les rétrocessions. Le redressement s'est élevé à 144 356 €. Ces redressements illustrent le caractère encore perfectible du codage.

Un contrôle de gestion est organisé. Une comptabilité analytique a été mise en place. Sur la base d'un guide de la délégation, des contrats de pôles ont été signés qui définissent des objectifs et des projets par unité de soins fondés sur le projet d'établissement et le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. Les EPRD de pôles déclinent des objectifs en dépenses et recettes. Les critères d'évaluation des pôles sont définis au préalable dans les contrats de pôle.

Une politique d'intéressement a été élaborée et mise en place malgré la situation financière difficile du CHU. Elle repose sur la contractualisation interne et résulte de l'atteinte des objectifs desdits pôles. La Chambre recommande, dans la construction et la formalisation du nouveau plan de retour à l'équilibre, d'intégrer explicitement au contrat de pôle leur contribution à la résorption du déficit de l'établissement. Cette contractualisation offrira ainsi la possibilité aux responsables de pôle et à leurs équipes d'appréhender la réalité médico-économique de leurs pôles au regard de la situation financière de l'établissement. La directrice générale a précisé dans sa réponse que « *l'intéressement était calculé sur deux critères qui sont l'augmentation du chiffre d'affaires d'un exercice sur l'autre et l'évolution du résultat recettes/dépenses.* » Elle ajoute qu'« *un plan de retour à l'équilibre est en cours de formalisation. Il comprendra des actions ayant trait à l'optimisation des fonctions support et à la révision des politiques de gestion et également un objectif de contribution au Plan de Retour à l'Equilibre pour chacun des 9 Pôles Hospitalo-Universitaires, objectif qui figurera dans chacun des contrats de pôle.* »

S'il dispose d'atouts, le CHU est également pénalisé par des faiblesses structurelles. Ainsi s'il offre une palette quasi complète des activités de CHU, les taux de fuite extra-régionaux importants montrent que sa place d'établissement de recours régional n'est pas encore consolidée.

#### 2.1.4 – Les actions de coopération

Le CHU est engagé dans la coopération sous de multiples formes.

1°) Il a contractualisé avec de nombreux établissements publics et privés et dans le cadre de réseaux. De façon générale, l'évaluation objective des conventions conclues sur la base d'indicateurs préalablement déterminés pourrait être améliorée. En effet, elles ne font actuellement l'objet d'un suivi que dans le cadre de la préparation des EPRD. La Chambre recommande la mise en place d'une évaluation rigoureuse des conventions signées.

Le CHU est également membre de 12 groupements de coopération sanitaire (GCS), d'un groupement d'intérêt économique (GIE) et de deux groupements d'intérêt public (GIP).

La directrice générale a indiqué que : « *Le CHU s'est engagé dans la démarche de création courant 2012 de la Communauté Hospitalière du Territoire Somme, dont il sera l'établissement siège et qui réunira les huit autres établissements publics de santé du territoire de santé. Le projet médical de cette CHT est en cours de définition, en lien avec les projets médicaux des différents établissements et avec les orientations du futur Schéma régional de l'organisation des soins, en vue de définir les filières de prise en charge. C'est donc dans ce cadre que le CHU développera ses actions de coopération.* » La Chambre recommande la concrétisation organisationnelle et fonctionnelle rapide du développement des actions de coopération dans le cadre des communautés hospitalières de territoire.

2°) Comme il l'est exposé plus en détail ci-après, l'établissement est également membre d'un groupement de coopération sanitaire pour la construction et l'exploitation d'une importante unité centrale de stérilisation, dénommée « UCS 80 ». Les conditions d'organisation de cette coopération ne sont plus adaptées au financement de l'activité hospitalière publique par la tarification à l'activité.

Si cette unité de stérilisation constitue un outil pertinent pour l'activité sanitaire du CHU d'Amiens, les conditions financières de son exploitation ne lui sont pas favorables.

3°) Posent également question les conditions dans lesquelles le CHU d'Amiens envisage de s'engager dans un projet de création d'une structure de recherche et d'enseignement en chirurgie maxillo-faciale.

La direction de l'établissement et un praticien hospitalier ont initié en 2008 une étude prospective pour la création d'une structure de recherche en chirurgie maxillo-faciale et d'enseignement dans le domaine de la chirurgie de la défiguration. Le coût de cette étude (59 000 € TTC) a été financé par le CHU. Par la suite, des études complémentaires d'un coût global de 480 000 € ont été financées par le Conseil régional de Picardie (200 000 €) et le FEDER (200 000 €).

Le CHU est actuellement coordonnateur et attributaire des crédits. Le préprogramme des locaux et du bâtiment envisagés est achevé. Le projet, dénommé «FIGURES», a été retenu dans le cadre d'EQUIPEX/Grand Emprunt pour un montant de 10 500 000 € (financement d'investissements en équipements et coûts de mise en œuvre). Une demande pour le financement de postes de recherche intitulée «PROFFIL» dans le cadre LABEX/Grand Emprunt serait en cours d'instruction. Les investissements immobiliers sont estimés à 21 M€ Ce projet de création d'une structure de recherche et d'enseignement en chirurgie maxillo-faciale préfigure cependant des investissements dont le financement n'est pas acquis. Ceux-ci bénéficieraient à ce jour de l'engagement du Conseil régional de Picardie à hauteur de 4 millions d'euros (mais il n'existe pas d'engagement écrit de la Région), abondés par un montant au moins identique du FEDER. Les investissements mobiliers et de matériels de recherche devraient être financés par la subvention d'EQUIPEX/Grand Emprunt versée au CHU.

La directrice a précisé que le CHU envisageait un transfert des fonds à l'Institut Faire Face, constitué en Groupement d'Intérêts Economiques (GIE), et une acquisition directe par ce dernier des équipements. Celui-ci les exploiterait et en assurerait la maintenance. Dans le cadre des programmes de recherche, les fonds seraient versés directement à IFF. Le coût du fonctionnement annuel est estimé à 3,3 M€ Par ailleurs, le CHU mettrait à disposition par bail emphytéotique ou par convention une parcelle de terrain de 6 000 m<sup>2</sup> contiguë au nouveau CHU.

Le financement de l'investissement comme du fonctionnement n'étant pas acquis et le CHU connaissant une situation financière tendue, la Chambre recommande la mise en place d'une structure de coopération permettant de clarifier juridiquement et financièrement ce dossier et les rôles de chacune des parties. Elle aurait l'avantage d'éviter que le CHU ne soit amené à se substituer financièrement aux promoteurs du projet. Toutefois, il y a lieu d'observer que la création d'un GIE, si elle pourrait contribuer à clarifier au plan juridique et financier le projet, impliquerait une solidarité financière entre ses membres. Le CHU pourrait ainsi être amené à financer, à proportion de ses parts dans le GIE, les dettes et charges du GIE, si ce dernier ne parvenait pas à équilibrer ses dépenses de fonctionnement par des recettes extérieures liées à son activité de recherche.

## 2.2 – Les handicaps du CHU

Les faiblesses du CHU trouvent essentiellement leurs origines dans un maillage régional et une coopération historiquement limitée avec les centres hospitaliers de la région, une stratégie parfois peu lisible par les acteurs de terrain, une dispersion des ressources que la polyvalence et la mutualisation attendue de la constitution des pôles ne permet pas encore de résoudre, ainsi qu'un secteur privé concurrentiel historiquement très fort.

### 2.2.1 – L'attractivité et les parts de marché

Selon le SROS, le CHU est peu attractif sur les habitants de l'Aisne et l'Oise, qui ont plus tendance à recourir à des offres de soins extra régionales. Le SROS soulignait :

- une attractivité intra régionale peu importante du CHU d'Amiens pour les habitants des territoires Nord Est, Sud Ouest et Sud Est ;
- une corrélation entre le taux de fuite extra régional et les migrations quotidiennes extra régionales à caractère professionnel ;
- l'absence d'identification par les utilisateurs de voie de recours privilégiée dans la région Picardie.

Les parts de marché du CHU sur la région ne progressent réellement qu'en chirurgie et très légèrement en cancérologie. Dans les autres disciplines, elles stagnent voire se réduisent. Le même constat peut être fait sur sa zone d'attractivité. (cf. le tableau ci-dessous).

	2006	2007	2008	2009
<b>MEDECINE :</b>				
Part de marché en médecine sur la zone d'attractivité	39,6	39,5	39	37,5
Part de marché en médecine sur la région	14,5	14,4	14,4	13,7
<b>CHIRURGIE (Hospitalisation Complète) :</b>				
Part de marché en chirurgie sur la zone d'attractivité	20,9	22,3	23,7	24,7
Part de marché en chirurgie sur la région	11,6	12,2	13,2	13,7
<b>CHIRURGIE (Ambulatoire) :</b>				
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la zone d'attractivité	15,9	18,6	19,8	20,8
Part de marché en chirurgie ambulatoire sur la région	5,4	5,9	6,8	7,1
<b>CANCEROLOGIE :</b>				
Part de marché en cancérologie (séjours hors séances) sur la zone d'attractivité	37,4	36,7	37,9	38,4
Part de marché en cancérologie (séjours hors séances) sur la région	15,7	15,5	15,5	15,4
Part de marché en cancérologie (séances de chimio) sur la zone d'attractivité	45,4	45	41,8	42,9
<b>OBSTETRIQUE :</b>				
Part de marché en obstétrique sur la zone d'attractivité	39,9	49,6	47,1	47,4
Part de marché en obstétrique sur la région	10,8	11,8	10,5	10,1

Source : Hospidiag

Le CHU exerce une forte attractivité sur son territoire de proximité et sur le département de la Somme. Les taux de fuite constatés sur les séjours lourds restent cependant trop importants (entre 12 et 28 % selon les spécialités), en particulier dans certaines chirurgies spécialisées et en cancérologie.

Le taux de fuite 2009 (hors Somme) est de 12 %. Le tableau ci-dessous détaille les taux de fuite par grandes disciplines.

Discipline	Taux de fuite hors Somme		
	2007	2008	2009
MEDECINE	11,4%	11,3%	11,5%
CHIRURGIE	13,7%	13,3%	13,7%
OBSTETRIQUE	8,4%	8,6%	8,9%

Source : CHU

### 2.2.2 – L'absence de pôle régional de cancérologie

L'objectif affiché par le CHU est de créer une structure dénommée centre de recherche et d'applications cliniques en cancérologie, destinée à permettre une prise en charge globale du cancer et donner ainsi une entité indispensable à la prise en charge du cancer en Picardie. Cette structure devra assurer les missions de pôle régional de cancérologie, en l'absence de centre régional de lutte contre le cancer en Picardie.

Compte tenu de la situation financière du CHU, il est fort probable que le programme fonctionnel du centre de recherche et d'applications cliniques en cancérologie, qui faisait l'objet, début 2011, d'une perspective de création par construction d'un nouveau bâtiment sur l'emprise du site sud, ne puisse se faire. Cet état de fait est regrettable car la Picardie, avec des indicateurs très défavorables en matière de cancer, est la seule région où n'existe pas un centre régional de référence du traitement de ces pathologies.

Toutefois, le CHU a indiqué, dans sa réponse, qu'il se mobilisait pour être en mesure de s'affirmer dans ce rôle de référent régional et organiser la prise en charge des patients autour de ses compétences. C'est ainsi que la définition du projet médical du futur Centre de cancérologie du CHU se poursuit, en vue de répondre aux exigences d'un pôle régional de cancérologie tel que prévu dans le Plan Cancer. Il serait implanté au sein des bâtiments existants par regroupement des activités actuellement dispersées sur les différents sites du CHU (chimiothérapies, soins de support) afin de permettre aux services de cancérologie (oncologie, hématologie) actuellement limités dans leur développement du fait de leur nombre de lits, d'augmenter leur activité pour mieux répondre aux demandes des patients et des établissements adresseurs.

### 2.2.3 – Le temps de travail

Si les indicateurs nationaux issus d'Hospidiag font apparaître des efforts de gestion en matière de productivité pour les personnels non médicaux des services cliniques, sans qu'il soit certain que cette amélioration ne soit pas uniquement la résultante de l'amélioration du codage, le CHU peut encore améliorer son efficacité en ce qui concerne les personnels médicaux et les personnels des services médico-techniques.

L'accord ARTT conclu en 2003 (qui a été revu en 2010) était avantageux pour le personnel et très coûteux pour le CHU. Cet accord prévoyait 27 jours de RTT par agent et par an pour le passage de 40 à 35 h avec 20 minutes de repas comptabilisé en temps de travail. Il n'avait en fait porté que sur la réduction du temps de travail sans développer la partie aménagement qui recouvrait les questions d'organisation. Il s'est accompagné de la création de 269 ETP (74,5 en 2002, 119 en 2003 et 75,5 en 2004) soit en coût actuel l'équivalent annuel de 10 760 000 € (269 × 40 000 €). Cette dépense s'est cumulée jusqu'à la révision de l'accord.

En 2010, l'accord ARTT revu a fixé la durée hebdomadaire à 37h30 ce qui a préservé 15 jours de RTT, mais le repas est maintenant imputé sur le temps personnel (30mn). La direction a comme objectif d'atteindre 35h à l'entrée dans le nouveau CHU en 2014, ce qui au regard de la situation de l'établissement, peut paraître tardif d'autant plus que cela ne s'appliquerait qu'au personnel administratif. La direction attend de l'application de ce nouvel accord une économie potentielle de plus de 250 Equivalents Temps Plein.

La chambre estime que le passage aux 35h avec la réorganisation du travail qui devait l'accompagner aurait pu se faire dès la signature de l'accord initial, dont l'objectif réglementaire n'était pas la simple réduction du temps de travail appliquée aux organisations existantes mais l'aménagement de ce temps de travail afin d'optimiser les organisations dans le cadre de la nouvelle durée annuelle de temps de travail. Dans ces conditions le CHU aurait vu sa masse salariale contenue par la maîtrise de ses effectifs puisqu'aujourd'hui il attend de la révision de l'accord une économie de 250 postes. Par ailleurs, le fait de n'appliquer la révision de l'accord dans sa totalité qu'à partir de 2014 à l'occasion du déménagement dans les nouveaux locaux, pèse sur la gestion des effectifs et sur son coût. Enfin, il existe un « stock » important d'heures supplémentaires (158 468 heures pour l'ensemble des personnels non médicaux en 2010).

#### 2.2.4 – L'activité universitaire

Au-delà des prestations de soins dont le financement est pris en compte par la tarification à l'activité (T2A), les CHU assurent des missions d'enseignement et de recherche, de recours, d'innovation (MERRI). Pour financer ces charges, une dotation existe dans la mesure où ces activités ne sont pas quantifiables à travers les données du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) sur lequel se fonde la T2A.

L'activité universitaire du CHU d'Amiens apparaît comme fragile au vu de son activité de recherche insuffisante. En effet, ses résultats en programmes hospitaliers de recherche clinique financés (PHRC) peuvent être comparés à ceux de Rouen : entre 2008 et 2011 le CHU de Rouen a obtenu 26 PHRC contre 6 au CHU d'Amiens. Cette absence de dynamisme est sanctionnée financièrement.

L'activité de chirurgie cardiaque, activité emblématique des CHU, rencontre à Amiens des difficultés. L'établissement est autorisé pour la prise en charge des adultes. Le service de chirurgie cardiaque du CHU comporte 20 lits, pour un effectif médical de 10 praticiens correspondant à 8,69 ETP. Cet effectif apparaît important au regard des effectifs de huit autres CHU équivalents (Angers, Besançon, Brest, Caen, Metz, Reims, Rouen et Saint-Etienne) qui oscillent entre 3 et 7 praticiens (effectif médian de 5), pour un nombre d'ETP variant de 2,3 à 5,7 (médiane = 3,7). Les tentatives du CHU pour réduire cet effectif n'ont pu aboutir.

### 2.2.5 – La coopération internationale

Le CHU d'Amiens assure une activité internationale importante ; principalement orientée vers les actions de développement. Il a signé 11 conventions d'aide au développement. S'agissant de la coopération scientifique, celle-ci est limitée. Une seule convention a été recensée dont le terme est le 31 décembre 2011 (association avec l'université de Cambridge).

Les dépenses liées à la coopération internationale (255 197 € en 2008, 311 402 € en 2009, 479 834 € en 2010), sont équilibrées par des financements externes. Les projets de coopération sont financés au moyen de conventions de subventions signées avec des bailleurs divers : commission européenne (FEDER, Europaid), coopération bilatérale (MIRH, AFD, MAEE), coopération décentralisée (Conseil régional de Picardie, Cités unies France), bailleurs de fonds indépendants (Rotary, Lions Clubs, Association de cardiologie, etc.).

### 2.2.6 – L'activité de chirurgie cardiaque

En termes d'activité, le service de chirurgie cardiaque a réalisé 683 interventions en 2009, 676 en 2010 et 371 fin juillet 2011. En termes comparatifs, les huit autres établissements comparables ont réalisé un nombre d'interventions variant en 2010 de 381 (CHR de Metz) à 1 023 (CHR de Reims), mais la véritable comparaison doit être faite au niveau du ratio « nombre d'interventions réalisées par ETP ». Ce ratio varie de 127 (CHR de Metz) à 270 (CHU de Brest), alors que le ratio du CHU d'Amiens est de 78, ce qui le place en dernière position. Ce faible ratio montre le peu d'attractivité de la spécialité dans la région. Cela est confirmé par un taux de fuite des séjours hors région particulièrement élevé de 60,37 % selon le schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS). Cette situation bénéficie principalement aux établissements de la région parisienne qui représentent 61,32 % du total des fuites.

Par ailleurs, les praticiens du service n'ont pas tous la même activité. Ainsi, l'examen du détail des interventions par chirurgien cardiaque montre que trois des praticiens, représentant 2,44 ETP, réalisent 77 % des interventions.

### 2.2.7 – Le contentieux relatif au financement de l'UCS 80

Le GCS « UCS 80 », qui regroupe des établissements publics, dont le CHU d'Amiens, et des établissements privés, traite la stérilisation de l'ensemble de ces établissements.

Un bail emphytéotique hospitalier (BEH) tel que défini aux articles L. 6148-1 et suivants du code de la Santé Publique d'une durée de 20 ans a été signé le 21 juillet 2006 entre le CHU et la « société Babcock & Brown » pour réaliser cette unité de stérilisation. L'analyse de ce BEH fait l'objet d'un rapport thématique dans le cadre d'une enquête nationale.

Ce BEH portait sur :

- la conception, la construction et le financement d'un ouvrage et des installations d'une unité centrale de stérilisation sous la forme d'un BEH ;
- le financement et la fourniture d'équipements de stérilisation et de péri-stérilisation ;
- l'entretien et la maintenance de l'ouvrage, de ses installations et des équipements pendant toute la durée du bail.

Le protocole signé le 3 juin 2005 entre les établissements publics et privés candidats constituant le GCS stérilisation et l'ARH prévoyait :

- la création d'un site centralisé regroupant les stérilisations des établissements de soins de la région Picardie ;
- un BEH ;
- la compensation par l'ARH des surcoûts engendrés par le regroupement à hauteur de la moitié de la différence entre le coût actuel et le coût d'exploitation futur pour chaque établissement membre du GCS stérilisation des secteurs 1 et 2 ;
- les surcoûts supportés par le CHU, en qualité de « porteur » des biens mis à disposition de l'Unité centrale de production, devaient faire l'objet d'une prise en charge spécifique à contractualiser.

La signature de ce protocole engageait les signataires comme partie prenante dans le processus de financement total de la structure et le CHU ne pouvait en conséquence seul supporter les coûts d'une structure qui profite à tous. Ce protocole a été modélisé sous le régime du financement par dotation globale des hôpitaux publics.

La convention constitutive du GCS (titre II – article 6 : Capital de la convention constitutive) indique que le CHU fait un apport en nature de 5 M€ correspondant aux installations. Il n'est fait mention ni dans la convention constitutive ni dans le règlement financier d'une quelconque facturation du loyer du BEH du CHU aux membres du GCS. Par ailleurs, cette pratique revient à sous-évaluer les coûts de production (en n'y intégrant pas les coûts d'investissement et d'exploitation liés au BEH pesant sur les comptes du seul CHU) ce qui fausse la concurrence et est également critiquable au regard du droit de la concurrence et du code des marchés publics.

En février 2008, l'ARH s'était engagée à reconsidérer le dispositif d'accompagnement. Elle a demandé une révision des statuts du GCS du fait de la modification importante du contexte financier : mise en œuvre de la T2A à 100 % en 2008 et de tarifs nationaux de prestations intégrant le financement des coûts complets des activités de stérilisation et de leur mise aux normes. Les statuts n'ont pas encore été adaptés. Parallèlement, l'ARH renouvelait son engagement d'une aide limitée à trois ans et dégressive (en lien avec la montée en charge de la T2A) afin de permettre au GCS de recruter de nouveaux adhérents et de diminuer son coût unitaire de production.

Afin de ne pas retarder l'ouverture de la structure (le bâtiment et les équipements étaient livrés et opérationnels) et d'éviter le retrait d'un certain nombre de ses membres, l'administrateur du GCS a proposé par un courrier du 16 mai 2008 à l'ARH :

- la non facturation du loyer BEH aux établissements adhérents pendant une durée de trois ans, soit jusqu'au 31 décembre 2010 ;
- l'accompagnement de l'ARH au seul CHU pendant cette période, et non à tous les établissements ;
- la facturation par le CHU du loyer du BEH au GCS à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

. Le CHU a bénéficié de financements au titre des MIGAC en 2008 et 2009 pour le loyer du BEH de l'UCS 80. En 2010, les crédits n'ont pas été reconduits. Aussi, à partir de 2011, il a été procédé à la refacturation du loyer BEH au GCS, le CHU ayant émis un titre de recettes le 10 janvier 2011 pour le loyer 2010.

Le CHU a supporté en 2008, environ 1 M € de reste à charge sur les loyers du BEH, soit plus que sa participation à la production et aux dépenses du GCS. En 2009, il a également supporté un reste à charge d'environ 1 M€. En 2010, le reste à charge pour le CHU aurait été au total de 1,7 M € s'il n'avait pas refacturé les 700 000 € d'aide non obtenue.

Le CHU a donc été amené à signer une convention constitutive qui lui est préjudiciable et qui ne protège pas ses intérêts dans le cadre du financement des hôpitaux par la T2A. Par ailleurs, cette situation conduit le CHU à « subventionner » de fait l'activité stérilisation d'autres établissements de santé publics ou privés.

La Chambre recommande la révision de la convention et la clarification du financement du BEH. La directrice a indiqué, dans sa réponse, que des démarches étaient en cours entre les membres du GCS et avec l'ARS.

### **3 – La fiabilité des comptes et des procédures**

#### **3.1. – La fiabilité des opérations comptables**

##### **3.1.1 – La comptabilité d'engagement et le principe d'indépendance des exercices**

La comptabilité des dépenses engagées est tenue. Le rattachement des produits du groupe 2 à l'exercice est réalisé. En clôture d'exercice, l'établissement procède à une facturation effective au débiteur présumé. Il ne procède pas à l'opération dite « des titres en souffrance ».

##### **3.1.2 – Le remboursement des budgets annexes au budget principal**

Le remboursement des budgets annexes au budget principal est effectué. Les états de remboursements sont établis sur la base des relevés d'actes médico-techniques, ou établis sur la base de proratas (clefs logistiques). Les dépenses de personnel sont réalisées en imputation directe ou à défaut sur une répartition des charges réelles du pool des personnels de remplacement suivis par matricule, ou sur une évaluation du temps agent dédié au budget annexe.

### 3.1.3 – Les stocks

Les stocks sont gérés (entrées/réceptions-sorties/demandes de services) en s'appuyant sur un logiciel de gestion économique et financière. Des balances mensuelles et une annuelle sont réalisées. Un inventaire tournant est réalisé en cours d'année sur l'ensemble des produits et dispositifs médicaux. A la fin de l'année, un inventaire physique des produits est réalisé et intégré dans le logiciel de gestion des stocks par le module inventaire.

### 3.1.4 – Le principe de prudence et les provisions

Des provisions ont été constituées pour un montant de 125 290 261 €. Les provisions réglementées représentent une somme totale de 101 336 074 € dont 97 232 153 € au titre des travaux du nouveau site immobilier.

En l'absence d'une réglementation explicite, le mode de calcul à retenir pour évaluer l'indemnisation des jours placés sur les CET est aujourd'hui incertain. La Chambre considère que rien aujourd'hui ne permet, au vu des conditions d'indemnisation antérieures (300 € par jour hors charges) d'affirmer que les 8 705 jours épargnés au 31 décembre 2010 seraient couverts par la provision. Calculée selon les instructions de la dernière indemnisation, la dette du CHU à l'égard des médecins concernés s'élèverait à 2 611 500 € soit 3,9 M€, charges comprises. Pour les personnels non médicaux, le montant s'élèverait à 2 216 447 €

Après l'abondement versé en 2011 de 1 414 209 €<sup>1</sup>, la provision CET (C/143) s'élève à 5 095 810 € pour une charge estimée à 6,1 M€

### 3.1.5 – La dotation non affectée (DNA)

Le patrimoine de la DNA est composé de logements de fonction (maisons et appartements) sur Amiens et Salouel, de logements loués et de terres dans la Somme et l'Oise louées à des particuliers, des groupes de chasseurs (association, société), ou encore au Conservatoire des Sites Naturels de Picardie.

Le budget de la DNA est compris entre 160 000 € et 190 000 € sur la période 2008-2011. Les résultats d'exécution des trois derniers exercices sont les suivants :

En €	2008	2009	2010
Résultat	286 246	494 967	29 405
c/775 Cessions	58 580	480 067	21 667

Le temps de gestion d'un agent est refacturé par le budget principal à la DNA sur la base d'un quart de temps du traitement annuel et charges de cet agent.

<sup>1</sup> Source : réponse de l'établissement  
RODNOTIF-2012-0026-999  
S01

La DNA fait l'objet d'une gestion au fil de l'eau pour la gestion des baux en liaison avec le comptable et les notaires. Le suivi est donc perfectible et pourrait être amélioré notamment en matière de pérennité de l'information. La directrice générale a expliqué que : « *des échanges et rencontres en fin d'année 2011 et en début d'année 2012 avec le notaire de l'établissement ont permis d'établir un plan d'actions concernant le patrimoine privé du CHU :*

- *plan d'évaluation systématique des parcelles avec la détermination préalable d'un calendrier prévisionnel en fonction de la localisation et de la superficie des terres, en lien avec le service des domaines (contact pris avec la direction régionale des finances publiques).*
- *plan de cession sur la base des évaluations précédentes et des opportunités ».*

La Chambre recommande la structuration du suivi de la dotation non affectée.

### 3.2 – La fiabilité des procédures d'encaissement des produits

#### 3.2.1 – La facturation

Il existe des conventions avec les organismes complémentaires (mutuelles etc...). Le CHU contractualise régulièrement avec de nouveaux organismes complémentaires pour la mise en place de tiers payants. L'établissement s'est inscrit dans une démarche de dématérialisation des prises en charge (PEC) et de la facturation aux mutuelles.

Les taux de recouvrement sont les suivants :

<b>Taux de recouvrement</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Hospitalisés et consultants (évolution des PEC)	83 %	65 % (- 52 %)	77 %
Sécurité sociale hors T2A (évolution des PEC)	87 %	88 % (+ 225 %)	
Mutuelles et autres tiers payants (évolution des PEC)	60 %	72 % (+ 103 %)	75 %

Source : rapport financier 2009 et trésorerie

La dégradation du taux de recouvrement pour les hospitalisés et consultants est à mettre en parallèle avec l'évolution positive des prises en charge sur les caisses de sécurité sociale et les mutuelles. En effet, les titres émis sur les débiteurs particuliers représentent de plus en plus souvent la part définitivement à charge de ceux-ci, après facturation aux tiers payants des parts leur incombant. En l'absence de remboursement possible par un organisme tiers, les débiteurs particuliers éprouvent manifestement des difficultés pour s'en acquitter. Le recouvrement est bien meilleur sur les caisses et mutuelles que sur les particuliers.

Il existe une avance sur frais de séjour, en matière d'hébergement de personnes âgées, encaissée à l'admission (30 jours du tarif hébergement).

L'établissement s'est inscrit comme expérimentateur dans le cadre du projet de facturation individuelle des établissements de santé publics et privés d'intérêt collectif (FIDES). Cette expérimentation vise à déterminer, dans le but d'une généralisation, les meilleures conditions de mise en œuvre en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements, ainsi que le système d'avance de trésorerie aux établissements de santé le mieux adapté à ce mode de facturation.

La Chambre recommande la poursuite des travaux engagés pour l'amélioration de la qualité de la facturation et du codage.

### 3.2.2 – Le fonctionnement des régies

Les encaissements en régie ont évolué à la hausse depuis 2008 mais sont perfectibles (contraintes architecturales, saisie de l'activité en temps réel, interfaces logicielles). Tous produits confondus, ils sont de :

2008	2009	2010
77 428 €	198 315 €	269 330 €

Source : CHU

La Chambre recommande le développement de l'encaissement en régie qui demeure à un niveau modeste.

## 4 – La situation financière

Le périmètre financier recouvre un budget principal et six budgets annexes.

En €	Budget principal	B Long séjour	E EHPAD	C Ecole	P Camps	R CRA (P2)	A DNA	Total
Montants des prévisions de charges et produits pour 2011	493 946 618	11 982 145	6 237 441	8 016 589	566 041	1 044 074	189 721	521 982 629

Source : EPRD 2011-10-17

A cet ensemble budgétaire il convient d'intégrer les engagements dans des groupements de coopération (GIE, GIP, GCS).

L'établissement a précisé que les instances du CHU ont connaissance de la réalité financière et juridique de la participation à ces différents groupements lors du déroulement de la procédure de création, à l'occasion de la présentation des conventions constitutives et lorsqu'il y a des impacts « significatifs » sur l'EPRD. Elles ont donc peu d'information sur leur situation financière.

La Chambre recommande une information régulière des instances du CHU sur la participation de l'établissement aux dites structures et ses conséquences sur la gestion.

#### 4.1 – Une situation tendue de longue date, ayant nécessité la mise en œuvre d'un plan de retour à l'équilibre en 2006

Dans son précédent rapport d'observations définitives, en date du 23 avril 2008, la Chambre avait relevé la fragilité de la situation financière du CHU d'Amiens. Cette situation, antérieure à l'entrée en vigueur en 2005 de la tarification à l'activité, résultait essentiellement d'une augmentation tendancielle des charges, notamment de personnel, plus rapide que celles des produits. La Chambre avait également relevé la faiblesse des recettes de l'activité, à mettre au regard d'un plateau technique surdimensionné ou sous utilisé (blocs opératoires par exemple), ainsi que d'un doublement non optimisé de certains services (laboratoires, ...).

Depuis, le CHU a bénéficié d'un contrat de retour à l'équilibre financier (CRE) portant sur les exercices 2007 à 2010. Le contrat initial élaboré en 2006-2007 a été signé le 14 juin 2007. Il portait sur les exercices 2007 à 2009. Un avenant a été signé en mars 2010, concernant l'exercice 2010. L'objectif était de retrouver l'équilibre en 2010. En contrepartie, l'ARH s'engageait à maintenir les aides financières allouées dans le passé au titre du plan hôpital 2007 et de l'aide régionale à l'investissement destiné au projet monosite qui s'élevait au 31 décembre 2005 à 18,8 M€

Le ministre chargé de la Santé s'engageait pour sa part à allouer une aide exceptionnelle au CHU via les dotations de l'ARH à partir de l'exercice 2006 dont les caractéristiques sont les suivantes :

- 3 M€ de dotation annuelle complémentaire reconductible au titre de l'effort de réduction des coûts de production mis en œuvre par le CHU d'Amiens ;
- 7 M€ de dotation d'aide à la contractualisation (AC) reconductible au titre du financement de l'opération de reconstruction et de restructuration de l'établissement.

##### 4.1.1 – L'action sur les dépenses

Les mesures de redressement prévues portaient sur les dépenses de personnel médical. Elles se sont traduites dans la réalité ainsi :

2006	2007	2008	2009	2010	Evol 2006-2010
56 588 536	60 721 377	64 888 865	68 004 167	73 403 764	29,7 %
-	7,3 %	6,86 %	4,8 %	7,9 %	

Source : CHU

Le tableau des emplois médicaux en ETP rémunérés au 31 décembre de 2006 à 2010 a évolué ainsi :

Statut	2006	2007	2008	2009	2010	Evolution 2006/2010
PH temps plein et HU	300,08	321,58	318,71	322,30	325,95	8,62 %
PH temps partiel	6,30	6,30	10,40	12,30	14,20	1,31 %
Praticiens attachés	48,23	61,45	65,92	61,29	45,87	- 4,89 %
<b>Total 1 : Praticiens Statutaires</b>	<b>354,61</b>	<b>389,32</b>	<b>395,03</b>	<b>395,89</b>	<b>386,02</b>	<b>8,86 %</b>
PH contractuels	55,00	48,30	39,85	80,30	91,30	66,00 %
<b>Total 2 : Praticiens Statutaires et contractuels</b>	<b>409,61</b>	<b>437,32</b>	<b>434,88</b>	<b>476,19</b>	<b>477,32</b>	<b>16,53 %</b>
Internes	281,00	298,00	343,00	367,70	403,00	43,42 %
Etudiants (1 étudiant = 0,5 ETP)	192,50	218,50	237,00	266,50	293,00	52,21 %
<b>Total 3 : Internes et étudiants</b>	<b>473,50</b>	<b>516,50</b>	<b>580,00</b>	<b>634,20</b>	<b>696,00</b>	<b>46,99 %</b>
<b>TOTAL GENERAL</b>	<b>883,11</b>	<b>953,82</b>	<b>1 014,88</b>	<b>1 110,39</b>	<b>1 173,31</b>	<b>32,86 %</b>

Source : CHU DAM – bilan

Nonobstant le renforcement des effectifs de médecins en formation (étudiants et internes), l'effectif médical du CHU a continué de croître même si depuis deux ans il semble se stabiliser.

Les mesures de redressement portaient également sur les dépenses de personnels non médicaux.

Ces dépenses ont évolué comme suit :

2006	2007	2008	2009	2010	Evol 2006-2010
192 832 981	200 894 289	208 176 443	214 132 344	218 929 764	13,5 %
-	4,18 %	3,62 %	2,86 %	2,24 %	

Source : CHU

Le tableau suivant montre l'évolution des effectifs en ETP rémunérés au 31 décembre de 2006 à 2010.

En ETP	2006	2007	2008	2009	2010	Evolution 2006-2010
Administratif	712,91	631,03	722,92	730,14	737,62	3,47 %
Soignant	2 937,31	2 924,52	2 987,47	3 094,01	3 157,77	7,50 %
Technique	723,58	704,08	719,27	725,51	721,69	- 0,26 %
México-technique	357,13	354,39	339,19	343,13	339,09	- 5,05 %
Total Personnel non médical	4 730,93	4 614,02	4 768,85	4 892,79	4 956,17	4,76 %

Source : CHU DAM

Comme pour les personnels médicaux, les effectifs des personnels non médicaux ont continué d'augmenter, malgré le contrat de retour à l'équilibre, jusqu'en 2010. L'établissement précise qu'en 2011 les dépenses de personnel se sont stabilisées du fait de l'effet année pleine des départs volontaires indemnisés de 2010 et du premier impact financier des départs de l'année 2011.

Ainsi malgré les annonces de suppressions de postes médicaux ou non médicaux, les effectifs des deux catégories ont continué de croître jusqu'en 2010.

Pour leur part, les dépenses hors personnel font apparaître un effort de gestion dans les trois dernières années. Le CHU subit à l'évidence les hausses de ses contrats d'assurances (+76,55 % entre 2006 et 2010) et bien sûr doit faire face à une forte montée en charge du poste amortissements (+10,11 % entre 2008 et 2011) qui vont encore augmenter très fortement à partir de la mise en service du nouveau CHU (plus de 20 M€ supplémentaires par an).

#### 4.1.2 – L'action sur les recettes

Le contrat de retour à l'équilibre (CRE) conduisait le CHU à agir également sur les recettes par :

- l'amélioration du codage pour éviter les redressements par la sécurité sociale comme cela s'est produit pour les séjours en 2006 pour 82 118 €, en 2007 pour 15 750 € et en 2008 pour 186 142 € et également pour les rétrocessions en 2008 pour 144 356 €;
- l'augmentation d'activité par réduction des taux de fuite en hématologie et en chirurgie cardiaque et la réduction de la durée moyenne de séjour (DMS).

L'activité du CHU a progressé quantitativement sur la période sous revue. Cela s'est traduit par une augmentation des recettes.

En €	2007	2008	2009	2010	Evol 2007-2010
Produits de l'activité c/73	360 782 822	385 832 293	415 329 525	435 521 384	20,7 %
Evolution		6,94 %	7,65 %	4,86 %	

Source : CFU

#### 4.1.3 – Le bilan du CRE

Le CHU a bénéficié de crédits de l'ARH/ARS en fin d'exercice.

2008	2009	2010
7 597 398	7 720 713	7 000 000

Source : CHU

Afin de pouvoir avancer des conclusions sur le bilan CRE, il est utile de mentionner ici les résultats des exercices concernés :

En €	2006	2007	2008	2009	2010
Déficit réel de l'exercice	28 268 722	29 747 227	24 686 733	21 212 782	17 229 785

Si les résultats du CHU s'améliorent sur la période, -le déficit d'exploitation annuel réel passant de presque 30 M€ en 2006 et 2007 à 17 M€ en 2010-, les objectifs de retour à l'équilibre en 2010 sont très loin d'être atteints.

La directrice générale a répondu que « le CHU élaborait un plan de retour à l'équilibre sur 5 ans qui va couvrir les années 2012 à 2016. Cette dernière année est également celle du regroupement total et définitif des activités sur le site sud. Ce plan de retour à l'équilibre, basé sur une analyse approfondie de la situation financière de l'établissement, comprend des mesures sur le niveau de dépenses et des actions sur l'activité et les recettes de l'établissement, l'objectif étant une ouverture à l'équilibre financier du nouveau CHU. »

Nonobstant le regroupement attendu et ses effets en 2016, la Chambre recommande de conclure rapidement l'élaboration en cours du nouveau contrat de retour à l'équilibre sur la base de la situation financière réelle de l'établissement et parallèlement d'agir sur les recettes en augmentant la productivité par la révision de l'aménagement du temps de travail.

#### 4.2 – Les déficits inscrits aux comptes financiers

Au titre des exercices 2008 à 2010, l'établissement a enregistré des résultats négatifs pour des montants limités au regard du montant de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (cf. le tableau ci-dessous).

La situation du déficit du budget principal apparaît aux comptes financiers ainsi qu'il suit :

	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Montant du déficit affiché	6 108 908,22	4 050 667,55	3 675 965,43

Source : comptes financiers 2008 à 2010

Ces résultats ne reflètent cependant pas la situation financière réelle du CHU d'Amiens. Ils sont très supérieurs à la réalité.

#### 4.3 – La situation financière réelle

##### 4.3.1 – L'utilisation des crédits d'aide à la contractualisation destinés au financement des travaux du nouveau CHU

Comme le montre le tableau suivant, depuis 2006, chaque année, entre 12 et 21 M€ de crédits d'aide à la contractualisation (AC) destinés à financer les surcoûts liés à la construction du nouveau CHU sont utilisés pour couvrir le déficit d'exploitation.

<b>C/142 Provisions monosite (en €)</b>		<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Crédit AC de l'ARS		29 108 320	30 962 497	35 793 148	39 434 723	32 478 010
Dont crédit pour le projet monosite	Restructurations	8 392 111	8 392 111	8 392 111	8 392 111	4 717 426
	Soutien régional à l'investissement	5 963 481	5 963 481	5 963 481	5 963 481	5 963 481
	Aide national à l'investissement	3 239 184	3 924 692	3 924 692	3 924 692	3 924 692
	Crédits délégués par le Ministère de la santé et des solidarités lors de la mise en place du CRE	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000	7 000 000
	<b>Total</b>	<b>24 594 776</b>	<b>25 280 284</b>	<b>25 280 284</b>	<b>25 280 284</b>	<b>21 605 599</b>
Crédits "monosite" mis en provision au c/142		12 460 582	8 700 000	4 500 000	12 700 000	3 000 000
<b>Différence (utilisée en exploitation)</b>		<b>12 134 194</b>	<b>16 580 284</b>	<b>20 780 284</b>	<b>12 580 284</b>	<b>18 605 599</b>
Reprises		0	0	0	3 085 658	8 206 238
Balance de sortie c/142		80 376 832	89 076 832	93 576 832	103 191 174	97 984 936

Source : CHU

#### 4.3.2 – Le déficit réel

Le tableau suivant décrit la situation du déficit du CHU de 2006 à 2010.

	report déficitaire avant 2006	<b>2006</b>	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Résultat comptable (1)		-11 648 738	-9 798 731	-6 108 908	-4 050 668	-3 675 965
Résultat comptable cumulé	-24 470 162	-36 118 900	-45 917 631	-52 026 539	-56 077 207	-59 753 172
Crédits AC non provisionnés et utilisés pour l'exploitation (2)		-12 134 194	-16 337 284	-20 780 284	-12 580 284	-19 261 094
Résultat exercice retraité des crédits AC non provisionnés (1) + (2)		-23 782 932	-26 136 015	-26 889 192	-16 630 952	-22 937 059
Résultat réel cumulé	-24 470 162	-48 253 094	-74 389 109	-101 278 301	-117 909 253	-140 846 312

En tenant compte des crédits AC non provisionnés, le déficit global du CHU n'est plus de 59,8 M€ mais de 140,8 M€, chiffre validé par le CHU. Ce déficit cumulé représente 103 jours d'exploitation.

Ce déficit structurel cumulé illustre une situation d'exploitation structurellement dégradée. Pour en trouver la cause plusieurs hypothèses peuvent être avancées :

- un défaut d'efficience, en partie lié à l'éclatement des différents sites hospitaliers : une analyse comparative sur la période 2008/2010 des coûts du CHU pour produire son case mix d'une part et de ceux des établissements de l'échelle nationale des coûts (ENC) pour produire la même activité d'autre part, montre que les surcoûts bruts du CHU s'accroissent sur cette période et passent de 10 à 14 % ;
- des constats convergents quels que soient les indicateurs retenus (ENC, base d'Angers, Hospidiag) ;

- des surcoûts apparaissant essentiellement sur la ligne plateau technique et consommables médicaux, en particulier en biologie et dans les blocs opératoires ;
- une surdotation en personnel non médical dans ces secteurs ;
- une productivité du personnel médical inférieure à la médiane ;
- des coûts du bloc et de la biologie médicale supérieurs à la moyenne des autres CHU ;
- des charges d'hôtellerie et de logistique ainsi que de gestion générale plus élevées que celles de la moyenne des CHU, notamment sur le SIH, si l'on se réfère à la base d'Angers ;
- un alourdissement des charges de structure, conséquence de la réalisation du projet d'investissement du nouveau CHU : on constate une forte évolution des charges financières (frais d'intérêts bancaires), au fil de la montée en charge de l'endettement ; cette tendance va s'accroître dès l'entrée en amortissement de l'opération (+22 M€ dès 2015) ;
- enfin, les 269 postes créés lors de la mise en œuvre de l'accord ARTT initial représentent de 2005 à 2009 la somme de 53,8 M€, soit 32,4 % du déficit cumulé à la clôture de l'exercice 2010. Bien sûr, s'il convient de nuancer le calcul, il est cependant évident que l'accord initial de 2005 a contribué de façon importante à la constitution du déficit de l'établissement.

#### 4.3.3 – La capacité d'autofinancement (CAF)

Les tableaux suivants permettent de constater que si le CHU n'avait pas utilisé une partie des crédits AC en exploitation, la CAF brute n'aurait pas couvert le remboursement de la dette en 2010.

Le premier tableau présente l'évolution de la CAF comptable sur la période, et le suivant celle de la CAF retraitée des crédits AC non provisionnés :

En K€	2006	2007	2008	2009	2010
CAF brute	23 882	23 368	28 058	41 482	21 041
Remboursement des emprunts	6 695	7 077	6 692	6 192	9 454
<b>CAF nette</b>	<b>17 187</b>	<b>16 291</b>	<b>21 366</b>	<b>35 290</b>	<b>11 587</b>

Source : trésorerie

En K€	2006	2007	2008	2009	2010
Correction provisions	-12 134	-16 580	-20 780	-12 580	-18 606
CAF brute réelle	11 748	6 788	7 278	28 902	2 435
Remboursement des emprunts	6 695	7 077	6 692	6 192	9 454
<b>CAF nette réelle</b>	<b>5 053</b>	<b>-289</b>	<b>586</b>	<b>22 710</b>	<b>-7 019</b>

Les projections de CAF et des remboursements d'emprunts au PGFP 2011 sont les suivantes :

En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CAF brute	9 067 654	7 533 263	7 442 183	5 805 411	5 977 368	9 479 468
Remboursement des emprunts	11 449 864	14 937 831	17 863 528	21 864 994	24 719 478	24 643 340
CAF nette	-2 382 210	-7 404 568	-10 421 345	-16 059 583	-18 742 110	-15 163 872

Source : PGFP 2011

L'autofinancement est négatif à court terme et l'équilibre ne peut se faire sans le recours à des financements externes. La capacité du CHU à court terme à faire face à ses différentes échéances est donc très incertaine.

#### 4.4 – L'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD 2011)

L'EPRD 2011 et le plan global de financement pluriannuel (PGFP) ont été approuvés avec réserves par l'ARS sur l'évaluation du titre III des recettes et notamment des recettes diverses attendues au titre des MIGAC, l'absence de provisions réalisées au titre du financement des surcoûts d'exploitation attendus dans le cadre de la construction du mono site et la majoration des tarifs opposables aux tiers dans le cadre des tarifs journaliers et prestations.

Cependant, au vu des estimations, l'EPRD 2011 devrait se traduire par un déficit réel de 10,1 M€ Les crédits AC pour les surcoûts liés au monosite ont été intégralement provisionnés en 2011. Le déficit cumulé est donc porté à 150,9 M€ au 31 décembre 2011.

#### 4.5 – Le plan global de financement pluriannuel (PGFP)

Les caractéristiques du PGFP présenté par le CHU sont les suivantes :

- les crédits AC au titre du nouveau CHU ne sont pas provisionnés, alors que la différence entre ces crédits et la somme des amortissements et frais financiers liés au CHU est positive encore quelques années ;
- les reprises sur provisions offrent une visibilité seulement jusqu'en 2016 ;
- les cessions sur les exercices 2014-2016 sont estimées à 45 M€
- l'important déficit d'exploitation réel n'est pas pris en compte.

L'équilibre du PGFP est donc très incertain. Les reprises sur provisions au titre du nouveau CHU ont commencé en 2009 avec 3,1 M€ Elles se sont poursuivies à hauteur de 8,2 M€ en 2010 et de 12 M€ en 2011. Ces reprises sur provisions au titre du NCHU sont censées couvrir les frais financiers et d'amortissements liés au nouveau CHU.

Parallèlement, on remarque l'absence de provisions réalisées en 2011 au titre du financement des surcoûts d'exploitation attendus dans le cadre de la construction du monosite.

Le solde des provisions monosite en fin d'année 2010 s'élevait à 98 M€ (balance de sortie du C/142). D'après le PGFP 2011, l'approvisionnement de ce compte est maintenant terminé. Le tableau ci-dessous donne les prévisions des reprises sur provisions prévues dans le PGFP 2011.

Extrait du PGFP 2011							
En €	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
reprises pour le NCHU c/7874	11 995 412	23 072 534	20 545 040	16 576 590	22 074 409	3 720 947	<b>97 984 932</b>

Source : CHU

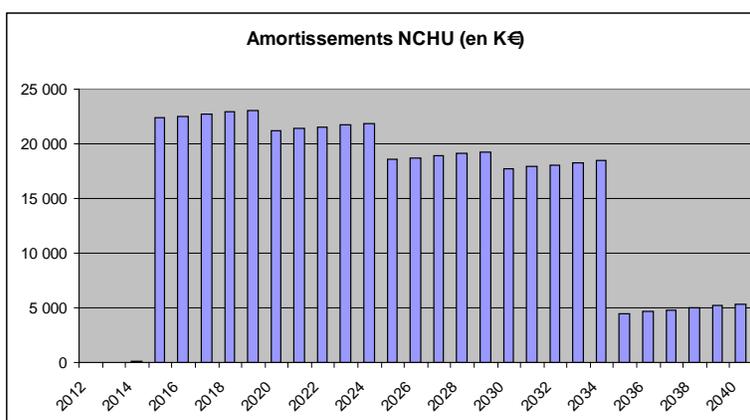
Les provisions seront épuisées au terme de l'exercice 2016. Après cette date, il faudra que le CHU assume les frais financiers et d'amortissement sur sa section de fonctionnement.

Les frais financiers ne sont pas calculables exactement pour diverses raisons (incertitudes sur les montants et dates de mobilisation, sur les taux d'intérêts ...), mais le montant du remboursement des intérêts liés au monosite devrait être de l'ordre de 362 M€ sur la période 2007 à 2044 (hypothèse de 492,7 M€ mobilisés sur la période, emprunts sur 30 ans à annuités constantes, au taux de 4 %).

Emprunts pour le NCHU (en M€)									
Réalisé (en M€)					PGFP (en M€)				Total
2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
14		20,5	166,5	52,5	122	27,2	65	25	<b>492,7</b>

Source : PGFP

Les montants des amortissements au titre du nouveau CHU augmentent très fortement à partir de 2015, comme le montre le graphique suivant :



Les inquiétudes sont donc encore plus fortes pour l'après 2016. En effet, le CHU n'aura plus de provisions pour financer les surcoûts liés au monosite, en raison de l'utilisation depuis 2006 des dotations AC pour la section d'exploitation. De plus, les remboursements des emprunts obligataires, pour lesquels aucune provision n'est constituée à ce jour, approcheront, et il n'est pas exclu que la vente du site de l'hôpital Nord pèse quelques temps encore sur le budget du CHU.

En effet, le CHU intègre à son PGFP le montant des ventes espérées du centre de gynécologie obstétrique (CGO) et de l'hôpital Nord. Le patrimoine que représente l'hôpital Nord est très important tant en termes de superficie qu'en termes financiers pour l'équilibre du PGFP. Sa vente, si elle se réalisait, représenterait un apport important en capital. Cette cession est déjà intégrée dans le PGFP. Cependant ces ventes ne sont pas à ce jour réalisées et rien n'indique qu'elles le seront dans les délais prévus par le PGFP et encore moins au niveau financier espéré.

La valeur vénale du CGO a été estimée à 12,5 M€ avec une marge de + ou – 10 % le 22 décembre 2009 par la direction régionale des finances publiques de Picardie. Ce patrimoine situé dans le quartier d'Henriville (10 000 m<sup>2</sup>, 86 lits de maternités) fait l'objet d'un intérêt de la commune qui souhaiterait y installer un EHPAD, et serait prête à l'acquérir pour 8 M€. Il n'y a pas actuellement de proposition écrite d'achat.

S'agissant de l'hôpital Nord, un protocole d'accord a été signé avec Amiens Aménagement le 12 janvier 2006 pour étudier la reconversion de ce site. Le premier contact avec la ville sur ce point a eu lieu en 2006 pour l'aménagement de logements. Il n'y a pas actuellement de proposition d'achat. En janvier 2011, Amiens Aménagement a donné son accord pour recourir à un consultant en vue d'une valorisation après une première étude d'urbanisme qui concluait à la nécessité de détruire tous les bâtiments non construits en briques rouges. Pour l'hôpital nord l'évaluation d'Amiens Aménagement est de 2 M€. Le PGFP prévoit 45 M€ pour la vente des deux sites. Cette évaluation paraît donc très surévaluée. Sur cette somme, 10 M€ sont probablement réalisables mais le manque à gagner, quel que soit son niveau, devra être compensé et le CHU devra recourir à l'emprunt. L'origine des estimations n'est pas connue.

En tout état de cause, les valeurs résiduelles de l'amortissement (50 ans) de l'hôpital nord et du GCO réduiront le montant de la vente.

Une évaluation sérieuse et actuelle du patrimoine à reconvertir s'impose afin de permettre la réussite d'une vente aujourd'hui aléatoire. Par ailleurs, il conviendrait d'intégrer au PGFP les charges de conservation dudit patrimoine pendant la période de mise en vente (amortissements, gardiennage...).

Le Plan local d'urbanisme d'Amiens métropole relatif à l'hôpital Nord n'a toujours pas été arrêté, ce qui signifie qu'aucune hypothèse ne peut aujourd'hui être validée.

La Chambre recommande une nouvelle évaluation de la valeur du patrimoine ainsi que la budgétisation de son gardiennage et de sa préservation. En effet, la fin des travaux du nouveau CHU est prévue fin 2016. Au départ des bâtiments de l'hôpital nord en 2016, le CHU sera amené, pour ce qui deviendra une friche hospitalière, à recourir au gardiennage pendant plusieurs années.

Le PGFP repose en grande partie sur les produits provenant des versements de l'assurance maladie. Le tableau ci-dessous présente l'évolution prévisionnelle envisagée par le CHU.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Produits versés par l'assurance maladie	394 943 557	404 100 012	412 448 026	421 061 159	429 851 180	441 859 097
Evolution		2,32 %	2,07 %	2,09 %	2,09 %	2,79 %

Source : PGFP 2011

Cette prévision est particulièrement difficile à établir puisque le CHU ne dispose ni des tarifs qui seront appliqués à son activité, ceux-ci variant à la baisse de façon continue ces dernières années, ni du montant des allocations au titre des MIGAC, qui elles aussi ont été réduites. Par ailleurs, l'activité passée ne préjuge pas celle à venir. En effet, les dernières années ont vu une augmentation importante de la valorisation des produits de l'activité qui reposait principalement sur l'amélioration du codage.

Le CHU est dans une situation financière dégradée qui l'expose à ne plus pouvoir investir demain :

- son endettement est très important ;
- son niveau d'investissement courant est en augmentation malgré l'opération nouveau CHU ;
- sa CAF est insuffisante pour rembourser la dette en capital dès 2012 ;
- les cessions d'actifs sont surestimées dans le PGFP.

Dès 2011 le CHU a rencontré des difficultés pour couvrir le besoin de financement de ses investissements courants : les tensions très fortes sur la trésorerie, un montant prévisionnel de l'encours très élevé sont autant d'éléments durablement défavorables qui ne doivent plus exclure l'hypothèse d'un financement insuffisant et en toutes hypothèses très coûteux sur le marché bancaire.

La Chambre recommande la révision du PGFP intégrant les coûts actualisés du chantier en cours et le déficit d'exploitation réel.

#### 4.6 – L'endettement

##### 4.6.1 – L'état de la dette

L'endettement du CHU ne cesse de croître. Le tableau suivant expose l'endettement de l'établissement depuis 2006.

En K€	2006	2007	2008	2009	2010
Encours de la dette au 31/12 (CFU et CHU)	48 335	57 258	71 066	231 374	274 420
Charges financières au 31/12 (comptable et CHU)	1 762	2 199	2 871	4 709	9 079
Poids des frais financiers en nombre de jours de recettes d'exploitation	-	-	2,4	3,6	6,8
Prévision au cpte 16 TFP	25 150	27 691	45 500	165 199	93 591
Réalisé au cpte 16 au CFU	14 000	16 000	20 500	166 500	52 500
durée résiduelle de la dette (années)	10,97	11,97	16,82	25,07	24,67
durée de vie moyenne (années)	5,68	6,15	9,48	14,49	14,55
Dépendance financière	-	-	31,6 %	57,6 %	62,3 %

Source : CHU et trésorerie

Deux banques ont aujourd'hui une part importante dans la dette du CHU : Dexia du fait des emprunts programmés à départs différés et la Banque Européenne d'Investissement (BEI) du fait des deux accords-cadres signés. Le CHU a cherché à diversifier ses créanciers au moyen de deux emprunts obligataires contractés en 2009 et 2010 pour 10 millions d'euros chacun, sur 10 ans. Les deux émissions obligataires sont amortissables « in fine ». En 2019, comme en 2020, le CHU devra rembourser 10 M€

Ces obligations ont été émises aux taux fixes de 4,375 % avec une commission forfaitaire de 0,20 % pour celle de 2009 (taux à échéances constantes à 10 ans (TEC 10) à 3,74 % le 18 mai 2009) et de 3,625 % avec une commission forfaitaire de 0,17 % pour celle de 2010 (TEC 10 à 3,33 % le 29 avril 2010).

Le CHU n'est pas en mesure d'effectuer des provisions en vue de rembourser les deux emprunts obligataires en 2019 et 2020. Pourtant, sur chacun de ces deux exercices, une somme de 10 M€ devra être restituée.

Les emprunts concernant le nouveau CHU (hors émissions obligataires) ont une durée de trente ans pour un amortissement de la construction sur 50 ans.

Le tableau ci-dessous présente les projections d'endettement du CHU à l'horizon 2015 :

En K€	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Encours de la dette totale	316 427	473 243	526 339	586 210	634 772	642 694

Source : PGFP 2010 (annexe 5)

#### 4.6.2 – L'accès au crédit

A l'image de la plupart des organismes du secteur local, le CHU a rencontré des difficultés pour obtenir des crédits après la crise financière de 2008. Mais son anticipation (crédits programmés à départs différés, accords cadres BEI, emprunts obligataires) lui donne encore une marge de manœuvre. Pour les crédits programmés à départs différés chez Dexia, il reste un contrat de 21 M€ à contracter avant le 01/11/2012 et un autre de 11 M€ avant le 1<sup>er</sup> décembre 2013. En plus de ces deux contrats, le CHU possède un accord-cadre BEI pour 100 M€ à utiliser avant le 3 décembre 2012.

L'établissement devrait donc connaître peu de difficultés d'accès au crédit. Les conditions dans lesquelles il sera en mesure de rembourser ces emprunts soulèvent plus de questions.

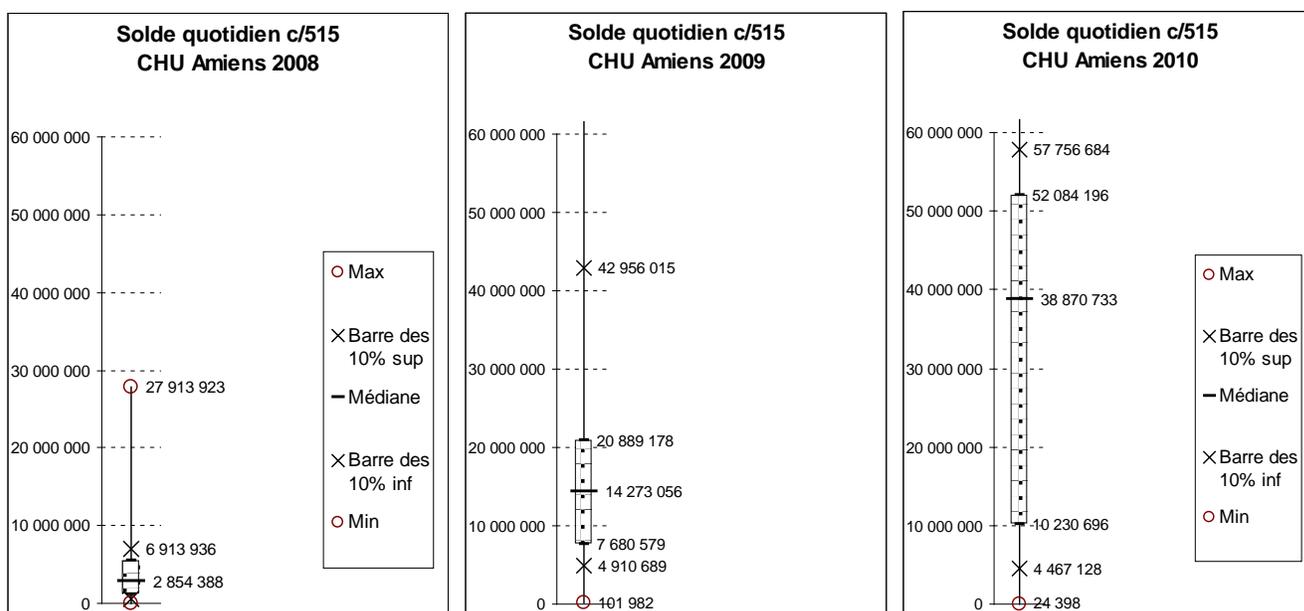
#### 4.7 – L'encaisse de trésorerie

Alors que le solde quotidien de l'encaisse de trésorerie était sous la barre des 7 M€ plus de neuf jours sur dix en 2008, les graphes ci-dessous montrent les conséquences des décalages entre les contractions d'emprunts et les décaissements sur les exercices 2009 et 2010. Les zones pointillées représentent l'écart interquartile, c'est-à-dire qu'un jour sur deux, le solde du compte 515 se trouve dans cette zone. Les maxima (non représentés en 2009 et 2010) sont de 128 M€ en 2009 et 66 M€ en 2010, et les moyennes respectivement de 20 et 32 M€ ces deux années.

Les décaissements moyens journaliers au compte 515 étaient de 2,1 M€ en 2008, 2,5 M€ en 2009 et de 2,7 M€ en 2010 (sur des années de 252 jours).

Les trois graphiques ci-dessous font apparaître :

- en 2008, le solde du compte 515 était inférieur à 7 M€ plus de neuf jours sur dix ;
- en 2009, il était supérieur à 7,6 M€ plus de trois jours sur quatre ;
- en 2010, il était supérieur à 10,2 M€ plus de trois jours sur quatre, et à 38,9 M€ un jour sur deux.



La ligne de trésorerie, qui servait probablement initialement à viser une gestion en trésorerie zéro, semble réduite aujourd'hui à combler des besoins ponctuels de trésorerie.

L'abondance de trésorerie a un coût pour le CHU, qui pourrait s'estimer au produit de son encours moyen diminué de 7 M€ (montant en dessous duquel se situait la trésorerie 9 jours sur 10 en 2008) par le taux d'intérêt en vigueur. Si l'on prenait un taux d'intérêt de 3,50 % (taux inférieur aux taux moyens des emprunts du CHU), les sommes en jeu représenteraient 455 000 € en 2009 et 875 000 € en 2010, soit plus de 1,3 M€ sur ces deux exercices. La Chambre recommande la mise en place d'une gestion plus fine de la trésorerie pour limiter les charges financières de l'établissement.

## 5 – Les investissements immobiliers

### 5.1 – Le projet de nouveau CHU (NCHU)

L'opération porte sur la construction d'un bâtiment accueillant les services actifs de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), d'un plateau technique et d'un pôle logistique, y compris la restructuration d'un ensemble hospitalier existant. Le projet consiste à regrouper sur le site de l'hôpital Sud, l'ensemble des activités hospitalières réparties actuellement sur quatre sites, l'hôpital Nord, l'hôpital Sud, le centre de gynécologie-obstétrique et le centre Saint-Victor. L'élaboration du préprogramme d'esquisse s'est déroulée de septembre 2003 à janvier 2004.

#### 5.1.1 – L'adaptation des locaux aux besoins et la recherche de l'efficience

Sur la base des niveaux d'activité de 2009 et 2010, le CHU a opéré un ajustement de son programme capacitaire. Les capacités d'hospitalisation évolueraient ainsi :

	Capacités Actuelles			Monosite capacités actées	Capacités Monosite actualisées en 2010 (Hypothèse pas de changement des capacités en dermato, en pneumo, mais réduction en médecine Interne (36 lits), rhumato (14 lits), et création CRACC)		
	adultes	Pédiatrie	total		total	adultes	Pédiatrie
MCO	1 040	119	1 159	1 122	972	154	1 126 (-33)
SSR	55	17	72	32	18	14	32 (-40)
Places	117	22	139	143	162	26	188 (-49)
Total	1 212	158	1 370	1 297	1 152 (-60)	194 (+36)	1 346 (-24)

Source : CHU

Le projet prévoit de ramener le nombre de salles de bloc opératoire de 41 à 30 dans les nouveaux locaux.

La direction attend de ce regroupement des gains de productivité en termes d'optimisation du parcours du patient, de l'utilisation des ressources humaines et matérielles disponibles. Ce regroupement devrait, selon elle, faciliter la communication entre spécialités médicales, élément déterminant de l'efficience. La conception immobilière du nouveau CHU doit, selon la direction, permettre l'adaptation aux évolutions des pratiques médicales à court et moyen terme (ex. développement de la chirurgie ambulatoire) par des locaux adaptés et flexibles. La réalité de ces gains prévisionnels devra bien sûr être évaluée sachant que, comme la Chambre l'avait noté dans ses précédentes observations, l'opération de regroupement des services actifs sur un seul site a été décidée sans que des études préalables et une analyse des perspectives raisonnables d'évolution de l'activité aient été entreprises.

### 5.1.2 – Le déroulement et le financement des travaux en cours

L'important chantier de reconstruction de l'hôpital Sud doit se dérouler en trois tranches. La première tranche (tranche 0) a pour objet la réalisation des travaux préliminaires, la deuxième (tranche 1) est composée de la construction de tous les bâtiments nouveaux, et la troisième (tranche 2) est la mise en sécurité et la réhabilitation du bâtiment Fontenoy existant.

Les délais contractuels de construction ont été respectés pour le marché 1.1 (bâtiment principal) et pour les marchés 1.3 (transports lourds AGV), 1.4 (transports pneumatiques) et 1.6 (appareils élévateurs). Il existe cependant des retards qui sont symptomatiques d'un suivi de chantier complexe.

En effet, le déroulement du chantier est marqué par le non-respect des délais contractuels de réception pour les lots 1.2 (bâtiment laboratoires, pharmacie et magasins) et 1.5 (bâtiment énergie).

- Concernant le lot 1.2, la livraison du bâtiment était initialement programmée pour le 31 octobre 2011. Le calendrier d'exécution des travaux a été recalé pour prendre en compte les intempéries et les 2,5 mois supplémentaires dus à la réalisation de la zone lingerie. Sur le projet d'avenant n° 3 envoyé le 17 juin 2011, la date de livraison mentionnée est le 13 décembre 2011. L'entreprise a refusé à ce jour de signer cet avenant. D'après la direction de l'établissement, pour ce marché 1.2, la fin des travaux se situera probablement en février 2012. Le groupement d'entreprises a annoncé pour sa part un achèvement des travaux le 31 mars 2012. Des retenues provisoires sur situations intermédiaires de travaux ont été appliquées.

- Concernant le lot 1.5, l'ordre de service prévoyait une durée d'exécution des travaux de 24 mois, soit une livraison à la date du 30 juin 2011. La date de livraison a été reportée au 24 août 2011 compte tenu des intempéries. Un procès-verbal de réception partielle a été établi le 11 janvier 2012. Un retard de trois mois imputable à l'entreprise a été constaté. Il a fait l'objet de l'application de retenues provisoires. Pour la chaufferie et les groupes électrogènes, la réception définitive ne pourra intervenir que lorsque la capacité des installations à fonctionner à pleine charge pourra être appréciée, c'est-à-dire après l'achèvement du bâtiment principal (marché 1.1) prévu au second semestre 2013. Le groupement d'entreprises titulaire du marché 1.5 doit également assurer l'exploitation et la maintenance de la chaufferie et des groupes électrogènes jusqu'à l'achèvement du bâtiment principal.

Ces retards préjudiciables au chantier occasionnent la détérioration des relations entre les différents protagonistes, des difficultés juridiques et la constitution inévitable de surcoûts pour le CHU.

Pour le suivi de ce chantier complexe, la direction du CHU a signé une convention le 27 octobre 2003, confiant à la société H4, un mandat de maîtrise d'ouvrage (MOD) pour la construction nouvel hôpital Sud, conformément aux dispositions de la loi n° 85-704 du 12 juillet 1985 sur la maîtrise d'ouvrage publique. Cette convention a fait l'objet de plusieurs avenants. Le montant du marché du mandataire incluant les avenants n° 1, 2 et 3 est de 6 219 196 €TTC. Nonobstant le caractère conforme à la législation de la convention signée entre le CHU et son mandataire, la Chambre constate que celle-ci n'incite pas réellement à s'approcher de l'optimum économique puisque le mandataire est rémunéré par un pourcentage du coût de la construction (taux de 1,06 % HT du montant de l'opération exprimé HT, hors rémunération du mandataire et aléas techniques).

### 5.1.3 – Le financement de l'opération

Le 26 octobre 2006, le CHU a arrêté la part de l'enveloppe financière allouée aux travaux à 227,5 M€ HT valeur septembre 2003 pour l'ensemble des trois tranches (T0 : 10 M€ HT ; T1 : 192,5 M€ HT ; T2 : 25 M€ HT) et le budget total de l'opération à 520 M€TDC valeur finale. Cette enveloppe budgétaire répondait aux conclusions du rapport de la mission DHOS/MAINH du 6 juillet 2006 qui préconisait d'optimiser le projet du nouveau CHU suivant une réduction du programme capacitaire en lits avec l'objectif de répondre à un budget de l'opération de 516 M€ toutes dépenses confondues (TDC) valeur finale, y compris équipements.

Le programme de l'opération a été arrêté par le CHU le 22 février 2007 et a été notifié à la maîtrise d'œuvre le 28 février 2007 pour sa mise en application. Il comprend la construction de bâtiments neufs et la mise en sécurité et réhabilitation du bâtiment Fontenoy existant.

A l'occasion des multiples adaptations aux exigences des diverses parties, les montants prévisionnels sont à chaque fois augmentés par la maîtrise d'œuvre, et baissés par le CHU à la demande de sa tutelle. Ainsi, les montants retenus pour les dossiers de consultation des entreprises lors des appels d'offres ne paraissent pas réalistes, et il est alors difficile d'estimer quel est le dépassement raisonnable proposé par les entreprises. Les réponses des entreprises donnent d'ailleurs souvent lieu à des demandes de recherches d'économies par le CHU pour rentrer dans l'enveloppe, puis à des modifications en cours de chantier afin d'ajouter des travaux supplémentaires. La lisibilité des coûts s'en trouve compliquée et cela alourdit le bilan financier.

Le financement de cet important projet n'apparaît pas assuré. Pour ce chantier, selon les valeurs TDC estimées par le CHU, les prévisions de dépenses s'élevaient en avril 2011 à 616 M€ en valeur finale 2015. Elles sont supérieures à l'estimation d'octobre 2006 de l'opération qui s'élevait à 520 M€ TDC en valeur finale 2013. La différence entre ces deux estimations du coût global est de 96 M€ Cela montre une sous-estimation de l'enveloppe initiale, qui impose aujourd'hui à l'établissement de réactualiser toutes ses projections de coûts et de financement afin d'être en mesure de traiter objectivement la situation de cette opération dans son plan global de financement pluriannuel (PGFP).

La Chambre recommande une actualisation de l'ensemble des coûts de l'opération dans le cadre de la révision du PGFP sur la base de la situation financière réelle du CHU.

## 5.2 – Les autres projets immobiliers

Il existe d'autres projets immobiliers non réalisables en l'état faute de financement, dont notamment la crèche collective associée à une crèche familiale et la construction d'une maison familiale et des parents. Ces investissements ne pourront probablement pas être réalisés avec le seul financement du CHU, qui n'en a pas les moyens.

La situation du CHU conduit aujourd'hui à une limitation de la capacité d'investissement à venir, notamment dans le domaine des équipements biomédicaux. Le ralentissement des investissements deviendra en effet inéluctable du fait de la contrainte financière.

## 5.3 – Les perspectives

Le projet de nouveau CHU est lancé, il paraît difficilement concevable qu'il n'aboutisse pas. Le coût de son achèvement risque cependant de fragiliser le CHU pour l'ensemble de ses missions. L'enjeu est d'importance car le CHU structure une grande part de la réponse sanitaire aux besoins de santé de la région comme élément majeur de l'organisation sanitaire de la Picardie. Pour réussir, l'opération NCHU devrait se traduire par l'équilibre financier à l'ouverture du site de regroupement.

La capacité du CHU à y parvenir seul sans une aide extérieure importante à la recapitalisation est, en l'état des informations dont la Chambre dispose, très incertaine.

## 6 – Les avantages en nature

### 6.1 – Les concessions de logement

Au CHU d'Amiens, certains agents bénéficiant d'un logement ne correspondent pas aux catégories de personnels devant être logés : responsable des équipements du pôle investissements et logistique, directrice de l'institut de formation en soins infirmiers, directrice de l'école de sage-femme.

Par ailleurs, l'arrêté ministériel du 8 janvier 2010 fixant les conditions dans lesquelles certains fonctionnaires hospitaliers participant aux gardes de direction peuvent bénéficier d'une concession de logement par nécessité absolue de service, précise en son article 1<sup>er</sup> « Le nombre annuel de journées de gardes de direction à assurer par certains fonctionnaires, prévus à l'article 2 du décret du 8 janvier 2010 susvisé, ouvrant droit aux concessions de logements, ne peut en aucun cas être inférieur à 40 jours. »

En l'occurrence, sept agents du CHU bénéficient indûment d'un logement, soit en vertu de leur qualification, soit en vertu du nombre de gardes de direction à effectuer.

Un agent ne bénéficie pas d'un logement par nécessité absolue de service mais par utilité de service. Ce logement, propriété du CHU, correspond à un T5 situé à proximité de l'hôpital Saint-Victor, d'une surface de 108,74 m<sup>2</sup>, pour lequel il acquitte un loyer mensuel de 100 €. La notion d'utilité de service s'apprécie surtout par rapport à la notion de nécessité de service. Ainsi, l'occupation d'un logement de fonction peut être seulement utile au service alors même qu'elle n'est pas le seul moyen pour un agent d'assurer la continuité de ce service et de répondre aux besoins d'urgence liés à l'exercice des fonctions qui lui sont confiées.

Le décret du 8 janvier 2010, ne donne pas de définition de la notion d'utilité de service dans les établissements de soins. Dans cette hypothèse toutefois, en application du code du domaine de l'Etat, le paiement d'une redevance pour occupation du logement concédé est une obligation pour les occupants. L'article R. 98 du code du domaine de l'Etat prévoit également que les concessions de logement par utilité de service ne comportent pas la fourniture gratuite, par l'administration, de l'eau, du gaz, de l'électricité et du chauffage, qui doivent, dans tous les cas, demeurer à la charge des intéressés.

Dans le cadre du nouveau dispositif en vigueur depuis janvier 2010, l'article 9 du décret prévoit que les fonctionnaires logés par utilité de service sont tenus de rembourser à l'établissement un loyer et des charges mensuels déterminés soit sur la base d'un forfait déterminé en fonction du niveau de rémunération des bénéficiaires et par référence au plafond mensuel de la sécurité sociale, soit d'après la valeur locative servant de base à la taxe d'habitation ou, le cas échéant, d'après la valeur locative réelle.

La Chambre recommande de revoir sur ces bases les conditions d'attribution de logements aux personnels mentionnés ci-dessus. La directrice s'est engagée à « *mettre le CHU en conformité avec les dispositions du décret du 8 janvier 2010 dans les délais définis pour l'application de ces dispositions.* »

## 6.2 – L'attribution des véhicules de fonction

Le CHU dispose d'un important parc automobile. Les vérifications de la Chambre ont révélé une utilisation de véhicules appartenant à l'établissement comme véhicules de fonction sans remisage, en contradiction avec les textes réglementaires qui ne prévoient pas d'affectation de véhicule aux personnels hospitaliers. Une dizaine de véhicules est concernée.

La Chambre recommande la mise en conformité avec la réglementation des attributions de logements de fonction dans les délais prévus par le décret du 10 janvier 2010, soit deux ans après sa publication, donc au plus tard en janvier 2012 et la fixation d'une redevance d'occupation correspondant à la valeur du bien mis à disposition. Elle recommande également la régularisation des situations relatives aux affectations de véhicules. La directrice générale du CHU s'est engagée à régulariser les situations relatives aux affectations de véhicules. Pour l'ensemble de ces avantages en nature, la régularisation de ces situations dans les meilleurs délais permettrait d'éviter un risque de redressement par l'URSSAF.

## 7 – Les soins de suite et de réadaptation

En 1979, un service de rééducation et réadaptation fonctionnelle (SRR) a été créé. Initialement ce service disposait de 40 lits et places dédiés aux patients adultes. En 1984, le CHU a ouvert un secteur pour enfants et adolescents de 22 lits et places. Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, cinq lits d'hospitalisation de jour en médecine physique et de réadaptation (MPR) pédiatrique ont été ouverts par transformation de deux lits d'hospitalisation complète.

Avec ses services SSR, le CHU a pour objectif d'optimiser des activités autorisées en chirurgie et en médecine, notamment la chirurgie pédiatrique, la neuro-pédiatrie, la neurochirurgie et unité neuro-vasculaire. Les activités de SSR développées sont en cohérence avec le projet d'établissement et avec le CPOM (avenants 4 et 11).

Les services de SSR de l'établissement sont rattachés au pôle Autonomie. Les SSR sont orientés Gériatrie et n'accueillent en conséquence que des patients de plus de 75 ans. L'essentiel du recrutement se fait à partir des services de court séjour gériatrique du CHU qui a obtenu le renouvellement des autorisations de structures existantes en 2010 conformément aux évolutions de la réglementation.

### 7.1 – Les capacités et les autorisations

Les tableaux suivants présentent les autorisations et capacités actuelles dont dispose le CHU :

Activités autorisées pour 5ans	Adultes capacité autorisée	Enfants capacité autorisée (autorisation à prendre en charge des enfants à titre exclusif)
SSR non spécialisé	-	17 HC + 5 HdJ
Affections de l'appareil locomoteur	17 HC + 2 HdJ	Au sein des 17 HC + 5 HdJ
Affections du système nerveux	18 HC + 3 HdJ	Au sein des 17 HC + 5 HdJ
Affections cardiovasculaires	-	-
Affections respiratoires	-	-
Affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien	-	-
Affections des brûlés	-	Au sein des 17 HC + 5 HdJ
Affections des conduites addictives	-	-
Affections de la personne âgée poly-pathologique, dépendante ou à risque de dépendance	20 (Saint Vincent de Paul) + 30 (Saint-Victor) + 27 (GCS Henriville)	-

Le nombre de lits et places installés est identique aux capacités autorisées.

Le CHU a ouvert, à la fin de l'année 2008, une structure de SSR gériatrique sur le site de Henriville. Elle relève d'un GCS constitué avec une clinique. L'activité autorisée pour le CHU correspond à la moitié des lits dont dispose le GCS (25 lits puis 27 à partir de 2010).

Les capacités sont stables depuis plusieurs années avec cependant une augmentation des places d'hospitalisation de jour égale à la diminution des lits d'hospitalisation complète. Selon le CHU, les capacités ont évolué dans leur répartition en fonction des besoins en neurologie pour répondre aux exigences de la filière neurovasculaire, par une réduction des capacités d'accueil en SSR appareil locomoteur à l'ouverture du GCS de Corbie. Selon la direction du CHU, l'établissement manquerait de lits en SSR gériatrique.

Les SSR du CHU apparaissent en cohérence avec les orientations du SROS SSR élaboré en 2009. Le CHU a organisé des filières de soins, dont une filière neurovasculaire.

## 7.2 – Le projet d'installation du groupe HOPALE sur le site du nouveau CHU

L'ARS a accordé à la fondation HOPALE une autorisation d'exercice de l'activité soins de suite et réadaptation adultes en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel avec prises en charge spécialisées des affections suivantes :

- affections du système nerveux en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel (30 lits blessés crâniens (HC), 10 lits blessés crâniens (HDS), 6 lits d'EVC-EPR (états végétatifs chroniques et états végétatifs pauci-relationnels), 30 lits de neurologie polyvalente accidents vasculaires cérébraux - sclérose en plaque - Parkinson (HC), 10 lits de blessés médullaires (HC), 15 places de rééducation neurologique polyvalente (HDJ)) ;
- affections des systèmes digestifs, métabolique et endocrinien en hospitalisation complète et hospitalisation à temps partiel (10 lits de prise en charge nutritionnelle (HDS), 5 places de prise en charge nutritionnelle (HDJ)).

L'objectif quantifié de cette activité de soins en volume sera fixé dans le cadre du CPOM, sur la base d'un projet de 86 lits et 30 places soit une capacité totale de 116 lits et places.

Les locaux seraient installés à l'horizon 2014 sur une parcelle appartenant au CHU. Ils feraient l'objet d'un bail emphytéotique hospitalier entre le CHU et le groupe HOPALE pour une parcelle de terrain viabilisée de 1,20 HA.

### 7.3 – L'activité

Le tableau ci-dessous décrit quantitativement l'activité :

	2007	2008	2009	2010
Nombre de journées (e-pmsi)	31 931	33 176	32 077 + 9 891 sur Henriville = 41 968	30 193 + 10 054 sur Henriville = 40 287
Nombre de venues si hospitalisation à temps partiel (e-pmsi)	2 455	3 026	2 866 Tableau 2c hospit de jour et de nuit	2 622
Nombre de journées réalisées	31 766	31 576	31 278 + 11 147 (GSC Henriville à partir du 03/11/2008)	30 633 + 10 134 (GCS Henriville)
Nombre de venues réalisées	2 643	2 967	2 792	2 621
DMS (hospitalisation complète)	34,8 jours	32,3 jours	35,6 jours Hors GCS Henriville	35,9 jours Hors GCS Henriville
Taux d'occupation hospitalisations (*) complète 102 lits installés	84,8%	83%	82,4% Hors GCS Henriville	81,4% Hors GCS Henriville

Source : direction du CHU (\*) (nombre de journées réalisées/ (nb de lits)) X 100 en cas de fermeture de lits, adapter le dénominateur en tenant compte du nb de lits fermés et du nb de jours de fermeture.

### 7.4 – Les moyens des SSR du CHU

Au vu de l'indice de modulation de l'établissement, le CHU apparaît sur-doté de 4,3 % par rapport à l'indice de modulation régional. Cependant, cette simulation est relativement ancienne puisqu'elle a été réalisée en 2009 sur les données 2008.

Le CHU rencontre des difficultés de recrutement pour certaines qualifications : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes et médecins MPR. Il tente de remédier à ces difficultés par le recours à l'intérim principalement, au cumul des emplois retraite. L'établissement recourt également à des diplômés étrangers belges, polonais, espagnols, roumains et irlandais pour ces qualifications.

### 7.5 – L'admission et la prise en charge dans les SSR du CHU

Une procédure d'admission a été mise en place mais elle n'est pas formalisée par écrit. En MPR, les admissions sont régulées par une commission globale d'admission. Il n'existe pas de commission d'admission spécifique pour le SSR gériatrique. Il a été instauré une feuille d'admission standardisée (DASA : Demande d'Admission en Structure Adaptée) intégrée au dossier informatisé du patient utilisée actuellement en neurologie et en chirurgie viscérale. Cette feuille d'admission informatisée est en cours de déploiement sur le CHU pour relayer les supports papier afin d'uniformiser les demandes.

Le CHU ne dispose pas d'un outil permettant d'évaluer l'adéquation de l'orientation du patient aux prises en charge. Le délai moyen de traitement d'une demande d'admission serait de huit jours depuis la mise en place de la commission d'admission. Les principaux motifs de refus sont, selon la direction, l'inadéquation de l'état de santé à la prise en charge proposée par la structure.

En MPR, les admissions proviennent très majoritairement des services MCO du CHU (80 %) dont principalement la Somme et la région amiénoise pour les adultes, et l'ensemble de la Picardie pour les enfants.

Si un projet thérapeutique est élaboré en MPR, ce n'est pas actuellement le cas en SSR Gériatriques. Selon la direction, pour les autorisations de SSR spécialisés, le CHU n'est pas toujours en mesure de dispenser à chaque patient le nombre de séquences de traitement prévues par la réglementation par manque de personnels spécialisés : kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens et orthophonistes.

Le CHU indique ne pas rencontrer de difficulté pour des patients en attente de sortie faute de dispositif adapté de prise en charge en aval.

L'enjeu financier étant plus limité que sur le secteur MCO, le CHU a principalement axé jusque-là son action sur la durée moyenne de séjour et le taux d'occupation des SSR afin de fluidifier la gestion des lits en MCO. Le DIM a entrepris auprès des SSR un effort de sensibilisation au recueil de l'exhaustivité pour les préparer à la T2A et éviter les difficultés rencontrées avec le MCO notamment en permettant à tous les membres des équipes concernées de fournir les données PMSI dont la production leur incombe. Le CHU n'a pas affecté de ressources spécifiques pour la préparation de la T2A SSR. Le DIM « accompagne » mais se concentre essentiellement sur le MCO.

#### 7.6 – Les SSR versus services « adresseurs »

La maîtrise de la durée moyenne de séjour constituant un élément central de la performance, l'adressage en SSR des patients de médecine et chirurgie est un enjeu stratégique pour ces disciplines dans le contexte de la T2A. Selon la direction, l'établissement dispose d'une bonne connaissance de l'offre en SSR facilement mobilisable dans son territoire de santé et au-delà pour les pathologies les plus lourdes. Les structures de SSR sont connues, avec l'ensemble de leurs spécialités sur la région Picardie et les régions limitrophes (Nord – Pas-de-Calais, Normandie, région parisienne).

Les SSR extérieurs au CHU acceptent que le dossier de demande élaboré par leur établissement soit remplacé par celui du CHU (DASA : Demande d'Admission en Structure Adaptée, informatisée sous forme de questionnaire sur le dossier patient de DX Care). Ce dossier comprend trois volets : médical, soignant et social. Sur le modèle de « Trajectoire », ce dossier informatisé de demande peut être adressé par messagerie sécurisée aux structures le permettant. Si l'outil « Trajectoire » n'est pas utilisé au CHU, DASA permettrait cependant d'en renseigner les items obligatoires.

Pour la réalisation de la sortie d'une unité MCO vers un SSR ou un retour à domicile, le CHU dispose d'un service social structuré. Afin d'anticiper les éventuelles difficultés pour trouver le service de SSR adapté aux caractéristiques des patients (pathologie, environnement familial et social, etc.), les services d'amont constituent le dossier de demande dès le début de l'hospitalisation ou dès que le besoin d'orientation en SSR est prescrit par l'équipe médicale. Pour les hospitalisations programmées, un système de pré-réservation a été mis en place en lien avec les structures d'aval principalement sur le secteur orthopédique. Ainsi, dès que la demande est complétée, elle est adressée par le service social aux SSR susceptibles de répondre aux besoins du patient concerné.

## PRINCIPAUX TEXTES DE REFERENCE

### CODE DES JURIDICTIONS FINANCIERES

**ARTICLE L. 243-5** - *Les chambres régionales des comptes arrêtent leurs observations définitives sous la forme d'un rapport d'observations.*

*Ce rapport d'observations est communiqué :*

- *soit à l'exécutif de la collectivité locale ou au dirigeant de l'établissement public concerné ;*
- *soit aux représentants des établissements, sociétés, groupements et organismes mentionnés aux articles L. 133-3, L. 133-4 et L. 211-4 à L. 211-6 ; dans ce cas, il est également transmis à l'exécutif de la collectivité territoriale qui leur a apporté un concours financier ou qui détient une partie du capital ou une partie des voix dans leurs instances de décision.*

*Il est communiqué à l'exécutif de la collectivité territoriale ou de l'établissement public et, le cas échéant, pour ce qui le concerne, à l'ordonnateur ou au dirigeant qui était en fonctions au cours de l'exercice examiné.*

*Les destinataires du rapport d'observations disposent d'un délai d'un mois pour adresser au greffe de la chambre régionale des comptes une réponse écrite. Dès lors qu'elles ont été adressées dans le délai précité, ces réponses sont jointes au rapport. Elles engagent la seule responsabilité de leurs auteurs.*

*Le rapport d'observations est communiqué par l'exécutif de la collectivité territoriale ou de l'établissement public à son assemblée délibérante, dès sa plus proche réunion. Il fait l'objet d'une inscription à l'ordre du jour de l'assemblée délibérante ; il est joint à la convocation adressée à chacun des membres de l'assemblée et donne lieu à un débat.*

*Le rapport d'observations ne peut être publié ni communiqué à ses destinataires ou à des tiers à compter du premier jour du troisième mois précédant le mois au cours duquel il doit être procédé à des élections pour la collectivité concernée et jusqu'au lendemain du tour de scrutin ou l'élection est acquise.*

**ARTICLE. R. 241-18.** - *" Le rapport d'observations définitives de la chambre régionale des comptes auquel sont jointes les réponses reçues est communicable aux tiers dès qu'a eu lieu la première réunion de l'assemblée délibérante ou de l'organe collégial de décision suivant sa réception par la collectivité ou l'établissement public concerné. " (Décret n°2002-1201 du 27-9-2002.) En cas d'absence de réponse à la lettre d'observations provisoires dans le délai imparti, la chambre régionale des comptes peut arrêter ses observations définitives, qui sont notifiées conformément aux dispositions de l'article R. 241-16.*

**ARTICLE R. 241-23** - *Le président de la chambre régionale des comptes communique au représentant de l'Etat ainsi qu'au trésorier-payeur général « le rapport d'observations définitives arrêtées » par la chambre lors de l'examen de la gestion d'une collectivité territoriale, d'un établissement public local ou d'un organisme non soumis aux règles de la comptabilité publique. « Les réponses adressées à la chambre en application de l'article R. 241-16 sont jointes au rapport ».*